



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

## Abschlussbericht

Psychoonkologische Evaluation  
der Abteilung Psychoonkologie  
am Klinikum Herford

Gefördert durch  
die SULO-Stiftung

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch  
Dipl.-Psych. Anja Mehnert  
Dipl.-Psych. Corinna Petersen  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
Martinistr. 52 – Pav. 69  
20246 Hamburg

Februar 2002

# Inhalt

	Seite
0 Zusammenfassung	4
1 Hintergrund und Zielsetzungen	5
2 Fragestellungen und Untersuchungszugänge	7
3 Zur Qualität des psychoonkologischen Dienstleistungsangebots am Klinikum Herford	9
3.1 Entwicklung von Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus	9
3.2 Ist-Situation: Eine Organisationsanalyse der Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford	19
3.2.1 Personelle und räumliche Ausstattung	19
3.2.2 Arbeitszeitregelung	20
3.2.3 Psychosoziale Betreuung für Patienten	20
3.2.4 Psychosoziale Betreuung für Angehörige	21
3.2.5 Angebote für Ärzte und Pflegende	21
3.2.6 Interventionsangebote	22
3.2.7 Selbstverständnis und Konzept	23
3.2.8 Verankerung der Abteilung und Kontaktaufnahme mit den Patienten	23
3.2.9 Kooperation, Kommunikation und Interaktion	24
3.2.10 Dokumentation	25
3.2.11 Supervision, Fortbildung und Forschung	25
3.2.12 Akzeptanz	25
3.2.13 Arbeitszufriedenheit und Veränderungswünsche	26
3.3 Ist-Soll-Vergleich	27
4 Zur Wirksamkeit psychoonkologischer Angebote	29

4.1	Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionsprogramme- eine Zwischenbilanz der bisherigen internationalen Forschung	29
4.2	Veränderung der Lebensqualität von psychoonkologisch behandelten Patienten am Klinikum Herford	32
4.2.1	Zielsetzungen	32
4.2.2	Untersuchungsinstrumentarium	33
4.2.3	Durchführung und Stichprobenbeschreibung	35
4.2.4	Ergebnisse	36
4.2.4.1	Veränderung von Aspekten der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf	37
4.2.4.2	Behandlungszufriedenheit von Krebspatienten am Klinikum Herford	41
4.2.4.3	Gegenwärtige körperliche und psychische Befindlichkeit (HADS)	44
4.2.4.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-8)	46
4.2.4.5	Lebensqualität ("EORTC-11")	47
4.2.4.6	Beschwerden ("SCL-14")	49
4.2.5	Fazit	50
4.3	Explorative Verlaufsuntersuchung	51
5	Verfahren zur Erfassung von Ergebnisqualität und vorrangigem Behandlungsbedarf	53
5.1	Basisassessment	53
5.1.1	Methodisches Vorgehen und Untersuchungsstichprobe	53
5.1.2	Ergebnisse	54
5.1.2.1	Überprüfung der Einzelmodule des Basisassessments	54
5.1.2.2	Konsequenzen für die Zusammensetzung des Basisassessments	61
5.2	Screening	62
6	Zusammenfassende Bewertung	64
7	Literatur	65
8	Anhang	69

8.1	Fragebögen des Screeninginstruments	69
8.2	Fragebögen des Basisassessments	72

# Zusammenfassung

Die Evaluation liefert Indizien für positive medizinische wie ökonomische Wirkungen psychoonkologischer Betreuung in einem bundesdeutschen Akutkrankenhaus. In Hinblick auf den generellen medizinischen Nutzen psychoonkologischer Interventionen belegt die im Rahmen des Projektes vorgenommene umfangreiche Literaturrecherche eindeutig, dass an der grundsätzlichen Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen kein Zweifel besteht. Die Zielvariablen umfassen dabei u.a. die Reduktion von krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen, die Reduktion von Angst und Depression, die Stärkung des Selbsthilfepotentials als auch die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient und Angehörigen.

Mit Unterstützung von Experten der Psychoonkologie wurde erstmalig für Deutschland ein Katalog von Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus entwickelt und in einem Konsensusverfahren bewertet. Die Ist-Analyse der Abteilung Psychoonkologie anhand des Leitlinienkatalogs konnte die Praktikabilität des Zugangs belegt werden. Die gewählte Organisationsform des Liaisondienstes ist vor dem Hintergrund der zu Verfügung stehenden angemessenen personellen Ressourcen gut begründet. Das verfolgte therapeutische Konzept entspricht den Erfordernissen einer modernen Psychoonkologie. Den Patienten wird ein vielfältiges und flexibel gestaltetes Behandlungsangebot in der erforderlichen Frequenz und Dichte unterbreitet. Die Zusammenarbeit mit Ärzten und Schwestern sowie mit anderen psychosozialen Diensten und die Akzeptanz des psychoonkologischen Dienstes erreichen insgesamt ein gutes Niveau.

Die retrospektive Katamnese gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass auch aus Patientensicht die psychoonkologische Betreuung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie mit sehr guter Qualität erbracht wird und zur Verbesserung der Befindlichkeit der Patienten beiträgt. Die psychoonkologischen Angebote kommen vorrangig Patienten mit besonderer psychischer Belastung zugute und führen bei diesen auch zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit.

# 1 Hintergrund und Zielsetzungen

Die Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford wird seit 1995 durch die Sulo-Stiftung gefördert und hat sich seitdem am Klinikum strukturell und organisatorisch etabliert. Die Jahresberichte 1999 und 2000 an die Stiftung belegen, dass hier inzwischen in beträchtlichem Umfang psychologische Dienstleistungen vor allem während, aber auch nach der stationären Behandlung für Krebspatienten angeboten werden. Das Angebotsspektrum differenziert nach den Zielgruppen 'Patienten', 'Angehörige' und 'Personal'. Die psychologischen Maßnahmen werden als Einzel- und Gruppenbehandlung, für unterschiedliche Problembereiche und in unterschiedlichen Interventionsformen erbracht. Die Mitarbeiter der Abteilung Psychoonkologie betreuen im Liaison- und Konsiliardienst vorwiegend onkologische Patienten der Abteilungen Urologie, Chirurgie, Gynäkologie, Radiologie, der Medizinischen Kliniken und der onkologisch-hämatologischen Ambulanz.

Die von der Arbeitsgruppe von Prof. Muthny (Münster) in der ersten Förderphase durchgeführte formative Evaluation wie auch die externe Begutachtung durch Prof. Nagel (Freiburg) im Juni 1999 weisen auf eine sehr gute Akzeptanz und eine positive Bewertung des Angebots durch die Patienten hin. Die Integration der Abteilung Psychoonkologie in das Klinikum Herford und in die regionale Versorgung erscheinen gut gelungen. Die im Zusammenhang mit dem Modell geleistete Öffentlichkeitsarbeit ist in Ausmaß und Resonanz beachtlich. Insgesamt wurden damit bereits während der Aufbauphase wichtige Ziele des Modellversuchs erreicht. Erstmals besteht in Deutschland im Rahmen der nicht-universitären Akutversorgung eine handlungsfähige Abteilung Psychoonkologie mit günstigen personellen Voraussetzungen.

Ein langfristiges Ziel der Förderung einer solchen Abteilung Psychoonkologie durch die Sulo-Stiftung muss in der Integration und Finanzierung des Angebots im Rahmen der Regelversorgung liegen. Voraussetzung dafür ist, dass sich die von der Abteilung erbrachten psychologischen Maßnahmen als medizinisch notwendig erweisen, in hoher Qualität sowie kostengünstig realisiert werden und sich in ihrer Wirksamkeit belegen lassen. Unter den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen werden Kostenträger ihre Bereitschaft zur Übernahme von entsprechenden Leistungs- und Kostenverpflichtungen von gut dokumentierten Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen sowie von der Bedeutung der Behandlungsergebnisse abhängig machen.

Vor diesem Hintergrund hat die Sulo-Stiftung im Zeitraum von Oktober 2001 bis Januar 2002 ein Projekt initiiert und finanziell gefördert, welches sowohl die psychologischen als auch die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der psychologischen Betreuung von Krebspatienten durch die Abteilung Psycho-

onkologie am Klinikum Herford untersucht. Eine wichtige Zielsetzung des Projektes besteht in der Analyse der Frage, inwieweit die von der Abteilung Psychoonkologie erbrachten psychosozialen Angebote – gemessen an vorgegebenen Standards – eine hohe Qualität aufweisen, zielgenau behandlungsbedürftige Patientengruppen erreichen und ob die psychologischen Angebote organisatorisch kompetent erbracht werden. Daneben soll geprüft werden, ob es Hinweise darauf gibt, dass durch die psychoonkologischen Angebote relevante Verbesserungen in den angestrebten Zieldimensionen erreicht werden.

Die Sulo-Stiftung hat in den Monaten vor Beginn des Projektes die Voraussetzungen für die Durchführung einer solchen Studie optimiert. So steht mit der Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford ein gut integrierter und handlungsfähiger Dienst zur Verfügung, der jährlich eine substantielle Zahl von Krebspatienten behandelt. Die von der Abteilung erbrachten Leistungen werden seit längerer Zeit mit einem Dokumentationssystem erfasst.

Auf Seiten der Kostenträger wurde über die Kooperation mit der AOK Westfalen-Lippe ein Zugang zu gesundheitsökonomisch relevanten Datenbeständen geschaffen. Für die gesundheitsökonomischen Analysen wurde mit der Consulting-Firma McKinsey & Company eine in diesem Bereich sehr kompetente Arbeitsgruppe engagiert. Die in der Psychoonkologie seit vielen Jahren ausgewiesene Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf wurde für die Bewertung der Qualität der psychoonkologischen Dienstleistungen und der potentiellen klinischen Veränderungen gewonnen.

Die Abteilung für Medizinische Psychologie hat von vornherein darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht die Zielsetzungen des Projektes mit den damit verbundenen hohen inhaltlichen und methodischen Ansprüchen zwei Arbeitsphasen erfordern. Die erste Phase, auf die sich dieser Arbeitsbericht bezieht, fokussiert auf die Frage, ob und inwieweit sich anhand der zu Beginn des Projektes bereits vorliegenden sowie in einem engen Zeitrahmen neu erhobenen Daten Aussagen und Bewertungen zu den oben ausgeführten Fragestellungen vornehmen lassen. Die Studie dient zum einen der Präzisierung der verfolgten medizinpsychologischen wie gesundheitsökonomischen Fragestellungen und der Entwicklung von Untersuchungsmethoden für eine als notwendig erachtete vertiefende Anschlussuntersuchung, zum anderen der Schaffung einer geeigneten Ausgangslage für den geplanten und notwendigen Dialog mit potentiellen Kostenträgern psychoonkologischer Leistungen.

## 2 Fragestellungen und Untersuchungszugänge

Unter Berücksichtigung der zeitlich begrenzten Projektlaufzeit dieser Untersuchungsphase konzentrierte sich die Hamburger Arbeitsgruppe in Abstimmung mit der SULO-Stiftung und der gesundheitsökonomischen Arbeitsgruppe von McKinsey auf folgende Fragestellungen (vgl. Abb. 1):

**Wie erbringt die Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford ihre Dienstleistungen? Entsprechen das verfolgte Konzept, die Angebote und die Organisation des Dienstes zu fordernden Standards?**

Bei der Bearbeitung dieser Fragestellung wurde in einem ersten Arbeitsschritt als Bewertungssystem ein Katalog von Leitlinien für psychoonkologische Dienste im Rahmen der Akutversorgung unter Nutzung von Expertenwissen entwickelt (vgl. Abschnitt 3.1). In einem zweiten Schritt wurde auf der Basis von Interviews bei Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie und unter Rückgriff auf die vorliegenden Jahresberichte eine Ist-Analyse vorgenommen, um so durch einen Ist-Soll-Vergleich eine Stärken- und Schwächen-Analyse vorzunehmen.

**Inwieweit belegt die aktuelle Forschung die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen? Gibt es Hinweise auf den klinischen Nutzen des psychoonkologischen Betreuungsangebote bei den Patienten des Klinikums Herford.**

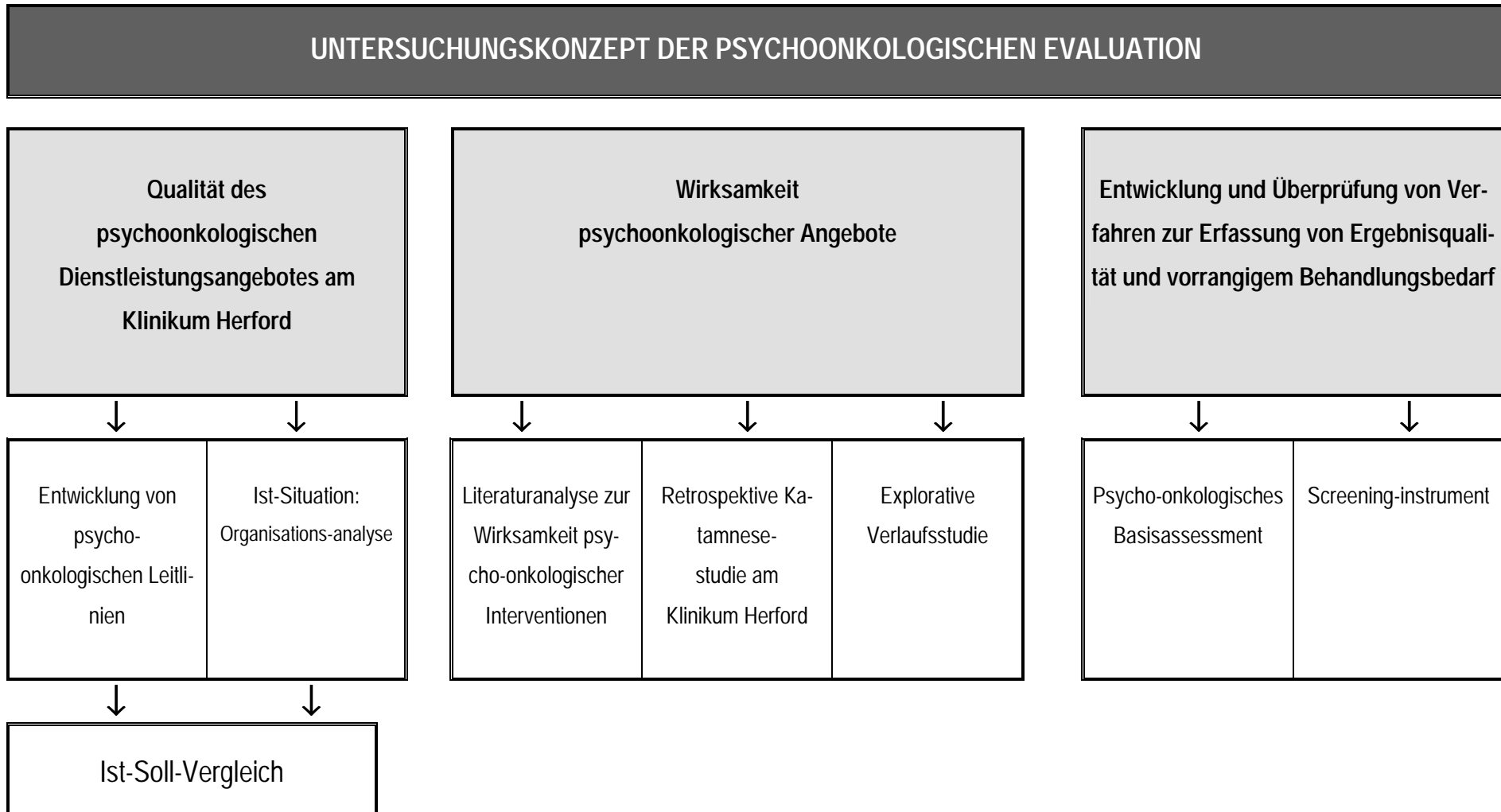
Im methodischen Vorgehen werden zunächst die Ergebnisse einer 2001 an der Abteilung Medizinische Psychologie durchgeführten Literaturanalyse zur Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionsprogramme berichtet. Der Fokus liegt dabei auf kontrollierten Therapiestudien, bei denen die Behandlungsprogramme die die Verbesserung von Aspekten der Lebensqualität bei Krebspatienten fokussieren (siehe Abschnitt 4.1). Da die zeitlichen Rahmenbedingungen die Realisierung einer kontrollierten Verlaufsstudie am Klinikum Herford in dieser Untersuchungsphase nicht zuließen, wurde eine retrospektiv angelegte Katamneseuntersuchung an Krebspatienten durchgeführt, die von August 2000 bis August 2001 im Klinikum Herford behandelt wurden und in dieser Zeit psychoonkologische Angebote in unterschiedlicher Intensität erhielten (siehe Abschnitt 4.2). Darüber hinaus wurde im Rahmen einer Erkundungsstudie unter Einbeziehung einer begrenzten Zahl von Patienten die Voraussetzungen für eine prospektive Verlaufsstudie geprüft.

**Mit welchen Untersuchungsverfahren lässt sich künftig die Ergebnisqualität der psychoonkologischen Behandlung valide und mit begrenztem Zeitaufwand erfassen? Wie lassen sich Patienten mit besonders hohem Behandlungsbedarf früh identifizieren?**

Aufbauend auf umfangreichen Vorarbeiten der Abteilung für Medizinische Psychologie wurde ein vorläufiges Basisassessment, das im wesentlichen auf Kurzversionen international bereits eingeführter Verfahren zur Erfassung der psychischen Belastung beruht, zusammengestellt. Dieses Instrument wurde an einer im Rahmen der Untersuchung gewonnenen größeren Untersuchungsgruppe von Krebspatienten psychometrisch geprüft und weiterentwickelt (siehe Abschnitt 5.1).

Gleichzeitig wurden verschiedene Varianten eines Screeningverfahrens zur Frühidentifikation von psychisch besonders belasteten Krebspatienten zusammengestellt und auf ihre Eignung geprüft (siehe Abschnitt 5.2).

Abb. 1 Übersicht über die einzelnen Komponenten des Projektes



### 3 Zur Qualität des psychoonkologischen Dienstleistungsangebots am Klinikum Herford

Die Beurteilung der Wirksamkeit psychologischer Interventionen eines psychoonkologischen Dienstes setzt eine hohe Qualität in der Erbringung der Angebote voraus. Eine solche Beurteilung wiederum erfordert die Bezugnahme auf Leitlinien. Bei dem Bemühen die Güte des psychoonkologischen Dienstes bezüglich des verfolgten Konzepts, der Gestaltung der Angebote und der Organisation der Abteilung zu beurteilen, wurde methodisch folgender Weg beschritten. Es wurde zunächst expertengestützt ein Katalog von Leitlinien entwickelt, daran schloss sich eine Ist-Analyse des im Krankenhaus Herford realisierten psychoonkologischen Dienstes an. Abschließend wurde ein Ist-Soll-Vergleich vorgenommen.

#### 3.1 Entwicklung von Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus

In den letzten Jahren zeigt sich ein zunehmender Bedarf und – damit einhergehend – eine zunehmende Auseinandersetzung mit Leitlinien in medizinischen und psychosozialen Versorgung. Leitlinien sind systematisch entwickelte und wissenschaftlich begründete Entscheidungshilfen und Handlungsempfehlungen für alle am Behandlungsprozess Beteiligten über die angemessene Vorgehensweise bei gesundheitlichen Problemen.

Seit längerer Zeit gibt es national wie international Bemühungen, Standards für die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten zu entwickeln. Für spezifische Indikationen wie beispielsweise für Brustkrebs wurden von mehreren Fachgesellschaften und Gremien Leitlinien zur psychosozialen Betreuung formuliert. Für die Mehrzahl der Indikationsbereiche sowie für das gesamte Spektrum von Tumorerkrankungen sind allerdings trotz der Relevanz des Gegenstandes bisher nur vereinzelt Leitlinien entwickelt worden. Auch in Deutschland liegen für den Bereich der psychoonkologischen Versorgung keine generischen Leitlinien vor. Gründe hierfür liegen nicht nur in der Unterschiedlichkeit in Diagnose, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen selbst und den vielfältigen Einflüssen auf psychische, familiäre, soziale und berufliche Bereiche, sondern auch in der heterogenen Struktur psychosozialer Versorgung, die innerhalb unterschiedlicher Organisationsstrukturen und Settingbedingungen angeboten wird.

Die vorliegenden Empfehlungen wurden für die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten im Rahmen von Liaison- und Konsiliardiensten im Akutkrankenhaus konzipiert. Die Empfehlungen zielen auf

die Sicherstellung der Grundprinzipien und der Qualität der psychosozialen Versorgung. Die Bereitstellung einer grundlegenden Rahmenkonzeption soll Mitarbeiter psychosozialer Dienste und andere Fachgruppen in ihrer Arbeit unterstützen.

Für die Identifizierung und Sichtung bestehender Leitlinien wurde von der Hamburger Arbeitsgruppe eine umfangreiche Literatur- und Internetrecherche sowie Befragungen von Experten internationaler und nationaler Fachgesellschaften durchgeführt. Dabei erwies sich das dichte Netz von wissenschaftlichen Arbeitsbeziehungen der Hamburger Arbeitsgruppe in Hinblick auf die zum Teil noch nicht publizierten Materialien als außerordentlich hilfreich.

Grundlage der hier vorliegenden Empfehlungen bilden neben psychoonkologischen Arbeiten insbesondere die Leitlinien 'Psychosoziale Onkologie' der Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO, 1999) und die Leitlinien zum Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin in Krankenhäusern der Akutversorgung (Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (A-ÄGP, 2000). Weiterhin einbezogen wurden die Leitlinien zur 'Behandlung psychologischer Belastungen bei Krebspatienten' der American Society of Psychosocial and Behavioral Oncology/AIDS (ASPBOA, 1998) sowie die noch nicht publizierten Leitlinien der British Psychooncology Society (BPOS, 2002).

Der auf dieser Basis zusammengestellte Katalog der Leitlinien gliedert sich in sechs Bereiche:

- Definition der Psychoonkologie
- Grundprinzipien der Psychoonkologischen Versorgung
- Organisation und Struktur Psychoonkologischer Dienste
- Psychoonkologische Versorgungskonzepte und Interventionen
- Qualitätssicherung
- Schulung und Weiterbildung
- Forschung und Evaluation .

Die empirische Überprüfung der Richtigkeit, Angemessenheit und Vollständigkeit der erstellten Leitlinien ist nur in einer schrittweisen Annäherung zu leisten. Als methodischer Zugang wurde deshalb die Expertenbefragung im Sinne eines modifizierten und verkürzten Delphi-Ansatzes gewählt, die Dezember 2001 durchgeführt wurde. Angeschrieben wurden bundesweit 13 renommierte Wissenschaftler und

Kliniker mit langjähriger Erfahrung in der psychosozialen Versorgung und Forschung Krebskranker aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen und mit verschiedenem Berufshintergrund. Von den 13 angeschriebenen Experten haben 11 an der Befragung teilgenommen (Rücklauf 85%). Die Befragten sind im Mittel seit 17 (7-33) Jahren im Bereich der Psychosozialen Versorgung tätig. 20% sind klinisch tätig, 10% arbeiten ausschließlich wissenschaftlich und 70% sind sowohl klinisch als auch wissenschaftlich tätig.

Bei der Entwicklung des Fragebogens stand das Bestreben im Vordergrund, den Befragten die Möglichkeit zu geben, möglichst umfassend und frei zu den vorgegebenen Leitlinien Stellung nehmen zu können. Die Experten erhielten die Leitlinien und einen entsprechenden Fragebogen mit der Bitte zugesandt, jede einzelne Leitlinie zu bewerten, zu kommentieren bzw. zu ergänzen. Für jede Leitlinie wurde auf einer Skala von 1 bis 5 der Grad der Relevanz eingestuft. Die Pole der Antwortalternativen waren mit 1 = "keine Relevanz" bis 5 = "sehr hohe Relevanz" gekennzeichnet. Es bestand ebenfalls die Möglichkeit, mittels einer Freitextantwort Ergänzungen oder Modifikationen einzufügen.

