

Version: 12. Sitzung am 15.09.10

Letzte redaktionelle Prüfung: 09.03.2011

Nationaler Krebsplan Handlungsfeld 4 Patientenorientierung: Gemeinsames Zielepapier 12a, 12b und 13

Ziel 12a: Alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer verfügen über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebspatienten und ihren Angehörigen

- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe wird die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen verbessert
- Die Kommunikationsfähigkeiten werden im Rahmen der Qualitätssicherung laufend überprüft und trainiert

Ziel 12b: Stärkung der Patientenkompetenz

Ziel 13: Die Patientinnen und Patienten werden aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen

- Bereitstellung evidenzbasierter Patienteninformationen im Prozess der Behandlung zur Unterstützung der Entscheidungsfindung
- Praktizierung der Partizipativen Entscheidungsfindung (Umsetzung der Verfahren des "shared decision making")

Leitung: Herr Prof. Weis, Frau Schulte und Herr Prof. Härter

Frau Prof. Dierks, Herr Prof. Englert, Frau Erb, Frau Prof. Feyer, Herr Dr. Gebest †, Herr Dr. Heymanns, Frau Dr. Klinkhammer-Schalke, Herr Müller, Herr Dr. Sturm, Frau Dr. Sänger

Einleitung

Aufgrund der engen inhaltlichen Bezüge und wechselseitigen Zusammenhänge werden die Ziele 12a, 12b und 13 in einem gemeinsamen Zielepapier zusammen dargestellt. Die ursprünglich nach den jeweiligen Subzielen getrennten Arbeitsgruppen haben sich nach einer ersten Arbeitsphase zu einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zusammengeschlossen.

1. Erläuterung des Ziels und ggf. der zugehörigen Teilziele

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler): Die Kommunikation mit den Patienten und ihren Angehörigen stellt eine Basiskompetenz aller in der Onkologie tätigen Berufsgruppen dar. Die patientenzentrierte Kommunikation umfasst hierbei eine für die Patienten verständliche Informationsvermittlung bezüglich Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf der Erkrankung sowie eine patientenzentrierte, empathische Mitteilung auch von ungunstigen Nachrichten (z.B. bzgl. Diagnose, Rezidiv, Progress der Erkrankung). Gefordert sind darüber hinaus soziale und interpersonale Fähigkeiten und Fertigkeiten („Skills“).

Die patientenzentrierte Kommunikation bzw. Gesprächsführung baut auf den Modellen und Theorien zur menschlichen Kommunikation (z.B. Watzlawick, Schultz v. Thun, C. Rogers) auf und umfasst verbale wie auch non-verbale Kommunikationsformen und -fertigkeiten. Sie wird durch Elemente und Techniken der patientenzentrierten Gesprächsführung umgesetzt. Die erweiterten Grundlagen im Hinblick auf die spezifischen Erfordernisse in der Onkologie (z.B. SPIKES-Modell, v. Baile et al., 2000) liefern wichtige Handlungsmodelle für die praktische Umsetzung im klinischen Alltag. Darüber hinaus stellen sie die Grundlage für entsprechende Schulungs- und Trainingsprogramme dar. Hierbei wird davon ausgegangen, dass kommunikative Kompetenzen bei den Angehörigen von Gesundheitsberufen nicht einfach vorausgesetzt werden können, sondern durch spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote bzw. Trainings als professionelle Kompetenz erworben werden können und müssen. Kommunikative Kompetenzen sind auch Voraussetzung dafür, dass Ärzte, Pflegepersonal und andere in der onkologischen Versorgung tätige Berufsgruppen psychosoziale Belastungen bzw. klinisch bedeutsame psychische Störungen der Patienten besser erkennen und Hilfestellungen zu deren Linderung oder Remission (z.B. durch spezifische psychoonkologische Beratungs- und Behandlungsangebote, Sozialberatung etc.) anbieten oder einleiten können.

Übergeordnetes Ziel ist daher die Befähigung zu einer patientenzentrierten Kommunikation und deren praktische Umsetzung bei allen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen.

Ziel 12b (Patientenkompetenz): Im Kontext onkologischer Erkrankungen wird der Begriff der *Patientenkompetenz* seit einiger Zeit zunehmend häufiger verwendet. Er beschreibt in verschiedenen Facetten, wie Patienten durch ihr Erleben, Bewerten, Wissen und Handeln eine lebensbedrohliche Erkrankung, wie z.B. Krebs und dessen Behandlung, verarbeiten und bewältigen (Kösters, 2000; Schulte, 2004; Giesler & Weis, 2008). Der Begriff „Patientenkompetenz“ beinhaltet dabei ein Verständnis von Patienten als „Experten in eigener Sache“, die häufig auch als „erlebte Kompetenz“ bezeichnet und der „erlernten Kompetenz“ professioneller Behandler gegenübergestellt wird. Sie kann als Ausdruck und Widerspiegelung grundlegender Veränderungen der Patientenrolle und des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit verstanden werden, die von einer bislang eher paternalistisch verstandenen Beziehung zwi-

schen Patient und Arzt hin zu einem Verständnis des Patienten als einem aktiven, gleichberechtigten Partner in der Behandlung verlaufen (Dierks et al., 2003; RKI, 2006). Zu diesen Veränderungen haben ganz unterschiedliche Faktoren beigetragen, z. B. die Verfügbarkeit von Informationen über neue Medien wie das Internet sowie ein zunehmendes Bedürfnis von Patienten nach Information und Mitbestimmung bei der Behandlung ihrer jeweiligen Erkrankung. Nicht zuletzt sind mit dem Konzept der Patientenkompetenz auch Hoffnungen von Patienten, behandelnden Ärzten, Pflegenden und aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen und Akteure der Gesundheitspolitik verknüpft, dass eine stärkere Einbindung von Patienten in Behandlungsentscheidungen und in die Behandlung selbst zu einer höheren Zufriedenheit, besseren Lebensqualität, erfolgreicherer Therapie, z.B. durch eine verbesserte Adhärenz, und dadurch zu einer günstigen Beeinflussung des Krankheitsverlauf beitragen. Der Begriff Patientenkompetenz impliziert jedoch auch ein Mehr an Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit und Genesung. Patientenkompetenz lässt sich aus Sicht von Patienten beschreiben als die Fähigkeit und das Bestreben, einen individuellen Weg in der Krankheit zu gehen und aus eigenen Kräften zur Verbesserung des Umgangs mit der Krankheit beizutragen. Die Stärkung der Patientenkompetenz ist ein wichtiges Anliegen der Akteure im Gesundheitswesen, u.a. von Ärzten, Pflegenden, psychosozialen Berufsgruppen, Krankenkassen und Selbsthilfeorganisationen. In der Selbsthilfe erweitert sich die individuelle Kompetenz des Einzelnen zur kollektiven Kompetenz. Sie findet Ausdruck in der Mitwirkung in medizinischen und politischen Gremien. Sie erfordert die Fähigkeit, die subjektive Wahrnehmung des einzelnen Patienten zu erkennen, unterschiedliche Patienteninteressen bündeln zu können und setzt Gesundheits- und Systemwissen voraus.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Patientenkompetenz ein noch in Entwicklung befindliches Konzept darstellt und der Begriff bisher eine primär programmatische Verwendung findet. Erste wissenschaftliche Ansätze bestimmen die Patientenkompetenz im Sinne einer Arbeitsdefinition allgemein als Fähigkeit zur ressourcengestützten Krankheitsverarbeitung im weitesten Sinne, d.h. als Fähigkeit, diejenigen Aufgaben zu lösen oder zu bewältigen, denen sich Patienten im Kontext ihrer jeweiligen Erkrankung gegenübersehen. Hierbei lässt sich die individuelle Patientenkompetenz auf verschiedenen Ebenen beschreiben:

- Suche nach Information und Klärung des Wunsches nach Entscheidungsbeteiligung in Bezug auf die Krebserkrankung, deren Diagnose und Behandlung
- Reflektierte Entscheidung bzgl. medizinischer Maßnahmen und Behandlungsoptionen auf der Basis von guter Patienteninformation
- Interaktionen von Patient und Arzt (und weiteren an der Behandlung beteiligten Personen), insbesondere Äußern von Erwartungen, Fragen, Ängsten
- Umgang mit den im Kontext der Krebserkrankung und ihrer Behandlung auftretenden emotionalen Belastungen und den Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen
- Aktivieren und Annehmen von sozialer Unterstützung durch bedeutsame Bezugspersonen (Partner, Familie, Freunde)

- Reflektieren und ggf. Verändern des persönlichen Lebensstils (Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung/Sport und Ernährung) und
- Kritisch reflektierte Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten des Gesundheitswesens (einschließlich komplementärmedizinischer Maßnahmen und psychosozialer Angebote).

