

**Die Mitteilung schlechter Nachrichten:
Kommunikative Präferenzen und ärztliches Gesprächsverhalten
aus Sicht von Krebspatienten**

Dissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie

am Fachbereich Psychologie

der Universität Hamburg

vorgelegt von

Claudia Lehmann

aus Elmshorn

Hamburg 2010

Erster Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
Zweiter Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Matthias Burisch
Erste Disputationsgutachterin: Prof. Dr. Gabriele Oettingen
Zweiter Disputationsgutachter: Prof. Dr. Franz Petermann
Tag der Disputation: 22.12.2009

DANKSAGUNG

Die Durchführung des Dissertationsvorhabens wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung einer Reihe von Personen, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte:

Zuallererst danke ich Herrn Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus für die intensive Unterstützung bei der Realisierung des Studienplans und die wissenschaftliche Betreuung der vorliegenden Arbeit sowie für die Eröffnung von Möglichkeiten, in verschiedenen Arbeitsbereichen der Medizinischen Psychologie vielfältige Lernerfahrungen machen zu können. Frau Dr. Anja Mehnert danke ich für die wertvolle fachliche und persönliche Unterstützung bei der Durchführung der Studie, die anregenden Diskussionen und Rückmeldungen zur vorliegenden Arbeit.

Die initiale Idee zur Durchführung des Dissertationsvorhabens entstand während eines Forschungsaufenthaltes in der Psycho-Oncology Division des National Cancer Centers, Kashiwa, Japan. Mein Dank gilt dem Direktor der Abteilung, Herrn Dr. Yosuke Uchitomi, und seinen Mitarbeitern Frau Dr. Maiko Fujimori und Herrn Dr. Masatoshi Inagaki für den intensiven wissenschaftlichen Austausch und die wertvollen Anregungen.

Weiterhin danke ich der Barbara und Michael Hell-Stiftung für die finanzielle Förderung des Forschungsprojektes, in dessen Rahmen die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde. Ganz herzlich danke ich auch allen Patientinnen und Patienten für Ihre Bereitschaft, trotz ihrer zum Teil sehr schweren Erkrankung an der Studie teilzunehmen. Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Carsten Bokemeyer und Herrn PD Dr. Andreas Krüll sowie allen an der Studie beteiligten Ärztinnen und Ärzten für die hohe Kooperationsbereitschaft. Insbesondere danke ich hier Frau Dr. Karin Oechsle für ihre intensive Unterstützung bei der Erhebung der medizinischen Daten. Frau cand. psych. Anja Höcker, Frau cand. psych. Janina Mixich, Frau cand. psych. Franziska Rudzik, Frau Dipl.-Psych. Sigrun Vehling und Frau Dipl.-Psych. Sabine Thies danke ich für ihre Unterstützung bei der Patientenrekrutierung.

Mein Dank gilt weiterhin Frau Dipl.-Psych. Evelyn Gottwalz-Itten, Frau Dipl.-Psych. Juliane Otto und Frau Dipl.-Psych. Dagmar Groth-Bick für ihre Unterstützung, mein Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Ganz besonders danke ich Herrn Andreas Gorba für seine nahezu unermüdliche Geduld, unbedingte Unterstützung und die Fähigkeit, mir in allen Lebenssituationen Kraft und Zuversicht zu vermitteln.

Inhaltsverzeichnis

	<i>Seite</i>
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND: DIE MITTEILUNG SCHLECHTER NACHRICHTEN IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG.....	3
2.1 Mitteilung schlechter Nachrichten und ärztliche Aufklärungspflicht	3
2.2 Patientenorientierung als Grundsatz der medizinischen Versorgung	4
2.2.1 Patientenorientierung auf der Makro- und Mesoebene	5
2.2.2 Patientenorientierung auf der Mikroebene: Die Arzt-Patient-Beziehung	7
2.2.2.1 Modelle der Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient.....	7
2.2.2.2 Patientenorientierung: Theorie und Praxis	8
2.3 Arzt-Patient-Kommunikation: Basis einer patientenorientierten Medizin	10
2.3.1 Theoretische Grundlagen von Kommunikationsprozessen.....	11
2.3.2 Theoretische Grundlagen interpersonaler Bedürfnisse im Arzt-Patient-Gespräch.....	13
2.4 Fazit	15
3 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND: ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION IN DER ONKOLOGIE	17
3.1 Modellkonzeptionen zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie.....	17
3.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz von Onkologen	21
3.3 Mitteilung schlechter Nachrichten in der Onkologie: Kulturelle Aspekte	24
3.4 Mitteilung schlechter Nachrichten aus der Perspektive von Krebspatienten	26
3.4.1 Mitteilung schlechter Nachrichten: Kommunikative Präferenzen und Erfahrungen.....	26
3.4.2 Mitteilung schlechter Nachrichten: Psychosoziale Belastungen.....	31
3.4.3 Mitteilung schlechter Nachrichten: Subjektiver Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Angebote	33
3.4.3.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung.....	35
3.4.3.2 Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsangebote	36
3.5 Fazit	37

	<i>Seite</i>
4 ZIELSETZUNGEN DER STUDIE	39
4.1 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten	40
4.2 Zielbereich II: Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten.....	41
4.3 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten	42
5 METHODIK	44
5.1 Studiendesign, Stichprobenzugang und Erhebungsablauf.....	44
5.2 Operationalisierung der Variablen.....	45
5.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente.....	46
5.2.2 Medizinische Daten.....	49
5.3 Datenanalysen.....	52
6 ERGEBNISSE	54
6.1 Repräsentativität der Stichprobe.....	54
6.1.1 Ausschlussgründe und Teilnahmequoten (MZP1).....	54
6.1.2 Rücklaufquoten und Drop-Out-Gründe (MZP2).....	56
6.2 Stichprobencharakteristika.....	57
6.2.1 Soziodemographische Merkmale	57
6.2.2 Medizinische Merkmale.....	59
6.2.3 Psychosoziales Belastungsniveau.....	63
6.2.3.1 <i>Krebsspezifische Belastung</i>	63
6.2.3.2 <i>Psychische Belastungen: Angst und Depressivität</i>	65
6.2.3.3 <i>Psychosoziale Gesamtbelastung</i>	68
6.2.4 Subjektive Unterstützungsbedürfnisse	69
6.3 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten	77
6.3.1 Anzahl und Inhalte erhaltener schlechter Nachrichten.....	77
6.3.1.1 <i>Subjektiv schlimmste Nachricht</i>	80
6.3.1.2 <i>Bedeutungsgehalt der subjektiv schlimmsten Nachricht</i>	84
6.3.2 Kontextuelle Bedingungen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht	85

	<i>Seite</i>
6.4 Zielbereich II: Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten.....	88
6.4.1 Spezifische Kommunikationspräferenzen.....	88
6.4.2 Spezifische Kommunikationspräferenzen im internationalen Vergleich.....	96
6.4.3 Dimensionen kommunikativer Präferenzen.....	101
6.5 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten	106
6.5.1 Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen durch den Arzt.....	106
6.5.1.1 <i>Am häufigsten berücksichtigte spezifische Kommunikationspräferenzen</i>	<i>107</i>
6.5.1.2 <i>Am seltensten berücksichtigte spezifische Kommunikationspräferenzen.</i>	<i>108</i>
6.5.1.3 <i>Berücksichtigung der Präferenzen auf Dimensionsebene.....</i>	<i>109</i>
6.5.1.4 <i>Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht.....</i>	<i>111</i>
6.5.2 (Nicht-)Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen, psychosoziale Belastungen und subjektive Unterstützungsbedürfnisse.....	112
7 DISKUSSION	119
7.1 Studiendesign und Methodik.....	119
7.2 Repräsentativität	123
7.3 Stichprobencharakteristika.....	123
7.4 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten.....	128
7.5 Zielbereich II: Kommunikative Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten.....	133
7.6 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten	141
7.7 Gesamtfazit und Ausblick	148
8 ZUSAMMENFASSUNG.....	152
9 LITERATURVERZEICHNIS	154
10 TABELLENVERZEICHNIS	184
11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	186

	<i>Seite</i>
12 ANHANG	188
A. Literaturtabellen	189
B. Erhebungsinstrumentarium	202
C. Hauptkomponentenanalyse des MPP-D.....	216
D. Hauptkomponentenanalyse des SCNS-SF34-D	222

1 EINLEITUNG

Die Mitteilung schlechter Nachrichten gehört in der medizinischen Versorgung unabhängig vom jeweiligen Indikationsbereich zu den Aufklärungspflichten, die jeder Arzt aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu erfüllen hat. In der Behandlung von Krebspatienten¹ handelt es sich um eine der belastendsten Gesprächssituationen für Ärzte und Patienten, da die betroffenen Patienten regelhaft mit einschneidenden Lebensveränderungen konfrontiert werden, sodass von den behandelnden Ärzten nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Kompetenzen verlangt werden (z.B. Back und Curtis, 2002; Baile, Lenzi, Parker, Buckman und Cohen, 2002; Fallowfield, 1993; Fallowfield und Jenkins, 2004). Übersichtsarbeiten zeigen auch, dass eine misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient negative Konsequenzen für das Befinden der Patienten und ihre Compliance hat und somit auch den Erfolg der Krebsbehandlung gefährden kann (Arora, 2003; Fallowfield und Jenkins, 1999; Maguire und Pitceathley, 2002). Das Gelingen der Kommunikation scheint dabei weniger von einem Richtlinien-orientierten ärztlichen Gesprächsverhalten, sondern vielmehr von einer individuellen, die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigenden Vorgehensweise abhängig zu sein (Kiesler und Auerbach, 2006). Insbesondere im deutschen Sprachraum fehlt es an empirischen Daten zum Erleben der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten im Krankheitsverlauf sowie hinsichtlich spezifischer Kommunikationspräferenzen von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung. Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf die Erfahrungen der Patienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten und den Auswirkungen dieser Erfahrungen auf das psychische Befinden und den Unterstützungsbedarf der Patienten.

