

Michael Kusch und Hans-Ulrich Höhl

**Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des
Case Management: Psychoonkologie**

Mit freundlicher Unterstützung der

CARINA

STIFTUNG

Zitiervorschlag:

Kusch, M. & Höhl, H.-U. (2004). Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des Case Management: Psychoonkologie.

www.carina-stiftung.de/Publikationen/Psychoonkologie/CMP-Buchpublikation.pdf

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Versorgungspsychologie	7
1 Rahmenbedingungen des Case Management Psychoonkologie	8
1.1 Einleitung	8
1.2 Case Management Psychoonkologie und das „Herforder Modell“	8
1.3 Case Management Psychoonkologie und das „Care-Service-Science-Konzept“	10
1.3.1 Wirksamkeit	11
1.3.2 Qualität	11
1.3.3 Wirtschaftlichkeit	12
1.3.4 Versorgungsstrategie	13
2 Versorgungspsychologie im Case Management Psychoonkologie	16
2.1 Einleitung	16
2.2 Psychoonkologische Versorgungsrealität	16
2.3 Psychoonkologische Evidenz	18
2.4 Evidenzgestütztes psychoonkologisches Versorgungskonzept	19
2.4.1 Psychoonkologische Indikation	21
2.4.2 Psychoonkologische Intervention	21
2.5 Psychoonkologisches Behandlungsprogramm	23
2.6 Psychoonkologische Behandlungspfade	24
2.7 Abschließende Bemerkungen	26

Versorgungsmanagement	28
3 Versorgungsmanagement im Care-Service-Science-Konzept	29
3.1 Einleitung	29
3.2 Evaluation im Versorgungsmanagement	30
3.2.1 Evaluatoren im Versorgungsmanagement	30
3.2.2 Evaluation des psychoonkologischen Versorgungskonzeptes	32
3.2.2.1 Prospektive Evaluation	33
3.2.2.2 Prozess-Evaluation	39
3.2.2.3 Ergebnis-Evaluation	43
3.2.2.4 Gesundheitspolitische Evaluation	44
3.3 Versorgungsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms	46
3.4 Dokumentationsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms	48
3.5 Implementierungsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms	50
Versorgungsforschung	54
4 Lokale Versorgungsforschung im Care-Service-Science-Konzept	55
4.1 Einleitung	55
4.2 Lokale Versorgungsforschung	56
4.3 Bewertungsmassstab guter Versorgungsqualität.....	57
4.4 Bestimmung der Versorgungsqualität	60
4.5 Bewertung der Versorgungsqualität.....	62
4.5.1 Validierung	64
4.5.2 Verifizierung	64
4.5.3 Validierungs- und Verifizierungsprozess	65
4.5.4 Automatisiertes Auskunftssystem	66
4.6 Zusammenfassung und Ausblick	67
Literatur:	71
Anhang 1: Qualitätsmerkmale des Case Management Psychoonkologie	79

Einleitung

Case Management Psychoonkologie (CMP) ist die einzelfallbezogene psychosoziale Versorgung von Krebs betroffenen Menschen. Case Management Psychoonkologie gestaltet die psychoonkologischen und psychosozialen Versorgungsleistungen in Kliniken der Akutversorgung derart, dass sie den vielfältigen Anforderungen an die Humanität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung genügen. Das Versorgungskonzept des Case Management Psychoonkologie wird seit 2004 an sieben Kliniken der Akutversorgung in Westfalen-Lippe umgesetzt und anhand eines Benchmarking-Ansatzes kontinuierlich evaluiert und optimiert.

Dem Case Management Psychoonkologie liegt das „Care-Service-Science-Konzept“ (CSS) zugrunde. Dies ist ein lokaler Managementansatz, der die Aufgaben der täglichen Routineversorgung einer Abteilung oder lokalen Einrichtung mit den formalen Anforderungen des Qualitätsmanagements in einer Form verbindet, die Versorgungsforschung ermöglicht und dadurch die kontinuierliche klinische Optimierung der geleisteten Patientenversorgung sicherzustellen hilft.

In dieser Arbeit werden das zugrunde liegende klinisch-psychologische Konzept, der Qualitätssicherungsansatz und die Evaluationsstrategie des „Case Management Psychoonkologie“ dargestellt.

Teil I dieser Arbeit befasst sich mit der Versorgungspsychologie, der *„Erarbeitung standardisierter Versorgungskonzepte und ihrer Erprobung unter Bedingungen der täglichen Praxis“* (Kusch, 2003a). Die Versorgungspsychologie ist als eine klinisch-psychologische „praxis-support“-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, ein Versorgungskonzept zu entwickeln, die darin enthaltenen Annahmen in einem dazugehörigen Behandlungsprogramm zu operationalisieren und die Programmumsetzung praxisbegleitend zu überwachen und zu kontrollieren. Damit ist die Versorgungspsychologie dem Versorgungsmanagement und der Versorgungsforschung übergeordnet.

Teil II dieser Arbeit befasst sich mit dem Versorgungsmanagement. *„Das Versorgungsmanagement bringt die technisch-funktionale Tätigkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen mit den gesicherten Erfordernissen des Kunden (z.B. Patient, Leistungserbringer, Klinikleitung, Versicherungsträger, Gesundheitspolitik) in Einklang, um die täglich zu leistende Gesundheitsversorgung zu optimieren“* (Kusch et al., 1997). Das Versorgungsmanagement ist als eine formal-technologische „praxis-support“-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, das klinische Versorgungskonzept samt dem Behandlungsprogramm und den Behandlungspfaden in eine formale Versorgungsablauforganisation (Versorgungsstrategie) zu überführen, versorgungsrelevante Dokumente oder Dokumentationssysteme zu erstellen, die Versorgungsstrategie in den Versorgungsalltag zu implementieren und den gesamten Prozess zu evaluieren.

Teil III dieser Arbeit befasst sich mit der Versorgungsforschung. *„Die Versorgungsforschung ist die empirisch gestützte Bewertung des Versorgungskonzeptes, des Behandlungsprogramms, der Implementierung und klinischen Umsetzung der Versorgungsstrategie sowie der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen und Interventionen in der täglichen Routineversorgung“*. Die Versorgungsforschung ist als

eine empirische "*praxis-support*"-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, die empirische Basis für Entscheidungen zur kontinuierlichen Optimierung der Patientenversorgung bereit zu stellen. Die Versorgungsforschung verfolgt eine klinische Optimierungsstrategie, in der von den begründbaren Erfordernissen klinischer Gesundheitsversorgung ausgegangen, die täglich geleistete Patientenversorgung kriteriengeleitet dokumentiert und die so gesammelten empirischen Messgrößen mit vorausgesetzten Kennzahlen (Qualitätsindikatoren) verglichen werden. Die klinische Optimierungsstrategie ermöglicht mit diesem Vorgehen sowohl eine angemessene Patientenversorgung als auch ihre empirisch geführte Evaluation.

Die vorliegende Arbeit demonstriert, dass die evidenzgestützte psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung in einem bottom-up-Prozess der Qualitätsentwicklung systematisch optimiert und damit einem top-down-orientierten Ansatz der Implementierung evidenzgestützter Versorgungsleistungen ergänzend zur Seite gestellt werden kann (Kusch, 2003a).

**Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des
Case Management: Psychoonkologie**

**Teil I
Versorgungspsychologie**

1 Rahmenbedingungen des Case Management Psychoonkologie

1.1 Einleitung

Das Case Management Psychoonkologie (CMP) ist die einzelfallbezogene psychosoziale Versorgung von Krebs betroffenen Menschen unter Beachtung gesellschaftlicher, gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Anforderungen sowie der Anforderungen der klinischen Versorgungsrealität. Das CMP ist das Ergebnis fortlaufender Projekte der Carina Stiftung¹ „Herford“ und der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford, die eine praxisrelevante, bedarfsgerechte, evidenzgestützte, transparente und qualitätsgesicherte psychosoziale Patientenversorgung in Kliniken der Akutversorgung realisieren wollen (Kusch et al., 2002a,b; Muthny et al., 1998).

Die Case Management-Konzeption des CMP verdeutlicht die systematische und strukturierte Einbindung psychoonkologischer Versorgung in das tägliche medizinisch-pflegerische Behandlungsgeschehen einer Abteilung oder Einrichtung der Gesundheitsversorgung². Der Bezug des CMP zur Psychoonkologie stellt die klare Fundierung der psychoonkologischen Versorgungskonzeption im evidenzgestützten³ „state of the art“ dar. In klinischer Hinsicht basiert das Case Management Psychoonkologie daher auf der „Klinischen Psychoonkologie“, die sich mit der „Evaluation des Nutzens evidenzgestützter psychosozialer Interventionen unter den Bedingungen der psychoonkologischen Routineversorgung und dem systematischen Gebrauch dieses Wissen in der kontinuierlichen Optimierung der klinischen Versorgungspraxis lokaler Einrichtungen befasst (Kusch et al., 2003c).

Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen sind im Case Management Psychoonkologie als externe Rahmenbedingungen berücksichtigt. So sucht das CMP die eklatante psychoonkologische und psychosoziale Unterversorgung in der Akutbehandlung krebserkrankter Menschen zu beheben (SVR, 2000/2001). Es berücksichtigt dabei die gesundheitspolitischen Anforderungen wie sie insbesondere im § 140 SGB-V (2002) zur „Integrierten Versorgung“, im § 135 SGB-V zur Qualitätssicherung und im § 137c SGB-V „zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ formuliert und im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2003) fortentwickelt wurden.

1.2 Case Management Psychoonkologie und das „Herforder Modell“

Das Case Management Psychoonkologie hat seine Wurzeln im „Herforder Modell“ (Muthny et al., 1998); in der klinisch-psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten durch die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford. Die Abteilung wird durch die Carina Stiftung und den Kreis Herford getragen und verfolgt die

¹ ehemals SULO Stiftung

² Es handelt sich dabei um einen Case Management Ansatz, in dem empirisch begründete, verhaltensmedizinische Interventionen zum Einsatz kommen.

³ Als evidenzgestützt werden Versorgungsleistungen bezeichnet, die durch wissenschaftliche Evidenz, klinische Praktikabilität, Umsetzbarkeit in der aktuellen Versorgungsrealität und Patientenorientierung gekennzeichnet sind.

Zielsetzung, psychoonkologische Leistungen möglichst allen von Krebs betroffenen Menschen zukommen zu lassen. Mittlerweile sind über 4.500 Patienten und deren Angehörige in über 16.000 Gesprächen am Klinikum Kreis Herford psychoonkologisch versorgt worden. Seit 2000 sind dies etwa 600-700 Patienten mit ca. 2.500 Gesprächen pro Jahr (APO, 2000-2003). Begleitet und evaluiert wird die klinische Versorgung durch Projekte der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung der Carina Stiftung (Kusch et al., 2002b), die während der

- Implementierungsphase (1995–1997) im Aufbau der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford bestand (Muthny et al., 1998), während der
- Etablierungsphase (1997–2000) im Ausbau der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford (Schlömer-Doll et al., 2001; Stecker et al., 2000) und während der
- Evaluations- und Optimierungsphase (2001–2003) in der medizinischen und ökonomischen Evaluation psychoonkologischer Versorgungsleistungen (CMP, 2002) sowie der Optimierung des psychoonkologischen Versorgungsgeschehens (Kusch et al., 2003, 2004).

Die Evaluation des „Herforder Modells“ auf Basis des Leitlinienkatalogs „Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus“ (Mehnert et al., 2002) bestätigte, dass mittlerweile ein guter bis sehr guter Versorgungsstandard erreicht wurde (Koch, 2002). Sie hat zudem erste Belege zusammengetragen, die in der psychoonkologischen Akutversorgung erbrachten Versorgungsleistungen in medizinischer und ökonomischer Hinsicht Effektivität und Effizienz zusprechen (CMP, 2002).

Die Optimierung des Herforder Modells erfolgte unter Beachtung der klinischen, wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Anforderungen an Versorgungsleistungen, die durch die Solidargemeinschaft zu tragen sind. Sie mündete im Versorgungskonzept des Case Management Psychoonkologie, das seit Beginn 2004 in einem Modellprojekt an sieben Kliniken der Akutversorgung in Westfalen-Lippe klinisch umgesetzt wird.

1.3 Case Management Psychoonkologie und das „Care-Service-Science-Konzept“

Psychoonkologische Versorgungsleistungen sind wie alle Formen der Patientenversorgung, die auf das Verhalten und Erleben von Patienten einwirken und darüber Änderungen des Gesundheitsverhaltens erzielen wollen, hoch komplexe Dienstleistungen. Grundsätzlich kann die psychosoziale Versorgung daher nicht allein durch wissenschafts-technokratische Strategien, wie sie im „Evidence-Based-Medicine“-Ansatz (EBM) und in evidenzbasierten Leitlinien zum Ausdruck kommen (Sackett et al., 1997; Wismar et al., 1998), in die klinische Versorgungsrealität implementiert werden (Kusch, 2003a). Diesen professionellen Bestrebungen, die von einzelnen Berufsständen repräsentiert werden, müssen in der klinischen Versorgungsrealität begründete Bestrebungen zur Seite gestellt werden, wie sie von den klinisch tätigen Praktikern in ihrer täglichen Arbeit erlebt und von ihnen als ihre Profession erfahren werden (vgl. Abb. 1).

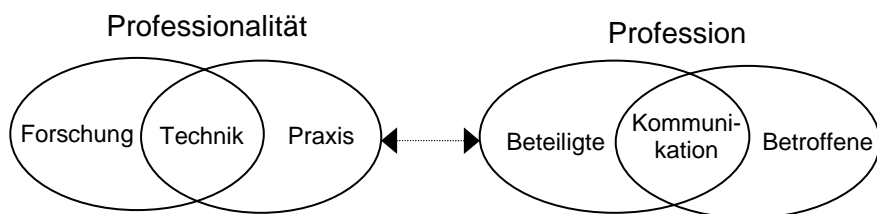


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen Forschung und Praxis aus Sicht des Praktikers (vgl. Kusch, 2003a, S. 8).

Erfahrungen mit der Verknüpfung von Forschung und Praxis und einer top-down Implementierung evidenzbasierter Leitlinien (Kusch et al., 1998) haben bestätigt, dass der „Faktor Mensch“ – der klinisch Tätige - nicht aus der wissenschafts-technokratischen Strategie herausgenommen werden kann (Kusch, 2003a).

Beim Care-Service-Science-Konzept handelt es sich daher um einen bottom-up orientierten lokalen Managementansatz, der die tägliche Routineversorgung der klinisch Tätigen, die Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Versorgungsforschung gleichermaßen berücksichtigt (Kusch et al., 2001). Es bringt dabei die Sichtweise und die Ansprüche des klinisch Tätigen in die Diskussion zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ein, ohne dabei prinzipiell gegen die Möglichkeit einer wirksamen, wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung zu argumentieren.

Als lokaler Management-Ansatz sucht das CSS-Konzept, dem klinisch Tätigen und seiner lokalen Versorgungsrealität gerecht zu werden und dessen implizite und explizite Vorstellungen und Ansprüche schrittweise mit den Vorstellungen und Ansprüchen der Kollegen anderer Profession, den Vorgaben der klinischen und Verwaltungsleitung einer Abteilung/Einrichtung und mit den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Anforderungen in Deckung zu bringen (Kusch & Kanth, 1997). Oberstes Primat dabei ist stets das begründete Wohl der dem klinisch Tätigen und seiner Abteilung/Einrichtung anvertrauten Patienten, was eine fundierte Begründung der Argumentation des klinisch Tätigen verlangt. Das Ergebnis der Diskussion ist eine „Abbildung der Versorgungsrealität“ wie sie etwa in der „Selbstverpflichtung“ der Ab-

teilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford zum Ausdruck kommt (vgl. Selbstverpflichtung, 2001).

Die expliziten, d.h. schriftlich fixierten Aufgaben der täglichen Routineversorgung werden in einem nächsten Schritt mit den externen Rahmenbedingungen klinischer Tätigkeit in Verbindung gebracht. Dabei kommen vor allem die vom Gesetzgeber gestellten Anforderungen an eine durch die Solidargemeinschaft zu finanzierende Gesundheitsversorgung – wie sie im SGB V (2002) formuliert sind - zum Tragen. Dies sind vor allem die im § 70 SGB V formulierten Anforderungen an die Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen.

1.3.1 Wirksamkeit

Das Case Management Psychoonkologie berücksichtigt den internationalen „state of the art“ zur Evidenz psychoonkologischer Versorgung und die entsprechenden klinischen Praxisleitlinien (CPG, clinical practice guidelines) internationaler Organisationen (CAPO, 1999; NBCC/NCCI, 2003; NCCN, 2003). Da wissenschaftliche Studien aber nicht ohne weiteres in die Versorgungsrealität übertragbar sind (Hampton, 1996; Shahar, 1997), der evidenzbasierte Ansatz selbst Schwächen aufweist (Charlton & Miles, 1998) und nicht alles, was akademisch möglich und klinisch machbar wäre, auch Aussicht auf Umsetzbarkeit in die klinische Versorgungsrealität lokaler Einrichtungen und auf Gegenfinanzierung hat, dient die vorhandene Evidenz zur psychosozialen Versorgung vor allem der Begründung der fixierten Aufgaben der klinisch Tätigen und erst sekundär ihrer etwaigen Ergänzung bei vorhandener harter Evidenz für psychoonkologische Versorgungsleistungen; wie etwa der psychoonkologischen Psychotherapie bei Ängsten und Depressionen (Ballenger et al., 2001; Sellsick & Crooks 1999; Sheard & Maguire, 1999). Hinzu kommt, dass eine in Studien erwiesene Wirksamkeit von Psychoonkologie nur bedingt etwas über deren Wirkung in der klinischen Routineversorgung einer lokalen Einrichtung aussagt (Kusch, 2003a) und man daher aufgefordert ist einen entsprechenden Nutznachweis aus der gelebten Versorgungspraxis heraus zu erbringen (Mücke et al., 2003). Berücksichtigt man noch Anforderungen an die Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung und die klinische Nützlichkeit und Praktikabilität von Gesundheitsleistungen so ist beim Rekurs auf die Evidenz psychoonkologischer Versorgung eher von einer evidenzgestützten denn von einer evidenzbasierten Psychoonkologie zu sprechen.

1.3.2 Qualität

Die klinische Qualität von Gesundheitsleistungen wird idealtypisch über Praxisleitlinien (CPG, IOM, 1990) und Behandlungspfade (CP, clinical pathways; Campbell et al., 1998) sichergestellt; die formale Qualität⁴ über Instrumente wie die DIN EN ISO 9000 oder die KTQ-Kriterien (Graebig, 1995; KTQ, 2000). Als höchst problematisch

4 Die Versorgungspsychologie befasst sich primär mit der klinischen, das Versorgungsmanagement mit der formalen Versorgungsqualität.

und schwierig hat es sich erwiesen, extern entwickelte klinische Praxisleitlinien und Behandlungspfade zu implementieren und im Versorgungsalltag zu nutzen (Kusch et al., 1998). Im Case Management Psychoonkologie ist daher gemeinsam mit den Klinikern ein „Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus“ (vgl. Abb. 5) erarbeitet und mit den klinisch-psychologischen Basiskompetenzen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation verknüpft worden (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement; Kusch et al., 2002). Es wurden Diagnoseinstrumente und -strategien (Psychoonkologische Anamnese, Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme; Patientenfragebogen: Ambulante Nachsorge, Social Nurse Checklist; APO, 2000-2002; CMP, 2003), Indikationskriterien (psychosoziale Risikogruppen) und Interventionsstrategien (Patienteninformation; Patientenunterstützung, Psychoonkologische Behandlung) entwickelt und hinsichtlich ihrer Machbarkeit klinisch erprobt (Kusch et al., 2002, 2004). Schließlich wurde das Patientendokumentationssystem der Abteilung den neuen Anforderungen angepasst. So entstand eine Versorgungsstrategie⁵, die in Form eines psychoonkologischen Behandlungspfades dem interessierten Fachpublikum und Expertengruppen zur Diskussion vorgelegt wurde (Kusch, 2002, 2003b-d).

Die für einen reibungslosen klinischen Versorgungsablauf wichtige Integration des psychoonkologischen Behandlungspfades in die medizinisch-pflegerische Krebstherapie erforderte die Entwicklung eines medizin-psychologischen und pflegepsychologischen Behandlungspfades. Die klinischen Inhalte dieser Behandlungspfade ergaben sich aus der vorliegenden Evidenz (NBCC/NCCI, 2003) und den gesundheitspolitischen Anforderungen an die psychosoziale Mitversorgung von Krebspatienten durch das onkologische Behandlungsteam, wie sie etwa in den Disease Management Programmen zum Mammakarzinom oder den Kriterien für Brustzentren in NRW angedacht sind. Die formale Integration der Behandlungspfade von Medizin, Pflege und Psychoonkologie ermöglichte das Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus.

1.3.3 Wirtschaftlichkeit

Schon immer hat es Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen gegeben. Dies gilt vor allem für psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen im Krankenhaus, die im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen kaum bis gar nicht vorgesehen sind. Anders als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens scheint in der Psychoonkologie jedoch das Bestreben, im Gesundheitswesen mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen, geradezu eine Garantie dafür, durch psychosoziale Versorgung eine Kostenreduktion bei gleichzeitig verbesserter Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung erreichen zu können (siehe Kasten 1).

⁵ Eine Versorgungsstrategie oder Versorgungsablauforganisation ist die technologische Umsetzung des Versorgungskonzeptes. Sie ergibt sich aus der Organisation und den Abläufen der medizinisch-pflegerisch-psychosozialen Behandlung und berücksichtigt das Behandlungsprogramm als Schnittstelle zum Versorgungskonzept und die Versorgungsdokumente als Schnittstelle zur Planung, Lenkung und Prüfung der klinischen Routineversorgung.

Kasten 1: Argumente für die ökonomische Relevanz psychosozialer Versorgung im Krankenhaus

1. Es zeichnet sich ab, dass durch Psychoonkologie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten erzielt wird und zugleich ein gezielteres, d.h. bedarfsge-rechteres Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen (Carlson & Buntz, 2003; Kusch et al., 2004).
2. In einem aktuellen WHO-Bericht aus dem Jahr 2003 zu Patientenadherence wird gezeigt, dass nur bei 50% aller Langzeittherapien eine zufrieden stellende Adherence vorliegt, die dabei keinesfalls allein als ein Problem der Patienten zu verstehen ist, sondern als unzu-reichende Unterstützung des Gesundheitssystems im „self-management“ der Betroffenen gewertet werden muss. Der WHO-Bericht zitiert eine Cochrane Studie (WHO, 2003, S. XIII), in der es heißt: „Increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medi-cal treatments“ (Haynes, 2001). Eine Verbesserung der Patientenadherence soll dabei auch zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen (WHO, 2003).
3. In der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen setzt die Kaiser Perma-nente, eine der führenden „Managed-care“-Organisationen der USA, zunehmend auf verhaltensmedizinische Interventionsformen zur weiteren Kosteneinsparung bei verbes-serten patientenbezogenen Outcomes in ihren Krankenhäusern (WHO, 2001a).

Wirtschaftlichkeit psychoonkologischer Versorgung im Sinne einer kosteneffizienten, d.h. einer rationalen Leistungserbringung und eines kosteneffektiven, d.h. ökonomisch vertretbaren Leistungsergebnisses erfordert zweierlei (vgl. Kusch et al., 1997, 2001):

- Die Konstruktion einer Versorgungsstrategie mit nachweislicher Effizienz, gemessen an Parametern des Ressourcenverbrauchs für die psychoonkologische Versorgung (als Soll-Ist-Analysen).
- Die Konstruktion eines Versorgungskonzeptes mit nachweislicher Effektivität, gemessen an den klinischen Parametern der Morbidität, Funktionalität, Lebensqualität und Patien-tenzufriedenheit (als Prä-Post-Analysen) und den ökonomischen Parametern ausgewähl-ter Kostenarten: Krankenhaus (= Kosten der stationären Therapie), Arzneimittel, Kran-kengeld, Pflege, stationäre Rehabilitation (als Kosten-Nutzen-Analysen).

1.3.4 Versorgungsstrategie

Während in der Entwicklung des Versorgungskonzeptes vor allem die Erkenntnisse der Psychoonkologie von Bedeutung sind, sind in der Entwicklung der Versorgungs-strategie Erkenntnisse des Case Management relevant (vgl. Kasten 2).

Kasten 2: Case Management Grundlagen für die Psychoonkologie

Case Management ist ein „systematic problem-solving process consisting of a series of se-quentially related tasks aimed at delivering a variety of services to a client“ (Austin & Cara-gone, 1988). Das Ziel von Case Management ist es, den Patienten - i.S. der Hilfe zur Selbst-

hilfe - zu einem unabhängigen Leben zu befähigen (Harris & Bergman, 1987). Case Management sichert die Kontinuität der Patientenversorgung, als „a process involving the orderly, uninterrupted move of patients among the diverse elements of the service delivery system“ (Bachrach, 1989). Die Aufgabe des Case Managers besteht in “the facilitation and improvement of the interactions between people within the resource system to promote the effective and human operations of these systems and to make them responsive to people’s needs, and the assistance to people to develop and effectively utilize their own internal problem-solving and coping resources” (Johnson & Rubin, 1983).

Die einzelnen Funktionen des Case Managements sind bereits 1979 von der „Joint Commission on the Accreditation of Hospitals“ (JCAH, 1979) wie folgt formuliert worden:

Assessment: Determining an individuals´ current and potential strengths, weaknesses and needs (i.S. von Problem- und Bedürfnislagen).

Planning: Developing a specific service plan for each individual (i.S. eines Hilfeplans)

Linking: Referring or transferring individuals to all required services in the formal and informal caregiving system (i.S. der Vernetzung).

Monitoring: Continuous evaluation of the individual process (i.S. des Patientenmonitoring).

Advocacy: Interceding on behalf of an individual to ensure equity (u.a. i.S. von Bedarfsgerechtigkeit).

Zwar kommt dem Case Management nicht primär die Aufgabe zu, eine effiziente Patientenversorgung sicherzustellen, jedoch soll gerade diese Versorgungsform gut für diese Aufgabe geeignet sein (Walrath et al., 1996). Insbesondere in Kombination mit Disease-Management-Programmen (Ward & Rieve, 1998) und verhaltensmedizinische Interventionen zur Förderung der Selbst-Kompetenzen (Selbst-Wirksamkeit; Clark & Dodge, 1999; Lev & Owen, 2000; Selbst-Management, Lorig et al., 2001; Selbst-Pflege, Seegers et al., 1998; Shoor & Lorig, 2002) kommt dem Case-Management-Ansatz eine viel versprechende Bedeutung zu, die Gesundheitskosten zu senken und die Lebensqualität, Partizipation und Eigenverantwortung der Patienten zu fördern (Kusch et al., 2004).

Die Versorgungsstrategie ist nicht rein ökonomischen Überlegungen unterworfen, sondern unmittelbar von dem Versorgungskonzept abhängig, wie es in der Auseinandersetzung mit Klinikern und unter Berücksichtigung des „state of the art“ entwickelt wurde. Für die einzelnen psychosozialen Versorgungsleistungen wird genau spezifiziert, wie diese umzusetzen sind, d.h. „wer, was, wie, wo, wann und mit wem macht“, und wie sie zu dokumentieren sind (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement, Kusch et al., 2001). Dem Case Management kommt hierbei die Aufgabe zu, sicherzustellen, dass die Einzelleistungen in einem sinnvollen Bezug zueinander sowie mit administrativen und formalen Qualitätsanforderungen⁶ in Einklang stehen und dem Wohl des Patienten, i.S. der „Hilfe zur Selbsthilfe“, dienen.

Ebenso wie die Versorgungsstrategie bzw. -ablauforganisation ist auch die Versorgungsevaluation von der Versorgungskonzeption abhängig (vgl. Teil III: Versor-

⁶ Die Qualitätsforderung ist einer der zentralen Begriffe des Qualitätsmanagements, denn an ihr entscheidet sich die Bewertung der Patientenversorgung in Bezug auf die Qualität. Bei Nichterfüllung oder nur teilweiser Erfüllung der Qualitätsforderung ist die Qualität herabgesetzt. Bei Erfüllung oder Übererfüllung der Qualitätsforderung ist die Qualität gut.

gungsforschung). Es ist dabei wichtig, bereits in der Konstruktion des Versorgungskonzeptes sicherzustellen, dass sich das eingesetzte psychometrische Instrumentarium, das Patientenmonitoring und die klinisch-psychologische Beurteilung, auf die konkrete psychoonkologische Aufgabenstellung beziehen und nur erhoben und dokumentiert wird, was für die Patientenversorgung von unmittelbarer Relevanz ist.

Das Versorgungskonzept, gemeinsam mit der Versorgungsablauforganisation und der Versorgungsevaluation ermöglichen es die Patientenversorgung zu managen und kontinuierlich weiter zu entwickeln und die Patientenversorgung Praxis begleitend auf empirischer Basis zu evaluieren und so dauerhaft ein hohes Qualitätsniveau zu sichern (vgl. Abb. 2).

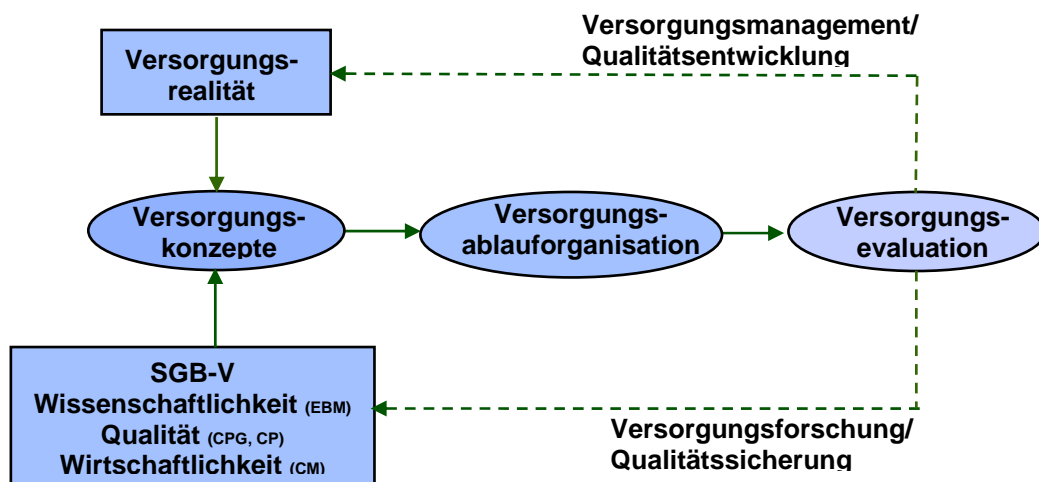


Abbildung 2: Klinisches Optimierungsprogramm nach dem Care-Service-Science-Konzept (Kusch, 2002).

