

## **Integrierte psychoonkologische Versorgung: Das Herforder Modell**

Michael Kusch, Anja Ebmeier, Kay Mücke, Irmela Nelle und Rolf Stecker

<sup>1</sup> Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford\*

---

### **Schlüsselwörter**

Psychoonkologische Versorgung  
Integrierte Versorgung  
Disease Management  
Versorgungsqualität  
Care-Service-Science-Konzept

### **Key words**

psychooncological health care  
integrated health care  
disease management  
health care quality  
care-service-science-concept

## **Integrierte psychoonkologische Versorgung: Das Herforder Modell**

Die Psychoonkologie ist ein wichtiger Bestandteil der umfassenden Krebstherapie. Auch wenn nicht in vielen Kliniken ein psychoonkologischer Dienst vorhanden ist, so wird seine Erfordernis dennoch gesehen. Die Implementierung und Etablierung der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford durch die SULO Stiftung ist Ausdruck dieser Erfordernis; das Herforder Modell psychoonkologischer Versorgung ist das vorläufige Ergebnis.

Maßnahmen der Optimierung des Herforder Modells mit dem Ziel, eine qualitätsgerechte, wirtschaftliche und vor allem wirksame psychoonkologische Versorgung sicherzustellen, sind aktuelle Bestrebungen der Stiftung und der Abteilung für Psychoonkologie.

Die Umsetzung dieser Ziele unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung und integrierten Versorgung werden in dieser Arbeit dargestellt.

## **Integrated psychooncology health care: The Herford Model.**

Psychooncology is an important constituent of comprehensive cancer therapy. Though in many hospitals a psychooncological service is missing, its requirement is recognized. The implementation and extension of the department of psychooncology at the Community Clinic Herford by the SULO foundation are one result of these requirement; the "Herforder Model" of psychooncological health care is the other result.

One target of further optimization of the "Herforder Model" is the development of a quality-assurance system, that guarantees an economic and above all effective psychooncological health care.

In this article we describe the conversion of these targets into clinical practice with consideration to the legal request for quality assurance and integrated health care.

---

### **Einleitung**

Das Herforder Modell beschreibt das psychoonkologische Versorgungsmodell der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford. Zweck der Abteilung ist die fachgerechte, unterstützende psychologische Begleitung von Patienten und deren Angehörigen während und nach einer stationären und ambulanten Krebstherapie [1].

Im Zeitraum zwischen 1995 und 2001 wurde die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford implementiert, ein umfassendes Leistungsangebot etabliert und die klinischen und formalen Qualitätsmerkmale des Herforder Modells optimiert.

Die Abteilung für Psychoonkologie verfügt somit über die wesentlichen Voraussetzungen, um auf die gesetzlichen Vorgaben zur integrierten Versorgung und des damit verbundenen „disease management“ reagieren zu können.

---

\* getragen durch die SULO-Stiftung und den Kreis Herford

## Das „Herforder Modell“

Das „Herforder Modell“ ist Ergebnis einer Initiative der SULO Stiftung. Persönliche Erfahrungen, soziales Engagement und eine aus wirtschaftlichem Erfolg resultierende ethische Verpflichtung waren maßgeblich für die Gründung der gemeinnützigen SULO Stiftung im Jahre 1994. Die SULO Stiftung gründete am 1.10.1995 die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford als organisatorisch und finanziell eigenständige Einrichtung innerhalb des Klinikums. Seit dem 01.01.2002 wird die Abteilung gemeinsam von der SULO Stiftung und dem Kreis Herford getragen [1]. Die Abteilung für Psychoonkologie verfolgt eine sektorenübergreifende Versorgung der von Krebs betroffenen Menschen in der Region Herford.

Eine den stationären und ambulanten Sektor integrierende und am Krankheits- und Behandlungsverlauf eng angelehnte psychoonkologische Versorgung zu implementieren, diese entsprechend dem Versorgungsbedarf eines lokalen Akutkrankenhauses zu etablieren und den Neuerungen im Gesundheitswesen fortlaufend zu optimieren sind Kernelemente des „Herforder Modells“. Die Evaluation des konkreten Nutzens für den Patienten und die Gemeinschaft stellen dabei begleitende Projekte dar, denen sich die operativ arbeitende SULO Stiftung schwerpunktmäßig verpflichtet sieht.

### Implementierung

In den Jahren 1995 bis 1997 wurde die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford implementiert [2]. Zwei speziell ausgebildete Psychoonkologen betreuten in 21 Monaten über 500 Patienten im Liaisondienst; bei ca. 450 jährlich vom Krankenhaus aufgenommenen erst-erkrankten Patienten. Bei den Patienten, die eine psychoonkologische Versorgung in Anspruch genommen haben, sind 1747 Gespräche mit einem Mittel von 3,4 Gesprächen pro Patient und einer mittleren Gesprächsdauer von 23 Minuten angefallen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die zwei Psychoonkologen 50% ihrer Arbeitszeit für die Implementierung der Abteilung für Psychoonkologie (Schulun-

gen, Gespräche mit Ärzten und Pflegekräften, Forschungsaufgaben usw.) aufzubringen hatten, zeigt sich, dass im Liaisondienst einer Akutklinik 25% der psychoonkologischen Versorgung auf direkt mit dem Patienten durchgeführte Gespräche entfallen.

Der gemäß etablierter Kriterien (ICD-10, Probleme der Krankheitsbewältigung usw.) ermittelte Bedarf an psychosozialer Versorgung lag im Projektzeitraum bei 36% für klinisch relevante psychische Belastungen (Depressionen, Ängste, Anpassungsstörungen), bei 40% für krankheits- und behandlungsrelevante Belastungen (z.B. Krankheitsbewältigung) und bei 24% für weitere psychoonkologische Problemsituationen (z.B. diagnostische Unklarheit, Informationsbedarf usw.). Nicht mehr als 3 Sitzungen erhielten 56,8%, vier bis sechs 23.1% und sieben und mehr Sitzungen erhielten 20.1% der Betroffenen.