Die vorliegende prospektive Untersuchung mit zwei Messzeitpunkten fokussiert auf die Erfassung der Perspektive von Krebspatienten unter besonderer Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu drei Zielbereichen: (1) Anzahl und Inhalte schlechter Nachrichten, (2) Kommunikationspräferenzen im Zeitverlauf sowie im internationalen Vergleich, (3) Zusammenhänge zwischen der (Nicht-) Berücksichtigung der Präferenzen durch den Arzt und den patientenseitigen Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen. Das Dissertationsvorhaben wurde im Rahmen eines von der Barbara und Michael Hell-Stiftung

¹ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form für Patienten, Ärzte etc. verwendet. Soweit nicht anders erwähnt, bezieht sich dies selbstverständlich auf beide Geschlechter.

geförderten Forschungsprojektes am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Zur Einordnung des Untersuchungsgegenstands in den übergeordneten medizinischen Kontext erfolgt in Kapitel 2 zunächst die Darstellung der rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht, der Versorgungsgrundsätze und -ebenen des deutschen Gesundheitssystems sowie der theoretischen Grundlagen von Kommunikationsprozessen und interpersonalen Bedürfnissen, die für die Mikro-Ebene der Arzt-Patient-Beziehung relevant sind. Der aktuelle Forschungsstand zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie mit dem Schwerpunkt auf der Patientenperspektive und der daraus abgeleitete Forschungsbedarf sind in Kapitel 3 dargestellt. In Kapitel 4 werden die Zielsetzungen der vorliegenden Studie dargelegt sowie Fragestellungen und Hypothesen zu den Zielbereichen formuliert. Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellungen wird in Kapitel 5 erläutert. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse, einschließlich Non-Responder- und Drop-Out-Analysen sowie Stichprobencharakteristika (soziodemographische und medizinische Merkmale, psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse) dargestellt. Die Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse unter Bezugnahme auf vorliegende empirische Untersuchungen sowie die Ableitung von Implikationen für die Forschung und klinische Praxis erfolgen in Kapitel 7. Eine Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit wird in Kapitel 8 vorgenommen, die Literatur findet sich in Kapitel 9.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND: DIE MITTEILUNG SCHLECHTER NACHRICHTEN IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Eine schlechte Nachricht bezeichnet grundsätzlich alle Informationen, die die subjektive Zukunftsperspektive des Adressaten negativ verändern (Buckman, 1984). Innerhalb der medizinischen Versorgung beinhalten diese Informationen das Vorliegen einer Schädigung, die sich auf den Gesundheitszustand des Nachrichtenempfängers unmittelbar wie auch auf den seines/r Angehörige(n) beziehen kann (Schröder, 2006)². Konkrete Inhalte schlechter Nachrichten können in der Information über das Vorliegen einer Erkrankung und deren Heilungschancen, über Behandlungsoptionen, erforderliche Eingriffe oder langfristige notwendige Behandlungen, mögliche Nebenwirkungen oder Folgen der Erkrankung bzw. der Behandlung für den beruflichen und sozialen Alltag des Betroffenen wie auch über potenzielle körperliche oder psychische Beeinträchtigungen bestehen.

2.1 Mitteilung schlechter Nachrichten und ärztliche Aufklärungspflicht

Die Information des Patienten über die o.g. Aspekte und somit die Mitteilung schlechter Nachrichten ist Bestandteil der ärztlichen Aufklärungspflicht (§ 8 der (Muster-) Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Bundesärztekammer [BÄK], 2006). Das übergeordnete Ziel der ärztlichen Aufklärung besteht darin, den Patienten in die Lage zu versetzen, im Wissen um die Notwendigkeit, Dringlichkeit und die Tragweite der ärztlichen Maßnahme eine Entscheidung für oder gegen deren Durchführung zu treffen. Eine ärztliche Heilbehandlung ohne vorherige Einwilligung des Patienten ist als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten zu bewerten und stellt somit eine Körperverletzung gemäß § 223 Strafgesetzbuch (StGB) dar (Fischer, 2008). Wirksam ist die Einwilligung jedoch nur bei vorher erfolgter Aufklärung des Patienten über die ärztliche(n) Maßnahme(n) und damit verbundene Risiken (s. Murmann, 2005). Nach herrschender Rechtsmeinung folgt dies aus dem Schutz des Selbstbestimmungsrechtes jedes Menschen, das im Grundgesetz in Artikel 2 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 verankert ist (vgl. Murmann, 2005). Es wird somit aus den Persönlichkeitsrechten auf Achtung und Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen sowie auf Leben und körperliche Unversehrtheit hergeleitet.

² Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die Perspektive des Patienten, also den unmittelbar betroffenen Empfänger einer schlechten Nachricht; Untersuchungen zur Sichtweise von Angehörigen werden aufgrund der inhaltlichen Breite des Themenspektrums nicht dargestellt.

Inhalte der sog. *Eingriffsaufklärung* sind Informationen zu jeglichen Eingriffen in die körperliche Integrität wie Operationen, Blutuntersuchungen, Gewebeentnahmen, Bestrahlungen oder auch die Einnahme von Medikamenten (BÄK, 1990). Notwendige Voraussetzung für die Eingriffsaufklärung und damit für eine informierte Behandlungsentscheidung ist die Aufklärung über Befunde, die Diagnose und die Prognose der jeweiligen Erkrankung. Diese Aufklärungspflicht begründet sich aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient, der zu Beginn jeder ärztlichen Behandlung zumeist konkludent, z.B. durch die Terminvereinbarung oder das Aufsuchen der Arztpraxis, zustande kommt. Dieser Vertrag verpflichtet den Arzt zu Aufklärung, Behandlung, Dokumentation und Verschwiegenheit sowie den Patienten zur Mitwirkung bei der Behandlung und Zahlung des Honorars (Schmid, 1984).

Einzelheiten zum Vorgehen bei der Aufklärung sind in den *Empfehlungen zur Patientenaufklärung* (BÄK, 1990) niedergelegt. Danach soll eine Aufklärung grundsätzlich in einem Gespräch mit dem Patienten erfolgen und kann nicht durch schriftliche Unterlagen ersetzt werden. Art und Umfang der Informationsvermittlung sollte an den „Geboten der Menschlichkeit“ orientiert sein (BÄK, 1990, S. 40) und den körperlichen und seelischen Zustands des Patienten berücksichtigen. Hierbei wird dem mitteilenden Arzt ein weiter Entscheidungsspielraum zur Einhaltung der sehr allgemein gehaltenen Richtlinien zugemessen („...Es genügt die Information des Patienten über den ärztlichen Befund im Groben...“, BÄK, 1990, S. 39-40). Kriterien zur Erfassung der Patientenperspektive werden ebenfalls nicht konkret definiert. Somit stellt die Wahrnehmung der ärztlichen Aufklärungspflicht für den handelnden Arzt nicht nur hohe Anforderungen hinsichtlich seines medizinischen Sachverstands, sondern erfordert auch hohe psychologische und soziale Kompetenzen zur Identifizierung der Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten.

2.2 Patientenorientierung als Grundsatz der medizinischen Versorgung

Die ärztliche Aufklärung und damit auch die Mitteilung einer schlechten Nachricht soll somit den gesetzlichen Bestimmungen zufolge individuell orientiert an den Bedürfnissen des Patienten erfolgen (s.o., Kapitel 2.1). Dies spiegelt den in den vergangenen zwei Jahrzehnten geforderten Wandel von einem eher auf den Anbieter ausgerichteten, hin zu einem Nutzer- bzw. patientenorientierten gesundheitlichen Versorgungssystem wider, das inzwischen auf

internationaler wie auch auf nationaler Ebene angestrebt wird und sich auf alle Ebenen der Gesundheitsversorgung bezieht (vgl. z.B. Dierks, Seidel, Horch und Schwartz, 2006; Farin, 2008; Mead und Bower, 2000; Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003). Dies wird in Abbildung 1 veranschaulicht.

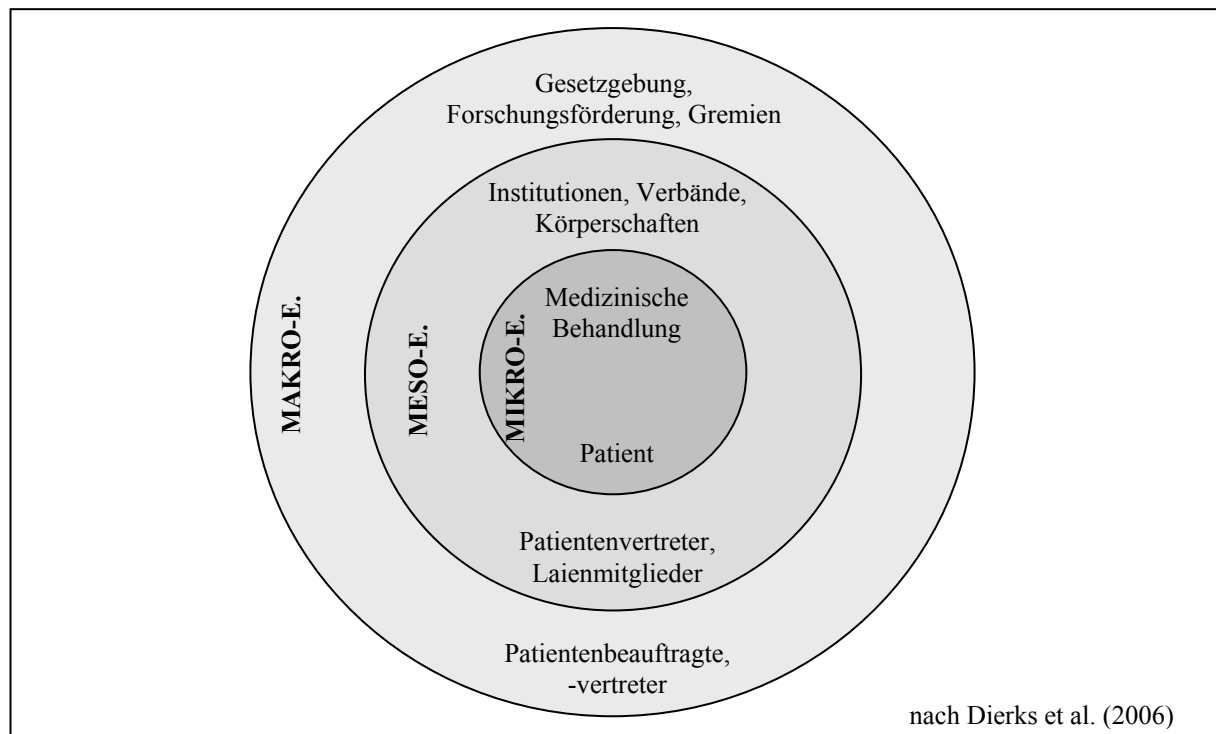


Abbildung 1: *Mehr-Ebenen-Modell der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

