

## **Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der psychoonkologischen Nachsorge: Das Care-Service-Science-Konzept**

M. Kusch<sup>1</sup>

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

---

### **Schlüsselwörter**

Psychoonkologie Nachsorge  
Disease Management  
Qualitätssicherung  
Care-Service-Science-Konzept

### **Key words**

psychooncology aftercare  
disease management  
quality assurance  
care-service-science-concept

## **Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der psychoonkologischen Nachsorge: Das Care-Service-Science-Konzept**

Neuerungen im Gesundheitswesen verlangen von der Psychoonkologie Anpassungsleistungen. Disease-Management und integrierte Versorgung werden zu verkürzten Liegezeiten und veränderten Versorgungsströmen führen.

Die Entwicklung, Implementierung und Erprobung optimierter Formen psychoonkologischer Nachsorge muß den gesetzlichen Vorgaben zur Versorgungsqualität und der Versorgungsrealität der klinisch Tätigen genügen.

Das Care-Service-Science-Konzept dient der Qualitätsentwicklung und -sicherung komplexer Versorgungsstrukturen auf Basis etablierter Strukturen lokaler Einrichtungen und schafft die Voraussetzungen zu deren Evaluation.

### **Quality development and quality assurance in psychooncology aftercare: The Care-Service-Science-Concept.**

Psychooncology has to adapt to the new developments in the german health care sector. Disease management and integrated health care will be followed by a

shorter length of stay and changing in health care pathways.

The development, implementation and testing of psychooncological aftercare must be sufficient for the legal specifications to the health care quality and for the health care reality of the clinician. The Care-Service-Science-Concept serves for quality development and quality assurance of complex health care structures on base of established structures of clinical practice and creates the prerequisites for their evaluation.

---

### **Einleitung**

Der Psychoonkologischen Nachsorge kommt im deutschen Gesundheitswesen zukünftig ein besonderer Stellenwert zu. Nicht nur, dass sich die Krankenhausliegezeiten verkürzen und Patienten somit auch zwischen den stationären Aufenthalten zu betreuen sind, viele Patienten werden zukünftig eine ambulant durchgeführte Krebstherapie erhalten und kaum in einem Krankenhaus vorstellig. Schließlich, und dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer Neuorientierung der psychoonkologischen Nachsorge, erfordern der Aufbau einer integrierten Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen eine sektorenübergreifende psychoonkologische Versorgung.

Der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen, gekoppelt mit bereits bewährten, jedoch neu gestalteten Versorgungsformen bedarf sowohl einer Begründung, wie auch eines Nachweises ihrer Angemessenheit und Wirksamkeit. Die verfügbaren Instrumente der Versorgungsforschung sind zur Evaluation neuer psychosozialer Versorgungsstrukturen nur bedingt geeignet und bedürfen einer vorgeschalteten Evaluation im Rahmen des Care-Service-Science-Konzeptes (CSS-Konzept).

Das CSS-Konzept dient als Rahmenkonzept zur Entwicklung, Implementierung und Erprobung umfassender Gesundheitsleistungen. Dabei wird sowohl den gesetzlichen Vorgaben als auch den lokalen Bedingungen der vor Ort klinisch Tätigen Rechnung getragen.

## Psychoonkologische Nachsorge

In der Konsensusleitlinie „Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus“ [1] heißt es: „Psychoonkologie bezieht sich auf alle klinischen und wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und im Verlauf von Krebserkrankungen und den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie die systematische Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Rehabilitation von Patienten“. Psychoonkologische Versorgung ist dementsprechend als eine sektorenübergreifende, am Verlauf der Krebserkrankung und dem Prozess der Krankheitsbewältigung orientierte Form der Patientenbetreuung. Die Psychoonkologische Nachsorge ist dabei ein integraler Bestandteil der psychoonkologischen Versorgung.

### Psychoonkologischer Nachsorgebedarf

Die aktuelle Prävalenz psychischer Störungen im Krankenhaus liegt zwischen 33% und 46,8% [2]. Bei Tumorerkrankungen ist davon auszugehen, dass etwa 40% bis 50% aller Betroffenen psychische Beeinträchtigungen und/oder Störungen aufweisen, die ein bis zwei Jahre nach der Erstbehandlung andauern können [3]. Selbst Tumorpatienten, die während ihrer Erstbehandlung psychoonkologische Unterstützung erfahren haben, weisen noch während der ambulanten Nachsorgephase in bis zu 14% der Fälle klinisch relevante und in bis zu 27% der Fälle klinisch auffällige Symptome der Angst und Depression auf [1].