2 Versorgungpsychologie im Case Management Psychoonkologie

2.1 Einleitung

Die Versorgungpsychologie befasst sich mit der „*Erarbeitung standardisierter Versorgungskonzepte und ihrer Erprobung unter Bedingungen der täglichen Praxis*“ (Kusch, 2003a). Sie tut dies unter Beachtung der Versorgungsrealität lokaler Einrichtungen und gesundheitspolitischer Überlegungen. Als standardisiertes Versorgungskonzeption soll die psychoonkologische Versorgung so geartet sein, dass sie

- zum einen für alle ähnlich gelagerten klinischen Settings psychoonkologischer Versorgung von gleicher Relevanz ist, dabei jedoch lokale Adaptationen erlaubt, und
- zum anderen die klinische Routineversorgung auf Basis eines operational gestalteten Behandlungsprogramms sicherstellt.

Dieses Behandlungsprogramm ist die Voraussetzung für die Erarbeitung einer Versorgungsstrategie, die die Versorgungsleistungen aller beteiligten Leistungserbringer plant, lenkt und der Prüfung zuführt. Die so möglich werdende Versorgungsevaluation erlaubt es

- *dem Kliniker* den Nachweis einer angemessenen Patientenversorgung zu führen und seine psychoonkologische Leistungserbringung nach einem definierten Zeitraum zu beenden bzw. weiter fortzuführen,
- *der lokalen Einrichtung* ihre klinischen und administrativen Aufgaben der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu erfüllen und
- *dem Klinikverbund* oder dem *Leistungsfinanzierer* klinikübergreifende Benchmarks für leistungsbezogene (fee-for-service), qualitätsbezogene (fee-for-quality) oder ergebnisbezogene (fee-for-benefit; Kusch et al., 1997) Leistungsvergleiche und/oder Finanzierungsformen zu führen (vgl. auch Lungen & Lauterbach, 2002).

Bereits in der psychoonkologischen Konzeptentwicklung müssen daher alle Anforderungen an eine wirksame, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung mitberücksichtigt werden. Das psychoonkologische Versorgungskonzept des Case Management Psychoonkologie, seine Voraussetzungen und Umsetzungsaspekte sind im folgenden dargelegt.

2.2 Psychoonkologische Versorgungsrealität

Die psychoonkologische Versorgungsrealität in Deutschland zeichnet sich durch gravierende Defizite in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus (Kusch et al., 2004). Obwohl auch die Patientenversorgung der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford nicht alle Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung erfüllt, so wird ihr dennoch ein guter bis sehr guter Standard attestiert (Koch, 2002).

Mit über 4.500 betreuten Patienten und mehr als 16.000 dokumentierten Gesprächen liegen hier klinische Erfahrungen der psychoonkologischen Versorgung in einem Krankenhaus der Akutversorgung vor, die ein Abbild der klinisch-psychoonkologischen Versorgungsrealität ermöglichen. Ein solches Abbild hat die

Abteilung in Form einer Selbstverpflichtung im Jahre 2001 in mehreren Qualitätszirkeln erarbeitet und veröffentlicht (Selbstverpflichtung, 2001). Zwei der neun Selbstverpflichtungen sind dabei für das Versorgungskonzept besonders relevant (vgl. Kasten 3):

- Die Selbstverpflichtung zur individuellen Betreuung des an Krebs erkrankten Menschen
- Die Selbstverpflichtung zur umfassenden Betreuung des an Krebs erkrankten Menschen

Kasten 3: Elemente der Selbstverpflichtung der Abteilung für Psychoonkologie (2001)

Die Selbstverpflichtung zur individuellen Betreuung des an Krebs erkrankten Menschen

„Unser gesamtes Handeln orientiert sich an den persönlichen Lebensumständen und individuellen Bewältigungsbemühungen des an Krebs erkrankten Menschen“.

Die persönlichen Lebensumstände und die individuelle Auseinandersetzung des krebserkrankten Menschen stellen neben den gegebenen medizinischen und pflegerischen Anforderungen der Krebstherapie die zwei zentralen Aspekte der Problem- und Bedürfnislage des Patienten dar.

Die persönlichen Lebensumstände des krebserkrankten Menschen resultieren aus der Erkrankung und ihrer Behandlung, deren Wahrnehmung und Erleben durch den betroffenen Menschen sowie aus seinem psychosozialen Umfeld.

Die individuelle Auseinandersetzung des krebserkrankten Menschen mit seinen Lebensumständen bestimmt seinen Umgang mit den medizinischen und pflegerischen Anforderungen der Krebstherapie.

Die aktuelle Problem- und Bedürfnislage des Patienten bildet den Ausgangspunkt jeglicher psychoonkologischer Versorgungsangebote, der

Diagnostik: Voraussetzung klinisch-psychologischer Intervention ist ein Verständnis der aktuellen Problem- und Bedürfnislage des individuellen Patienten.

Indikation: Die aktuelle, individuelle Problem- und Bedürfnislage des Patienten begründet seinen persönlichen Bedarf an klinisch-psychologischer Versorgung.

Intervention: Grundlage jeder klinisch-psychologischen Intervention sind spezifische Formen der Beziehungsgestaltung, psychoedukative, verhaltensmedizinische und psychotherapeutische Maßnahmen.

Evaluation: Der grundlegende Wert psychoonkologischer Versorgung liegt in der Betreuung und Begleitung des krebserkrankten Menschen über sämtliche Phasen seiner Erkrankung und Behandlung. Individuelle Ziele psychoonkologischer Versorgung bestehen in der phasenbezogenen Erhaltung und Förderung des körperlichen Wohlbefindens, der psychischen Gesundheit und der sozialen Leistungsfähigkeit des einzelnen Patienten.

Die Selbstverpflichtung zur umfassenden Betreuung des an Krebs erkrankten Menschen

„Unser Ziel ist es, den an Krebs erkrankten Menschen begleitend zur Krebsdiagnostik, Krebsbehandlung und Krebsnachsorge je nach Bedarf zu informieren, zu unterstützen und psychotherapeutisch zu behandeln.“

Hilfe zur Selbsthilfe: Hilfen zur Selbsthilfe befähigen krebserkrankte Menschen, zu autonomen Entscheidungen zu gelangen, ihre Lebensumstände zu erfassen und aktiv zu bewältigen.

Das Konzept der „Hilfe zur Selbsthilfe“ bietet folgende klinisch-psychologische Maßnahmen:

Patienteninformation und –aufklärung: Der krebserkrankte Mensch wird im Erahnen, Verstehen, Begreifen und Bewältigen seiner persönlichen Lebensumstände aktiv informiert und aufgeklärt.

Patientenunterstützung und –anleitung: Der krebserkrankte Mensch wird in seiner individuellen Auseinandersetzung mit den medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Anforderungen seiner Erkrankung und Therapie aktiv unterstützt und angeleitet.

Psychotherapeutische Behandlung: Der krebserkrankte Mensch wird begleitend zur medizinischen Therapie psychotherapeutisch behandelt. Maßnahmen der gemeinsamen Aufarbeitung begleiten ihn in dem Prozeß der Bewältigung seiner individuellen Belastungssituation.

Die neunte Selbstverpflichtung der Abteilung für Psychoonkologie lautet: „*Wir sichern die bewährte Praxis psychoonkologischer Betreuung von Krebs erkrankten Menschen und optimieren sie - entsprechend neuer Erkenntnisse in der Patientenversorgung – fortlaufend.*“ Getreu dieser Selbstverpflichtung entstand das evidenzgestützte psychoonkologische Versorgungskonzept (s.u.).

2.3 Psychoonkologische Evidenz

In den international verfügbaren Leitlinien zur psychosozialen und psychoonkologischen Versorgung sind mehr als 700 wissenschaftliche Studien aus dem Bereich der Psychoonkologie zusammengetragen und analysiert worden (CAPO, 1999; NBCC/NCCI, 2003; NCCN, 2003). Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychoonkologie sind unter dem Blickwinkel der psychoonkologischen Versorgungsrealität interpretiert und thematisch wie folgt zusammengefasst worden (CMP, 2003):

- *Nachweis bestehenden Versorgungsbedarfs:* Alle an Krebs erkrankten Patienten bedürfen irgend einer Form der psychoonkologischen Versorgung. Bei etwa 50% der Patienten liegt eine näher spezifizierte Problem- und Bedürfnislage vor. Bis zu 30% der Betroffenen leiden an einer klinisch relevanten psychischen Störung, vorwiegend Angst und Depression (vgl. u.a. Carr et al., 2002).
- *Nachweis relevanter Ursachenfaktoren:* Sowohl die Krebserkrankung und -therapie bedingen die psychische Belastungen und Störungen, als auch Faktoren, die weitgehend unabhängig von der Erkrankung und Behandlung sind (vgl. u.a. Sellick & Crooks, 1999)
- *Nachweis relevanter Indikationen:* Probleme der psychosozialen Anpassung, des Krankheitsverständnisses, ein Mangel an Vertrauen und Zuversicht oder Fragen zur Krebserkrankung und –behandlung und zu potenziell bedrohlichen Prozeduren und Therapien stellen eine Indikation zu niederschweligen Leistungsangeboten dar. Schwierigkeiten im Umgang und in der Anpassung an die Krebserkrankung und -therapie, Belastungen aufgrund von Nebenwirkungen, von sozialen, familiären, beruflichen und finanziellen Problemen sowie Funktionseinschränkungen sind Anlass für zum Teil sehr spezifische und komplexe psychosoziale Interventionsformen. Ängste, Depressionen, akute Anpassungsstörungen und psychische Traumata stellen eine Indikation zu psychoonkologischer Behandlung dar (vgl. NBCC/NCCI, 2003).
- *Nachweis wirksamer Interventionsformen:* Eine Vielzahl an psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen haben sich in der Psychoonkologie als wirksam erwiesen (NBCC/NCCI, 2003). Die einzelnen Interventionen können der Patienteninformation und

–aufklärung, der Patientenunterstützung und –anleitung sowie der psychoonkologischen Behandlung zugeordnet werden (Kusch et al., 2002).

- *Nachweis relevanter Moderatorvariablen:* Als Faktoren, die eine psychische Belastung oder Störung bei Krebspatienten beeinflussen, sind die Krankheitsverarbeitung, der wahrgenommene Gesundheitszustand, der erlebte Selbstwert, die Selbstregulation und Selbstwirksamkeit und das Problemlöseverhalten identifiziert worden (CMP, 2003).
- *Nachweis relevanter Gesundheitsergebnisse:* Die Effekte psychoonkologischer Versorgung lassen sich in drei großen Bereichen nachweisen, in der Reduktion des Leidens, der Steigerung des Wohlbefindens und der Verbesserung der sog. Selbst-Kompetenzen (Kusch et al., 2004). Mittlerweile sind auch ökonomische Wirkeffekte belegt (Carlson & Bultz, 2003).
- *Nachweis erforderlicher Qualifikation:* Die Qualifikation des psychoonkologischen Fachpersonals steht in einem direkten Verhältnis zur Wirksamkeit psychoonkologischer Versorgung, wobei Ärzten, dem Pflegepersonal, den Sozialarbeitern, Psychologen und Psychotherapeuten ein jeweils spezifischer Kompetenz- und Wirkungsbereich zukommt (vgl. u.a. Sheard & Maguire, 1999).
- *Nachweis relevanter Versorgungszeitpunkte:* Als relevante psychoonkologische Versorgungszeitpunkte lassen sich in einer kontinuierlichen Patientenversorgung sowohl konkrete Versorgungssituationen, wie auch einzelne Versorgungsphasen identifizieren (Clipp et al., 2001; Holland, 2002), zumal die psychosozialen Belastungen von Krebspatienten eng mit dem Krankheits- und Behandlungsverlauf verbunden sind (vgl. u.a. Frost et al., 2000).

Die in der einschlägigen Literatur zusammengetragenen Erkenntnisse der Psychoonkologie bilden im Case Management Psychoonkologie die wissenschaftliche Grundlage des "evidenzgestützten psychoonkologischen Versorgungskonzeptes".

2.4 Evidenzgestütztes psychoonkologisches Versorgungskonzept

Überlegungen zur klinischen Versorgungsrealität und Ergebnisse der Psychoonkologie sind die Basis des Versorgungskonzeptes. Das "Krankheitsbewältigungsmodell" ist das Kernstück des Konzeptes (vgl. Abb. 3).

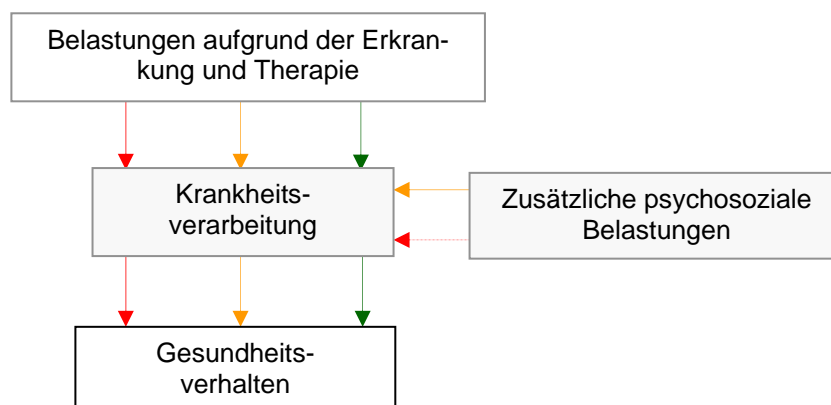


Abbildung 3: Krankheitsbewältigungsmodell (nach Kusch et al., 1996).

Entsprechend des Krankheitsbewältigungsmodells wirken Belastungen, die allein aufgrund der Erkrankung und ihrer Therapie auftreten (krankheitsbedingte Belastungen), sowie zusätzliche, krankheitsunabhängige psychosoziale Belastungen auf die Krankheitsverarbeitung des Patienten. Je nach Art der Krankheitsverarbeitung wird ein eher günstiger bzw. eher ungünstiger Umgang mit den Anforderungen und Belastungen einer Krebserkrankung und -therapie im Verhalten beobachtbar. Dieser als Gesundheitsverhalten beschriebener Umgang verdeutlicht, dass die Bewältigungsbemühungen des Patienten stets als Ausdruck seiner vorhandenen Kompetenzen und nicht als Störung oder fehl angepasstes Verhalten zu werten sind. Verschiedene Faktoren wirken sich belastend auf die Krankheitsverarbeitung aus:

- Als Faktoren, die die krankheitsbedingten Belastungen bedingen, gelten die Art der Krebserkrankung (u.a. Beginn, Schwere, Verlauf), die Behandlung (Dauer, Verlauf, Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen) sowie die Anforderungen an den Patienten (z.B. Krankheitsverständnis, aktives Mitwirken (adherence), stationäre Aufenthalte und Reorganisation der Lebensumstände) und sein soziales Hilfesystem (u.a. Angehörige und Freunde, soziale Unterstützung, Beruf, Freizeit usw.).
- Zu den Faktoren, die unabhängig von der Krebserkrankung vorliegen und sich günstig oder ungünstig auswirken können, zählen:
 - Risiko- und Schutzfaktoren wie der soziale Kontext (z.B. die soziale Einbindung oder die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten) und die Familie/Angehörigen (z.B. Vorhandensein eines Ehepartners oder dessen psychische Status).
 - Faktoren der Vulnerabilität und Resilience des Patienten hinsichtlich seiner körperlichen (z.B. Alter, Geschlecht, Konstitution) und psychischen Verfassung (z.B. psychische Störung, Temperament, Bildungsstand, Intelligenz, Lebensgeschichte) sowie seiner sozialen Kompetenz (z.B. Soziabilität, Kommunikation, Interaktion).
- Die krankheitsbedingten und unabhängigen Faktoren bewirken primär einen bestimmten emotionalen oder Befindenzustand des Patienten, der sein Erleben, Fühlen, Denken und Handeln prägt (Kusch et al., 1996). Die in einem solchen Befindenzustand vom Patienten wahrgenommenen Gefühle, Gedankeninhalte und Handlungsintentionen stellen die Grundlage seiner bewusst erlebten und kommunizierbaren Krankheitsverarbeitung dar.
- Kommunikation und aktives Tun/Handeln sind die zwei Formen des günstigen und/oder ungünstigen Gesundheitsverhaltens des Patienten, welche vom klinisch Tätigen in seiner direkten Arbeit mit dem Patienten beobachtet und beeinflusst werden können. Indirekt kann der klinisch Tätige auch über das Einwirken auf Aspekte der Behandlung und der Anforderungen der Krebstherapie sowie auf Aspekte der Risiko- und Schutzfaktoren die Krankheitsverarbeitung und das Gesundheitsverhalten beeinflussen.

Das evidenzgestützte Versorgungskonzept ist das Bindeglied zwischen Forschung und Theorie, die als ihr Input betrachtet werden können, und der klinischen Praxis, die ihren Output darstellt. Direkt aus dem Konzept abgeleitet - und daher auch dazugehörig - sind die psychoonkologische Indikation und Intervention.

2.4.1 Psychoonkologische Indikation

Der klinisch Tätige ist in der Versorgungsrealität mit den vielfältigsten Kombinationen krankheitsbedingter und krankheitsunabhängiger Faktoren der von Krebs betroffenen Patienten konfrontiert. Hier über einen Ordnungsrahmen zu verfügen, der die Vielfalt in handhabbare und behandlungsfähige Bahnen lenkt, ist eine zentrale Voraussetzung einer standardisierten und strukturierten psychoonkologischen Indikationsstellung. Aus dem psychoonkologischen Versorgungskonzept sind drei klinisch relevante Gruppen psychosozialer Belastung ableitbar.

- Die Gruppe der Patienten ohne psychische Vulnerabilität und ohne psychosoziale Risikofaktoren bzw. mit Resilienz und Schutzfaktoren, jedoch für die jeweilige Krebserkrankung und -therapie typischen, krankheitsbedingten Belastungen (psychosoziale Risikogruppe I).
- Die Gruppe der Patienten mit näher umschriebenen psychosozialen Risikofaktoren und den für die jeweilige Krebserkrankung und -therapie typischen, krankheitsbedingten Belastungen (psychosoziale Risikogruppe II).
- Die Gruppe der Patienten mit spezifischer psychischer Vulnerabilität bzw. Störung, mit vielfältigen psychosozialen Risiken und/oder gravierenden psychosozialen Belastungen aufgrund der Krebserkrankung und -therapie (psychosoziale Risikogruppe III).

Zwar ist in der klinischen Realität davon auszugehen, dass es auch Kombinationen der drei Gruppen gibt und sich die Gruppierung eines Patienten im Verlauf seiner Krebserkrankung und -therapie mitunter dramatisch verändern kann, jedoch ist bei einem erstmals an Krebs erkrankten und stationär aufgenommenen Patienten die Belastungsidentifikation und Indikationsstellung anhand der - prototypischen - psychosozialen Risikogruppen möglich (APA, 2000-2003).

2.4.2 Psychoonkologische Intervention

Die psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus erfordert allein schon aufgrund der Krankheits- und Behandlungsverläufe sowie der verkürzten Liegezeiten eine unverzügliche und dabei hoch spezifische Identifikation, Indikation und Intervention. Für die Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung im akutmedizinischen Setting sind von den verschiedenen wissenschaftlich geprüften psychoonkologischen Interventionsformen nur bestimmte geeignet. Diese Interventionen sollen auf die Behandlung der "prototypischen" psychosozialen Risikokonstellationen bezogen und sinnvoll in den medizinisch-pflegerischen Versorgungsablauf integrierbar sein (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement).

Für folgende psychoonkologische Interventionsformen lassen sich zum einen wissenschaftliche Evidenzen und klinische Relevanz belegen und zum anderen ein Bezug zum Versorgungskonzept herstellen:

- *Patienteninformation und -aufklärung:* Da alle Patienten aufgrund der Krebserkrankung und -therapie psychosozial belastet sind und mit ihrer "neuen Lebenssituation" für gewöhnlich nicht umzugehen wissen, bedürfen alle Patienten der Information und Aufklärung. Hierfür stehen Interventionsformen zu Verfügung (NBCC/ NCCI, 2003), die in ihrer Summe als psychoedukative Maßnahmen beschrieben werden können. Das interventive

Konzept, welches all diesen Interventionsformen zugrunde liegt, besteht in der "Psychoonkologischen Gesprächsführung" (CMP, 2003), der Vermittlung von

- *Hintergrundinformationen*, die den Patienten über das Warum, Was, Wann und die Prognose seiner Erkrankung und/oder Behandlung aufklären,
- *prozeduralen Informationen*, die den Patienten über das Wie, Weshalb, Wozu und die Wirkungen und Nebenwirkungen seiner Krebstherapie aufklären und
- *sensorischen Informationen*, die den Patienten darüber aufklären, welche Empfindungen, Gefühle, Gedanken und Anpassungsleistungen Patienten in der Bewältigung einer vergleichbaren, konkreten Erkrankungs- und Behandlungssituation zeigen (vgl. auch Kusch et al., 1996; NBCC/NCCI, 2003).

Bei der Patienteninformation und -aufklärung mit Mitteln der psychoonkologischen Gesprächsführung handelt es sich um eine Interventionsform, die direkt auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung einwirkt, ein Krankheitsverständnis fördern und Selbstkompetenzen aufbauen soll.

- *Patientenunterstützung und -anleitung*: Die meisten Patienten weisen bereits zu Beginn, stets aber während der Krebsbehandlung spezifische psychosoziale Belastungen auf, die der Unterstützung und Anleitung bedürfen. Hier stehen reichhaltige und wissenschaftlich mitunter hervorragend belegte verhaltensmedizinische Interventionsformen zur Verfügung (Anderson, 2003; Burton & Watson, 1998).

Bei der Patientenunterstützung und -anleitung mit Mitteln der Verhaltensmedizin (Given et al., 2003) und psychosozialer Interventionen (Bauman & Andersen, 2001) handelt es sich um Interventionsformen, die direkt und indirekt auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung und das konkrete Gesundheitsverhalten einwirken und das Leid lindern, das Wohlbefinden fördern und/oder die Selbstkompetenzen aufbauen sollen.

- *Psychoonkologische Behandlung*: Ein nicht unerheblicher Teil der an Krebs erkrankten Patienten leidet bereits vor ihrem Erkrankungsbeginn unter gravierenden Belastungen und Störungen bzw. hat eine Vulnerabilität bzw. ein deutliches Risiko dafür, solche Belastungen und Störungen als Reaktion auf die Erkrankung- und Therapie zu entwickeln (Sellnick & Crooks, 1999). Die Psychoonkologie hat zur psychoonkologischen Beratung und Behandlung für diese Fälle eine genügende Zahl an gut kontrollierten Studien und Metaanalysen vorgelegt und geprüft (NBCC/NCCI, 2003). Für den klinischen Versorgungsalltag in deutschen Akutkrankenhäusern scheinen dagegen nicht alle der möglichen Interventionsformen geeignet zu sein. Die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford entwickelt daher die "Stationäre Psychoonkologische Psychotherapie" auf Basis ihrer mittlerweile über 16.000 dokumentierten Patientengespräche. Erste Untersuchungen belegen die klinische Nützlichkeit und Wirksamkeit dieser Interventionsform (Mücke et al., 2003).

Bei der psychoonkologischen Behandlung mit Mitteln der "Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie" handelt es sich um eine Interventionsform, die direkt und indirekt auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung einwirkt und das Leid lindern, das Wohlbefinden fördern und/oder die Selbstkompetenzen aufbauen soll.

Das psychoonkologische Versorgungskonzept als Verbindung von Forschung und Praxis muss an seiner Schnittstelle zur Praxis die klinisch-technologischen Bedingungen seiner Umsetzung definieren, operationalisieren und festschreiben. Dies geschieht im psychoonkologischen Behandlungsprogramm.

2.5 Psychoonkologisches Behandlungsprogramm

Behandlungsprogramme spezifizieren die Operationen, anhand derer eine Versorgungskonzeption repräsentativ und reliabel umgesetzt werden kann (Kusch, 2003a). Sie bestehen aus schriftlichen Materialien, die dem Therapeuten die Umsetzung von Prozeduren, Techniken und anderen therapeutischen Maßnahmen ermöglichen, dabei aber keine „*naturalistische Abbildung*“ einer Intervention sind, sondern stecken das „*Terrain*“ psychoonkologischer Versorgung nur grob ab. Um aber von den klinisch Tätigen als relevant erlebt zu werden, muss sich das Behandlungsprogramm durch ein sog. „*phenomenal environmental fit*“ auszeichnen (Kusch, 2003a, S. 177), d.h. mit der erlebten Problem- und Bedürfnislage des Patienten und mit dem Aufgabenfeld des Professionellen korrespondieren.

Behandlungsprogramme bringen das Versorgungskonzept über operationale Definitionen mit Handlungsempfehlungen in Beziehung, so dass es möglich wird, die im Konzept enthaltenen Versorgungsinhalte in beobachtbare Versorgungsleistungen zu übertragen und deren praktische Umsetzung empirisch zu überprüfen (Kusch, 2003a).

Den übergeordneten Rahmen der Operationalisierung des Versorgungskonzeptes bilden die klinisch-psychologischen Basiskompetenzen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation und die Funktionen des Case Management, das Assessment, die Versorgungsplanung, Vernetzung, das Monitoring sowie die Patientenorientierung (advocacy).

- *Diagnostik und Assessment:* Für das psychoonkologische Assessment werden Patientenfragebögen und Checklisten eingesetzt, in denen die krankheitsbedingten und krankheits-unabhängigen Faktoren spezifiziert sind. Die Auswahl valider psychometrischer Instrumente⁷ und die Konstruktion einer versorgungsrelevanten und evidenzgestützten Checkliste⁸ sowie die Spezifikation von Risikogruppen und versorgungsrelevanten Problem- und Bedürfnislagen über cut-off bzw. Schwellenwerte erlauben eine empirische Risikobeurteilung des Patienten und selektive Indikationsstellung. Für eine differentielle Indikationsstellung sind die psychoonkologische Anamnese und klinisch-psychologische Diagnostik und Klassifikation erforderlich. Hierbei erfolgt die klinische Urteilsfindung kriteriengeleitet und auf Basis anerkannter Instrumente wie der ICD-10, der ICF bzw. klinisch relevanter psychoonkologischer Leitproblematiken (vgl. APO, 2000-2003).
- *Indikation und Versorgungsplanung:* Die Indikation zu den verschiedenen psychoonkologischen Versorgungsleistungen ist kriterienabhängig. Die Indikation zur Patienteninformation und -aufklärung ist für alle Patienten, unabhängig vom Ergebnis des Assessment und der Diagnostik, gegeben. Die Indikation zur Patientenunterstützung und -anleitung ergibt sich aus den Ergebnissen der eingesetzten evidenzgestützten Checkliste. Die Indikation zur psychoonkologischen Behandlung ergibt sich aus der klinisch-psychologischen Anamnese und Diagnosestellung. Die Ergebnisse der evidenzgestützten Checkliste werden in einen Versorgungsplan (psychoonkologischer Hilfeplan) übertragen und entspre-

7 Im Rahmen des CMP werden die HADS mit einem cut-off von > 14 (Zigmond & Snaith, 1983) und das Distress Thermometer mit einem cut-off von > 5 (Roth et al., 1998) eingesetzt.

8 Die Abteilung für Psychoonkologie hat für die Zwecke der differentiellen Identifikation bei versorgungsrelevanten Problem- und Bedürfnislagen eine evidenzgestützte Checkliste entwickelt und klinisch erprobt (Kusch et al., 2003; Mücke et al., 2003).

chend vorgegebener Kriterien umgesetzt. Neben der Indikationsstellung zu Beginn der Krebstherapie werden anhand des Patientenmonitoring (s.u.) auch Problem- und Bedürfnislagen ermittelt, die erst im Verlaufe der Krebstherapie auftreten⁹.

- *Intervention und Vernetzung:* Die Patienteninformation und -aufklärung erfolgt behandlungsbegleitend durch das medizinisch-pflegerische Personal auf Basis der "Psychoonkologischen Gesprächsführung". Für das ärztliche Aufklärungs-, Befund- und Nachsorgeplanungsgespräch sind sog. "Ärztliche Checklisten" erstellt worden, deren Inhalte als Hilfsmittel zur Gesprächsführung herangezogen werden können. Die Patientenunterstützung und -anleitung ist an die im psychoonkologischen Hilfeplan und der "Social Nurse Checklist" formulierten Kriterien gebunden. Bei Indikation erforderliche, indirekte Vernetzungsleistungen sind ebenfalls schriftlich fixiert. Die psychoonkologische Behandlung erfolgt im Rahmen der "Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie".
- *Evaluation und Monitoring:* Die Umsetzung einer ergebnisorientierten Psychoonkologie (Kusch et al., 2004) wird durch eine prä-post-Messung (Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme und Patientenfragebogen: Ambulante Nachsorge) sichergestellt. Behandlungsbegleitend erlaubt der Einsatz der "Social Nurse Checklist" sowie die adaptive Indikationsstellung durch den Psychoonkologen ein kontinuierliches Patientenmonitoring. Ein telefonisches Nachsorgegespräch im 3. Monat nach stationärer Erstaufnahme erlaubt zudem eine klinisch-psychologische Katamnese und bei Bedarf eine Indikation zur psychoonkologischen Nachsorge.
- *Patientenorientierung:* Jedem Patienten wird im ersten ärztlichen Aufklärungsgespräch eine psychoonkologische Mitversorgung angeboten. Nach seiner schriftlichen Einverständniserklärung werden die Versorgungsleistungen auf Basis des Patientenfragebogens: Stationäre Aufnahme individualisiert und dem Patienten transparent gemacht, d.h. die Leistungserfordernis und -umsetzung erklärt. Bei Indikation wird mit dem Patienten in einem psychoonkologischen Anamnesegespräch die Erfordernis einer "Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie" abgeklärt.

Das Behandlungsprogramm spezifiziert, wie die einzelnen im Konzept formulierten Leistungen mit Mitteln der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation auszuführen sind. Zwar enthält es bereits auch Aussagen dazu, wer was, wann tut, jedoch werden diese Aussagen erst in den psychoonkologischen Behandlungspfaden und der sie integrierenden Versorgungsstrategie klar formuliert.

2.6 Psychoonkologische Behandlungspfade

Mit dem Begriff „klinischer Behandlungspfad“ (Clinical Pathway) werden ein oder mehrere Versorgungsabläufe bezeichnet, mit denen ein vorgegebener Weg der Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer für einen speziellen „Patienten-Typ“ beschrieben und als verbindlich festgelegt wird (Dykes & Wheeler, 2002). Das Case Management Psychoonkologie kennt drei Behandlungspfade:

- *Medizin-psychologischer Behandlungspfad:* Für eine angemessene psychoonkologische Versorgung sind psychosoziale Versorgungsleistungen des behandelnden Arztes unverzichtbar. Schon immer haben Onkologen - zumeist implizit - ihre Patienten psychoonko-

9 Die Abteilung für Psychoonkologie hat für die Zwecke der adaptiven Identifikation bei versorgungsrelevanten Problem- und Bedürfnislagen die evidenzgestützte "Social Nurse Checklist" entwickelt.

logisch mitversorgt. Mit den wachsenden Anforderungen an eine umfassende Krebstherapie, die sich hinter den Begriffen "shared decision making" oder "physician-patient communication" verbergen, wachsen auch die Ansprüche an die psychosozialen Kompetenzen der Onkologen (Gattellore et al., 2001; Lee et al., 2002). Zudem ist eine Lösung der Adherence-Problematik (s.o.) nicht ohne die Arzt-Patient-Kommunikation denkbar (WHO, 2003). Einen Patienten nur zu informieren ist dabei hinsichtlich einer Verhaltensänderung des Patienten wenig effektiv (Bekker et al., 1999), vielmehr bedarf es einer Kombination von spezifischer ereignisbezogener Information und Aufklärung und kontinuierlicher psychosozialer Begleitung, während der Patient auf Wunsch aktiv mit einbezogen und zum Selbst-Management angeleitet wird (Gafni et al., 1998; NBCC/NCCI, 2003; WHO, 2003).