2.2.1 Patientenorientierung auf der Makro- und Mesoebene

Die Makroebene des Gesundheitssystems beinhaltet die gesetzlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Entwicklungen einschließlich Forschungsförderungen (Dierks et al., 2006). Ein Einbezug der Bürger-/Nutzer-/Patienteninteressen auf dieser Ebene kann nach Hart (2003) durch Maßnahmen erfolgen, die sich vier verschiedenen Stufen zuordnen lassen (vgl. Abbildung 2).

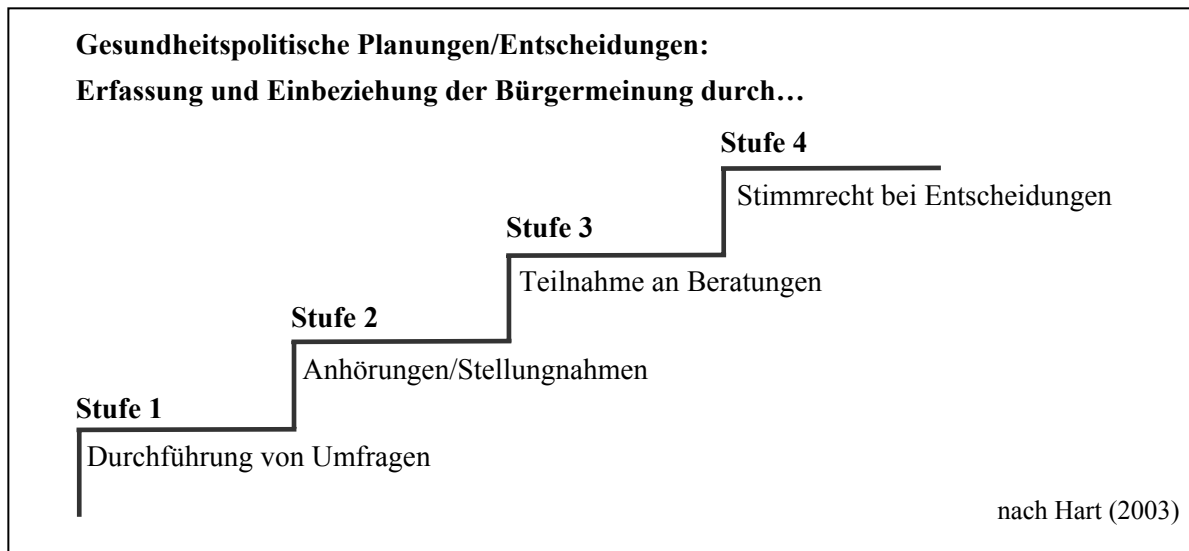


Abbildung 2: Nutzer- bzw. Patientenorientierung auf der Makroebene

Eine bedeutsame Entwicklung zur Stärkung der Nutzerorientierung stellt das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (Bundesgesetzblatt [BGBl] I, S. 2190) dar, in dem erstmalig die Position eines Patientenbeauftragten sowie die kontinuierliche Beteiligung von Patientenvertretern in unterschiedlichen Gremien des Gesundheitswesens festgelegt wurden. Die Bürgerbeteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen auf kommunaler Ebene ist abhängig von den Regelungen der einzelnen Bundesländer. Eine gesetzliche Verankerung dieser Beteiligung existiert bislang jedoch nur in Nordrhein-Westfalen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG).

Die Bürger-/Patientenorientierung auf der Mesoebene beinhaltet die Beteiligung an Entscheidungen und Prozessen in Institutionen oder Körperschaften des Gesundheitssystems. Hierzu zählt bspw. die Versichertenbeteiligung bei den Krankenkassen, die Nutzerbeteiligung in Gremien der Leistungserbringer, Ethik- und Gutachterkommissionen sowie das Beschwerdemanagement (Dierks et al., 2006). Allerdings sind große regionale Unterschiede hinsichtlich der realisierten Beteiligung festzustellen: So ist z.B. das Beschwerdemanagement in Deutschland noch nicht flächendeckend ausgebaut und auch die Integration von Laienmitgliedern in Ethikkommissionen oder Patientenvertretern in Schlichtungsstellen ist entwicklungsbedürftig (vgl. Dierks, Kurtz, Fricke, Schmidt und Seidel, 2005).

2.2.2 Patientenorientierung auf der Mikroebene: Die Arzt-Patient-Beziehung

Die Mikroebene des Gesundheitssystems bezieht sich auf den direkten Kontakt zwischen Patient und medizinischen Behandlern (Dierks et al., 2006). In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund des Themenschwerpunktes und zur inhaltlichen Eingrenzung ausschließlich auf die Arzt-Patient-Interaktion fokussiert; auf die Darstellung von Untersuchungsergebnissen zur Perspektive von Pflegenden wie auch zur Beziehung zwischen Patient und Pflegenden wird verzichtet.

2.2.2.1 Modelle der Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient

Die Arzt-Patient-Beziehung beinhaltet sämtliche Verhaltensweisen und Erwartungen, die zwischen beiden Beteiligten im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung stattfinden (Troschke, 2004). Rechtliche Grundlagen bilden das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Behandlungsvertrag zwischen Arzt (als medizinischem Dienstleister) und Patient (als Leistungsanspruchnehmer) (vgl. Kap. 2.1). Somit ließe sich die Arzt-Patient-Interaktion als ein Verhältnis zwischen Anbieter und Kunde definieren. Im Gegensatz zu anderen Dienstleistungssektoren unterliegt das Gesundheitswesen jedoch spezifischen Besonderheiten: So handelt es sich z.B. nicht um einen freien Markt, da die überwiegende Mehrzahl der Leistungen von (Pflicht-)Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nachgefragt wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2002). Auch kann durch die gesundheitliche Beeinträchtigung des Patienten, die erst die Nachfrage begründet und in der Regel die Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit des Patienten reduziert, ein auf Gleichberechtigung beruhendes Kunde-Dienstleister-Verhältnis nicht realisiert werden. Darüber hinaus zeigt eine Untersuchung von Peräkylä (2006), dass die Autorität des Arztes und die damit entstehende Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung immanent ist. Der Versuch, eine gleichberechtigte Beziehung zu konstituieren, kann somit nicht gelingen, wobei dies für die Beziehungsqualität und eine gelungene Kommunikation auch nicht erforderlich zu sein scheint (Peräkylä, 2006).

Weitere theoretische Modelle der Arzt-Patient-Beziehung orientieren sich an der spezifischen Situation der Behandlungsentscheidung. Aufbauend auf den Überlegungen von Emanuel und Emanuel (1992) haben sich folgende vier Modelle etabliert, die sich nach dem

Ausmaß an Kontrolle von Arzt und Patient über die Informationsvermittlung und die Behandlungsentscheidung differenzieren lassen: das *Paternalistische Modell*, das *Professional As Agent Model*, das *Informed Decision Model* und das *Shared Decision Model* (Charles, Gafni und Whelan, 1997; Scheibler, Janssen und Pfaff, 2003). Das Paternalistische Modell basiert auf den soziologischen Annahmen Parsons` (1951), wonach Arzt und Patient spezifischen gesellschaftlichen Erwartungen unterliegen, die ihre Interaktion beeinflussen. Normative Verhaltenserwartungen an den Arzt beziehen sich demnach auf emotionale Neutralität, Kollektivitätsorientierung, Universalismus, Vorgegebenheitsorientierung und funktionale Spezifität. Wesentliche Aspekte des Patienten bestehen in Ent-Schuldigung, d.h. der Entbindung von (alleiniger) Verantwortlichkeit für die Erkrankung, Rollen-Befreiung, Genesungs-Wille, Hilfe-Suche und Kooperationsbereitschaft. Daraus folgt, dass der Patient als ein vom medizinischen Sachverstand des Arztes abhängiger Laie in der Arzt-Patient-Interaktion eine passive Rolle einnimmt, während der Arzt als Experte aktiv über die zu erfolgenden Behandlungen bestimmt (Emanuel & Emanuel, 1992). Dies bedeutet auch, dass das Ausmaß an Informationen, die der Patient erhält, ausschließlich in der ärztlichen Entscheidungsbefugnis liegen. Nach dem Professional As Agent Model wie auch dem Informed Decision Model ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten sämtliche verfügbaren Informationen über seine Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, Risiken etc. zu vermitteln und dessen Präferenzen zu erfassen. Beide Modelle unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Entscheidungskompetenz, welche nach dem Professional As Agent Model wiederum ausschließlich bei dem Arzt, nach dem Informed Decision Model allein beim Patienten liegt. Das Shared Decision Model basiert demgegenüber auf einem partnerschaftlich-kooperativen Ansatz, wonach Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner Informationen teilen und Behandlungsentscheidungen gemeinsam treffen. Dieses Modell kommt dem parietätischen Kunde-Dienstleister-Verhältnis am nächsten und wird in der aktuellen Diskussion über eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum aufgrund der darin erfolgten Umsetzung der Partizipationsgrundsatzes favorisiert (Scheibler et al., 2003).