Eine von der SULO-Stiftung in Auftrag gegebene umfassende Begleitevaluation der Implementierung eines psychoonkologischen Liaisondienst ergab wesentliche Informationen zur Strukturqualität psychoonkologischer Versorgung in einem Krankenhaus der Regelversorgung. Die empirisch ermittelte Akzeptanz wie auch der subjektiv empfundene Nutzen dieser Form psychoonkologischer Versorgung auf Seiten des Behandlungsteams wie auch der Patienten war deutlich bis sehr deutlich ausgeprägt [2].

### Etablierung

Die Strukturmerkmale der Abteilung für Psychoonkologie sind nach dem Implementierungszeitraum fortlaufend weiter entwickelt worden. Der Ausbau der psychoonkologischen Versorgungsangebote am Klinikum und deren Ausweitung auf den ambulanten Sektor war Hauptanliegen der Etablierungsphase im Zeitraum von 1998 bis 2000 [3].

Die klinischen Versorgungsleistungen beziehen sich auf Angebote für Patienten und Angehörige im stationären und ambulanten Sektor sowie für Mitarbeiter des Klinikums Kreis Herford.

*Versorgungsleistungen im stationären Sektor:* Seit 1998 werden jährlich zwischen 600 und 700 von Krebs betroffene Patienten und deren Angehörige im Liaisondienst auf 7 Stationen und im Konsildienst behandlungsbegleitend psychoonkologisch versorgt [5]. Auf den Liaisonstationen werden jährlich ca. 25 Stationskonferenzen mit dem Ziel der Vermittlung psychoonkologischer Inhalte und der Optimierung organisatorischer Ablaufstrukturen durchgeführt. Über ihr Mitwirken an einer monatlich durchgeführten Schmerzkonferenz tragen die Psychoonkologen auch zur Planung und Durchführung von Schmerzinterventionen bei.

Vielfältige, jährlich durchgeführte Gruppenangebote (z.B. Gesundheitstrainings, Musiktherapie, Kosmetikseminare, Kunsttherapie, Bewegungs- und Entspannungstherapie) werden sowohl für Patienten in stationärer oder ambulanter Behandlung wie auch in ambulanter Nachsorge angeboten.

*Versorgungsleistungen im ambulanten Sektor:* Vier Mal jährlich kommen Vertreter der vier regionalen Selbsthilfegruppen mit psychosozialen Dienstleistern (Versorgungsamt, Hospizbewegung, Seelsorge, Sozialdienst, Stadt Herford, usw.) im „Arbeitskreis: Psychosoziale Nachsorge“ zusammen. Neben dem regelmäßigen informellen Informationsaustausch hat der Arbeitskreis im Jahre 1999 eine „Orientierungshilfe für Krebsbetroffene“ herausgegeben und einen Patientenkongress organisiert.

*Leistungsangebote für Mitarbeiter des Klinikums:* Für alle Mitarbeiter des Klinikums werden jährlich bis zu 5 interdisziplinäre Fortbildungen mit dem Ziel angeboten, psychoonkologisches Wissen zu vermitteln und den Umgang mit Krebspatienten zu schulen. Pro Jahr werden zudem ca. 40 Einzelsupervisionen mit Mitarbeitern des Klinikums und 2 fortlaufende Supervisionsgruppen mit Kollegen des medizinisch-pflegerischen Behandlungsteams einzelner Stationen durchgeführt.

Zudem hat die Abteilung für Psychoonkologie in den letzten Jahren vier Symposien für Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Pflegeberufe, Sozialarbeiter und an-

dere interessierte „Professionelle“ im Kreis Herford durchgeführt.

Die hier dargelegte Versorgungsqualität ist nur sicherzustellen, da die Abteilung über eine Stellenkapazität von einem Abteilungsleiter, drei psychologischen Psychotherapeuten, einer Musiktherapeutin und einer Koordinatorin verfügt. In welchem Verhältnis der Ressourcenaufwand zum Nutzen - gemessen an der Angemessenheit der Versorgung, ihrer Wirkung im Einzelfall und ihrer Wirtschaftlichkeit – steht, ist eine zentrale Fragestellung zukünftiger Projekte der SULO Stiftung.

### Optimierung

Die Implementierung und Etablierung der psychoonkologischen Versorgung am Klinikum Kreis Herford wurde in drei Schritten begleitend evaluiert [2, 4, 5]. Eine im Oktober 2001 bis Februar 2002 durchgeführte, umfassende Evaluation<sup>1</sup> bestätigte, dass die Struktur- und Prozessmerkmale der Abteilung im Einklang mit geltenden Leitlinien psychoonkologischer Versorgung in Einrichtungen der Akutversorgung stehen [4]. Zur Angemessenheitsprüfung der Leistungserbringung konnte in einer größeren Katamnesestudie an Patienten, die zwischen August 2000 und August 2001 psychoonkologisch betreut wurden, gezeigt werden, dass die Patienten mit hohem Versorgungsbedarf auch tatsächlich die meisten Leistungsangebote wahrnahmen, und diese Patienten eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen psychoonkologischen Versorgung berichteten [4]. Für die Zwecke zukünftiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Kosten-Nutzen-Berechnungen wurden umfangreiche Analysen zur Identifikation entsprechender Effizienzindikatoren psychoonkologischer Versorgung durchgeführt. Das Case Managementprojekt: „Psychoonkologie“<sup>1</sup> schaffte somit die Voraussetzungen einer in der Versorgungsrealität durchführbaren prospektiv angelegten Versorgungsforschung.

<sup>1</sup> Case Managementprojekt: Psychoonkologie“ (SULO-Stiftung; AOK-WL; McKinsey & Company; Universität Hamburg; Abt. f. Med. Psychologie; Abteilung für Psychoonkologie am KKH. (1. Projektphase: 10/2001 bis 02/2002)

Seit 2001 unterzieht sich die Abteilung für Psychoonkologie einem Optimierungsprozess, der das Ziel einer stärkeren Verzahnung der klinischen Realität psychoonkologischer Praxis im Akutkrankenhaus mit den gesetzlichen Anforderungen der Gesundheitsstrukturreform 2000 verfolgt [4, 5, 6, 7].