Die im Versorgungskonzept vorgesehene Patienteninformation und -aufklärung für alle von Krebs betroffenen Patienten obliegt dem Arzt, der neben der medizinischen auch die psychosoziale Information/Aufklärung - zu Behandlungsbeginn als Aufklärungsgespräch, im Behandlungsverlauf als Befundgespräch und am Therapieende als Nachsorgeplanungsgespräch - übernimmt. Als Hilfsmittel dienen ihm dafür spezifische Ärzte-Checklisten.

Neben der auf die Behandlungsepisoden der stationären Krebstherapie abgestimmten Information und Aufklärung führt der Arzt auch kontinuierlich eine situationsbezogene psychosoziale Information/Aufklärung durch. Hierfür stehen ihm die Techniken der "Psychoonkologischen Gesprächsführung" zur Verfügung, mit denen er in jeder Situation auf Fragen des Patienten eingehen und diese umfassend beantworten kann. In besonderen Belastungs- und Krisensituationen kann der Arzt eine Krisenintervention durch die psychoonkologisch tätige Fachkraft veranlassen.

- *Pflege-psychologischer Behandlungspfad:* Das Pflegepersonal kann in der umfassenden Patientenversorgung sehr kompetente und umfassende psychosoziale Versorgungsleistungen durchführen (Specialist Breast Nurse Projekt Team, 2003) und darüber vielfältige Selbst-Kompetenzen des Patienten fördern (WHO, 2003). Ein pflege-psychologischer Behandlungspfad ist aber nicht allein aufgrund der gesicherten Evidenz der psychosozialen Kompetenzen von Pflegekräften angezeigt (NBCC/NCCI, 2003). Während die Situation des Arzt-Patient-Kontaktes immer formellen Charakter hat, kommt der Pflegesituation aufgrund ihrer Häufigkeit und des besonderen Kontaktes von Pflegekraft und Patient zu meist ein informeller Charakter zu. Dies prädestiniert die Pflegekraft dafür, den Patienten in besonderer Weise zu betreuen und wahrzunehmen. Bis auf Standardsituationen, wie sie bei medizinisch-pflegerischen Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen auftreten (NBCC/NCCI, 2003), können die vielen Gesprächskontakte und -inhalte von Pflegekräften und Patienten daher kaum vorstrukturiert werden. Dies ist der Grund, warum auch die Pflegekräfte für ihre kontinuierliche psychosoziale Patientenbetreuung die Techniken der psychoonkologischen Gesprächsführung einsetzen und problemspezifische Interventionen aktuell noch nicht zum pflege-psychologischen Behandlungspfad des Case Management Psychoonkologie zählen.

Neben der psychoonkologischen Gesprächsführung zählt das Patientenmonitoring zum pflege-psychologischen Behandlungspfad¹⁰, d.h. die Beobachtung der aktuellen Befindenslage eines Patienten und ggf. die Indikation zur psychoonkologischen Mitversorgung anhand der Kriterien der "Pflege-psychologischen Checkliste".

- *Psycho-onkologischer Behandlungspfad*: Der psycho-onkologische Behandlungspfad besteht aus einem Versorgungsablauf für die Patientenunterstützung und -anleitung und einem für die psychoonkologische Behandlung. Für Patienten der psychosozialen Risikogruppe II sind die patientenunterstützenden und -anleitenden Versorgungsleistungen vorgesehen, die im Rahmen des Case Management-Ansatzes anhand des "Psychoonkologischen Hilfeplans" umgesetzt werden. Für Patienten der psychosozialen Risikogruppe III ist die psychoonkologische Behandlung vorgesehen, die im Rahmen eines psychoonkologischen Liaisonmodells mittels der "Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie" durchgeführt wird. Liegen bei einem Patienten der psychosozialen Risikogruppe III auch konkrete Problem- und Bedürfnislagen vor, so wird der "Psychoonkologische Hilfeplan" als Bestandteil der "Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie" umgesetzt. Mit der Erstellung des Hilfeplans bzw. dem psychoonkologischen Anamnesegespräch wird der psychoonkologische Behandlungspfad eingeleitet und mit dem telefonischen Nachsorgegespräch und ggf. einem weiteren psychoonkologischen Nachsorgegespräch abgeschlossen.

Nach der Festlegung der Behandlungspfade ist deren Integration und Einbindung in den medizinisch-pflegerischen Versorgungsablauf eine Aufgabenstellung, die besondere Managementkompetenzen verlangt. Es ist Aufgabe des Versorgungsmanagements eine Versorgungsstrategie zu erstellen, in der sich zum einen die klinischen Vorgaben wieder finden, in der zum anderen aber auch klare administrative Regelungen und Leistungsvorgaben festgeschrieben werden (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement).

2.7 Abschließende Bemerkungen

Das Case Management Psychoonkologie hat sich zur Aufgabe gemacht, eine praxisrelevante, bedarfsgerechte, evidenzgestützte, transparente und qualitätsgesicherte psychosoziale Patientenversorgung in Kliniken der Akutversorgung unter den aktuell im Gesundheitswesen bestehenden Möglichkeiten und gesundheitspolitischen Vorgaben zu realisieren (CMP, 2003). Dies ist ohne die Erarbeitung eines standardisierten Versorgungskonzeptes, seiner Operationalisierung in einem Behandlungsprogramm und der Erstellung von Behandlungspfaden nicht zu realisieren. Standardisierung setzt dabei voraus, dass das Case Management Psychoonkologie seine versorgungsrelevanten Inhalte explizit macht, d.h. schriftlich fixiert, denn:

"es ist sehr wichtig, sich darüber klar zu werden, was für ein ungeheurer Unterschied besteht, zwischen einem bloß subjektiven oder privat gedachten oder für wahr gehaltenen Gedanken und demselben Gedanken, der schriftlich formuliert ist und somit der öffentlichen Diskussion unterbreitet werden kann... Sie (eine Vorhersage) wird

10 Weitere psychosoziale Versorgungsleistungen, wie die psychologische Vorbereitung auf belastende Untersuchungen und Operationen stehen zwar zur Verfügung (Kusch et al., 1996), sind jedoch zum aktuellen Zeitpunkt kein aktives Element des Case Management Psychoonkologie.

objektiviert: Sie kann von anderen, aber auch von mir selber versuchsweise bejaht, aber auch versuchsweise verneint werden; die Gründe für und wieder können abgewogen und diskutiert werden; und es kann zu einer Parteienbildung für und wieder die Vorhersage kommen" (Popper 1959).

Bislang bildeten die Diskussionsgrundlage in der psychosozialen Versorgung und Psychoonkologie lediglich nur vage schriftlich formulierte Aussagen zum psychoonkologischen Versorgungskonzept. Das evidenzgestützte psychoonkologische Versorgungskonzept kann und will anderen, ähnlich präzise ausformulierten Konzeptionen zur Diskussion gegenüber gestellt werden. Die Diskussion und Weiterentwicklung des Konzeptes wird jedoch von den Konstrukteuren des Case Management Psychoonkologie für die Zeitdauer seiner empirischen Prüfung so lange "*suspendiert*" (Kusch, 2003a, S. 355), bis erste Erfahrungen seiner Umsetzung in den beteiligten Kliniken und erste empirische Benchmark-Analysen vorliegen. Die flächendeckende Umsetzbarkeit will das Versorgungsmanagement, den empirischen Vergleich die Versorgungsforschung ermöglichen.

**Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des
Case Management: Psychoonkologie**

**Teil II
Versorgungsmanagement**

3 Versorgungsmangement im Care-Service-Science-Konzept

3.1 Einleitung

Im Care-Service-Science-Konzept kommt dem Versorgungsmanagement die Aufgabe zu, die im Behandlungsprogramm und den Behandlungspfaden operationalisierten Versorgungsleistungen entsprechend vorausgesetzter Kriterien (bzw. Anforderungen oder Anspruchsklassen¹¹⁾) zu evaluieren, das Ergebnis in einer Versorgungsstrategie festzulegen und darüber der psychoonkologischen Versorgung den Status einer verbindlichen psychosozialen Dienstleistung zuzuschreiben (vgl. Abb. 4; Kusch et al., 2001).

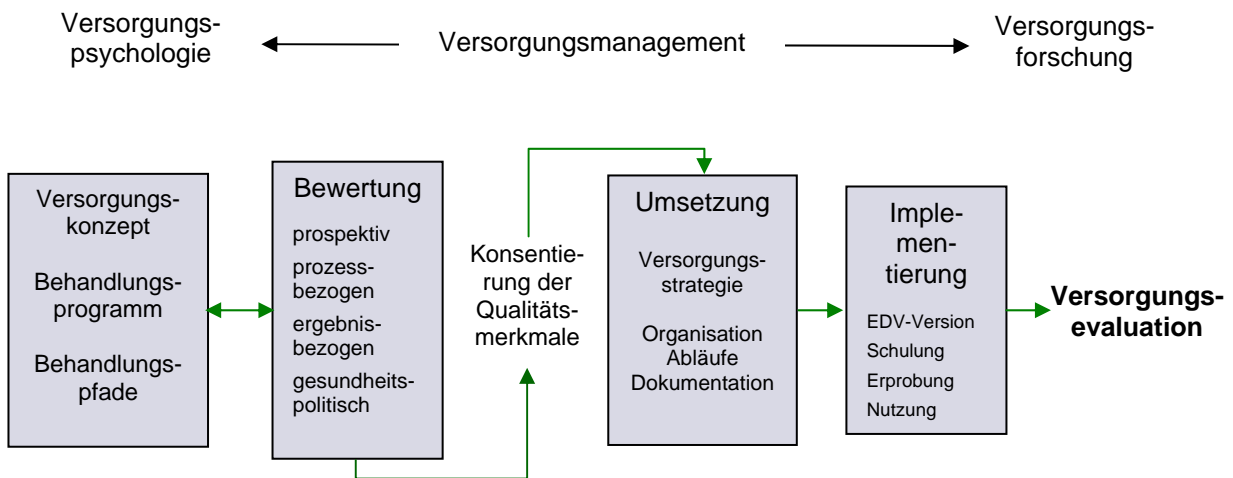


Abbildung 4: Aufgaben des Versorgungsmanagements im klinischen Optimierungsprogramm.

Nachdem ein Versorgungskonzept mitsamt dem Behandlungsplan und den Behandlungspfaden von der klinischen Leitung einer Einrichtung entwickelt wurde (vgl. Teil 1: Versorgungspsychologie), wird es daraufhin geprüft, ob es aktuell geltenden gesundheitspolitischen, d.h. im SGB V formulierten Anforderungen, klinikinternen Anforderungen der Integration in Medizin und Pflege sowie der Integration in die Versorgungsabläufe des Krankenhauses genügt. Erst eine entsprechende Bewertung kann sicherstellen, dass die avisierte psychoonkologische Versorgung auch tatsächlich Aussicht hat, in den klinischen Alltag der Einrichtung implementiert zu werden. Das Versorgungsmanagement (bestehend aus der Klinikleitung, dem Qualitätsmanagement und dem Controlling) konsentiert gemeinsam mit der klinischen Leitung (bestehend aus der psychoonkologischen Fachkraft, der medizinischen und Pflegedienstleitung) die Qualitätsmerkmale der psychosozialen Dienstleistungen, die dadurch offiziellen und verbindlichen Charakter erhalten (siehe: Anhang 1, Klinische Qualitätsmerkmale des Case Management Psychoonkologie: Behandlungsprogramm). Dann wird - auf Basis des Behandlungsprogramms und der Behandlungspfade - die Versorgungsstrategie erarbeitet, d.h. die organisatorischen Strukturen,

11 Anspruchsklassen (d.s. „Kategorien oder Ränge unterschiedlicher Qualitätsforderungen an Einheiten für den gleichen funktionellen Gebrauch“ DIN EN ISO 8402, 2.2, Graebig, 1995) werden nach deren Relevanz für eine wirksame, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Leistung und ihre Erbringung geordnet.

die Versorgungsabläufe sowie die Art und der Umfang der Leistungsdokumentation werden festgelegt (vgl. Kusch et al., 2003). Die Implementierung der Versorgungsstrategie in die Routineversorgung schließt die Aufgaben des Versorgungsmanagements ab. Erleichtert wird die Implementierung, wenn sämtliche für die Begründung, Leistungserbringung und -dokumentation erforderlichen Materialien online und EDV-gestützt vorliegen (CMP-Behandlungsprogramm, 2004). Dies sichert nicht nur klinikintern die fachlich gebotene Qualität der Leistungserbringung, sondern ist auch notwendige Voraussetzung für die Durchführung klinikübergreifender Leistungsvergleiche. Unabdingbare Erfordernisse einer erfolgreichen Implementierung sind die Mitarbeiterschulung, die intensive Begleitung der Mitarbeiter während der Erprobungsphase sowie Qualitätszirkel während der Nutzungsphase.

Die zentrale Aufgabe des Versorgungsmanagements besteht in der Bewertung des vorgelegten Versorgungskonzeptes auf Basis externer und interner Anforderungen. Wer im Gesundheitswesen festlegen kann bzw. darf, welche externen Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung zu stellen sind, ist erst kürzlich im Gesundheitsmodernisierungsgesetz neu geregelt worden (GMG, 2003). Der neu gegründete „Gemeinsame Bundesausschuss“ (§ 91), dem Vertreter der Leistungserbringerseite - mit einem Vertreter der psychotherapeutischen Leistungserbringer -, Vertreter der Kassenseite und unparteiische Mitglieder angehören, legt die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche, sektorübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen fest (§ 91, (3) 1), gibt die Anforderungen an die Qualitätssicherung im stationären Bereich vor (§ 135 a Abs. 1) und bewertet Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137 c).

3.2 Evaluation im Versorgungsmanagement

Um bereits in der Entwicklungsphase Behandlungsprogramme zu erarbeiten (vgl. Teil 1: Versorgungspsychologie), die einer externen Bewertung (etwa im Rahmen der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses) standhalten, und die zudem in einer lokalen Einrichtung ohne weiteres implementierbar sind, haben Kusch und Kanth (1997) folgenden Satz formuliert: *„Schreibe auf, warum, wer, was, wann, wie, mit welchem Ziel und mit wem tut, notiere, was konkret getan und welches Ziel tatsächlich erreicht wurde!“* Die Autoren verfolgen mit dieser Aufforderung das Ziel, die *„Spezifikation der Leistungserbringung“* als denjenigen Ansatzpunkt darzustellen, der auf Entwicklerseite zu evaluierbaren und empirisch überprüfbaren Behandlungsprogrammen führt und auf Nutzerseite das Leistungsangebot dem Patienten gegenüber transparent machen sowie die Leistungserbringung planen, lenken und prüfen, d.h. der internen und externen Qualitätssicherung zuführen kann.

3.2.1 Evaluatoren im Versorgungsmanagement

Neben der externen Bewertung sind die klinikinternen Bewertungen von Bedeutung, da sie die erfolgreiche Implementierung eines Behandlungsprogramms in der lokalen Einrichtung sicherzustellen helfen. Gerade wenn es darum geht neue Versorgungsleistungen auf lokaler Ebene zu implementieren ist es wichtig, die zuweilen gegen-

läufigen Interessen von Patienten, Leistungserbringern, Qualitätsmanagement/Controlling und Klinikleitung miteinander in Deckung zu bringen und zeigen zu können, dass ein Behandlungsprogramm allen Beteiligten gleichermaßen dient (Kusch 2003):

Dem Patienten gegenüber muss klar werden, welche Leistungsangebote eine Klinik vorhält (supply), unter welchen Bedingungen er diese in Anspruch nehmen kann (utilization), welche Leistungen wann als klinisch notwendig, d.h. „objektiv“ indiziert sind (Bedarf, need) und welche er bei subjektiv erlebtem Bedarf (Bedürfnis) nachfragen kann (demand). Mit diesem Vorgehen soll eine leistungsinduzierte Nachfrage (supply induced demand) vermieden und eine bedarfsgerechte Versorgung (need appropriate care) garantiert werden (vgl. u.a. Newman et al., 1989; SVR, 2001). Bedarfsgerechtigkeit kann zu Rationierung führen, bedeutet aber auch, dass als erforderlich bewertete Leistungen (health care needs) vom Leistungsanbieter (z.B. Leistungserbringer, Klinikverwaltung, Kostenträger, gesundheitspolitisch Verantwortliche) zu erbringen und zu finanzieren sind (vgl. SVR, 2001).

Dem Kunden Patient wird mit diesem Ansatz letztlich erst dann tatsächlich entsprochen, wenn verschiedene Leistungsanbieter über ihr transparent gestaltetes Leistungsangebot miteinander in Wettbewerb treten.

Der Leistungserbringer muss angeben können, welche Leistungen er mit welchem Ressourceaufwand und welchem potentiellen Nutzen (benefit) anbieten kann, wann, welche Leistungen klinisch erforderlich, wann welche Leistungen zwar wünschenswert wären und nachgefragt sein können, jedoch nicht zwingend erforderlich sind, und wann eine Leistung schädlich ist (Bedarfsobjektivierung). Medizinisch als notwendig betrachtete Leistungen müssen hinsichtlich des Bedarfsprofils, der Indikation, Interventionen und der Ergebnisse näher spezifiziert und transparent sein. Leistungen, die häufig nachgefragt werden, für die es jedoch keinen zwingenden Bedarf gibt, können ebenfalls erbracht werden, jedoch ist dies nicht zwingend (need to have), sondern angebracht (reasonable) bzw. „nur“ wünschenswert (nice to have). Dabei können von einer Einrichtung selbst wünschenswerte Leistungen erbracht werden, sofern dies human, wirtschaftlich und/oder im Wettbewerb von Vorteil ist. Angebracht können Leistungen sein, wenn auf Seiten des Patienten zwar keine "klinisch relevante psychische Störung", wohl aber eine hohe psychosoziale Belastung (NBCC/NCCI, 2003) und ein ausreichender Bedarf mit handhabbarer Bedarfsdeckung vorliegen.

Das Qualitätsmanagement/Controlling muss Aussagen zur Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und zum Umfang einer Leistung treffen, d.h. angeben, ob eine Leistung die an sie gestellten formalen Anforderungen erfüllt, ob sie wirtschaftlich ist und in ausreichendem Maße vorgehalten wird.

- *Zweckmäßigkeit*: Eine Versorgungsleistung erfüllt ihren Zweck, wenn sie von ausreichender Qualität ist, d.h. in ihrer Gesamtheit geeignet ist, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Diese Qualitätsanforderungen werden dabei nicht vom Qualitätsmanagement selbst festgelegt, sondern werden intern von den Patienten, den Leistungsanbietern und der Klinikleitung und extern von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen (z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss) in unterschiedlichen Anspruchsklassen vorgegeben (Kusch et al., 1998).

- *Wirtschaftlichkeit:* Eine Versorgungsleistung ist wirtschaftlich, wenn ihre Erbringung - unter Berücksichtigung ihrer Erfordernis und Zweckmäßigkeit - im Vergleich mit alternativen Leistungen einen geringeren zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcenaufwand erfordert und/oder ihr klinischer und/oder ökonomischer Nutzen höher ausfällt (WHO, 1999), bzw. die Leistung so konstruiert ist, dass sie einen sonstigen speziellen Zweck erfüllt, z.B. von der Solidargemeinschaft zwar nicht gegenfinanziert wird, aber einen Wettbewerbsvorteil darstellt (Kusch et al., 2004).
- *Ausreichender Umfang:* Eine Versorgungsleistung ist ausreichend, wenn die zu ihrer Erbringung erforderlichen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf vorgehalten werden (vgl. hierzu Kusch et al., 2003). Dabei sollen die vorhandenen Ressourcen nicht den Versorgungsumfang bestimmen, sondern umgekehrt das Versorgungskonzept und die -strategie den erforderlichen Ressourceneinsatz.

Die Klinikleitung und/oder andere Verantwortliche im Gesundheitswesen müssen ihre formalen Ansprüche an die Zweckmäßigkeit, die Wirtschaftlichkeit und den Umfang derjenigen Leistungen spezifizieren, die sie gewillt sind ihren Patienten zukommen zu lassen, und die sie folglich dann auch in ausreichendem Umfang gewährleisten. Sie sind dabei in ihrer Entscheidung an Anforderungen gebunden, die sich zum einen aus der Evidenz und damit dem objektiven Versorgungsbedarf einschließlich den erforderlichen Interventionsformen, zum anderen aus den klinisch-technologischen Bedingungen der Umsetzung dieser Versorgungsleistungen (vgl. Teil I: Versorgungspsychologie) ergeben. Zudem sind sie an das geltende Recht gebunden; insbesondere wenn sie eine Gegenfinanzierung ihrer Leistungen beabsichtigen.

Im evidenzgestützten psychoonkologischen Versorgungskonzept, dem Behandlungsprogramm und den Behandlungspfaden ist bereits weitgehend spezifiziert, warum, wer, was, wann, mit welchem Ziel und mit wem tut. Das Versorgungsmanagement muss nun diese Spezifikationen unter Beachtung der Anforderungen der Patienten, der Klinikleitung und anderer Gruppen im Gesundheitswesen (z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss) zu einer Versorgungsstrategie zusammenfügen, die nachweislich klinischen und formalen Qualitätsansprüchen genügt. Dies erfolgt über den Weg der Evaluation des psychoonkologischen Versorgungskonzeptes, des Behandlungsprogramms und der Behandlungspfade¹² anhand der internen und externen Anforderungen und der darauf folgenden Spezifikation der Qualitätsmerkmale.

3.2.2 Evaluation des psychoonkologischen Versorgungskonzeptes

Kusch und Labouvie (1999) unterscheiden vier Formen der Evaluation von Versorgungskonzepten und Behandlungsprogrammen:

12 Das Ergebnis der Evaluation und Spezifikation ist in das CMP-Behandlungsprogramm (2004) eingegangen. Die Evaluation erfolgte dabei nicht im Diskurs mit den beteiligten Gruppen, sondern anhand von Informationen über die wesentlichen Ansprüche an die Qualität psychoonkologischer Versorgung.

- Prospektive oder „*front-end*“ Evaluation: Ist das Konzept/Programm prinzipiell für seinen Bestimmungszweck geeignet?
- Prozess-Evaluation: Kann das Konzept/Programm zweckdienlich umgesetzt werden?
- Ergebnis-Evaluation: Führt das Konzept/Programm zu den erwünschten Zielen?
- Gesundheitspolitische Evaluation: Ist das Konzept/Programm mit gesundheitspolitischen Anforderungen konform?

Voraussetzung für die Evaluation sind klare vorgegebene oder selbst gesetzte Anforderungs- oder Sollkriterien, anhand derer das Konzept bewertet werden kann. Das Ergebnis der Evaluation ist die Spezifikation der klinischen und formalen Qualitätsmerkmale des Versorgungskonzeptes bzw. Behandlungsprogramms (CMP-Behandlungsprogramm 2004), anhand derer es begleitend zu seiner klinischen Umsetzung empirisch evaluiert wird (vgl. Teil III: Versorgungsforschung).

In der Evaluation wird zwischen einer internen Bewertung, die aus Perspektive der Abteilung bzw. lokalen Einrichtung erfolgt, und der externen Bewertung unterschieden, in der national gültige Anforderungen zu beachten sind (Kusch, 2003). Zukünftig werden voraussichtlich auch die Sichtweisen der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen mit in die Bewertung eingehen (GMG, 2003).

Im folgenden sind Kernpunkte der internen und externen Evaluation der psychoonkologischen Versorgungskonzeptes und Behandlungsprogramms aufgeführt:

3.2.2.1 Prospektive Evaluation

Evaluiert wird hierbei die Angemessenheit des Versorgungskonzeptes und seiner intendierten praktischen Umsetzung in den Aspekten des Versorgungsbedarfs sowie der Bedarfsdeckung einschließlich ihren Komponenten, der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation.

- *Versorgungsbedarf*: Die Anforderungen an den Versorgungsbedarf leiten sich ab aus den externen gesundheitspolitischen Konventionen zur humanen, wirtschaftlichen und „medizinisch notwendigen“ Versorgung, der wissenschaftlichen Evidenz sowie den internen Ansprüchen von Klinikleitung und Leistungserbringer und schließlich von den Patientenwünschen.
- *Objektiver Bedarf*: In der Psychoonkologie ist ein objektiver Versorgungsbedarf bei ca. 25-30% der Betroffenen mit einer klinisch relevanten psychischen Störung gegeben. Die Bedarfsdeckung erfolgt mittels der „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ (SPP).
- *Angebrachter Bedarf*: Die hinreichende wissenschaftliche Evidenz zu spezifischen Problem- und Bedürfnislagen von Krebs betroffenen Menschen stellt Anforderungen an die Bedarfsdeckung. Als angebracht werden im CMP-Behandlungsprogramm (2004) insgesamt 8 unterschiedliche Problem- und Bedürfnislagen zu Behandlungsbeginn bzw. am Behandlungsende und 12 Belastungsaspekte angesehen, die im Behandlungsverlauf auftreten können. Die Bedarfsdeckung erfolgt mittels der im „Psychoonkologischen Hilfeplan“ vorgesehenen „Psychosozialen Interventionen“ bzw. auf Basis der „Social Nurse Checklist“ und der „Psychoonkologischen Nachsorge Checkliste“.

- *Wünschenswerter Bedarf*: Patienten haben zuweilen einen subjektiv empfundenen Gesprächsbedarf, der sich als Wunsch nach „weiterführenden Gesprächen“ äußert. Er ist im CMP als ein Aspekt der Problem- und Bedürfnislage aufgenommen und wird entsprechend erfüllt.
- *Versorgungsanforderung*: Als vierte Kategorie eines Versorgungsbedarfs ist im CMP die Versorgungsanforderung durch das medizinisch-pflegerische Personal aufgenommen worden, die eine Anforderung zur Bedarfsdeckung in Krisensituationen oder Situationen extremer Belastung des Patienten aussprechen können.
- *Diagnostik*: Die Anforderungen an die Diagnostik leiten sich aus dem Versorgungsbedarf sowie Überlegungen zur Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und zum Leistungsumfang ab.
- *Bedarfsermittlung*: Im CMP werden zur Bedarfsermittlung verschiedene Instrumente und Strategien eingesetzt:

Am *Behandlungsbeginn* kommen ein Patientenfragebogen (Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme), ein valides Screeninginstrument (die HADS¹³) und die „Psychoonkologische Anamnese“ zum Einsatz. Mit dem Fragebogen kann der Anspruch der Patientenorientierung sichergestellt werden. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen ist mit dem Fragebogen und dem Screeninginstrument ebenfalls sichergestellt, da alle Patienten gescreent und nur im Bedarfsfall weitergehende kostenintensivere Strategien durchgeführt werden. Der Erfordernis der Bedarfsobjektivierung bei behandlungsbedürftigen Patienten wird durch die psychoonkologische Anamnese und das klinisch-psychologische Urteil (ICD-10, ICF, psychoonkologische Leitproblematik) genüge getan.

Während der Behandlung wird der Versorgungsbedarf über das Patientenmonitoring des Pflegepersonals anhand der „Social Nurse Checklist“ (SNC) ermittelt und durch die psychoonkologische Fachkraft objektiviert. In Krisensituationen wird der Versorgungsbedarf durch Ärzte und Pflegekräfte ermittelt. Zweckmäßig ist dieses Vorgehen, da vor allem das Pflegepersonal den Patienten in den verschiedensten Situationen und Befindenslagen erlebt, Krisen oftmals an Situationen der Patienteninformation und -aufklärung gebunden sind und die psychoonkologische Fachkraft nicht stets bei allen Patienten präsent (i.S. der zeitlichen Ressourcen) sein kann. Effizient ist dieses Vorgehen, da über die Checkliste die Leistungserfordernis dokumentiert und darüber die Leistungserbringung sichergestellt, d.h. geplant, gelenkt sowie geprüft werden kann.

Am *Behandlungsende* wird mittels des „Telefonischen Nachsorgegespräches“ anhand der „Psychoonkologischen Nachsorgecheckliste“, dem versandten „Patientenfragebogen: Ambulante Nachsorge“ incl. des validen Screeninginstruments (HADS) sowie der klinisch-psychologischen Katamnese das Behandlungsergebnis dokumentiert bzw. ein möglicher Nachsorgebedarf ermittelt. Zweckmäßig ist ein solches Vorgehen, da somit auf effiziente Weise sichergestellt wird, dass bei allen Patienten ein ggf. bestehender Nachsorgebedarf geprüft und die erforderlichen Daten zur Umset-

13 Hospital Anxiety and Depression Scale (Hermann et al., 1995).

zung der „ergebnisorientierten Psychoonkologie“ (s.u.; vgl. Teil III: Versorgungsforschung) vorliegen.

- *Bedarfsverifizierung:* Die Bedarfsverifizierung muss auf operationalen und standardisierten Kriterien beruhen, um die Patienten entsprechend ihrem Bedarf gerecht zu versorgen, d.h. den ermittelten Bedarf mit den vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen rational zu erfüllen und die vorgehaltenen Interventionen zweckmäßig einzusetzen.
- *Patientenscreening:* Der Fragebogen und das valide Screeninginstrument bieten zwar eine zweckmäßige und effiziente, die Patientenorientierung sicherstellende Bedarfserhebungsstrategie (Zabora et al., 2003/14), jedoch sind mit diesem Vorgehen Probleme der validen Patientenselektion und des Versorgungsumfangs verbunden:
- *Selektionsprobleme:* In der Ermittlung des objektiven Bedarfs bei gleichzeitigem Schutz eines Patienten vor „Psychopathologisierung“ muss sichergestellt sein, dass möglichst nur solche Patienten einer weitergehenden psychoonkologischen Bedarfsobjektivierung (Anamnese) zugeführt werden, bei denen ein klares Risiko für eine psychische Störung vorliegt und Patienten nicht fälschlicher Weise als „gering belastet“ beurteilt werden, obwohl sie ein schwerwiegendes Problem haben. Ein HADS cut-off-Wert von > 14 erfüllt die Anforderungen an die Selektivität und Spezifität der Patientenselektion (CMP-Behandlungsprogramm, 2004). Zwar werden damit etwas mehr objektiv (gemessen am klinischen Urteil) nicht behandlungsbedürftige Patienten erfasst, jedoch erscheint dies als gerechtfertigt, da die Indikation zur „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ von der, nach der „psychometrischen Risikobeurteilung“ eingeleiteten psychoonkologischen Anamnese abhängt.

Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs ergeben sich keine Selektionsprobleme, da hier die subjektiv empfundene Problem- und Bedürfnislage des Patienten nicht nur ausreichend, sondern sogar das alleinige Kriterium für die Problemselektion ist. Das Problem der Effizienz und des Ressourceneinsatzes wird darüber kontrolliert, dass über die im Patientenfragebogen festgeschriebenen Inhalte zur Ermittlung des subjektiven Bedarfs und anhand der bedarfsanzeigenden Kriterien (d.h. vorgegebene Schwellenwerte) der Zugang zur psychosozialen Intervention und ihr Umfang geregelt werden.

- *Versorgungsumfang:* Da mit der Festlegung des cut-off-Wertes und der Schwellenwerte, aber auch der Inhalte des „Patientenfragebogens: Stationäre Aufnahme“ und der „Social Nurse Checklist“ unmittelbar ein Effekt auf den Versorgungsumfang ausgeübt wird, sind klare Überlegungen zu den verfügbaren bzw. einzusetzenden personellen Ressourcen erforderlich. Generell gilt: Je geringer ein Wert angesetzt und je mehr Versorgungsinhalte in die Fragebögen aufgenommen werden, um so mehr personelle Kapazitäten sind erforderlich.
- *Bedarfsgerechtigkeit:* Fragen der Bedarfsgerechtigkeit sind erst nach einem gesellschaftlichen Diskurs zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen rational zu treffen (vgl. u.a. ZEKO, 2000). Aus humanistischer Sicht ist es durchaus sinnvoll, primär diejenigen Patienten psychosozial zu versorgen, deren „objektives“ Leid am höchsten ist. Aus öko-

14 Dabei kommen eine kostengünstige Erhebungsstrategie (Patientenfragebogen) für alle konsekutiv aufgenommenen und eine kostenintensive Strategie (psychoonkologische Anamnese) für die 30% der Hochrisikopatienten zum Einsatz.

nomischer Sicht kann es dagegen durchaus am sinnvollsten sein, nur solche Patienten psychosozial zu betreuen, die gering oder mittelgradig leiden, jedoch nicht psychisch gestört sind, da diese Patienten unter Umständen am ehesten von psychosozialer Versorgung profitieren. Aus Perspektive der medizinischen und pflegerischen Behandlung kann es dagegen besonders sinnvoll sein, nur Krisenpatienten oder solche mit geringer „adherence“ zu versorgen (WHO, 2003). Schließlich mag sich eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka als hoch effiziente Versorgungsstrategie erweisen (NCCN, 2003).

Im CMP werden primär hochbelastete Patienten mit psychotherapeutischen Mitteln psychoonkologisch versorgt („Stationäre Psychoonkologische Psychotherapie“), alle Patienten erhalten Information und Aufklärung durch Ärzte und Pflegekräfte („Psychoonkologische Gesprächsführung“) und bei vorselektierten Problemen und Bedürfnissen werden verhaltensmedizinisch ausgerichtete Case Management Strategien („Psychosoziale Interventionen“) eingesetzt.

- *Indikation:* Die Einleitung einer zweckrationalen, effizienten und ausreichenden psychosozial-psychoonkologischen Versorgung setzt Klarheit über Fragen der Bedarfsgerechtigkeit und der daraus resultierenden bedarfsgerechten Versorgung voraus. Im CMP ist die Indikationsstellung eindeutig in den Verfahren zur Bedarfsermittlung, dem „psychoonkologischen Hilfeplan“ sowie den Kriterien der „Risikobeurteilung“ und „psychoonkologischen Diagnostik“ geregelt.
 - Alle Patienten erhalten die Patienteninformation und -aufklärung.
 - Patienten mit speziellen Problem- und Bedürfnislagen erhalten die Patientenunterstützung und -anleitung.
 - Patienten mit hohen Belastungen und psychischen Störungen erhalten die psychoonkologische Behandlung.

Entscheidungen zur Diagnostik und Indikation determinieren den Umfang der psychoonkologischen Versorgung und damit den Ressourcenaufwand. Im Folgenden soll anhand einer Kapazitätsplanung ein Stellenschlüssel entwickelt werden, der Aussagen über den erforderlichen zeitlichen Aufwand ableitet. Im Ergebnis ist festzustellen, dass bei Anwendung des vorgestellten Versorgungsprogramms eine volle Stelle in der Lage ist, ca. 500 stationär aufgenommene Patienten zu versorgen.

Diese Aussage ist wie folgt zu begründen: Von den 500 aufgenommenen Patienten bedürfen ca. 30 % (= Risikogruppe I) keiner weitergehenden psychoonkologischen Betreuung, da sie aus eigenen Ressourcen (= Selbstkompetenz) in der Lage sind, sich mit den Folgen ihrer Erkrankung konstruktiv auseinanderzusetzen. Voraussetzung ist, dass diese Patienten über alle hierfür erforderlichen Informationen verfügen. Das CMP-Versorgungsprogramm geht davon aus, dass diese Patientenaufklärung sowohl von den Ärzten (im Rahmen der Diagnose-, Therapie- und Nachsorgegespräche), als auch vom Pflegepersonal erbracht wird. Das Versorgungsprogramm unterstützt diesen Prozeß durch entsprechende Checklisten, die dem klinischen Personal die Vermittlung dieser Informationen erleichtern. Der so entstehende zusätzliche Aufwand für die psychosozialen Inhalte dieser Patientengespräche beläuft sich auf insgesamt ca. 30 min pro Patient.

Bei ca. 45 % der aufgenommenen Patienten (= Risikogruppe II) werden psychosoziale Belastungen durch das Screeningsystem identifiziert, die einer qualifizierten Behandlung

durch die Psychoonkologie bedürfen. In diesen Fällen ist eine verhaltensmedizinische Betreuung (= Unterstützung und Anleitung durch psychosoziale Interventionen) indiziert, die darauf abzielt, den Prozeß der Krankheitsverarbeitung und damit das allgemeine Wohlbefinden zu fördern. Der Gesamtaufwand pro Patient beträgt bei ca. 2,5 Gesprächen á 70 min insgesamt ca. 2,9 h. Diese 70 min setzen sich zusammen aus einer mittleren Gesprächszeit von ca. 30 min sowie weiteren ca. 40 min für (a) Gespräche mit dem klinischen Personal über den Patienten, für (b) Dokumentationsleistungen und für (c) allgemeine koordinierende Aktivitäten.

Bei den verbleibenden 25 % der aufgenommenen Patienten (= Risikogruppe III) liegt eine psychische Störung (i.S. ICD-Diagnose, z.B. Angst, Depression, Traumatisierung, Anpassungsstörung) vor, die einer intensiveren psychoonkologischen Therapie bedarf. Die stationäre psychoonkologische Psychotherapie verfügt nicht über das Zeitbudget, wie es im ambulanten Setting üblich ist. Sie muss aber in der Lage sein, während der stationären Aufenthaltszeit eine Stabilisierung des Patienten zu erreichen, um ggf. eine qualifizierte Überweisung in die Nachsorge veranlassen zu können. Um diesen Stand zu erreichen, sind im Mittel ca. 6 Gespräche erforderlich. Der Aufwand für diese Gespräche beträgt – wie bei Risikogruppe II - ca. 70 min pro Gespräch, d.h. der Gesamtaufwand pro Patient umfasst ca. 7h.

Weiterhin ist eine Reserve einzuplanen, da auch Patienten, die sich im Screening als unauffällig erwiesen haben, im Laufe ihrer Therapie einen Betreuungsbedarf entwickeln können (z.B. durch eine Verschlechterung der Diagnose, den Verlauf der Operation o.ä.). Der Zugang dieser Patienten zur Psychoonkologie wird durch eine entsprechende Checkliste gesteuert, die es dem klinischen Personal auf einfache Weise ermöglicht, die Psychoonkologie anzufordern. Bei einer unterstellten Treffsicherheit des angewandten Screeningsystems von 80 % sind somit weitere 10 ± 10 % des Gesamtaufwands in der Kapazitätsplanung zu berücksichtigen.

Fasst man die o.g. Aussagen unter Berücksichtigung der erforderlichen Reserve für Versorgungsleistungen, die im Behandlungsverlauf bei Krisen und anderen Anforderungen erforderlich werden zusammen, ergibt sich der folgende, auf die Psychoonkologie bezogene Betreuungsumfang.

<i>Aufwand für:</i>	<i>Fallzahlen:</i>	<i>Betreuung durch:</i>	<i>Aufwand / Jahr:</i>
Risikogruppe II	ca. 225 Patienten	Psychoonkologie	ca. 657 h
Risikogruppe III	ca. 125 Patienten	Psychoonkologie	ca. 875 h
Reserve:		Psychoonkologie	ca. 153 h
<i>gesamt:</i>	ca. 350 Patienten		ca. 1.685 h

Tabelle 1: Kalkulierter Aufwand für die psychoonkologische Versorgung besonders belasteter Patienten.

Für 500 aufgenommene Patienten, von denen 350 durch die Psychoonkologie betreut werden, ist somit ein Aufwand von ca. 1.685 h erforderlich, dies entspricht der Kapazität einer vollen Stelle (= 1.700 h / Jahr).

Die psychosoziale Basisversorgung (Patienteninformation und –aufklärung) erhalten alle Patienten, wobei diese bei Patienten der Risikogruppe I (ca. 150 Patienten) die einzige psychosoziale Versorgungsform darstellt.

- *Intervention:* Rein ökonomisch und zweckrational betrachtet - aber volkswirtschaftlich sehr kurzfristig gedacht - scheint keine psychoonkologische Versorgung die kostengünstigste Versorgungsvariante zu sein. Wirtschaftlich gut vertretbar und mit genügender Evidenz untermauert, stellt die Patienteninformation und -aufklärung eine zweckmäßig und ohne übermäßigen zusätzlichen Ressourcenaufwand aufzubringende Patientenversorgung dar. Im Rahmen von sogenannten „Strukturierten Behandlungsprogrammen“ kann eine Case Management Strategie für Patienten mit besonderem, zumeist kostenintensivem Inanspruchnahmeverhalten bei gleichzeitig begrenztem Budget oder fixen Fallpauschalen eine durchaus effiziente Form sein, die mögliche Gewinnspanne einer Abteilung/Einsichtung auszuschöpfen (Todd & Nash, 1998). Im Fall zusätzlich verfügbarer Mittel, z.B. für Patienten mit klinisch relevanten psychischen Störungen, mag es gar klug sein, psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgungsleistungen vorzuhalten. Mit keiner der aufgezeigten Einzelleistungen werden jedoch die, in der psychoonkologischen Versorgung enthaltenen Potentiale einer praxisrelevanten, bedarfsgerechten, evidenzgestützten, transparenten und qualitätsgesicherten psychosozialen Patientenversorgung und die damit potentiell einhergehenden Gesundheitsergebnisse ausgeschöpft (vgl. Ergebnisevaluation).
- *Evaluation/Nutzen:* Die Evaluation der Ergebnisse der psychoonkologischen Versorgung auf Ebene des einzelnen Patienten erfüllt Anforderungen der Patientenorientierung, einer stationären und kontinuierlichen psychoonkologischen Versorgung sowie der ergebnisorientierten Psychoonkologie. Dem Patienten gegenüber kann anhand der Ergebnisse der psychoonkologischen Katamnese dargelegt werden, warum die Versorgung endet bzw. in welchen Aspekten eine psychosoziale Nachsorge oder eine Überweisung zur ambulanten Psychotherapie erforderlich ist. Dies ist aufgrund der krankenhausbundenen Konzeption des Case Managements Psychoonkologie unabdingbar, da ein Krankenhaus derzeit nicht die Ressourcen vorhalten kann und darf, die für eine psychoonkologische Nachsorge aufgrund des sich zwangsläufig anhäufenden Nachsorgebedarfs erforderlich würden. Auch im Rahmen der integrierten Versorgung kann eine geordnete, kontinuierliche Versorgung nur sichergestellt werden, wenn an der Schnittstelle zur ambulanten psychoonkologischen Nachsorge klare Regelungen die Nachsorgeplanung steuern. Schließlich ist die Evaluation im Einzelfall unabdingbare Voraussetzung dafür, das gesundheitspolitische Ziel, eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung (SVR, 2001) in der Psychoonkologie zu realisieren.

Die gewählte Strategie, am Behandlungsende den bestehenden Nachsorgebedarf zu erfassen und zugleich anhand der - zu Behandlungsbeginn und am -ende - durchgeführten psychometrischen Erhebung und klinisch-psychologischen Beurteilung eine fundierte Aussage zum Gesamtnutzen und zur Wirksamkeit der psychoonkologischen Versorgung treffen zu können, verdeutlicht die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dieses Vorgehens und rechtfertigt die erforderlichen Mittel.

- *Dokumentation:* Rechtliche Verpflichtungen, Erfordernisse der Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie der Steuerung der klinischen Versorgungsabläufe erfordern eine angemessene Patientendokumentation (GMG, 2003). Dabei soll im CMP die Dokumentation auch zur Planung, Lenkung und Prüfung der Versorgung geeignet sein und sämtliche

Daten enthalten, die für klinisch, administrative und qualitätssichernde Maßnahmen erforderlich sind. Nach Kusch und Mitarbeitern (1998) sollte für diese Zwecke aus einem Leistungsdokument oder -dokumentationssystem hervorgehen,

- wer eine Leistung benötigt (Bedarf),
- woraus dieser Bedarf besteht (Diagnostik/Indikation),
- welche Leistung erbracht wurde (Interventionsform),
- woraus diese Leistung bestand (Interventionsmaßnahme),
- welche unmittelbaren Ergebnisse erzielt und Versorgungserfordernisse sich ergeben (klinische Evaluation),
- welche Konsequenzen daraus folgen (Administration),
- wer diese Leistung erbringt (Qualifikation) und
- wie lange die Leistungserbringung – samt Leistungsdokumentation – dauert (Zeitaufwand).
- Anhand dieser Informationen ist nicht nur der Versorgungsprozess zu steuern, sondern auch die Fragen zur formalen und klinischen Qualität psychoonkologischer Versorgung zu beantworten (vgl. Teil III: Versorgungsforschung).

Eine typische Versorgungsleistung setzt sich wie folgt zusammen: ca. 30 Minuten für die direkte Patientenversorgung, ca. 20 Minuten für sämtliche daran gebundenen indirekten Leistungen (Arzt-, Pflegekraftgespräche, Vernetzungsarbeit, Aktenstudium) - incl. sog. Leerzeiten (Wartezeiten, Wegezeit usw.) und administrativer Zeiten (Pflege der psychoonkologischen Patientenakte, Notizen in der Pflegeakte incl. Telefonate und Schriftverkehr) - und aus dem Dokumentationsaufwand ergibt, entfallen auf die Dokumentation durchschnittlich 10 Minuten, d.h. ca. 17% der Zeitdauer einer Versorgungsleistung. Bei ca. 6 Patientengesprächen täglich sind dies 1 h Dokumentation bzw. 12,5% eines 8h Arbeitstages (Kalkulation auf Basis der Versorgungsdokumentation der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford). Die Effizienz psychoonkologischer Dokumentation wird durch eine elektronische Patientenakte optimiert, und zugleich wird ein hoher Dokumentationsstandard sichergestellt (APO, 2000-2003). Die Effizienz wird zudem ersichtlich, wenn der Aufwand mit anderen Dokumentationszeiten verglichen wird. So werden im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser zwischen 2 h 36 min und 3 h 15 min täglich für die Patientendokumentation aufgebracht, das sind ca. 33% bis 41% eines 8 h Arbeitstages (Blum & Müller, 2003).

3.2.2.2 Prozess-Evaluation

Die Prozessevaluation erfolgt auf Basis von Anforderungen, anhand derer geprüft werden kann, ob das Versorgungskonzept und das Behandlungsprogramm dafür geeignet sind, die psychoonkologische Leistungserbringung zu planen und zu lenken.

Externe, gesundheitspolitische Anforderungen und interne Anforderungen aus der prospektiven Evaluation sowie der medizinisch-pflegerischen Krebsbehandlung gehen in die Evaluation der psychoonkologischen Versorgungsabläufe (Behandlungsprogramm und Behandlungspfade) ein. Die höchste Anspruchsklasse ergibt sich daraus, dass die psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus immer eine, der Krebstherapie nachgeordnete Versorgungsleistung darstellen wird. Daher ist es von zentraler Bedeutung, ein „Metakonzept“ des medizinisch-pflegerischen Versor-

gungsablaufes im Krankenhaus zu erstellen, welches „flächendeckende“ Gültigkeit besitzt, d.h. für alle Häuser der Akutversorgung gilt.

- Das „Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus“ (Kusch et al., 2002) stellt eine Metakonzeption des medizinisch-pflegerischen Versorgungsablaufes dar. Dieses Metakonzept bildet die Grundlage der Prozess-Evaluation des Case Management Psychoonkologie.

Das Grundmodell erfüllt mit seiner vorstationären Schnittstelle und seiner Schnittstelle zur Nachsorge die Erfordernis einer Einbindung in die „Integrierte Versorgung“ (§ 140 SGB V). Es ist mit den prinzipiellen Erfordernissen strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke nach § 137f konform und berücksichtigt die im KTQ-Manual (2000) spezifizizierte Patientenorientierung in der Krankenversorgung. Damit kann die Einbindung psychoonkologischer Versorgungsleistungen in die medizinisch-pflegerischen Behandlungsabläufe eines Krankenhauses die gesundheitspolitische Erfordernis einer integrierten, strukturierten und qualitätsgesicherten Versorgung erfüllen.

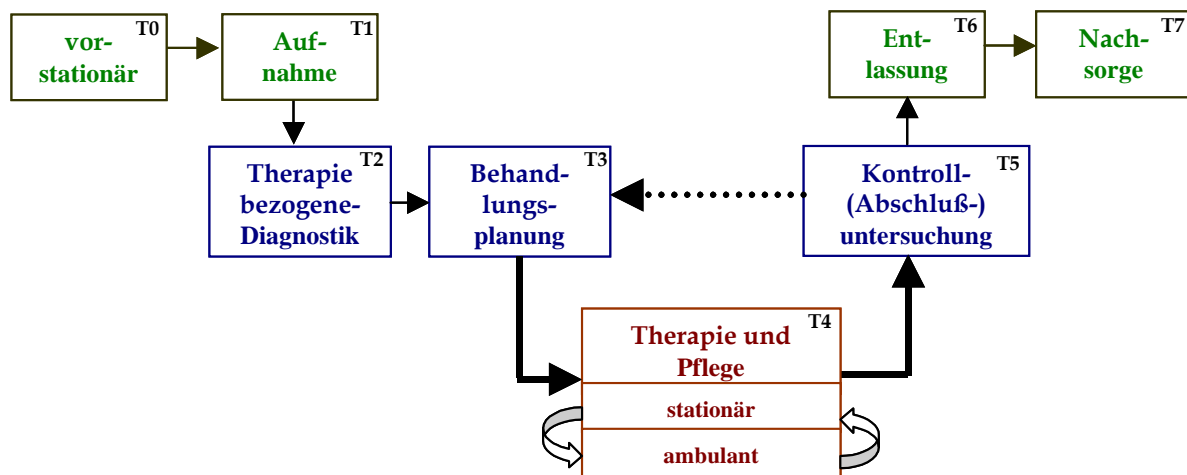


Abbildung 5: Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus (Kusch et al., 2002)

Das Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus sieht insgesamt sieben Versorgungszeitpunkte unterschiedlicher Dauer und drei Versorgungsepisoden (Beginn, während, Ende der stationären Therapie) vor:

- *Vorstationär:* Bereits vorstationär werden medizinische Untersuchungen und Diagnosen durchgeführt. Der Einsatz einer psychosozialen Screeningstrategie mittels Patientenfragebogen erfolgt derzeit nicht vorstationär, kann im Bedarfsfall aber flexibel auf diese Erfordernisse reagieren. Vorstationäre psychosoziale Interventionen sind zwar bereits heutzutage sinnvoll und möglich (Given et al., 2003), jedoch nur realisierbar, wenn dies integrierte Versorgungsformen zulassen werden (GMG, 2003).
- *Aufnahme:* Der Zugang zur psychoonkologischen Mitversorgung eines Patienten ist gegenwärtig frühestens bei seiner stationären Aufnahme möglich. Hier sind verschiedene Screeningstrategien denkbar:

- alle Patienten werden bereits bei ihrer Anmeldung im Krankenhaus¹⁵ gescreent und nach bestätigter Krebsdiagnose psychoonkologisch mitversorgt;
- alle Patienten mit Verdacht auf eine onkologische Erkrankung werden bei stationärer Aufnahme bzw. Erstaufnahme durch das Pflegepersonal gescreent;
- alle Patienten mit Krebsverdacht bzw. klarer Krebsdiagnose werden durch den Arzt nach dessen Aufnahme- bzw. Aufklärungsgespräch gescreent.

Im CMP gilt folgende Versorgungsstrategie: Bei Patienten mit rezidivfreiem Intervall von 1. Jahr bzw. ersterkrankten Patienten mit Krebsverdacht händigt das Pflegepersonal dem behandelnden Arzt die etikettierte „psychoonkologische Patientenakte¹⁶“ aus. Der Arzt führt in seinem ersten Aufklärungsgespräch unter etwaiger Zuhilfenahme der „Ärztecheckliste: Aufklärungsgespräch“ die psychosoziale Aufklärung durch, händigt dem Patienten die „Einverständniserklärung zur psychoonkologischen Mitversorgung“ aus und überreicht ihm den „Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme“.

- *Therapiebezogene Diagnostik:* Stationäre Aufnahme und therapiebezogene Diagnostik sind zeitlich eng miteinander verknüpft. Um einen zügigen Prozessablauf zu realisieren, werden die psychosozialen Patientenunterlagen vom Arzt in die sog. „Ablage Psychoonkologie“ gelegt und von der psychoonkologischen Fachkraft zeitnah ausgewertet. Bereits zu diesem Zeitpunkt führt das medizinische und pflegerische Personal die „kontinuierliche psychosoziale Versorgung“ (i.S. der Patienteninformation und Aufklärung mittels der „Psychoonkologischen Gesprächsführung“) durch; eine gesonderte Indikation ist hierfür nicht erforderlich. Begleitend zur medizinischen wird die psychoonkologische therapiebezogene Diagnostik über die Auswertung des „Patientenfragebogens: Stationäre Aufnahme“, die „Risikobeurteilung“ die Erstellung des „Psychoonkologischen Hilfeplans“ (bei entsprechender Indikation) und die Einleitung der „Psychoonkologischen Anamnese“ (bei entsprechender Indikation) durchgeführt. Ergebnis der therapiebezogenen Diagnostik ist die psychosoziale Risikobeurteilung, die klinisch-psychologische Diagnosestellung sowie das Datenmanagement, d.h. die Dokumentation versorgungsrelevanter Stammdaten der zu versorgenden Patienten im CMP-Patientendokumentations-system und die Pflege der psychoonkologischen Patientenakte.
- *Behandlungsplanung:* Wie in der medizinischen Therapie ergibt sich auch in der psychoonkologischen Mitversorgung die Behandlungsplanung in vielen Fällen als direkte Folge der diagnostischen Untersuchungen. Mit der Erstellung des Hilfeplans sind die erforderlichen psychosozialen Interventionen festgelegt und aus der psychoonkologischen Anamnese und klinischen Urteilsfindung ergeben sich die Versorgungsthemen einer ggf. angezeigten „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“. Relevante Informationen des psychoonkologischen Anamnesegespräches ergeben sich aus der Erhebung der „Lebens- und Krankheitsgeschichte“, der Klärung psychopathologischer Aspekte (unter Zuhilfenahme des ICD-10, der ICF und der Kriterien einer psychoonkologischen Leitproblematik) und der psychosozialen Aspekte (unter Zuhilfenahme des psychoonkologischen Hilfeplans). Die „Stationäre Psychoonkologischen Psychotherapie“ ist dabei

15 Diese Strategie macht eine Adaptation der Screeningbögen erforderlich, da noch weitgehende diagnostische Unklarheit besteht. Vorteilhaft ist diese Strategie, wenn alle Patienten einer Klinik gescreent werden sollen bzw. bei einer auf Krebspatienten spezialisierte Einrichtung.

16 In der Patientenakte sind alle relevanten Unterlagen für die psychoonkologische Versorgung enthalten.

nur bei Patienten mit klarer psychischer Störung/bzw. gravierenden Belastung angezeigt¹⁷. Eine differentielle Indikationsstellung erfolgt durch den Psychotherapeuten¹⁸.

- *Therapie und Pflege:* Die psychoonkologische Versorgung verläuft parallel zur medizinischen Therapie und zur Pflege. Hierbei sind zwischen den Behandlungspfaden folgende explizite Schnittstellen vorgesehen.
 - *Indirekte Leistungen:* Über die indirekten Versorgungsleistungen (z.B. Stationsübergaben, Stationskonferenzen, Gespräche über den Patienten usw.) kooperieren die psychoonkologischen Fachkräfte mit dem medizinisch-pflegerischen Behandlungsteam.
 - *Anforderung:* Das medizinisch-pflegerische Behandlungsteam kann über den Direktkontakt (z.B. in Krisensituationen und Situationen hoher Belastung) sowie über die „Social Nurse Checklist“ eine psychoonkologische Mitversorgung anfordern.

Die psychosoziale Versorgung durch den behandelnden Arzt erfolgt kontinuierlich über die „Psychoonkologische Gesprächsführung“ und über die Patienteninformation und -aufklärung während eines Befundgespräches (ggf. anhand der Ärztlichen Checkliste: Befundgespräch).

Das Pflegepersonal führt in dieser Behandlungsphase neben der kontinuierlichen psychosozialen Versorgung das Patientenmonitoring durch, um etwaige psychosoziale Belastungen zu identifizieren und anhand der „Social Nurse Checklist“ eine psychosoziale Intervention einzuleiten.

Die psychoonkologische Fachkraft führt „Psychosoziale Interventionen“ und/oder die „Stationäre Psychoonkologischen Psychotherapie“ durch.

- *Kontroll-, Abschlussuntersuchungen:* Kontroll- und Abschlussuntersuchungen dienen in der Gesundheitsversorgung der adaptiven Indikation und Therapieevaluation. Da in der psychoonkologischen Versorgung ebenso wie in der Krebstherapie der „Mikroverlauf“ einer Fallbehandlung nicht vorhergesagt werden kann, sind wiederholte Kontrolluntersuchungen erforderlich. Diese werden in der psychoonkologischen Versorgung
 - extern über das Patientenmonitoring durch das Pflegepersonal und der entsprechenden Prüfung des psychosozialen Interventionsbedarfs durch die psychoonkologische Fachkraft und
 - intern bei klarer Veränderung der Belastungssituation eines Patienten, über die Vergabe einer „adaptiven Diagnose“ durch die psychoonkologischen Fachkraft und einer entsprechend adaptierten psychosozialen Intervention umgesetzt.

Abschlussuntersuchungen sind in der psychoonkologischen Versorgung - ähnlich wie in der Medizin - nicht als endgültig gedacht, zumal ein Patient mit Komplikationen oder einem frühen Rezidiv wieder stationär aufgenommen wird. Dennoch sind Abschlussuntersuchungen für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung unverzichtbar. Im CMP erfolgt die Abschlussuntersuchung aus Gründen der Versorgungsorganisation (insbesondere i.S. der Machbarkeit und des organisatorischen Aufwandes für die Erhebung) und integrierten Versorgung (i.S. einer Indikation zur psychoonkologischen Nach-

17 Entsprechende operational definierte Kriterien liegen im CMP-Behandlungsprogramm vor.

18 Diese wird im Interventionsmodul des Patientendokumentationssystem dokumentiert.

sorge) im 3. Monat nach der stationären Erstaufnahme. Dies ist ein Zeitpunkt, zu dem viele stationäre Krebstherapien bereits beendet und die erste psychosoziale Adaptation des Patienten an die Nachsorgephase erfolgt sind.

- *Entlassung:* Da es organisatorisch schwer zu realisieren ist, dass die psychoonkologische Fachkraft bei jeder Entlassung eines Patienten ein Abschlussgespräch führt, sind im CMP dem ärztlichen Entlassungs- und Nachsorgeplanungsgespräch psychosoziale Inhalte (über die Ärztliche Checkliste: Nachsorgeplanungsgespräch) beigelegt.
- *Nachsorge:* Die psychosoziale Nachsorge erfolgt im CMP anhand des „Telefonischen Nachsorgegesprächs“ und einer kriteriengeleiteten Indikation zur ambulanten Psychotherapie, zur Betreuung durch psychosoziale Dienste oder zum Kontakt zu Selbsthilfegruppen.
- *Kontinuität der stationären psychoonkologischen Versorgung:* Werden vormals erkrankte und bereits psychoonkologisch versorgte Patienten aufgrund einer Rezidiv-erkrankung wiederholt stationär aufgenommen, so werden sie gemäß ihrer „Entlassungsdiagnose“ - die Teil psychoonkologischen Katamnese ist - weiter betreut. Dies kann im Rahmen der „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ und/oder bei Anforderung (mündlich bei Krisen oder über die Social Nurse Checklist) erfolgen.

Die Bestimmung und Festschreibung der Versorgungsablauforganisation innerhalb der einzelnen Behandlungspfade ergibt sich aus der hier dargelegten Einbindung der psychoonkologischen Versorgungsleistungen in den medizinisch-pflegerischen Behandlungsablauf. Die gesamte psychoonkologische Versorgungsstrategie ist im CMP-Behandlungsprogramm (2004) dargelegt (s.u.).

3.2.2.3 Ergebnis-Evaluation

Die Ergebnisevaluation erfolgt auf Basis von Anforderungen, anhand derer geprüft werden kann, ob die Umsetzung des Versorgungskonzeptes und des Behandlungsprogramms, die gewünschten Effekte hinsichtlich seiner Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität tatsächlich erbringt.

- *Wirksamkeit:* Die klinische Wirksamkeit der psychoonkologischen Versorgungsstrategie soll anhand der Parameter Morbidität, Funktionalität, Lebensqualität und Zufriedenheit überprüfbar sein (Davies et al., 1994). Sie stellt sich als objektiver Nutzen dar, wenn sie anhand valider Instrumente und Kriterien ermittelt wird, und als subjektiver Nutzen, wenn sie die individuelle Problem- und Bedürfnislage widerspiegelt. Die Wirksamkeit des CMP-Behandlungsprogramms (2004) wird geprüft über (vgl. Kusch et al., 2003):
 - den Prä-Post-Vergleich anhand
 - a) eines validen Verfahrens (HADS; Hermann et al., 1995)
 - b) valider Items zur Allgemeinen Lebensqualität, zum Allgemeinen Gesundheitszustand, zur Funktionalität und zum psychischen Befinden (Distress-Thermometer, Roth et al., 1998),
 - c) dem klinisch-psychologischen Urteil und
 - d) der aktuellen Problem- und Bedürfnislage des Patienten;
 - den Prä-Verlauf-Post-Vergleich, anhand der Versorgungsverlaufsbeurteilung durch

- a) die psychoonkologische Fachkraft in den Therapeutenvariablen der Beziehung, Klärung und Problemlösung und
- b) die Pflegekräfte in den Variablen der „Social Nurse Checklist“, sowie
- des Risikogruppenvergleichs - „between-group-Ansatz“ (Krause & Howard, 1999) - in dem der Prä-Post-Vergleich in Abhängigkeit der psychometrisch ermittelten psychosozialen Risikogruppen I, II und III durchgeführt wird.