2.2.2.2 *Patientenorientierung: Theorie und Praxis*

Trotz der einheitlichen Forderung nach einer patientenorientierten medizinischen Versorgung liegt bislang keine einheitliche theoretische Konzeptualisierung des Konstruktes

Patientenorientierung vor. So wird es u.a. als medizin-ethische Einstellung (E. Balint, 1969; M. Balint, 1955; Engel, 1977), klinische Methodik (McWhinney, 1989) oder auch als Kommunikationsstil (Byrne und Long, 1976, Stewart et al., 2003) verstanden. Ein zentraler Grund hierfür wird in der vermeintlichen Inhaltsvalidität des Begriffs *Patientenorientierung* gesehen, da die Wortbedeutung für jeden verständlich scheint. Die differenzierte Analyse einzelner Aspekte, deren Kategorisierung und Operationalisierung bereitet jedoch Schwierigkeiten (Bensing, 2000), wie im Folgenden näher erläutert wird:

Nach Mead & Bower (2000) lassen sich fünf Dimensionen der *Patientenorientierung* feststellen: (1) Einnehmen einer biopsychosozialen Sichtweise, (2) Berücksichtigung der subjektiven Perspektive des Patienten, (3) gleichberechtigte Verteilung von Verantwortung und Behandlungsentscheidungen, (4) therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patient, (5) subjektive Sichtweise des Arztes. Stewart et al. (2003) definierten eine Methode zur Umsetzung patientenzentrierter Kommunikation (hier gleichbedeutend mit *Patientenorientierung* verwendet), die dagegen folgende Elemente beinhaltet: (1) Explorieren der Krankheit und der subjektiven Erfahrung des Patienten, (2) Betrachtung der „ganzen“ Person des Patienten, (3) Finden einer gemeinsamen Grundlage, (4) Förderung von Prävention und Gesundheitsverhalten, (5) Aufbau/Förderung der Arzt-Patient-Beziehung, (6) Realitätsbezug. Haes (2006) entwickelte in ihrer Übersichtsarbeit aufbauend auf den Ergebnissen von Mead, Bower und Hann (2002) sowie Bensing (2000) vier Dimensionen von *Patientenorientierung* ((1) Berücksichtigung der psychosozialen und physiologischen Patientenbedürfnisse, (2) Ermittlung der Sorgen des Patienten, (3) Förderung der Beziehung, (4) aktiver Einbezug des Patienten in die Entscheidungsfindung) und kritisierte an den bereits vorliegenden Konzeptionen die inhaltliche Breite und damit zusammenhängende Abgrenzungsschwierigkeiten einzelner Komponenten, immanente Widersprüche sowie die teilweise zugrundeliegende Gleichsetzung von *patientenorientierter Versorgung*, *patientenzentrierter Kommunikation*, *Shared Decision Model* bzw. *partizipativer Entscheidungsfindung* mit guter Versorgung.

Auch in der Literatur findet sich häufig die synonyme Verwendung von *Patientenorientierung*, *patientenzentrierter Kommunikation* und *partizipativer Entscheidungsfindung* (Richards, 1998; Scheibler et al., 2003), wobei die empirische Datenlage jedoch neben unterschiedlichen Ausprägungen der Informations-/Partizipations-

präferenzen von Patienten auch inkonsistente Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen partizipativer Entscheidungsfindung und Zufriedenheit mit dem ärztlichen Verhalten zeigt (vgl. z.B. Übersichtsarbeiten von Haes, 2006; Kaplan und Frosch, 2005; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein und Dick, 2001). Das Shared Decision Model scheint sich eher bei spezifischen Entscheidungen und nur für bestimmte Patientengruppen positiv auf die Patientenzufriedenheit, Compliance und das Wohlbefinden auszuwirken, als generell effektiv zu sein (Joosten et al., 2008). In der Literatur wird daher auch die Auffassung vertreten, die o.g. vier Modellkonzeptionen der Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient (vgl. Kapitel 2.2.2.1) als Orientierungspunkte für ärztliches Handeln zu nutzen, das sich nach den patientenseitigen Präferenzen ausrichten sollte (Charles, Gafni und Whelan, 1999; Scheibler et al., 2003). Dabei beeinflussen neben intraindividuellen Faktoren wie Präferenzen oder Erfahrungen auch soziodemographische und medizinische Patientenparameter die Entscheidung für die jeweilige Ausgestaltung einer bedürfnisorientierten Medizin (z.B. Floer et al., 2004). Weiterhin zeigen die Ergebnisse einer Untersuchung von Wensing, Elwyn, Edwards, Vingerhoets und Grol (2002) konzeptuelle Unterschiede zwischen patientenzentrierter/-orientierter Kommunikation und partizipativer Entscheidungsfindung: So kann erstere als generelles Leitprinzip im Sinne einer den Bedürfnissen des Patienten angepassten ärztlichen Gesprächsführung bei der Realisierung von Patientenorientierung verstanden werden, während letztere einem Vorgehen in einer spezifischen Gesprächssituation entspricht, das nur in Übereinstimmung mit situativen und patientenseitigen Voraussetzungen umzusetzen ist und ausschließlich auf die Entscheidung für oder gegen eine Behandlungsmaßnahme fokussiert. Es scheint jedoch weiterhin notwendig, einzelne (personen- wie auch situationsbezogene) Elemente von Patientenorientierung noch deutlicher zu konkretisieren und zu operationalisieren und diese hinsichtlich ihrer Effektivität für die medizinische Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen zu überprüfen (Haes, 2006; Wensing und Elwyn, 2003; Wensing et al., 2002).

2.3 Arzt-Patient-Kommunikation: Basis einer patientenorientierten Medizin

Trotz der theoretischen Schwierigkeiten bei der Definition von Patientenorientierung gelangen Übersichtsarbeiten übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung die Grundlage für die Umsetzung einer patientenzentrierten Medizin bildet (vgl. Übersichtsarbeiten von Bensing, 2000; Roter, 2000; Stewart et al., 2003). Gestaltungsmittel

der Interaktion ist wiederum die Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Da Forschungsergebnisse signifikante Zusammenhänge zwischen guter Kommunikation, dem körperlichen und psychischen Befinden von Patienten mit unterschiedlichen Indikationen, der Patientenzufriedenheit, Krankheitsbewältigung und Compliance zeigen (Arora, 2003; Bakken et al., 2000; Beach, Keruly und Moore, 2006; Daltroy, 1993; Fallowfield & Jenkins, 2004; Schneider, Kaplan, Greenfield, Li und Wilson, 2004; Stewart, 1995; Thorne, Bultz et al., 2005), können Aspekte der Kommunikation als Indikatoren zur Messung der Güte einer Arzt-Patient-Beziehung dienen (Roter, 2000). Abbildung 3 stellt diese Überlegungen schematisch dar.

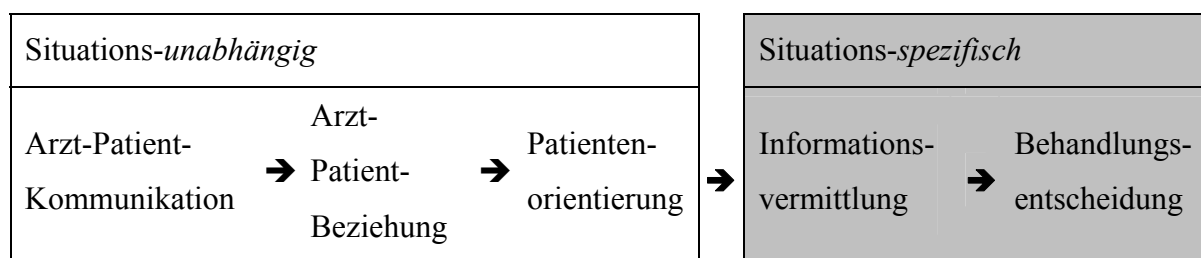


Abbildung 3: *Patientenorientierung, Kommunikation und Behandlungsentscheidung*

Dem Arzt obliegt, wie bereits in Kapitel 2.1 dargestellt, im Rahmen seiner Aufklärungspflicht die Verantwortung, mit dem Patienten gemäß dessen Bedürfnissen zu kommunizieren. Relevante Informationen für eine adäquate Vorgehensweise liefern hier theoretische Modelle und Konzeptionen der Kommunikations-, Sozial- und Motivationspsychologie.