Der Bedarf psychoonkologischer Versorgung ist sowohl während der akuten Phase der Krebstherapie [4, 5] als auch der ambulanten Nachsorgephase gegeben [1, 3]. Dies gilt für Erwachsene ebenso wie für Kinder mit onkologischen Erkrankungen [6].

## Evidenz psychoonkologischer Nachsorge

Die Evidenz der Wirksamkeit psychoonkologischer Versorgung im stationären und ambulanten Sektor ist mittlerweile in vielen grundlagenwissenschaftlichen Studien nachgewiesen [7, 8]. Das Evidenzniveau der Studien ist jedoch nicht hinreichend und Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis fehlen [9]. Gefordert wird daher eine verstärkte Konzentration auf die Effizienz, den Outcome und die mit dem Ergebnis verbundenen Prozesse psychoonkologischer Versorgung [8, 10] aller an Krebs erkrankter Patienten [11].

### Qualität psychoonkologischer Nachsorge

In den vergangenen 25 Jahren hat sich die Psychoonkologie so weit entwickelt und etabliert, dass eine flächendeckende Implementierung des vorhandenen Wissens in die Regelversorgung gerechtfertigt ist [3, 8].

Betrachtet man jedoch die Zusammenhänge zwischen psychoonkologischer Forschung und Praxis, stellt sich die Frage der Übertragung der grundlagen- wie anwendungswissenschaftlichen Studien in die psychoonkologische Praxis [11, 12, 13]. Die Relevanz vieler Ergebnisse der Grundlagenforschung für die klinische Praxis stellen Forscher in Frage, die klinisch relevante und alltagstaugliche Versorgungsmodelle fordern [13, 14]. Versorgungsmodelle also, die nicht nur qualitätsgesichert sind, sondern auch der Realität der vor Ort tätigen Psychoonkologen entsprechen. Eine empirisch gestützte und praxisrelevante Versorgung, die sich unter Bedingungen der Routineversorgung nachweislich bewährt hat, ist in der Versorgungslandschaft jedoch kaum zu finden [5, 12, 15, 16, 17].

Analysen zeigen, dass die Implementierung psychosozialer und psychoonkologischer Versorgung zur Zeit noch sehr problematisch ist [1, 3, 12], da viele Fragen der Versorgungsqualität offen bleiben [6, 18].

*Strukturqualität:* Ein Benchmarking nationaler wie internationaler psychoonkologischer Dienste zeigt eine eher divergente Strukturqualität [1] und bestätigt darüber die bekannten Defizite (z.B. Stellenkapazität) und Mängel (z.B. in Diagnostik, Indikation und Evaluation) der Versorgungsstruktur, die in der Erwachsenenonkologie stärker ausgeprägt sind, als in der pädiatrischen Onkologie [19]. Hier sind die Versorgungsstrukturen deutlich weiter entwickelt [20, 21].

Die Strukturdefizite beziehen sich vor allem auf diagnostische und therapeutische Techniken, die für den Einsatz im Versorgungsalltag zum Teil untauglich sind. Vorhandene diagnostische Instrumentarien leiden paradoxerweise darunter, dass mit zunehmender Reliabilität ein deutlicher Verlust an klinischer Relevanz einhergeht [13]. Praxisrelevante Instrumente werden erst entwickelt [22] und vorhandene Verfahren sind nicht flächendeckend im Einsatz, auch wenn mittlerweile bestätigt ist, dass ein alleiniger Bezug auf Interviewinformationen zu einem unvollständigen Verstehen der Problem- und Bedürfnislage von Patienten führt und die Güte psychologischer Verfahren den medizinischen Tests in nichts nachstehen [23].

Wirksamkeitsnachweise unter Bedingungen der Routineversorgung bestätigen zwar den subjektiv empfundenen Nutzen psychoonkologischer Versorgung, lassen jedoch Fragen des klinisch relevanten Zusammenhanges zwischen Versorgungsaufwand und -nutzen weitgehend offen [1]. Auch wenn die Evidenz psychoonkologischer Interventionen derzeit noch nicht hinreichend gesichert ist [9, 10, 14], so sind dennoch Interventionsformen, die im stationären und ambulanten Setting zum Einsatz kommen hinreichend entwickelt [3, 24] und fester Bestandteil der Ausbildung von Psychoonkologen [19].