Insgesamt zeigte sich bezüglich der Relevanz der Leitlinien ein hoher Konsens zwischen den Experten, so dass auf eine zweite Befragungsrunde zur Bildung von konvergenten Urteilen verzichtet werden konnte.

Aufgrund der Rückmeldung der Experten wurde eine modifizierte Version der Leitlinien erstellt. Dieser Leitlinienkatalog für die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten in der Akutversorgung stellt eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die an der Behandlung Beteiligten und für die Evaluation von Anbietern psychoonkologischer Dienste dar. Er zielt auf eine wissenschaftlich begründete und ökonomisch angemessene Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten und damit auf die Verbesserung der psychosozialen Versorgung. Anhand des Leitlinienkatalogs sollen darüber hinaus unnötige psychosoziale Maßnahmen und damit unnötige Kosten ebenso vermieden werden wie unerwünschte Qualitätsschwankungen in der Versorgung von Krebspatienten.

Der Leitlinienkatalog wurde hier für den Bereich der psychoonkologischen Akutversorgung entwickelt. Er ist auch mit entsprechenden Modifikationen aber für andere Versorgungsbereiche wie z.B. die medizinische Rehabilitation verwendbar. Die Ist-Soll-Werte wurden institutionsübergreifend formuliert. Bei der konkreten Anwendung der Leitlinien auf einzelne Einrichtungen sind jeweils ergänzend die institutionsspezifischen Bedingungen im Sinne eines institutionsspezifischen Solls zu berücksichtigen.

# Leitlinienkatalog

## Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus

### I

#### Definition der Psychoonkologie

---

Psychoonkologie (Psychosoziale Onkologie) bezieht sich auf alle klinischen und wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen und den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie die systematische Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten.

### II

#### Grundprinzipien der Psychoonkologischen Versorgung

---

##### Präambel

Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus umfasst zum einen die psychologische Diagnostik und psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen, zum anderen die Erweiterung psychosozialer Kompetenzen sowie die Unterstützung bei emotionalen Belastungen von Pflegenden und Ärzten. Zielsetzung ist die Integration psychosozialer Konzepte in die onkologische Behandlung.

##### Empfehlung 1

Psychoonkologische Versorgung ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Prävention und Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge.

##### Empfehlung 2

Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus wird in interdisziplinärer Kooperation durch alle an der Behandlung von Krebspatienten beteiligten Berufsgruppen realisiert. Dazu gehören insbesondere Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, Pflegende, Sozialarbeiter und Seelsorger.

##### Empfehlung 3

Psychoonkologische Versorgung gewährleistet die qualifizierte psychosoziale Beratung und Behandlung von Patienten. Dies umfasst patientengerechte Information und Beratung, Unterstützung bei der Bewältigung der

Erkrankungs- und Behandlungsfolgen, Erhalt oder Verbesserung der Lebensqualität und Anleitung zur Modifikation gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen.

#### Empfehlung 4

Psychoonkologische Versorgung gewährleistet die qualifizierte psychologische Betreuung von Angehörigen. Dies umfasst Information und Beratung, Förderung der Kommunikation, Unterstützung und emotionale Entlastung sowie Mobilisierung familiärer und sozialer Ressourcen.

#### Empfehlung 5

Psychoonkologische Versorgung trägt zur Unterstützung der Arbeit von Pflegenden und Ärzten bei. Dies umfasst die Erweiterung psychosozialer Kompetenzen, Unterstützung und emotionale Entlastung sowie die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit.

#### Empfehlung 6

Psychoonkologische Behandler respektieren die Würde und Integrität des Individuums und sind der Schweigepflicht und den ethischen Prinzipien von Vertraulichkeit, Aufrichtigkeit und Autonomie verpflichtet.

#### Empfehlung 7

Psychoonkologische Versorgungsangebote sind verfügbar, allgemein zugänglich, entsprechen den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen und werden in angemessenem Rahmen angeboten.

#### Empfehlung 8

Patienten und Angehörige haben freien Zugang zu psychoonkologischen Versorgungsangeboten ungeachtet von Unterschieden in der Diagnose, kultureller oder ethnischer Herkunft, Sprache, Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, sexueller Orientierung oder Wohnort. Falls in Wohnortnähe des Patienten oder Angehörigen keine psychoonkologischen Versorgungsangebote verfügbar sind, sollte der erforderliche Zugang ermöglicht werden.

#### Empfehlung 9

Patienten und Angehörigen werden umfassend über die angestrebte psychoonkologische Behandlung, mögliche Effekte und Konsequenzen sowie andere Behandlungsmöglichkeiten informiert, um eine fundierte Entscheidung über die Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgungsangebote treffen zu können.

#### Empfehlung 10

Informationen über therapeutische und psychosoziale Maßnahmen und Versorgungsangebote werden Patienten und Angehörigen frühzeitig angeboten und in verständlicher und einfühlsamer Art und Weise dargelegt.

#### Empfehlung 11

Psychoonkologische Mitarbeiter nehmen eine unterstützende und ggf. vermittelnde Funktion zwischen Patienten, Angehörigen und dem medizinische und pflegerische Personal ein, wenn reale oder wahrgenommen Hindernisse bestehen, um eine optimale Versorgung sicherzustellen.

## Empfehlung 12

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit basiert auf dem Respekt vor dem jeweils anderen Fachwissen.

### III

## Organisation und Struktur Psychoonkologischer Dienste

---

### Präambel

Eine angemessene psychoonkologische Versorgung von Tumorpatienten und Angehörigen erfordert ein umfassendes Versorgungsangebot. Die psychoonkologische Einrichtung sollte in ihrer Struktur und Organisation den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen, aber auch der psychoonkologischen und medizinischen Betreuer entsprechen. Psychoonkologische Versorgung stellt durch die Rahmenbedingungen im Akutkrankenhaus hohe Anforderungen an die Flexibilität und interdisziplinäre Kooperation aller Behandler. Für Mitarbeiter psychosozialer Dienste beinhaltet dies neben kommunikativen Kompetenzen insbesondere das Vorhandensein eines breiten Interventionsspektrums und die rasche Verfügbarkeit in Krisensituationen.

### Empfehlung 13

Psychoonkologische Dienste verfügen über angemessene finanzielle, zeitliche, personelle und räumliche Ressourcen, um psychoonkologische Betreuung und Schulungen durchführen zu können.

### Empfehlung 14

Onkologische Einrichtungen bemühen sich um Kontinuität in der psychoonkologischen Versorgung bei den von ihnen behandelten Patienten und Angehörigen.

### Empfehlung 15

Psychoonkologische Dienste sind in den administrativen Strukturen im Akutkrankenhaus vertreten.

### Empfehlung 16

Die Leitung psychosozialer Dienste wird durch einen Vertreter der Fachrichtungen Psychologie, oder Medizin mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie) repräsentiert.

### Empfehlung 17

Die Leitung psychosozialer Dienste gewährleistet ausreichende psychologisch-psychotherapeutische (psychoonkologische) Kompetenzen jedes psychoonkologischen Mitarbeiters.

### Empfehlung 18

Qualifikationen und Kompetenzen der psychosozialen Mitarbeiter sind schriftlich definiert und stimmen mit den geltenden Standards und Richtlinien überein.

## IV Psychoonkologische Versorgungskonzepte und Interventionen

---

### Präambel

Krebspatienten sind im Verlauf der Erkrankung mit einer Vielzahl unterschiedlicher Belastungen konfrontiert. Sie müssen sich in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium mit der Diagnose, Operationen, den Nebenwirkungen der Behandlung, körperlichen Beeinträchtigungen und Schmerzen oder einer veränderten Lebenssituation bzw. -perspektive auseinandersetzen. Die Ungewissheit über den Verlauf der Erkrankung, eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit oder die langfristige Abhängigkeit von medizinischen Versorgungseinrichtungen können zusätzliche Belastungsfaktoren darstellen. Die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen können darüber hinaus die sozialen und familiären Beziehungen beeinträchtigen. In Anbetracht des oftmals irreversiblen Verlaufs von Krebserkrankungen und den damit verbundenen psychosozialen Einschränkungen stellt die Verbesserung des Befindens und der Lebensqualität von Krebspatienten und deren Familien die zentrale Aufgabe psychoonkologischer Versorgungsangebote dar. Die Situation von Krebspatienten im Akutkrankenhaus unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Situation im ambulanten Setting. Krebspatienten sind während des stationären Aufenthaltes primär mit krisenhaften Ereignissen im Verlauf einer Erkrankung konfrontiert. Dazu gehören die Erstdiagnose, das Auftreten von Rezidiven, Progredienz oder Komplikationen bei der Krebstherapie. Häufige Anlässe für psychoonkologische Betreuung sind Probleme der Krankheitsbewältigung, depressive Reaktionen, Ängstlichkeit, aggressives Verhalten, Probleme der Compliance, Kommunikationsprobleme oder familiäre Belastungen.

### Empfehlung 19

Basis psychoonkologischer Diagnostik und Behandlung ist der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung, die der therapeutischen Haltung von Empathie und Wertschätzung Rechnung trägt.

### Empfehlung 20

Psychoonkologische Interventionen im Akutkrankenhaus zielen aufgrund der begrenzten zeitlichen Rahmenbedingungen auf eine für Patienten und Angehörige unmittelbar erfahrbare Wirkung und Entlastung.

### Empfehlung 21

Zu den primären Aufgaben psychoonkologischer Versorgung für Patienten und Angehörige im Akutkrankenhaus gehören:

- Befunderhebung, psychologische Diagnostik und ggf. Empfehlungen für weitere Diagnostik
- Psychologische Beratung und Behandlung und/oder Behandlungsempfehlungen
- Planung und/oder Einleitung von Weiterbehandlungen/Nachsorge
- Koordination psychosozialer Versorgung innerhalb des Krankenhauses
- Koordination stationärer und ambulanter psychosozialer Versorgung

### Empfehlung 22

Wichtige Zielvariablen psychoonkologischer Interventionen u.a. affektive Reaktionen wie Angst, Depressivität, Aggressivität, Probleme der Krankheitsverarbeitung, körperliche und psychische Beschwerden, Schmerzen, Selbstwahrnehmung, Körperbild und Sexualität, Probleme der familiären und sozialen Integration, Probleme in der Kooperation mit den Behandlern und in der Anpassung an die Behandlungsbedingungen, Orientierungs-, Informations- und Kommunikationsprobleme, Umgang mit Tod und Sterben.

#### Empfehlung 23

Psychologische Interventionen im Akutkrankenhaus umfassen u.a.:

- Beratung und Information, Patientenschulung
- Supportive Einzelgespräche
- Krisenintervention
- Symptomorientierte Verfahren (Entspannung, Imagination)
- Kreative Verfahren (Musik- und Kunsttherapie)
- Paar- und Familiengespräche
- Sterbebegleitung
- Nachsorge
- Sozialrechtliche Beratung

#### Empfehlung 24

Im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung sind die individuellen Schutzbedürfnisse der Patienten und Angehörigen gewährleistet. Diese umfassen die Schweigepflicht, den Vertrauensschutz und das Primat der Behandlung gegenüber der Forschung.

## V Qualitätssicherung

---

#### Empfehlung 25

Der Bedarf psychoonkologischer Betreuung von Patienten und Angehörigen wird systematisch mit angemessenen Instrumenten erhoben. Als geeignete, im deutschsprachigen Raum verfügbare Instrumente können zum gegenwärtigen Zeitpunkt folgende Fragebögen empfohlen werden: die Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D), der Hornheimer Fragebogen, die Symptom Checklist –90 (SCL-90) (vor allem Kurzversionen), der Short Form-36 Health Survey (SF-36) (vor allem Kurzversionen).

#### Empfehlung 26

Die Basisdokumentation ist unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements und der psychoonkologischen Versorgung. Psychoonkologische Behandler führen eine vollständige Dokumentation der Patientenkontakte durch.

#### Empfehlung 27

In der Basisdokumentation sind administrative und soziodemografische Daten enthalten sowie Angaben zur Anamnese, psychosozialen Befund, Diagnose, Leistungsprofil und Leistungsaufwand. Dem Schutz persönlicher Daten ist hier in besonderem Maße Rechnung zu tragen.

#### Empfehlung 28

Die Basisdokumentation ist zeitökonomisch, reliabel, klinisch relevant und veränderungssensitiv.

#### Empfehlung 29

Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement ist verpflichtender Bestandteil der psychoonkologischen Versorgung.

#### Empfehlung 30

Psychoonkologische Behandler orientieren ihre Arbeit an verbindlichen, schriftlich festgehaltenen Empfehlungen und Standards der psychoonkologischen Versorgung.

#### Empfehlung 31

Psychoonkologische Maßnahmen sind evidenz-basiert und werden kontinuierlich evaluiert.

#### Empfehlung 32

Psychoonkologische Mitarbeiter erhalten regelmäßig Supervision durch einen externen Supervisor, um ihre Arbeit und deren Ausführung zu reflektieren. Eine Frequenz der Supervision alle zwei Wochen, mindestens aber einmal im Monat wird für erforderlich gehalten.

#### Empfehlung 33

Das psychoonkologische Behandlungsteam hat die Möglichkeit eines regelmäßigen internen Austauschs über klinische, berufliche und verwaltungsbezogene Themen.

#### Empfehlung 34

Das psychoonkologische Behandlungsteam hat die Möglichkeit eines regelmäßigen Austauschs in Form von Fall- und Teambesprechungen mit den medizinischen und pflegerischen Behandlern zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeitsorganisation.

#### Empfehlung 35

Schulungen, Weiterbildung und Forschung sind integraler Bestandteil der psychoonkologischen Versorgung

## VI Schulung und Weiterbildung

---

### Präambel

Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der psychosozialen Onkologie beinhalten die Bereitstellung von Informationen für Patienten, Angehörige, für psychosoziale und medizinische Mitarbeiter, aber auch für andere Anbieter in der Gesundheitsversorgung und der allgemeinen Öffentlichkeit. Für Patienten und Familien können

Schulungsangebote fundierte Entscheidungen und das Verstehen der Krebserkrankung unterstützen. Die Bereitstellung von Fortbildungsmaßnahmen durch psychosoziale Dienstleister in der Gesundheitsversorgung unterstützt eine kontinuierliche Verbesserung von Maßnahmen und der beruflichen Entwicklung.

#### Empfehlung 36

Psychosoziale Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen sind Patienten, Angehörigen, medizinischem und pflegerischem Personal frei zugänglich.

#### Empfehlung 37

Psychosoziale Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen der Teilnehmer und sind auf den Bedarf und die Interessenslage der jeweiligen Zielgruppe zugeschnitten.

#### Empfehlung 38

Als Bestandteil der Qualitätsverbesserung werden psychosoziale Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen sowie Materialien kontinuierlich evaluiert.

## VII Forschung und Evaluation

---

#### Präambel

Psychoonkologische Forschung ist für den Erkenntnisgewinn und die Weiterentwicklung psychoonkologischer Versorgungsangebote für Patienten und Angehörige ebenso unerlässlich wie der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis.

#### Empfehlung 39

Innerhalb der psychoonkologischen Versorgung wird die Schaffung einer forschungsförderlichen Atmosphäre angestrebt. Dies geschieht durch die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Forschern, mit anderen psychosozialen Einrichtungen, Krankenhäusern und Hochschulen und die Gewährleistung der Integration von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis.

#### Empfehlung 40

Die Evaluation psychosozialer Maßnahmen ist ein integraler Bestandteil der psychoonkologischen Versorgung.

#### Empfehlung 41

Psychoonkologische Mitarbeiter identifizieren für ihre Praxis relevante Forschungsvorhaben und integrieren Forschungsergebnisse in die Praxis.

#### Empfehlung 42

Psychoonkologische Forschungsvorhaben entsprechen dem wissenschaftlichen Standard und werden vor Durchführungsbeginn nach ethischen Gesichtspunkten geprüft.

### Empfehlung 43

Einrichtungen, die Krebspatienten behandeln, unterstützen die Einwerbung finanzieller Mittel zur Förderung psychoonkologischer Forschung.

## 3.2 Ist-Situation: Eine Organisationsanalyse der Abteilung Psychoonkologie am Klinikum Herford

Die bisher an der Abteilung Psychoonkologie am Klinikum in Herford durchgeführte Evaluation und Begutachtung durch Prof. Muthny (Münster) und Prof. Nagel (Freiburg) wie auch die von der ökonomischen Evaluation Arbeitsgruppe McKinsey durchgeführte Analyse erlauben zwar eine gute Beschreibung und Zwischenbewertung des Dienstes, sie sind aber nicht hinreichend spezifisch ausgerichtet um die Frage zu prüfen, ob die mit den Leitlinien vorgegebenen Zielperspektiven für einen psychoonkologischen Dienst am Klinikum Herford realisiert sind. Insofern bedarf es der nachfolgend dargestellten im Sinne einer Feinanalyse detaillierten Beschreibung und Analyse der Ist- Situation.

Im Rahmen dieser Organisationsanalyse wurden strukturierte **Interviews** durchgeführt **und Fragebögen** eingesetzt. Weiterhin wurden bei Bedarf die vorliegenden **Jahresberichte** zur Psychoonkologie am Klinikum Herford herangezogen. Die im Interview und Fragebogen angesprochenen Themenkomplexe sowie die Abfolge der Fragen orientieren sich an den zuvor beschriebenen Leitlinienkatalog und zielen auf folgende **Evaluationsdimensionen**: Psychosoziales Dienstleistungsangebot, Selbstverständnis und Konzept, Kooperation und Kommunikation, Qualitätssicherung sowie Akzeptanz des Betreuungsangebotes der Abteilung Psychoonkologie. Der ergänzende Fragebogen zur Organisationsanalyse erfasst die Themenbereiche Interaktion und Arbeitszufriedenheit. Die Interviews wurden mit drei Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie durchgeführt und dauerten im Durchschnitt 90 Minuten. Die Ergebnisse werden nachfolgend thematisch geordnet zusammengefasst.

### 3.2.1 Personelle und räumliche Ausstattung

Die Abteilung Psychoonkologie besteht seit 1995 am Klinikum Herford und wird durch die Sulo-Stiftung gefördert. Das Klinikum ist ein Schwerpunktkrankenhaus mit 15 Kliniken und insgesamt ca. 700 Betten. In der Abteilung sind insgesamt fünf Vollzeit Mitarbeiter (vier Psychologen und eine Koordinatorin) beschäftigt.

Die Abteilung Psychoonkologie verfügt über ein – zumindest was die Abteilung selbst betrifft – differenziertes Raumangebot. Drei Psychologen verfügen über einen eigenen Raum, der Leiter und die Koordinatorin der Abteilung teilen sich ein Büro. In bezug auf die räumliche Situation auf den Stationen wird das Raumangebot als ungenügend bezeichnet. Bis auf einzelne Stationen fehlt es an Räumen, die Rückzugsmöglichkeiten für Patientengespräche bieten. So muss ein substantieller Anteil der Patientengespräche im Rahmen des Liaisondienstes direkt im Patientenzimmer in Anwesenheit anderer Mitpati-

enten geführt werden. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Abteilung Psychoonkologie nicht über einen Aufzug für Patienten mit körperlichen Einschränkungen verfügt.

### 3.2.2 Arbeitszeitregelung

Die Mitarbeiter haben feste Arbeitszeiten mit ca. einer halben Stunde Gleitzeit. Versorgungsengpässe werden durch diese Arbeitszeitregelung nicht gesehen, da die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, dass kein Bedarf für eine Erreichbarkeit der Mitarbeiter außerhalb der Arbeitszeit, z.B. am Wochenende, gegeben ist.

### 3.2.3 Psychosoziale Betreuungsangebote für Patienten

Im Jahr 2000 wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung insgesamt 794 Patienten betreut. Davon waren 710 Tumorpatienten, 49 Angehörige und 35 nicht-onkologische Krisenpatienten (vgl. Jahresbericht 2000). Das Angebotsspektrum für onkologische Patienten umfasst:

- **Stationäre Betreuung im Liaisondienst** auf insgesamt sieben Stationen (Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Urologie)
- **Stationäre Betreuung im Konsildienst** in der onkologisch-hämatologischen Ambulanz, der Strahlenambulanz sowie auf verschiedenen anderen Stationen
- **Ambulante Betreuung und Weiterbehandlung**
- **Gruppenangebote** für Patienten vor allem in der Nachsorgephase. Die mehrmals im Jahr durchgeführten Gruppenangebote umfassen neben Informationsveranstaltungen und Vorträgen inhaltlich die Themenbereiche "Musiktherapie", "Entspannungsverfahren", "Krankheitsverarbeitung", "Qi Gong" und "Kosmetikkurse".

Neben den psychosozialen Betreuungsangeboten wird von der Abteilung Psychoonkologie alle zwei Jahre ein **Patientenkongress** veranstaltet. Weiterhin ist eine kontinuierlich stattfindende Therapiegruppe für hochbelastete Patienten geplant.

Die stationären Angebote für Patienten, die überwiegend im Liaison- und Konsildienst erbracht werden, nehmen den größten Teil der zeitlichen Ressourcen für die Patientenbetreuung in Anspruch. Die Angebote sind fast ausschließlich auf onkologische Patienten beschränkt. Die Betreuungsleistung für Patienten anderer Diagnosegruppen liegt unter 5% und wird ausschließlich im Rahmen von Kriseninterventionen erbracht.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem psychosozialen Betreuungsangebot für Patienten kann als gut bezeichnet werden. Veränderungswünsche beziehen sich vor allem auf die Differenzierung des Inter-

ventionsangebotes und die Ausweitung der ambulanten Betreuung, der Nachsorge und der Palliativversorgung. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Verbesserungsnotwendigkeit in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten hingewiesen. Hier bestehen erste Überlegungen zur Implementierung von Case- bzw. Disease-Management-Programmen für ausgewählte Patientengruppen. Verbesserungsmöglichkeiten werden auch in der Kooperation mit den Ärzten und Pflegenden auf den Stationen gesehen. Gedacht ist hier zum einen an die regelmäßige Durchführung von Gesundheitsschulungen für Patienten, die in Abstimmung mit Ärzten und Pflegenden durchgeführt werden könnten. Zum anderen wird überlegt, inwieweit niedrigschwellige psychosoziale Betreuungsangebote auch von geschultem ärztlichen und pflegerischen Personal übernommen werden könnten, damit sich die Mitarbeiter der Abteilung Psychoonkologie stärker auf hochbelastete Patienten konzentrieren können. Weiterhin werden Überlegungen angestellt, inwieweit es möglich ist, dass Mitarbeiter der Abteilung bei ärztlichen Erstgespräch anwesend sind.

### 3.2.4 Psychosoziale Betreuungsangebote für Angehörige

Das Angebotsspektrum für Angehörige onkologischer Patienten umfasst:

- **Betreuung während des stationären Aufenthalts des Patienten** (Einzel- und Paargespräche)
- **Ambulante Betreuung**
- **Gruppenangebot** (kontinuierliche offene Gruppe)

Die Betreuung für Angehörige stationärer Patienten nimmt den größten Teil der zeitlichen Ressourcen der Angehörigenbetreuung in Anspruch. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem psychosozialen Betreuungsangebot für Angehörige liegt im mittleren Bereich. Zusätzlich erachten die Mitarbeiter der Abteilung Gruppenangebote für Hinterbliebene sowie in längerfristiger Perspektive die Einrichtung einer Palliativstation für wichtig. Darüber hinaus besteht der Wunsch, die Angehörigenbetreuung stärker als bisher in die Routineversorgung mit einzubeziehen.