Die kollektive Patientenkompetenz zeigt sich aus der Perspektive der Patienten in der Einflussnahme auf die Gestaltung des Gesundheitssystems, in der Mitwirkung bei der Neugestaltung von Versorgungsstrukturen und -abläufen und bei der Weiterentwicklung von an den Belangen und Bedürfnissen von Patienten orientierten Versorgungskonzepten. Der Begriff der Patientenkompetenz ist damit auch ein Anknüpfungspunkt für Forderungen der Patienten, eine stärkere, ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechende Teilhabe an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu ermöglichen. Insofern weist das Konzept der Patientenkompetenz Überschneidungen zu den Konzepten der *Gesundheitskompetenz*, *Gesundheitsmündigkeit (Health literacy)* sowie dem *Empowerment* auf.

Übergeordnetes Ziel ist die Erweiterung der Patientenkompetenz durch Information, Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten, Verbesserung der Rahmenbedingungen und Entwicklung von Anreizen für Professionelle zur Förderung der Patientenkompetenz.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung): Die Umsetzung einer stärkeren Patientenbeteiligung erfolgt im direkten Gespräch zwischen Arzt und Patient und umfasst die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient beim Herbeiführen individueller medizinischer Entscheidungen zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen (Härter 2004; Klemperer et al. 2010). Insofern baut die Realisierung des Ziels 13 auf der Umsetzung der Ziele 12a und 12b auf. Das Einbeziehen des Patienten bei medizinischen Entscheidungen (*Shared Decision-Making*; deutscher Sprachgebrauch: *Partizipative Entscheidungsfindung – PEF*) folgt dabei einem klar erkennbaren Ablauf mit aufeinander aufbauenden Schritten im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Der PEF-Ansatz nimmt eine Mittelstellung zwischen der „*paternalistischen Vorgehensweise*“ des Arztes, bei dem die Informations- und Entscheidungsmacht beim Arzt liegt, und dem *Autonomie- bzw. Informationsmodell*, bei dem die Entscheidung in erster Linie beim Patienten liegt, ein. Das PEF-Konzept wurde primär für chronische Erkrankungen entwickelt und ist für Tumorerkrankungen besonders geeignet, weil hier komplexe Behandlungsalternativen mit stark variablen Kurz- und Langzeitnebenwirkungen sowie bedeutsamen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Lebensqualität der Patienten bestehen (=präferenzsensitive Entscheidungen) (Reuter & Härter, 2009).

Die patientenzentrierte Kommunikation bzw. das Gesprächs- und Handlungsmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung stellen die Basis für den „informed consent“ und die gemeinsame Entscheidung mit den Patienten hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Schritte dar. PEF bezieht sich spezifisch auf den bei Behandlungsentscheidungen anstehenden Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient. Bei onkologischen Behandlungen

müssen hierbei in der Regel Vor- und Nachteile bzw. Nutzen und Risiken der unterschiedlichen Behandlungsoptionen gegeneinander abgewogen werden. In vielen Fällen kann eine Unsicherheit bzw. Ungewissheit bzgl. der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Ziel ist, dass Ärzte nicht allein Experten in fachlich-medizinischer Hinsicht sind, sondern ebenso patientenzentrierte empathische Begleiter in der Diagnostik und Therapie im Verlauf der Erkrankung. Bei solch einem Vorgehen werden die evidenzbasierten medizinischen Erkenntnisse um die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten (z.B. bzgl. Informations- und Beteiligungswünschen sowie Behandlungspräferenzen) erweitert.

Übergeordnetes Ziel ist die Befähigung von Ärzten und anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen zu einer Partizipativen Entscheidungsfindung sowie deren praktischer Umsetzung.

2. Prüfung der Zielerreichung (Soll-Ist-Analyse)

2.1 Präzisierung und Differenzierung der Ziele und ggf. Teilziele

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler): Die Umsetzung einer patientenzentrierten Kommunikation sowie das Erkennen psychosozialer Belastungen der Patienten und ihrer Angehörigen sind interdisziplinäre Aufgabe. Als Zielgruppen sind daher zu benennen: Ärzte (auch Haus- und Gebietsärzte in onkologischer Mitbetreuung), Pfleger, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, medizinische Fachberufe wie Physio- und Ergotherapeuten etc., weitere Mitarbeiter im psychosozialen Dienst und ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen (Sozialarbeiter, Sozial- und Diplompädagogen etc.), Seelsorger, Mitglieder der organisierten Selbsthilfe. Eine Differenzierung sowie Präzisierung der Teilziele ist jeweils spezifisch für die verschiedenen Zielgruppen vorzunehmen. In der Priorisierung von Maßnahmen sollte die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten der beiden primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege Vorrang haben.

Die Identifikation psychosozialer Belastungen ist einerseits durch eine verbesserte Kommunikationskompetenz und Fach- sowie Methodenkompetenz zu erreichen, andererseits sind verschiedene Maßnahmen zur systematischen Erfassung psychosozialer Problemlagen der Patienten notwendig. Hier sind insbesondere eine Erfassung psychischer und sozialer Belastungen und Störungen mit Hilfe von geeigneten Instrumenten (Herschbach & Weis, 2008; Reuter & Härter, 2009) sowie der gesundheits- und krankheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten (Gimmler, 2002; Klinkhammer-Schalke, 2008) im Rahmen der klinischen Routine sinnvoll (siehe hierzu AG 2 Ziel 9).

Dieses Ziel umfasst insgesamt folgende Aspekte:

- Umsetzung einer für die Patienten verständlichen Informationsvermittlung bzgl. Diagnose und Krankheitsverlauf; d. h. der zu treffenden diagnostischen Maßnahmen und der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen, deren Nutzen und Risiken sowie ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile;
- Realisierung einer patientenzentrierten Kommunikation einschließlich der empathischen Überbringung von ungünstigen Nachrichten (z.B. bzgl. Diagnose, Rezidiv, Progress) auf der Basis des Modells einer patientenzentrierten Gesprächsführung;
- Erkennen, Ansprechen und Vermittlung professioneller Bearbeitung psychosozialer Belastungen bzw. psychischer Störungen sowie der Lebensqualität (durch Erkrankung und Therapie) der Patienten und ihrer Angehörigen (siehe auch AG 2, Ziel 9).
- Realisierung einer einfühlsamen Betreuung und Beratung der Angehörigen, um psychosoziale Folgen der Krankheit zu mildern.

Ziel 12b (Patientenkompetenz): Patientenkompetenz beinhaltet sowohl die Fähigkeit, Fragen zu stellen, patientengerechte Informationen sowie eine qualifizierte, sachbezogene und individuelle Beratung und Unterstützung einzufordern, als auch das Bestreben, den eigenen Weg in der Erkrankung zu gehen und aus eigenen Kräften zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs beizutragen. Als wichtiger Teil der Patientenkompetenz muss daher auch die Kommunikationsfähigkeit des Patienten beachtet werden (Neis et al., 2001). Dies umfasst auch Maßnahmen zur Verbesserung der Information, Bedürfnisklärung sowie Krankheitsverarbeitung:

- Hilfen zur Artikulation der eigenen Rollenpräferenz (z.B. bzgl. Behandlungsentscheidungen) und des individuellen Selbstverständnisses von Patientenkompetenz,
- Stärkung und Förderung des Rollenverständnisses eines aktiven und informierten Patienten,
- Bereitstellung geeigneter Materialien und Maßnahmen (Beratung, kritische Gesundheitsbildung, Psychoedukation etc.) zur Förderung und Stärkung der Patientenkompetenz (Bezug zu Ziel 11).

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung): Dieses Ziel richtet sich primär an die für die Vermittlung der Diagnosemitteilung und Entscheidungen im Behandlungsverlauf verantwortlichen Ärzte (sekundär an Pflegenden und andere Berufsgruppen) und beinhaltet folgende Aspekte (vgl. Bieber et al., 2007; Reuter & Härter, 2009):

- die Erfassung und Berücksichtigung der vom Patienten gewünschten Rollenpräferenz bei zu treffenden medizinischen Entscheidungen,
- eine patienten- und bedarfsorientierte Vermittlung relevanter Informationen zu Vor- und Nachteilen bzw. Nutzen und Risiken von vorgeschlagenen medizinischen Maß-

nahmen, optimalerweise unterstützt durch den Einsatz von sog. medizinischen Entscheidungshilfen (=Decision Aids bzw. interaktiver Unterstützungstools =„Decision Support Interventions“) für das Arzt-Patienten-Gespräch, um diese Informationsübermittlung patientengerecht umzusetzen,

- die Umsetzung von erprobten und bewährten Gesprächsroutinen und Handlungsschritten, um eine Partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen und zu erreichen.