2.3.1 Theoretische Grundlagen von Kommunikationsprozessen

Bereits seit mehr als sechs Jahrzehnten beschäftigen sich Forscher mit der Analyse von Kommunikationsprozessen, zunächst mit dem zentralen Ziel der Vermeidung von Fehlern bei der Informationsvermittlung, später dann mit dem Fokus auf weitere Funktionen von Kommunikation. Als Pioniere dieser Forschungsbestrebungen gelten heute Lasswell (1948) sowie Shannon und Weaver (1949). Lasswell legte in seiner nach ihm benannten Formel den Schwerpunkt auf den Sender einer Nachricht und dessen innere Vorgänge (Absichten), wobei die Bedingungen auf Empfängerseite sowie Wechselwirkungen zwischen beiden Akteuren nicht berücksichtigt wurden („Wer sagt was durch welches Medium mit welcher Absicht zu wem mit welchem Effekt?“). Von Shannon & Weaver wurde ein Modell von

Kommunikation entwickelt, das als die Grundlage für die darauffolgenden theoretischen Überlegungen gelten kann (Woods und Hollnagel, 2006). Dieses Modell postuliert, dass eine erfolgreiche Informationsvermittlung nur dann gelingen kann, wenn bei einer störungsfreien Übertragung Sender und Empfänger die Nachricht auf dieselbe Weise kodieren bzw. dekodieren (Shannon & Weaver, 1949, zitiert nach Traut-Mattausch und Frey, 2006). Zwei-Prozess-Modellen der sozialen Informationsverarbeitung zufolge ist die Decodierung der Nachricht abhängig von den kognitiven Fähigkeiten und der Motivation des Empfängers, d.h., dass eine systematische Informationsverarbeitung nur bei entsprechend hoher Ausprägung dieser beiden Voraussetzungen stattfinden kann (z.B. Petty und Cacioppo, 1986). Ist dies nicht der Fall, kommt es zu einer heuristischen Urteilsbildung (zitiert nach Krieglmeier, Stork und Strack, 2006). Fähigkeiten und Motivation des Empfängers werden durch situative Bedingungen beeinflusst; übertragen auf den medizinischen Kontext bei der ärztlichen Aufklärung könnte so bspw. der Zeitdruck, unter dem ärztliches Handeln steht, eine wichtige Störquelle bei der Decodierung einer Nachricht darstellen (Traut-Mattausch & Frey, 2006). Der Sender kann bei der Übermittlung der Nachricht zu einer erleichterten Decodierung auf Empfängerseite beitragen, indem er auf Verständlichkeit achtet, kontextuelle Störfaktoren berücksichtigt oder die Nachricht mehrfach kodiert (Langer, Schulz v. Thun und Tausch, 2007).

Neuere Kommunikationsmodelle beinhalten neben der Informationsvermittlung als Kommunikationsziel auch emotionale Komponenten und zwar nicht im Sinne von störenden Einflüssen auf den Informationsfluss, sondern unter einer zielführenden, beziehungsgestaltenden Perspektive. Interpersonale Aspekte finden bspw. ihren Niederschlag in den fünf Kommunikationsaxiomen von Watzlawick, Beavon und Jackson (2007) und dem 4-Seiten-Modell von Schulz von Thun (2008), nach dem jede Nachricht/Information einen Sach-, Appell-, Beziehungs- und Selbstauskunftsaspekt beinhaltet. Kommunikationsstörungen entstehen nach diesen Konzeptionen insbesondere aufgrund von Störungen auf der Beziehungsebene (Watzlawick et al., 2007) bzw. bei Ausbildung einseitiger Empfangsgewohnheiten. Der beziehungsgestaltenden Funktion von Kommunikation kann insbesondere im Arzt-Patient-Gespräch, in dem z.B. eine schlechte Nachricht mitgeteilt werden muss, aufgrund der hohen Anforderungen an die Bewältigungskompetenzen des Patienten und daraus resultierenden reduzierten kognitiven Verarbeitungsfähigkeiten eine besondere Relevanz beigemessen werden.

Unter einem sozialpsychologischen Blickwinkel lässt sich die Informationsvermittlung weiterhin als kontextabhängige, d.h. spezifische Funktion von Kommunikation bezeichnen, während die Beziehungsgestaltung als kontextunabhängige, d.h. generelle Kommunikationsfunktion betrachtet werden kann. Die zentralen Zieldimensionen der beziehungsgestaltenden Funktion sind *soziale Kontrolle* und *Affiliation* (Wiemann und Giles, 1997). Soziale Kontrolle bezeichnet das Zusammenspiel der Restriktionen, die sich die Gesprächspartner gegenseitig durch den Inhalt der Mitteilung und die Gesprächsstruktur auferlegen und somit das Verhalten des anderen beeinflussen (Wiemann, 1985). Diese Kontrolle wird nicht ausdrücklich verhandelt, sondern entsteht implizit, z.B. durch Verwendung bestimmter Begrifflichkeiten („wir“ statt „Sie“ und „ich“) und/oder durch nonverbales Verhalten wie Blickkontakt. Diese Verhaltensweisen werden durch die wahrgenommenen Merkmale der Interaktionspartner beeinflusst (Tedeschi, Lindskold und Rosenfeld, 1983). Für die Effektivität kurzer Begegnungen ist eine ausgeglichene soziale Kontrolle günstig, so dass beide Gesprächspartner ausreichend Gelegenheit haben, ihre Bedürfnisse und Sichtweisen zu äußern. Bezogen auf den Arzt-Patient-Kontakt bedeutet dies, dass der Arzt bei vollständiger Übernahme der sozialen Kontrolle eventuell nicht alle Probleme des Patienten erfasst und im Gegenzug der Patient unzufrieden und belastet ist (Wiemann & Giles, 1997). Affiliation beinhaltet als „Zuneigungs-Abneigungs-Dimension“ den in einer Interaktion ausgedrückten positiven bzw. negativen Affekt (Wiemann & Giles, 1997). Dieser kann auch durch eine geringe Distanz zwischen den Kommunikationspartnern, Blickkontakt, Berührung oder eine offene Körperhaltung nichtsprachlich vermittelt werden. In Abhängigkeit von der Ausprägung des jeweiligen Affiliationsbedürfnisses der Beteiligten ist grundsätzlich ein positiver Affektausdruck für eine jeden Partner zufriedenstellende, effektive und erfolgreiche Beziehung förderlich (Wiemann & Giles, 1997). Darüber hinaus wird unter dem Begriff „Affiliation“ auch das menschliche Grundmotiv, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen und Anschluss zu finden, bezeichnet (vgl. Baumeister und Leary, 1995). Theoretische Überlegungen hierzu und zu weiteren interpersonalen Bedürfnissen sowie ihre Bedeutung für das Arzt-Patient-Gespräch werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

2.3.2 Theoretische Grundlagen interpersonaler Bedürfnisse im Arzt-Patient-Gespräch

Notwendig für die Gestaltung einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation ist, wie oben erläutert, die adäquate Erfassung der aktuellen Bedürfnislage des Patienten. Diese setzt sich

zusammen aus den spezifischen, auf die medizinische Gesprächssituation bezogenen Präferenzen, Wünschen und Erwartungen des Patienten sowie situationsübergreifenden, universellen interpersonalen Bedürfnissen. Mit diesen Aspekten beschäftigt sich die Motivationsforschung bei der Untersuchung der Frage, welche Kräfte zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von physiologischen wie psychischen Aktivitäten führen (Heckhausen und Heckhausen, 2006; Zimbardo und Gerrig, 2003). Nach heutiger allgemeiner Auffassung basiert Motivation auf internen (personenbezogenen) und externen (situativen) Faktoren sowie auf deren Wechselwirkung (Heckhausen & Heckhausen, 2006). Auf Seiten der Person lassen sich Grundbedürfnisse und Verhaltenstendenzen sowie implizite und explizite Motive unterscheiden. Zu den universellen Bedürfnissen zählt v.a. das Bedürfnis nach Kontakt zu anderen Menschen und stabilen sozialen Beziehungen (vgl. *Stufentheorie* nach Maslow, 1970; *Selbstbestimmungstheorie der Motivation* nach Ryan & Deci, 2000; *Theorie des Anschlussmotivs* nach Baumeister & Leary, 1995, 2000; *Utility Theorie* nach Rofé, 1984). Forschungsergebnisse zeigen, dass mit der Befriedigung der Grundbedürfnisse erhöhte Gefühle von Ganzheit und Wohlbefinden einhergehen, während eine Nichterfüllung diese beeinträchtigt (Ryan und Frederick, 1997; Waterman, 1993) und dass Variationen der Bedürfniserfüllung zu Veränderungen des täglichen Wohlbefindens beitragen (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe and Ryan, 2000). Als Prädiktoren für die Bedürfniserfüllung wurden in der letztgenannten Untersuchung auch subjektiv bedeutsame Gespräche und das Gefühl, sich von seinem Interaktionspartner verstanden zu fühlen, identifiziert.

Neben Grundbedürfnissen führen kognitive Prozesse des Individuums zur Erzeugung von Bedürfnissen. Mit diesen Prozessen beschäftigen sich insbesondere Erwartungs-mal-Wert-Theorien, wie die Theorie des überlegten Handelns (Fishbein und Ajzen, 1975) bzw. des geplanten Verhaltens (Ajzen und Madden, 1986, Ajzen, 1991). Deren Kernaussage besteht darin, dass bei mehreren Alternativen diejenige Handlung ausgeführt wird, die aus Sicht des handelnden Individuums mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Zustand mit hohem Anreizwert zur Folge hat. Einflussfaktoren sind weiterhin soziale Anforderungen und die subjektiv eingeschätzte Verhaltenskontrolle (zusammengefasst nach Beckmann und Heckhausen, 2006). Wertvorstellungen und Ziele, die sich eine Person bewusst zuschreibt, werden als *explizite Motive* bezeichnet (McClelland, Koesten und Weinberger, 1989). Im Gegensatz zu *impliziten Motiven*, bei denen es sich um früh erworbene, dem Bewusstsein unzugängliche Dispositionen handelt, immer wieder „automatisch“ auf bestimmte Anreize zu reagieren,

werden explizite Motive durch Sozialisationserfahrungen erlernt und sind dem Bewusstsein zugänglich. Inhaltlich können explizite und implizite Motive übereinstimmen oder divergieren, wodurch Konflikte entstehen, die auch gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben können (zusammengefasst nach Brunstein, 2006). Patientenseitige Erwartungen, Präferenzen und Wünsche hinsichtlich des ärztlichen Verhaltens im Arzt-Patient-Gespräch können nach obiger Definition zu den expliziten Motiven gezählt werden, die individuelle Bedürfnislagen schaffen und direkt zu erfassen sind. In der Literatur werden die Begriffe *Erwartungen* und *Präferenzen* häufig synonym verwendet werden, sodass in diesem Zusammenhang eine Abgrenzung der Konstrukte vorzunehmen ist (Uhlmann, Inui und Carter, 1984): Analog zu den Erwartungs-mal-Wert-Theorien ist bei der Differenzierung von Subkategorien expliziter Motive zwischen den Dimensionen *Erwartung* und *Wert* zu unterscheiden. Patientenseitige Erwartungen sind somit wertneutrale Antizipationen von Ereignissen mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit, während Präferenzen und Wünsche eines Patienten im Sinne von Einstellungen gelernte Tendenzen darstellen, auf Zielreize mit positiven oder negativen Bewertungen zu reagieren (Uhlmann et al., 1984; Zimbardo & Gerrig, 2003). Forschungsergebnisse weisen auf Zusammenhänge zwischen der Berücksichtigung von Präferenzen und der Zufriedenheit und dem Wohlbefinden der Patienten hin (Uhlmann et al., 1984) und untermauern so das Erfordernis einer präferenzorientierten Vorgehensweise bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht.