Mit Einführung der Gesundheitsstrukturreform 2000 (SGB-V-2000) sind die gesetzlichen Anforderungen an Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nachweislich umzusetzen. In § 70 zur Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit ist festgelegt, dass die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden muss. § 135 a verpflichtet die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Zugelassene Krankenhäuser sind nach Maßgabe verschiedener weiterer Paragraphen verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser sind zudem verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Laut § 140 a zur integrierten Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglicht werden, deren Qualität gemäß § 137 sicherzustellen ist.

Entsprechend der aufgeführten Paragraphen muss sich die Optimierung der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford mit folgenden Aufgaben befassen:

1. Darlegung einrichtungsübergreifend gültiger Qualitätsstandards zur Sicherung
  - einer ausreichenden, zweckmäßigen
  - bedarfsgerechten und

- fachlich gebotenen Versorgung auf Basis von
    - a. nachgewiesener Evidenz,
    - b. klinischen Praxisleitlinien und
    - c. Dokumentationsleistungen, die eine Beurteilung der Ergebnisqualität ermöglichen.
2. Aufbau integrierter, qualitätsgesicherter Versorgungsformen.
  3. Durchführung abteilungsinterner und – übergreifender Evaluationsmaßnahmen.

Die Optimierung des „Herforder Modells“, und damit einhergehend die Vorbereitung der psychoonkologischen Versorgung auf Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen, muss eine qualitätsgesicherte und integrierte psychoonkologische Versorgung zum Ziel haben.

### **Integrierte psychoonkologische Versorgung nach dem Herforder Model**

Standards psychosozialer und psychoonkologischer Versorgung sind von verschiedenen Stellen formuliert worden [8, 9]. Einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards müssen sich auf Merkmale beziehen, mit denen einerseits eine ausreichende, zweckdienliche und in gewissem Sinne bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt und darüber wirtschaftlichen Gesichtspunkten entsprochen werden kann (formale Qualitätsstandards). Andererseits sind auch Qualitätsstandards zu beachten, mit denen die bedarfsgerechte Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität durchgeführt werden und damit den Anforderungen an die Wirksamkeit genüge getan werden kann (klinische Qualitätsstandards) [10,11]. Die klinischen Qualitätsstandards müssen weiterhin auf evidenzbasierenden Leitlinien beruhen und die Erfassung der Ergebnisqualität ermöglichen.

Für den Aufbau entsprechender Systeme wird es zukünftig nicht länger genügen, den stationären vom ambulanten Versorgungssektor strikt zu trennen, zumal die Krebstherapie zunehmend sektorenüber-

greifend erfolgen wird [Kusch, in diesem Band, 12]. Ob die psychoonkologische Versorgung den von ihr im Rahmen von integrierter Versorgung und Disease Management gewünschten Beitrag zur effektiven, effizienten und qualitätsgesicherten Krebstherapie erbringen wird, muss noch durch weitere abteilungsintern und -extern durchzuführende Evaluationsstudien gezeigt werden [4].

### **Einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards**

Die Abteilung für Psychoonkologie hat in den vergangenen Jahren Versorgungsstandards entwickelt, die den Anforderungen an einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards genügen.

Sie hat mit den Projekten zur Implementierung und Etablierung dargelegt, wie eine Abteilung aufgebaut sein muss, um eine ausreichende Patientenversorgung sicherzustellen, welche Leistungen eine Abteilung vorzuhalten hat, um ihren Zweck zu erfüllen und in welcher fachlichen Qualität psychoonkologische Versorgung zu erbringen ist [2, 3, 5]. Dass sie damit den aktuellen konsentierten Leitlinien zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus auf hohem Niveau genügt [4, 13], bestätigt den einrichtungsübergreifenden Gültigkeitsanspruch.

Gerade weil die Evidenz psychoonkologischer Versorgung im Akutkrankenhaus noch unzureichend ist und klinische Praxisleitlinien auf operationalem Niveau fehlen [vgl. Kusch in diesem Band], muss die Psychoonkologie die Qualitätsstandards psychoonkologischer Leistungserbringung transparent machen und Dritten gegenüber darlegen. Dies ist insbesondere auch im Hinblick auf einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität psychoonkologischer Versorgung unabdingbar.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung auf hohem fachlichen Niveau werden evidenzbasierte Leitlinien und entsprechende Dokumentationssysteme herangezogen [11, 14]. Bei noch unzureichender wissenschaftlicher

Evidenz kann eine Kombination aus einem fundierten Versorgungskonzept, einer praxisnahen Versorgungsablauforganisation und spezifisch Versorgungsdokumentation herangezogen werden, um Patienten nach bestem Stand des Wissens, bedarfsgerecht, ausreichend und zweckmäßig zu versorgen, die Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen und zugleich Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsbelege zu erbringen [15; Kusch, in diesem Band].

### **Versorgungskonzept**

Bei unzureichender Evidenz müssen dem klinisch Tätigen die Inhalte seiner Versorgungsleistungen nicht zwingend vorgeschrieben, sondern können entsprechend vorhandener wissenschaftlicher Studien [16] als Empfehlungen nahegelegt werden. Die Abteilung für Psychoonkologie ist dem Konzept der „Hilfe zur Selbsthilfe“ verpflichtet und unterscheidet dabei Maßnahmen der Patienteninformation und –aufklärung, der Patientenunterstützung und –anleitung und der psychotherapeutischen Behandlung [17]. Sie nutzt daher psychoedukative, verhaltensmedizinische und psychotherapeutische Interventionen in der Psychoonkologie [16, 18].

Auch wenn dem klinisch Tätigen die konkreten Versorgungsinhalten nicht vorgegeben werden können, so kann er dennoch angehalten werden, seinem Konzept über klinisch-psychologische Versorgungsstandards der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation einen Rahmen zu geben, der ein fachlich hohes Niveau der Umsetzung seines Konzeptes sicherstellt [14,15; Kusch, in diesem Band].