2.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler)

Der Ist-Stand der Zielerreichung ist für die verschiedenen Zielgruppen unterschiedlich zu bewerten:

- Bei **Ärzten** ist durch die Reform der ärztlichen Ausbildung 2002 die patientenbezogene Ausbildung gestärkt worden. Grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten der kommunikativen Kompetenzen werden im Rahmen der medizinpsychologischen und medizinsoziologischen Lehre im ersten Studienabschnitt (Semester 1-4) (Loh et al., 2006) und im klinischen Studienabschnitt (Semester 5-10), z.B. in den psychosozialen Fächern und der allgemeinmedizinischen Ausbildung, vermittelt. In Ansätzen werden darüber hinaus spezifische Angebote im Rahmen der medizinischen Fort- und Weiterbildung vorgehalten. Hier ist jedoch als zentrales Problem das Missverhältnis zwischen dem geäußerten Bedarf seitens der Ärzte und der tatsächlichen Inanspruchnahme entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote zu konstatieren. Ebenso gibt es keine klaren Vorgaben und Regelungen für den Erwerb kommunikativer Kompetenzen im Rahmen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Anbieter von entsprechenden Programmen bzw. Angeboten in Deutschland sind insbesondere: a) Einzelinitiativen klinischer oder medizin-psychologischer Arbeitsgruppen, b) die spezifische Weiterbildung „Psychoonkologie“ (WPO e.V.), c) Forschungsprojekte im Rahmen der aktuellen Förderung der Deutschen Krebshilfe zur psychosozialen Onkologie, d) gesetzlich geforderte Fortbildungen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung sowie e) durch die pharmazeutische Industrie geförderte Seminare. Die Fortbildungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind für die spezifischen Belange der Onkologie in der Regel nicht ausreichend bzw. zu unspezifisch. Eine Erweiterung des Fortbildungsangebots für Ärzte zum Bereich der Partizipativen Entscheidungsfindung und der Grundlagen einer evidenzbasierten, patientenzentrierten onkologischen Versorgung erscheint notwendig.

- Bei **beruflich Pflegenden** ist der Bereich der Gesprächsführung ein wesentlicher Baustein im Rahmen der onkologischen Fachpflegeausbildung, dieser wird derzeit aber nicht optimal umgesetzt. In der WPO wird gegenwärtig ein curricularer Entwurf „Psychoonkologie für die Pflege“ in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft KOK der Deutschen Krebsgesellschaft ausgearbeitet, der Gesprächsführung als wichtige Basiskompetenz mit beinhaltet. Um die Umsetzung zu gewährleisten, ist anzustreben, dass mindestens 80% der in der Onkologie tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger die „Fachweiterbildung Onkologie“ absolviert haben.
- Für die **medizinischen Fachberufe** (Physio- und Ergotherapeuten etc.) wird von einem Defizit in der Ausbildung im Hinblick auf die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen ausgegangen, der Ist-Zustand kann jedoch derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden.
- Die **Psychoonkologie** umfasst als interdisziplinäres Fachgebiet verschiedene Berufsgruppen wie Psychologen bzw. Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte, Pädagogen etc. Die Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren fachspezifische Voraussetzungen für die jeweiligen Berufsgruppen definiert. Hierbei wird Gesprächsführung als Basiskompetenz im Rahmen der bisherigen grundständigen Ausbildung vorausgesetzt. Durch die gegenwärtigen Umstrukturierungen der Studiengänge Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit von Diplom- in Bachelor- und Master-Ausbildungen sind diese Voraussetzungen neu zu überprüfen, um ggf. notwendige, adäquate Maßnahmen zu ermitteln. Für die spezifische Zusatzqualifikation „Psychoonkologie“ wird eine entsprechende Fort- und Weiterbildung für alle in diesem Feld tätigen psychosozialen Berufsgruppen sowie eine Approbation als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut gefordert (siehe Zertifizierungsvoraussetzungen der onkologischen Fachzentren → **link angeben**).

Kommunikative Kompetenz und psychodiagnostische Kenntnisse sind Voraussetzungen für das Erkennen psychosozialer Belastungen und Störungen sowie die Umsetzung von Therapieempfehlungen bei Problemen und Einschränkungen der Lebensqualität des Patienten (s.a. Arbeitsgruppe 2, Ziel 9). Für die Frage der systematischen Erfassung der Lebensqualität und die Identifikation von psychosozialen Belastungen durch geeignete Erhebungsinstrumente ist festzuhalten, dass dies bislang nur in Ausnahmefällen, z.B. in onkologischen Schwerpunktpraxen, Organkrebszentren und onkologischen Zentren oder im Rahmen von wissenschaftlichen Studien, erfolgt. Die interdisziplinären Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der verschiedenen Tumorarten (z. B. Mamma-, Ovarial- oder Lungenkarzinom) empfehlen zwar entsprechende Verfahren. Dennoch werden sie in der Alltagsroutine häufig nicht eingesetzt, wenngleich das Nicht-Erkennen oder zu späte Erkennen psychosozialer Belastungen sowohl finanzielle Mehrkosten als auch eine nicht bedarfsgerechte Behandlung zur Folge haben kann. Eine diagnoseübergreifende S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung wird im Rahmen des

Leitlinienprogramm der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft sowie der Deutschen Krebshilfe erarbeitet.

Ziel 12b (Patientenkompetenz):

Das Konzept der Patientenkompetenz befindet sich noch in Entwicklung und kann derzeit hinsichtlich der Zielerreichung daher nur vorläufig beurteilt werden. Edukative Maßnahmen und Bildungsangebote, die auf die Förderung der Patientenkompetenz abzielen, werden von qualifizierten Anbietern wie etwa Selbsthilfeorganisationen, Rehabilitationskliniken, Krankenkassen, „Patientenuniversitäten“ (z.B. in Hannover oder Jena) u.a. angeboten oder vermittelt. Es stehen unabhängige Beratungs- und Unterstützungsorganisationen zur Verfügung, deren niederschwellige Angebote für Betroffene leicht erreichbar sind. Spezifische Interventionen mit dem Ziel der Stärkung der Patientenkompetenz liegen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Konzeptentwicklung nicht vor.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung)

Zur Modellbildung und zum Gesprächsmodell der Partizipativen Entscheidungsfindung liegen insbesondere durch die 2001 bis 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit erfolgte Modellförderung im Rahmen des Förderschwerpunkts „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ in Deutschland inzwischen tragfähige Konzepte für die Aus-, Fort- und Weiterbildung (schwerpunktmäßig für Ärzte) vor (z.B. Härter et al., 2005; Bieber et al., 2007, 2009; Loh et al., 2007), die Umsetzung in die Praxis und Routineversorgung ist aber sehr wahrscheinlich noch als keineswegs flächendeckend und umfassend einzuschätzen. Eine Integration in unterschiedliche Ausbildungsgänge (zum Medizinstudium vgl. Loh et al., 2006) und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt bisher nur punktuell (s. a. Ausführungen zu Ziel 12a).

Darüber hinaus steckt die Entwicklung von medizinischen Entscheidungshilfen (= Decision Aids) in Form von Broschüren, webbasierten oder Film-/DVD-basierten Materialien in Deutschland im Vergleich zum angloamerikanischen Sprachraum erst in den Anfängen, international verfügbare Materialien bedürfen darüber hinaus einer sorgfältigen kulturellen Adaption (Albrecht et al., 2010). Modellförderungen durch den BMG-Förderschwerpunkt, Krankenkassen und die Deutsche Krebshilfe ermöglich(t)en hier Entwicklungen und erste Praxiserprobungen. Initiativen des „Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNeBM)“ oder der „International Patient Decision Aid Standards (IPDAS)“ unterstützen diesen Prozess insbesondere durch Formulierung von konsentierten Qualitätskriterien für qualitätsgeprüfte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen (www.dnebm.de; www.ipdas.org).

2.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

Die Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung sind vielfältig, sie sind je nach den entsprechenden Berufsgruppen vermutlich unterschiedlich und müssen zielgruppenspezifisch eruiert werden. Bei den Ärztinnen und Ärzten liegen sie u.a. in der dominant biomedizinischen Orientierung der grundständigen medizinischen Ausbildung begründet. Weiterhin bedarf es einer angemessenen bzw. verbesserten Vergütung der für die Onkologie notwendigen Arzt-Patienten-Gespräche hinsichtlich Diagnose, Information und gemeinsame Entscheidung über Behandlungsmöglichkeiten, Verlauf etc. Darüber hinaus fehlt die Integration geeigneter evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Informationsmöglichkeiten und medizinischer Entscheidungshilfen in die individuelle Beratung der Patienten. Die Barrieren lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler):

- Überlastung, Zeitmangel und Zunahme patientenferner Tätigkeiten (z.B. Dokumentation) insbesondere bei den Berufsgruppen Ärzte und Pflegekräfte;
- unzureichende Information über die Bedeutung der Kommunikationskompetenz und psychosozialer Problemlagen im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen im klinischen Alltag;
- mangelnde Priorisierung und Fokussierung auf diese patientenorientierten Fähigkeiten aufgrund von Fehleinschätzung der Notwendigkeit und des tatsächlichen Bedarfs;
- Fehlen eines zeit- sowie ortsnahen Angebots im Bereich von Kommunikationstrainings und weiterer Maßnahmen (z.B. Screeningverfahren zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität);
- mangelnde Kenntnis über Konzepte und Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität, psychosozialer Belastungen sowie über geeignete Behandlungsmaßnahmen und;
- mangelnde Würdigung von Gesprächsleistungen und psychosozialen Interventionen im Vergleich zu „medizinisch-technischen Interventionen“ sowohl in ideeller als auch in materieller Hinsicht.