### 3.2.5 Angebote für Ärzte und Pflegende

Das Angebotsspektrum für Ärzte und Pflegende unterscheidet sich auf den verschiedenen betreuten Liaisonstationen nur geringfügig. Insgesamt umfasst das Angebot:

- **Stationskonferenz** (monatliche Fallbesprechung): Auf den Stationskonferenzen werden von den Mitarbeitern auch themenzentrierte und zeitlich eng begrenzte Fortbildungen angeboten.
- **Schwesternübergabe** (wöchentliche Fallbesprechung)
- **Fortbildungen** (ganz- und halbtags), z.B. auch für Schwesternschülerinnen

- **Einzelsupervision** für besonders belastetes Personal
- **Gruppensupervision**

Die Einzelsupervision sowie die Schwesternübergabe nehmen den größten Teil der zeitlichen Ressourcen der Betreuung von Ärzten und Pflegenden in Anspruch. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem psychosozialen Betreuungsangebot für Ärzte und Pflegende liegt im mittleren bis hohen Bereich. Bemängelt wird allerdings die suboptimale Nutzung der Angebote durch Ärzte und Pflegende.

### 3.2.6 Interventionsangebote

Im alltäglichen Patientenkontakt werden von der Abteilung Psychoonkologie folgende psychologische Interventionen durchgeführt: Beratung und Information, Patientenschulung, supportive Einzelgespräche, Krisenintervention, symptomorientierte Verfahren (Entspannung, Imagination), kreative Verfahren (Musik- und Kunsttherapie), Paar- und Familiengespräche, Sterbebegleitung und Nachsorgegruppen. In der Routineversorgung der Abteilung Psychoonkologie findet keine systematische Planung der Nachsorge statt. Wird von den Therapeuten allerdings besonderer Betreuungsbedarf festgestellt, werden die Patienten über die Möglichkeit einer ambulanten Nachsorge informiert.

Der Schwerpunkt der Abteilung Psychoonkologie liegt in der stationären Versorgung und macht ca. 80-90% der gesamten Versorgungstätigkeit aus. Die durchschnittliche Kontaktdichte beträgt je nach wahrgenommenen Aufgabenspektrum der Mitarbeiter 4-6 Patienten- bzw. Angehörigenkontakte pro Tag. Die durchschnittliche Gesprächsdauer mit Patienten im Liaisondienst beträgt ca. 20-25 Minuten. Die Dauer von Konsilen und Angehörigengesprächen wird mit durchschnittlich 30-60 Minuten angegeben. Die im Liaisondienst tätigen Mitarbeiter sind durchschnittlich 2-5 Stunden pro Tag auf den Stationen anwesend.

Tabelle 1 enthält Schätzungen für den zur prozentualen Umfang der einzelnen Tätigkeitsfelder der therapeutischen Mitarbeiter.

Tab. 1 Prozentualer Umfang der einzelnen Tätigkeitsfelder

Gruppe/ Bereich	Spannweite der prozentualen Angaben (%)
Patientenbetreuung davon	
Face to Face Kontakte	20-30
Vor- und Nachbereitung	5-25
Angehörigenbetreuung davon	
Face to Face Kontakte	5-10
Vor- und Nachbereitung	0-5
Betreuung des medizinischen und pflegerischen Personals	
Face to Face Kontakte	5-15

Vor- und Nachbereitung	0-3
Dokumentation/Verwaltungsaufgaben	20-25
Forschung	10
Sonstiges (u.a. Qualitätszirkel, Vortragstätigkeit, Fachtagungen, Weiterentwicklung der Abteilung, Aufbau der integrierten Versorgung)	10-12

\*Die Schätzungen berücksichtigen nicht die Angaben des Leiters der Einrichtung wegen seines unterschiedlich definierten Arbeitsprofils

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Verteilung der Angebote variiert zwischen unzufrieden bis zufrieden. Veränderungswünsche betreffen vor allen Dingen die Minimierung von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten zugunsten einer stärkeren Patientenversorgung.

### 3.2.7 Selbstverständnis und Konzept

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf ein gemeinsames Selbstverständnis, eine gemeinsame Ausrichtung und einen als wichtig erachteten theoretischen Hintergrund der Bemühungen und Angebote der Abteilung Psychoonkologie. Nachfolgend wird der Begriff "Konzept" verwendet.

Die Abteilung Psychoonkologie verfügt über ein gemeinsam getragenes Konzept im Sinne eines Leitbildes, welches von den Mitarbeitern erarbeitet wurde. Wesentliches Merkmal dieses Konzeptes ist eine Orientierung der psychologischen Arbeit an einem Belastungsmodell, welches auf die durch die Krebserkrankung und die Krankheitsfolgen vorliegenden Belastungen und weniger auf psychische Störungen fokussiert. Dementsprechend ist die Betreuung der Patient supportiv ausgerichtet. Weiterhin zählt es zum Selbstverständnis der Abteilung, nur wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren anzubieten. Wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist auch eine gute Implementation, Dokumentation und Evaluation der Betreuungsangebote. Weitere Zielsetzungen sind eine flächendeckende Versorgung und eine enge Vernetzung in der regionalen Struktur sowie eine enge Kooperation mit allen an der Behandlung onkologischer Patienten Beteiligten.

Der psychotherapeutische Schwerpunkt der Abteilung ist überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Weiterhin fließen Elemente der Gesprächspsychotherapie, Musiktherapie, Gestalttherapie, systemische Therapie und andere Verfahren (z.B. Hypnotherapie) ein.

### **3.2.8 Verankerung der Abteilung und Kontaktaufnahme mit den Patienten**

Die Abteilung Psychoonkologie versteht sich als ein eigenständiges Arbeitsteam, das durch regelmäßige Anwesenheit auf Station kontinuierlich Kontakte mit den Patienten, Angehörigen und dem Personal hat. Diese Position der Abteilung hat sich bewährt. Langfristig soll allerdings auf eine stärkere Integration in das Klinikum hingearbeitet werden.

Die Mitarbeiter der Abteilung informieren alle stationär aufgenommenen Krebspatienten über die bestehenden psychosozialen Betreuungsangebote. Dies bedeutet, dass das entscheidende Kriterium für die Kontaktaufnahme und eine mögliche psychosoziale Betreuung die Diagnose Krebs ist. Besonders belastete Patienten erhalten eine intensive Betreuung. Der Betreuungsbedarf kann durch den Patienten selbst, durch die Mitarbeiter der Abteilung Psychoonkologie sowie durch Ärzte und Pflegende aufgezeigt werden. Eine schriftliche Übermittlung erfolgt vor allem im Rahmen des Konsildienstes (Konsilschein).

Seit kurzer Zeit wird von der Abteilung ein selbst entwickeltes Screeninginstrument zur Bedarfseinschätzung und zur Einschätzung von Problemlagen eingesetzt. Die Kontaktaufnahme mit neuen Patienten erfolgt täglich auf den Liaisonstationen durch Absprache mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal. Die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen unterliegt gegenwärtig keiner systematischen Steuerung.

### **3.2.9 Kooperation, Kommunikation und Interaktion**

Innerhalb der Abteilung findet für alle Mitarbeiter eine tägliche Patientenbesprechung am Morgen jedes Arbeitstages und zusätzlich eine wöchentliche Teambesprechung statt. Die Abteilung Psychoonkologie kooperiert in ihrer alltäglichen Arbeit vor allem mit Ärzten und Pflegenden. Eine gute, in der Regel informelle Zusammenarbeit besteht mit Sozialarbeitern, weiterhin mit Vertretern von Selbsthilfegruppen, Grünen Damen, Hospizen sowie mit Seelsorgern.

Das medizinische Personal wird meist informell über die psychosoziale Situation der Patienten und/oder ihrer Angehörigen sowie über psychosoziale Hilfestellungen informiert. Die Mitarbeiter der Abteilung nehmen nicht regelmäßig an Visiten teil. Die regelmäßig stattfindenden Schwesternübergaben und Fallbesprechungen werden als Möglichkeiten, Informationen auszutauschen, genutzt. Probleme bei der Zuständigkeit für einzelne Aufgabenbereiche zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst und der Abteilung Psychoonkologie werden verneint. Die Zusammenarbeit der Abteilung Psychoonkologie mit

dem ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie mit externen psychosozialen Einrichtungen wird als gut bezeichnet.

Die Befragten geben an, dass die Ärzte und Pflegenden gut über die psychosoziale Situation der Patienten informiert sind, allerdings wird die Informiertheit über die psychosoziale Situation der Angehörigen als eher unzureichend bewertet. Ärzte und Pflegende gehen nach Einschätzung der befragten Psychoonkologen sensibel mit den Ängsten und Belastungen der Patienten und Angehörigen um, reagieren in Krisensituationen angemessen und sehen die psychosoziale Sichtweise als Bereicherung ihrer Arbeit an.

Fragen zur Interaktion bezogen sich auf Konfliktpunkte zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst einerseits und dem psychosozialen Dienst andererseits. In bezug auf die Zusammenarbeit mit der jeweils zu versorgenden Station wird von den Mitarbeiter der Abteilung als unproblematisch bewertet. Sie betonen (im Fragebogen) auch, dass es in der Interaktion mit Ärzten und den Pflegenden keine Probleme gibt, obwohl ihnen mehr Zeit für Patienten und Angehörige zur Verfügung steht, sie sich leichter vielen Routineverpflichtungen entziehen können, eine Ausbildung haben, die gezielter auf den Umgang mit psychischen Schwierigkeiten vorbereitet und dass sich ihre "Sprache" von der des medizinischen Personals unterscheidet.

Im Gegensatz hierzu werden von zwei der Befragten die erhöhten Anforderungen an das medizinische Personal durch Nachtdienst oder Wochenenddienste sowie die schwerere Nachvollziehbarkeit der psychoonkologischen Arbeit als Konfliktpotential auf Station bewertet.

### **3.2.10 Dokumentation**

Die psychosozialen Betreuungstätigkeiten werden in einer systematische Dokumentation der Abteilung Psychoonkologie festgehalten ("Computergestütztes Managementsystem Psychoonkologie"). Diese systematische und kontinuierliche Dokumentation ist ein integraler Bestandteil der psychoonkologischen Arbeit und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Dokumentation ermöglicht eine statistische Aufarbeitung der geleisteten Betreuung und dient damit neben der formalen wie inhaltlichen Versorgungs- und Therapieplanung auch einer Einzelfallevaulation. Zugang zur Dokumentation haben ausschließlich die Mitarbeiter der Abteilung. Der Nutzen der Dokumentation für die psychosoziale Tätigkeit wird von den Mitarbeitern durchgängig als hoch bezeichnet. Kritisch angemerkt wird allerdings der z.T. erheblich hohe Zeitaufwand sowie technische Probleme bei der Handhabung.

Zur Dokumentation der Erkrankungen werden bisher keine ICD-10 Diagnosen standardisiert vergeben. Hierzu wird von den Befragten angeführt, dass das Konzept der sogenannten Leitproblematik die

Grundlage für die Arbeit der Abteilung Psychoonkologie bildet. Bei diesem Konzept stehen u.a. Probleme bei der Krankheitsbewältigung, Schmerzen und Belastungsreaktionen im Vordergrund und weniger Diagnosen, die nach etablierten Klassifikationssystemen vergeben werden.

### **3.2.11 Supervision, Fortbildung und Forschung**

Eine regelmäßige Supervision durch einen externen, tiefenpsychologisch orientierten Supervisor erbracht. Die Supervision findet 14tägig statt und wird allein für die Mitarbeiter der Abteilung angeboten. Die Mitarbeiter sind mit der Supervision sehr zufrieden. Die Kosten für die Supervision werden im vollen Umfang von der Sulo-Stiftung übernommen.

Die Mitarbeiter der Abteilung haben darüber hinaus die Möglichkeit, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, was als sehr positiv eingeschätzt wird. Die Mitarbeiter besuchen etwa 2-4 Fortbildungen pro Jahr. Die Kosten werden ebenfalls von der Sulo-Stiftung übernommen, die ein spezielles Budget für Fortbildungen und Kongressreisen zur Verfügung stellt. In der Abteilung Psychoonkologie herrscht eine forschungsförderliche Atmosphäre.

### **3.2.12 Akzeptanz**

Die Akzeptanz der psychosozialen Betreuung durch die Patienten und Angehörigen wird als insgesamt als gut beurteilt, es gibt jedoch deutliche Unterschiede in der wahrgenommenen Akzeptanz der Patienten. Die häufigsten Vorbehalte gegenüber der psychoonkologischen Betreuung sind Misstrauen und Angst vor Stigmatisierung. Die Akzeptanz der psychosozialen Betreuung durch die Ärzte wird auch als gut beurteilt. Allerdings besteht bei den Ärzten z.T. wenig Einsicht in die Notwendigkeit einer Betreuung und der Wunsch nach einem schnellen sichtbaren Erfolg. Die Akzeptanz wird bei den Pflegenden etwas besser als bei den Ärzten eingeschätzt. Auf der Mehrzahl der betreuten Stationen fühlen sich die Mitarbeiter der Abteilung als gleichberechtigtes Teammitglied. Mit der Inanspruchnahme des psychosozialen Betreuungsangebots sind die Befragten nicht zufrieden, diese könnte insgesamt erhöht werden, vor allem was Fortbildungsangebote für das Personal betrifft. Die positiven Auswirkungen der psychosozialen Betreuungsangebote werden für alle drei Zielgruppen in der Belastungsreduktion gesehen. Negative Auswirkungen des psychosozialen Betreuungsangebots sind zum einen die kurzfristige Steigerung der psychischen Belastung bei Patienten, Delegation von Aufgaben ausserhalb des psychoonkologischen Aufgabenspektrums sowie eine nicht indizierte Versorgung von Patienten.

### 3.2.13 Arbeitszufriedenheit und Veränderungswünsche

Eingeschätzt wurden Aspekte der Zufriedenheit mit der jetzigen Tätigkeit in der Abteilung Psychoonkologie. Alle Befragten fühlen sich akzeptiert und sind mit Ihrer derzeitigen beruflichen Situation zufrieden. Die Tätigkeit wird von allen Befragten als gesellschaftlich hoch angesehen und als inhaltlich interessant bewertet. Die körperliche Belastung und Überforderung durch die Tätigkeit werden als gering eingeschätzt. Die Arbeit bietet nach Meinung der befragten Psychoonkologen die Möglichkeit, sich die Arbeit selbst einzuteilen und wird leistungsgerecht bezahlt. Schwierigkeiten aufgrund einer intensiven Kontrolle durch den Vorgesetzten sowie Konsequenzen aufgrund von Fehlverhalten werden verneint.

Als sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirkende Aspekte werden der bestehende Zeitdruck und begrenzte weitere Karrierechancen angesehen, weiterhin Einschränkungen im selbständigen Handeln sowie die Angst, die Arbeit nicht so gut zu erledigen, wie man es selbst möchte oder wie andere es erwarten.

Der Umgang mit sterbenden Patienten sowie unzureichende Absprachen innerhalb der Abteilung werden als belastende Faktoren für die Arbeit genannt. Diese Belastungen machen sich bei den Befragten in Erschöpfungssymptomen und Ärger bemerkbar. Um mit diesen Belastungen umzugehen, greifen die Mitarbeiter auf die Supervision, kollegialen Austausch und privaten Ausgleich zurück. Das soziale Klima der Abteilung wird positiv bewertet, und die Mitarbeiter fühlen sich durch die Leistungsanforderungen nicht überfordert.

Als vorrangige Wünsche für Veränderungen des psychosozialen Dienstes werden von den befragten Psychoonkologen folgende Aspekte genannt:

- eine Haltungsänderung des ärztlichen Bereiches gegenüber den Patienten
- mehr Präsenz der Abteilung in der Klinik sowie eine bessere organisatorische Einbindung
- Verbesserung der Informationsweitergabe auf der Station und innerhalb der Abteilung
- Klare Verantwortlichkeiten in der Abteilung Psychoonkologie
- weniger Dokumentationszeit
- einen zusätzlichen Mitarbeiter für ambulante Nachsorge

## 3.3 Ist-Soll-Vergleich

Nachfolgend wird nun eine Bewertung der Ist-Situation des psychoonkologischen Dienstes am Klinikum Herford vor dem Hintergrund der unter 3.1 dargestellten Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus vorgenommen. Das Ergebnis lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die **personelle Ausstattung** des psychoonkologischen Dienstes im Klinikum Herford ist vor dem Hintergrund des bestehenden Behandlungsbedarfs als angemessen zu bezeichnen. Vergleicht man

die Situation mit anderen nicht universitären Krankenhäusern mit einem onkologischen Arbeitsschwerpunkt, so ist die Situation als sehr günstig zu bezeichnen.

- Die **räumlichen Arbeitsmöglichkeiten** für den psychoonkologischen Dienst entsprechen soweit es die Unterbringung der Mitarbeiter in der Abteilung betrifft, voll den klinischen Erfordernissen. Da die Psychoonkologen einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit direkt auf den Stationen erbringen müssen, sind auch hier für eine qualifizierte und störungsfreie Arbeit entsprechende räumliche Voraussetzungen erforderlich. Zur Zeit sind diesbezüglich die räumlichen Bedingungen auf einigen Stationen noch ungünstig.
- Der psychoonkologische Dienst nimmt eine Schwerpunktbildung durch Schaffung von **Liaisondiensten** auf einzelnen Stationen vor und versorgt andere Abteilungen und die Ambulanzen über einen weniger aufwendig gestalteten Konsultationsdienst. Die gewählte Organisationsform ist vor dem Hintergrund der zu Verfügung stehenden personellen Ressourcen gut begründet.
- Das gewählte organisatorische Konzept des Liaisondienstes konnte erfolgreich realisiert werden, weil die eingesetzten therapeutischen Mitarbeiter **zeitlich** stark auf den Station **präsent** sind.
- Das verfolgte **therapeutische Konzept** entspricht in seiner supportiven Zielsetzung und in der wissenschaftlichen Fundierung der eingesetzten Interventionsansätze den Erfordernissen einer modernen Psychoonkologie.
- Den Patienten wird ein vielfältiges und flexibel gestaltetes **Behandlungsangebot** unterbreitet. Patienten, die von den Angeboten erreicht werden, erhalten dies in der erforderlichen Frequenz und Dichte.
- Eine Weiterentwicklung und Intensivierung **gruppentherapeutischer Angebote** ist wünschenswert. Um die Nachhaltigkeit der während des stationären Aufenthaltes angewandten psychoonkologischen Interventionen sicherzustellen, erscheint ein systematischer Ausbau der ambulanten **psychosozialen Nachsorge** angezeigt.
- Die **Akzeptanz** der Angebote durch die Patienten ist insgesamt positiv. Eine Untergruppe der Patienten äußert allerdings noch Vorbehalte. Deren Abbau dieser Inanspruchnahmebarrieren kann am ehesten durch systematische Informationsstrategien erreicht werden. Den behandelnden Ärzten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.
- Für die Feststellung des **Betreuungsbedarfs** werden unterschiedliche Zugänge gewählt. Dies ist inhaltlich gut begründet und auch künftig erforderlich. Die im Rahmen dieses Projektes auch behandelte Frage des Einsatzes von Screening-Verfahren zur Frühidentifikation von besonders behandlungsbedürftigen Patienten stellt eine Chance zur weiteren Optimierung des Patientenzugangs dar.

- Das Betreuungsangebot für **Angehörige** konnte noch nicht in der wünschenswerten Intensität realisiert werden. Die zur Zeit diskutierten Überlegungen zu der Schaffung zusätzlicher Angebote (z.B. für Hinterbliebene) könnten zur Verbesserung der Versorgung dieser wichtigen Zielgruppe beitragen.
- Die Angebote für **Ärzte und Pflegende** sind konzeptionell gut geplant. Die von den Mitarbeitern gesehene Notwendigkeit einer noch weiter zu verbessernden Nutzung dieser Möglichkeiten durch die Zielgruppen setzt einen langen Atem und einen permanenten Dialog mit Ärzten und Schwestern sowie eine Stützung durch die leitenden Ärzte und des Krankenhausmanagements voraus.
- Die **Arbeitszufriedenheit** der psychoonkologischen Mitarbeiter ist hoch. Die **interne Kommunikation** in der Abteilung Psychoonkologie ist durch regelmäßige Abstimmungssitzungen gesichert.
- Die Analyse des Tätigkeitsprofil der Therapeuten wirft die Frage auf, ob der Anteil direkter **Patientenkontakte** nicht noch erhöht werden könnte.
- Die Zusammenarbeit mit **Ärzten und Schwestern** und die Akzeptanz des psychoonkologischen Dienstes erreichen insgesamt ein gutes Niveau. Die Güte der Interaktion variiert aber deutlich in Abhängigkeit von der jeweiligen Station. Sie ist zumindest in Teilbereichen noch weiter ausbaubar.
- Die **Zusammenarbeit** mit anderen psychosozialen Diensten (Sozialarbeiter, Selbsthilfegruppen, Seelsorge etc.) verläuft konfliktfrei und ist im Sinne einer Aufgabenteilung gut geregelt.
- Die Entwicklung eines **computergestützten Dokumentationssystem** ist besonders positiv hervorzuheben. Eine noch stärkere Nutzung dieses Systems im Rahmen der klinischen Routine wie auch für Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen erscheint sinnvoll und möglich.
- **Supervision und Fortbildung** entsprechen bezüglich Art, Dichte und Rahmenbedingungen voll den zu fordernden Standards.

## 4 Zur Wirksamkeit psychoonkologischer Angebote

Der Nachweis klinisch und ökonomisch relevanter Veränderungen durch die psychosozialen Angebote der Abteilung Psychoonkologie ist aufgrund der begrenzten zur Verfügung stehenden Datenbasis in der ersten hier beschriebenen Projektphase nur explorativ, nicht aber auf gesichertem wissenschaftlichen Niveau zu leisten. Dazu bedarf es sowohl auf der klinischen wie auf der gesundheitsökonomischen Ebene einer neu beginnenden systematischen Datenerhebung mit hinreichend großen Untersuchungs- und Vergleichsgruppen. Eine solche Studie setzt eine längere Datenerhebungsphase voraus.

Um im Rahmen dieser Untersuchungsphase Beiträge zur Frage der klinischen Wirksamkeit psychoonkologischer Behandlungen zu leisten, wurden folgende Zugangswege gewählt.

Zunächst werden die Ergebnisse einer 2001 an der Abteilung Medizinische Psychologie durchgeführten **Literaturanalyse** (siehe 4.1) zur Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionsprogramme berichtet. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse einer im Rahmen dieses Projektes durchgeführten retrospektiv angelegten **Katamneseuntersuchung** (siehe 4.2) an Krebspatienten, die im Klinikum Herford behandelt wurden und in dieser Zeit psychoonkologische Angebote in unterschiedlicher Intensität erhielten. Abschließend werden die Erfahrungen einer auf verschiedenen Stationen des Klinikum Herfords durchgeführten **Erkundungsstudie** (siehe 4.3) berichtet, bei der unter Einbeziehung einer begrenzten Zahl von Patienten die Voraussetzungen für die Durchführung einer prospektiv angelegten Verlaufsstudie geprüft wurden.

### 4.1 Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionsprogramme - eine Zwischenbilanz der bisherigen internationalen Forschung<sup>1</sup>

In einer Vielzahl epidemiologischer Studien werden für einen Teil der Tumorpatienten erheblich Beeinträchtigungen des Befindens und der Lebensqualität gefunden (vgl. u.a. Massie & Popkin, 1998; Noyes et al., 1998; van't Spijker et al., 1997). Darauf aufbauend stellt die Konzeption und Evaluation von psychoonkologischen Interventionen einen wichtigen wissenschaftlichen Schwerpunkt des Gebietes dar. Psychoonkologische Behandlungsansätze verfolgen verschiedene Zielsetzungen, die sich in den nachfolgend genannten Punkten zusammenfassen lassen:

- Reduktion von krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen (wie Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Schlafstörungen etc.)

---

<sup>1</sup> Die hier berichteten Ergebnisse stützen sich im wesentlichen auf eine aktuelle an der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführte Literaturanalyse von Schulz, Winzer, Stump & Koch (2001).