### **Diagnostik und Indikation**

Zur Erfassung der Ressourcen und Belastungen erstmals an Krebs erkrankter Patienten wird ein Eingangsscreening sowie ein ausführliches psychoonkologisches Anamnesegespräch geführt [7]. Ein von der Abteilung für Psychoonkologie im Sommer 2001 entwickelter und auf seine klinische Umsetzbarkeit hin an über 300 Patienten erprobter Kurzfragebogen wurde

im Herbst 2001 im Rahmen des Case Managementprojektes: „Psychoonkologie“ der SULO Stiftung optimiert [5]. Der überarbeitete Patientenfragebogen dient seit April 2002 einer zeitökonomisch durchzuführenden, selektiven Indikation zur psychoonkologischen Intervention (vgl. Tab. 1). Eine Indikation zur psychoonkologischen Versorgung kann zudem durch den behandelnden Arzt bzw. die Pflegekraft erfolgen.

Risikogruppe	Psychoonkologische Leitproblematik	Indikation/ Intervention
I	Zustand bei Krebserkrankung ohne zusätzliche Belastung	Information/ Aufklärung
II	Copingproblematik, familiäre Probleme, Complianceprobleme	Unterstützung/ Anleitung
III	Angst, Depression, akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Palliativsituation	Psychoonkologische Behandlung/Therapie

**Tabelle 1:** Aspekte der differentiellen Indikationsstellung

In Zeiten verkürzter Liegezeiten und vermehrter Fallzahlen sind psychoonkologische Leistungen möglichst frühzeitig und gezielt anzubieten. Der selektiven Indikation, die allein nicht genügt, um das spezifische Belastungsprofil eines Patienten zu erfassen, muss ein psychoonkologisches Anamnesegespräch zur differentiellen Indikationsstellung folgen. Das Anamnesegespräch mündet in der Diagnosestellung nach ICD-10-SGB-V 2000, der Spezifizierung der psychoonkologischen Leitproblematik eines Patienten, der Ermittlung vorhandener Ressourcen zur differentiellen Indikationsstellung und Individualisierung der Intervention. Die Intervention ist zudem ein Teilaspekt des Anamnesegespräches.

Empirische Daten der letzten drei Jahre zeigen folgende Verteilung der Risikogruppen: Risikogruppe I ca. 40%, Risikogruppe II ca. 35%, Risikogruppe III ca. 25% [5]. Im Verlauf der Krebstherapie ändert sich die psychoonkologische Leitproblematik der Krebspatienten (Risikogruppe I 30%; II 40%; III 30%). Die Ergebnisse zeigen, dass eine zweckmäßige Patientenversorgung in 60% der Fälle

aus mehr als einem einmalig durchgeführten Patienteninformations- und -aufklärungsgespräch bestehen muss. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass für die verbleibenden 40% der Patienten keinerlei Versorgung erforderlich ist, da alle Patienten, die in der Abteilung für Psychoonkologie vorstellig werden, ein Anamnesegespräch und ein unmittelbar daran anschließendes psychoonkologisches Beratungsgespräch erhalten.

*Intervention*

Die psychoonkologische Intervention wird von der Leitproblematik des Patienten bestimmt. Auch wenn sich die Leitproblematik im Behandlungsverlauf eines Patienten verändern kann, so ist die Risiko-bewertung eines Patienten dennoch ein guter Indikator für dessen Kompetenz der Krankheitsbewältigung. Sie ist zudem für die Versorgungsorganisation und eine grundlegende Therapieplanung erforderlich (Ressourceneinsatz).

Der selektiven und differentiellen Indikation folgt die auf den Patienten abzustimmende psychoonkologische Intervention (vgl. Tab. 2). Sämtliche zum Einsatz kommenden Interventionen der Abteilung für Psychoonkologie dienen der „Hilfe zur Selbsthilfe“ also dem Ziel, den Patienten zu befähigen, zu autonomen Entscheidungen zu gelangen, die eigenen Lebensumstände zu erfassen und aktiv zu bewältigen [17].

Interventionsform	Psychoonkologische Maßnahmen	Individualisierung
Information/ Aufklärung	Psychoedukative Maßnahmen	Kognitiv-emotionaler Zustand des Patienten
Unterstützung/ Anleitung	Verhaltensmedizinische Maßnahmen	Konkrete Belastungssituation im Umfeld des Patienten
Psychoonkologische Behandlung/Therapie	Psychotherapeutische Maßnahmen	Extreme psychische Belastungsempfindung und -reaktion des Patienten

**Tabelle 2:** Psychoonkologische Maßnahmen und Faktoren deren Individualisierung

In Abhängigkeit der Risikogruppe sowie dem aktuellen Befinden des Patienten werden die psychoonkologischen Maßnahmen in der konkreten Leistungssituation durch den Psychoonkologen individua-

lisiert, so dass trotz vorgegebenem Versorgungsstandard eine speziell auf den Patienten abgestimmte Betreuung [16] möglich wird.

- Psychoedukative Maßnahmen sind an den aktuellen kognitiv-emotionalen Befindenzustand des Patienten anzupassen [19, 20].
- Verhaltensmedizinische Maßnahmen sind auf eine konkrete, den Patienten belastende Anforderungssituation (Schmerz, Verspannung, Operation, Anforderungen durch Medizin und Pflege) abgestimmt [21, 22].
- Psychotherapeutische Maßnahmen richten sich an dem individuellen Belastungsempfinden des Patienten aus [23, 24].

*Evaluation*

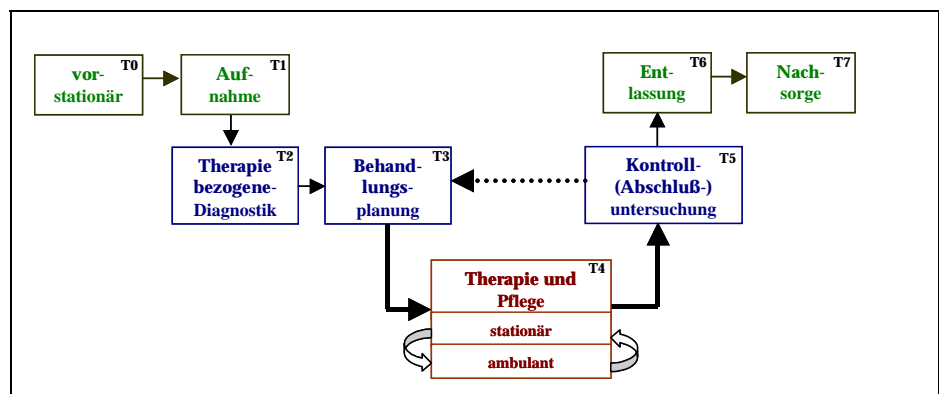
Die überwiegende Zahl onkologischer Patienten bleibt für längere Zeit in onkologischer Versorgung (bestehend aus erkrankungsbedingt unterschiedlich lang andauernden stationären Therapien, der Nachsorge, Rezidiv- oder Palliativbehandlungen). Eine zu einem definierten Zeitpunkt durchzuführende, abschließende Katamnese und Evaluation der psychoonkologischen Versorgung ist daher kaum möglich.