Ziel 12b (Patientenkompetenz):

- Erschwerter Zugang zu qualitätsgesicherten, verständlichen Informationen;
- geringer Bekanntheitsgrad und mangelnde Umsetzung von Patientenrechten;
- unterschiedliche Kommunikationsfähigkeit der Patienten;
- unterschiedliche Ausprägung der Patientenkompetenz je nach Persönlichkeit und Krankheitsstadium, mögliche Überforderung der Patienten;

- unterschiedliche Rollenverständnisse bzgl. Entscheidungsbeteiligung und Krankheitsbewältigung bei Patienten;
- uneinheitliche Verwendung und noch nicht ausreichende wissenschaftliche Fundierung des Begriffes Patientenkompetenz;
- zu wenige Angebote zur Stärkung der Patientenkompetenz, fehlende evidenzbasierte Informations- und Bildungsangebote;
- fehlendes Wissen und fehlende Akzeptanz über die Bedeutung der Patientenkompetenz bei den Behandlern.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung):

- Barrieren in der Arzt-Patienten Interaktion (z.B. Wissensgefälle, unterschiedliche Rollenbilder, soziokulturelle Hintergründe etc.);
- unzureichende Information über die Bedeutung und Notwendigkeit im klinischen Alltag;
- mangelnde Priorisierung bei den Behandlern aufgrund von Fehleinschätzung der Notwendigkeit und des tatsächlichen Bedarfs zur Entscheidungsbeteiligung seitens der Patienten;
- nur punktuelle Umsetzung von spezifischen Trainingsmaßnahmen zur PEF in Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- Fehlen von evidenzbasierten und qualitätsgeprüften Materialien (medizinische Entscheidungshilfen, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen) zur Unterstützung einer Partizipativen Entscheidungsfindung, unzureichende Evaluation und Implementierung in der Routineversorgung;
- unzureichende Berücksichtigung der Patienten-Präferenzen und Bedarf nach Entscheidungsbeteiligung bei der Therapie- und Interventionsplanung im Tumorboard
- unzureichende Berücksichtigung der Prinzipien von PEF bei der Erstellung und Anwendung von Leitlinien und anderen professionellen Behandlungsstandards.

3. Entwicklung von Maßnahmen

3.1 Welche Maßnahmen kommen für eine Verbesserung der Zielerreichung in Betracht?

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler): Als wichtigste Maßnahme steht die Forderung an die Ausbildungsstätten, berufsständischen Kammern und Berufsverbände sowie an die einzelnen Berufsgruppen, in ihre grundständige Ausbildung sowie in Fort- und Weiterbildungsangebote entsprechende Ausbildungs-Module für eine Verbesserung der Ge-

sprächskompetenzen zu integrieren. Hierbei ist den jeweiligen Alltagsgegebenheiten der Berufsgruppen Rechnung zu tragen. Weiterhin sollen (psycho-)diagnostische Kriterien und Instrumente zur Verfügung gestellt werden, die es den einzelnen Berufsgruppen im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeiten erlauben, die psychosozialen Problembereiche, Belastungen und die Lebensqualität ihrer Patienten zu erfassen. Die Maßnahmen im Einzelnen:

- Schaffung der Voraussetzung für eine gezielte Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote durch eine systematische Ist-Analyse der grundständigen Ausbildung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge für alle in der Onkologie tätigen Zielgruppen;
- Verankerung der patientenzentrierten Kommunikation einschließlich der Umsetzung einer Partizipativen Entscheidungsfindung und der Nutzung medizinischer Entscheidungshilfen als verpflichtender Teil in den Ausbildungscurricula der in der Onkologie tätigen Berufsgruppen; Schaffung verbindlicher spezifischer Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärzte und Pflegende für die besonderen kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Onkologiepatienten einschließlich Vorgaben für entsprechende Curricula unter Berücksichtigung und Optimierung der postgraduierten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten durch Verpflichtung zur entsprechenden Fortbildung im Rahmen des Erwerbs von Facharzt- und Zusatztiteln (Beispiel Schweiz: verpflichtende Fortbildung in Kommunikation für den Erwerb der Gebietsbezeichnung Onkologie; Kursangebot mit Förderung durch die Krebsliga Schweiz)¹;
- als Übergangslösung: niederschwellige Angebote in einem gestuften Konzept zur Interessensbildung und Motivierung der Teilnehmer mit Unterstützung seitens der Arbeitgeber sowie von Anbietern von Kommunikationstrainings in onkologischen Kliniken;
- Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren/Organzentren im Hinblick auf Nachweise entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen (Nachweis von Fortbildungen, Veranstaltungen pro Jahr);
- Umfassende Erfolgsbewertung sowie Evaluation der bestehenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl im Hinblick auf die Zielgruppen der Ärzte sowie des Pflegepersonals als auch im Hinblick auf die Patienten.
 - o Zielkriterien für die zuerst genannten Gruppen sind Grad der Verbesserung der kommunikativen Kompetenz, Transfer in die klinische Praxis, subjektive Sicherheit in der Umsetzung patientenzentrierter Kommunikation, Arbeitszufriedenheit, Prävention von Burnout und Verbesserung der Lebensqualität.

¹ Link: <http://www.krebsliga.ch/de/fachleute/gesundheitsfachleute/kommunikationstraining/index.cfm>;

- Zielkriterien seitens der Patienten sind subjektive Zufriedenheit mit der Vermittlung von Information und Aufklärung, Einbinden in medizinische Entscheidungen, Erleben von Veränderungen im Arztverhalten, psychosoziale Belastungen sowie Arzt-Patienten- bzw. Pflege-Patienten-Beziehung, Erhöhung der Lebensqualität (Verbindung zu AG 2 Ziel 8 u. 9).
- Verankerung der Bedeutung von Selbsthilfeorganisationen, der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen einschließlich des aktiven Angebotes von Selbsthilfegruppen an alle Patienten als verpflichtender Teil in den Ausbildungscurricula der in der Onkologie tätigen Berufsgruppen;
- Vorgaben zur Evaluation der Programme und Trainingsmaßnahmen auf der Ebene der Patienten (z. B. seitens der Patienten, Erhebung der Patientenzufriedenheit (z.B. Kleeberg et al 2006) sowie der Transfer in die klinische Praxis (auf Ebene der Professionellen z.B. subjektive Sicherheit, Arbeitszufriedenheit);
- Vermittlung kommunikativer Kompetenz und Fachwissen als Voraussetzung für eine systematische Erfassung der Lebensqualität und psychosozialen Belastungen der Patienten als Ergebnis- und Prozessmerkmale in Ergänzung zu dem Einsatz geeigneter Instrumente (standardisierte Fragebogen zur Lebensqualität) (→ Verbindung zu AG 2 Ziel 8 und 9);
- Implementierung praktikabler Instrumente (z.B. auch computergestützter Systeme) zur ökonomischen Erfassung von psychosozialen Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität.

Ziel 12b (Patientenkompetenz): Die weitere Ausarbeitung und Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Konzeptes der Patientenkompetenz steht als empfohlene Maßnahme im Vordergrund. Dies impliziert die wissenschaftliche Definition und Erfassung dieses Konzeptes sowie eine angemessene Operationalisierung mit dem Ziel der Messbarkeit als Prozess- oder Ergebniskriterium. Primär ist folglich die Weiterentwicklung des Konzeptes, insbesondere aus Sicht der Betroffenen, zu nennen.

Darauf aufbauend sollten Konzepte für Information, Beratung und Psychoedukation im Sinne des Patienten-Empowerments und der Gesundheitsbildung (siehe Faller et al., 2005; Weis et al., 2006; Steckelberg et al., 2009) erprobt und evaluiert werden.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung): In der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind Module für eine Verbesserung der Entscheidungsbeteiligung zu integrieren. Das Gesprächs- und Kommunikationsmodell der PEF sollte für die verschiedenen Fach- und Anwendungsgebiete in der Onkologie weiterentwickelt werden. Ferner sollen die Möglichkeiten und die klinischen Anwendung vorliegender Entscheidungshilfen (Decision Aids) praxisnah vermittelt

werden. Eine Verankerung der patientenzentrierten Kommunikation einschließlich der Umsetzung einer Partizipativen Entscheidungsfindung (inklusive des Nutzen medizinischer Entscheidungshilfen) sollte als verpflichtender Teil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der Onkologie tätigen Berufsgruppen forciert werden. Die Lücken im Angebot von Entscheidungshilfen oder bei den Prozessen zur Unterstützung von Patientenentscheidungen sind durch Neu- oder Weiterentwicklungen zu schließen. Die Angebote sind qualitätsgesichert anzuwenden und eine Ergebnisbewertung sowie Erfolgskontrolle der PEF ist anzustreben. Mögliche Zielkriterien zur Überprüfung sind:

- Grad der Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung,
- die Entscheidungszufriedenheit bei Patient und Behandler,
- Übereinstimmung der Entscheidung mit Patientenpräferenzen,
- Zufriedenheit mit der Konsultation sowie andere klinische Variablen (z.B. Adhärenz).