- Reduktion von Angst, Depression, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit
- Stärkung des Selbsthilfepotentials (Selbstkontrolle, Selbstverantwortung, Coping)
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Einstellung zur Krebserkrankung
- Förderung der verbleibenden Gesundheit
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient, Partner und Angehörigen.

In die nachfolgend dargestellte Literaturlanalyse wurden 47 kontrollierte Studien einbezogen, die im Zeitraum von 1980 bis 2001 publiziert wurden. Die meisten Studien stammen dabei aus dem angloamerikanischen Sprachraum. Thematisch wurden die Studien je nach dem Zielbereich der Intervention (s.o.) in drei Gruppen zugeordnet:

- Interventionen zur Beeinflussung der Nebenwirkungen der Tumortherapie
- Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität und der psychosozialen Anpassung an die Erkrankung
- Interventionen zur Reduktion emotionaler Probleme

Die nachfolgenden Tabellen 2 bis 4 berichten für die einzelnen Untersuchungen der drei Bereiche die berücksichtigten Tumorlokalisationen, die Fallzahlen, die angewandten psychotherapeutischen Techniken und die wesentlichen Ergebnistrends.

**Tab. 2 Interventionenstudien zur Beeinflussung von Nebenwirkungen der Tumortherapie**

Autoren	N	Ausgewählte Ergebnisse
Lyles et al. (1982)	50	Nebenwirkung ↓ durch PMR/GI
Morrow & Morell (1982)	60	Übelkeit und Erbrechen ↓ durch SD
Cannici et al. (1983)	30	Einschlafdauer ↓ und Gesamtschlafdauer ↑ durch PMR
Morrow (1986)	92	Übelkeit u. Erbrechen ↓ sowohl durch SD als auch PMR
Carey & Burish (1987)	45	Nebenwirkungen der Chemotherapie ↓ durch PMR/GI
Burish et al. (1987)	24	Übelkeit ↓ durch PMR/GI
Cotanch & Strum (1987)	60	Erbrechen ↓ und Kalorien-Einnahme ↑ durch PMR/GI
Graffam & Johnson (1987)	30	Schmerz und Belastung ↓ sowohl durch GI als auch durch PMR
Zimmerman et al. (1989)	40	Schmerz ↓ durch Musik und positive Suggestion
Feldman & Salzberg (1990)	60	Angst ↓ sowohl durch Hypnose wie auch GI
Lerman et al. (1990)	48	Übelkeit nach Chemotherapie ↓ durch PMR
Burish et al. (1991)	60	Übelkeit, Beeinträchtigung bei der Arbeit ↓ durch PMR/GI bzw. Coping
Rapkin et al. (1991)	36	Hospitalisierungsdauer (post-Op) ↓ durch GI/Hypnose
Burish & Jenkins (1992)	81	Nebenwirkungen ↓ durch PMR/GI
Morrow et al. (1992)	75	Übelkeit und Erbrechen ↓ durch Systematische Desensibilisierung
Vasterling et al. (1993)	60	Nebenwirkungen der Chemotherapie ↓ durch Ablenkung und PMR
Sloman (1995)	67	Schmerz ↓ durch PMT/GI
Syrjala et al. (1995)	94	Schmerz (KMT) ↓ durch PMR/GI und kogn.-behav. Copingtraining
De Witt et al. (1997)	313	Schmerz ↓ durch edukatives Programm
Bredin et al. (1999)	119	Atemlosigkeit ↓ durch Entspannung, Atemübungen, soziale Unterstüt-

zung

---

Abkürzungen: GI = geleitete Imaginationen; PMR = Progressive Muskelentspannung; SD = Systematische Desensibilisierung

Tab. 3 **Kurzzeitige Interventionsprogramme**

Autoren	N	Tumorlok.	Ergebnisse
Worden & Weisman (1984)	117	Diff.	Belastungen ↓ zum follow-up sowohl durch patientenzentrierte Intervention als auch kognitive Verhaltenstherapie (+ PMR)
Heinrich & Schag (1985)	78	Diff.	Bewältigungsverhalten in med. Situationen ↑ nach 2 Monaten durch Stressmanagement
Cain et al. (1986)	80	Uterus, Ovar	psychosoziale Anpassung ↑ und psychische Belastung ↑ nach 6 Monaten durch themenzentrierte Beratung (Infos, PMR)
Telch & Telch (1986)	41	Diff.	Stimmung, Arbeitszufriedenheit, sex. Beziehung, soz. Aktivität, Umgang mit med. Eingriffen ↑ durch Coping-Training
Bos-Branolte (1987)	119	Uterus, Ovar	Selbstwert ↑, Wohlbefinden ↑, Körperbild ↑, Beziehung ↑ nach 9 Monaten durch PMR + Rollenspiel + Modellernen
Cunningham & Tocco (1989)	60	Diff.	psychosoziale Anpassung ↑ durch Coping-Training (PMR, GI, supportive Gespräche)
Fawzy et al. (1990)	66	Malignes Melanom	psychische Belastung ↓ Coping ↑ immunologische Veränderungen ↑ nach 6 Monaten durch Info, Stressmanagement, PMR/GI, soziale Unterstützung
Edgar et al. (1992)	205	meist Mamma	Angst ↓, Depression ↓ durch Problemlösetechniken, PMR, kognitives Reappraisal
Greer et al. (1992)	165	meist Mamma	Hilflosigkeit ↓, Kampfgeist ↑ Angst + Depression ↓ nach 8 Wochen/4 Monaten durch „Adjuvant Psychological Therapy“
Berglund et al. (1993)	60	Mamma	Info ↑, körp. + soz. Aktivitäten ↑, Lebensstilveränderung ↑ durch körperliches Training, Info, Coping-Training
Berglund et al. (1994)	199	meist Mamma	Info ↑, körperliche Aktivitäten und Kampfgeist ↑ nach 12 Monaten durch körperliches Training, Info, Coping-Training
Cunningham et al. (1995)	156	Diff.	Befindlichkeit und LQ ↑ durch soziale Unterstützung und Coping-Training
Evans & Connis (1995)	78	Lunge, Blase, Prostata	Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung ↓ durch kognitiv-behaviorale Therapie und Soziale Unterstützung
Marchioro et al. (1996)	36	Mamma	LQ ↑ Depression ↑ nach 9 Monaten durch kognitive Therapie und Familienberatung
Maunsell et al. (1996)	250	Mamma	Distress: Keine Effekte einer bei Bedarf (erhoben durch monatl. Screening) angebotenen telefonischen Unterstützung
Koch et al. (1998)	353	Diff.	LQ, Angst und Depression, Distress, Coping: Kein Effekt von PMR/GI nachweisbar
Küchler et al. (1998)	271	Gastrointestinaltrakt	LQ, Coping ↑ durch supportive Therapie, Stressmanagement (Einzelkontakte)
Edmonds et al. (1999)	66	Mamma	LQ ↑ durch Coping-Training
Helgeson et al. (1999)	312	Mamma	psychosoziale Anpassung ↑ nach 6 Monaten durch edukative Gruppenintervention
Fukui et al. (2000)	46	Mamma	Distress ↓, coping (fighting spirit) ↑ durch Information, Coping-Training, Stressmanagement und soziale Unterstützung
Larson et al. (2000)	41	Mamma	LQ, Distress, Depressionen, Optimismus: Kein Effekt von Information, Stressmanagement, PMR, soziale Unterstützung

Abkürzungen: Diff. = verschiedene Diagnosegruppen; GI = geleitete Imaginationen; LQ = Lebensqualität; PMR = progressive Muskelentspannung

Tab. 4 Interventionen im Krankheitsverlauf bei emotionalen Störungen

Autoren	N	Tumorlokal.	Ausgewählte Ergebnisse
Davis (1986)	19	Mamma	Angst ↓ durch Biofeedback und kognitive VT
Bridge et al. (1988)	139	Mamma	Emotionale Störungen ↓ durch PMR + PMR/GI
Bindemann et al. (1991)	80	Mamma, Ovar, Hoden	Angst ↓, Depression ↓ durch PMR
Holland et al. (1991)	147	Diff.	Angst ↓, Depression ↓ sowohl Tranquillizer als auch PMR
Decker et al. (1992)	63	Diff.	Depression ↓ durch PMR/GI
Moynihan et al. (1998)	73	Hoden	Angst und Depression: keine signifikanten Veränderungen durch kognitiv-behaviorale Einzeltherapie

Abkürzungen: Diff. = verschiedene

Als **Fazit** der Analyse lässt sich feststellen:

**In 43 von 47 kontrollierten Studien konnten in den untersuchten Zielvariablen signifikante, positive Effekte psychologischer Interventionen gezeigt werden. Der Überblick über Interventionsstudien zeigt ein hohes wissenschaftliches Niveau dieser Arbeiten, welche zumeist unter Einbeziehung von Kontrollgruppen und standardisierten Erhebungsinstrumenten durchgeführt werden. Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen kann daher als empirisch gut fundiert bezeichnet werden.** Allerdings stammen die Untersuchungen größtenteils noch aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum, während deutschsprachige Publikationen nicht in ausreichender Zahl vorliegen.

## 4.2 Veränderung der Lebensqualität von psychoonkologisch behandelten Patienten am Klinikum Herford

### 4.2.1 Zielsetzungen

Um Hinweise auf mögliche Effekte einer psychoonkologischen Behandlung am Klinikum Herford zu prüfen, wurde im Rahmen des Projektes eine retrospektive Katamnesestudie durchgeführt. Bei der Initiierung dieser Studie waren den Untersuchern die Begrenzung der Aussagekraft eines solchen Studienansatzes von Anfang an klar. Vor allem das Fehlen der Ausgangsmessung und von einer Vergleichsgruppe stellen eine Limitierung dar. Auf der anderen Seite ist der Nutzen retrospektiver Katamnesen vielfach belegt. Auch stellten sie wegen des kalkulierbaren Aufwands und wegen der Realisierbarkeit im Rahmen einer sehr begrenzten Projektlaufzeit die einzige empirische Zugangsmöglichkeit dar. Untersucht werden sollte u.a. die gegenwärtige psychische und körperliche Befindlichkeit der Patienten und

die Einschätzung der Veränderung des psychischen und körperlichen Befindens sowie der psychologischen, ärztlichen und pflegerischen Betreuung am Klinikum Herford. Des Weiteren sollten, um mögliche spezifische Effekte der psychoonkologischen Gespräche belegen zu können, die Gruppe von Patienten mit nur einem Erstgespräch mit verschiedenen Gruppen mit unterschiedlicher Kontaktdichte psychoonkologischer Gespräche verglichen werden.

## 4.2.2 Untersuchungsinstrument

Als Befragungsinstrument wurde auf der Basis von vergleichbaren Katamneseuntersuchungen der Abteilung für Medizinische Psychologie ein Untersuchungsinstrument entwickelt. Dieses erfragte

- Soziodemografische und Medizinische Daten
- Gegenwärtige psychische Befindlichkeit und Lebensqualität
- Veränderung des psychischen und körperlichen Befindens sowie der psychologischen, ärztlichen und pflegerischen Betreuung am Klinikum Herford

Zur Erfassung der gegenwärtigen psychischen Befindlichkeit und Lebensqualität wurde eines von der Abteilung Medizinische Psychologie zusammengestelltes Basisassessment eingesetzt. Dies beinhaltet die in der nachfolgenden Übersicht aufgeführten Inhaltsmodule und wird in Abschnitt 5.1 genauer analysiert.

### Übersicht über die im Basisassessment eingesetzten Instrumente

#### **Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)**

Dieses standardisierte Selbstbeurteilungsverfahren (Herrmann, Scholz, Kreuzer, 1991) ist die deutsche Adaption der von Zigmond und Snaith (1983) entwickelten "Hospital Anxiety and Depression Scale" zur Erfassung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden und Erkrankungen. Das Instrument umfasst die beiden Subskalen Depressivität und Ängstlichkeit mit je 7 Items, die auf vier vorgegebenen Antwortalternativen beantwortet werden. Für jede Skala kann ein Summenscore von 0 bis 21 berechnet werden. Die drei Cut-Off-Werte können in folgende drei Wertebereiche gegliedert werden: 0-7 (unauffällig), 8-10 (grenzwertig) und >11 (auffällig).

#### **Short Form-8 Health Survey (SF-8)**

Bei dem SF-8 Health Survey (Ware et al., 1999) handelt es sich um einen generischen Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. des Krankheitsstatus. Das Instrument baut auf die Arbeiten zum SF-36 Health Survey (dt. Version von Bullinger & Kirchberger, 1998) und erfaßt mit 8 Items 8 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ("Allgemeine Gesundheitswahrnehmung", "Körperliche Funktionsfähigkeit", "Körperliche Rollenfunktion", "Körperliche Schmerzen", "Vitalität", "Soziale Funktionsfähigkeit", "Psychisches Wohlbefinden" und "Emotionale Rollenfunktion"). Die Antwortformate variieren von einer fünf- bis sechstufigen Antwortskala. Höhere Werte gehen mit einer höheren Lebensqualität einher.

### **Kurzinstrument des EORTC QLQ-C30 ("EORTC-11")**

Der EORTC-QLQ-C30 ist ein international eingeführtes generisches Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Krebspatienten (EORTC QLQ-C30, Aaronson et al., 1993). Da das Verfahren in eigenen empirischen Untersuchungen einige psychometrische Schwächen zeigte, und darüber hinaus die ursprünglich von den Autoren genannte Skalenstruktur des EORTC QLQ-C30 mit konfirmatorischen Faktorenanalyse nicht bestätigt werden konnte, wurde eine Reanalyse des Fragebogens vorgenommen, die zu einer 11 Item umfassenden Kurzversion des Verfahrens führte (Dirmaier et al., Abteilung Medizinische Psychologie, UKE, unveröffentlicht). Der EORTC-11 setzt sich aus Symptomskalen, Symptomitems und Funktionsskalen zusammen. Für diese wurde eine dreifaktorielle Struktur ermittelt ("Emotionale Funktion", "Körperliche Funktion und Rollefunktion", "Übelkeit"). Weiterhin zielen zwei Items auf die Erfassung von "Allgemeiner Lebensqualität".

Die Patienten beantworten die Items entweder über eine vierstufige bzw. siebenstufige Antwortskala. Die Scores werden berechnet, indem zuerst die Rohwerte einer Skala summiert, dann durch die Anzahl der Items dividiert und abschließend linear transformiert werden, so dass alle Skalen einen Wertebereich von 0-100 aufweisen.

### **Kurzinstrument der Symptom Checklist-90-R ("SCL-14")**

Der SCL-90-R dient der Erfassung der psychischen Befindlichkeit psychiatrischer und/oder klinischer Patienten. Das Instrument ist aber auch bei Gesunden anwendbar. Die Items des SCL-90-R zielen auf verschiedene Dimensionen wie Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und Aggressivität. Darüber hinaus erlaubt das Verfahren die Bildung verschiedener globaler Indices des momentanen Ausmaßes an emotionaler Belastung (Derogatis, 1994). Das Verfahren ist psychometrisch sehr gut fundiert und international weit verbreitet. Für Routineuntersuchungen ist es aber mit 90 Items zeitaufwendig, so dass Derogatis selbst bereits früh eigene Kurzversionen entwickelt hat. An der Abteilung Medizinische Psychologie, UKE, wurde 2001 der SCL-14 auf Basis von SCL-90-R Daten von über 7000 Patienten aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation und Psychotherapie entwickelt (Harfst et al., unveröffentlicht). Das Kurzinstrument besteht aus 14 Items und dient neben der Messung der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung dem Screening in den Störungsbereichen Depression, Somatisierung und phobische Angst. Die Skala "Depressivität" setzt sich aus

Fragen bezüglich Selbstvorwürfen, Antriebslosigkeit, Schwerkut, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeitsgefühlen und Wertlosigkeit zusammen. Die Skala "Somatisierung" erhebt das Vorhandensein von Muskelschmerzen, Taubheit oder Kribbeln, körperlicher Schwäche und Schwere in Armen, Beinen. Die Skala "Phobische Angst" erhebt die Furcht, offene Plätze zu betreten, alleine aus dem Haus zu gehen, Bus oder U-Bahn zu benutzen und die Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen. Das Antwortformat ist fünfstufig. Höhere Werte gehen mit einer stärkeren Einschränkung einher.

### 4.2.3 Durchführung und Stichprobenbeschreibung

In die Untersuchung wurden alle onkologischen Patienten einbezogen, die im Zeitraum von August 2000 bis August 2001 von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie behandelt wurden. Für diesen Zeitraum konnten die Adressen von insgesamt N=428 onkologischen Patienten der Datenbank der Abteilung Psychoonkologie entnommen werden. Die Adressenliste wurde zunächst den Einwohnermeldeämtern in Herford und den umliegenden Gemeinden mit der Bitte zugesandt, die in der Zwischenzeit verstorbenen Patienten zu kennzeichnen, um eine unnötige Belastung der Angehörigen durch ein Anschreiben zu vermeiden.

Von den N=428 Krebspatienten waren nach den Auskünften der Einwohnermeldeämter n=34 (7.9%) verstorben. Aus der Studie ausgeschlossen wurden weiterhin n=26 Patienten (6.1%), die älter als 80 Jahre alt sind, so dass N=368 Patienten angeschrieben werden konnten. Von diesen waren 15 Patienten ambulant in psychotherapeutischer Behandlung und wurden nicht mit in die Analysen einbezogen. 1 Patient ist unbekannt verzogen, 7 Patienten schickten den Fragebogen nicht ausgefüllt zurück, 6 der angeschriebenen Patienten sind verstorben und 4 Fragebögen wurden nicht in die Analysen einbezogen werden, da sie zu spät eintrafen. Insgesamt gingen also 224 Fragebögen zurück, die Rücklaufquote beträgt somit (60.8%). In die Analysen einbezogen wurden N=191 Patienten. Nachzutragen bezüglich der Durchführung ist noch, dass nach ca. vier Wochen nach der Aussendung diejenigen Patienten, die ihren Fragebogen nicht zurückgesandt hatten, telefonisch durch die Koordinatorin der Abteilung Psychoonkologie nochmals um Beteiligung an der Untersuchung gebeten wurden.

Einen Überblick über die soziodemografischen Daten und Verteilung der Diagnosen der **Stichprobe** gibt Tabelle 5. Untersucht wurden 95 männlichen und 96 weiblichen Krebspatienten. Das Durchschnittsalter beträgt 62 (24-85) Jahre. Die Mehrzahl der Patienten (77.9%) ist verheiratet, hat einen Hauptschulabschluss (58.8%) und ist pensioniert (64.9%). Die häufigsten Diagnosen sind Darmkrebs (18.8%), Brustkrebs (14.7%) und Blasenkrebs (11%).

Jeder stationäre Krebspatient wird bei Aufnahme ins Klinikum Herford von einem Mitarbeiter der Abteilung Psychoonkologie aufgesucht und über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Die

durchschnittliche Anzahl der **Kontakte mit dem psychoonkologischen Dienst** beträgt 3.6 (1-32). Aufgrund der Verteilung und Spannweite der Kontakte wurden vier Gruppen gebildet (Tabelle 6). Die Verteilung der Diagnosen unterscheidet sich in den einzelnen Gruppen nicht signifikant ( $\chi^2=38,137$ ;  $p=.076$ ).

Tab. 5 Soziodemografische Daten und Verteilung der Diagnosen (N=191)

	N	%
<b>Alter (in Jahren)</b>	62 (range 24-85)	
<b>Geschlecht</b>		
Männer	95	49.7
Frauen	96	50.3
<b>Familienstand</b>		
ledig	13	6.8
verheiratet	148	77.9
geschieden, getrennt	12	6.3
verwitwet	17	8.9
<b>Bildungsstand</b>		
Hauptschule ohne Abschluss	17	9.1
Hauptschulabschluss	110	58.8
Mittlere Reife, Fachhochschulreife	44	23.5
Abitur	4	2.1
Universitäts- oder Fachhochschulabschluss	12	6.4
<b>Berufliche Situation</b>		
berufstätig	25	13.3
berufstätig, aber krankgeschrieben	24	12.8
arbeitslos	5	2.7
pensioniert	122	64.9
Hausfrau/-mann	9	4.8
sonstiges	3	1.5
<b>Diagnosen</b>		
Darmkrebs	36	18.8
Brustkrebs	28	14.7
Blasenkrebs	21	11.0
Prostatakrebs	16	8.4
Rectumkrebs	15	7.9
Gynäkologische Tumoren	14	7.3
Hodenkrebs	13	6.8
Nierenkrebs	10	5.2
Sonstige Tumoren	38	19.9

Tab. 6 Verteilung der Gruppen nach der Anzahl der Kontakte mit dem psychoonkologischen Dienst (N=191)

	Anzahl der Kontakte	N	%
<b>Gruppe 1</b>	1	68	35.6
<b>Gruppe 2</b>	2	43	22.5
<b>Gruppe 3</b>	3-6	53	27.7
<b>Gruppe 4</b>	7-32	27	14.1

## 4.2.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Katamnese werden thematisch unter drei Gesichtspunkten berichtet. Zunächst werden die Veränderungen von Aspekten der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf analysiert. Es folgt retrospektive Bewertung der im Krankenhaus erlebten Betreuung durch Ärzte, Pflegende und dem psychoonkologischen Dienst. Im letzten Themenblock wird die gegenwärtige psychische und körperliche Befindlichkeit der Patienten beschrieben. Die vorgenommenen Analysen berichten zu einem die Ergebnisse

für die Gesamtgruppe, zum anderen die Ergebnisse für Untergruppen mit unterschiedlicher psychoonkologischer Behandlungsdichte.

#### 4.2.4.1 Veränderungen von Aspekten der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf

Nachfolgend werden Ergebnisse berichtet, wie die Patienten aus retrospektiver Sicht die Veränderungen von körperlichen und psychischen Beschwerden, der familiären Lebenssituation und die Unterstützung durch Angehörige und Freunde einschätzen. Dabei vergleichen sie die Situation zu Beginn der Krankenhausbehandlung mit dem Entlassungszeitpunkt und der jetzigen Situation (ca. 1 Jahr nach Entlassung).

#### Körperliche Beschwerden

Die Krebspatienten bewerteten ihre körperlichen Beschwerden zu den drei Zeitpunkten "vor dem Aufenthalt im Klinikum", "bei Entlassung aus dem Klinikum" und "zum jetzigen Zeitpunkt". Insgesamt geben die Patienten leichte bis mittlere körperliche Beschwerden über alle drei Zeitpunkte an, wobei die körperlichen Beschwerden in der Gesamtgruppe zum jetzigen Zeitpunkt signifikant geringer sind im Vergleich zu den anderen beiden Zeitpunkten ( $\chi^2=35.752$ ;  $p=.000$ ) (Tab. 7). Diese signifikante Verringerung in den körperlichen Beschwerden über die drei Zeitpunkte zeigt sich auch in den einzelnen Gruppen mit Ausnahme der Gruppe 4. 20.1% der Befragten führen die Veränderung ihrer körperlichen Beschwerden auch auf die psychologische Unterstützung während des Klinikaufenthaltes zurück.