Die Psychoonkologische Forschung wird in den nächsten Jahren eine an der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung angelehnte emotionale Anpassungsleistung an Krebs erkrankter Menschen identifizieren, anhand derer die Faktoren und Zeitpunkte näher spezifizierbar werden, zu denen ein Patient sich an das traumatische Ereignis Krebs [25] adaptiert [24, 26]. Dies wird es erlauben, die spezifischen Effekte einer psychoonkologischen Intervention zu erfassen.

Um bereits heute eine gesetzlich gebotene Evaluation durchführen zu können, andererseits aber die kontinuierliche Patientenversorgung sicherzustellen, hat die Abteilung für Psychoonkologie ein Vorgehen der Evaluation entwickelt. Dabei werden die Patienten zu Beginn ihrer Krebserkrankung und nach drei Monaten mittels validierter Kurzfragebögen zu ihrem persönlichen Befinden befragt. Ergänzt wird diese Patientenbefragung durch eine klinische Beurteilung sowie eine Verlaufsmessung.

Versorgungsablauforganisation

Die „technologische“ Umsetzung der klinisch-psychologischen Versorgungsstandards (Diagnostik, Indikation, Intervention, Evaluation) erfolgt anhand einer Versorgungsablauforganisation. Der Versorgungsablauf bezieht sich auf die Zeitpunkte der Leistungserbringung. Darüber wird es möglich, die psychoonkologischen Leistungen gezielt dem Krankheitsverlauf (kurative, Nachsorge-, Rezidiv-, palliative Phase), dem Therapieverlauf (Diagnosefindung, Erstdiagnose, Operation, Chemotherapie, Bestrahlung; Nachsorge) und den entsprechenden, damit verbundenen Belastungs- und Bewältigungsreaktionen der Patienten zuzuordnen. Unabdingbar ist dabei eine terminologische Klarheit der medizinischen und psychoonkologischen Versorgungsabläufe spätestens dann, wenn Medizin und Psychoonkologie im Rahmen von integrierter Versorgung und „Disease Management, kooperieren.



**Abbildung 1:** Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus

Zur Optimierung der Prozessqualität der integrierten psychoonkologischen Versorgung im Klinikum Kreis Herford hat die Abteilung für Psychoonkologie ihrem Rahmenkonzept [Kusch, in diesem Band] ein Prozessmanagement (vgl. Abb. 1) zur Seite gestellt.

Entsprechend der Zeitpunkte T0 bis T7 werden die psychoonkologischen Leistungen dem Verlauf der Krebstherapie zugeordnet. So wird den Patienten beispielsweise ein Eingangsscreening zum Zeitpunkt T1 durch die Pflegekräfte der Station ausgehändigt. Das psychoonkologische Anamnesegespräch findet im Zeitraum T2 bis T3 statt, die psychoonkologischen Interventionen, je nach Krankheitsverlauf und Versorgungserfordernis, zwischen T4 und T7. Für die Katamnese wurde der Zeitpunkt 3. Monat nach stationärer Erstaufnahme gewählt. Da sich die Patienten zu diesem Zeitpunkt in sehr unterschiedlichen therapeutischen Settings befinden, wird das Katamnesegespräch telefonisch durchgeführt.

Eine klare Versorgungsablauforganisation wird spätestens dann zu einem Qualitätsmerkmal psychoonkologischer Versorgung, wenn im Rahmen eines „Disease-Management-Programms“ Versorgungsdokumente zur Planung, Lenkung und Prüfung der Leistungserbringung erstellt werden sollten.

### Versorgungsdokumente

Eine ausreichende Dokumentation ist unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung [27]. Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, der Outcomemessung, der Qualitätsentwicklung oder Versorgungsforschung sind ohne eine empirische Abbildung der Versorgungsrealität nicht denkbar [11,14].

Unter Basisdokumentation wird die kontinuierliche strukturierte Erhebung von Patienten-, Behandlungs- und Ergebnismerkmalen nach einem einheitlichen Schema verstanden [27]. In der Psychoonkologie hat fast jeder Dienst ein Basisdokumentationssystem in Gebrauch, um zumindest Patienten- und formale Behandlungsmerkmale wie Anzahl und Dauer der ge-

fürten Patientengespräche zu erheben. Einheitliche und allgemein verbindliche Dokumentationssysteme sind nicht vorhanden bzw. befinden sich in der ersten Entwicklungsphase [28].

Im psychosozialen Sektor ist die Entwicklung eines allgemeingültigen Dokumentationssystems für die Psychotherapie (PSYCH-DOK) am weitesten fortgeschritten [29]. Vorgesehen ist darin die Erfassung von Informationen zur Status- oder Struktur- sowie zur Verlaufsdokumentation, wobei die Daten der Statusdokumentation zu Beginn und am Ende und diejenigen zur Verlaufsdokumentation während einer durchgeführten Psychotherapie zu erheben sind. In diesem modular aufgebauten System ist die Erfassung klinischer wie auch formaler Qualitätsmerkmale vorgesehen.