3.2 Wie sind die einzelnen Maßnahmen zu bewerten, insbesondere hinsichtlich ihrer Effektivität?

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler): Aufgrund des aus Sicht der Betroffenen besonders bedrohlich empfundenen Charakters einer Krebserkrankung gilt das ärztliche Gespräch in der Onkologie, insbesondere im Rahmen der Eröffnung der Diagnose, als besonders anspruchsvoll und schwierig, aber auch als besonders prägend für den weiteren Krankheitsverlauf und die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Behandler. Im Vordergrund stehen Fragen, auf welche Weise schlechte Nachrichten mitgeteilt werden können und wie viel Informationen für den Patienten wie vermittelt werden sollen (Stewart, 1995; Fallowfield & Jenkins, 2004). Fallowfield (1988) sowie Maguire und Faulkner (1988) beschäftigten sich seit Mitte der 80er Jahren in Großbritannien systematisch mit der Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie und entwickelten in den Folgejahren erfolgreiche Kommunikationstrainings für Ärzte und Pflegeberufe (Maguire et al., 1996; Fallowfield et al., 2002). Später kamen Arbeitsgruppen in Belgien, den USA und Kanada sowie der Schweiz hinzu (Razavi & Delvaux, 1997; Baile et al., 1999; Kiss, 1999; Back et al., 2003).

Im Zentrum der Trainings stehen die Vermittlung kommunikationspsychologischen Wissens in Verbindung mit der Einübung konkreter Kommunikations- und Gesprächsführungstechniken auf der Grundlage einer patientenzentrierten Haltung. Es liegen verschiedene Modelle und Konzepte für die Umsetzung und praxisorientierte Vermittlung von kommunikativen Fertigkeiten für verschiedene Zielgruppen vor, die sich als praktikabel und effektiv erwiesen haben. Konzeptionell unterscheiden sich diese nur wenig voneinander, ebenso sind nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich der Umsetzung und didaktischen Vermittlung (Einsatz von Rollenspielen, Schauspielern, Videoaufzeichnungen etc.) festzustellen.

Empfehlungen im Hinblick auf die Dauer und Anzahl der Trainingsmaßnahmen, Art der didaktischen Vermittlung und Sicherstellung des Transfers in den klinischen Alltag liegen auf der Basis zahlreicher Studien vor (Stiefel et al., 2010). Darüber hinausgehende Hinweise, vor allem auch hinsichtlich der Umsetzbarkeit im deutschsprachigen Bereich, sind von den laufenden nationalen Forschungsprojekten (v.a. durch die Förderung der Deutschen Krebshilfe) Anfang 2011 zu erwarten.

Ziel 12b (Patientenkompetenz): Aus wissenschaftlicher Perspektive ist die Patientenkompetenz noch wenig untersucht worden. Ansätze zur Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung der Patientenkompetenz wurden vorgelegt (Giesler & Weis, 2008; Steckelberg et al., 2007). Wissenschaftliche Studien zur Evaluation von entsprechenden Maßnahmen der Psychoedukation und Gesundheitsbildung liegen bislang nur vereinzelt vor und messen die klassischen Zielkriterien wie Befindlichkeit, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität (Faller 2009).

Professionelle Konzepte mit unterschiedlichen Schwerpunkten (psychosozial, medizinisch, symptomorientiert) liegen vor, sind aber nur teilweise evaluiert worden (Faller et al., 2005; Weis et al., 2006; Vogel, 2007). Für die Patientenschulung in der Rehabilitation sind Eckpunkte vorgelegt worden, die im Hinblick auf die Übertragbarkeit für den Bereich der Onkologie zu überprüfen sind (Bitzer et al., 2009). Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung existieren etablierte Angebote zur Gesundheitsbildung (z.B. www.tk-online.de/gesundheitsbildung). Im Bereich der Selbsthilfe liegen erste Erfahrungen mit Schulungsprogrammen vor, z.B. hat die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) ein Schulungskonzept mit sieben Blöcken entwickelt, das für alle Mitglieder verpflichtend ist. Ziel des Konzeptes ist die Sicherung einer zeitgemäßen Beratungsqualität und die Abgrenzung zum professionellen System. Weitere der acht Krebs-Selbsthilfeorganisationen im Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn, z. B. die Deutsche ILCO, die Prostatakrebs-Selbsthilfe und die Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe haben ebenfalls eigene Schulungen für ihre ehrenamtlich Aktiven entwickelt.

Die Schulungskonzepte sollten in ihren Inhalten dem jeweils aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin entsprechen sowie alters-, geschlechts- und kulturspezifisch ausgerichtet sein. Für den Bereich der Aufklärung und Informationsvermittlung sollten Strategien einer adäquaten Risiko-Kommunikation (im Hinblick auf Techniken, Didaktik und verwendete Hilfsmittel) berücksichtigt werden.

Es ist zu prüfen, inwieweit die vorliegenden Schulungen sich als Angebot zur Stärkung der Patientenkompetenz eignen. Das vorhandene Material aller Anbieter sollte in einem Forschungsprojekt mit externer Prozessbegleitung gesichtet und zusammengeführt werden. Im Bereich der Patientenschulung ist eine enge Kooperation zwischen Selbsthilfeorganisationen und Professionellen unerlässlich.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung): Die konzeptuellen Entwicklungen des PEF-Modells sind nach 20 Jahren Forschung und Entwicklung gut vorangekommen (Makoul & Clayman, 2006). Empirische Evidenz für die Anwendung von PEF liegt aus verschiedenen Indikationsbereichen vor. Antizipierte Nachteile wie Verunsicherung der Patienten, Vertrauensverlust in den Arzt, erhöhter Zeitaufwand in der ärztlichen Konsultation und der Wunsch nach kostenintensiveren Behandlungen konnten nicht bestätigt werden (Coulter, 1997; Loh et al., 2007). Wichtig erscheint, in zu entwickelnden Fortbildungen eine bessere *Verbindung zur Nutzung von Decision Aids (DA)* herzustellen, deren Entwicklungsstand und empirische Grundlagen am weitesten vorangeschritten sind. Da das Gelingen der Kommunikation immer auch eine patienten- und beziehungsorientierte Haltung des das Decision Aid anwendenden Arztes bzw. professionellen Helfers erfordert, müssen Schulungen für Ärzte zur Nutzung von Entscheidungshilfen den Aufbau dieser Fähigkeiten ebenso beinhalten wie die Vermittlung der Vorgehensweise bei einer Partizipativen Entscheidungsfindung (Bieber et al, 2007; Towle & Godolphin, 1999; vgl. aktuelles Forschungsprojekt der Dt. Krebshilfe zur Verbindung von PEF und DAs). Im Bereich der Patientenschulung ergeben sich viele Überschneidungen mit Themenbereichen der *Patientenkompetenz* und des *Empowerments*, deren verstärkte Verknüpfung in der Zukunft weitere Chancen für eine verbesserte Patientenversorgung birgt. Neuere Entwicklungen, wie webbasierte interaktive Informationssysteme, werden dabei eine relevante Rolle spielen (Simon et al., 2007). Wichtig sind außerdem zum einen die bisher kaum untersuchten *gesundheitsökonomischen Auswirkungen* der Anwendung von PEF hinsichtlich der Frage, ob Therapien effektiver und effizienter umgesetzt werden. Zum anderen bedarf es umfassender Studien, die untersuchen, in wieweit sich die *klinische Versorgung zum Wohle der Patienten und Ärzte* tatsächlich verbessert. Hierfür notwendige Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung der PEF sind in den letzten Jahren entwickelt worden. Die international vorgeschlagenen Modelle zur Bewertung der Qualität und der Ergebnisse der PEF sind hinsichtlich ihrer Anwendung in der onkologischen Versorgung unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens zu überprüfen und ggf. zu adaptieren.

Die Übertragbarkeit vorliegender Erkenntnisse auf den Bereich der Onkologie muss im Rahmen von Forschungsprojekten und Modellerprobungen überprüft werden. Insgesamt ist von einer grundsätzlichen Akzeptanz und Motivation auszugehen, wenngleich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen anzunehmen sind. In der Regel steigt die Akzeptanz mit praktischen Erfahrungen im Rahmen von Einführungs- und/oder „Schnupperkursen“. Problematisch ist die quantitativ nicht abschätzbare Gruppe der Nicht-Interessierten, die auch mit niedrigschwelligen Maßnahmen nicht erreicht werden; daher sind insbesondere motivierende Maßnahmen (i.S. einer Qualitätssicherung bzw. durch Schaffung von Anreizsystemen) mit Wirkung in die breite Fläche einzufordern.