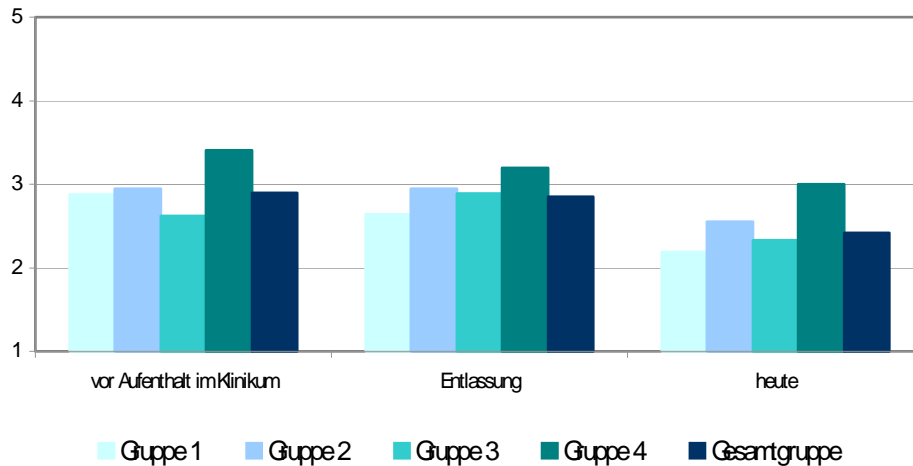
Tab. 7 Mittelwertsvergleich der körperlichen Beschwerden über die drei Zeitpunkte (Chi<sup>2</sup>-Test)

	vor dem Aufenthalt im Klinikum		bei Entlassung aus dem Klinikum		zum jetzigen Zeitpunkt		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Gruppe 1	2.88	1.27	2.64	1.01	2.19	1.05	.000
Gruppe 2	2.95	1.50	2.95	0.89	2.55	0.97	.009
Gruppe 3	2.62	1.33	2.89	0.97	2.33	0.83	.011
Gruppe 4	3.41	1.39	3.20	1.00	3.00	0.75	.262
Gesamt	2.90	1.37	2.85	0.98	2.42	0.97	.000

Item von 1= "keine Beschwerden" bis 5= "sehr starke Beschwerden"

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

Das Ausmaß der körperlichen Belastung unterscheidet sich zwischen den Gruppen signifikant bei Entlassung aus dem Klinikum ( $\chi^2=8.067$ ;  $p=.045$ ) und zum jetzigen Zeitpunkt ( $\chi^2=16.607$ ;  $p=.001$ ), wobei Gruppe 4 jeweils das höchste Ausmaß an körperlichen Beschwerden angibt (Abb. 2).



**Abb. 2 Ausmaß der körperlichen Beschwerden zwischen den Kontaktgruppen**  
 (1= "keine Beschwerden" bis 5= "sehr starke Beschwerden")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

## Psychische Beschwerden

Die Patienten bewerteten ihre psychischen Beschwerden erneut zu den drei Bezugszeitpunkten "vor dem Aufenthalt im Klinikum", "bei Entlassung aus dem Klinikum" und "zum jetzigen Zeitpunkt".

Insgesamt geben die Patienten leichte psychische Beschwerden über alle drei Zeitpunkte an, wobei die psychischen Beschwerden in der Gesamtgruppe zum jetzigen Zeitpunkt signifikant geringer sind im Vergleich zu den anderen beiden Zeitpunkten ( $\chi^2=18.288$ ;  $p=.000$ ) (Tab. 8). Diese signifikante Verringerung in den psychischen Beschwerden über die drei Zeitpunkte zeigt sich auch in Gruppe 1 und in der Gruppe 3.

**Tab. 8 Mittelwertsvergleich der psychischen Beschwerden über die drei Zeitpunkte (Chi<sup>2</sup>-Test)**

	vor dem Aufenthalt im Klinikum		bei Entlassung aus dem Klinikum		zum jetzigen Zeitpunkt		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Gruppe 1</b>	2.21	1.23	2.18	1.07	1.86	0.97	.010
<b>Gruppe 2</b>	2.46	1.38	2.54	1.14	2.29	1.07	.139
<b>Gruppe 3</b>	2.68	1.40	2.32	1.01	2.08	0.97	.010
<b>Gruppe 4</b>	2.88	1.33	3.16	0.90	2.76	0.72	.618
<b>Gesamt</b>	2.49	1.34	2.43	1.09	2.14	1.00	.000

Item von 1= "keine Beschwerden" bis 5= "sehr starke Beschwerden"

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

24.2% der Befragten führen die Veränderung ihrer psychischen Beschwerden u.a. auf die psychologische Unterstützung während des Klinikaufenthaltes zurück. Betrachtet man die prozentuale Verteilung zwischen den Kontaktgruppen, so zeigt sich, dass mit steigender Anzahl der Kontakte die psychologische Unterstützung von mehr Patienten als hilfreich empfunden wird ( $\chi^2=.01$ ) (Tab. 9).

Tab. 9 Zurückführen der Veränderung psychischer Beschwerden auf die psychologische Unterstützung:

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gesamt
ja	10 (15%)	8 (21%)	14 (26%)	11 (48%)	43 (24%)
nein	55	30	38	12	135
gesamt	65	38	52	23	178

Die Ausmaß der psychischen Beschwerden unterscheidet sich in den Gruppen signifikant zum Zeitpunkt bei Entlassung aus dem Klinikum ( $\chi^2=15,116$ ;  $p= .002$ ) und zum jetzigen Zeitpunkt ( $\chi^2=17,863$ ;  $p=.000$ ). Die Gruppe 4 mit den meisten Kontakten gibt jeweils ein größeres Ausmaß an psychischen Beschwerden an.

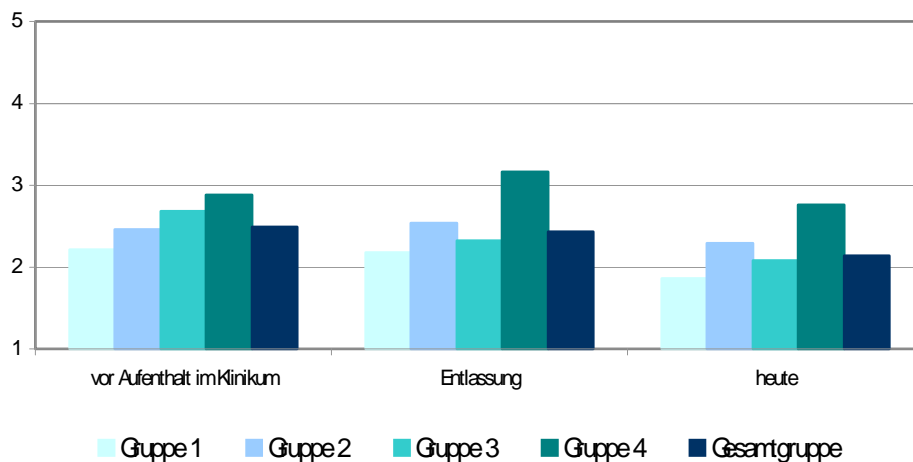


Abb. 3 Ausmaß der psychischen Beschwerden (1= "keine Beschwerden" bis 5= "sehr starke Beschwerden")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

## Zufriedenheit mit der familiären Lebenssituation

Insgesamt sind die Patienten über alle drei Zeitpunkte mit ihrer familiären Lebenssituation zufrieden, wobei die Zufriedenheit in der Gesamtgruppe zum jetzigen Zeitpunkt signifikant höher ist im Vergleich zu den anderen beiden Zeitpunkten ( $\chi^2=12,559$ ;  $p=.002$ ). Diese signifikante Verbesserung der Zufriedenheit mit der familiären Lebenssituation über die drei Zeitpunkte zeigt sich sonst nur in Gruppe 1. Zwischen den Gruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zu den einzelnen drei Zeitpunkten (Tab. 10).

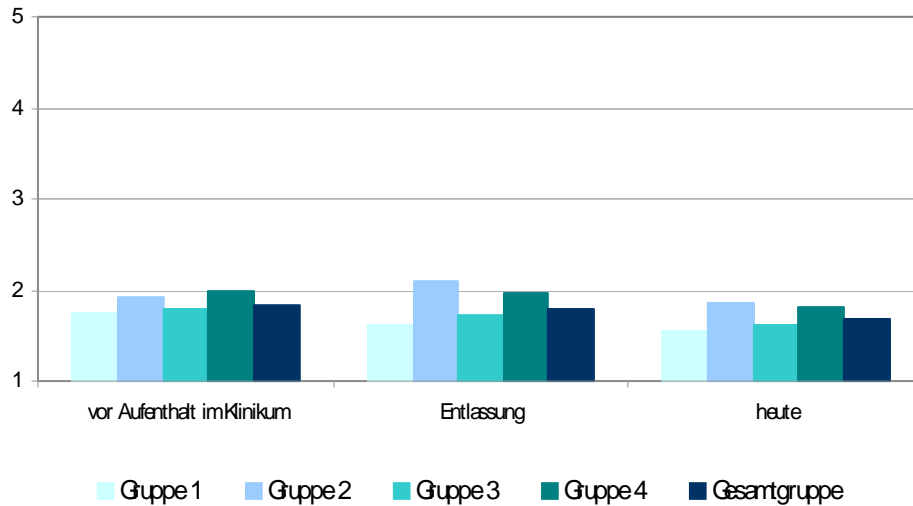
Tab. 10 Mittelwertvergleich der Zufriedenheit mit der familiären Lebenssituation über die drei Zeitpunkte (Chi<sup>2</sup>-Test)

	vor dem Aufenthalt im Klinikum		bei Entlassung aus dem Klinikum		zum jetzigen Zeitpunkt		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Gruppe 1	1.75	0.88	1.61	0.74	1.56	0.74	.014
Gruppe 2	1.93	1.05	2.10	1.19	1.85	0.94	.206
Gruppe 3	1.79	1.06	1.72	0.82	1.62	0.84	.327

<b>Gruppe 4</b>	2.00	1.02	1.96	1.00	1.81	0.85	.197
<b>Gesamt</b>	1.84	0.99	1.80	0.93	1.68	0.83	.002

Item von 1= "sehr zufrieden" bis 5= "sehr unzufrieden"

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte



**Abb. 4 Zufriedenheit mit der familiären Situation** (1= "sehr zufrieden" bis 5= "sehr unzufrieden")  
Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

## Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Angehörige und Freunde

Insgesamt sind die Patienten über alle drei Zeitpunkte mit der Unterstützung durch Angehörige und Freunde zufrieden, wobei die Zufriedenheit in der Gesamtgruppe zum jetzigen Zeitpunkt signifikant höher ist im Vergleich zu den anderen beiden Zeitpunkten ( $\chi^2=32,133$ ;  $p=.000$ ). Diese signifikante Verbesserung der Zufriedenheit mit der familiären Lebenssituation über die drei Zeitpunkte zeigt sich auch in Gruppe 1 und in Gruppe 3 (Tab. 11).

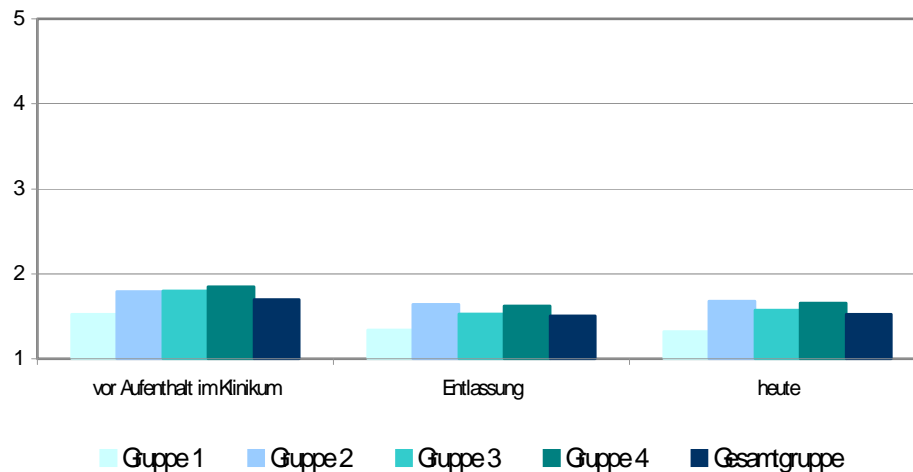
**Tab. 11 Mittelwertsvergleich der Unterstützung durch Angehörige und Freunde über die drei Zeitpunkte (Chi<sup>2</sup>-Test)**

	vor dem Aufenthalt im Klinikum		bei Entlassung aus dem Klinikum		zum jetzigen Zeitpunkt		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Gruppe 1</b>	1.52	0.76	1.34	0.59	1.32	0.56	.000
<b>Gruppe 2</b>	1.79	0.84	1.64	0.76	1.68	0.82	.109
<b>Gruppe 3</b>	1.80	0.98	1.53	0.73	1.57	0.85	.011
<b>Gruppe 4</b>	1.85	0.78	1.62	0.90	1.65	0.80	.128
<b>Gesamt</b>	1.70	0.85	1.50	0.72	1.52	0.75	.000

Item von 1= "sehr zufrieden" bis 5= "sehr unzufrieden"

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

Die Ausmaß der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Angehörige und Freunde unterscheidet sich in den einzelnen Gruppen signifikant zum jetzigen Zeitpunkt ( $\chi^2=8.199$ ;  $p=.042$ ). Die Gruppe 1 gibt das höchste Ausmaß an Zufriedenheit an.



**Abb. 5** Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Angehörige und Freunde (1= "sehr zufrieden" bis 5= "sehr unzufrieden")

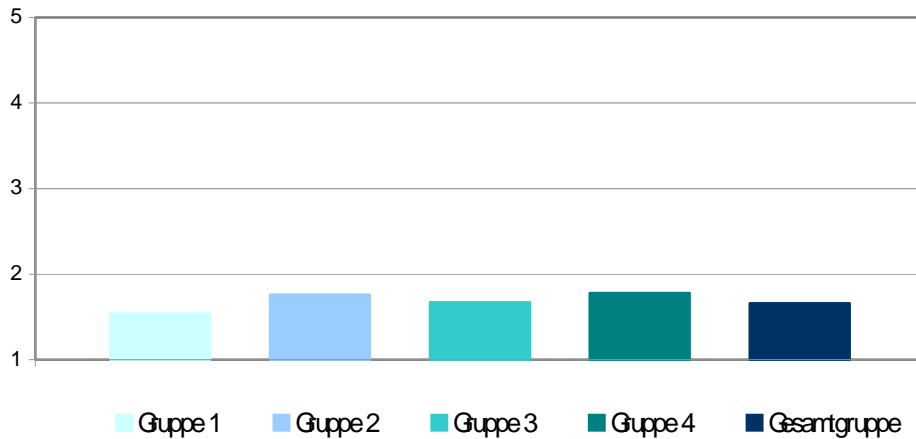
Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

#### 4.2.4.2 Behandlungszufriedenheit von Krebspatienten am Klinikum Herford

Nachfolgend wird die Zufriedenheit der katamnestic untersuchten Patienten mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung, mit den Informationsprozessen und der psychoonkologischen Betreuung beschrieben.

##### Beurteilung mit der ärztlichen Betreuung

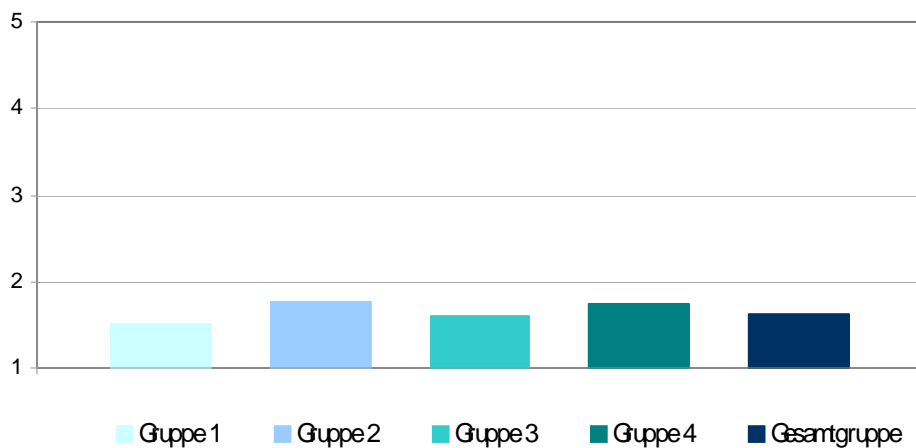
Insgesamt wird die ärztliche Betreuung am Klinikum Herford von den befragten Patienten als sehr gut bis gut eingeschätzt ( $M=1.66$ ,  $SD=0.78$ ). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung der ärztlichen Betreuung nicht signifikant, wobei Gruppe 4 am wenigsten zufrieden mit der Betreuung durch das ärztliche Personal ist.



**Abb. 6** Beurteilung mit der ärztlichen Betreuung am Klinikum Herford (1= "sehr gut" bis 5= "mangelhaft")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

### Beurteilung mit der pflegerischen Betreuung

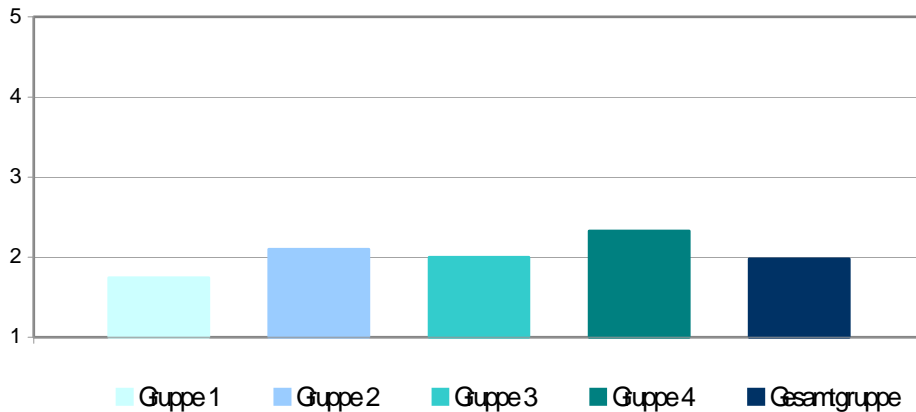
Insgesamt wird die pflegerische Betreuung am Klinikum Herford von den befragten Patienten ebenfalls als sehr gut bis gut eingeschätzt (M=1.62, SD=0.66). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung der pflegerischen Betreuung nicht signifikant. Auch hier ist Gruppe 4 am wenigsten zufrieden mit der Betreuung durch die Pflegenden.



**Abb. 7** Beurteilung mit der pflegerischen Betreuung am Klinikum Herford (1= "sehr gut" bis 5= "mangelhaft")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

### Beurteilung mit der Informationen zu Aufenthalt und Behandlung

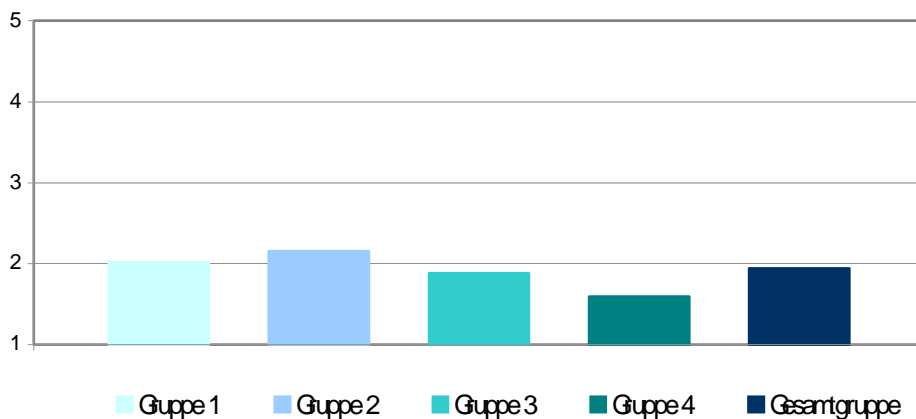
Die Informationen am Klinikum Herford von den befragten Patienten als gut eingeschätzt (M=1.98, SD=0.87). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung der pflegerischen Betreuung signifikant dahingehend, dass sich Gruppe 1 besser als die anderen Gruppen informiert fühlt (M=1.75, SD=0.74) ( $\chi^2=10.122$ ;  $p=.018$ ).



**Abb. 8** Beurteilung Informationen zu Aufenthalt und Behandlung (1= "sehr gut" bis 5= "mangelhaft")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

### Beurteilung mit der psychoonkologischen Unterstützung

Insgesamt wird die psychoonkologische Unterstützung am Klinikum Herford von den befragten Patienten ebenfalls als gut eingeschätzt (M=1.94, SD=0.83). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung der psychoonkologischen Unterstützung signifikant dahingehend, dass Patienten der Gruppen 4 die Betreuung am besten einschätzen (M=1.59, SD=0.64) ( $\chi^2=8.599$ ;  $p=.035$ ).

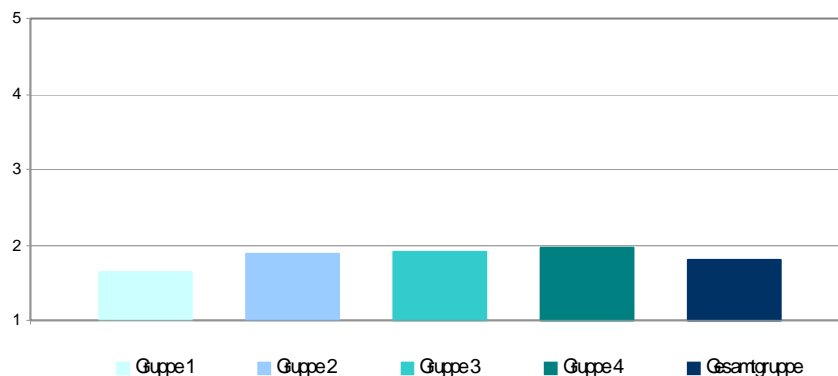


**Abb. 9** Beurteilung mit der psychologischen Unterstützung am Klinikum Herford (1= "sehr gut" bis 5= "mangelhaft")  
 Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

### Beurteilung des Aufenthalt im Klinikum Herford insgesamt

Insgesamt wird der Aufenthalt im Klinikum Herford von den befragten Patienten ebenfalls als sehr gut bis gut eingeschätzt (M=1.81, SD=0.72). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung des Aufenthalt im Klinikum Herford insgesamt dahingehend, dass Patienten der Gruppen 1 den Aufenthalt am besten (M=1.63, SD=0.65) und die Gruppe 4 den Aufenthalt am schlechtesten einschätzt (M=1.96,

SD=0.60). Die vier Gruppen unterscheiden sich in der Beurteilung des Aufenthalts insgesamt nicht signifikant ( $\chi^2=14.296$ ;  $p=.28$ ).



**Abb. 10** Beurteilung des Aufenthalts im Klinikum Herford insgesamt (1= "sehr gut" bis 5= "mangelhaft")  
Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

#### 4.2.4.3 Gegenwärtige psychische und körperliche Befindlichkeit

Nachfolgend werden die psychische und körperliche Befindlichkeit zum Katamnesezeitpunkt beschrieben und in Abhängigkeit zur Dichte der psychoonkologischen Kontakte analysiert. Die Grundlage sind dabei die vorne beschriebenen Module des Basisassessments.

#### Angst und Depressivität (HADS)

Der Mittelwert der Skala Angst über alle Patienten liegt bei  $M=6.32$  ( $SD=3.99$ ), derjenige der Skala Depression bei  $M=5.35$  ( $SD=4.25$ ). Die Majorität der Patienten liegt also wie auch Abbildung 11 zeigt, bezüglich Angst und Depression zum Katamnesezeitpunkt im unauffälligen Bereich. Etwa 13% der Patienten weisen allerdings jeweils einen klinisch auffälligen Wert in den beiden Skalen auf.