Zwar steht ein wissenschaftlicher Evidenznachweis noch aus, doch kann bereits heute die psychoonkologische Versorgung als evidenzgestützt und für den einzelnen Patienten nutzbringend bewertet werden [1, 7, 8, 9, 10].

*Prozessqualität:* Zur Sicherung der Prozessqualität werden in der Medizin und Psychotherapie evidenzbasierte Leitlinien herangezogen [25, 26, 27]. Leitlinien sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen und auf der Basis ärztlicher und wissenschaftlicher Aspekte [28]. Derartige Leitlinien der ambulanten psychoonkologischen Nachbetreuung sind bislang noch nicht bekannt. Erst seit diesem Jahr liegen Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus in Form konsentierter Leitlinien vor [1, 29]. Da die generischen Leitlinien jedoch nicht auf operationalem Niveau die Form der Leistungserbringung nahe legen, lassen sie sich zwar zur Organisation, nicht jedoch zur Steuerung psychoonkologischer Nachsorgeprozesse heranziehen. Konkrete Algorithmen zur Sicherung der Prozessqualität in der psychosozialen Versorgung sind schwer zu erstellen, werden im Gesundheitswesen jedoch zunehmend als wichtig angesehen [25, 30].

Um die Prozessqualität psychoonkologischer Versorgung sicherzustellen ohne dabei die psychoonkologischen Versorgungsleistungen im einzelnen zu präjudizieren sind Versorgungsalgorithmen auf Metaebene vorgelegt worden. Die Algorithmen schreiben die Zeiträume der Leistungserbringung und die Leistungsaspekte der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation vor, übertragen jedoch die Begründung und Festlegung der konkreten Leistungszeitpunkte und -inhalte den klinisch Tätigen einer lokalen Einrichtung [15, 16, 21, 31]. Insbesondere in Versorgungssektoren, in denen die Leistungen den Kriterien der „evidence based medicine“ [27] noch nicht oder nur unzureichend entsprechen, erscheinen derartige evidenzgestützte Vorgehensweisen zur Sicherung der Versorgungsqualität angebracht [32, 33]. Ein auf dieser Basis konzipiertes Versorgungssystem der stationären und ambulanten psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie liegt vor [6, 15, 34].

*Ergebnisqualität:* Die Orientierung an den Ergebnissen von Gesundheitsleistungen zur Optimierung der Versorgungsqualität

ist erklärtes Ziel im Gesundheitswesen [35]. Voraussetzung ist die Messung klinischer und ökonomischer Parameter [36], die in der psychoonkologischen Praxis bislang kaum zu realisieren ist [1, 3]. Managed Care Organisationen in den Vereinigten Staaten führen jedoch verstärkt Belege dafür an, dass eine Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse und Probleme von Patienten klinisch wie ökonomisch sinnvoll ist [36, 37]. Eine erstmals in Deutschland durchgeführte Erfassung ökonomischer Parameter in der Psychoonkologie ergibt bislang nur erste Hinweise auf einen möglichen ökonomischen Nutzen psychoonkologischer Versorgung [1].

Zum klinischen Nutznachweis lassen sich zwei retrospektive Katamnesestudien zum Befinden und zur subjektiven Bewertung der stationären psychoonkologischen Betreuung [1, 38] bzw. der psychoonkologischen Betreuung durch eine Instituts-Ambulanz [39] anführen. Beide Studien zeigen ein ähnliches Bild des klinischen Nutzens. Die subjektive Bewertung der erhaltenen psychoonkologischen Betreuung fällt positiv aus, jedoch sind die mit „objektiven Verfahren“ gemessenen Ergebnisse zum Befinden nur schwer interpretierbar. In beiden Studien weisen die betreuten [39] bzw. intensiv betreuten [1, 38] Patienten vor, sowie nach Abschluss einer psychotherapeutischen Betreuung eine geringere Lebensqualität im psychischen, physischen und sozialen Bereich auf, als Patienten, die keiner psychoonkologischen Betreuung bedurften [39] bzw. nur wenige psychoonkologische Gespräche benötigten [1, 38]. Die zugrundeliegenden Zusammenhänge werden gegenwärtig weiter untersucht [1, 39].

Valide und klinisch verwertbare Outcomedaten sind nur von prospektiven Studien mit Einsatz spezifischer Instrumente [40, 41] bzw. mit Mitteln der Einzelfallforschung zu erwarten [16, 42].