4. Priorisierung / Empfehlung der Maßnahmen

4.1 Welche Maßnahmen sollten empfohlen und vorrangig umgesetzt werden?

Ziel 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler):

In einem ersten Schritt ist zu klären, inwieweit kommunikative Kompetenzen in grundständigen Ausbildungsgängen für Ärzte, Pflege- und andere Gesundheitsberufe vermittelt werden; hierzu wird daher gezielte Abfrage mittels eines standardisierten Fragebogens als Forschungsvorhaben durchgeführt. Parallel dazu sollten auch die bestehenden Fort- und Weiterbildungen der jeweiligen Berufsgruppen identifiziert werden und der Stellenwert der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in diesen Curricula ermittelt werden. Mit Blick auf die primären Defizite und eine notwendige Prioritätensetzung sollten hierbei zunächst die Zielgruppen der Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflege fokussiert werden. Die übrigen Gesundheitsberufe sind im Hinblick auf die Multidisziplinarität sowie eine integrierte onkologische Versorgung von Bedeutung, werden jedoch aufgrund der spezifischen Versorgungsaufgaben der erstgenannten Gruppen erst an zweiter Stelle verfolgt.

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 12a im Einzelnen:

1. Bestandsaufnahme der Vermittlung allgemeiner und auf die Onkologie bezogener kommunikativer Kompetenzen in den Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der primären Zielgruppen der Ärzte und Professionen in der Gesundheits- und Krankenpflege (hinsichtlich Zugang, Dauer, Häufigkeit, Wartezeiten etc.),
2. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme: Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Modellcurricula zur „Kommunikation“ für die primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden;
3. Erarbeitung eines einheitlichen Anforderungskatalogs und Zertifizierungssystems für Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich;
4. Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren und Organzentren (Ergänzung von Nachweisen entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen);
5. Evaluation entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für professionelle Zielgruppen
6. Stufenweise Umsetzung durch Anreizsysteme in den verschiedenen Aus-, Fort- und Weiterbildungssystemen;

7. Flächendeckende Implementierung entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Zielgruppen Ärzte und Pflege, zusätzlich Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität;
8. Perspektivisch: Übertragung dieser Entwicklungsschritte und Maßnahmen auf alle anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen.

Ziel 12b (Patientenkompetenz):

Aufgrund der unter Punkt 3 dargelegten Ist-Analyse stellt sich im Hinblick auf eine Umsetzung zum Ziel 12b vorrangig ein Handlungsbedarf im Bereich der Forschung sowie Ausarbeitung von Grundlagen für eine angemessene Umsetzung dieses Konzeptes in der Versorgung der Patienten.

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 12b im Einzelnen:

1. Ist-Analyse zum Konzept der Patientenkompetenz hinsichtlich der wissenschaftlichen Ausarbeitung, Operationalisierung, Abgrenzung zur Gesundheitskompetenz und Health Literacy und Messbarkeit (siehe auch 6. Forschungsbedarf);
2. darauf aufbauend Erhebung der Patientenkompetenz bei onkologischen Patienten in verschiedenen Phasen der Erkrankung im Hinblick auf soziodemographische Merkmale, subjektive Präferenzen, Relevanz, Einstellungen und Ausprägungsgrade;
3. Systematische Erhebung der Wünsche von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz;
4. Entwicklung, Disseminierung und Implementierung von Angeboten zur evidenzbasierten Information (z.B. Patientenleitlinien, Entscheidungshilfen, Beratungskonzepte) für Patienten, Angehörige und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zielgruppen sowie Förderung und Schulung/Training der Patientenkompetenz im gesamten Behandlungsverlauf (siehe Ziel 11);
5. Vor einem flächendeckenden Ausbau von Angeboten zur Stärkung der Patientenkompetenz bei Krebspatienten modellhafte Erprobung und Evaluation der unter Punkt 4. genannten Angebote.

Ziel 13 (Partizipative Entscheidungsfindung)

Die partizipative Entscheidungsfindung ist – wie unter 3. ausführlich dargelegt – als Konzept für die Onkologie und andere chronische Erkrankungen zwar gut ausgearbeitet und international in zahlreichen Studien erfolgreich evaluiert worden, allerdings ist die Implementierung in der onkologischen Versorgung noch wenig erfolgt. Durch Forschungsvorhaben sollen erstens eine systematische Ist-Analyse, Bedarfserfassung und Ermittlung von Barrieren vorge-

nommen werden. Zweitens sollen für die Onkologie geeignete Entscheidungshilfen und Trainingsmaßnahmen (weiter-) entwickelt, evaluiert und in die Versorgungspraxis implementiert werden.

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13 im Einzelnen:

1. Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) der bisherigen Umsetzung der PEF in der onkologischen Versorgung;
2. Erarbeitung und Weiterentwicklung von in der Onkologie nutzbaren spezifischen medizinischen Entscheidungshilfen (decision aids) einschließlich bewährten Vorschlägen zur Risikokommunikation und daran anschließenden notwendigen Implementierungsmaßnahmen;
3. Integration von Trainingsmodulen zur PEF (Gesprächs- und Kommunikationstechniken einschließlich angemessener Risikokommunikation) in entsprechende Curricula zur ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung;
4. Überprüfung der Umsetzung und Adaptation der PEF-Module in die Strukturen einer leitlinienorientierten klinischen Entscheidungsfindung in der Onkologie (insbesondere in Tumorkonferenzen und Tumorboards).

4.2 Priorisierung der Maßnahmen

Die unter 4.1 dargestellten Maßnahmen sind entsprechend der vorgeschlagenen Priorisierung numerisch geordnet. Grundsätzlich ist für alle drei Ziele eine systematische Ist-Analyse in den jeweiligen Inhaltsbereichen als Voraussetzung für die Ausarbeitung und Umsetzung der weiteren Maßnahmen notwendig.

Für **Ziel 12a** sind die Maßnahmen 1. bis 3. als vorrangig anzusehen. Durch ein vom BMG angeregtes und in dieser Arbeitsgruppe ausgearbeitetes Forschungsprojekt zur Ist-Analyse werden die Maßnahmen 1. bis 3. fokussiert. Das Vorhaben wurde im September 2010 begonnen. Die Maßnahmen 4. und 5. können direkt auf den Ergebnissen der Ist-Analyse aufbauen. Mittel- und langfristig sollen die Maßnahmen 6. bis 8. realisiert werden.

Für **Ziel 12b** stehen die Maßnahmen 1. bis 3. an erster Stelle. Auf der Basis einer systematischen Erhebung soll der Kenntnisstand systematisch dargelegt werden und darauf aufbauend die Maßnahmen 4. bis 5. umgesetzt werden. Bei den Maßnahmen 4. und 5. muss eine enge Abstimmung und Koordination mit der Unterarbeitsgruppe Ziel 11 sowie der Arbeitsgruppe 2 (Ziel 9) erfolgen.

Für **Ziel 13** sind die Maßnahmen 1. und 2. als prioritär anzusehen, darauf aufbauend sollen die Maßnahmen 3. und 4. umgesetzt werden. Bisher liegen in Deutschland nur sehr wenige

und wissenschaftlich fundierte medizinische Entscheidungshilfen vor (z.B. zu Brust- und Darmkrebs, u.a. durch die Förderung der Dt. Krebshilfe). Der Einsatz von medizinischen Entscheidungshilfen in der Onkologie muss sowohl in der grundständigen Ausbildung als auch in onkologiespezifischen Fort- und Weiterbildung vermittelt werden. Eine Ist-Analyse zum Stand der Umsetzung von Patientenbeteiligung in der Onkologie (z.B. in Abhängigkeit von Indikation, Setting etc.) liefert die notwendigen Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen. Die für die Bewertung des Umfangs und der Qualität der PEF verfügbaren Mess-Instrumente sind weiter zu entwickeln und für den Bereich der Onkologie anzupassen. Eine durch Expertenbefragungen gesteuerte Überprüfung der Umsetzung und Adaptation der PEF-Module in die Strukturen einer leitlinienorientierten klinischen Entscheidungsfindung in der Onkologie kann ebenfalls unmittelbar erfolgen. Nach Vorliegen der entsprechenden Befunde und Grundlagen (Entscheidungshilfen, PEF-Programme) kann schließlich die Implementierung der PEF in die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in die Routineversorgung angestrebt werden.