Die Wirksamkeit der psychoonkologischen Versorgung hinsichtlich des ökonomischen Nutzens soll anhand von Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt werden, in denen die Kosten für die psychoonkologische Versorgung ökonomischen Nutzenwerten gegenübergestellt werden. Zu den Kosten für die psychoonkologische Versorgung zählen - neben dem vergleichsweise geringen Mehraufwand des ärztlichen und pflegerischen Personals für die psychosoziale Mitversorgung und den Materialkosten - die Personalkosten der psychoonkologischen Fachkräfte. Zu den Parametern des ökonomischen Nutzens zählen die Krankenhauskosten (z.B. Kosten der stationären Therapie), Arzneimittel, Krankengeld, Pflege, stationäre Rehabilitation. Zudem sollten die Nutzeneffekte auf Seiten der Patienten, die in Häusern mit psychoonkologischer Versorgung erzielt wurden, mit denen aus Häusern ohne psychoonkologischer Versorgung verglichen werden.

- *Wirtschaftlichkeit:* Die Wirtschaftlichkeitsprüfung psychoonkologischer Versorgung bezieht sich auf die Effizienz der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der medizinpsychologischen und ökonomischen Effektivität (Kusch et al., 2004). Sie soll klinikvergleichend anhand von Daten zum Ressourceneinsatz (z.B. Art, Häufigkeit und Dauer) erfolgen und im wesentlichen die Frage beantworten, welcher Ressourceneinsatz mit welchem Outcome einhergeht (Dosis-Effekt-Modell).
- *Qualität:* Die Evaluation der Qualität psychoonkologischer Versorgung wird geprüft, ob die tatsächlich erbrachte Versorgungsleistung die an sie gestellten Anforderungen erfüllt. Es wird geprüft, ob das, was als „das Richtige“ in der psychoonkologischen Versorgung betrachtet wird, auch „richtig“ umgesetzt wird. Da die Evaluation der Qualität psychoonkologischer Versorgung anhand formaler und klinischer Qualitätskriterien und -indikatoren erfolgt, müssen zuvor die Anforderungen an das Versorgungskonzept, das Behandlungsprogramm und die Versorgungsablauforganisation schriftlich formuliert sein (Qualitätsmerkmale). Die Qualitätsmerkmale der Versorgungsstrategie müssen dann in Qualitätskriterien übertragen werden, deren Indikatoren eine empirische Prüfung ermöglichen (ÄZQ, 2001). Erst nachdem das psychoonkologische Versorgungskonzept entwickelt, bewertet und implementiert ist, kann die „Angemessenheit psychosozialer Praxis“ empirisch überprüft werden (Kusch et al., 2003).

3.2.2.4 Gesundheitspolitische Evaluation

- Die Konformität des psychoonkologischen Versorgungskonzeptes und Behandlungsprogramms mit den gesundheitspolitischen Anforderungen ist sicherzustellen. Dies erfolgt, indem bereits in der prospektiven, der Prozess- und der Ergebnisevaluation gesundheitspolitische Überlegungen als externe Anforderungen Berücksichtigung finden. Werden gesundheitspolitische Überlegungen nicht bereits in der Entwicklung und Evaluation der psychoonkologischen Versorgung bedacht, so stellen sie sich spätestens

nach erfolgreicher Prüfung als eine Barriere bei der flächendeckenden Programmumsetzung dar. Selbst bei erfolgreicher Prüfung sind immer noch viele Hürden bis zu einer gewünschten Gegenfinanzierung zu überwinden, jedoch stehen diese Barrieren außerhalb des Einflussbereiches der Versorgungspsychologie.

Was die Versorgungspsychologie und das Versorgungsmanagement leisten können und müssen, sind die Konsentierung der Qualitätsmerkmale psychoonkologischer Versorgung sowie die Umsetzung des konsentierten Versorgungskonzeptes in eine verbindliche Versorgungsstrategie. Die Qualitätsmerkmale des Case Management Psychoonkologie befinden sich derzeit in der fachlichen Diskussion der maßgeblichen Gremien und sind bereits in weiten Teilen beschlossen (CMP-Behandlungsprogramm, 2004).

3.3 Versorgungsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms

Die Versorgungsstrategie wird auf Basis der Qualitätsmerkmale entwickelt (vgl. Anhang 1). Während das Versorgungskonzept und das Behandlungsprogramm im klinischen Kompetenzbereich liegen und hier die klinisch-therapeutische Umsetzung der psychoonkologischen Versorgung geregelt wird, liegt die Versorgungsstrategie im Kompetenzbereich des Managements eines Klinikums und regelt die Umsetzung der psychoonkologischen Versorgung als Dienstleistung. Mit der Betrachtung psychoonkologischer Versorgungsleistungen als Dienstleistungen kommt der Versorgungstätigkeit ein verbindlicher und zweckbezogener Status zu.

Die Verbindlichkeit psychoonkologischer Dienstleistungen macht den verpflichtenden Charakter ihrer Erbringung deutlich (tätigkeits-bezogene Leistung). Sie regelt damit die Art und den Umfang einzelner zu erbringender Versorgungsleistungen sowie das Zusammenspiel der einzelnen an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Personen (vgl. Abb. 6).

Die Zweckbezogenheit psychoonkologischer Dienstleistungen macht deutlich, dass diese auf ein Ergebnis ausgerichtet ist. Die Ergebnisorientierung psychoonkologischer Versorgung ist dabei nicht ausschließlich auf einen klinischen Outcome bezogen, sondern auch darauf, dass der Erbringung einer Leistung bestimmte Merkmale zugeordnet sind, an denen diese beurteilt werden kann (Qualitätskriterien).

Das Zusammenwirken von tätigkeits- und ergebnisbezogener Leistung bedeutet, dass z.B. das Ergebnis der Patientenbefragung und Risikobeurteilung zur Gruppierung eines Patienten in drei Risikogruppen führt und diese Zuordnung regelt, welche Folgeleistungen ein Patient erhält. In der Versorgungsstrategie sind sämtliche „qualitätsrelevante“ Versorgungsleistungen in dem hier dargelegten Sinne spezifiziert (vgl. Abb. 6).

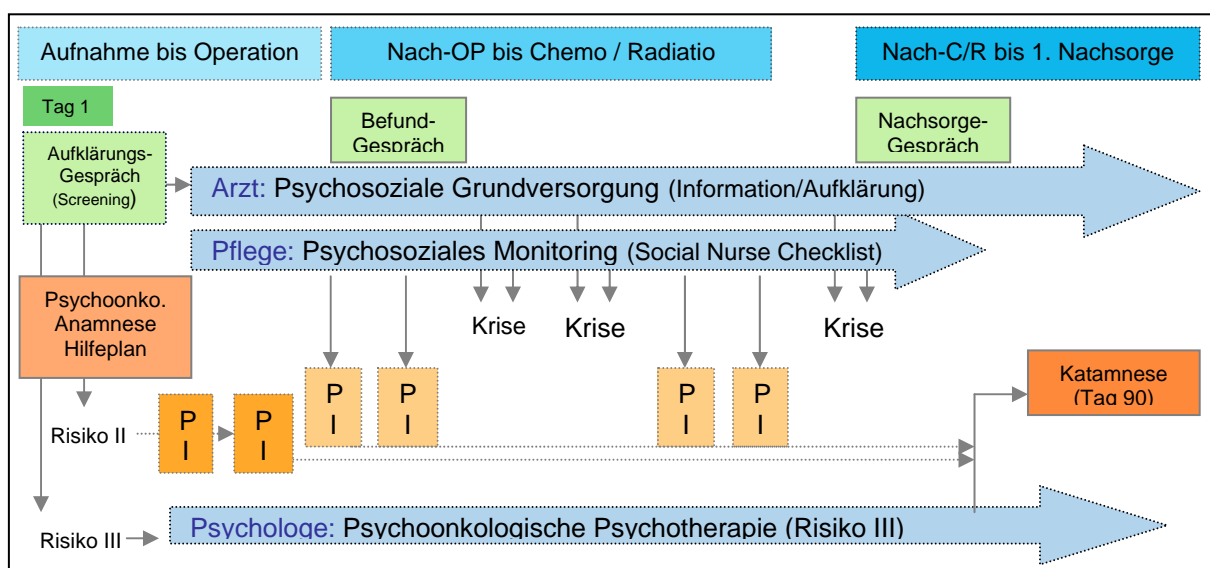


Abbildung 6: Versorgungsstrategie des Case Management Psychoonkologie (PI = Psychosoziale Intervention)

Der Formalismus, auf dem die Konzeption der Versorgungsabläufe innerhalb der einzelnen Behandlungspfade basiert und derjenige, der die interdisziplinäre Koopera-

tion im Versorgungsprozess regelt, sind den klinisch-psychologischen Techniken und denen des Case Managements (s.o.) entliehen (vgl. Abb. 7).

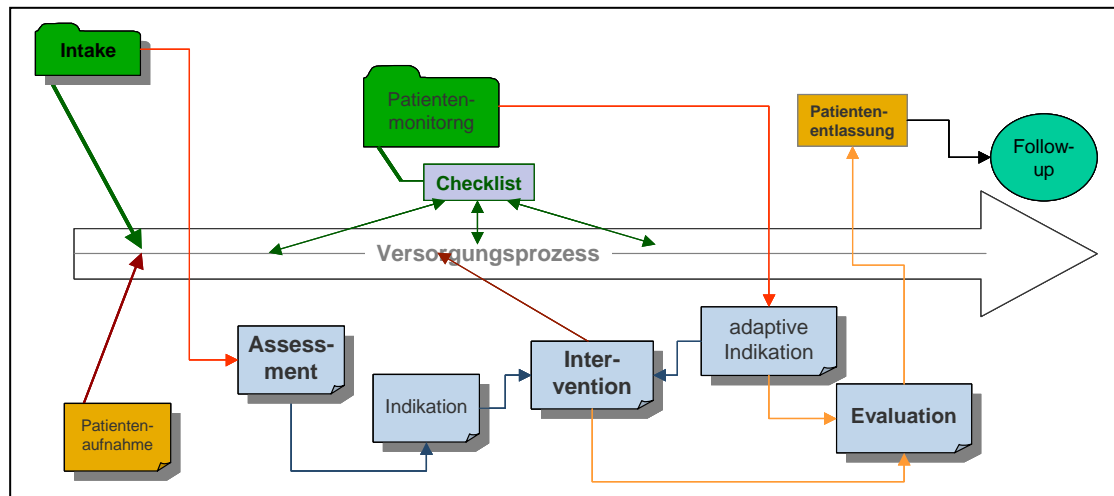


Abbildung 7: Formalismus und Konzept der Organisation von Versorgungsabläufen

Erst die Spezifizierung und Operationalisierung der Wesensmerkmale einer Versorgungsleistung hinsichtlich des Inputs, der Prozesse und des Outputs ermöglichen es, die Organisation und den Ablauf ihrer Erbringung im Zusammenspiel anderer Leistungen zu bestimmen. Die Leistungsoperationalisierung, wie sie im Behandlungsprogramm erfolgt, ist Voraussetzung für eine eindeutige Regelung der einzelnen Dienstleistungen und ihrer Konstellation.

Die Festschreibung einer Dienstleistung und ihrer Erbringung durch das Management regelt dabei nur dass, wann und wie einzelne Leistungen zu erbringen sind (formale Qualität). Warum und welche Leistungen zu erbringen sind, wird durch das Versorgungskonzept und klinische Behandlungsprogramm vorgegeben (klinische Qualität). Nur so kann das Krankenhausmanagement Zugriff auf die Planung und Lenkung der Behandlung erhalten und darüber die richtige oder rationale Leistungserbringung - i. S. von „care“ - zu managen, ohne dabei auf die klinischen Zwischen- und Endprodukte psychoonkologischer Versorgung Einfluss zu nehmen - i. S. von „cure“ -.

Sind klinische Versorgungsleistungen einmal operationalisiert und festgeschrieben, können sie wie Dienstleistungen in ein zweckrationales und verbindliches Dienstleistungsmodell übertragen und die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden.

In der Versorgungsstrategie sind die Versorgungsorganisation und die Versorgungsabläufe verbildlich festgelegt, so dass eine Krankenhaus- oder Abteilungsleistung vorgeben kann „*warum, wer, was, wann, wie, mit welchem Ziel und mit wem tut*“ (Kusch & Kanth, 1997). Dies stellt ein optimales „Care Management“ und eine Leistungserbringung in fachlich gebotener Qualität sicher. Das letztendliche Ergebnis der psychoonkologischen Versorgung kann durch ein solches Vorgehen aber nur wahrscheinlicher gemacht, nicht jedoch garantiert werden. Das Ergebnis hängt von verschiedenen Faktoren ab: So muss u.a. das Ergebnis messbar sein, die Kliniker müssen über die erforderliche Qualifikation verfügen und die Versorgungsprozesse

müssen derart sein, dass darüber das Richtige auch richtig gemacht werden kann. Dies bedeutet aber, dass es nicht ausschließlich der Kliniker ist, der für die Ergebnisse psychoonkologischer Versorgung verantwortlich ist, sondern die prinzipielle Beeinflussbarkeit eines Problems und die vorhandenen organisatorischen und ablauf-technischen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung.

Das Gesundheitsergebnis stellt dennoch das Produktionsziel eines Krankenhauses dar, und an diesen Ergebnissen soll es gemessen und bewertet werden. Auch das Ergebnis psychoonkologischer Versorgung ist daher relevant, und hierbei nicht allein das klinische Ergebnis („cure“), sondern auch dasjenige seiner Produktion („care“). Dies macht es erforderlich, sowohl die Leistungserbringung wie auch ihr Ergebnis zu messen.

Im Managementsektor gelten drei fundamentale Grundsätze (Sharman, 1998):

„You can not manage, what you can not measure“.

„What gets measured gets done“.

„Measurement influences behavior“.

Wenn Versorgungsleistungen operationalisiert sind und ihre Erbringung klar geregelt ist, können die Leistungsinhalte und ihre Ergebnisse erfasst und daraus Schlussfolgerungen gezogen werden. Nur so werden die drei Managementgrundsätze in Form des Qualitätsmanagements, der Qualitätssicherung und der kontinuierliche Qualitätsentwicklung möglich. Daher ist die Dienstleistungserfordernis zu *„notieren, was konkret getan und welches Ziel tatsächlich erreicht wurde!“* unabdingbar (Kusch & Kanth, 1997).

Die Dokumentation der Leistungsanlässe (input), der Leistungserbringung (Operationen) und der Leistungsergebnisse (output), sowohl auf klinischer wie formaler Ebene, sind elementarer Bestandteil des Case Management Psychoonkologie.

3.4 Dokumentationsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms

Zur Versorgungsstrategie des CMP gehört es, die Leistungsdokumentation mit der Planung, Lenkung und Prüfung der Leistungserbringung zu verknüpfen. Dies wird erreicht, da das Dokumentationssystem in seinem Aufbau an die Versorgungsabläufe der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation angeknüpft ist. Von seinen Inhalten her ist das System so aufgebaut, dass alle für die psychoonkologische Versorgung erforderlichen Informationen im System begleitend zur Leistungserbringung dokumentiert werden. Einem einmal dokumentierten Datum¹⁹ kann dabei im weiteren Versorgungsablauf die Funktion zukommen, die Leistungserbringung zu lenken und in Kombination mit anderen Dokumentationsinhalten auch die Leistung zu prüfen. Darüber hinaus wird das Dokumentationssystem auch genutzt, um dem klinisch Tätigen alle versorgungsrelevanten Produkte (Materialien, Fragebögen, Diagnose-schlüssel, administrative Daten usw.) online verfügbar zu halten und ihm Erinnerungshilfen zu geben (z.B. bei dem telefonischen Nachsorgegespräch), so dass auch

19 Ein Datum ist ein dokumentierter Versorgungsaspekt bzw. -inhalt.

bei einem umfangreichen Patientenpool eine gleich hohe Versorgungsqualität erhalten bleibt.

Das Access-basierte Dokumentationssystem des CMP ist modular aufgebaut. In den insgesamt 5 Modulen (Stammdaten-, Diagnose-, Indikations-, Interventions- und Evaluationsmodul) sind die zu dokumentierenden Versorgungsinhalte nach klinischen oder administrativen Gesichtspunkte aufgebaut (vgl. Schaubild 1). Den Modulen können thematisch verwandte Submodule untergeordnet sein, in denen z.B. Fragebogendaten eingegeben werden oder anhand derer ein psychoonkologischer Befund erstellt werden kann. Schließlich lassen sich bei weitergehender Spezifikation der psychoonkologischen Interventionen Module erstellen, anhand derer die spezifische Leistungsform dokumentiert werden kann.

The screenshot shows a Microsoft Access form titled 'Patientenverwaltung: Formular'. The form is organized into several sections with tabs at the top: 'Stammdaten', 'Diagnostik', 'Prä- und Post-Daten', 'Indikation', 'Intervention', and 'Evaluation'. The 'Stammdaten' section includes fields for 'PatID' (1), 'Name' (Mustermann), 'Vorname' (Hans), and 'Geburtsdatum' (18.03.1945). Below this, there are checkboxes for 'Patient/in verstorben' and fields for 'Datum Aufnahme' (01.03.2004), 'Alter bei Aufnahme' (58), and 'Station d. Aufnahme' (1A). The 'Diagnostische Daten' section is divided into three sub-sections: 'Diagnostik: medizinisch' (Erstdiagnose: Nieren-Ca, Diagnose (akt.):), 'Diagnostik: krankheitsbedingt' (Belastungsgrund, Medizinische Belastungsgruppe, Allgemeinzustand, Schwere der Krebstherapie, Schweregrad der Erkrankung), and 'Diagnostik: psychosozial' (HADS - Angst: 7, HADS - Depression: 9, Emot. Befinden: 12, Risikogruppe (psychometr.): Risikogruppe III, Klinischer Schweregrad: Schweregrad III, Adaptiver Klinischer Schweregrad: Schweregrad III). The 'Interventionsdaten' section includes 'letzte Therapievereinbarung' (Erneuter Termin 22.08.04), 'Zahl der Kontakte' (1), 'Zahl der Interventionen lt. SNC' (0), and 'Zahl der Krisen' (0). It also includes 'Verlauf: Therapievereinbarung' (20.08.2004, Erneuter Termin 22.08.04) and 'Verlauf: Interventionsart' (20.08.2004, Stat. PO-Psychotherapie (SPP)).

Schaubild 1: Indikationsmodul des Patientendokumentationssystem

Ein Handbuch zum Patientendokumentationssystem des Case Management Psychoonkologie (CMP-Pat.doc) leitet den ungeübten Anwender in der Nutzung des Dokumentationssystems an.

Das Dokumentationssystem erlaubt es, die aufgenommenen Daten hinsichtlich administrativer, klinischer und qualitätsrelevanter Fragestellungen auf unterschiedlichem statistischen Niveau automatisiert auszuwerten und die Ergebnisse graphisch darzustellen. Dies erleichtert die zügige Erstellung von Berichten für administrative Zwecke, für die Belange der internen und externen Qualitätssicherung sowie die Rückmeldung der Leistungszahlen an den Kliniker (vgl. Teil III: Versorgungsforschung).

3.5 Implementierungsstrategie des CMP-Behandlungsprogramms

Die Implementierung befasst sich mit Aufgaben der Einführung der Versorgungsstrategie in die klinische Praxis und ihrer Durchführung unter Bedingungen der täglichen Routineversorgung. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Versorgungskonzeption, das Behandlungsprogramm mitsamt den Behandlungspfaden von den Klinikern vor Ort angenommen und umgesetzt wird, wird durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst (Kusch et al., 1998). Hierzu zählen die Beteiligung der Kliniker an der Entwicklung der Versorgungsstrategie, die Schulung vor Ort sowie die Begleitung während der klinischen Routineversorgung (Grimshaw et al., 1995). Ein wesentlicher erleichternder Faktor ist zudem gegeben, wenn die klinisch Tätigen versorgungsbegleitend über sämtliche relevanten Unterlagen, Informationen und patientenbezogenen Daten verfügen.

Die Versorgungsleistungen des CMP und deren Abfolge sind formuliert schriftlich und graphisch in Form von Versorgungsablaufalgorithmen veranschaulicht. Zur Optimierung der Darstellungsweise, zur Vor-Ort-Schulung und klinischen Anwendung des CMP-Behandlungs-programm sind die gesamte Versorgungsstrategie und die entsprechenden Schulungsunterlagen mit einem Softwaresystem erstellt worden und stehen dem Nutzer als html-Version online zur Verfügung (vgl. Schaubild 2; Algorithmus der „Stationären Intervention“).

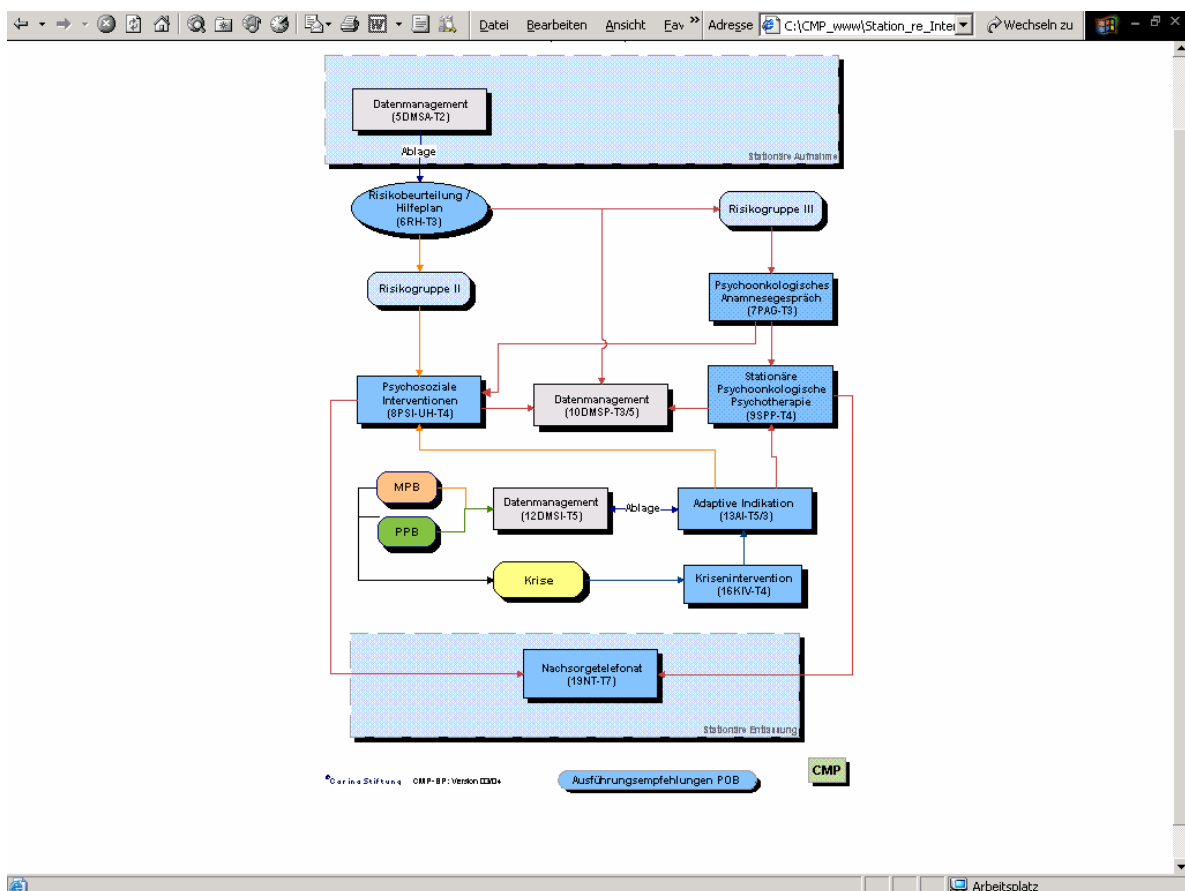


Schaubild 2: Algorithmus zur „Stationären Intervention“

Die Algorithmen der html-Version des CMP sind mit Hilfe einer Flowchart-Grafik-Software erstellt worden, die es erlaubt, die einzelnen Dokumente und die Abbildun-

gen eines Dokumentes miteinander zu verknüpfen. Dadurch können unterschiedliche Algorithmen-Ebenen dargestellt werden. In der html-Version des CMP sind auf oberster Ebene das Klinische Behandlungsprogramm, die Nutzerschulungen und das Qualitätsmanagement zugänglich. Innerhalb des klinischen Behandlungsprogramms sind Zugänge zu den drei Behandlungspfaden und innerhalb dieser wiederum Zugänge zu Unterpfeifen wie z.B. dem Algorithmus der „Stationären Intervention“. (vgl. Schaubild 2). Der Nutzer kommt auf allen Ebenen durch einfaches Anklicken eines Symbols (z.B. psychoonkologisches Anamnesegespräch) auf die mit diesem Symbol verknüpften Sub-Algorithmen oder Versorgungsdokumente (in Word- u./o. pdf-Format). Hier kann er sich über die mit einer Versorgungsleistung zusammenhängenden schriftlichen Dokumenten (klinische und formale Qualitätsaspekte der Leistungserbringung) informieren.

Die online-Verfügbarkeit des CMP erfüllt mehrere Anforderungen:

- *Transparenz:* Die Nachvollziehbarkeit der Patientenversorgung von Seiten Dritter ist eine besondere Stärke des CMP-Dokumentationssystem, in dem jeder Person sämtliche qualitätsrelevanten Leistungen anhand der html-Version des CMP dargelegt und veranschaulicht werden können.
- *Klinische Qualität:* Die Sicherstellung der fachlich gebotenen Qualität der Leistungserbringung, insbesondere dann, wenn ein klinisch Tätiger eine erhebliche Zahl an Patienten bedarfsgerecht zu versorgen hat, ist nur durch ein leicht zu handhabendes Behandlungsprogramm möglich. Im CMP-Behandlungsprogramm und Patientendokumentationssystem kann der Kliniker bei einem gegebenen Fall sich die relevanten Aufgabenstellungen schnell vergegenwärtigen und wird durch das Dokumentationssystem in den Leistungen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation gesteuert.
- *Gütekriterien:* Aspekte der Objektivität, Reliabilität und Validität des CMP Behandlungsprogramms werden erhöht.
 - *Objektivität:* Es ist sichergestellt, dass das CMP-Behandlungsprogramm für jeden Kliniker die gleiche Qualität besitzt. Auch die Durchführungsobjektivität ist sichergestellt, da für jeden Kliniker die gleichen Durchführungsalgorithmen und -instruktionen vorliegen. Die Objektivität der verwendeten Instrumente ist durch Kriterien der Auswertung und Interpretation gegeben.
 - *Reliabilität:* Die Zuverlässigkeit, mit der das CMP-Behandlungsprogramm umgesetzt wird, ist durch die Schulung, die online-Verfügbarkeit des CMP-Behandlungsprogramms sowie das Patientendokumentationssystem erhöht.
 - *Validität:* Die Genauigkeit, mit der das CMP-Behandlungsprogramm die Ergebnisse hervorbringt, die es hervorbringen soll, wird kriteriumsbezogen sichergestellt (Vergleich empirischer Kennzahlen und Messgrößen mit vorgegebenen Kennzahlen auf Basis von Qualitätskriterien), ist also nicht durch die html-Version des CMP zu gewährleisten. Eine hohe Objektivität und Reliabilität sind aber eine Voraussetzung für die Validität eines Versorgungsystems.

Obwohl die klinisch tätigen Fachkräfte in der Umsetzung des CMP-Behandlungsprogramms geschult werden, kann dies nicht zwingend eine hohe Qualität der Leistungserbringung garantieren. Die klinische Kompetenz wird gefördert, wenn die Behandlungsprogramme in Form von Algorithmen online verfügbar sind. Die Besonder-

heit hierbei ist, dass im flowchart-basierten CMP jedes Symbol des Algorithmus mit dem Dokument verknüpft ist, welches die entsprechenden klinischen und die Ausführungsempfehlungen enthält. Dies stellt ein „learning-by-doing“ bzw. ein „training-on-the-job“ sicher.

- *Dissemination*: Alle Beteiligten und auch weitere Kliniken können sich über das CMP-Behandlungsprogramm aufgrund seiner Transparenz vorab informieren und erst nach einer Prüfung die Implementierung beschließen. Die Betreuung der beteiligten Kliniken ist sowohl vor Ort wie auch online leicht möglich. CMP-Ergänzungen und -Neuerungen können bei Bedarf flächendeckend implementiert und geschult werden.
- *Klinikvergleiche*: Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sind dann möglich, wenn in den beteiligten Kliniken die zum Klinikvergleich herangezogenen Qualitätskriterien und -indikatoren in vergleichbarer Weise mit der abzubildenden realen Situation verknüpft sind. Dies wird im CMP durch die Güterkriterien sichergestellt; in jeder Einrichtung erfolgt die psychoonkologische Versorgung anhand des Flowchart-basierten CMP-Systems, die Dokumentation anhand des CMP-Patientendokumentationssystems und die Datenauswertung und Ergebnisdarstellung automatisiert.
- *Qualitätsentwicklung*: Da sich zunächst sieben große Kliniken an der psychoonkologischen Versorgung auf CMP-Basis beteiligen, werden schnell Datengrößen erreicht, die eine empirisch begründete und kontinuierliche Optimierung des Systems ermöglichen. Auch wissenschaftliche oder gesundheitspolitisch erforderliche Erweiterungen und Neuerungen der psychoonkologischen Versorgung können in das CMP aufgenommen werden, da die Grundmatrix des Systems (Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation) unverändert bleibt.
- *Schulung*: Grundvoraussetzung, um an Krebs erkrankte Menschen psychoonkologisch versorgen zu können ist, ein gewisser Qualifikations- und Erfahrungsstand der klinisch Tätigen. Die psychoonkologische Kompetenz kann zwischen den einzelnen Professionen aber auch innerhalb einer Profession sehr unterschiedlich sein. Selbst wenn die Fachkräfte über psychoonkologisches Grundlagenwissen verfügen, ist dennoch eine Schulung in CMP-spezifischen Kompetenzen erforderlich. Nach einer, in das CMP-Behandlungsprogramm einführenden Schulung kann die Fachkraft sich anhand des flowchart-basierten CMP-Systems bei versorgungsbegleitend auftretenden Fragestellungen individuell schulen.
- *Erprobung*: Zur Implementierung einer neuen Versorgungsform zählt eine Erprobungsphase, in der die klinischen Fachkräfte die Versorgungsstrategie probeweise in ihrem klinischen Alltag umsetzen. Während der Erprobungsphase werden die Fachkräfte intensiv begleitet und haben die Möglichkeit, auftretende Fragen mit den Systementwicklern und dem Management zu diskutieren. In dieser Implementierungsphase können auch etwaige Adaptationen des Systems an die lokale Versorgungsrealität einer Abteilung durchgeführt werden, wobei sehr darauf zu achten ist, dass keine grundlegenden Änderungen durchgeführt werden, da dies klinikübergreifende Konsequenzen hätte. Bereits mit Beginn der Erprobungsphase wird die Revision des Versorgungskonzeptes, des Behandlungsprogramms, der Behandlungspfade suspendiert. Adaptationen der Versorgungsstrategie an lokale Praxisbedingungen sind unter Beachtung der externen und internen Anforderungen (s.o.) noch möglich. Eine Revision und grundlegende Adaptation werden erst nach der Nutzungsphase auf Basis von empirischen Analysen zum

Zwecke der Optimierung des Case Management Psychoonkologie durchgeführt (vgl. Teil III: Versorgungsforschung).