2.4 Fazit

In der medizinischen Versorgung ist die Mitteilung einer schlechten Nachricht Bestandteil der gesetzlich verankerten ärztlichen Aufklärungspflicht. Schlechte Nachrichten können in der Aufklärung über die Diagnose, den möglichen Krankheitsverlauf sowie der Information über Behandlungsoptionen einschließlich der damit verbundenen Risiken und potenziellen Nebenwirkungen bestehen. Die Vermittlung dieser Informationen stellt über die erforderliche medizinische Fachkompetenz hinaus auch Anforderungen hinsichtlich psychologischer Kenntnisse an den aufklärenden Arzt, da er verpflichtet ist, den Patienten unter Berücksichtigung von dessen Bedürfnissen aufzuklären und somit in der Lage sein sollte, diese zu identifizieren und sich – soweit möglich – dementsprechend zu verhalten. In dieser Anforderung spiegelt sich der in den vergangenen Jahren erfolgte Wandel von einer eher Anbieter- hin zu einer Nutzer-orientierten Versorgung innerhalb des deutschen

Gesundheitssystems wider. Für die Arzt-Patient-Beziehung, die Mikroebene der gesundheitlichen Versorgung, bedeutet dies die Umsetzung einer patientenorientierten medizinischen Versorgung. Der Begriff Patientenorientierung wird häufig mit den Begriffen partizipative Entscheidungsfindung und patientenzentrierte Kommunikation gleichgesetzt, sodass in Abkehr vom früheren paternalistischen Beziehungsmodell in den vergangenen Jahren zunehmend für den Patienten eine dem Arzt gleichberechtigte Entscheidungsbefugnis gefordert wird, die auch das Recht auf umfassende Informiertheit beinhaltet. Empirische Ergebnisse stützen diese Forderung jedoch nicht uneingeschränkt, sondern weisen darauf hin, dass die Orientierung am Patienten für den Arzt nicht bedeutet, jedem Patienten im Sinne des Shared Decision Models das gleiche Ausmaß an Autonomiebedürfnis im Entscheidungsprozess zuzuschreiben und entsprechend zu behandeln, sondern individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse einzugehen.

Die empirische Überprüfung einer patientenorientierten Versorgung wird durch das Fehlen einer einheitlichen theoretischen Konzeption erschwert. Dennoch besteht in Übereinstimmung mit der aktuellen Datenlage die grundsätzliche Auffassung, dass Patientenorientierung nur durch eine gute Arzt-Patient-Beziehung realisiert werden kann. Grundlage hierfür bildet die Kommunikation. Analog zu den vorliegenden Modellen von Kommunikationsprozessen ist es erforderlich, dass Arzt und Patient im Gespräch als Sender und Empfänger einer Nachricht für eine gelungene Kommunikation ihre Empfangskanäle und Nachrichteninhalte aufeinander abstimmen. Dies ist insbesondere Aufgabe des Arztes aufgrund seiner entsprechend den oben dargestellten Theorien und Befunden zur wahrgenommenen Arzt-Patient-Beziehung immanenten Autorität. Bei der Erfassung der patientenseitigen Bedürfnisse ist unter verschiedenen theoretischen Grundannahmen zu berücksichtigen, dass Menschen ein angeborenes Grundbedürfnis nach Kontakt und Beziehungen mit anderen Menschen haben, dessen Befriedigung zentral für die allgemeine Funktionsfähigkeit und das Wohlbefinden ist. Hierzu leisten kontextuelle Bedingungen – im Arzt-Patient-Gespräch somit der Arzt durch sein Verhalten (z.B. durch Informationsvermittlung, Berücksichtigung des Befindens des Patienten und Anbieten basaler emotionaler Unterstützung) – einen wesentlichen Beitrag. Die über die Grundbedürfnisse hinausgehenden expliziten Motive, die Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche beinhalten, gilt es weiterhin, direkt bzw. auch ausgehend von impliziten Hinweisreizen des Patienten zu erfassen.

3 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND: ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION IN DER ONKOLOGIE

In der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die häufig eine lebenslang andauernde medizinische Behandlung erfordern, mit physiologischen und psychosozialen Beeinträchtigungen einher gehen und somit hohe Anforderungen an die Compliance der Patienten stellen, ist eine gute Arzt-Patient-Beziehung von besonderer Relevanz. Die Datenlage zeigt, dass bereits das Aufsuchen eines Arztes bei gesundheitlichen Problemen durch die wahrgenommene Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst wird sowie auch das kooperative bzw. Vermeidungsverhalten von Patienten hinsichtlich der Durchführung von Therapien (Federman et al., 2001; Moore et al., 2004).

Menschen, die von einer Krebserkrankung betroffen sind, müssen nicht allein die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung verarbeiten, sondern auch häufig schwerwiegende Behandlungsfolgen und tiefgreifende, anhaltende Veränderungen ihres täglichen Lebens bewältigen. Studienergebnisse zeigen, dass ein substantieller Anteil von Krebspatienten unter behandlungsbedürftigen psychosozialen Belastungen leidet, die in der Versorgungspraxis häufig nicht erkannt oder nicht angemessen behandelt werden (vgl. Review von Mehnert, Lehmann, Cao und Koch, 2006). Übersichtsarbeiten gelangen zu dem Ergebnis, dass eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation in der Versorgung onkologischer Patienten einen zentralen Stellenwert für die Bildung einer vertrauensvollen Beziehung, für eine gelungene Informationsvermittlung und gute Compliance und somit auch letztendlich für eine erfolgreiche Behandlung einnimmt (Arora, 2003; Fallowfield & Jenkins, 1999; Maguire & Pitceathley, 2002). Die Ergebnisse einer Untersuchung von Thorne, Hislop, Armstrong und Oglov (2008) weisen sogar darauf hin, dass eine substantielle Anzahl von Krebspatienten der Auffassung ist, dass die Qualität der ärztlichen Kommunikation den Behandlungserfolg direkt beeinflusst.

3.1 Modellkonzeptionen zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie

Analog zu den in Kapitel 2.2.2.2 geschilderten Schwierigkeiten der Evaluation von Patientenorientierung fehlt es auch bei der empirischen Überprüfung der Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie an einer einheitlichen theoretischen Grundlage (Cegala

und Lenzmeier Broz, 2002; Feldman-Stewart et al., 2005). Inzwischen liegen von einigen Arbeitsgruppen Modellkonzeptionen vor, die ein theoriegeleitetes Vorgehen bei der Evaluation kommunikativer Prozesse ermöglichen sollen, jedoch vielfach unverbunden nebeneinander stehen: So definierten Ong, Haes, Hoos und Lammes (1995) in ihrer Übersichtsarbeit zunächst die wesentlichen Ziele von Kommunikation (Aufbau einer guten Arzt-Patient-Beziehung, Informationsaustausch, Entscheidungsfindung bezüglich Behandlungsoptionen) und fassten die vorliegenden Forschungsergebnisse in einem Rahmenmodell zusammen. Dies beinhaltet den Hintergrund des Arzt-Patient-Gesprächs betreffende (kulturelle, arzt-, patient- und krankheitsbezogene) Faktoren, den aktuellen Gesprächsanlass und -inhalt sowie patientenbezogene Outcome-Parameter. Hintergrundaspekte wirken sich demnach direkt auf den Gesprächsinhalt sowie indirekt auf den Patienten aus, der Inhalt der Kommunikation beeinflusst direkt patientenseitige Parameter. Andere Autoren (z.B. Ptacek und Eberhardt, 1996) schlagen vor, allgemeine (medizin-)psychologische Modelle, z.B. das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984, 1987), als theoretische Grundlage auf das Arzt-Patient-Gespräch anzuwenden.

Ein übergeordnetes Modell zur Informationsvermittlung in der Behandlung von Krebspatienten entwickelten Merckaert, Libert und Razavi (2005) in ihrer Übersichtsarbeit zu Effekten von Interventionen zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie. Hiernach wird die Informationsvermittlung durch kontextuelle, kognitive und emotionale Faktoren beeinträchtigt, die die patientenseitige Informationsverarbeitungs-kompetenz beeinflussen und somit vom mitteilenden Arzt zu berücksichtigen sind. Diese Barrieren beeinträchtigen die Patientenzufriedenheit, das Treffen von Behandlungsentscheidungen und das Ausmaß der erinnerten Informationen. Ausdifferenzierungen der einzelnen Barrieren und der Ergebnisse der Informationsverarbeitung werden jedoch nicht vorgenommen (vgl. Abbildung 4).