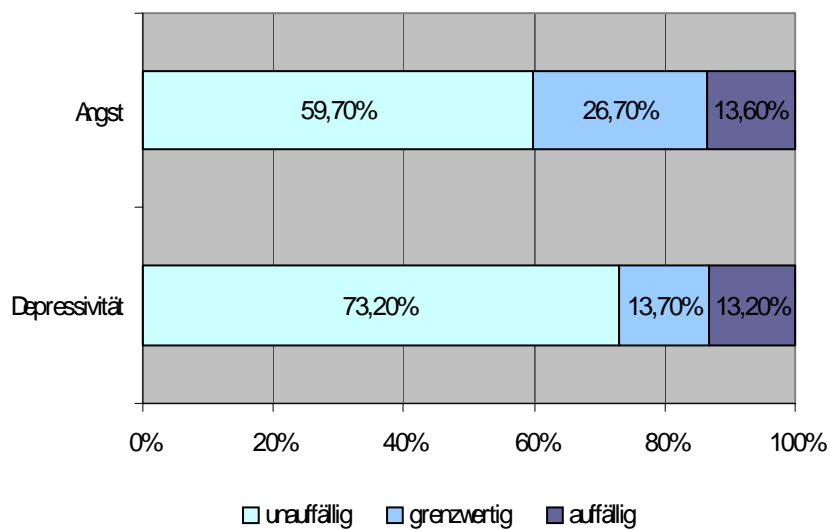


Abb. 11 Prozentuale Verteilung der Werte in den Skalen "Angst" und "Depressivität" in den Wertebereichen

Die vier Gruppen, die während ihres Krankenhausaufenthaltes in unterschiedlicher Dichte psychoonkologische Kontakte erhalten haben, unterscheiden sich in den beiden Skalen signifikant (Tab. 12). Dies wird auch durch die beiden Abbildungen 12 und 13 unterstrichen. Sowohl bei der Variablen Angst wie Depressivität ist die Anteil der Patienten mit auffälligen oder zumindest grenzwertigen Kennwerten in Gruppe 4 (größte Behandlungsdichte) erheblich höher als in Gruppe 1 (nur einem psychoonkologischen Aufnahmegespräch). Es wurden keine Einflüsse des Geschlechts oder der Diagnose gefunden.

Tab. 12 Mittelwertsvergleich der Skalen des HADS nach Kontaktgruppen (Varianzanalyse) (N=191)

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Angst	5.34	4.18	6.76	3.36	5.98	3.92	8.78	4.23	.002
Depressivität	3.96	3.54	6.08	4.91	5.02	3.99	8.33	4.36	.000

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

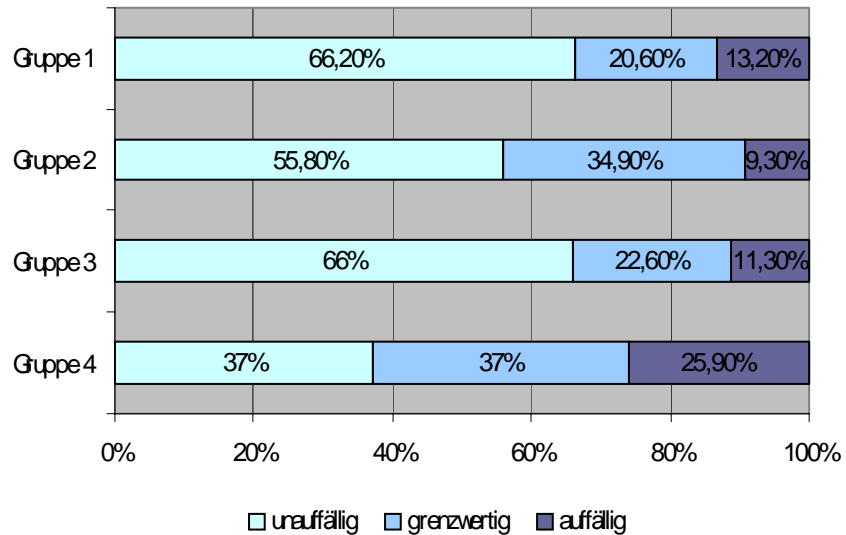


Abb. 12 Prozentuale Verteilung der Werte in den Skala "Angst" in den Kontaktgruppen

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

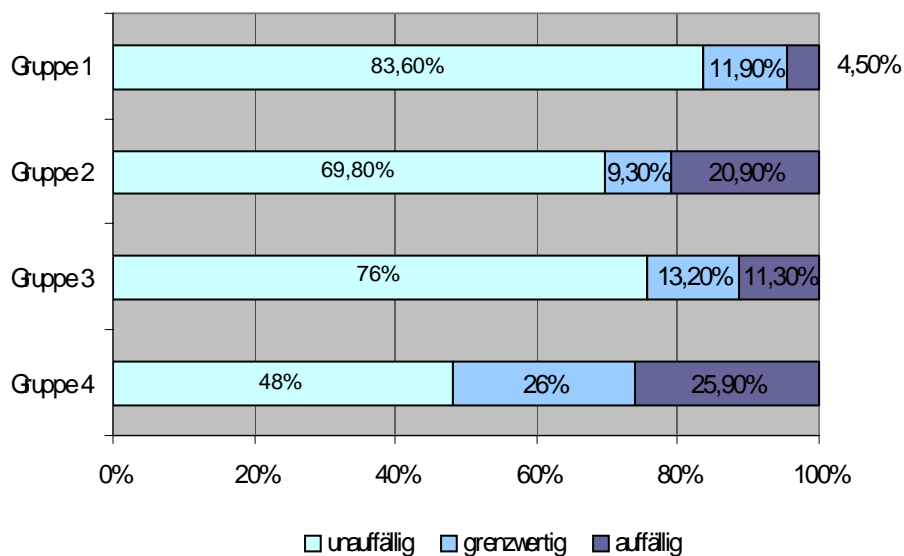


Abb. 13 Prozentuale Verteilung der Werte in den Skala "Depressivität" in den Kontaktgruppen

Gruppe 1= nur Erstgespräch, Gruppe 2= 2 Kontakte, Gruppe 3= 3-6 Kontakte, Gruppe 4= 7-32 Kontakte

Ein Vergleich der Herforder Katamnesestichprobe mit der im Handbuch des HADS zitierten Normstichprobe von N=77 ambulanten Krebspatienten zeigt sowohl in der Skala Depressivität als auch in der Skala Angst und für beide Geschlechter keine signifikanten Unterschiede (Tab. 13).

**Skala Depression:** Keine signifikanten Unterschiede bei den Männern ( $p=.63$ ), bei den Frauen ( $p=.29$ ) und in der Gesamtstichprobe ( $p=.86$ ).

**Skala Angst:** Keine signifikanten Unterschiede bei den Männern ( $p=.64$ ), bei den Frauen ( $p=.20$ ) und in der Gesamtstichprobe ( $p=.15$ ).

Tab. 13 Vergleich der Katamnese mit einer Normstichprobe von Krebspatienten im HADS

	"Normstichprobe" (n=77)						Herforder Katamnesestichprobe					
	Männer		Frauen		Gesamt		Männer		Frauen		Gesamt	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Depression</b>	5.2	4.9	5.7	4.1	5.4	4.6	5.4	4.6	5.3	4.0	5.3	4.3
<b>Angst</b>	5.8	3.8	6.1	3.5	5.9	3.7	5.9	3.8	6.7	4.3	6.3	4.0

#### 4.2.4.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-8)

Die Patienten beschreiben ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität über die Items des SF-8 im Durchschnitt als sehr gut bis gut. Dabei zeigen Patienten der Gruppe 2 und Patienten der Gruppe 4 im Mittel eine schlechtere Lebensqualität in allen Items (signifikant in den Items "Allgemeine Gesundheit", "Körperliche Funktionsfähigkeit", "Körperliche Rollenfunktion", "Soziale Funktionsfähigkeit", "Psychisches Wohlbefinden" und "Emotionale Rollenfunktion") (Tab. 14).

Tab. 14 Mittelwertsvergleich SF-8 nach Kontaktgruppen (Varianzanalyse) (n=191)

Items	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Allgemeine Gesundheit</b>	2.26	1.03	2.54	0.90	2.23	0.87	2.92	0.98	.007
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	1.70	1.19	2.07	1.31	1.89	1.20	2.46	0.90	.006
<b>Körperliche Rollenfunktion</b>	1.71	1.19	2.02	1.25	1.98	1.22	2.46	1.07	.020
<b>Schmerzen</b>	1.59	1.53	1.95	1.40	1.83	1.40	2.38	1.60	.092
<b>Vitalität</b>	1.33	0.97	1.56	0.98	1.60	1.01	1.92	0.98	.088
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	0.94	1.07	1.49	1.14	1.26	1.23	2.04	1.08	.000
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	1.15	1.07	1.46	1.07	1.45	1.17	2.15	1.08	.002
<b>Emotionale Rollenfunktion</b>	0.97	1.08	1.34	1.22	1.38	1.24	2.00	1.13	.001

Niedrigere Werte gehen mit einer höheren Lebensqualität einher.

Ein Vergleich in den unterschiedlichen Belastungsgruppen in der Skala Depressivität des HADS und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt erwartungsgemäß signifikante Unterschiede dahingehend, dass die Patienten mit einem höheren Ausmaß an Depressivität auch eine geringere Lebensqualität aufweisen. Korrespondierende Ergebnisse zeigen sich auch in der Angstskala des HADS. Bei beiden Skalen gibt es keine Wechselwirkungen mit dem Geschlecht und der Diagnose der Befragten (Tab. 15 und Tab. 16).

Tab. 15 Mittelwertsvergleich Depressionsskala und SF-8 (Varianzanalyse) (n=191)

Items	Katamnesepatienten in der Skala Depression						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Allgemeine Gesundheit	2.09	0.83	3.04	0.77	3.57	0.73	.000
Körperliche Funktionsfähigkeit	1.70	1.24	2.42	0.64	2.91	0.67	.000
Körperliche Rollenfunktion	1.65	1.14	2.54	0.99	3.13	0.87	.000
Schmerzen	1.49	1.35	2.62	1.33	3.17	1.37	.000
Vitalität	1.29	0.90	1.85	0.92	2.70	0.63	.000
Soziale Funktionsfähigkeit	0.90	1.00	2.12	0.82	2.83	0.78	.000
Psychisches Wohlbefinden	1.05	0.90	2.42	0.81	2.74	1.14	.000
Emotionale Rollenfunktion	0.93	1.02	2.23	0.76	2.61	1.16	.000

Niedrigere Werte gehen mit einer höheren Lebensqualität einher.

Tab. 16 Mittelwertsvergleich Angstskala und SF-8 (Varianzanalyse) (n=191)

Items	Katamnesepatienten in der Skala Angst						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Allgemeine Gesundheit	2.06	0.86	2.76	0.86	3.32	0.89	.000
Körperliche Funktionsfähigkeit	1.70	1.27	2.16	1.01	2.68	0.89	.001
Körperliche Rollenfunktion	1.70	1.23	2.16	1.01	2.86	1.04	.000
Schmerzen	1.47	1.40	2.18	1.31	3.05	1.56	.000
Vitalität	1.32	0.96	1.76	0.93	2.18	0.96	.000
Soziale Funktionsfähigkeit	0.84	0.98	1.84	1.10	2.45	1.01	.000
Psychisches Wohlbefinden	0.84	0.82	2.22	0.90	2.77	0.81	.000
Emotionale Rollenfunktion	0.79	1.02	1.92	0.96	2.59	0.96	.000

Niedrigere Werte gehen mit einer höheren Lebensqualität einher.

Normstichproben des SF-8 für Krebspatienten liegen derzeit nicht vor.

#### 4.2.4.5 Lebensqualität ("EORTC-11")

Die Patienten zeigen in den Skalen des EORTC insgesamt eine mittlere bis gute Lebensqualität. Vergleicht man die Kontaktgruppen zeigt sich auch hier, dass Patienten der Gruppe 2 und Patienten der Gruppe 4 im Mittel eine schlechtere Lebensqualität aufweisen (signifikant in den Skalen "Emotionale

Funktion" und "Allgemeine Lebensqualität") (Tab. 17). Auch hier wurden keine systematischen Wechselwirkungen mit dem Geschlecht und der Diagnose der Patienten gefunden.

Tab. 17 Mittelwertsvergleich EORTC-11 nach Kontaktgruppen (Varianzanalyse) (n=191)

Skalen	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Emotionale Funktion	68.97	25.83	58.32	28.07	66.66	26.95	42.77	27.83	.000
Körperliche Funktion /Rolle	60.58	31.90	50.19	35.56	57.50	31.56	47.94	33.67	.229
Übelkeit	7.70	17.34	14.62	26.53	11.01	21.17	20.99	26.79	.056
Allgemeine LQ	62.68	26.22	49.03	26.67	60.69	24.64	48.40	24.55	.010

Bis auf die Skala Übelkeit gehen höhere Werte mit einer höheren Lebensqualität einher

Ein Vergleich in den unterschiedlichen Belastungsgruppen in der Skala Depressivität des HADS und der Lebensqualität im "EORTC-11" zeigt erwartungsgemäß signifikante Unterschiede dahingehend, dass die Patienten mit einem höheren Ausmaß an Depressivität auch eine geringere Lebensqualität aufweisen. Korrespondierende Ergebnisse zeigen sich auch in der Angstskala des HADS. Bei beiden Skalen gibt es keine Wechselwirkungen mit dem Geschlecht und der Diagnose der Befragten (Tab. 18 und Tab. 19).

Tab. 18 Mittelwertsvergleich Depressionsskala und "EORTC-11" (Varianzanalyse) (n=191)

Skalen	Katamnesepatienten in der Skala Depression						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Emotionale Funktion	71.82	22.91	45.29	26.46	27.69	20.28	.000
Körperliche Funktion /Rolle	64.57	29.74	36.53	28.48	27.77	30.16	.000
Übelkeit	7.85	17.73	19.23	26.95	28.48	31.09	.000
Allgemeine LQ	65.44	22.27	44.87	18.57	25.28	22.03	.000

Bis auf die Skala Übelkeit gehen höhere Werte mit einer höheren Lebensqualität einher

Tab. 19 Mittelwertsvergleich Angstskala und "EORTC-11" (Varianzanalyse) (n=191)

Skalen	Katamnesepatienten in der Skala Angst						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Emotionale Funktion	76.65	20.61	47.93	23.35	27.05	19.13	.000
Körperliche Funktion /Rolle	64.62	31.41	48.03	30.93	30.90	28.20	.000
Übelkeit	7.85	19.84	15.92	19.71	22.90	32.05	.003
Allgemeine LQ	67.29	23.19	45.10	21.93	35.53	24.28	.000

Bis auf die Skala Übelkeit gehen höhere Werte mit einer höheren Lebensqualität einher

Die Herforder Katamnese-Stichprobe wurde in den Skalen des "EORTC-11" mit einer größeren Stichprobe von Patienten der stationären onkologischen Rehabilitation aus zwei Rehabilitationskliniken vergli-

chen. Diese Stichprobe umfasste zu Beginn der Rehabilitation 972, am Ende 892 Patienten. Die Patienten waren im Durchschnitt 53 Jahre alt,  $\frac{3}{4}$  der Patienten waren Frauen. Die Patienten litten an unterschiedlichen Krebserkrankungen, wobei Brustkrebs mit 47,7% die häufigste Erkrankungsart darstellte. Bei 83,5% der Patienten lag eine Ersterkrankung vor (vgl. Dirmaier et al., 2001).

Der Vergleich zeigt, dass es die Patienten im Klinikum Herford bis auf die Skala "Übelkeit" eine höhere Lebensqualität aufweisen, als den Rehabilitationspatienten bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik (signifikant für die Skalen " Emotionale Funktion", "Übelkeit" und "Allgemeine LQ") (Tab. 20). Im Vergleich zu den Rehabilitationspatienten bei Entlassung aus der Rehaklinik zeigen die Patienten im Klinikum Herford eine signifikant niedrigere Lebensqualität in allen Skalen (Tab. 21).

**Tab. 20 Vergleich im "EORTC-11" der Herforder Katamnesestichprobe und der Stichprobe von onkologischen Rehabilitationspatienten bei Aufnahme**

Skalen	Herforder Katamnesestichprobe (N=91)		Rehabilitationspatienten bei Aufnahme (N=972)		p
	M	SD	M	SD	
Emotionale Funktion	62.23	28.2	47.4	28.4	.000
Körperliche Funktion /Rolle	55.61	33.0	51.2	32.3	.067
Übelkeit	12.06	22.4	8.9	19.9	.053
Allgemeine LQ	57.04	26.2	50.2	20.6	.000

Bis auf die Skala Übelkeit gehen höhere Werte mit einer höheren Lebensqualität einher

**Tab. 21 Vergleich im "EORTC-11" der Herforder Katamnesestichprobe und der Stichprobe von onkologischen Rehabilitationspatienten bei Entlassung**

Skalen	Herforder Katamnesestichprobe (N=91)		Rehabilitationspatienten bei Entlassung (N=892)		p
	M	SD	M	SD	
Emotionale Funktion	62.23	28.2	69.0	24.9	.001
Körperliche Funktion /Rolle	55.61	33.0	86.8	10.8	.000
Übelkeit	12.06	22.4	5.4	15.4	.000
Allgemeine LQ	57.04	26.2	66.3	19.3	.000

Bis auf die Skala Übelkeit gehen höhere Werte mit einer höheren Lebensqualität einher

#### 4.2.4.6 Beschwerden ("SCL-14")

Auch in der Skalen des "SCL-14" zeigen die Patienten insgesamt eine gute Befindlichkeit. Vergleicht man die Kontaktgruppen zeigt sich auch hier, dass Patienten der Gruppe 2 und Patienten der Gruppe 4 im Mittel mehr Beschwerden angeben (signifikant in der Skala "Depression") (Tab. 22). Es wurden keine systematischen Wechselwirkungen mit dem Geschlecht und der Diagnose der Patienten gefunden.

Tab. 22 Mittelwertsvergleich "SCL-14" nach Kontaktgruppen (Varianzanalyse) (n=191)

Skalen	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Phobische Angst	0.32	0.63	0.43	0.79	0.25	0.67	0.52	0.77	.323
Somatisierung	1.15	0.93	1.43	1.05	1.08	0.78	1.28	0.87	.227
Depression	0.51	0.60	0.71	0.77	0.58	0.58	1.19	0.87	.000

Je höhere Werte, desto mehr Beschwerden .

Ein Vergleich in den unterschiedlichen Belastungsgruppen in der Skala Depressivität des HADS und Beschwerden im "SCL-14" zeigt ebenfalls erwartungsgemäß signifikante Unterschiede dahingehend, dass die Patienten mit einem höheren Ausmaß an Depressivität auch ein höheres Ausmaß an Beschwerden aufweisen. Korrespondierende Ergebnisse zeigen sich auch in der Angstskala des HADS. Bei beiden Skalen gibt es keine Wechselwirkungen mit dem Geschlecht und der Diagnose der Befragten (Tab. 23 und Tab. 24).

Tab. 23 Mittelwertsvergleich Depressionsskala und "SCL-14" (Varianzanalyse) (n=191)

Items	Katamnesepatienten in der Skala Depression						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Phobische Angst	0.18	0.47	0.46	0.73	1.16	1.11	.000
Somatisierung	0.96	0.72	1.65	0.90	2.12	1.15	.000
Depression	0.37	0.40	1.19	0.59	1.75	0.83	.000

Je höhere Werte, desto mehr Beschwerden .

Tab. 24 Mittelwertsvergleich Angstskala und "SCL-14" (Varianzanalyse) (n=191)

Items	Katamnesepatienten in der Skala Angst						p
	unauffällig		grenzwertig		auffällig		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Phobische Angst	0.21	0.53	0.35	0.63	0.98	1.08	.000
Somatisierung	0.92	0.74	1.39	0.81	2.14	1.11	.000
Depression	0.31	0.39	0.94	0.52	1.73	0.83	.000

Je höhere Werte, desto mehr Beschwerden .

Für den "SCL-14" bzw. den SCL-90 liegen keine vergleichbaren Stichproben von Krebspatienten vor.

## 4.2.5 Fazit

Wie eingangs bereits festgestellt, bestand im Rahmen dieser Projektphase nicht die Möglichkeit eine kontrollierte Verlaufsstudie durchzuführen, so dass ersatzweise eine retrospektive Katamnese durchgeführt wurde. Innerhalb der zeitlich knapp terminierten Untersuchungsphase konnten, dank der

effizienten Unterstützung durch die Arbeitsgruppe Psychoonkologie, das Klinikum Herford und die Sulo-Stiftung, eine substantielle Gruppe (n=191) von zuvor im Krankenhaus behandelten Krebspatienten für die Auswertung genutzt werden. Die erreichte Rücklaufquote von ca. 60% ist vor dem Hintergrund der schweren Erkrankung, des Alters der Patienten und des Umfang des Fragebogens als sehr befriedigend zu bezeichnen. Die Stichprobe war hinreichend groß, um Untergruppen mit unterschiedlicher Dichte psychoonkologischer Kontakte zu vergleichen.

#### **Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:**

Die Gesamtgruppe der am Klinikum Herford behandelten und hier untersuchten Krebspatienten, die jeweils mindestens einen psychoonkologischen Kontakt während ihres Aufenthaltes hatten, zeigt bezüglich der psychischen und körperlichen Beschwerden eine deutliche Verbesserung über die Zeit. Dabei ist das Ausmaß der Verbesserung vom der Entlassung zum gegenwärtigen Zeitpunkt deutlich stärker ausgeprägt als zwischen Krankenhausaufnahme und Entlassung. Ein substantieller Teil der Patienten (ca. 25%) sieht die eingetretenen positiven Veränderungen als durch die psychoonkologische Betreuung mitbedingt an. Das Ausmaß der zwischenzeitlich eingetretenen positiven Veränderungen steht allerdings, wie die statistische Prüfung zeigt, bei den hier untersuchten Patienten in keinen systematischen Zusammenhang mit der Häufigkeit psychoonkologischer Kontakte.

Die Zufriedenheit mit den erhaltenen Serviceleistungen während des Aufenthaltes im Klinikum Herford ist insgesamt als gut bis sehr gut einzuschätzen. Sie ist bezüglich der pflegerischen und ärztlichen Qualität leicht höher als bezüglich der Gestaltung der Informationsprozesse und der psychoonkologischen Betreuung. Der Vergleich der vier Gruppen mit unterschiedlicher psychoonkologischer Betreuungsdichte zeigt, dass die Gruppe, die die häufigste Kontaktdichte mit der Abteilung Psychoonkologie aufweist, auch die größte Zufriedenheit mit diesem Dienst beschreibt.

Der Vergleich der vier Gruppen bezüglich der gegenwärtigen psychischen Belastung- objektiviert an den zentralen Zielvariablen Angst und Depressivität- zeigt, dass die psychoonkologische Kapazität sich auf die Gruppe richtet, die sowohl zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes wie heute (Katamnesezeitpunkt) den höchsten Grad an psychischer Einschränkung aufweist. Die kann als Hinweis interpretiert werden, dass sich die psychoonkologischen Angebote vorrangig an Patienten mit besonderer psychischer Belastung richten.

### **4.3 Explorative Verlaufsstudie**

Im Projektverlauf wurde kurzfristig noch eine weitere Erprobungsstudie beschlossen, die unterschiedlichen Zielsetzungen diene. Zum einen sollten mit Blick auf eine mögliche Untersuchungsstufe II, für die eine kontrollierte Verlaufsuntersuchung angedacht ist, organisatorische und methodische Vorerfahrungen mit der Durchführung von Mehrzeitpunktbefragungen im Klinikum Herford gesammelt werden. Zum anderen sollten die Erhebungen zur Erarbeitung des Screenings (5.2) und für die Entwicklung des Basisassessments (5.1) eine weitere Datengrundlage schaffen.

Angedacht war, dass alle neu aufgenommenen Patienten auf den Liaisonstationen Chirurgie, Gynäkologie und Urologie bei Aufnahme in die Klinik den Screeningbogen und das Basisassessment erhalten und die onkologischen Patienten bei Entlassung aus der Klinik noch einmal das Basisassessment ausfüllen. Die Fragebögen wurden auf den drei Liaison-Stationen über einen Zeitraum von ca. 8 Wochen verteilt. Dabei wurden die beiden Versionen des Screeningbogens randomisiert ausgegeben. Als zweiter Erhebungszeitpunkt war zunächst die Entlassung der Patienten aus dem Klinikum vorgesehen. Da im Klinikum Herford keine systematische Entlassplanung stattfindet und sich ein zu geringer Rücklauf zu diesem Zeitpunkt abzeichnete, wurde das Studiendesign kurzfristig modifiziert. Den Patienten, die den Screeningbogen ausgefüllt hatten, wurde das Basisassessment nicht zum Zeitpunkt der Entlassung sondern ca. drei Wochen später zugesendet.