Ziel der Erprobung ist es, einen möglichst hohen Erfüllungsgrad in der CMP-Umsetzung zu erreichen. Dies bedeutet z.B., dass möglichst viele der stationär aufgenommenen Patienten versorgt und ebenso möglichst viele der erforderlichen Versorgungsleistungen umgesetzt werden. Ist dies der Fall, beginnt die eigentliche Nutzungsphase des CMP-Behandlungs-programms, in der ein > 80%iger Erfüllungsgrad angestrebt wird.

- *Nutzung:* Die Implementierung des Case Management Psychoonkologie endet mit der Feststellung des hinreichenden Erfüllungsgrades. Je nachdem welcher Nutzungsgrad des CMP Behandlungsprogramms gefordert wird, kann die Systembetreuung auf die erste Zeit der Nutzungsphase ausgeweitet werden. Ein 100%iger Nutzungsgrad des Systems - bezogen darauf, dass alle konsekutiv aufgenommenen Patienten die indizierte psychoonkologische Versorgung erhalten - ist abhängig von den verfügbaren Ressourcen einer lokalen Einrichtung. Im Fall einer geregelten Gegenfinanzierung für die psychoonkologische Versorgung ist eine annähernd 100%ige Patientenversorgung sicherzustellen.

Die Systembetreuung durch das Management der lokalen Einrichtung oder externer Stellen bezieht sich in der Nutzungsphase auf quartals- oder halbjahresbezogene „Feedback“-Treffen, in denen patientenbezogene und/oder klinikübergreifende Benchmarks präsentiert und diskutiert werden. Zudem können die Versorgungsdaten eines Jahres zusammengetragen, interpretiert und in Form von Jahres-/Qualitätssicherungsberichten den Fachkräften und/oder der Klinikleitung präsentiert werden. Diese, im Rahmen der Versorgungsforschung ermittelten Daten und Erkenntnisse bilden die Grundlage der kontinuierlichen Systemoptimierung, die lokal, d.h. auf die Klinik begrenzt, oder klinikübergreifend erfolgen kann. Die klinikübergreifende Systemoptimierung setzt dabei stets eine interne und externe Bewertung des gesamten Versorgungssystems voraus.

**Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des
Case Management: Psychoonkologie**

**Teil III
Versorgungsforschung**

4 Lokale Versorgungsforschung im Care-Service-Science-Konzept

4.1 Einleitung

In der gängigen Lesart untersucht die allgemeine Versorgungsforschung „den Einfluss von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit von individuellen Patienten und Populationen, auch mit Betrachtung ökonomischer Einflüsse, vor allem in der realen Versorgungssituation, durch multidisziplinäre Zusammenarbeit mit vielfältigen Ergebnismaßen (Mortalität, Morbidität, funktioneller Zustand, geistiges und seelisches Wohlbefinden und andere Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität)“ (Halber et al., 2004, S. 135). Zu den Hauptaufgaben der Versorgungsforschung gehört es zum einen, die zum Teil drastischen Unterschiede zwischen der, in randomisierten Kontrollgruppenstudien ermittelten „absoluten Wirksamkeit“ (efficacy) und der, in der klinischen Praxis beobachteten „relativen Wirksamkeit“ (effectiveness) der Patientenversorgung zu erklären und zu überwinden (Ellwood, 1988). Zum anderen soll die Variabilität in der Behandlung von Patienten mit der gleichen Erkrankung auf ein begründbares Maß reduziert werden (Clancy & Eisenberg, 1998).

Die Versorgungsforschung im Rahmen des CSS-Konzeptes befasst sich mit einem Teilaspekt der allgemeinen Versorgungsforschung, mit der empirisch gestützte Bewertung der relativen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen und Interventionen in der täglichen Routineversorgung einer lokalen Einrichtung. Sie will zudem auch Aufgaben der Qualitätssicherung in lokalen Einrichtungen erfüllen, die „auf die Schaffung von Vertrauen gerichtet ist, dass Qualitätsforderungen erfüllt sind“ (DIN EN ISO – Norm 9000:2000; vgl. Kasten 4). Dieses Vertrauen lässt sich nach Selbmann (2004) vor allem durch die Darlegung der Erfüllung von Qualitätsforderungen in der Vergangenheit und der Vorsorgemaßnahmen für die Zukunft erreichen. Qualitätssicherung ist dabei aber keine Wissenschaft, sondern lediglich das „Dafür-Sorgen, dass eine erreichbare Versorgungsqualität auch tatsächlich erreicht wird“ (Selbmann, 1995).

Kasten 4: Definition von Begriffen des Qualitätsmanagements

Qualität: Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN EN ISO 8402).

- Als *unzureichend* kann eine Versorgung dann angesehen werden, wenn Art und Umfang der Leistungen (Qualitätsmerkmale) nicht ausreichen, das medizinische Ziel (festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse) zu erreichen oder wenn Bevölkerungsgruppen von einer medizinisch notwendigen Versorgung nicht erreicht werden.
- Als *fehlerhaft* sind Interventionen immer dann zu betrachten, wenn diese mehr Schaden als Nutzen stiften.
- *Übermäßige* Versorgung muss dann angenommen werden, wenn medizinisch überflüssige Leistungen bzw. Leistungen, die das Therapieziel nicht beeinflussen, vorgenommen werden (ÄZQ, 2001).

Qualitätsmerkmal: Die Eigenschaft einer Einheit anhand derer sie beschrieben, betrachtet, erkannt oder von anderen Einheiten unterschieden werden kann (nach DIN 55350 Teil 12).

Qualitätskriterium: „Versorgungsaspekte, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird“ (ÄZQ, 2001).

Qualitätsanforderung: Formulierung der Erfordernisse oder deren Umsetzung in eine Serie von quantitativ oder qualitativ festgelegten Forderungen an die Merkmale einer Einheit zur Ermöglichung ihrer Realisierung und Prüfung (nach DIN EN ISO 8402)

Qualitätsindikator: „An indicator is a quantitative measure that can be used to monitor and evaluate the quality of important governance, management, clinical, and support functions that affect patient’s outcomes. An indicator is not a direct measure of quality. Rather, it is a tool that can be used to access performance issues that may require more intense review within the organization.“ (JCAHO, 1990)

Im Rahmen des CSS-Konzeptes befasst sich die Versorgungsforschung mit vertrauensbildenden Maßnahmen darin, dass die Anforderungen an die Patientenversorgung (Qualitätsmerkmale, vgl. Teil II: Versorgungsmanagement) erfüllt werden. Damit wird die Versorgungsforschung – die eigentlich eine wissenschaftliche Disziplin darstellt - mit der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung in Zusammenhang gebracht, was auf den ersten Blick unbegründet zu sein scheint.

4.2 Lokale Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung im Rahmen des CSS-Konzeptes ist als eine „lokale Versorgungsforschung“ zu betrachten, die sich einerseits mit der klinischen Qualität befasst, die auf die angemessene Umsetzung des Versorgungskonzeptes und die Erzielung avisierten Ergebnisse (individueller Patientennutzen, gruppenbezogene Wirksamkeit) ausgerichtet ist, und die zugleich die formalen Qualitätsanforderungen und deren Erfüllung untersucht. Klinische, aus dem wissenschaftlichen Sektor herrührende, und formale, aus dem Qualitätsmanagement stammende Aufgaben stellen demnach die zwei Seiten der lokalen Versorgungsforschung dar.

Um ihre Aufgaben zu erfüllen muss die Versorgungsforschung die künstlich bestehende Dichotomie von deduktiver und induktiver Forschung in der Evaluation klinischer Praxis überwinden und zur *“Forschung in Praxis”* werden (Kusch, 2003a).

- Der deduktive Ansatz liegt der top-down orientierten Implementierungsstrategie der *“Health-Service-Research”* zugrunde (Eisenberg, 1998; IOM, 1995). Diese Strategie besteht aus einer sukzessiven Abfolge von Forschungsschritten, mit welchen versucht wird, Grundlagenerkenntnisse über klinische und Qualitätsstudien, ökonomische Analysen und die Bereitstellung national geltender Versorgungsstandards und -leitlinien in die klinische Routineversorgung lokaler Einrichtungen zu überführen. Die Versorgungsforschung betrachtet dann die Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung in der Versorgungsrealität.
- Der induktive Ansatz liegt der bottom-up orientierten Optimierungsstrategie des Qualitätsmanagements zugrunde (Al-Assaf & Schmele, 1993), in der wissenschaftliche Erkenntnisse im Grunde nicht erforderlich sind, sondern nur berücksichtigt werden, um die Effizienz dieses Ansatzes zu steigern. Die Strategie besteht aus der systematischen

Analyse der Stärken und Mängel, die in den Strukturen, Prozessen und Ergebnissen einzelner oder komplexer Gesundheitsleistungen liegen, der Formulierung von Qualitätsmerkmalen und dem Vergleich empirisch ermittelter Leistungsindikatoren mit den vorgegebenen Merkmalen. Die so gewonnenen Erkenntnisse gehen in das weitere Management und die Optimierung der Versorgungsqualität ein.

Die lokale Versorgungsforschung verfolgt eine klinische Optimierungsstrategie, in welcher weder der induktive noch der deduktive Forschungsansatz bevorzugt, sondern ein Zusammenwirken beider Ansätze herangezogen wird (Kusch, 2003a). Weder die reinen Managementanforderungen noch allein wissenschaftliche Anforderungen und Kriterien sollen die Parameter definieren, die in die Optimierungsstrategie eingehen (Kusch, et al., 2001) Mit diesem Vorgehen wird die Versorgungsforschung zu einer empirischen "*praxis-support*"-Disziplin, da sie erst zum Tragen kommt nachdem die Ergebnisse der Versorgungspsychologie und des -managements in der klinischen Praxis umgesetzt werden. Die Qualitätsmerkmale und Leistungsindikatoren werden in der klinischen Optimierungsstrategie durch das klinische Versorgungskonzept (inklusive der darin eingearbeiteten wissenschaftlichen Evidenzen) und die Versorgungsstrategie (inklusive der darin eingearbeiteten zweckrationalen Steuerungsinstrumente) repräsentiert und durch extern vorgegebene Qualitätskriterien (s.u.; ÄZQ, 2001, JCAHO, 1990) ergänzt, die zu einer umfassenden Qualitätsbeurteilung erforderlich sind.

Die klinische Optimierungsstrategie erfordert eine enge Kooperation von Forschern, Managern und Praktikern und eine "*lernende Umwelt*", in der die lokale Versorgungsforschung auf das Engste mit den Bestrebungen der Qualitätssicherung und -entwicklung verbunden ist (Pronovost & Kazandjian, 1999).

4.3 Bewertungsmaßstab guter Versorgungsqualität

Im Care-Service-Science-Konzept werden die Belange des Klinikers, und seines vorrangigen Interesses an einer angemessenen Patientenversorgung, des Managers, und seines vorrangigen Interesses an einer gesicherten Qualität der Leistungserbringung, sowie der Gesellschaft, und ihres vorrangigen Interesses an einer wirksamen und kostengünstigen Patientenversorgung, berücksichtigt (Kusch et al., 2001). Das Konzept erfordert von allen Partnern einer lokalen Einrichtung folglich eine bestimmte Form des Zusammenwirkens, in der die therapeutische Kliniker-Patient-Beziehung zwar die oberste Priorität behält, jedoch so zu gestalten ist, dass sie den Erfordernissen einer effektiven, d.h. klinisch wirksamen, und effizienten, d.h. ökonomisch vertretbaren Gesundheitsversorgung genügt. Kein Sektor des Gesundheitswesens und kein Partner in einer lokalen Einrichtung soll und kann alleinigen Anspruch auf die Definition dessen haben, was "*gute Patientenversorgung*" ist (Kusch, 2003a).

Im Care-Service-Science-Konzept ist der Bewertungsmaßstab der Patientenversorgung derjenige, der im Gesundheitswesen (Crombie & Davies, 1998) wie auch in der Dienstleistungsindustrie (Low & Siesfield, 1998) schon immer galt; die konkrete Leistungserbringung. Für die Erbringung von Versorgungsleistungen sind zwar der klinisch Tätige und sein Patient verantwortlich. Für die Effekte dieser Leistung können beide dagegen nicht allein verantwortlich gemacht werden, da die Effekte keine deterministische Folge der Leistungserbringung in einer Kliniker-Patient-Beziehung

sind. Vielmehr wirkt ein komplexes Gefüge an Randbedingungen auf Seiten des Patienten und seines sozialen Umfeldes, des Klinikers und seiner Arbeitsbedingungen sowie der lokalen Einrichtung und deren Gestaltungsmöglichkeiten zusammen und bringt dasjenige hervor, was sich schließlich als Gesundheitsergebnis zeigt.

Nachdem ein Gesundheitsergebnis aber erzielt ist, kommt ihm die Funktion zu – gewissermaßen rückwirkend – als Bewertungsmaßstab für die Leistungserbringung zu fungieren (Davies & Crombie, 1997). Sind die Elemente der Leistungserbringung explizit dargelegt und dokumentiert, so kann anhand der Daten und des erzielten Gesundheitsergebnisses danach geforscht werden, welche Variablen mit dem klinischen und ökonomischen Ergebnis einhergehen.

Je nachdem auf welchen klinischen und formalen Qualitätsmerkmalen die Leistungserbringung beruht (vgl. Abb.8; Teil I: Versorgungspsychologie; Teil II: Versorgungsmanagement) kann die lokale Versorgungsforschung zu folgenden Aspekten der Gesundheitsversorgung Stellung beziehen:

- *Klinische Effektivität:* Wurde das Richtige getan? Analysen zur klinischen Effektivität erfordern ein explizites Versorgungskonzept, in dem dargelegt ist, was die Leistungserbringer als „das Richtige“ der Patientenversorgung ansehen. Die Qualitätsmerkmale des Konzeptes müssen dabei sowohl in die Dokumentation der Leistungserbringung eingehen - in die Parameter der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation - wie auch anhand versorgungsrelevanter Parameter erfasst werden (vgl. Abb. 8, „Mit welchem Ziel?“). Wenn z.B. die psychoonkologische Versorgung eine Reduktion der Ängste und Depressionen von Krebspatienten erreichen soll, dann sind Verfahren einzusetzen, die diese Variablen auf Seiten des Patienten vor und nach der Leistungserbringung valide erheben.
- *Klinische Effizienz:* Wurde das Richtige richtig getan? Analysen zur klinischen Effizienz erfordern ein explizites Behandlungsprogramm, in dem dargelegt ist, was die Leistungserbringer als das „richtige Vorgehen“ in der Patientenversorgung ansehen. Die Qualitätsmerkmale des Behandlungsprogramms gehen in die Indikationsregeln und die Interventionsstrategie ein und bilden die Elemente der Behandlungspfade sowie den klinischen Aufbau des Patientendokumentationssystems – die Dokumentationsmodule der Diagnostik, Indikation, Intervention, Evaluation -. Wenn z.B. Patienten mit umschriebenen Problem- und Bedürfnislagen zu Beginn, wie auch im Verlauf einer Krebstherapie identifiziert und auf deren Probleme und Bedürfnisse abgestimmte Interventionen erhalten sollen, so muss sichergestellt sein, dass dieses Vorgehen in der Versorgungsstrategie (s. Abb. 8. Versorgungsablauforganisation) auch realisiert und entsprechend dokumentiert werden kann. Anhand der dokumentierten Behandlungsverläufe und der Behandlungsergebnisse können dann klinische Wirkzusammenhänge und der erforderliche Versorgungsaufwand analysiert werden.
- *Formale Effizienz:* War der Aufwand der Leistungserbringung angemessen? Analysen zur formalen Effizienz erfordern eine explizite Versorgungsstrategie, in der dargelegt ist, wie die Leistungserbringer ihre Leistungserbringung organisieren und dokumentieren. Die Qualitätsmerkmale der Versorgungsablauforganisation und des Dokumentationssystems sind dabei nach rationalen Kriterien einer effizienten Planung, Lenkung und Prüfung der Patientenversorgung umzusetzen. Da die Umsetzung der Versorgungsstrategie eine Dienstleistung darstellt, die durch administrative Daten (Abfolge, Zeitpunkte, Zeit-

dauer und Volumen der Leistungserbringung) gesteuert wird, und Aussagen zur formalen Effizienz vorrangig anhand eben dieser administrativen Daten getroffen werden, ist der hierfür vorgesehene Dokumentationsaufwand gerechtfertigt (vgl. auch, Teil II: Versorgungsmanagement). Auch die Umsetzung des Behandlungsprogramms, die klinische Effizienz, ist zum Teil anhand der administrativen Daten zu evaluieren. Schließlich sind Aussagen zur klinischen Effektivität, im Sinne des Verhältnisses von klinischem Nutzen und klinischem Aufwand, ohne diese Daten nicht zu treffen. Der klinische Aufwand ist dabei zu verstehen als die Summe der Leistungsaspekte (klinische Inhalte, Leistungsabfolge, -zeitpunkte, -dauer und Leistungsvolumen), die zur Erreichung eines bestimmten Gesundheitsergebnisses erforderlich sind.

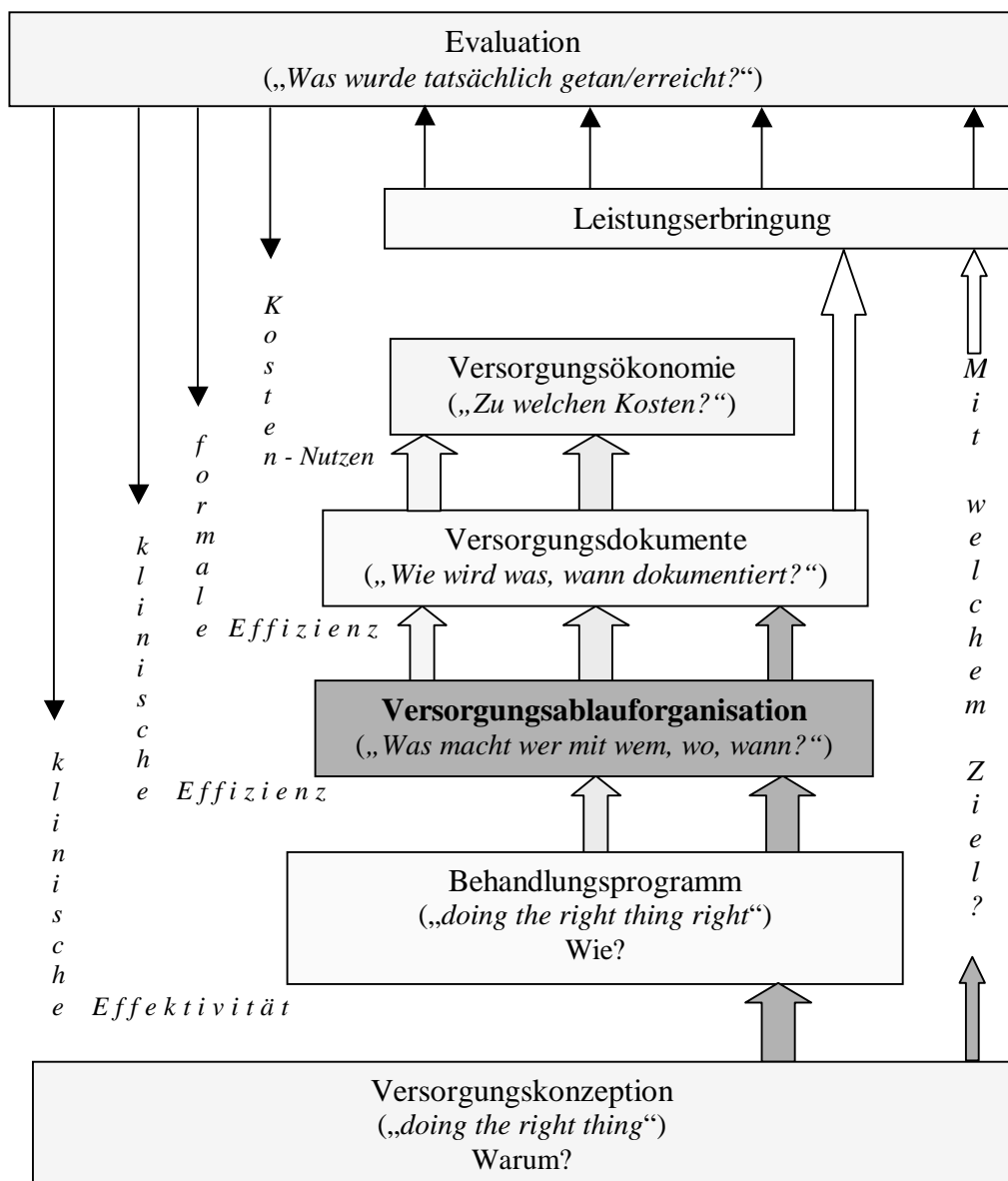


Abbildung 8: Das Care-Service-Science-Konzept einer umfassenden Patientenversorgung (Kusch et al., 2001).

- **Kosten-Nutzen-Relation:** Waren die Kosten der Leistungserbringung angemessen? Analysen zur Kosten-Nutzen-Relation in lokalen Einrichtungen basieren auf klaren Erkenntnissen zur Relation des klinischen Aufwandes zum klinischen Nutzen. Auf klinischen Er-

kenntnissen basierende Kosten-Nutzen Analysen können beispielsweise zur Beantwortung der Frage herangezogen werden, welcher Nutzen mit welchen festgelegten Kostenaufwendungen (z.B. eine Psychologenstelle) erreichbar ist. Es kann analysiert werden, ob ein vergleichbarer klinischer Nutzen mit unterschiedliche klinischen Aufwendungen und folglich unterschiedlichen Kosten einhergeht. Schließlich kann auch der Kostenaufwand anhand der Versorgungsstrategie und der –dokumente im Voraus kalkuliert und mit den tatsächlich anfallenden Aufwendungen verglichen werden.

Während die Evaluation der klinischen Leistungsmerkmale (klinische Effektivität und Effizienz) einen „quasi-wissenschaftlichen“ Ansatz erfordert, und der Einsatz anerkannter Instrumentarien bzw. klinisch relevanter Variablen und mindestens eine prä-post-Erhebung zwingend ist, erfordert die formale Evaluation Merkmale und Kriterien, anhand derer die Qualität, i.S. eines Erfüllungsgrades bewertet wird (vgl. Kasten 4; Kusch et al., 2003b, 2004).

4.4 Bestimmung der Versorgungsqualität

Die interne und externe Bewertung des Versorgungskonzeptes und die Festlegung klinischer und formaler Qualitätsmerkmale sind Aufgabe des Versorgungsmanagement (siehe dort) und unverzichtbare Voraussetzung, will man alle hier aufgeführten Analysen umsetzen. Die lokale Versorgungsforschung greift auf die Ergebnisse der Versorgungspsychologie und des Versorgungsmanagements zurück, um ihre Aufgaben des internen Qualitätsmanagements zu erfüllen. Sie muss für die Aufgaben des externen Qualitätsmanagements zudem die von der Gesundheitspolitik verfolgten Gesundheits-, Versorgungs- und Ordnungsziele (vgl. hierzu: Lauterberg & Becker-Berke, 1999; Tophoven, 1998; Wismar et al., 1998) berücksichtigen. Dabei sind die Mittel, mit denen die Ziele umgesetzt und deren Erreichen geprüft werden, in den gesundheitspolitischen Anforderungen an die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung konkretisiert und in Form von Qualitätskriterien operationalisiert. In Deutschland sind solche Qualitätskriterien z.B. von der „Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung“ oder der „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS, 2002) und international z.B. von der Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations (JCAHO), dem National Committee for Quality Assurance (NCQA) oder der Health Care Financing Administration (HCFA; Schneeweiss et al., 2003) vorgelegt worden.

Zur externen Evaluation der Qualität, in der die Patientenversorgung umgesetzt wird, werden die Qualitätsmerkmale anhand von Kriterien geprüft „deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird“ (ÄZQ, 2001). Gemäß den Kriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1990) listet die Ärztliche Zentralstelle für die Qualitätssicherung (ÄZQ, 2001, S. 5) folgende Qualitätskriterien auf (vgl. Kasten 5).

Kasten 5: Qualitätskriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1990)

Zugänglichkeit der Versorgung; definiert als: “the ease with which patients can obtain the care that they need when they need it”.

Angemessenheit der Versorgung; definiert als: “the degree to which the correct care is provided, given the current state of the art“.

Stetigkeit/Koordination der Versorgung; definiert als: “the degree to which the care needed by patients is coordinated among practitioners and across organizations in time“.

Wirksamkeit unter Idealbedingungen; definiert als: “the degree to which a service has potential to meet the need for which it is used“.

*Wirksamkeit*²⁰ der Versorgungspraxis; definiert als: “the degree to which care is provided in the correct manner given the current state of the art“.

Wirtschaftlichkeit; definiert als: “the degree to which the care received has the desired effect with minimum of effort, expense or waste“.

Patientenorientierung in der Versorgung; definiert als: “the degree to which patients (and families) are involved in the decision-making process in matters pertaining to their health, and the degree to which they are satisfied with their care“.

Sicherheit der Versorgungsumgebung; definiert als: “the degree to which the environment is free from hazard or danger“.

Rechtzeitigkeit der Versorgung; definiert als: “the degree to which care is provided to patients when it is needed“.

Ein wichtiges Ziel externer Evaluation ist es, anhand der Qualitätskriterien klinikübergreifende Benchmarks und die ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung durchführen zu können (BQS, 2002; Schelle et al., 2001; Schneeweiss et al., 2003), die eine zentrale Voraussetzung für eine qualitätsgerechte bzw. die ergebnisorientierte Leistungsvergütung ist (vgl. Teil II, Versorgungsmanagement). Abbildung 9 verdeutlicht das Verhältnis der internen und externen Evaluation in der lokalen Versorgungsforschung.

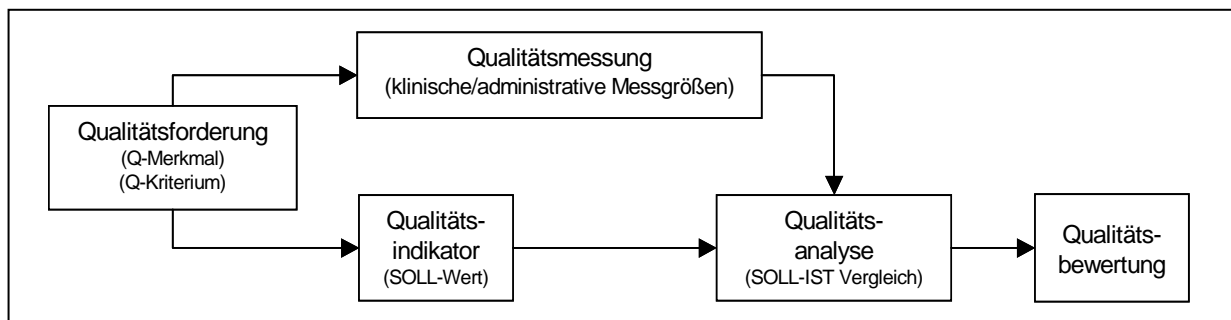


Abbildung 9: Verhältnis von interner und externer Evaluation der lokalen Versorgungsforschung.

Wenn im Rahmen des Care-Service-Science-Konzeptes die Versorgungspsychologie und das Versorgungsmanagement die Entwicklung und klinische Umsetzung eines evidenzgestützten und qualitätsgesicherten Versorgungskonzeptes ermöglichen, und die Patientendokumentation das tägliche Versorgungsgeschehen quantitativ abzubilden im Stand ist, dann kann die lokale Versorgungsforschung datenbasierende

²⁰ im Sinne der relativen Wirksamkeit oder Effectiveness (s.o.)

Analysen durchführen und empirisch fundierte Erkenntnisse für die Qualitätssicherung i.S. eines SOLL-IST-Vergleiches bereitstellen (vgl. Abb. 10).

Zur Durchführung der Analysen werden klinische und administrative Messgrößen und -daten benötigt (Qualitätsmessung), anhand derer der Unterschied zwischen einem SOLL und einem IST-Wert „angezeigt“ werden kann. In den SOLL-Wert gehen vorausgesetzte Kennwerte ein, die sich aus der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale und –kriterien ergeben (Qualitätsforderungen). In die IST-Werte gehen die in der Routineversorgung ermittelten - d.h. dokumentierten - empirischen Messgrößen ein. Die Messgrößen bilden die Versorgungsrealität ab und repräsentieren das, was als erreichte Versorgungsqualität betrachtet werden kann, die reale Umsetzung bzw. Umsetzbarkeit des Versorgungskonzeptes und der Versorgungsstrategie (vgl. Teil I, Versorgungspsychologie).

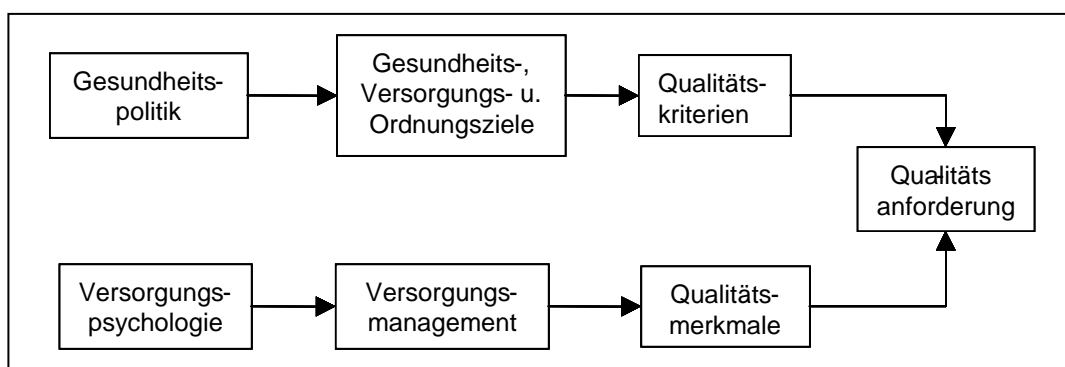


Abbildung 10: Der Evaluationsprozess in der lokalen Versorgungsforschung

Der Vergleich (Qualitätsanalyse) der erreichten Versorgungsqualität (IST-Werte) mit dem vorausgesetzten, numerischen Kennwert (SOLL-Wert) erlaubt eine Aussage darüber, wie nah dran bzw. weit weg die erreichte Versorgungsqualität von dem Wert ist, der eine hohe Versorgungsqualität anzeigt (Qualitätsindikator). Anhand der Ausprägung der ermittelten Kennwerte ist eine Unterscheidung und Bewertung guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung möglich (AOW, 2001; ÄZQ, 2001).