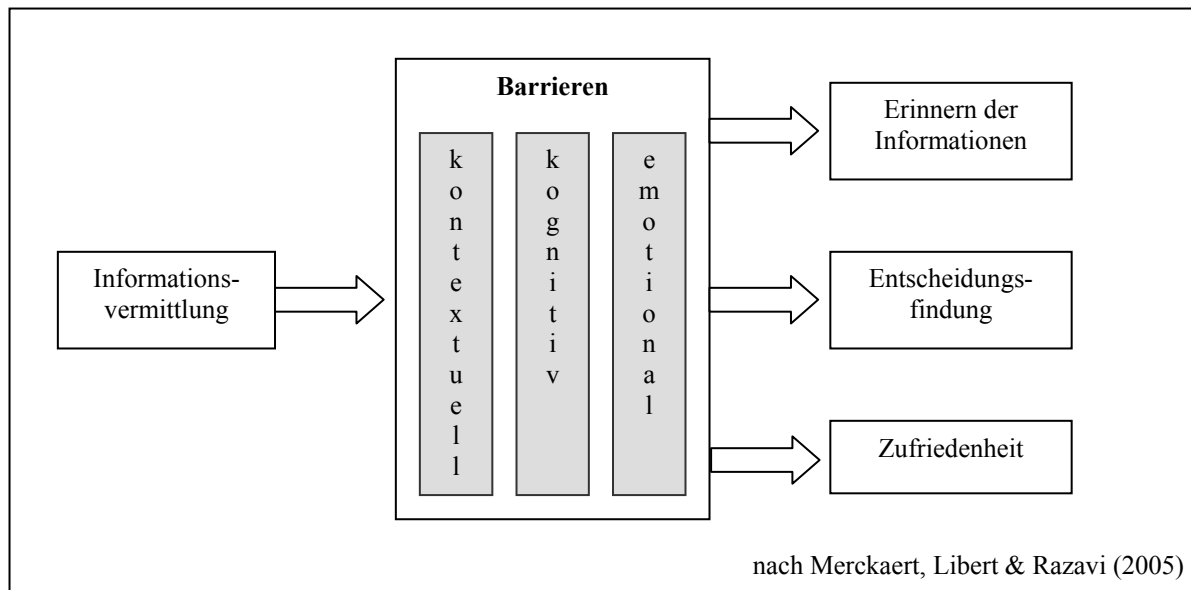


Abbildung 4: *Barrieren einer erfolgreichen Informationsvermittlung*

Aktuelle Bestrebungen zielen auf die Erstellung eines allgemeingültigen Modells, das die verschiedenen psychologischen und gesundheitstheoretischen Entwicklungen berücksichtigt: So entwickelte die Arbeitsgruppe um Feldman-Stewart (2005) im Sinne eines Meta-Modells ein Konzept, das basierend auf kommunikationspsychologischen Grundlagen theoretische Entwicklungen zur Arzt-Patient-Kommunikation integrierend zusammenfasst (z.B. Brammer und MacDonald, 2003; Mead & Bower, 2000; Parle, Maguire und Heaven, 1997) und somit den Anspruch erhebt, den konzeptuellen Rahmen für die Untersuchung der Arzt-Patient-Kommunikation im Gesundheitswesen, an der mehrere Akteure (Arzt, Pflegekräfte, Patient, Angehörige) beteiligt sind, allgemein zu ermöglichen wie auch die Anwendung auf krebspezifische Gesprächssituationen. Aufgrund der Fokussierung der vorliegenden Arbeit auf das Arzt-Patient-Gespräch in der Onkologie wird das Modell darauf bezogen erläutert.

Die grundsätzliche Annahme des Modells besteht darin, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient der Erreichung der jeweiligen Ziele beider Interaktionspartner dient, welche wiederum von den jeweiligen personenbezogenen Faktoren und situativen Elementen abhängig sind und sich weiterhin wechselseitig beeinflussen. Ausgehend von diesen Überlegungen bedeutet gute Kommunikation, dass Arzt und Patient ihre Ziele miteinander abstimmen, um so konfligierende Vorstellungen zu vermeiden bzw. in Übereinstimmung zu bringen (vgl. Abbildung 5).

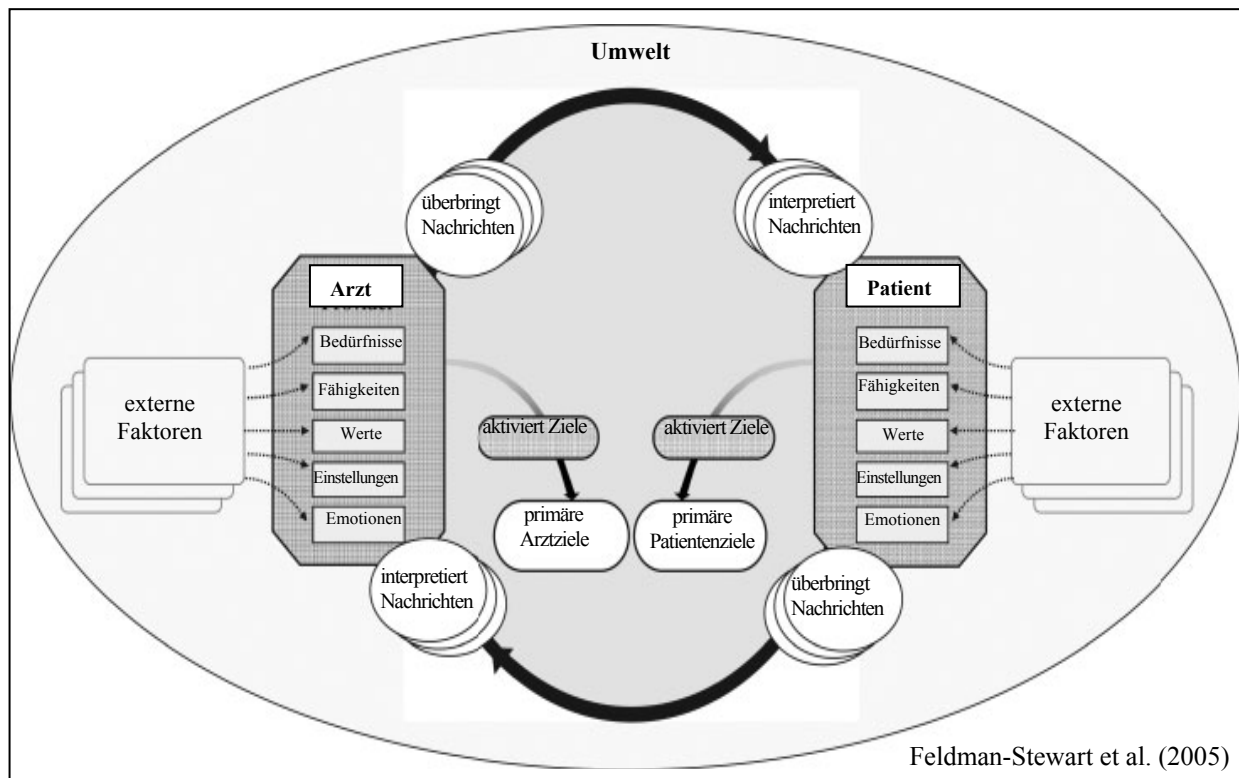


Abbildung 5: *Rahmenmodell der Arzt-Patient-Kommunikation*

Um spezifische Aussagen zu Einflussfaktoren auf die Kommunikation und zu Effekten guter bzw. schlechter Kommunikation zu ermöglichen, sind weitere Spezifizierungen zu arzt- und patientenseitigen Faktoren sowie den kontextuellen Bedingungen erforderlich. In diesem Zusammenhang hat eine Arbeitsgruppe am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Lehmann, Koch und Mehnert, 2009) aufbauend auf den oben dargelegten Modellvorstellungen ein Konzept entwickelt, das ausschließlich auf die Patientenperspektive abstellt und Zusammenhänge zwischen personenbezogenen Merkmalen, der Arzt-Patient-Kommunikation, psychischer Belastung, Krankheitsverarbeitung und dem Bedarf an sowie der Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten postuliert. Dabei werden die soziodemographischen Merkmale einer Person, ihr psychosozialer Hintergrund und krankheitsspezifische Charakteristika als unabhängige Variablen dargestellt. Arztbezogene Einstellungen, kommunikative Präferenzen sowie die wahrgenommene Arzt-Patient-Interaktion und der daraus resultierende Grad der Zufriedenheit damit wirken sich als Moderatorvariablen auf das Befinden der Patienten wie auf die Krankheitsverarbeitung aus und weiterhin indirekt auf die subjektive Bedarfsbildung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Darüber hinaus spielen auch weitere, außerhalb des Patienten liegende Faktoren für die Zufriedenheit mit der Arzt-

Patient-Kommunikation und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten eine Rolle, die in Abbildung 6 als *externe Faktoren* bezeichnet werden und für die exemplarisch arztbezogene und settingspezifische Aspekte sowie Faktoren des sozialen Umfelds des Patienten genannt sind.