Die Abteilung für Psychoonkologie dokumentiert seit ihrer Gründung im Jahre 1995 die erbrachten Versorgungsleistungen. Seit dem Jahre 1999 verfügt sie über ein in Access®-programmiertes Dokumentations- und Auswertungssystem (PAT-DOK). Dieses Dokumentationssystem bildet die Grundlage des seit Februar 2001 in Entwicklung befindlichen Computergestützten Managementsystems: Psychoonkologie (CMP©), das zur systematischen Planung, Lenkung und Prüfung der psychoonkologischen Patientenversorgung eingesetzt wird [30]. Das CMP ist dem Dokumentationssystem PSYCH-DOK in struktureller Hinsicht vergleichbar aufgebaut.

### *Sicherstellung der Versorgungsqualität anhand des CMP*

Die Aufgabe des CMP ist es, die psychoonkologische Versorgung von Krebsbetroffener Menschen zu dokumentieren (klinische Versorgungsqualität) und zugleich die Leistungserbringung zu planen, zu lenken und zu prüfen (formale Versorgungsqualität).

Das CMP geht von dem Konzept der "therapieorientierten Diagnostik" nach Wittchen [31] und dem Konzept der "Kontrollierten Praxis" nach Petermann [32] aus. Danach ermöglicht ein geordnetes klini-

sches Vorgehen aus Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation die Therapieplanung sowie die Therapieverlaufs- und -effektivitätskontrolle; dies wiederum erlaubt die einzelfallbezogene Versorgungsforschung.

Das CMP basiert auf dem Care-Service-Science-Konzept [15], wonach EDV-gestützte Dokumentationssysteme die Managementanforderungen der Planung, Lenkung und Prüfung klinischer Leistungen erfüllen können. Das System ist für diese Zwecke zweiteilig aufgebaut, bestehend aus einem übergeordneten Dokumentations- und einem Auskunftsmodule. Abbildung 2 soll die innere Struktur des Systems verdeutlichen.

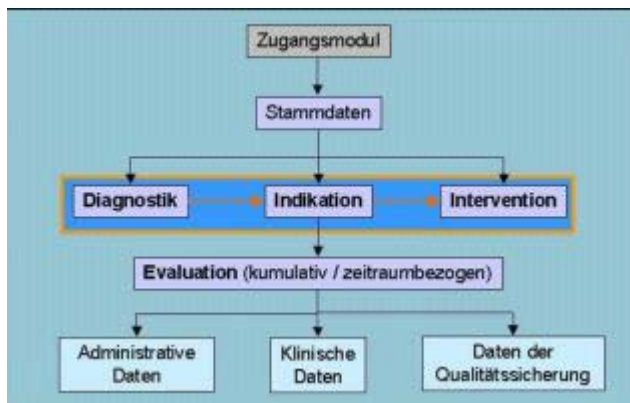


Abbildung 2: Struktur des CMP.

Seit April 2002 ist das Dokumentationsmodul in klinischer Erprobung. Das Auskunftsmodule wird im dritten Quartal 2002 fertiggestellt sein.

Da das CMP in seiner inneren Struktur und den zu erhebenden klinischen Merkmalen dem Versorgungskonzept der Abteilung für Psychoonkologie entspricht, ist es zur Planung psychoonkologischer Leistungserbringung geeignet. So ist im CMP beispielsweise für Patienten der Risikogruppe III ein in Häufigkeit und therapeutischer Schwerpunktsetzung anderes psychoonkologisches Vorgehen festgelegt als für Patienten der Risikogruppe I.

Das CMP kann die Leistungserbringung lenken, da es aufeinanderfolgend die Leistungen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation vorsieht und pro Leistungseinheit konkrete Dokumentationsinhalte vorschreibt. Darüber kann eine hohe fachliche Qualität der psychoonkolo-

gischen Leistungserbringung zwar nicht garantiert, jedoch nahegelegt werden [14].

Anhand der Auskunftsmodule des CMP können verschiedene Leistungsprüfungen durchgeführt werden. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass im Dokumentationsmodul Evaluation der Psychoonkologie eine klinische Leistungsbeurteilung im Einzelfall durchgeführt und diese dann mit anderen kumulativen Einzelfällen zeitraumbezogen verglichen werden kann. Das Auskunftsmodule ist insbesondere für extern durchgeführte administrative, klinische und Aufgaben der Qualitätssicherung gedacht.

Administrative Daten geben Auskunft über formale Qualitätsmerkmale, die z.B. den Leistungsumfang (Gesprächsanzahl, -dauer, ambulante oder stationäre Intervention usw.) oder Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, Beruf, medizinische Diagnose) betreffen. Anhand dieser Informationen lassen sich vornehmlich Wirtschaftlichkeitsprüfungen umsetzen.

Klinische Daten geben Auskunft über den Nutzen bzw. die Wirksamkeit psychoonkologischer Versorgung, wozu eine systematische Prä-Post-Erhebung anhand valider und sensibler Instrumente unabdingbare

Voraussetzung ist [33, 34, 35]. Da bereits die Planung und Lenkung psychoonkologischer Versorgung durch das Eingangsscreening und die psychoonkologische Anamnese erfolgt, und die klinische Evaluation und Katamneseerhebung ebenfalls zum psychoonkologischen Versorgungssystem zählen, kann für Prüfungszwecke jeder Patient als Einzelfall und im kumulativen Vergleich betrachtet werden

Sämtliche in das CMP eingegebene Daten dienen auch der Qualitätssicherung, die, bei Fertigstellung dieser Systemkomponente dem klinisch Tätigen relevante Fragen unmittelbar beantworten wird. Die Daten der Qualitätssicherung greifen dabei auf administrative und klinische Informationen zurück und vergleichen diese IST-Daten (einer oder mehrerer Einrichtungen) mit vorgegebenen Soll-Werten ausgewählter Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Versorgungsdokumente und die Versorgungsdokumentation sind der operationale Ausdruck eines Versorgungskonzeptes und der entsprechenden Organisation psychoonkologischer Versorgung [14]. Werden in ihrer Entwicklung klinische, qualitätssichernde und wissenschaftliche Anforderungen berücksichtigt, dann sind sie sowohl zur Therapieplanung und Durchführung der psychoonkologischen Versorgung als auch zur Versorgungsforschung geeignet [15].