5. Verabschiedung einer Umsetzungsempfehlung

a) Umsetzungsempfehlung Ziel 12a:

Als Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 12a werden von der Arbeitsgruppe empfohlen:

1. Bestandsaufnahme der Vermittlung allgemeiner und Onkologie bezogener kommunikativer Kompetenzen in den Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege
2. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Modellcurricula „Kommunikation“ für die primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege
3. Erarbeitung eines abgestimmten und verbindlichen Anforderungskatalogs für ärztliche und pflegerische Leistungserbringer in der Onkologie
4. Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren/Organzentren (Ergänzung von Nachweisen entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen)
5. Evaluation entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Outcome Kriterien für professionelle Zielgruppen
6. Stufenweise Umsetzung durch Anreizsysteme in den verschiedenen Fort und Ausbildungssystemen
7. Flächendeckende Implementierung entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Zielgruppen Ärzte, Pflege, Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität
8. Perspektivisch: Übertragung dieses Prozesses auf alle anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen

Die genannten Maßnahmen 1. bis 8. sollen stufenweise entsprechend der unter Punkt 4 aufgeführten Priorisierung umgesetzt werden. Hierbei steht eine repräsentative Bestandsaufnahme mit einer primären Schwerpunktsetzung auf die beiden Zielgruppen Ärzte und Pflegepersonal in der Gesundheits- und Krankenpflege an erster Stelle. Sie ist Voraussetzung für die Entwicklung von Modellcurricula zum Thema „Kommunikation“ für alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sowie die Erarbeitung eines einheitlichen Anforderungskatalogs und Zertifizierungssystems für Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich und perspektivisch für alle anderen in der Onkologie tätigen Berufsgruppen. Die Umsetzung ist nur durch eine enge Kooperation mit den entsprechenden Institutionen einschließlich Interessens- und Berufsgruppenvertretern, Institutionen wie dem Medizinischen Fakultätentag, dem Deutschen Pflegerat und den entsprechenden medizinisch- onkologischen Fachgesellschaften zu erreichen. Das BMG kann hier eine vermittelnde Funktion einnehmen. Für die Anpassung der bestehenden Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren/Organzentren im Hinblick auf eine Ergänzung von Nachweisen entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der beteiligten Berufsgruppen sind die Zertifizierungsgremien der Deutschen Krebsgesellschaft primäre Ansprechpartner. Hier ist ein Antrag auf entsprechende Ergänzung der Zertifizierungsrichtlinien zu stellen. Wenn die Modellkonzepte für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vorliegen, sollen sie modellhaft erprobt werden und durch entsprechende Evaluationskonzepte hinsichtlich Praktikabilität, Zielerreichung und Effektivität bewertet werden. Als letzter Schritte ist dann eine flächendeckende Implementierung entsprechender Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die primären Zielgruppen der Ärzte und Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und perspektivisch aller in der Onkologie tätigen Berufsgruppen anzustreben mit einer fortlaufenden Konzeption zur Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität.

b) Umsetzungsempfehlung Ziel 12b

Als Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 12b werden von der Arbeitsgruppe empfohlen:

1. Systematische Ist-Analyse zum Konzept der Patientenkompetenz hinsichtlich der wissenschaftlichen Ausarbeitung, Operationalisierung, Abgrenzung zur Gesundheitskompetenz und Health Literacy und Messbarkeit (siehe auch 6. Forschungsbedarf)
Die am Nationalen Krebsplan beteiligten Organisationen sollten die Verankerung der Patientenkompetenz in der onkologischen Versorgung (z. B. in onkologischen Leitlinienprogrammen, in onkologischen Zertifizierungsprogrammen, Ethikkommissionen) im Rahmen einer Ist-Analyse überprüfen.
2. Systematische Erhebung der Patientenkompetenz bei onkologischen Patienten in verschiedenen Phasen der Erkrankung im Hinblick auf soziodemographische Merkmale, subjektive Präferenzen, Relevanz, Einstellungen und Ausprägungsgrade.

3. Systematische Erhebung der Wünsche von onkologischen Patienten hinsichtlich der Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz.
4. Entwicklung, Disseminierung und Implementierung von Angeboten zur evidenzbasierten Information (z.B. Patientenleitlinien, Entscheidungshilfen, Beratungskonzepte) für Patienten, Angehörige und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zielgruppen sowie Förderung und Schulung/Training der Patientenkompetenz im gesamten Behandlungsverlauf (siehe Ziel 11). Schulungsanbieter (Selbsthilfeorganisationen und professionelle Anbieter) sollten ihre bereits existierenden Angebote im Hinblick auf die Förderung von Patientenkompetenz überprüfen und entsprechend optimieren.
5. Vor einem flächendeckenden Ausbau von Angeboten zur Stärkung der Patientenkompetenz bei Krebspatienten modellhafte Erprobung und Evaluation der unter Punkt 4. genannten Angebote.

Aufgrund der Ausführungen zum Stand des Konzeptes der Patientenkompetenz steht an erster Stelle eine systematische Erhebung der Patientenkompetenz bei onkologischen Patienten in verschiedenen Phasen der Erkrankung im Hinblick auf soziodemographische Merkmale, subjektive Präferenzen, Relevanz, Einstellungen und Ausprägungsgrade sowie der Wünsche von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz. Hierbei soll explizit betont werden, dass die Patientenkompetenz im Kontext des subjektiven Belastungserlebens und der Bedürfnisse der Patienten ermittelt werden muss und nicht von außen normativ den Patienten auferlegt werden kann.

In einem darauf aufbauenden Umsetzungsschritt sollen dann Angebote zur evidenzbasierten Information und Beratung in Abstimmung mit den Empfehlungen zu Ziel 11 sowie Angebote zur spezifischen Förderung der Patientenkompetenz entwickelt und evaluiert werden. Hierbei ist auf bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung, Psycho-Edukation und Schulung im Rahmen der Nachsorge, der Langzeitbetreuung und der Rehabilitation aufzubauen. Eine modellhafte Erprobung und Evaluation dieser Angebote ist Voraussetzung für einen qualitätsgesicherten flächendeckenden Ausbau der genannten Angebote.

c) Umsetzungsempfehlung zu Ziel 13:

Als Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13 werden von der Arbeitsgruppe empfohlen:

1. Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) der Umsetzung von PEF in der onkologischen Versorgung
2. Erarbeitung und Implementierung von in der Onkologie nutzbaren spezifischen medizinischen Entscheidungshilfen (decision aids)

3. Integration von Trainingsmodulen zur PEF in entsprechende Curricula zur ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung
4. Überprüfung der Umsetzung und Adaptation in die Strukturen der leitlinienorientierten, klinischen Entscheidungsfindung in der Onkologie (Tumorkonferenzen, Tumorboards)

Auch bei diesem Ziel steht zunächst die systematische Bestandsaufnahme von Umfang und Art der bislang in Deutschland erfolgten Implementierung von PEF in die onkologische Versorgung im Vordergrund. Hierbei sollen auch die Ergebnisse der vorliegenden Modellprojekte zum Thema Entscheidungshilfen in der Onkologie einbezogen werden.

Aufgrund der bislang vorliegenden ersten Entwicklungsarbeiten ist es eine wichtige Aufgabe, für die Onkologie nutzbare spezifische medizinische Entscheidungshilfen und Interventionen zu erarbeiten bzw. bereits vorhandene weiterzuentwickeln und zu implementieren. Die entsprechenden Trainingsmodule zur PEF sollen in entsprechende Curricula zur ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden. Zugleich müssen sie an die Strukturen der leitlinienorientierten Entscheidungsfindung in der Onkologie (Tumorkonferenzen, Tumorboard) angepasst werden. Durch entsprechende Forschungsarbeiten sollten die vorgeschlagenen Maßnahmen zum Ausbau der PEF in der Onkologie evaluiert werden. Gleichzeitig sollte beachtet werden, dass eine Partizipative Entscheidungsfindung und entsprechende Gestaltung der Arzt-Patienten-Kommunikation ein grundlegendes ethisches und rechtliches Prinzip in der Medizin unterstreicht, welches sich auf einen „informed consent“ von Patienten und Behandlern gründet.

d) Vorschlag zum weiteren Vorgehen der vorgenannten Empfehlungen (5a-c)

Die Maßnahmen zur Zielerreichung in den Zielen 12a/b sowie 13 sollten entsprechend der unter 4. dargestellten Prioritätenliste umgesetzt werden. Aufgrund des noch in vielen Teilaspekten offenen Kenntnisstandes ist der Forschungsbedarf in den Zielen 12-13 sehr groß (siehe Punkt 6.). Vor diesem Hintergrund ist in diesem Bereich eine enge Verzahnung der AG 4 mit dem BMBF, der DKH und anderen Forschungsförderern sicherzustellen. In der stufenweisen Umsetzung des Maßnahmenplanes in den einzelnen Punkten müssen daher die jeweilig erbrachten Forschungsergebnisse kontinuierlich berücksichtigt und eingearbeitet werden. Dies erfordert die Koordinierung der Informationen sowie die Vernetzung der in diesem Prozess beteiligten Akteure. Es wird deshalb empfohlen, die Umsetzung des hier entwickelten Maßnahmenkatalog im Rahmen des Nationalen Krebsplans durch die Fortführung der bestehenden Arbeitsgruppe zu begleiten. Die Arbeitsgruppe sollte durch die Steuerungsgruppe ein Mandat erhalten und die folgenden Aufgaben übernehmen:

- Initiierung und Begleitung (Monitoring, Koordination, Vernetzung etc.) der Umsetzung;
- Bewertung der Zwischenergebnisse sowie Erreichung der Teilziele;
- Erarbeitung von Vorschlägen für erforderliche Korrekturmaßnahmen;
- Sicherstellung einer langfristigen Verbesserung in den Zielbereichen durch Qualitätssicherung.