## Psychoonkologische Nachsorge und Disease-Management

Disease Management ist „a comprehensive, integrated approach to care and reimbursement based on a disease's natural course“ [43, S. 4]. Ziel ist „to address the illness or condition with maximum effectiveness and efficiency regardless of treatment settings“. Der Ansatz bezieht sich auf das Krankheits-Management mit Fokus auf formale und klinische Interventionen die immer da und immer dort durchgeführt werden, wo sie den größten Effekt besitzen [43]. Zu den klinischen Merkmalen eines Disease-Management Ansatzes zählen u.a. [43]

- ein Verständnis über die „Kostentreiber“, die im Krankheitsverlauf auftreten,
- die Identifikation und gezielte Intervention bei Patienten, die nachweislich von der Intervention profitieren,
- die Sicherstellung der Patientenmitarbeit durch Patientenschulung,
- die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung oder
- das Case-Management von Patienten mit besonderem Inanspruchnahmeverhalten.

Disease-Management-Programme (DMP) sind in vielen Ländern bereits etabliert und sollen auch im deutschen Gesundheitswesen eine große Zukunft haben [43, 44]. Gesetzliche Grundlage der Einführung von DMP's in Deutschland ist der Paragraf 140 a SGB V zur integrierten d.h. einer, die verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung. Finanziert werden soll diese neue Versorgungsform aus Mitteln des Risikostrukturausgleiches [44]. Ein erstes DMP bei Mammakarzinom soll in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden [45].

Zu den Komponenten im Basismodul des „Disease Management Brustkrebs“ zählen Patienteninformation, Patientenschulung und soziale Unterstützung als feste Größen [46]. Eine Differenzierung in die Risikogruppen niedrig, intermediär und Hochrisiko ist in der Risikostratifizierung der DMP's [46, 48] ebenso wie in der Psy-

choonkologie [31, 38] gegeben. Auch der leitlinienbasierende Einsatz von Screening, Diagnosestellung, Therapie und Follow-up ist Bestandteil von DMP [46]. Er wird sowohl für die qualitätsgesicherte medizinische [47] wie auch psychoonkologische Versorgung [38, 46] als unabdingbar angesehen.

In Disease-Management-Programmen der Onkologie können psychoonkologische Leistungen einen wichtigen Bestandteil der Akut- und der Nachsorgephase darstellen. Sie können dazu beitragen die bestehende Unter- und Fehlversorgung in der Psychoonkologie abzubauen [49].

Die Entwicklung, Implementierung und Erprobung von Disease-Management-Programmen soll hinsichtlich der vermuteten Kosten-Nutzen-Effekte begleitend evaluiert werden [44].

Das Care-Service-Science-Konzept gibt dem vor Ort klinisch Tätigen die Möglichkeit, sich auf die Implementierung und Erprobung von DMP's in seinem Versorgungsbereich vorzubereiten, und seine Versorgungsleistungen zu evaluieren [50].

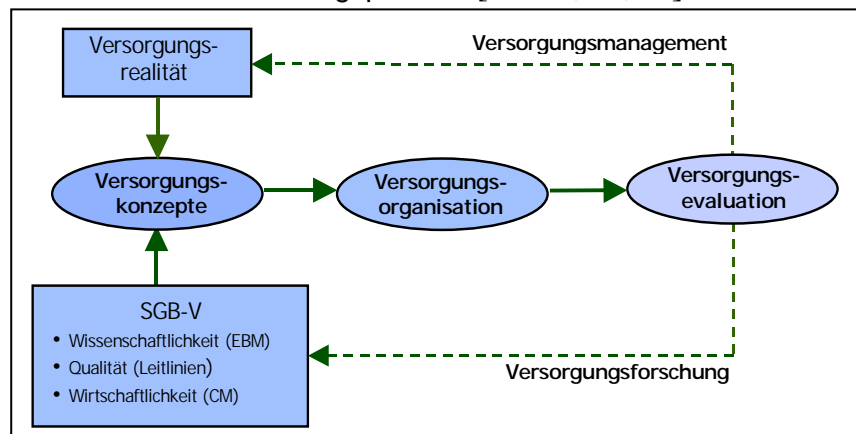
### Das Care-Service-Science-Konzept

Das Care-Service-Science-Konzept verfolgt einen lokalen Managementansatz, der die Aufgaben der täglichen Routineversorgung einer Abteilung oder lokalen Einrichtung (care) mit den formalen Anforderungen des Qualitätsmanagements (service) in einer Form verbindet, die Versorgungsforschung ermöglicht (science) und dadurch die kontinuierliche klinische Optimierung der geleisteten Patientenversorgung sicherzustellen hilft [50].