N=91 Patienten füllten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik den Fragebogen aus (davon n=23 Krebspatienten). Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass wesentlich mehr Fragebögen auf den Stationen ausgegeben, als von den Patienten bearbeitet wurden. Da dieser Prozess aufgrund von Personalmangel nicht systematisch dokumentiert werden konnte, ist die Rücklaufquote nicht präzise abzuschätzen. Zum hier gewählten Katamnesezeitpunkt sandten den Fragebogen lediglich n=22 Patienten (davon n=11 Krebspatienten) zurück. Diese beiden organisatorischen Schwachstellen müssten bei einer eventuell später durchzuführenden prospektiven Verlaufsuntersuchung dringend verbessert werden. Ohne eine systematische im Klinikum bzw. auf den Liaisonstationen verantwortliche Forschungsassistentin ist die Realisierung einer Verlaufsuntersuchung mit hoher Responserate kaum möglich.

Die mit diesem kurzfristig implementierten Forschungsdesign erreichte Stichprobe ist zwar geeignet, um in die Analyse der Messverfahren für die Entwicklung bzw. Modifizierung des Basisassessments (5.1) einbezogen zu werden, allerdings muss wegen der geringen Fallzahlen und der hohen Selektivität der Daten auf eine Analyse der Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten verzichtet werden.

## 5 Verfahren zur Erfassung von Ergebnisqualität und vorrangigem Behandlungsbedarf

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist inzwischen für fast alle Bereiche der medizinischen Dienstleistung eine gesetzliche Vorgabe. Dabei kommt der Erfassung der Ergebnisqualität ein besonderer Stellenwert zu. Deshalb sollte im Rahmen dieser Projektphase auch ein diesbezüglicher Beitrag geleistet werden. Inhaltlich wurden dabei zwei Ziele verfolgt. Zum einen sollte ein auf die psychoonkologischen Dienstleistungen spezifisch zugeschnittenes Instrumentarium entwickelt werden, das geeignet ist, den Behandlungserfolg in den zentralen Zieldimensionen nachzuweisen. Da dieses Instrumentarium in der Routine eingesetzt werden soll, stand die Entwicklung des hier zu entwickelnden "Basisassessments" auch unter der Perspektive einer hohen Praktikabilität im klinischen Alltag.

Zum anderen sollte ein Beitrag zur Entwicklung eines Instrumentariums geleistet werden, das geeignet ist, zu einem sehr frühen Zeitpunkt nach Aufnahme der Patienten ins Klinikum diejenigen Personen zu identifizieren, bei denen ein besonders hoher Behandlungsbedarf gegeben ist. Für das hier angestrebte psychoonkologische Screeningverfahren gilt in noch stärkerem Maße die Erfordernis einer hohen Praktikabilität, d.h. nur ein Kurzinstrumentarium stand zur Diskussion. Nachfolgend wird der Entwicklungsstand für beide Untersuchungsansätze beschrieben.

### 5.1 Basisassessment

#### 5.1.1 Methodisches Vorgehen und Untersuchungsstichproben

Für die Analysen wurde zunächst eine vorläufige Form des Basisassessments zusammengestellt. Es berücksichtigt neben dem HADS, Kurzformen des EORTC-30 und der SCL-90 und des SF-36. Eine Beschreibung der Instrumente findet sich als Übersicht in Abschnitt 4.2.

Für die Entwicklung und Überprüfung des Basisassessments war die Verfügbarkeit eines größeren Datensatzes mit vollständigen Erhebungen bei Krebspatienten und anderen Gruppen chronisch Kranker erforderlich. Für die nachfolgend durchgeführten Analyse stand ein Datensatz von insgesamt 369 Patienten zur Verfügung. Dieser setzte sich aus folgenden Teilgruppen zusammen:

- Retrospektive Katamnesestudie in Herford: N=191 Krebspatienten (vgl. Abschnitt 4.2)
- Explorative Verlaufsuntersuchung in Herford: N=23 Krebspatienten, 69 andere Patienten (vgl. Abschnitt 4.3)
- Retrospektive Katamnesestudie in Hamburg: N=87 Krebspatienten

Zur letzteren Teilstichprobe ist anzumerken, dass parallel angelegt zur am Klinikum Herford durchgeführten Katamnesestudie an der der Psychotherapeutischen Ambulanz für Krebspatienten an der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eine vergleichbare Untersuchung durchgeführt wurde. Die hier mit dem Basisassessment gewonnenen Daten werden für die methodischen Analysen nachfolgend genutzt. Zu dieser Untersuchungsstichprobe ist anzumerken, dass 92% weiblichen Geschlechts sind, das durchschnittliche Alter liegt bei 53 Jahren. Brustkrebspatienten stellen die dominierende Diagnosegruppe dar.

## **5.1.2 Ergebnisse**

Nachfolgend erfolgt zunächst eine Analyse der einzelnen Module des Basisassessments, anschließend wird das Gesamtinstrument in Hinblick auf seine Eignung analysiert.

### **5.1.2.1 Überprüfung der Einzelmodule des Basisassessments**

#### **HADS**

Nachfolgend wurden Mittelwerte, Streuungen, Schiefe, Trennschärfen sowie Interne Konsistenzen und Interkorrelationen der Skalen berechnet. Aus Tabelle 25 ist zu entnehmen, dass die Items gute bis sehr gute Itemkennwerte zeigen. Die Skalen des HADS weisen mit Cronbach- $\alpha$  von .84 für die Skala "Angst" und Cronbach- $\alpha$  von .86 für die Skala "Depressivität" hohe interne Konsistenzen auf. Auch die interne Konsistenz des Gesamtfragebogens weist mit Cronbach- $\alpha$  von .90 eine hohe Reliabilität auf. Die Korrelation der beiden Skalen beträgt  $r=.68$  ( $p=.01$ ). Dies signalisiert eine partielle Abhängigkeit der beiden Skalen.

Insgesamt steht mit dem HADS, einem bereits international gut validiertes Instrument, ein zufriedenstellender Fragebogen zu Messung von Angst und Depressivität für das Basisassessment zur Verfügung. Allenfalls ist zu überlegen, ob nicht bereits eine der beiden Skalen für den jeweiligen Untersuchungszweck ausreicht.

Tab. 25 Kennwerte des HADS

Items und Skalen	M	SD	Schiefe	Trennschärfe
<b>Skala "Angst"</b>	6.79	4.33	0.51	
A1 Ich fühle mich angespannt oder überreizt	1.08	0.83	0.58	.72
A2 ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	1.19	0.95	0.18	.77
A3 Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	0.96	0.89	0.48	.75
A4 Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen	0.81	0.82	0.69	.73
A5 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	0.96	0.75	0.61	.71
A6 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein	1.15	0.96	0.29	.57
A7 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand	0.65	0.80	1.18	.79
<b>Skala "Depressivität"</b>	5.23	4.26	0.89	
D1 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	0.79	0.82	0.47	.81
D2 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	0.70	0.76	0.81	.78
D3 Ich fühle mich glücklich	0.73	0.90	1.11	.76
D4 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst	1.26	0.92	0.72	.69
D5 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren	0.41	0.83	2.20	.69
D6 Ich blicke mit Freude in die Zukunft	0.95	0.87	0.65	.77
D7 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen	0.40	0.66	1.73	.64

## "EORTC-11"

Für die Untersuchung wurde als Teil des Basisassessments aus dem EORTC- QLO-C30 die an der Abteilung entwickelte Kurzversion "EORTC-11" eingesetzt (Dirmaier et al., Abteilung Medizinische Psychologie, unveröffentlicht). Diese besteht aus drei inhaltlichen Faktoren: "**Körperliche Funktion und Rollenfunktion**" (4 Items), "**Übelkeit**" (2 Items), "**Emotionale Funktion**" (3 Items). Zur Abschätzung der **Allgemeine Lebensqualität** wurden zwei generische Items hinzugefügt.

Nachfolgend wurden Mittelwerte, Streuungen, Schiefe, Trennschärfen sowie faktorielle Struktur, Interne Konsistenzen und Interkorrelationen der Skalen berechnet. Aus den Tabellen 26 bis 28 ist zu entnehmen, dass die Items bis auf die Skala "Übelkeit" eine gute Verteilung der Itemkennwerte zeigen. Die Faktorenanalyse, die sich nur auf die drei inhaltlichen Faktoren bezog, konnte die faktorielle Struktur sehr gut replizieren. Trotz der Kürze der Skalen ergeben sich hohe Interne Konsistenzen. Die Skalen erfassen, wie die Interkorrelationen zeigen, zumindest partiell unabhängige Aspekte. Die ergänzende Skala Allgemeine Lebensqualität weist sowohl mit der der Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion" als auch "Emotionale Funktion" eine hohe Korrelation auf.

Insgesamt steht mit der EORTC-11-Kurzskala ein zufriedenstellendes Lebensqualitätsmodul für das Basisassessment zur Verfügung.

Tab. 26 Kennwerte des EORTC-11

Items und Skalen	M	SD	Schiefe	Trennschärfe
<b>Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion"</b>	2.15	0.96	0.42	
1 Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen	2.50	1.25	0.80	0.83
2 Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	2.10	1.16	0.53	0.85
3 Einschränkungen bei Arbeit im Beruf oder im Haushalt?	2.25	1.08	0.29	0.87
4 Waren Sie außerstande, im Beruf oder Haushalt zu arbeiten?	1.76	1.04	1.02	0.81
<b>"Skala Übelkeit"</b>	1.31	0.59	2.38	
5 War Ihnen übel?	1.44	0.81	1.82	0.92
6 Haben Sie erbrochen?	1.17	0.54	3.63	0.81
<b>Skala "Emotionale Funktion"</b>	2.22	0.89	0.37	
7 Fühlten Sie sich angespannt?	2.12	0.94	0.46	0.83
8 Haben Sie sich Sorgen gemacht?	2.45	1.06	0.12	0.90
9 Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	2.08	1.03	0.53	0.91
<b>"Skala Allgemeine Lebensqualität"</b>	3.49	1.53	0.32	
10 Gesundheitszustand insgesamt?	3.57	1.55	0.27	0.96
11 Lebensqualität insgesamt	3.40	1.61	0.31	0.96

Items von 1= "überhaupt nicht" bis 4= "sehr" (Einige Items sind umgepolt)

Tab. 27 Korrelationsmatrix EORTC-11

Skalen	Emotionale Funktion	Körperliche Funktion und Rolle	Übelkeit	Allgemeine Lebensqualität
Emotionale Funktion	1	.48**	.30**	.63**
Körperliche Funktion und Rolle		1	.30**	.59**
Übelkeit			1	.23**
Allgemeine Lebensqualität				1

Tab. 28 Faktorenanalyse EORTC-11 (n=369)

Items	Faktor I	Faktor II	Faktor III
<b>Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion"</b>			
2 Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	.84		
3 Einschränkungen bei Arbeit im Beruf oder im Haushalt?	.84		
1 Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen	.81		
4 Waren Sie außerstande, im Beruf oder Haushalt zu arbeiten?	.76		
<b>Skala "Emotionale Funktion"</b>			
8 Haben Sie sich Sorgen gemacht?		.88	
9 Fühlten Sie sich niedergeschlagen?		.87	
7 Fühlten Sie sich angespannt?		.79	
<b>"Skala Übelkeit"</b>			
6 Haben Sie erbrochen?			.89
5 War Ihnen übel?			.87
<b>Extrahierte Varianz</b>	<b>46.0%</b>	<b>15.0%</b>	<b>14.3%</b>
<b>Cronbachs Alpha</b>	<b>.87</b>	<b>.86</b>	<b>.66</b>

## SF-8

Das Modul zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. des Krankheitsstatus erfasst die 8 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit 8 Items ("Allgemeine Gesundheitswahrnehmung", "Körperliche Funktionsfähigkeit", "Körperliche Rollenfunktion", "Körperliche Schmerzen", "Vitalität", "Soziale Funktionsfähigkeit", "Psychisches Wohlbefinden" und "Emotionale Rollenfunktion"). Zusätzlich wurde hier ein Gesamtscore über die 8 Items gebildet.

Nachfolgend wurden Mittelwerte, Streuungen, Schiefe, Trennschärfen sowie faktorielle Struktur, Interne Konsistenzen und Interkorrelationen der Skalen berechnet. Aus den Tabellen 29 bis 31 ist zu entnehmen, dass die Items eine gute bis sehr gute Verteilung der Itemkennwerte zeigen. Die faktorielle Struktur spricht allerdings nicht für 8 unabhängige Faktoren, sondern für einen Generalfaktor mit einer hohen Interne Konsistenz. Die Skalen erfassen nur partiell unabhängige Aspekte, wie die Interkorrelationen zeigen.

**Insgesamt steht mit dem SF-8 ein zufriedenstellendes Modul zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für das Basisassessment zur Verfügung.**

Tab. 29 Kennwerte des SF-8

Items	M	SD	Schiefe	Trennschärfe
1 Gesundheitszustand im allgemeinen	2.40	1.02	0.02	.74
2 Einschränkung in der körperlichen Aktivität	1.75	1.21	-0.13	.74
3 Schwierigkeiten in Arbeit und Beruf	1.82	1.20	-0.00	.81
4 Schmerzen	1.92	1.47	0.17	.77
5 Energie	1.52	1.00	0.32	.71
6 Einschränkungen in sozialen Kontakten	1.27	1.19	0.41	.78
7 Beeinträchtigung durch seelische Probleme	1.50	1.16	0.30	.68
8 Einschränkung in Alltagsaktivitäten	1.23	1.17	0.50	.75
<b>Gesamtskala</b>	1.68	0.93	0.39	

Tab. 30 Korrelationsmatrix des SF-8

Items	SF-1	SF-2	SF-3	SF-4	SF-5	SF-6	SF-7	SF-8
SF-1	1	.58**	.61**	.60**	.57**	.56**	.44**	.44**
SF-2		1	.76**	.55**	.55**	.53**	.37**	.48**
SF-3			1	.65**	.57**	.61**	.44**	.58**
SF-4				1	.47**	.51**	.38**	.48**
SF-5					1	.54**	.43**	.51**
SF-6						1	.68**	.65**
SF-7							1	.70**
SF-8								1

Tab. 31 Faktorenanalyse des SF-8 (n=369)

Items	Faktor I
3 Schwierigkeiten in Arbeit und Beruf	.85
6 Einschränkungen in sozialen Kontakten	.82
8 Einschränkung in Alltagsaktivitäten	.78
2 Einschränkung in der körperlichen Aktivität	.78
1 Gesundheitszustand im allgemeinen	.77
4 Schmerzen	.75
5 Energie	.75
7 Beeinträchtigung durch seelische Probleme	.71
<b>Extrahierte Varianz</b>	60.2%
<b>Cronbachs Alpha</b>	.90

## "SCL-14"

Ein weiteres Modul des Basisassessments stellt das in der Abteilung Medizinische Psychologie entwickelte Kurzinstrument SCL-14 zur Messung der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung dar (Harfst et al., unveröffentlicht). Das Kurzinstrument besteht aus drei Skalen in den Störungsbereichen Depression, Somatisierung und phobische Angst (Insgesamt 14 Items).

Nachfolgend wurden Mittelwerte, Streuungen, Schiefe, Trennschärfen sowie faktorielle Struktur, Interne Konsistenzen und Interkorrelationen der Skalen berechnet. Aus den Tabellen 32 bis 34 ist zu entnehmen, dass ein Großteil der Items eine starke Schiefe und eine z.T. sehr geringe Streuung aufweisen. Anhand der Faktorenanalyse konnte die Skala "Depression" identisch repliziert werden. Die Skalen "Somatisierung" und "phobische Angst" bilden je einen Faktor, die Items sind allerdings nicht völlig identisch. Die Skalen weisen in der faktorenanalysierten Form hohe interne Konsistenzen auf. Die Skalen erfassen zumindest partiell unabhängige Aspekte, wie die Interkorrelationen zeigen.

**Insgesamt kann der SCL-14 nicht für das Basisassessment für die Gruppe der Krebspatienten empfohlen werden.**

Tab. 32 Kennwerte des SCL-14

Items und Skalen	M	SD	Schiefe	Trennschärfe
<b>Skala "Depressivität"</b>	0.69	0.74	1.42	
1 Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	0.69	0.91	1.45	.73
2 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	1.01	1.06	1.08	.80
3 Schwermut	0.71	0.97	1.52	.85
4 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0.81	0.99	1.29	.82
5 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0.40	0.74	2.15	.74
6 dem Gefühl, wertlos zu sein	0.53	0.92	1.98	.78
<b>Skala "Somatisierung"</b>	1.05	0.89	1.03	
7 Muskelschmerzen	1.12	1.16	1.04	.77
8 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0.84	1.03	1.30	.73
9 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0.22	0.62	0.91	.46
10 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0.29	0.80	0.99	.39
<b>Skala "Phobische Angst"</b>	0.29	0.66	3.04	
11 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	1.17	1.07	3.30	.42
12 Befürchtungen, alleine aus dem Haus zu gehen	0.41	0.74	3.25	.46
13 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0.36	0.89	2.85	.89

14	Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0.29	0.71	3.05	.80
----	---	------	------	------	-----

Items von 0= "überhaupt nicht" bis 4= "sehr stark"

**Tab. 33 Korrelationsmatrix SCL-14**

	Depressivität	Somatisierung	Phobische Angst
Depressivität	1	.51**	.50**
Somatisierung		1	.48**
Phobische Angst			1

**Tab. 34 Faktorenanalyse des SCL-14 (n=369)**

Items	Faktor I	Faktor II	Faktor III
<b>Skala "Depressivität"</b>			
5 Schwermut	.83		
3 Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	.77		
12 Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	.73		
9 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	.73		
13 dem Gefühl, wertlos zu sein	.68		
4 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	.64		
<b>Skala " Phobische Angst/Somatisierung "</b>			
11 Befürchtungen, alleine aus dem Haus zu gehen		.87	
7 Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug		.83	
10 Schweregefühl in den Armen oder den Beinen		.83	
14 Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen		.75	
<b>Skala " Phobische Angst/Somatisierung "</b>			
2 Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße			.87
1 Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen			.79
6 Muskelschmerzen			.74
8 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen			.62
<b>Extrahierte Varianz</b>	<b>45.4%</b>	<b>12.4%</b>	<b>10.8%</b>
<b>Cronbachs Alpha</b>	<b>.88</b>	<b>.89</b>	<b>.82</b>

## 5.1.2.2 Konsequenzen für die Zusammensetzung des Basisassessments

Bereits aus der Analyse der einzelnen Module ergeben sich einige Hinweise für die Modifizierung des Basisassessments. Eine weitere Grundlage stellt die Interkorrelation der Teilskalen der vier Module und die auf dieser Ebene auch durchgeführte Faktorenanalyse ("Second order factors").

Tab. 35 Gesamtkorrelationsmatrix

Skalen	HADS-A	HADS-D	EORTC-1	EORTC-2	EORTC-3	EORTC-4	SCL-1	SCL-2	SCL-3	SF-8ges
HADS-A	1	.68**	.36**	.21**	.67**	.45**	.73**	.43**	.36**	.52**
HADS-D		1	.53**	.27**	.59**	.59**	.67**	.50**	.37**	.62**
EORTC-1			1	.30**	.47**	.59**	.40**	.65**	.42**	.71**
EORTC-2				1	.30**	.28**	.27**	.33**	.31**	.37**
EORTC-3					1	.62**	.71**	.45**	.42**	.60**
EORTC-4						1	.53**	.57**	.41**	.63**
SCL-1							1	.51**	.50**	.57**
SCL-2								1	.48**	.64**
SCL-3									1	.45**
SF-8ges										1

EORTC-1 = Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion"

EORTC-2 = Skala "Übelkeit"

EORTC-3 = Skala "Emotionale Funktion"

EORTC-4 = Skala "Allgemeine Lebensqualität"

SCL-1 = Skala "Depressivität"

SCL-2 = Skala "Somatisierung"

SCL-3 = Skala "Phobische Angst"

Tab. 36 Faktorenanalyse der Skalen des Basisassessments (n=369)

Skalen	Faktor I	Faktor II
HADS-A	.89	
HADS-D	.75	
EORTC-1 "Körperliche Funktion und Rollenfunktion"		-.79
EORTC-2 "Übelkeit"		.65
EORTC-3 "Emotionale Funktion"	.78	
EORTC-4 Allgemeine Lebensqualität"		.61
SCL-1 Skala "Depressivität"	.85	
SCL-2 Skala "Somatisierung"		.74
SCL-3 "Phobische Angst"		.53
SF-8ges		.70
<b>Extrahierte Varianz</b>	<b>54.9%</b>	<b>10.8%</b>

EORTC-1 = Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion"

EORTC-2 = Skala "Übelkeit"

EORTC-3 = Skala "Emotionale Funktion"

EORTC-4 = Skala "Allgemeine Lebensqualität"  
SCL-1 = Skala "Depressivität"  
SCL-2 = Skala "Somatisierung"  
SCL-3 = Skala "Phobische Angst"

### **Die Schlussfolgerungen aus diesen Daten lassen sich wie folgt zusammenfassen:**

Zwischen den Skalen der einzelnen Verfahren (Module) bestehen zum Teil hohe Korrelationen. Dies verweist auf noch vorhandene Redundanz und weitere Kürzungsmöglichkeiten. Bei der Auswahl sind allerdings neben statistischen Erwägungen auch noch andere Gesichtspunkte von Bedeutung. Vor allem sollte auch nach Verkürzung des Basisassessments noch eine Vergleichbarkeit mit international eingeführten Instrumenten erhalten bleiben. Letzteres spricht dafür, sich im Grenzfall dafür zu entscheiden, nicht aus einem Messverfahren einzelne Skalen und noch weniger einzelne Items herauszusuchen, sondern sich grundsätzlich für oder gegen die Einbeziehung des jeweiligen Moduls zu entscheiden.

Das Korrelationsmuster und die Faktorenanalysen weisen darauf hin, dass mit den Skalen des bisherigen Assessmentsinstruments zwei übergeordnete Dimensionen ("second order factors") erfasst werden. Die erste Dimension zielt auf psychische Befindlichkeit. Diese wird am besten mit den beiden (untereinander hoch korrelierenden) Skalen des HADS abgebildet.

Die zweite Dimension richtet sich auf Aspekte der Lebensqualität und hier insbesondere auf die körperliche Funktionsfähigkeit. Er wird sowohl durch den EORTC-11 als auch durch den SF-8 und partiell auch durch Skalen des SCL-14 repräsentiert. Da letzterer bei der Verfahrensüberprüfung deutliche Mängel für die Stichprobe von Krebspatienten aufwies, wird dieses Verfahren nicht in die Überlegungen einbezogen.

Als Vorschlag für die künftige Verwendung eines modifizierten Basisinstruments wird hier formuliert: Verwendung des HADS (insgesamt), und des "EORTC-11". Beide Verfahren haben den Vorteil, dass sie bei der Anwendung auf Krebspatienten viele Vergleichsmöglichkeiten bieten. Bei spezifischen Untersuchungsanliegen könnte dieses neu konzipierte Basisinstrumentarium sinnvoll durch die Kurzform des SF-36 (SF-8) ergänzt werden.

## **5.2 Screening**

Das Anliegen, ein Kurzinstrumentarium zu entwickeln, das geeignet ist, zu einem sehr frühen Zeitpunkt nach Aufnahme der Patienten ins Klinikum diejenigen Personen zu identifizieren, bei denen ein besonders hoher Behandlungsbedarf gegeben ist, ist hoch relevant, in der Umsetzung aber nicht leicht zu realisieren.