### Integrierte psychoonkologische Nachsorge

Die psychoonkologische Nachsorge ist seit 1998 fester Bestandteil der Abteilung für Psychoonkologie. Sie wird den Patienten auf dreierlei Weise angeboten; über

- niederschwellige Angebote im Arbeitskreis: „Psychosoziale Nachsorge“ (APN),
- spezifische Unterstützungsangebote durch Gruppen und Kurse und über die
- psychotherapeutische Nachsorge durch die regionale Konsilbetreuung.

*Niederschwellige Angebote mit Breitenwirkung:* Möglichst allen Patienten in onkologischer Nachsorge soll Information und Aufklärung gegeben werden. Dies erfolgt über den informellen Austausch während der pro Quartal stattfindenden Arbeitskreistreffen (vgl. Tab. 3), über die vom APN herausgegeben „Orientierungshilfe für Krebsbetroffene“ sowie regelmäßige Besuche der Selbsthilfegruppen.

*Spezifische Unterstützungsangebote:* Von Krebs betroffene Menschen, die besonderer psychosozialer Hilfestellungen bedürfen, erhalten von der Abteilung Unterstützung und Anleitung. Dies erfolgt über die Bearbeitung konkreter Anfragen, die an die Abteilung gerichtet werden, über die Gruppenangebote für Krebsbetroffene oder die Vermittlung an soziale Dienste, die spezifische Hilfen geben können.

*Psychotherapeutische Nachsorge:* Eine besondere Gruppe von Krebs betroffener Menschen suchen bei den Kolleginnen und Kollegen der Abteilung unmittelbar

oder über ihren Haus- oder Facharzt psychoonkologische Beratung und Behandlung bei besonderen psychischen Belastungen.

<b>Selbsthilfegruppen</b>	<b>Regionale soziale Dienste</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Frauenselbsthilfegruppe Herford (ca.150 Krebsbetroffene)</li><li>• Frauenselbsthilfegruppe Bünde (ca.140 Krebsbetroffene)</li><li>• ILCO (Deutscher Vereinigung der Stomaträger) Herford (ca. 120 Krebsbetroffene)</li><li>• Prostata-Selbsthilfegruppe Bünde (ca. 50 Krebsbetroffene)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Versorgungsamt Bielefeld</li><li>• Frauenberatungsstelle Herford</li><li>• Arbeiterwohlfahrt Bielefeld</li><li>• Hospizgruppe Herford</li><li>• Krebsberatungsstelle Minden</li><li>• Wohnberatung Herford</li><li>• Sozialdienst des Klinikums Kreis Herford</li><li>• Ernährungsberatung des Klinikums Kreis Herford</li><li>• Seelsorge des Klinikums Kreis Herford</li><li>• Ökumenische Krankenhaushilfe des Klinikums Kreis Herford</li></ul>

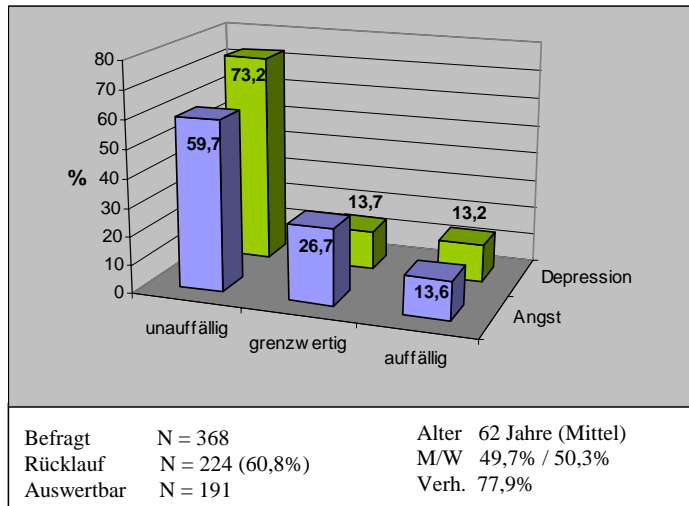
**Tabelle 3:** Im Arbeitskreis „Psychosoziale Nachsorge“ vertretene Gruppen.

Mit ihrer seit 1998 etablierten Angebotsstruktur der psychoonkologischen Nachsorge kann die Abteilung für Psychoonkologie einen erheblichen Teil des Nachsorgebedarfs im Kreis Herford abdecken. Selbsthilfegruppenvertreter und niedergelassene Ärzte gaben jedoch immer wieder zu bedenken, dass häufig gerade Patienten mit hohem Nachsorgebedarf die psychoonkologischen Angebote nicht in Anspruch nehmen würden. Dies erfordert eine Optimierung der ambulanten Nachsorgestrukturen.

### Psychoonkologischer Nachsorgebedarf

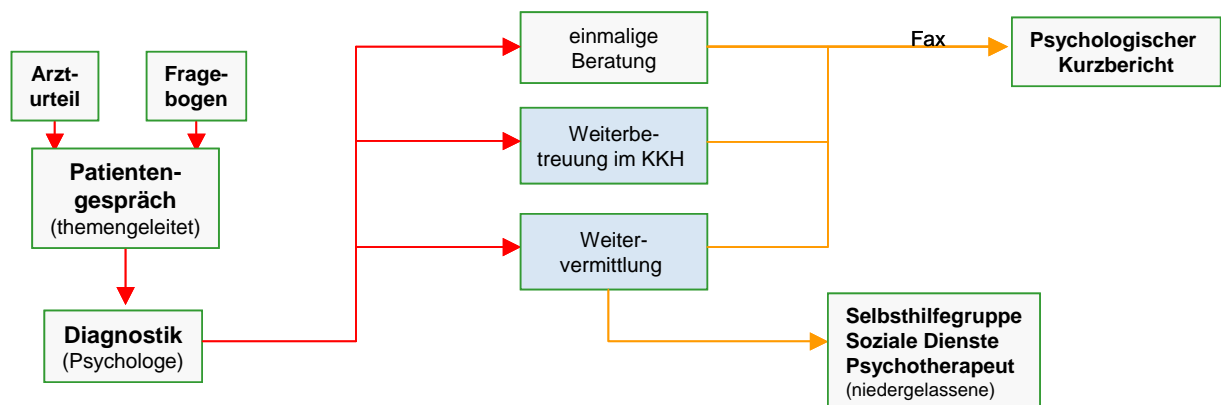
Im Rahmen der Katamneseerhebung des Case Managementprojektes: Psychoonkologie [4] wurde der Nachsorgebedarf der von der Abteilung für Psychoonkologie zwischen August 2000 und August 2001 betreuten Patienten ermittelt (vgl. Abb. 3). Es besteht ein Nachsorgebedarf von etwa 13% für Patienten mit klinisch relevanten bzw. von 13% bis 26% für Patienten mit auffälligen Ängsten und Depressionen. Diese Belastungen stehen nicht mit dem

Geschlecht oder der medizinischen Diagnose der Patienten im Zusammenhang, jedoch mit der aktuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbesondere der allgemeinen Gesundheit der Patienten.