4.5 Bewertung der Versorgungsqualität

Die Versorgungsforschung ist eine praxis-unterstützende Disziplin, die sich von der akademischen grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung in einem wesentlichen Merkmal unterscheidet. In der akademischen Forschung gilt das Axiom, dass die Wahrheit einer wissenschaftlichen Aussage niemals bewiesen werden kann (Falsifikationsprinzip in der Forschung, Popper, 1959). Da folglich die Prüfung einer theoretischen Annahmen niemals abgeschlossen werden kann, gilt eine Theorie immer nur als vorläufig bestätigt, niemals aber als wahr. Dieser Umstand und die Tatsache, dass es sich in der Forschung überwiegend um populationsbezogene Aussagen handelt, erschweren es, die wissenschaftlichen Methoden der akademischen Forschung ohne weiteres in der klinischen Praxis anzuwenden (Kusch, 2003a). Für die Planung, Lenkung und Prüfung der Leistungserbringung und die Evaluation der klinischen Praxis ist es aber bedeutsam, dass aus den gewonnenen Ergebnissen

Aussagen über den konkreten Einzelfall oder mehrere Fälle mit versorgungsrelevanten Merkmalen (i.S. einer kumulativen Einzelfallanalyse auf Basis psychosozialer Risikokriterien) abgeleitet werden können.

Im „reinen“ Qualitätsmanagement spielen dagegen erkenntnistheoretische und wissenschaftsmethodische Überlegungen keine zentrale Rolle. Es geht vielmehr um die Prüfung der in den Qualitätsmerkmalen der Patientenversorgung enthaltenen Annahmen und Ansprüche, die für einen bestimmten Zeitraum von den „Verantwortlichen“ als „*wahr*“ gesetzt sind (Geltungszeitraum). Daher wird in diesem Zusammenhang auch von „Angemessenheit“ und nicht von „Richtigkeit“ gesprochen. Hier spielen aber die Qualitätsanforderungen, und damit die Sichtweisen derjenigen, die diese aufstellen, die entscheidende Rolle, und klinische bzw. evidenzbasierte Fragestellungen müssen dabei nicht immer im Mittelpunkt stehen; etwa im Vergleich zu Fragen der Effizienz und Ökonomie. Fehlt zudem ein wissenschaftlich begründetes Konzept der Versorgung, so können keine Aussagen über die klinische Versorgungsqualität getroffen werden und die klinische Versorgungsrealität bleibt eine „black box“; Qualitätsentwicklung wird somit kaum möglich.

Die lokale Versorgungsforschung im Rahmen des Care-Service-Science-Konzeptes zielt nicht primär darauf ab, die Wahrheit von Erkenntnissen zu bestätigen, sondern Aussagen darüber zu treffen, ob ein Versorgungskonzept und eine Versorgungsstrategie die daran gestellten Anforderungen in der Versorgungsrealität erfüllen (vgl. Abb. 2). Nur in dem Fall, in dem wissenschaftliche Erkenntnisse bereits in das Konzept eingeflossen sind (klinische Qualitätsmerkmale) und „angemessen“ umgesetzt sind (formale Qualitätsmerkmale) können sowohl die Grundlagen der klinischen Tätigkeit (das Versorgungskonzept und das Behandlungsprogramm), wie auch die Effizienz seiner Umsetzung (die Versorgungsstrategie) evaluiert und optimiert werden (vgl. Abb. 8). Und nur wenn neben der klinischen Versorgungsdokumentation auch eine „unabhängige Messung“ - z.B. i.S. einer prä-post-Erhebung - erfolgt ist, sind „wissenschaftliche“ Aussagen zur „relativen Wirksamkeit“ (effectiveness) der Patientenversorgung möglich.

Das primäre Ziel der Versorgungsevaluation besteht in der Bestätigung bzw. Nicht-Bestätigung dessen, was als „gute Patientenversorgung“ vordefiniert wurde – i.S. einer Validierung des als Richtig angesehenen (s.u.) - und der angemessenen Umsetzung der guten Patientenversorgung – i.S. einer Verifizierung der richtigen Umsetzung des Richtigen (s.u.). In beiden Fällen aber sind in der Darlegung der guten Versorgungsqualität (im Versorgungskonzept, Behandlungsprogramm und in der Versorgungsstrategie) bereits die Qualitätsanforderungen expliziert, die der Bewertungsgrundlage dienen. Liegen die Qualitätsanforderungen auf operationalem Niveau vor, so können „das Richtige“ und die „Umsetzung des Richtigen“ über SOLL-IST-Vergleiche und die Validierung und Verifizierung vorgenommen werden

- Validierung bezieht sich auf die Bestätigung, dass das Ergebnis der Patientenversorgung oder seine Bestandteile die festgelegten Anforderungen, bzw. besondere Anforderungen für den speziell beabsichtigten Gebrauch erfüllen. Es geht um die Beantwortung der Frage ob das Richtige getan wurde, z.B. ob das im Versorgungskonzept formulierte Wirkmodell die erwünschten Effekte erbracht hat.

- Verifizierung bezieht sich auf die Bestätigung, dass der Prozess der Patientenversorgung oder seine Bestandteile die festgelegten Anforderungen erfüllen. Es geht um die Beantwortung der Frage ob das Richtige auch richtig getan wurde, z.B. ob die Strategie zur Identifikation und Indikation praktikabel und/oder effizient ist.

Im Rahmen des CSS-Konzeptes und des Case Management Psychoonkologie beziehen sich die Bewertungsmaßnahmen der Validierung auf Fragestellungen, die sich aus dem Versorgungskonzept ableiten und Bewertungsmaßnahmen der Verifizierung aus Fragestellungen zum Behandlungsprogramm sowie zur Versorgungsablauforganisation.

4.5.1 Validierung

Nach DIN EN ISO betrifft Validierung den Prozeß der Untersuchung eines Produkts, um Konformität mit Erfordernissen des Anwenders festzustellen. Sie erfolgt üblicherweise am Endprodukt unter festgelegten Betriebsbedingungen (aus Viethen & Graebig, 1996; DIN EN ISO 8402). Ein Beispiel soll die Validierung des Case Management: Psychoonkologie verdeutlichen (vgl. Abb. 11):

- *Versorgungskonzept:* Eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung von Krebspatienten ist nur bei hoch belasteten, psychisch gestörten Patienten angezeigt und bei nicht hoch belasteten Patienten kontraindiziert und ineffizient!
- *Qualitätsmerkmal:* Die „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ kommt bei hoch belasteten Patienten zum Einsatz.
- *Qualitätskriterium:* Angemessenheit der Versorgungsleistung (nach: JCAHO, 1990). Konformität mit dieser Anforderung wenn mind. 95% aller mit SPP behandelten Patienten hoch belastet sind.
- *Qualitätsanforderung:* Mit der „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ (SPP) behandelte Krebspatienten sollten zu Behandlungsbeginn hoch belastet gewesen sein.

Es geht darum festzustellen, ob die mit „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ (SPP) behandelten Patienten auch tatsächlich hoch belastet sind.

- *Qualitätsindikator:* Interne Qualitätsbewertung: Mindestens 95% der Patienten, die SPP erhalten, sind hoch belastete (Bezugsgröße: Patienten in Stationärer Psychologischer Psychotherapie; dokumentiert im Interventionsmodul). Externe, klinikübergreifende Qualitätsbewertung: Die Kliniken liegen bezogen auf den in Frage stehenden Mittelwert aller Kliniken innerhalb des 95%igen-Konfidenzintervalls.
- *Qualitätsmessung:* Anteil der Patienten, die im Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme in den Skalen zur „emotionalen Belastung“ einen Wert von > 10 angegeben haben, an den Patienten, die mit SPP behandelt wurden.

4.5.2 Verifizierung

Nach DIN EN ISO betrifft Verifizierung den Prozess der Untersuchung des Ergebnisses einer betrachteten Tätigkeit, um Konformität mit den an diese Tätigkeit (bezüglich ihres Ergebnisses) gestellten Forderungen festzustellen (aus Viethen & Graebig,

1996; DIN EN ISO 8402). Ein Beispiel soll die Verifizierung des Case Management Psychoonkologie verdeutlichen (vgl. Abb. 11):

- *Behandlungsprogramm/Versorgungsstrategie:* Krebspatienten, die als hoch belastet oder psychisch gestört identifiziert worden sind, werden zur SPP überweisen, und Patienten, die als nicht hoch belastet oder psychisch gestört identifiziert worden sind, werden nicht in psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen.
- *Qualitätsmerkmal:* Die „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ kommt bei hoch belasteten Patienten zum Einsatz.
- *Qualitätskriterium:* Angemessenheit der Erbringung der Versorgungsleistung (nach: JCAHO, 1990). Konformität mit dieser Anforderung wenn mind. 95% aller hoch belasteten Patienten SPP erhalten.
- *Qualitätsanforderung:* Krebspatienten, die bereits zu Behandlungsbeginn hoch belastet sind, sind mit mitteln der „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ (SPP) zu behandeln.

Es geht darum festzustellen, ob die hoch belasteten Patienten tatsächlich der „Stationären Psychoonkologischen Psychotherapie“ (SPP) zugeführt werden.

- *Qualitätsindikator:* Interne Qualitätsbewertung: Mindestens 95% der hoch belasteten Patienten, erhalten SPP (Bezugsgröße: Hohe Belastung = Wert > 10 in den Skalen zur „emotionale Belastung“ des Patientenfragebogens: Stationäre Aufnahme, dokumentiert im Diagnostikmodul). Externe, klinikübergreifende Qualitätsbewertung: Die Kliniken liegen bezogen auf den in Frage stehenden Mittelwert aller Kliniken innerhalb des 95%igen-Konfidenzintervalls.
- *Qualitätsmessung:* Anteil der Patienten, die mit SPP behandelt wurden, an den Patienten, die im Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme in den Skalen zur „emotionalen Belastung“ einen Wert von > 10 angegeben haben.

4.5.3 Validierungs- und Verifizierungsprozess

Die Validierung und Verifizierung einer Qualitätsanforderung erfolgen auf Basis einer empirischen Untersuchung oder eines Nachweises der in Aussagen zur Übereinstimmung bzw. Unterschieden zwischen einem erwarteten und einem beobachteten Ereignis mündet (Konformitätsaussagen).

Der Validierungs- bzw. Verifizierungsprozess beginnt mit den Fragestellungen, die die Evaluatoren des Versorgungsmanagements stellen, und endet mit der Bereitstellung der Aussagen zur Konformität, die den Evaluatoren für deren Qualitätsdiskussion vorgelegt werden. Der Prozess verläuft in mehreren Schritten:

1. Auswahl eines zu untersuchenden Qualitätsmerkmals und ggf. des damit korrespondierenden Qualitätskriteriums.
2. Spezifikation des Merkmals/Kriteriums in einer operationalen Qualitätsanforderung zum Zwecke der empirischen Berechnung.
3. Bestimmung des Qualitätsindikators (SOLL-Wert)
4. Qualitätsmessung (Bestimmung des IST-Wertes)

5. Qualitätsanalyse (SOLL-IST-Vergleich)
6. Qualitätsbewertung (Konformitätsaussage zur Validität bzw. Verifizierung des Qualitätsmerkmals)

Für die Validierung und Verifizierung wird der Prozess zweifach durchlaufen, wobei zuerst geprüft wird, ob ein Versorgungsaspekt (Produkt/Ergebnis) als solches die gestellten Anforderungen erfüllt, und daraufhin untersucht wird, ob die Schritte, die zum Produkt oder Ergebnis führen angemessen waren (vgl. Abb. 11).

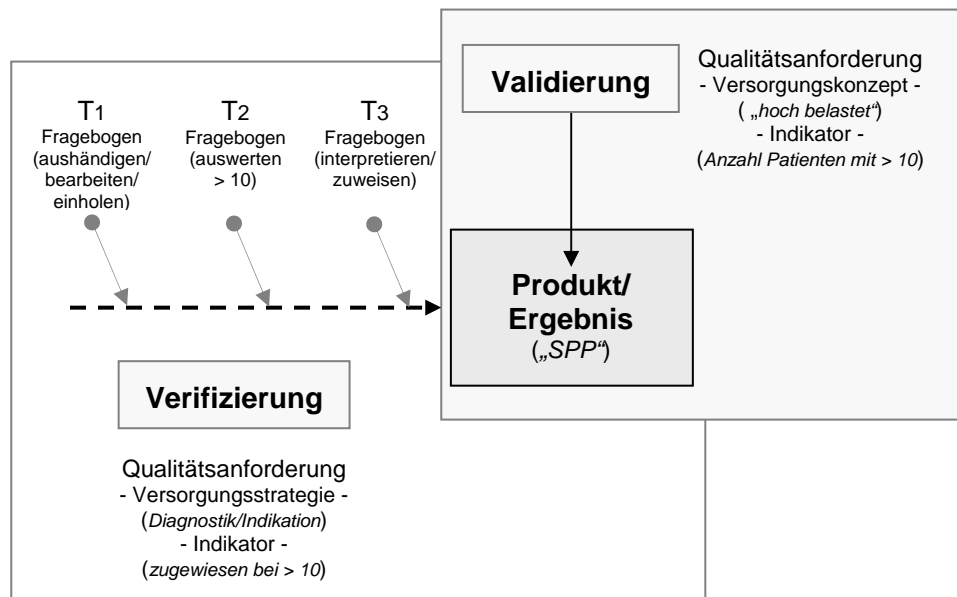


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Validierung und Verifizierung

Um den Aufwand zu reduzieren, der mit der Bewertung der Versorgungsqualität verbunden ist, sind auf Ebene des Versorgungsmanagements die Qualitätsmerkmale vorformuliert und die Berechnungsschritte sowie die Veranschaulichung der Ergebnisse automatisiert. Ein solches „automatisiertes Auskunftssystem“ wird gegenwärtig im Rahmen des Case Management Projektes erstellt.

4.5.4 Automatisiertes Auskunftssystem

Das „Automatisierte Auskunftssystem“ komplementiert das Patientendokumentationssystem des Case Management Psychoonkologie. Das vollständige Dokumentationssystem besteht aus den bereits dargestellten Eingabemodulen (Stammdaten-, Diagnostik-, Interventions- und Evaluationsmodul, vgl. Kap. 3.4), der automatisierten Qualitätsanalyse und dem Auskunftsmodul.

Die automatisierte Qualitätsanalyse besteht aus einem Statistikprogramm, welches im Hintergrund des Dokumentationssystems Datenberechnungen durchführt und die Ergebnisse im Auskunftsmodul grafisch darstellt. Das Auskunftsmodul ermöglicht es dem Nutzer je nach Zugangsberechtigung verschiedene Analysen durchzuführen.

Versorgungsanalysen dienen dem klinisch Tätigen und dem Controlling zur versorgungsbegleitenden Berechnung und Bewertung verschiedener (Kontroll-)Parameter der Leistungserbringung.

- *Klinische Analysen* geben Auskunft über klinisch relevante Fragen zu Stamm-, Diagnostik-, Indikations-, Interventions- und Evaluationsdaten. Die Datendarstellung erfolgt primär über Histogramme und Korrelationsdiagramme, ermöglicht es dem Kliniker aber auch anhand der Fragebogendaten das Versorgungsgeschehen in Zustands-, Prozess- und Effektfusionen darzustellen (vgl. hierzu: Braun, 1998; Grawe & Baltensperger, 1998).
- *Formal-administrative Analysen* geben Auskunft über Fragen zu Stamm-, Diagnostik-, Indikations-, Interventions- und Evaluationsdaten, die das Controlling z.B. für Abrechnungszwecke benötigt (Case-mix; ICD-Klassifikation; OPS-Verschlüsselung; fallbezogene Versorgungshäufigkeit und –dauer). Die Datendarstellung erfolgt über Histogramme und Korrelationsdiagramme

Die interne Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen von Qualitätszirkel bzw. für die Qualitätsberichterstattung. Die Analysen geben anhand von SOLL-IST-Vergleichen zu Qualitätsmerkmalen der psychoonkologischen Versorgung in einer Klinik Auskunft über Erfüllungsgrade und dienen dem Zweck der Validierung und Verifizierung (s.o.). Die SOLL-Kriterien ergeben sich sowohl aus vorausgesetzten Kennwerten, die aus wissenschaftlichen Studien abgeleitet oder von den Evaluatoren vorgegeben werden, und aus empirisch ermittelten Kennwerten, die sich aus dem Mittelwert oder dem Median der Referenzstichprobe ergeben. Die Darstellung der Daten erfolgt primär über Qualitätskontrollkarten (Adab et al., 2002; Benneyan, 1998).

Die externen Qualitätsvergleiche erfolgen im Rahmen von Benchmarks. Die Analysen geben anhand von SOLL-IST-Vergleichen zu Qualitätskriterien der psychoonkologischen Versorgung aller beteiligten Klinik Auskunft über Erfüllungsgrade und dienen dem Zweck der Validierung und Verifizierung (s.o.). Die SOLL-Kriterien ergeben sich sowohl aus vorausgesetzten Kennwerten, die aus wissenschaftlichen Studien abgeleitet oder von den Evaluatoren vorgegeben werden, und aus empirisch ermittelten Kennwerten, die sich aus statistischen Kennwerten (z.B. Mittelwert, Median, Standardabweichung) der Referenzstichprobe ergeben. Die Darstellung der Daten erfolgt primär über Qualitätskontrollkarten (Adab et al., 2002; Benneyan, 1998).

4.6 Zusammenfassung und Ausblick

Das Projekt Case Management Psychoonkologie der Carina Stiftung ist ein Projekt, das der Implementierung und Evaluation psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgungsleistungen in Einrichtungen der akutmedizinischen Versorgung an Krebs erkrankter Menschen verfolgt. Ziel des Projektes ist der Nachweis einer humanen, wirksamen und wirtschaftlich erbrachten psychoonkologischen Patientenmitversorgung unter Bedingungen der aktuell im Gesundheitswesen gegebenen Versorgungsrealität. Das Gesundheitswesen und die Onkologie sind noch bei weitem nicht auf die Integration psychosozialer und psychotherapeutischer Leistungen ausgelegt. Auch wenn es bereits Bestrebungen gibt, die psychosoziale Seite der Gesundheitsversorgung auch innerhalb der Regelversorgung zu beachten – insbesondere die Codier-

möglichkeit psychologischer, sozialer und psychotherapeutischer Leistungen im offiziellen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS, Version 2005) des Deutschen Instituts für Medizinische Information und Dokumentation sind hierfür ein Beispiel -, so sind die psychosozialen Fachgesellschaften und die Leistungserbringer in lokalen Versorgungseinrichtungen bislang kaum in der Lage, die Anforderungen des Gesetzgebers an die Versorgungsqualität zu erfüllen.

Es stellt sich dabei prinzipiell die Frage, ob es möglich sein wird, die Evidenz psychosozialer Versorgungsleistungen hinreichend zu prüfen, um eine evidenzbasierte psychosoziale Patientenversorgung zu begründen. Im Bereich der Psychoonkologie sind mittlerweile viele kontrollierte Studien durchgeführt und systematisch bewertet worden (CAPO, 1999; NBCC/NCCI, 2003; NCCN, 2003), so dass von einer hinreichenden Evidenzbasis gesprochen werden kann. Dabei ist die Effektivität und Effizienz psychoonkologischer Versorgung noch bei weitem nicht in allen relevanten Indikationen, sondern vorwiegend beim Mammakarzinom erforscht worden. Unabhängig von den fehlenden finanziellen Ressourcen zur vollständigen Erforschung psychoonkologischer Versorgungsleistungen sind die vielfältigen sozialen, psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen, die zudem noch von unterschiedlichen Berufsgruppen und in unterschiedlichen interdisziplinären Kooperationen erbracht werden können, aus rein praktischen Erwägungen heraus kaum zu erforschen. Dabei ist der Umstand noch kaum berücksichtigt, dass sich die psychosozialen Interventionsformen und die medizinische Versorgungslandschaft in einem permanenten Wandel befinden. Schließlich ist nicht ungeprüft davon auszugehen, dass das, was sich in der zumeist akademischen Forschungslandschaft als wirksam erweisen, auch in der Versorgungsrealität praktikabel und nutzbringend ist.

Dem gegenüber steht die sich immer deutlicher herausbildende Erkenntnis, dass psychosoziale Faktoren in der Entstehung vieler Erkrankungen, in deren Aufrechterhaltung, Modifikation und Heilung von hoher Relevanz sind (Sarafino et al., 2001; Wedding et al., 2001; Wilkinson & Marmot, 2003; WHO, 2001a,b; 2003). Ein Mehraufwand an Ressourcen für die Erforschung psychosozialer Faktoren chronischer Erkrankungen wird erforderlich, jedoch nicht genügen, um dem bereits jetzt bestehenden Bedarf an qualitätsgesicherter, wirksamer und wirtschaftlicher Versorgung zu entsprechen.

Ungeachtet der Evidenzen ist die psychosoziale Versorgung in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens bereits Realität. Rein humane Gründe sprechen für die Beachtung des Faktors Mensch in der Medizin (Kusch, 2003a). Und wenn sich zukünftig weiterhin zeigen wird, dass der Patient ein wesentlicher „Koproduzent seiner Gesundheit“ (PSN, 2004; SVR, 2003) und damit ein wirtschaftlicher Faktor in der Gesundheitsversorgung ist (Haynes, 2001), dann könnten hier ungeachtet vorhandener Evidenzleistungen aus reinen Managementabwägungen angeboten werden (Pee-no, 2004).

Das Case Management Psychoonkologie geht auf die Umstände und Probleme ein und bietet einen Ansatz der kontinuierlichen, systematischen und datenbasierenden Optimierung der psychosozialen Mitversorgung körperlich erkrankter Menschen an. Dem Case Management Psychoonkologie liegt das „Care-Service-Science-Konzept“ (CSS) zugrunde. Dieser lokale Managementansatz verbindet die Aufgaben der täglichen Routineversorgung einer Abteilung oder lokalen Einrichtung mit den formalen

Anforderungen des Qualitätsmanagements in einer Form, die Versorgungsforschung ermöglicht und dadurch die kontinuierliche klinische Optimierung der geleisteten Patientenversorgung in aufeinander aufbauenden Schritten sicherzustellen hilft (Kusch et al., 2001).

Ausgehend von der vorhandenen Evidenz zur psychoonkologischen Versorgung, der Analyse des in der gegebenen Versorgungsrealität klinisch Machbaren und der gesetzlichen Anforderungen wird ein Versorgungskonzept erstellt. Dieses Konzept ist keineswegs in dem Sinne evidenzbasiert, dass die einzelnen Versorgungsleistungen durch die empirische Studienlage abgesichert werden; was in der Medizin allgemein kaum der Fall ist (Kusch et al., 1998). Das Versorgungskonzept ist dagegen in dem Sinne „evidenzgestützt“ (Kusch, 1999), dass es die verschiedenen Anforderungen (wissenschaftliche Evidenz, klinische Machbarkeit, Patientenorientierung, Qualitätssicherung und –entwicklung) an eine qualitativ hoch stehende Patientenversorgung (potentiell) zu erfüllen im Stande ist.

Das Versorgungskonzept stellt somit das dar, was als die richtige Patientenversorgung angesehen werden kann. Aus dem Versorgungskonzept wird das Behandlungsprogramm abgeleitet und darin dargelegt, wie das Richtige aus Sicht der klinisch Tätigen richtig umgesetzt werden soll. Ob das Behandlungsprogramm auch tatsächlich in einer Einrichtung umgesetzt werden kann, hängt von Faktoren ab, die außerhalb des Einflussbereiches der klinisch Tätigen liegen. Die Leitung der Einrichtung und andere übergeordnete Stellen müssen das Versorgungskonzept und das Behandlungsprogramm evaluieren und die Umsetzung verabschieden. Erfolgt dies, so werden die Versorgungsstrategie (Versorgungsablauforganisation) und die Versorgungsdokumente erstellt, so dass die Patientenversorgung erbracht und dokumentiert werden kann. Anhand der Versorgungsdaten erfolgt die Versorgungsevaluation, deren Ziel die Qualitätssicherung und die Optimierung der Patientenversorgung ist.

Die Veränderung der einmal festgelegten Versorgungsstrategie wird so lange suspendiert, bis genügend empirische Daten oder externe Informationen und Anforderungen für eine begründbare, evidenzgestützte Optimierung bereitliegen.

Diese klinische Optimierungsstrategie ist in der Lage, den verschiedensten Anforderungen an die Qualitätsentwicklung der psychosozialen Versorgung zu entsprechen:

Evidenzbasierung: In der Erstkonzeption des Versorgungskonzeptes geht die vorliegende Studienlage ein. Verändert sich die Studienlage, so kann darauf während der Optimierung des Versorgungskonzeptes reagiert werden.

Transparenz: Sowohl das Versorgungskonzept, wie auch das Behandlungsprogramm, und die Versorgungsstrategie sind explizit dargelegt und somit in allen relevanten Teilen transparent.

Qualität: Die Evidenzbasierung und die Transparenz sind die beste Grundlage für die Darlegung der Qualität.

Machbarkeit: Da sowohl die Kliniker, wie auch das Management einer Einrichtung an der Konzeption und seiner Realisierung mitwirken, sind ein hohes Maß an Praktikabilität und Umsetzbarkeit garantiert.

Wirksamkeit: Durch die interne Leistungserfassung anhand der Versorgungsdokumentation und die externe Messung über Fragebögen können Fragen zum individuellen Nutzen und kumulativen Nutzen beantwortet werden. Fragen der absoluten und relativen Wirksamkeit der Patientenversorgung können beantwortet werden, wenn zur Ergebnismessung Outcomeparameter herangezogen und Verfahren eingesetzt werden, für die in der Fachliteratur eine fundierte Begründung und empirische Datenbasis vorliegt.

Wirtschaftlichkeit: Ineffizient (unwirtschaftlich und uneffektiv) sind Versorgungsleistungen, wenn sie zu oft, zu wenig oder falsch erbracht werden.

- Die Erbringung falscher Leistungen wird vermieden, da im Versorgungskonzept die richtige Patientenversorgung und im Behandlungsprogramm die richtige Umsetzung der Patientenversorgung vorgegeben sind.
- Ob die richtige Versorgung zu oft, zu wenig oder falsch durchgeführt wird, wird durch den Einsatz von Beurteilungsinstrumenten (Fragebögen, Checklisten), Beurteilungskriterien (Risikofaktoren, klinisches Urteil) und durch Erkenntnisse der Qualitätssicherung zum Versorgungsaufwand kontrolliert.
- Die Erbringung richtiger Leistungen wird gefördert, da mittels des edv-gestützten Patientendokumentationssystems – welches die richtige Versorgungsstrategie abbildet - die alltägliche Leistungserbringung geplant, gelenkt und geprüft wird.
- Das in begründbaren Fällen dem Einzelfall entsprechen werden kann ist sichergestellt, da das Patientendokumentationssystem stets diese Möglichkeit offen hält; dessen Dokumentation jedoch erfordert.

Qualitätssicherung: Das automatisierte Auskunftssystem des edv-gestützten Patientendokumentationssystems erlaubt es dem klinisch Tätigen relevante Parameter seiner Patientenversorgung online zu prüfen, der Klinikleitung, administrative Parameter zu prüfen, und dem Controlling indikatorenbasierte Qualitätssicherungsberichte abzurufen.

Qualitätsentwicklung: Anhand vorgegebener Qualitätsindikatoren können auf regelmäßiger Basis klinikinterne und klinikübergreifende Analysen durchgeführt und zum Zwecke der datenbasierten Optimierung verfügbar gemacht werden.

Das Care-Service-Science-Konzept versteht sich als eine Ergänzung zur top-down ausgerichteten evidenz- und leitlinienbasierten Implementierungsstrategie, die für gesundheitlich und wirtschaftlich hoch relevante, gut charakterisierte und klinisch klar umschriebene Versorgungsleistungen, wie etwa bestimmte Operationen, speziell indizierte Chemotherapien oder Bestrahlungen oder bestimmte medikamentöse Therapien, erforderlich sind. Alle Versorgungsleistungen, für die keine hinreichende Evidenz vorliegt und die sich nicht ohne weiteres verbindlich festschreiben lassen greifen Implementierungsstrategien nicht, wenn die Bedingungen des einzelnen klinisch Tätigen und seiner lokalen Versorgungseinrichtung unbeachtet bleiben. Das Konzept ist daher in seinem Kern bottom-up orientiert, da es prinzipiell von jeder real praktizierten psychosozialen oder psychotherapeutischen Ausgangslage (i.S. der gegebenen Versorgungsrealität) ausgehen kann und diese wiederholt datenbasiert bewerten und schrittweise begründbar optimieren hilft.

Literatur:

- Al-Assaf, A.F. & Schmele, J.A. (1993). The textbook of total quality in healthcare. Florida: St Lucie Press.
- Anderson, B.L. (2003). Psychological interventions for cancer patients. In: C.W. Given, B. Given, V.L. Champion, S. Kozachik, & D.N. DeVoss (eds.). Evidence-based Cancer Care and Prevention: Behavioral Interventions (179-218). New York: Springer.
- AWO (Accreditation Organization Workshop). (2001). A proposed consensus set of indicators for behavioral health. Pittsburgh: American College of Mental Health Administration.
- APO (Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford). (2000-2003). Jahresberichte 2000-2003. www.carina-stiftung.de
- Austin, D. & Caragonne, P.A. (1988). A comparative analysis of twenty-two settings using case management components. The Case Management Research Project. In: G. O'Connor (ed.), Case Management: System and Practice. Journal of Contemporary Social Work, 69, 97-106.
- ÄZQ (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung). (2001). Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements: Qualitätskriterien und -indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Köln: ÄZQ
- Bachrach, L. (1989). Case Management: Toward a shared definition. Hospital Community Psychiatry, 40, 883-884.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecurbier, Y. & Nutt, D.J. (2001a). Consensus statement on depression, anxiety, and oncology. Journal of Clinical Psychiatry, 62, 64-76.
- Baum, A. & Andersen, B.L. (2001). Psychosocial Interventions for Cancer. Washington: American Psychological Association.
- Bekker, H., Thornton, J.G., Airey, C.M., Hewison, J., Robinson, M.B., Lilleyman, J. et al. (1999). Informed decision making: An annotated bibliography and systematic review. Health Technology Assessment, Vol. 3: No. 1.
- Blum, K & Müller, U. (2003). Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser: Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes. Das Krankenhaus, 7/2003, 544-548.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung). (2002). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2002. Düsseldorf: BQS.
- Burton, M. & Watson, M. (1998). Counselling People with Cancer. New York: Wiley.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. British Medical Journal, 316, 133-137.
- CAPO (Canadian Association of Psychosocial Oncology). (1999). National Psychosocial Oncology Standards for Canada. www.capo.ca.
- Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2003). Benefits of psychological oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. Health and Quality of Life Outcome, 1, 8-16.