Das CSS-Konzept lässt sich dem Ansatz der „kontinuierlichen Qualitätsentwicklung“ zuordnen, mit dem ein dauerhafter Änderungsprozess im Sinne einer stetigen Qualitätsverbesserung umschrieben wird [51]. Dabei ist der „Übergang von impliziten,

schriftlich nicht weiter fixierten Zielen hin zu niedergelegten, expliziten Regeln und Zielen einer der zentralen Schritte in der Qualitätsentwicklung“ [51, S. 9-10]. Die Regeln werden in sogenannten evidenzbasierten Leitlinien und die Ziele in Qualitätsindikatoren expliziert [25, 30].

Im Unterschied zum wissenschaftlichen, top-down ausgerichteten Implementierungsprozess ist die kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ein bottom-up orientierter, klinischer Optimierungsprozess [Abb. 1, 25, 32].

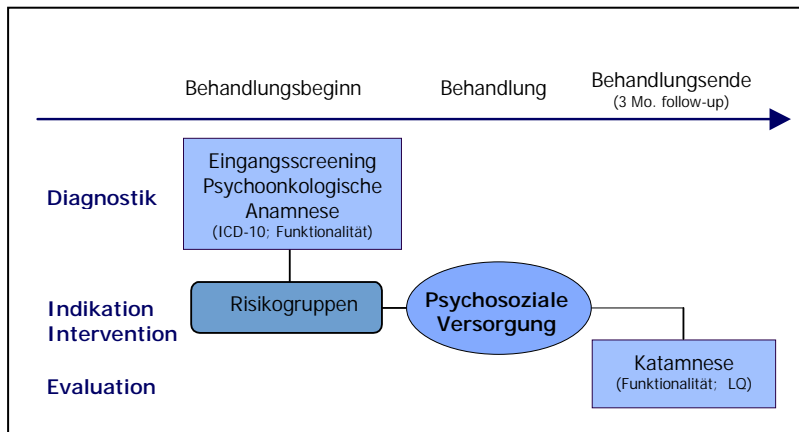


**Abbildung 1:** Klinisches Optimierungsprogramm nach dem Care-Service-Science-Konzept [33, 50].

Die praktische Umsetzung des CSS-Konzeptes erfolgt im Rahmen klinischer Optimierungsprogramme [33, 50]. Dabei wird ein lokales Versorgungskonzept auf Basis einer Analyse der Versorgungsrealität und der gesetzlichen Anforderungen formuliert und in Form von Behandlungsprogrammen operationalisiert. Es werden die formalen, organisatorischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Behandlungsprogramms geschaffen und die konkret geleistete klinische Versorgung evaluiert. Anhand empirisch ermittelter Prozess- und Ergebnisdaten kann der Nutzen der klinischen Leistungserbringung bewertet (Versorgungsforschung) und die Leistungserbringung weitergehend optimiert (Versorgungsmanagement) werden [33, 50].

**Versorgungskonzept:** Im Versorgungskonzept ist die Evidenz der klinisch-psychologischen Versorgung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen und der Versorgungsrealität einer Abteilung oder lokalen Einrichtung dargelegt. Da für die psychosoziale oder psychoonkologische Versorgung noch keine hinreichende Evidenz vorliegt [1, 3], muß man in diesem Zusammenhang eher von einem evidenzgestützten statt evidenzbasierten Versorgungskonzept sprechen [9, 10, 32].

Das CSS-Konzept schreibt dem klinisch Tätigen nicht die Inhalte seines Versorgungskonzeptes vor, sondern gibt lediglich die wissenschafts-technologischen Rahmenbedingungen wieder, denen ein Versorgungskonzept genügen muss [Abb. 2].



**Abbildung 2:** Rahmenbedingungen eines Versorgungskonzeptes (mit Beispielen) [33, 50].

Die zwei grundlegenden Rahmenbedingungen jedes Versorgungskonzeptes sind die Festlegung der Leistungszeitpunkte und der Leistungsaspekte, bestehend aus Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation.