Schon vor Beginn der hier berichteten Projektphase hat die Abteilung Psychoonkologie erhebliche Mühen in dieses Anliegen investiert und eine erste Form eines Screeningbogens implementiert. Diese ursprüngliche Version des Screeningbogens bestand aus drei Abschnitten mit verschiedenen Fragen zur gegenwärtigen Lebenssituation, zu Belastungen und zu Erwartungen der Patienten an den Krankenhausaufenthalt. Zu Projektbeginn nutzte die Hamburger Arbeitsgruppe die bereits vorliegenden Fragebögen von insgesamt N=241 Patienten für eine psychometrische Analyse.

Diese psychometrische Überprüfung ergab nur bedingt zufriedenstellende statistische Kennwerte für die interne Konsistenz, Trennschärfen und Itemschwierigkeiten, und erwies sich darüber hinaus als einfaktorieller Fragebogen. Die psychometrische Analyse legte insgesamt eine Modifizierung des Screeninginstruments nahe.

Für die Weiterentwicklung des Screeningverfahrens wurden anschließend im Rahmen der explorativen Verlaufsstudie (vgl. 4.3) zwei alternative Versionen entwickelt. **Version (A)** bestand aus einem Kurzinventar mit den ladungsstärksten Items des EORTC-11, des HADS und des SF-8, hinzugefügt wurden aus klinischen Erwägungen einzelne Items des F-SoZu sowie Fragen zur gegenwärtigen Lebenssituation und zu Erwartungen der Patienten an den Krankenhausaufenthalt; letztere wurden von den Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie formuliert. **Version (B)** unterschied sich von Version A dadurch, dass anstelle der ladungsstärksten Items des EORTC-11, des HADS und des SF-8 die Depressionsskala des HADS eingesetzt wurde.

Da der Datenrücklauf im Rahmen der explorativen Verlaufsstudie geringer als erwartet ausfiel, sich die Stichprobe auf zwei Versionen des Screeningbogens bezog, und darüber hinaus nur etwa 30% der Untersuchungspersonen an Krebs erkrankt waren, ist die empirische Grundlage zur Prüfung der beiden Screeningvarianten nicht hinreichend.

Unser Empfehlungsvorschlag für das Screeningverfahren geht nach intensiver interner Diskussion inzwischen in eine andere Richtung: Das Screeningverfahren sollte inhaltlich eng mit dem Basisassessment verknüpft werden und als Kurzinstrument die beiden im Basisassessment berücksichtigten Dimensionen durch relevante Skalen der ausgewählten Module abbilden. Wir schlagen vor, als **Kernitemsatz** des Screenings die Depressionsskala des HADS (alternativ auch die Angstskala) sowie ergänzend die Skala "Körperliche Funktion und Rollenfunktion" des "EORTC-11" zu verwenden. Dieser Kernsatz könnte dann durch Items, für die aus klinischen Gründen eine frühe Erhebungsnotwendigkeit durch die Psychoonkologen besteht, ergänzt werden.

## 6 Zusammenfassende Bewertung

Die Hamburger Arbeitsgruppe hat im Rahmen der abgelaufenen Projektphase versucht, Beiträge zu drei Themenbereichen zu leisten:

- Bewertung der Qualität des psychoonkologischen Dienstleistungsangebots am Klinikum Herford und damit im Zusammenhang die Entwicklung von Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus
- Überprüfung der Wirksamkeit psychoonkologischer Angebote
- Entwicklung von Verfahren zur Erfassung von Ergebnisqualität und vorrangigem Behandlungsbedarf

Als **wichtigste Arbeitsergebnisse** lassen sich festhalten:

Mit Unterstützung von Experten der Psychoonkologie wurde erstmalig für Deutschland ein Katalog von Leitlinien zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus entwickelt und in einem Konsensusverfahren bewertet. Mit der Anwendung dieses Leitlinienkatalogs zur Bewertung der Ist-Situation der Abteilung Psychoonkologie konnte die Praktikabilität des Zugangs belegt werden. Die Analyse zeigt die Stärken der Abteilung Psychoonkologie auf, gibt aber gleichzeitig auch wichtige Hinweise über wünschenswerte Veränderungen.

Die vorgenommene Literaturanalyse zu psychoonkologischen Interventionen belegt eindeutig, dass an der grundsätzlichen Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen kein Zweifel besteht.

Die durchgeführte retrospektive Katamnese gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass auch aus Patientensicht die psychoonkologische Betreuung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Psychoonkologie mit sehr guter Qualität erbracht wird und zur Verbesserung der Befindlichkeit der Patienten beiträgt.

Auf der Grundlage der im Projekt erhobenen Daten wurde ein Basisassessment zur Erfassung der Ergebnisqualität psychoonkologischer Versorgung geprüft und modifiziert. Aus Sicht der Hamburger Arbeitsgruppe liegt jetzt ein reliables und valides Instrumentarium vor, das so konzipiert ist, dass es auch internationale Vergleiche gestattet.

Unter der Zielperspektive, Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf zu identifizieren, wurde darüber hinaus ein Screeningverfahren geprüft und weiterentwickelt, das zeitökonomisch einsetzbar ist und in engem inhaltlichem und methodischen Bezug zum Basisassessment steht. Dieses Verfahren bedarf weitere Überprüfung.

## 7 Literatur

- Aaronson N K, Ahmedzai S, Bergman B et al (1993). The European Organization for Research and Treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*; 85: 365-376.
- American Society of Psychosocial and Behavioral Oncology/AIDS (ASPBOA, 1998). Standards of Care for the Management of Distress in Patients with Cancer ([www.ipos-aspboa.org](http://www.ipos-aspboa.org))
- Berglund, G., Bolund, C., Gustavsson, U.-L., Sjöden, P.-O. (1993). Starting again-A comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncol* 32, 15-21.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustavsson, U.-L., Sjöden, P.-O. (1994). One-year follow-up of the "Starting Again" Group Rehabilitation Program for cancer patients. *Europ Journal of Cancer*, 30A, 1744-1751.
- Bindemann, S., Soukop, M., Kaye, S.B. (1991). Randomised controlled study of relaxation training. *Eur J Cancer* 2, 170-174.
- Bos-Branolte, G. (1987). Psychological problems in survivors of gynecologic cancer: A psychotherapeutic approach. Oegstgeest: De Kampenaer.
- Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., A'Hern, R. (1999). Multicentre randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *British Medical Journal*, 318, 901-904.
- Bridge, L.R., Benson, P., Pietroni, P.C., Priest, R.G. (1988). Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. *BMJ*, 297, 1169-1172.
- British Psychooncology Society (BPOS, 2002). Unveröffentlichte Leitlinien zur psychosozialen Versorgung.
- Bullinger M. & Kirchberger I. (1998). SF- 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Burish, T.G., Snyder, S.L., Jenkins, R.A. (1991). Preparing patients for cancer chemotherapy. Effect of coping preparation and relaxation interventions. *J Consult Clin Psychol*, 59, 518-525.
- Burish, T.G., Jenkins, R.A. (1992). Effectiveness of biofeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Health Psychol*, 11, 17-23.
- Burish, T.G., Carey, M.P., Krozely, M.G., Greco, F.A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioral treatment. *J Consult Clin Psychol*, 55, 42-48.
- Cain, E.N., Kohorn, E.I., Quinlan, D.M., Latimer, K., Schwartz, P.E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57, 183-189.
- Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO, 1999). National Psychosocial Oncology Standards for Canada ([www.capo.ca](http://www.capo.ca))
- Cannici, J., Malcolm, R., Peek, L.A. (1983). Treatment of insomnia in cancer patients using muscle relaxation training. *J Behav Ther u. Exp Psychiat*, 14, 251-256.
- Carey, M.P., Burish, T.G. (1987). Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients: A comparison of three delivery techniques. *J Consult Clin Psychol*, 55, 732-737.
- Cotanch, P.H., Strum, S. (1987). Progressive muscle relaxation as antiemetic therapy for cancer patients. *ONF* 14, 33-37.

- Cunningham, A.J., Tocco, E.K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Educ Counseling*, 14, 101-114.
- Cunningham, A.J., Jenkins, G., Edmonds, C.V.I., Lockwood, G.A. (1995). A randomized comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a weekend intensive. *Int'l J Psychiatry in Medicine*, 25, 173-189.
- Davis, H. (1986). Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychol Rep* 59, 967-974.
- Decker, T.W., Cline-Elsen, J., Gallagher, M. (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *J Clin Psychol* 48, 388-393.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedural Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- de Wit, R., van Dam, F., Zandbelt, L., van Buuren, A., van der Heijden, K., Leenhouts, G., Loonstra, S. (1997). A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain*, 73, 55-69.
- Dirmaier J, Zaun S, Koch U, Schulz H. Validitätsprüfung des EORTC QLQ-C30 im Bereich der stationären onkologischen Rehabilitation (unveröffentlicht).
- Edgar, L., Rosberger, Z., Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69, 817-828.
- Edmonds, C. V., Lockwood, G. A., Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long-term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8, 74-91.
- Evans, R.L., Connis, R.T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, 110, 306-311.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 720-725.
- Feldman, C.S., Salzberg, H.C. (1990). The role of imagery in the hypnotic treatment of adverse reactions to cancer therapy. *J South Med Ass*, 5, 303-306.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89, 1026-1036.
- Gemeinsame Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) (2000). Leitlinien zum Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung. ([www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF))
- Graffam, S., Johnson, A. (1987). A comparison of two relaxation strategies for the relief of pain and its distress. *J Pain and Symptom Management* 2, 229-231.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G., Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Heinrich, R. L., Schag, C. C. (1985). Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *J Consult Clin Psychol*, 53, 439-446.

- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 340-347.
- Holland, J.C., Morrow, G.R., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S., Carpenter, P.J., Breitbart, W., Feldstein, M. (1991). A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*, 9, 1004-1011.
- Keller M (2000). Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus. *Forum der Deutschen Krebsgesellschaft* 5, 26-29
- Koch U, Weis J (Hrsg.) (1998). Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart: Schattauer
- Koch, U., Stump, S., Kepplinger, J., Kenner, C., Baider, L., Kaplan De-Nour, A. (1998). Effekte eines strukturierten psychoonkologischen Gruppenprogramms - die deutsch-israelische Interventionsstudie. In U. Koch, J. Weis (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart: Schattauer, 371-397.
- Kuechler, T., Rappat, S., Holst, K., Graul, J., Wood-Dauphinee, S., Henne-Bruns, D., Schreiber, H. (1998). Zum Einfluss psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren - eine prospektive randomisierte Studie. In U. Koch, J. Weis (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart: Schattauer, 417-436.
- Larson, M. R., Duberstein, P. R., Talbot, N. L., Caldwell, C., Moynihan, J. A. (2000). A presurgical psychosocial intervention for breast cancer patients. psychological distress and the immune response. *J Psychosom Res*, 48, 187-194.
- Lerman, C., Rimer, B., Blumberg, B., Cristinzio, S., Engstrom, P.F., MacElwee, N., O'Connor, K., Seay, J. (1990). Effects of coping style and relaxation on cancer chemotherapy side effects and emotional responses. *Cancer Nurs*, 13, 308-315.
- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G., Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 50, 509-524.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Pappagallo, G. L., Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non- metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*, 32A, 1612-1615.
- Massie, M. J., Popkin, M. K. (1998). Depressive Disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 518-540.
- Maunsell, E., Brisson, J., Deschenes, L., Frasura-Smith, N. (1996). Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer: effects on quality of life. *J Clin Oncol*, 14, 2747-2755.
- Morrow, G.R. (1986). Effect of the cognitive hierarchy in the systematic desensitization treatment of anticipatory nausea in cancer patients: A component comparison with relaxation only, counseling, and no treatment. *Cogn Ther Res* 10, 421-446.
- Morrow, G.R., Morrell, C. (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med*, 307, 1476-1480.
- Morrow, G.R., Asbury, R., Hammon, S., Dobkin, P., Caruso, L., Pandya, K., Rosenthal, S. (1992). Comparing the effectiveness of behavioral treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting when administered by oncologists, oncology nurses, and clinical psychologists. *Health Psychol* 11, 250-256.

- Moynihan, C., Bliss, J. M., Davidson, J., Burchell, L., Horwich, A. (1998). Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 316, 429-435.
- Noyes, R., Holt, C. S., Massie, M. J. (1998). Anxiety disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, pp. 548-563.
- Rapkin, D.A., Straubing, M., Holroyd, J.C. (1991). Guided imagery, hypnosis and recovery from head and neck cancer surgery: An exploratory study. *New Engl J Clin Exp Hypnosis* 39, 215-226.
- Schulz H., Winzer, A., Stump S., Koch U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Der Onkologe*, 2, 157-166.
- Sloman, R. (1995). Relaxation and the relief of cancer pain. *Nurs Clin North Am*, 30, 697-709.
- Syrjala, K.L., Donaldson, G.W., Davis, M.W., Kippes, M.E., Carr, J.E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain* 63, 189-198.
- Telch, C.F., Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *J Consult Clin Psychol* 54, 802-808.
- Vasterling, J., Jenkins, R.A., Tope, D.M., Burish, T.G. (1993). Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *J Behav Med* 16, 65-80.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med*, 59, 280-293.
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE and Gandek B (1999). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 TM Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Weis J, Blettner G, Schwarz R (2000). Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 46, 4-17.
- Worden, J.W., Weisman, A.D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6, 243-349.
- Zimmerman, L., Pozehl, B., Duncan, K., Schmitz, R. (1989). Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *West J Nurs Res*, 11, 298-309.

# 8 Anhang

## 8.1 Fragebögen des Screeninginstruments

Für das Screeninginstrument, dass bei Aufnahme in das Klinikum Herford eingesetzt werden soll, werden folgende beiden Skalen empfohlen:

- **Depressionsskala des HADS**
- **Skala Körperliche Funktion und Rollenfunktion des "EORTC-11"**

(Die beiden Skalen können durch Items, für die aus klinischen Gründen eine Erhebungsnotwendigkeit besteht, ergänzt werden.)

### Depressionsskala des HADS

#### Während der letzten Woche...

D1 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- 0  ganz genau so
- 1  nicht ganz so sehr
- 2  nur noch ein wenig
- 3  kaum oder gar nicht

D2 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- 0  ja, so viel wie immer
- 1  nicht mehr ganz so viel
- 2  inzwischen viel weniger
- 3  überhaupt nicht

D3\* Ich fühle mich glücklich

- 3  überhaupt nicht
- 2  selten
- 1  manchmal
- 0  meistens

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D4\* Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- 3  fast immer
- 2  sehr oft
- 1  manchmal
- 0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D5\* Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- 3  ja, stimmt genau
- 2  ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- 1  möglicherweise kümmere ich mich zuwenig darum
- 0  ich kümmere mich so viel darum wie immer

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D6 Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- 0  ja, sehr
- 1  eher weniger als früher
- 2  viel weniger als früher
- 3  kaum bis gar nicht

D7 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- 0  oft
- 1  manchmal
- 2  eher selten
- 3  sehr selten

## Auswertung des HADS und Cut-Off-Wertebereiche

Berechnung eines Summenscores = Depressions-Rohwert(0 bis 21)

Die drei Cut-Off-Werte können in folgende drei Wertebereiche gegliedert werden:

- 0-7 (unauffällig)
- 8-10 (grenzwertig)
- >11 (auffällig).

## Skala Körperliche Funktion und Rollenfunktion des "EORTC-11"

### Während der letzten Woche...

- 1 Bereitete es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?
  - 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr
  
- 2 Bereitete es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?
  - 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr
  
- 3 Waren Sie in irgendeiner Weise bei Ihrer Arbeit entweder im Beruf oder im Haushalt eingeschränkt?
  - 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr
  
- 4 Waren Sie außerstande, im Beruf oder Haushalt zu arbeiten?
  - 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr

## Auswertung der Skala Körperliche Funktion und Rollenfunktion

Die Skala wird berechnet, indem zuerst die Rohwerte summiert, dann durch die Anzahl der Items dividiert und abschließend linear transformiert werden, so dass die Skala einen Wertebereich von 0-100 aufweist.

Für die Skala gibt es keinen Cut-off-Wert.

## 8.2 Fragebögen des Basisassessments

Für das Basisassessment werden nach den faktorenanalytischen Auswertungen folgende Fragebögen empfohlen:

- Freie Fragen zur psychischen und körperlichen Befindlichkeit sowie zum Aufenthalt im Klinikum Herford
- HADS
- "EORTC-11"
- SF-8

### Freie Fragen

1. Wie schätzen Sie Ihre **körperlichen Beschwerden** ein?

	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
jetzt/heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vor dem Aufenthalt im Klinikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Entlassung aus dem Klinikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls sich Ihre körperlichen Beschwerden verändert haben:  
Hat dies Ihrer Meinung nach etwas mit der psychologischen Unterstützung während Ihres Aufenthaltes im Klinikum zu tun?

ja       nein

2. Wie schätzen Sie Ihre **seelischen Beschwerden/Probleme** ein?

	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
jetzt/heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vor dem Aufenthalt im Klinikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Entlassung aus dem Klinikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls sich Ihre seelischen Beschwerden verändert haben:  
Hat dies Ihrer Meinung nach etwas mit der psychologischen Unterstützung während Ihres Aufenthaltes im Klinikum zu tun?

ja       nein

3. Wie zufrieden sind/waren Sie mit Ihrer **familiären Lebenssituation** (Ehe/Partnerschaft/Alleinsein)?
- |                                 | sehr zu-<br>frieden      | zufrieden                | mittel                   | un-<br>zufrieden         | sehr<br>unzufrieden      |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| jetzt/heute                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vor dem Aufenthalt im Klinikum  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Entlassung aus dem Klinikum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. Wie zufrieden sind/waren Sie mit der **Unterstützung Ihrer Angehörigen oder Freunde** hinsichtlich Ihrer Erkrankung?
- |                                 | sehr zu-<br>frieden      | zufrieden                | mittel                   | un-<br>zufrieden         | sehr<br>unzufrieden      |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| jetzt/heute                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vor dem Aufenthalt im Klinikum  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Entlassung aus dem Klinikum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. Insgesamt beurteile ich die **ärztliche Betreuung** im Klinikum Herford als...
- | sehr gut                 | gut                      | befriedigend             | ausreichend              | mangelhaft               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. Insgesamt beurteile ich die **Betreuung** durch die **Schwester und Pfleger** im Klinikum Herford als...
- | sehr gut                 | gut                      | befriedigend             | ausreichend              | mangelhaft               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Insgesamt beurteile ich die **Informationen** zu Aufenthalt und Behandlung im Klinikum Herford als...
- | sehr gut                 | gut                      | befriedigend             | ausreichend              | mangelhaft               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Insgesamt beurteile ich die **psychologische Unterstützung** im Klinikum Herford als...
- | sehr gut                 | gut                      | befriedigend             | ausreichend              | mangelhaft               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
9. Insgesamt beurteile ich den **Aufenthalt im Klinikum Herford** als...

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Auswertung der Freien Fragen

Die Fragen sind wie folgt codiert: 1="Sehr gut" bzw. "keine Beschwerden" bzw. "sehr zufrieden" bis zu 5="mangelhaft" bzw. "sehr starke Beschwerden" bzw. "sehr unzufrieden"

Berechnung des Mittelwerts und/oder Häufigkeiten für jedes Item.

## HADS

### Depressionsskala

#### Während der letzten Woche...

D1 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- 0  ganz genau so
- 1  nicht ganz so sehr
- 2  nur noch ein wenig
- 3  kaum oder gar nicht

D2 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- 0  ja, so viel wie immer
- 1  nicht mehr ganz so viel
- 2  inzwischen viel weniger
- 3  überhaupt nicht

D3\* Ich fühle mich glücklich

- 3  überhaupt nicht
- 2  selten
- 1  manchmal
- 0  meistens

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D4\* Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- 3  fast immer
- 2  sehr oft
- 1  manchmal
- 0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D5\* Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- 3  ja, stimmt genau
- 2  ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- 1  möglicherweise kümmere ich mich zuwenig darum

0  ich kümmere mich so viel darum wie immer

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

D6 Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- 0  ja, sehr  
1  eher weniger als früher  
2  viel weniger als früher  
3  kaum bis gar nicht

D7 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- 0  oft  
1  manchmal  
2  eher selten  
3  sehr selten

## Angstskala

### Während der letzten Woche..

A1\* Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- 3  meistens  
2  oft  
1  von Zeit zu Zeit/gelegentlich  
0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

A2\* Mich überkommt die ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- 3  ja, sehr stark  
2  ja, aber nicht allzu stark  
1  etwas, aber es macht mir keine Sorgen  
0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

A3\* Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- 3  einen Großteil der Zeit  
2  verhältnismäßig oft  
1  von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft  
0  nur gelegentlich/nie

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

A4 Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- 0  ja, natürlich  
1  gewöhnlich schon  
2  nicht oft

3  überhaupt nicht

A5 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

0  überhaupt nicht

1  gelegentlich

2  ziemlich oft

3  sehr oft

A6\* Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

3  ja, tatsächlich sehr

2  ziemlich

1  nicht sehr

0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

A7\* Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

3  ja, tatsächlich sehr oft

2  ziemlich oft

1  nicht sehr oft

0  überhaupt nicht

\* Items sind bei der Auswertung umzupolen

## Auswertung des HADS und Cut-Off-Wertebereiche

Berechnung eines Summenscores = Depressions-Rohwert und Angst-Rohwert (jeweils 0 bis 21)

Die drei Cut-Off-Werte können in folgende drei Wertebereiche gegliedert werden:

- 0-7 (unauffällig)
- 8-10 (grenzwertig)
- >11 (auffällig).

## "EORTC-11"

### Skala Körperliche Funktion und Rollenfunktion

#### Während der letzten Woche...

- 1 Bereitete es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr
  
- 2 Bereitete es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr
  
- 3 Waren Sie in irgendeiner Weise bei Ihrer Arbeit entweder im Beruf oder im Haushalt eingeschränkt?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr
  
- 4 Waren Sie außerstande, im Beruf oder Haushalt zu arbeiten?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr

### Skala Übelkeit

- 5 War Ihnen übel?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr
  
- 6 Haben Sie erbrochen?  
 1 überhaupt nicht  
 2 wenig  
 3 mäßig  
 4 sehr

### Skala Emotionale Funktion

- 7 Fühlten Sie sich angespannt?
- 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr
- 8 Haben Sie sich Sorgen gemacht?
- 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr
- 9 Fühlten Sie sich niedergeschlagen?
- 1  überhaupt nicht
  - 2  wenig
  - 3  mäßig
  - 4  sehr

### Skala Allgemeine Lebensqualität

10. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| sehr schlecht              |                            |                            |                            |                            |                            | ausgezeichnet              |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
11. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?
- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| sehr schlecht              |                            |                            |                            |                            |                            | ausgezeichnet              |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |

### Auswertung des "EORTC-11"

Die Scores werden berechnet, indem zuerst die Rohwerte einer Skala summiert, dann durch die Anzahl der Items dividiert und abschließend linear transformiert werden, so dass alle Skalen einen Wertebereich von 0-100 aufweisen.

## SF-8

### Während der letzten 4 Wochen

1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
2. Wie stark waren Sie aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustands bei körperlichen Aktivitäten (z.B. beim Gehen oder Treppensteigen) eingeschränkt?

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	Konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
3. Hatten Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	Konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
4. Hatten Sie körperliche Schmerzen?

überhaupt nicht	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
5. Wieviel Energie hatten Sie?

sehr viel	ziemlich viel	etwas	wenig	keine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
6. Wie stark waren Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren normalen sozialen Kontakten mit Familie oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	Konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie oft haben Sie sich durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. sich ängstlich, deprimiert oder gereizt gefühlt)?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wurden Sie durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	Konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Auswertung SF-8

Codierung von 1="positiv" bis 5 bzw. 6 "negativ"

Berechnung des Mittelwerts für jedes Item.