**Abbildung 3:** Emotionale Belastung an Krebs erkrankter Patienten in der Nachsorgephase (gemessen anhand der Hospital Anxiety and Depression Scale) [4].

Bezogen auf die Bevölkerung der Herforder Region (250.000 Einwohner) und einer geschätzten Inzidenz von 400 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern [4] ist von einem jährlichen psychoonkologischen Nachsorgebedarf für 130 bis 400 von Krebs betroffenen Menschen auszugehen.



Diese Zahlen dürften höher ausfallen, wenn die Katamneseerhebung auch die nicht psychoonkologisch betreuten Patienten einbezieht.

Laut Angaben von Selbsthilfegruppenvertretern sowie niedergelassenen Ärzten sind gerade diejenigen Personen mit hohem Versorgungsbedarf einer Betreuung durch Psychoonkologie skeptisch gegenüber eingestellt. Um diese besondere Patientengruppe mit psychoonkologischen Angeboten erreichen zu können, hat die Abteilung für Psychoonkologie ihr Versorgungskonzept und ihre Versorgungsablauforganisation erweitert (vgl. Abb. 4).

### Psychoonkologische Nachsorgestruktur

Die Erfahrungen und Studien zur psychoonkologischen Betreuung von Patienten in onkologischer Nachsorge belegen einen hohen, jedoch bislang nur eingeschränkt erfüllten Versorgungsbedarf [2, 3, 4].

Im Rahmen der Regelungen zur integrierten Versorgung und „Disease Management“ [vgl. Kusch in diesem Band] muss sich auch die Psychoonkologie mit einer stärkeren und spezifischeren Verzahnung vorstationär, stationär und nachstationär angebotener Leistungen befassen.

Die Abteilung für Psychoonkologie hat daher im Jahre 2001 eine integrierte psychoonkologische Nachsorgestruktur aufgebaut, die seit April 2002 in Kooperation

**Abbildung 4:** Klinische Versorgungsablauforganisation zur integrierten psychoonkologischen Nachsorge.

mit bislang 20 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten der Region Herford praktisch erprobt wird.

In Kooperation mit dem Ärzteverein Herford und den Arztnetzen „Praxis im Netz“ Herford und „Medizin und Mehr“ Bünde wurde das 4. Herforder Symposium: „Stationäre und ambulante Psychoonkologie“ veranstaltet. Die in Abbildung 4 dargelegte klinische Versorgungsablauforganisation zur integrierten psychoonkologischen Nachsorge wurde vorgestellt und als ein möglicher Weg der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit der Abteilung für Psychoonkologie bewertet.

Die Ablauforganisation sieht folgende Schritte vor:

1. Der niedergelassene Kollege identifiziert einen psychoonkologischen Versorgungsbedarf, überweist den Patienten an die Abteilung und bittet diesen, einen Kurzfragebogen – den er ihm aushändigt - ausgefüllt zum Beratungsgespräch mitzubringen.
2. Im ersten Patientengespräch werden – in Räumlichkeiten außerhalb des Klinikums Kreis Herford (Ärztliche Notfallzentrale Herford bzw. Praxisräume des Arztnetzes in Bünde) – zu einem festen Termin themengeleitete, d.h. an den Ergebnissen des Fragebogens angelehnte Patientengespräche geführt.
3. Auf Basis der psychoonkologischen Diagnostik werden gemeinsam mit dem Patienten Möglichkeiten der Weiterbetreuung geklärt.
  - Zum einen kann bereits das einmalige Beratungsgespräch genügen;
  - es kann eine Weiterbetreuung durch die Abt. für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford (KKH) oder eine
  - Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen, soziale Dienste oder niedergelassene Psychotherapeuten als sinnvoll angesehen werden.
4. Bereits nach dem Erstgespräch erfolgt mittels eines psychologischen Kurzberichtes eine Rückmeldung an den behandelnden Arzt.

Auch die erstmals ambulant psychoonkologisch betreuten Patienten erhalten im Rahmen der Katamnese nach 3 Monaten ein telephonisches Beratungsgespräch und anschließend einen Evaluationsfragebogen.

Mit diesem Vorgehen stellt die Abteilung für Psychoonkologie eine sektorenübergreifende Patientenversorgung sicher, die nicht allein auf die psychoonkologische Nachsorge begrenzt bleiben muss. Vielmehr können die niedergelassene Ärzte auch in Fällen ambulant durchgeführter Krebstherapien oder bereits während der vorstationären Phase der Diagnosefindung auf die Angebote der Psychoonkologie zurückgreifen,

Eine vollständige Integration der psychosozialen und psychoonkologischen Versorgung in die Krebsdiagnose, Krebstherapie und Krebsnachsorge mit einer bedarfsgerechten und regional flächendeckenden Bedarfsdeckung sollte mit dem hier dargelegten „Herforder Modell“ umsetzbar und beurteilbar werden. Die weitere Implementierung, Erprobung und Evaluation der integrierten psychoonkologischen Versorgung wird für die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford zur Aufgabe in den kommenden Jahren.

### Literatur

= vgl. Originalpublikation in der Zeitschrift „Prävention und Rehabilitation“ nach Erscheinen (z.Zt. eingereicht)

Dr. phil. Michael Kusch  
Abteilung für Psychoonkologie  
am Klinikum Kreis Herford  
Schwarzenmoorstraße 70  
D-32049 Herford