Ein hohes Qualitätsniveau psychosozialer und psychoonkologischer Nachsorge, ohne expliziter Vorgabe der konkreten Leistungsinhalte, kann gewährleistet werden, wenn im Versorgungskonzept dargelegt wird, welche verfügbare Evidenz zur Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation vorliegt. Die Spezifikation der Leistungszeitpunkte ermöglicht nicht nur die Planung der Leistungserbringung, sondern

auch die Integration der psychoonkologischen Nachsorge in übergeordnete Disease-Management-Programme.

**Versorgungsorganisation:** Im Rahmen des Disease-Managements wird die Konkretisierung bzw. Operationalisierung des Versorgungskonzeptes erforderlich. Liegen zu einem Versorgungsbereich keine evidenzbasierten Leitlinien vor, so ist es dennoch möglich ein evidenzgestütztes Behandlungsprogramm zu entwickeln [33, 50]. Behandlungsprogramme machen die im Konzept begründeten Leistungen handhabbar und ermöglichen darüber nicht nur Leistungstransparenz, sondern auch die Organisation der verschiedenen Komponenten des Disease-Managements [46].

**Versorgungsevaluation:** Das Care-Service-Science-Konzept befasst sich mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation klinisch relevanter Versorgungsformen in der Versorgungsrealität lokaler Einrichtungen. Die wissenschaftliche Evaluationsmethode wird dabei der „clinical utility“-Forschung [52] entliehen, die zwischen der Einzelfallforschung und

Gruppenstudien anzusiedeln ist [53]. Dabei kann bei bereits praktisch durchgeführten, jedoch noch nicht hinreichend wissenschaftlich belegten Versorgungskonzepten der Prozess vom evidenzgestützten Konzept über die Einzelfallstudie zur randomisierten Kontrollgruppenstudie führen [33]. Umgekehrt können in Gruppenstudien als effektiv belegte Interventionen in das Versorgungskonzept aufgenommen und dann über Einzelfallsstudien zur Untersuchung der klinischen Nützlichkeit unter Bedingungen der Routineversorgung führen [53].

Im ersten Fall werden nach Darlegung des evidenzgestützten Versorgungskonzeptes mit Mitteln der Einzelfallanalyse die kausalen Zusammenhänge zwischen der Belastung (eines Patienten), der Leistungserbringung (Inhalt und Menge) und dem Versorgungsergebnis gesucht [54], um

valide Prozess- und Outcomeindikatoren zu identifizieren. Klinische Studien zum Nutzen untersuchen dann die relevanten Prozesse und Outcomes an größeren, klar umschriebenen Gruppen unter definierten Settingbedingungen, um darüber versorgungsrelevante Aussagen zum klinischen und wirtschaftlichen Nutzen treffen zu können. Im Rahmen der Versorgungsforschung ist es schließlich auch möglich und sinnvoll, Kontrollgruppenstudien durchzuführen [33].

### Umsetzung des CSS-Konzeptes in der psychoonkologischen Nachsorge

Sektorenübergreifende Versorgung und Disease-Management befinden sich im deutschen Gesundheitswesen in der Entwicklungs- bzw. ersten Umsetzungsphase. Zwar basieren einzelne Komponenten der Programme auf der verfügbaren medizinischen Evidenz [44], jedoch ist die klinische Umsetzung und der Nutzen von DMP bislang nur vereinzelt evaluiert worden [43, 55, 56].

Praktisch umgesetzte, sektorenübergreifende psychoonkologische Versorgungsformen, deren Einzelkomponenten den gesetzlichen und den DMP-Anforderungen annähernd genügen, sind kaum bekannt. Nur vereinzelt sind Versorgungsformen aufzufinden, die im weitesten Sinne auf Leitlinien basieren, ein geordnetes Vorgehen hinsichtlich der Leistungserbringung und der Leistungsinhalte aufweisen und über eine Versorgungsdokumentation verfügen [5, 15, 21, 31, 34, 57]. Den in diesem Themenheft dargestellten Modellen psychoonkologischer und psycho-sozialer Nachsorge der Herforder, der Bonner und der Augsburger Gruppe liegt das Care-Service-Science-Konzept zugrunde.

### Literatur

vgl. Originalpublikation in der Zeitschrift „Prävention und Rehabilitation“; eingereicht am 10.04.2002

---

Dr. phil. Michael Kusch

Abteilung für Psychoonkologie  
am Klinikum Kreis Herford  
Schwarzenmoorstraße 70

D-32049 Herford