6. Forschungsbedarf

Der Forschungsbedarf wird für die drei Teilziele im folgenden Abschnitt zusammengefasst:

Ziel 12a:

- Ist-Soll Abgleich der Kommunikation als Kompetenz der in der Onkologie tätigen Berufsgruppen in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Entwicklung und Evaluation von Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung für diese Berufsgruppen in Bezug auf verschiedene Zielparameter unter Einbeziehung der Verbesserung der Versorgung der Patienten

Ziel 12b:

- Wissenschaftliche Ausarbeitung des Konzeptes der Patientenkompetenz (Sichtweise der Patienten, Operationalisierung, Messbarkeit, Nutzbarmachung als Teil der Tumordokumentation etc.). Teilstudien zu Erhebung der Definition und Akzeptanz des Konzeptes Patientenkompetenz (Ist-Analyse) aus Sicht der Professionellen sowie der Patienten/innen (Einstellung, Rahmenbedingungen, Kontextfaktoren, Hinderungsgründe)
- Untersuchung der Patientenkompetenz in verschiedenen Phasen der Erkrankung und ihrer wichtigsten Einflussfaktoren (Diagnosephase, Erkrankung, Art Behandlung, Nachsorge, Terminalphase, Risikoabschätzung und ihre wichtigsten Einflussfaktoren)
- Entwicklung und Evaluation von gezielten Interventionen zur Förderung der Patientenkompetenz (Patientenschulung, Information und Beratung, Gesundheitsförderung) (professionelle und selbsthilfebasierte Interventionskonzepte) mit den Zielkriterien Patientenkompetenz, Zufriedenheit, Lebensqualität, Verbesserung der Versorgung, Adhärenz,

Ziel 13:

- Adaptation der vorhandenen Instrumente zur Erfassung der PEF für die Onkologie
- Feststellung der Beteiligungspräferenzen der Patienten in Abhängigkeit von Einflussmerkmalen wie Diagnosegruppe, Geschlecht etc.
- Erfassung der PEF als Qualitätsindikator einer qualitativ hochwertigen umfassenden onkologischen Versorgung
- Entwicklung und Evaluation von Entscheidungshilfen für die in der Onkologie relevanten Behandlungsentscheidungen sowie Zielgruppen
- (Weiter-) Entwicklung von Gesprächstrainingsmodulen für die grundständige Aus-, Fort- und Weiterbildung (Medizinstudium, ärztliche Fort- und Weiterbildung, weitere Berufsgruppen wie Pflege etc.), Etablierung im Weiterbildungsprogramm "Psychoonkologie"

Literatur:

- Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, et al: A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Academic Medicine* 81:1008-12, 2006
- Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W. & Härter, M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making)*. Universitätsklinik Heidelberg und Freiburg, Selbstverlag, 75 Seiten, 2007..
- Bieber, C., Nicolai, J., Hartmann, M., Blumenstiel, K., Ringel, N., Schneider, A., Härter, M., Eich, W. & Loh, A. Training physicians in shared decision-making - Who can be reached and what is achieved? *Patient Education and Counseling*, 2009, 77, 48-54.
- Bitzer, EM, Dierks ML, Heine W, Becker P, Vogel H, Beckmann U, Butsch R, Dörning H, Brüggemann S. Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*. 2009, Bd.48 (04):202-210
- Butow P, Cockburn J, Girgis A, et al: Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: Evaluation of a communication skills training program. *Psycho Oncology* 17:209-218, 2008
- Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, et al: Physicians' communication with a cancer patient and a relative - A randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer* 103:2397-2411, 2005
- Delvaux N, Razavi D, Marchal S, et al: Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: A randomised study. *British Journal of Cancer* 90:106-114, 2004
- Dierks ML, Diel F, Schwartz FW. Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J et al (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer; S. 339-348, 2003.
- Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford, 2009.
- Faller H, Reusch A, Vogel H, et al. Patientenschulung. *Rehabilitation*, 44, 277-286.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al: Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *Lancet*, 2005, 359:650-656, 2002
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al: Enduring impact of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer* 89:1445-1449, 2003
- Giesler J, Weis J . Developing a Self-Rating Measure of Patient Competence in the Context of Oncology: A multi-Center Study. *Psycho-Oncology*, 2008, 17, 1089-1099. Online DOI: 10.1002/pon.1330.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (Hrsg.) *Gemeinsam entscheiden erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2005
- Hainsworth DS: The effect of death education on attitudes of hospital nurses toward care of the dying. *Oncol Nurs Forum* 23:963-7, 1996
- Heaven C, Clegg J, Maguire P: Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling* 60:313-325, 2006
- Jenkins V, Fallowfield L: Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology* 20:765-769, 2002
- Klemperer D, Lang B, Koch K, Bastian H, Brunsmann F, Burkhardt M, Dierks, ML, Ehrmann U, Günther J, Härter M, Mühlhauser I, Sängler S, Simon D, Steckelberg A.. *Gute Praxis Gesundheitsinformation (GPGI)*. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)* 2010:4.
http://shop.elsevier.de/sixcms/media.php/792/gute_praxis_gesundheitsinfo.pdf
- Klinkhammer-Schalke M, Koller M, Steinger B, Ehret C, Ernst B, Wyatt J et al. Implementing a system of quality of life diagnosis and therapy for breast cancer patients: Results of an exploratory trial as prerequisite for a subsequent RCT. *Br J Cancer* 2008;99:415-22
- Koropchak C, Pollak K, Arnold R, et al: Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. *Palliative Medicine* 20:813-819, 2006
- Kruse V, Schmitz N, Woller W, et al: Effects of a psychosocial education programme to improve doctor-patient interaction with cancer patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49:232-245, 2003

- Libert Y, Merckaert I, Reynaert C, et al: Physicians are different when they learn communication skills: Influence of the locus of control. *Psycho Oncology* 16:553-562, 2007
- Lienard A, Merckaert I, Libert Y, et al: Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: Impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology* 17:1450-1458, 2006
- Lienard A, Merckaert I, Libert Y, et al: Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: Impact of a communication skills training program for physicians. *Psycho Oncology* 17:488-496, 2008
- Liu J-E, Mok E, Wong T, et al: Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China. *Nursing Research* Vol 56:202-209, 2007
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (21), A1483-1488.
- Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, et al: Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: Can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer* 104:411-421, 2005
- Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, et al: Factors influencing physicians' detection of cancer patients' and relatives' distress: Can a communication skills training program improve physicians' detection? *Psycho Oncology* 17:260-269, 2008
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al: Brief psychological training for health care professionals dealing with cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 13:253-60, 1991
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, et al: The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Eur J Cancer* 29A:1858-63, 1993
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, et al: Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? *British Journal of Cancer* 87:1-7, 2002
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al: How to optimize physicians' communication skills in cancer care: Results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *Journal of Clinical Oncology* 21:3141-3149, 2003
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Dierks ML, Seidel G, Schwartz FW, Horch K. Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut 2006
- Rutter D, R, Ionomou G, Quine L: Doctor-patient communication and outcome in cancer patients: an intervention. *Psychology and Health* 12:57-71, 1996
- Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L: Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psycho Oncology* 12:599-611, 2003
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Rost J, Mühlhauser, I: How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv in Health Sci Educ*: 2007 (DOI 10.1007/s10459-007-9083-1)
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Mühlhauser I: Ebm@school - a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study. *Internat J Public Health* 54: 1-8 (2009)
- Stewart M, Brown J, Hammerton J, et al: Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Annals of Family Medicine* 5:387-394, 2007
- Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavis D, Kiss A. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals Oncology*, 2010, 21, 204-207
- Vogel H. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Patientenschulung – ein Rahmenkonzept. *Praxis Verhaltenstherapie, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2007, 20,11-14.
- Weis J, Giesler J. Subjective dimensions of patient competence: relationships with selected healthcare usage behaviors and general features of self-rated competence. *Patient Education Counseling*, 2008, doi 10.1016/j.pec.2008.07.010
- Wilkinson S, Leliopoulou C, Gambles M, et al: Can intensive three-day programmes improve nurses' communication skills in cancer care? *Psycho Oncology* 12:747-759, 2003

Wilkinson S, Perry R, Blanchard K, et al: Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliative Medicine* 22:365-75, 2008

http://www.krebsliga.ch/de/fachleute/gesundheitsfachleute/fort_und_weiterbildungs/kommunikationstraining/index.cfm)