- Carr, D., Goudas, L., Lawrence, D., Pril, W., Lau, J., DeVine, D., Kupelnick, B. & Miller, K. (2002). Management of cancer Symptoms: Pain, depression and fatigue. Evidence Report /Technology Assessment, Nr. 61, AHRQ Publication No. 02-E032. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Charlton & Miles (1998). The rise and fall of EBM. *Quarterly Journal of Medicine*, 91, 371-374.
- Clark, N.M. & Dodge, J.A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education and Behaviour*, 26, 72-89.
- Clipp, E.C., Hollis, D.R. & Cohen, H.J. (2001). Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival. *Psychooncology*, 10, 166-178.
- CMP (Case Management: Psychoonkologie). (2002). Abschlussbericht zum Projekt der Carina-Stiftung, Herford (unveröffentlicht).
- CMP (Case Management: Psychoonkologie). (2003). Projektantrag „Case Management Psychoonkologie“. Implementierung psychoonkologischer Leistungen in Kliniken der Akutversorgung. Carina-Stiftung, Herford (unveröffentlicht).
- CMP-Behandlungsprogramm. (2004). Behandlungsprogramm zum Case Management Psychoonkologie. Herford: Carina Stiftung (unveröffentlichtes Manual).
- Crombie, I.K. & Davies, H.T.O. (1998). Beyond health outcomes: The advantage of measuring process. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 31-38.
- Davies, A.R., Doyle, M.A.T., Lansky, D., Rutt, W., Stevic, M.O. & Doyle, J.B. (1994). Outcome assessment in clinical settings: A consensus statement on principals and best practices in project management. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20, 6-16.
- Davies, H.T. & Crombie, I.K. (1997). Interpreting health outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 187-199.
- Dykes, P.C. & Wheeler, K. (Hrsg.). (2002). *Critical Pathways - Interdisziplinäre Versorgungspfade*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eisenberg, J.M. (1998). Health service-research in a market-oriented health care system. *Health Affairs*, 17, 98-108.
- Frost, M.H., Suman, V.J., Rummans, T.A., Dose, A.M. et al. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psychooncology*, 9, 221-231.
- Gafni, A., Charles, C. & Whelan, T. (1998). The physician encounter: The physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision making model. *Social Science in Medicine*, 47, 347-354.
- Gattelore, M., Butow, P. & Tattersall, M.H.N. (2001). Shared decision in cancer care. *Social Science in Medicine*, 51, 1865-1978.
- Given, C.W., Given, B., Champion, V. & Suchocki, M.W. (Eds.). (2003). *Evidence-based cancer care and prevention: Behavioral interventions*. New York: Springer.
- GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz). (2003). *Gesundheitsmodernisierungsgesetz*. Homepage des Gesundheitsministeriums des Bundes.

- Graebig, K. (1995). Qualitätsmanagement und Statistik. Berlin: Beuth-Verlag.
- Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A. & Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4, 55-64.
- Hampton, J.R. (1996). Evidence-based medicine, practice variations and clinical freedom. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 123-131,
- Harris, M. & Bergman, H. (1987). Misconceptions about the use of case management services by chronically mentally ill: Utilization analysis. *Hospital Community Psychiatry*, 39, 1276-1280.
- Haynes, R.B. (2001). Interventions for helping patients to following prescriptions for medication. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Herrmann, Ch. & Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale -- Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentation und Handanweisung. Bern: Huber.
- Holland, J.C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- IOM, (Institute of Medicine). (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. (Eds. M.J. Field & K.N. Lohr). Washington, DC: National Academy Press.
- IOM, (Institute of Medicine). (1995). *Health service research: Opportunities for an expanding field of inquiry*. (Eds. M.J. Field, R.E. Tranquada & J. Feasley). Washington, DC: National Academy Press.
- JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), (1979). *Principles of Accreditation of Community Mental Health Service Programs*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- Johnson, P.J. & Rubin, A. (1983). A case management in mental health: A social work domain? *Social Work*, 28, 49-56.
- Koch, U. (2002). Schriftliche Stellungnahme zur Qualitätsbewertung der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford.
- Krause, M.S. & Howard, K.I. (1999). "Between-group psychotherapy outcome reserach and basis science" revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 147-158.
- KTQ (2000). *KTQ[®]-Manual*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Kusch, M. (1999). *Gesundheitskonzept zur Ableitung von AOK-Gesundheitszielen*. Bonn: AOK unveröffentlicht.
- Kusch, M. (2002). Versorgungsforschung in der Psychoonkologie am Beispiel des Care-Service-Science-Konzepts. Arbeitstagung der PSO (Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft), 5. - 6.12.2002, Klinik für Tumorbiologie, Freiburg.
- Kusch, M. (2003a). *Versorgungspsychologie: Wie Forschung zu Praxis wird*. In: M. Kusch, H. Labouvie und R. Jäger (Hrsg.): *Versorgungsmanagement in Theorie und Praxis*, Bd. 5. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

- Kusch, M. (2003b). Integrierte Versorgung am Beispiel des Case Management Psychoonkologie. Expertenhearing: Psychotherapie in der integrierten Versorgung der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und des Deutschen Psychotherapeutenverbandes e.V., 10. Oktober 2003, Hannover
- Kusch, M. (2003c). Psychoonkologische Versorgung bei Brustkrebs: Anforderungen und Umsetzungsaspekte. Expertenhearing der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Beratungsausschuss für Psychotherapie der KVNO, 26. März 2003, Düsseldorf.
- Kusch, M. (2003d). Psychotherapie in der integrierten Versorgung von Brustkrebs-Patientinnen. 1. Landespsychotherapeutentag NRW, 27. September 2003, Neuss.
- Kusch, M. & Kanth, E. (1997). Möglichkeiten der Qualitätssicherung in der akutmedizinischen und rehabilitativen Versorgung in der Pädiatrie (S. 59-69). Oexen: Klinik Bad Oexen.
- Kusch, M. & Labouvie, H. (1999). Evaluation von Entwicklungsprogrammen. In: R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 577-605). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kusch, M., Ebmeier, A., Mücke, K., Nelle, I. & Stecker, R. (2002a). Integrierte psychoonkologische Versorgung: Das Herforder Modell. *Prävention und Rehabilitation*, 14, 99-111.
- Kusch, M., Ebmeier, A., Stecker, R. & Höhl, H.-U. (2004). Psychosoziale Versorgung in der Onkologie: Voraussetzungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. In: H. Vogel & J. Wasem (Hrsg.). *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychosozialer Versorgung*. Stuttgart: Schattauer.
- Kusch, M., Ebmeier, A., Stecker, R. & Höhl, H.-U. (2003). Psychosoziale Versorgung in der Onkologie: Ein Beitrag zur Frage der Angemessenheit psychosozialer Praxis. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 35, 323-329.
- Kusch, M., Kanth, E. & Labouvie, H. (2001). Das Care-Service-Science-Konzept: Ein Beitrag zur Verbindung von Versorgung, Management und Forschung in der Pädiatrie. In: B. Mangold & R. Frank (Hrsg.). *Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrien* (197-213). München: Kohlhammer.
- Kusch, M., Labouvie, H., Fleischhack, G. & Bode, U. (1996a). Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kusch, M., Labouvie, H., Kanth, E., Bode, U., Jäger, R.S., Durdiak, I., Vetter, H., Podeswik, A., Fischbach, S., Topf, R., & Schmidt-Birk, A. (1997). Kosten und Nutzen psychosozialer Gesundheitsversorgung im Krankenhaus: I Entwicklungen im amerikanischen Gesundheitssystem. (Versorgungsmanagement in Theorie und Praxis, Bd. 1). Landau: Verlag empirische Pädagogik.
- Kusch, M., Mücke, K., Ebmeier, A., Nelle, I. & Stecker, R. (2003c). Refining clinical psychooncology: Quality criteria of the Herford Model. *Psychooncology*, 12, S. 126.
- Kusch, M., Nelle, I., Stecker, R. & Mücke, K. (2002b). Das Herforder Modell I: Stand und Entwicklungen der psychoonkologischen Versorgung im Kreis Herford. 25. Deutscher Krebskongress 10.-14. März 2002, Berlin.
- Kusch, M., Schmidt-Birk, A., Labouvie, H., Jäger, R.S. & Bode, U. (1998). Qualitätsmanagement und Versorgungsmanagement: DIN EN ISO 9000ff, klinische Praxisleitlinien und

- Versorgungsmodulare. In: M. Kusch, H. Labouvie und R. Jäger (Hrsg.): Versorgungsmanagement in Theorie und Praxis, Bd. 3. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Lauterberg und Becker-Berke, (1999). Gesundheitsziele: Wege aus dem Labyrinth. Gesundheit und Gesellschaft, 3/99, 22-29.
- Lee, S.J., Back, A.L., Block, S.D. & Stewart, S.K. (2002). Enhancing physician-patient-communication. Hematology, 2002, 464-483.
- Lev, E.L. & Owen, S.V. (2000). Counselling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. Perspectives in Psychiatric Care, 36, 131-138.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D. & Hobbs, M. (2001). Effect of self-management program on patients with chronic disease. Effective Clinical Practice, 4, 256-262.
- Lüngen, M. & Lauterbach, K.W. (2002). Ergebnisorientierte Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Das Gesundheitswesen, 64, 46-53.
- Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12, 72-84.
- Mücke, K., Ebmeier, A., Nelle, I., Stecker, R. & Kusch, M. 2003). Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen im Akutkrankenhaus. Psychosoziale Versorgung in der Medizin, 29.-30.09.2003, Hamburg
- Muthny, F.A. (1998). (Hrsg.). Psychoonkologie. Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des „Herforder Modells“. Berlin: Pabst Science Publishers.
- National Institute of Mental Health (2000). Bridging Science and Service. Washington: National Institute of Mental Health.
- NBCC/NCCI (2003): Clinical practice guidelines for the psychosocial care of Adults with cancer. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative: Australia
- NCCN Distress Management Panel. (2003). Distress Management: Clinical Practice Guidelines in Oncology – v.1.203. National Comprehensive Cancer Network.
- Newman, F.L., Griffin, B.P., Black, R.W. & Page, S.E. (1989). Linking level of care to level of need: Assessing the need for mental health care for nursing home residents. American Psychologist, 44, 1315-1324.
- OPS 301 (Version 2005). Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Quelle: <http://www.dimdi.de/de/klassi/index.htm>
- Peeno, L. (2004). The second coming of managed care. TRIAL The Association of Trial Lawyers of America. (Vol. 40, No. 5).
- Popper, H.R. (1959). The logic of scientific discovery. London: Hutchinson. (Popper, K.R. (1959). Logik der Forschung. Tübingen: Mohr.)
- Pronovost, P.J. & Kazandijan, V.A. (1999). A new learning environment: Combining clinical research with quality improvement. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 5, 33-40.
- PSN (Patient Safety Network). (2004). Report 2004. <http://www.patientsafetynetwork.unsw.edu.au>

- Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I. & Holland, J.C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, H. & Haynes, R.B. (Eds.). (1997). *Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone
- Sarafino, E.P. (2001). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (4th ed.) New York: Wiley
- Schlömer-Doll, U., Mücke, K., Rodi, B., Stecker, R., Decius, S. (2001). The Herford Model – Psychooncological care in a hospital: An interdisciplinary task. In: A.J. Schauer, H.-L. Schreiber, Z. Ryn & J. Andres (Hrsg.). *Ethics in Medicine* (81-88). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneeweiss, S., Eichenlaub, A., Schellschmidt, H. & Wildner, M. (2003). *Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK). Ergebnis-Messung in der stationären Versorgung*. Bonn.
- Schwartz, w. (2000). Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens; Welche Potentiale haben die Reformansätze zur Struktur, Qualitätsmanagement und Vergütung? Vortrag, Nürnberg, 17.02.2000.
- Seegers, C., Walker, B.L., Nail, L.M., Schwartz, A., Mudgett, L.L. & Stephen, S. (1998). Self-care and breast cancer recovery. *Cancer Practice*, 6, 339-345.
- Selbman, H.K. (1995). Qualitätssicherung im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie. In: E. Enghofer & K. Winkler (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Onkologie: Grundlagen und Definitionen* (S. 9-13). W. Zuckschwerdt Verlag.
- Selbstverpflichtung (2001). *Selbstverpflichtung der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford*. www.carina-stifung.de
- Sellick, S.M. & Crooks, D.L. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology*, 8, 315-333.
- SGB-V (2002). *Sozialgesetzbuch Kapitel V*. Essen: Fachverlag CW Haarfeld GmbH
- Shahar, (1997). A Poperian perspective on the term evidence-based-medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 109-116.
- Sharman, P. (1998). Linking strategy to action. *CMA Magazine*, 71, 26-29.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.
- Shoor, S. & Lorig, K.R. (2002). Self-care and the doctor-patient relationship. *Medical Care*, 40, 40-44.
- Specialist Breast Nurse Project Team (2003). An evidence based specialist breast nurse role in practice a multicenter implementation study. *European Journal of Cancer*, 12, 91-97.
- Stecker, R., Schlömer-Doll, U., Mücke, K. & Rodi, B. (2000). Psychooncological provision in a general hospital: The Herford Model. *Patient Education and Counselling*, 40, 21-27.

- SVR (Sachverständigenrat). (2001). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“. Band II „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“ Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, Teile 1 bis 4. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- SVR (Sachverständigenrat). (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Todd, W.E. & Nash, D. (Eds.). (1998). Disease management: A systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing.
- Tophoven, (1998). Gesundheitsziele: Zur möglichen Renaissance eines Steuerungskonzeptes. Sozialer Fortschritt, 47, 92-96.
- Viethen, G & Graebig, K. (1996). Qualitätsterminologie Gesundheitswesen. Taschenbuch (<http://www.medizininfo.de/quality/html/defintro.html>).
- Walrath, J.M., Owens, S. & Dziwulski E. (1996). Case management - A vital link to performance improvement. Nursing Economics, 14, 117-122.
- Ward, M.D. & Rieve, J.A. (1998). The role of case management in disease management. In: W.E. Todd & D. Nash (Eds.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes (6235-259). Chicago: American Hospital Publishing.
- Wedding, D., Daschle, T. & Their, S.O. (2001). Behavior and Medicine (3rd ed.). New York: Hogrefe & Huber.
- WHO (2001a). Innovative Care for Chronic Conditions. Genève: WHO
- WHO (2001b). The World Health Report 2001. Genève: WHO
- WHO (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Genève: WHO
- WHO, (1999). The World Health Report 1999: Making a Difference. Genève: WHO.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). Social determinants of health : The solid facts (2nd ed.). Genève WHO
- Wismar et al., (1998). Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen. Sozialer Fortschritt, 47, 272-279.
- Yates, B.T. (1996). Analyzing costs, procedures, process, and outcomes in human services. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zabora, K., Diaz, L. & Loscalzo, M. (2003). Psychosocial screening goes mainstream: A prospective problem-solving system as an essential element of comprehensive care: background and rationale. Psycho-Oncology, 12, S71.
- ZEKO (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Randgebieten) (Zentrale Ethikkommission). (2000). Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt, 97, Heft 15, S. C-786-C-792.
- Zigmond, A. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370.

Anschrift der Verfasser

PD Dr. phil. Michael Kusch Dr. Hans-Ulrich Höhl

Abteilung für Psychoonko- Carina Stiftung
logie am Klinikum Herford

Schwarzenmoorstraße 70 Sonnenblick 5

D-32049 Herford D-32049 Herford

D-32049 Herford

Anhang 1: Qualitätsmerkmale des Case Management Psychoonkologie

1. Behandlungsprogramm

I. Diagnostik

Qualitätsmerkmal 1: Patientenbefragung

Psychoonkologische Versorgung berücksichtigt die Patientenperspektive und verwendet psychometrische Instrumente und Checklisten zur Früherkennung und Katamnese.

- Die Früherkennung basiert auf dem Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme.
- Die Katamnese basiert auf dem Patientenfragebogen: Ambulante Nachsorge.

Qualitätsmerkmal 2: Arztbeurteilung

Psychoonkologische Versorgung berücksichtigt die ärztliche Perspektive und verwendet die ärztliche Beurteilung der psychosozialen Anforderungen und Belastungen aufgrund des Allgemeinzustandes des Patienten, der Krebserkrankung sowie der Krebstherapie.

Qualitätsmerkmal 3: Pflegebeurteilung:

Psychoonkologische Versorgung berücksichtigt die pflegerische Perspektive und verwendet Instrumente zum kontinuierlichen Patientenmonitoring.

Qualitätsmerkmal 4: Psychoonkologische Anamnese

Psychoonkologische Versorgung beruht auf der durch eine speziell ausgebildete psychoonkologische Fachkraft durchgeführten psychoonkologischen Anamnese, die in einer psychoonkologischen Diagnose und Klassifikation mündet.

Qualitätsmerkmal 5: Psychoonkologische Katamnese

Die stationäre psychoonkologische Versorgung endet mit dem durch eine speziell ausgebildete psychoonkologische Fachkraft durchgeführten telefonischen Nachsorgegespräch und der Nachbefragung. Dabei wird ein etwaig vorliegender psychoonkologischer Nachsorgebedarf ermittelt, um erforderliche Nachsorgemaßnahmen einzuleiten.

II. Indikation

Qualitätsmerkmal 6: Selektive, differenzielle und adaptive Indikation

Psychoonkologische Versorgung verwendet psychometrische Instrumente und Checklisten zur selektiven Indikation, die psychoonkologische Anamnese zur differentiellen Indikation und das kontinuierliche Patientenmonitoring zur adaptiven Indikation.

Die psychoonkologische Katamnese (telefonisches Nachsorgegespräch + Nachbefragung) erfolgt zur Indikation einer intensiven psychoonkologischen Nachsorge.

III. Intervention

Qualitätsmerkmal 7: Maßnahmen der Intervention

- Patienteninformation und –aufklärung, um Klarheit und Transparenz über die biopsycho-sozialen Anforderungen einer Krebserkrankung und –therapie herzustellen.
- Patientenunterstützung und –anleitung, um konkrete Anforderungen und Belastungen der Krebserkrankung und –therapie zu bewältigen.
- Psychoonkologische Beratung / Behandlung, um im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und –therapie vorliegendes, beeinträchtigtes und/oder gestörtes Verhalten und Erleben zu modifizieren und/oder zu lindern.
- Telefonische Nachsorge, zur Information/Aufklärung, Unterstützung/Anleitung und/oder psychoonkologischen Behandlung in der frühen Nachsorgephase.

IV: Evaluation

Qualitätsmerkmal 8: Maßnahmen der Evaluation

- Telefonisches Nachsorgegespräch zur Expertenbeurteilung des Therapieerfolgs.
- Patientenfragebogen in der ambulante Nachsorge zur Beurteilung des Therapieerfolgs aus der Patientenperspektive.
- Klinisch-psychologische Diagnose und Klassifikation.

2. Risikobeurteilung

Qualitätsmerkmal 9: Psychoonkologische Risikobeurteilung

- Risikogruppe I: Liegen in der Patientenbefragung „Stationäre Aufnahme“ keine relevanten psychosozialen Belastungen vor, so handelt es sich um Patienten der psychoonkologischen Risikogruppe I. Bei diesen Patienten mit „Zustand bei Krebserkrankung ohne gravierende krankheitsbedingte und zusätzliche Belastungen“ besteht zu Beginn der Krebstherapie kein erhöhter psychoonkologischer Versorgungsbedarf. Aufgrund des Zustandes bei Krebserkrankung werden niederschwellige psychoonkologische Leistungen der Patienteninformation und –aufklärung angeboten.
- Risikogruppe II: Liegen in der Patientenbefragung „Stationäre Aufnahme“ relevante psychosoziale Belastungen in der evidenzgestützten Checkliste vor, so handelt es sich um Patienten der psychoonkologischen Risikogruppe II. Bei Patienten mit „Zustand bei Krebserkrankung mit konkreten krankheitsbedingten und/oder zusätzliche Belastungen“ besteht bereits zu Beginn der Krebstherapie ein erhöhter psychoonkologischer Versorgungsbedarf. Aufgrund des Zustandes bei Krebserkrankung und der konkreten krankheitsbedingten und/oder zusätzlichen Belastungen werden neben der Patienteninformation und –aufklärung auch auf die konkrete Belastung bezogene Maßnahmen der Patientenunterstützung und –anleitung durchgeführt.
- Risikogruppe III: Liegen in der Patientenbefragung „Stationäre Aufnahme“ relevante psychosoziale Belastungen im „Distress Thermometer“ (cut off > 5) und/oder in der HADS (Schwellenwert > 14) vor, so handelt es sich um Patienten der psychoonkologischen Risikogruppe III. Bei Patienten mit „Zustand bei Krebserkrankung mit gravierenden zusätzlichen Belastungen“ besteht bereits zu Beginn der Krebstherapie ein besonders erhöhter psychoonkologischer Versorgungsbedarf. Aufgrund des Zustandes bei Krebserkrankung werden Maßnahmen der Patienteninformation und –aufklärung, bei vorliegenden konkreten krankheitsbedingten und/oder zusätzlichen Belastungen werden auf die konkrete Belastung bezogene Maßnahmen der Patientenunterstützung und –anleitung durchgeführt. Aufgrund der gravierenden zusätzlichen Belastungen werden bereits zu Behandlungsbeginn Maßnahmen der psychoonkologischen Beratung/Behandlung durchgeführt.

Qualitätsmerkmal 10: Medizinische Risikobeurteilung

- Risikogruppe I: Bei diesen Patienten ist aufgrund deren Allgemeinzustandes (Gesundheitszustand), der Schwere der Krebserkrankung (Prognose) und der Schwere der bevorstehenden Krebstherapie von keinen außergewöhnlichen krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen auszugehen.
- Risikogruppe II: Bei diesen Patienten ist aufgrund deren Allgemeinzustandes (Gesundheitszustand), der Schwere der Krebserkrankung (Prognose) und/oder der Schwere der bevorstehenden Krebstherapie von moderaten krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen auszugehen.
- Risikogruppe III: Bei diesen Patienten ist aufgrund deren Allgemeinzustandes (Gesundheitszustand), der Schwere der Krebserkrankung (Prognose) und/oder der Schwere der bevorstehenden Krebstherapie von besonders außergewöhnlichen krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen auszugehen.

3. Versorgungsorganisation

Qualitätsmerkmal 11: Leitlinien und Behandlungspfade

Auswahlleitlinien: Sie spezifizieren, warum eine bestimmte Leistung der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation ausgeführt wird.

Ausführungsleitlinien: Sie spezifizieren welche, wie, wann und mit wem die Leistungen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation ausgeführt werden.

Die einzelnen Ausführungsleitlinien sind in berufsgruppenbezogenen Behandlungspfaden zusammengefasst, die der Transparenz, der Schulung sowie der interdisziplinären Kooperation dienen.

Unterschieden werden der

- medizin-psychologische Behandlungspfad: Dieser fasst die Auswahl- und Ausführungsleitlinien zur psychoonkologischen Versorgung der Ärzte zusammen.
- pflege-psychologische Behandlungspfad: Dieser fasst die Auswahl- und Ausführungsleitlinien zur psychoonkologischen Versorgung der Pflegekräfte zusammen.
- psycho-onkologische Behandlungspfad: Dieser fasst die Auswahl- und Ausführungsleitlinien zur psychoonkologischen Versorgung der Ärzte zusammen.

Die Organisation der psychoonkologischen Versorgung ist an dem Verlauf der medizinischen Krebstherapie im Krankenhaus orientiert. Sie regelt die medizinischen und pflegerischen Versorgungsabläufe sowie die interdisziplinäre Kooperation des Behandlungsteams. Das Behandlungsprogramm ist in die Versorgungsorganisation integriert.

Die Versorgungsorganisation regelt, welche psychoonkologische Fachkraft welche psychoonkologische Versorgungsleistung während der medizinisch-pflegerischen Behandlungsepisoden und der einzelnen medizinisch-pflegerischen Behandlungssituationen erbringt.

- Die von den Ärzten erbrachte Patienteninformation und -aufklärung erfolgt anhand der kriterienbasierten, psychoonkologischen Beratung – „ärztliche Checkliste“ - zu drei Behandlungssituationen; 1) im Anschluss an das ärztliche Aufnahmegespräch zu Behandlungsbeginn (hier werden dem Patienten der Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme sowie eine Einverständniserklärung ausgehändigt), 2) im Anschluss an das ärztliche Diagnosegespräch zum histologischen Befund und 3) im Anschluss an das ärztliche Nachsorgeplanungsgespräch zum Ende der stationären Krebstherapie.
- Die von den Pflegekräften erbrachte Patientenunterstützung und -anleitung ist in dem vorliegenden Versorgungsmodell (noch) nicht konzeptualisiert. Geregelt ist das Patientenmonitoring anhand der „Social Nurse Checklist“ in Situationen besonders erhöhter Belastung.
- Die von den Psychoonkologen erbrachte Patientenunterstützung und -anleitung erfolgt zu Behandlungsbeginn im Anschluss an die Auswertung der „Evidenzgestützten Checkliste“, sowie nach Indikation anhand der „Social Nurse Checklist“. Die von den Psychoonkologen erbrachte psychoonkologische Beratung / Behandlung erfolgt als „Krisenin-

tervention“ vorwiegend unmittelbar während Situationen erhöhter Belastung, wie sie von den Ärzten und Pflegekräften erkannt und veranlasst oder ggf. vom Patienten geäußert wird.

Die Versorgungsorganisation regelt den mit der psychoonkologischen Versorgung verbundenen Daten- und Informationsfluss:

- Die Ärzte stellen den Psychoonkologen versorgungsrelevante Informationen bereit (u.a. medizinische Risikobeurteilung; behandlungsrelevante Patientendaten/-informationen).
- Die Pflegekräfte stellen den Psychoonkologen versorgungsrelevante Informationen bereit (u.a. Social Nurse Checklist; behandlungsrelevante Patientendaten/-informationen).
- Die Psychoonkologen stellen der Ärzten und Pflegekräften versorgungsrelevante Patientendaten-/Informationen bereit (u.a. Diagnosen, Indikationen, Interventionsdaten, Evaluationsdaten).

Qualitätsmerkmal 12: Voraussetzungen der Versorgungsevaluation

Die Versorgungsevaluation wird im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung patientenbezogen durch die psychoonkologische Fachkraft und durch näher bezeichnete externe Stellen anhand von Qualitätskriterien und –indikatoren durchgeführt. Die patientenbezogene Versorgungsevaluation schließt folgende Punkte ein:

- Datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird Rechnung getragen. Daten werden nur im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung erfasst, und nur dann, wenn der Patient dieser Versorgung als integralem Bestandteil der umfassenden Krebstherapie zustimmt.
- Die klinische Versorgungsdokumentation umfasst die EDV-basierte (= CMP-System) Erfassung aller versorgungsrelevanten klinischen und administrativen Daten.
 - Klinische Versorgungsdaten: Hierzu zählen Daten der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation.
 - Administrative Versorgungsdaten: Hierzu zählen u.a. die Patientenstammdaten sowie Daten zum Leistungserbringer, zur Versorgungsdauer, -art und –häufigkeit.
- Die psychoonkologische Patientenakte umfasst die patientenbezogenen, edv-basiert erfassten klinischen und formalen Versorgungsdaten, die Patientenfragebögen, die Arztbeurteilung einschließlich der drei ärztlichen Checklisten, sämtliche Pflegebeurteilungen (Social Nurse Checklist) und schriftliche patientenbezogene Dokumente.
- Die psychoonkologische Fachkraft bewertet kontinuierlich die klinische und formale Qualität ihrer Leistungserbringung anhand von Qualitätskriterien und –indikatoren. Dies geschieht vornehmlich implizit, d.h. ohne die Anfertigung von Patientenberichten. Eine explizite, einzelfall- und/oder gruppenbezogene Leistungsbewertung erfolgt mit Unterstützung durch die externen Stellen und kann in Patienten- und/oder Qualitätsberichten zum Ausdruck gebracht werden.

4. Versorgungsevaluation

Qualitätsmerkmal 13: Qualitätskriterien und -indikatoren

Die psychoonkologische Versorgung unterliegt einem kontinuierlichen Prozess der Qualitätsentwicklung, der anhand von Qualitätskriterien und –indikatoren²¹ durchgeführt wird. Ziel ist die Evaluation der Versorgungsqualität auf Basis des Vergleiches empirisch ermittelter und vorausgesetzte Kennzahlen.

Die Qualitätsprüfung bezieht sich auf folgende Qualitätskriterien:

Kriterium 1: Zugänglichkeit der Versorgung, definiert als: “the ease with which patients can obtain the care that they need when they need it”.

Kriterium 2: Angemessenheit der Versorgung, definiert als: “the degree to which the correct care is provided, given the current state of the art”.

Kriterium 3: Stetigkeit / Koordination der Versorgung; definiert als: “the degree to which the care needed by patients is coordinated among practitioners and across organizations in time”.

Kriterium 4: Wirksamkeit der Versorgungs-praxis (effectiveness); definiert als: “the degree to which care is provided in the correct manner given the current state of the art”.

Kriterium 5: Wirksamkeit unter Idealbedingungen, definiert als: “the degree to which a service has potential to meet the need for which it is used”.

Kriterium 6: Wirtschaftlichkeit, definiert als: “the degree to which the care received has the desired effect with minimum of effort, expense or waste”.

Kriterium 7: Patientenorientierung in der Versorgung, definiert als: “the degree to which patients (and families) are involved in the decision-making process in matters pertaining to their health, and the degree to which they are satisfied with their care”.

Kriterium 8: Sicherheit der Versorgungsumgebung; definiert als: “the degree to which the environment is free from hazard or danger”.

Kriterium 9: Rechtzeitigkeit der Versorgung; definiert als: “the degree to which care is provided to patients when it is needed”.

5. Versorgungsmanagement

Qualitätsmerkmal 14: Qualitätsentwicklung

Die Ergebnisse der Versorgungsevaluation werden den Kliniken im Rahmen von Qualitätszirkeln und klinikübergreifenden Benchmarks rückgemeldet. Dabei werden die Optimierungspotenziale aufgezeigt und ggf. Optimierungsprozesse eingeleitet und begleitet (Versorgungsmanagement).

²¹ Die Qualitätskriterien der Joint Commission on Accreditation of Hospitals sind für die Qualitätsentwicklung im CMP zwar nicht ideal, werden jedoch als grobe Anhaltspunkte verwendet.