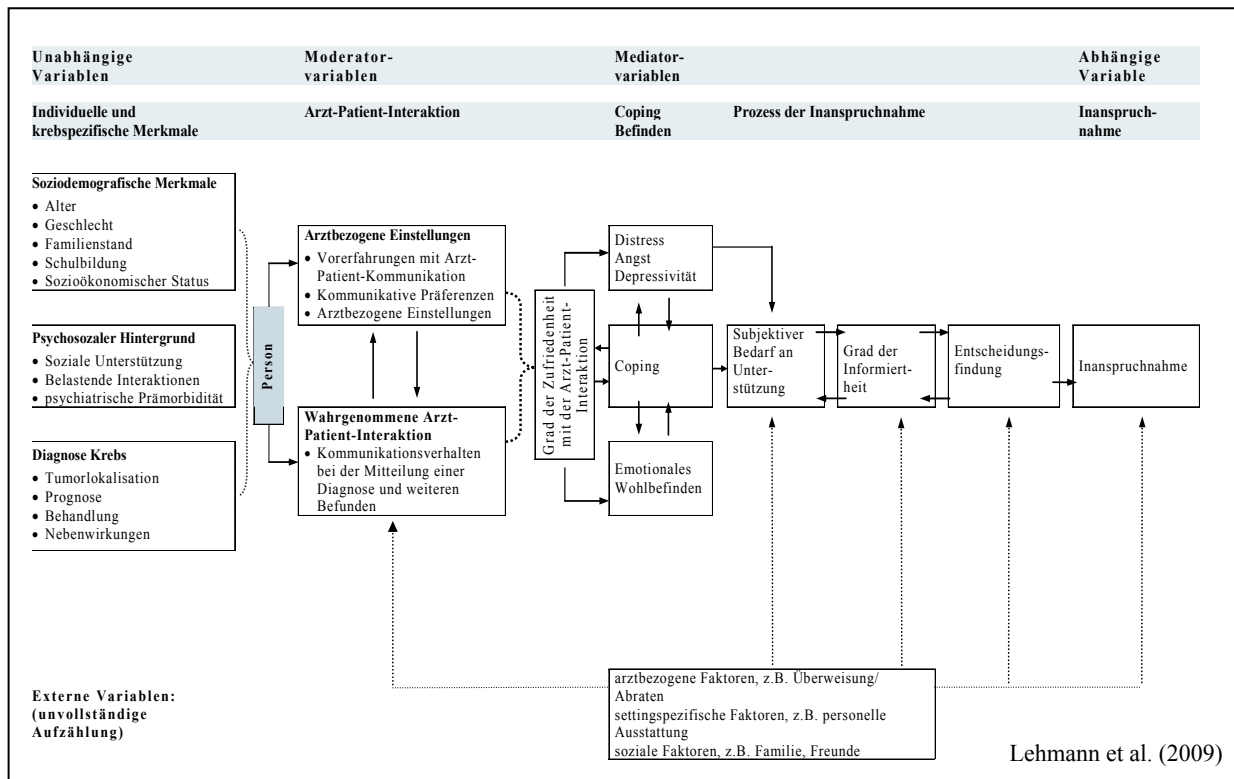


Abbildung 6: Modell zum Einfluss patientenbezogener Variablen auf die Arzt-Patient-Kommunikation und Inanspruchnahme psychosozialer Angebote

3.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz von Onkologen

Zur Verbesserung der ärztlichen Kommunikationsfertigkeiten in der onkologischen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der Mitteilung schlechter Nachrichten wurde in den letzten Jahren vor allem im angloamerikanischen Sprachraum eine Reihe von expertengestützten Empfehlungen und Richtlinien entwickelt (z.B. Back, Arnold, Baile, Tulsky und Fryer-Edwards, 2005; Baile et al. 2000; Girgis und Sanson-Fisher, 1995). Ausgehend von diesen Empfehlungen wurden auch in europäischen und asiatischen Ländern ähnliche Konzepte entwickelt (z.B. Lee und Wu, 2002; Okamura, Uchitomi, Sasako, Eguchi und Kakizoe, 1998; Schröder, 2006). Aufbauend darauf wurde eine große Spannweite verschiedener Interventionen von einzelnen Vorträgen bis hin zu mehrtägigen

Fortbildungseinheiten für die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeitet (Butler et al., 2005). Übersichtsarbeiten zeigen, dass eine grundsätzliche Problematik bei der Evaluation der Wirksamkeit dieser Interventionen darin besteht, dass bereits für deren Entwicklung konzeptuelle Definitionen von Kommunikation oder Kommunikationsfertigkeiten fehlen und auch die Operationalisierung abhängiger Variablen nur in begrenztem Ausmaß vorgenommen wurde (Butler et al., 2005; Cegala & Lenzmeier Broz, 2002; aktuelle theoretische Konzepte s.o., Kap. 3.1). Diese Defizite wurden in der Entwicklung des jüngst am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, USA, entwickelten Kommunikationstrainingskonzeptes *COMSKIL* berücksichtigt, indem die Autoren explizit zwischen Kommunikationsstrategien, Kommunikationstechniken, Prozessaufgaben und kognitiven Beurteilungen differenzierten und diese Konstrukte operationalisierten (Brown und Bylund, 2008). Erste Evaluationsergebnisse dieses Programms weisen auf signifikante Verbesserungen einzelner ärztlicher Kommunikationskompetenzen hin (Bylund et al., 2009). Einschränkend ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei der Evaluationsstudie nicht um eine randomisierte und kontrollierte Untersuchung, sondern um eine Feldstudie handelt. Diese methodischen Beschränkungen liegen der überwiegenden Mehrzahl der durchgeführten Studien zugrunde. So zeigen auch aktuelle Übersichtsarbeiten (Gysels, Richardson und Higginson, 2004, 2005), dass zum Zeitpunkt der Reviews nur 13 Studien der Evidenzgrade I-III vorlagen. Auch in das Cochrane Review von Fellowes, Wilkinson und Moore (2004) konnten lediglich 3 Studien eingeschlossen werden. Diese Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die besten Ergebnisse mit längerfristigen Kommunikationstrainingsprogrammen erzielt wurden, die verschiedene, lernerzentrierte Methoden und theoretische wie praktische Elemente beinhalteten.

Im Einzelnen konnten nach der Durchführung komplexer Trainingsprogramme zur Verbesserung der ärztlichen Kommunikationskompetenz in der Behandlung von Krebspatienten positive Veränderungen insbesondere im Hinblick auf den Erwerb bzw. die Zunahme spezifischer ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten (wie die Formulierung offener Fragen, die Zusammenfassung vermittelter Informationen während des Gesprächs, die Benennung von Gefühlen, Ausdruck von Empathie oder die direkte Erfragung von Belastungen des Patienten) erzielt werden (Bylund et al., 2009; Delvaux et al., 2005; Fallowfield, Jenkins, Farewell, Duffy und Eves, 2002, Fallowfield, Jenkins, Farewell und Solis-Trapala, 2003, Fellowes et al., 2004; Jenkins und Fallowfield, 2002; Merckaert, Libert,

Delvaux, Marchal et al., 2005; Razavi et al., 2003). Bezüglich einer erhöhten Erkennensrate hoch belasteter Patienten durch die Ärzte ist die Datenlage jedoch uneinheitlich: Während ein signifikanter Effekt in der Studie von Kruse et al. (2003) gefunden wurde, zeigen sich in der Untersuchung von Merckaert, Libert, Delvaux und Razavi (2005) keine Veränderungen der ärztlichen Identifikationsfähigkeit belasteter Patienten nach der Teilnahme an einem Trainingsprogramm. Weitere Studienergebnisse weisen auf eine erhöhte Zufriedenheit der Patienten, die Gespräche mit trainierten Ärzten geführt hatten, im Vergleich zu den Patienten, die mit untrainierten Ärzten gesprochen hatten, hin (Delvaux et al., 2005; Merckaert, Libert, Delvaux, Marchal et al., 2005). In der Untersuchung von Shilling, Jenkins und Fallowfield (2003) konnte dieser Effekt jedoch nicht gezeigt werden. Positive Auswirkungen eines Kommunikationstrainingsprogramms auf das psychische Befinden der Patienten im Sinne einer Reduktion von Belastungen konnten bislang nicht einheitlich nachgewiesen werden (vgl. die Studienergebnisse von Liénard et al., 2006, 2008). Trotz der nachgewiesenen positiven Effekte muss die Wirksamkeit der Trainingskonzepte somit aufgrund der inkonsistenten Datenlage als insgesamt begrenzt eingeschätzt werden.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist auch die Tatsache, dass die eingesetzten Outcome-Parameter vorwiegend auf ärztlicher Selbsteinschätzung und nur in wenigen Ausnahmefällen auf Patientenangaben basieren (Merckaert, Libert & Razavi, 2005). Darüber hinaus entsprechen zwar viele Interventionen vorliegenden Patientenbedürfnissen, die Individualität und Variabilität von patientenseitigen kommunikativen Präferenzen im Behandlungsverlauf wurden jedoch bislang nicht ausreichend berücksichtigt (vgl. Dale, Jatsch, Hughes, Pearce und Meystre, 2004; Echlin und Rees, 2002; Girgis, Sanson-Fisher und Schofield, 1999; Mallinger et al., 2006). Gemäß der systematischen Übersichtsarbeit von Kiesler & Auerbach (2006), die zeigt, dass eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation weniger abhängig von der Einhaltung bestimmter empfohlener Vorgehensweisen oder Richtlinien ist, sondern vielmehr das Ergebnis der Übereinstimmung von patientenseitigen Bedürfnissen und darauf bezogenem ärztlichen Verhalten darstellt, besteht hinsichtlich der Identifizierung patientenseitiger kommunikativer Bedürfnisse und deren Veränderungen im Krankheitsverlauf insbesondere bei der Mitteilung schlechter Nachrichten ein deutlicher Forschungsbedarf.

Zur Bedeutung einer verbesserten ärztlichen Kommunikationskompetenz für das Befinden der mitteilenden Ärzte liegen derzeit nur wenige Untersuchungsergebnisse vor. Hier zeigt die Datenlage bei einer insgesamt positiven Bewertung der Interventionen durch die teilnehmenden Ärzte uneinheitliche Ergebnisse hinsichtlich ihrer Belastungen (z.B. Baile et al., 1999; Fallowfield, Lipkin und Hall, 1998; Fujimori et al., 2003).

3.3 Mitteilung schlechter Nachrichten in der Onkologie: Kulturelle Aspekte

Die in Kapitel 3 dargestellten Modellkonzeptionen bieten einen allgemeinen Rahmen auch für die Untersuchung spezifischer Gesprächssituationen wie der Mitteilung einer schlechten Nachricht. Diese tritt im onkologischen Kontext besonders häufig, so bereits schon bei Stellung der Diagnose auf, und beinhaltet weiterhin die Information über mögliche, oft schwerwiegende Folgen und Nebenwirkungen der erforderlichen Behandlungen für die physische, psychische und soziale Funktionsfähigkeit des Patienten, die Mitteilung einer ungünstigen Prognose oder das Vorliegen einer palliativen Behandlungssituation (Fallowfield & Jenkins, 2004). Vor dem Hintergrund der Lebensbedrohlichkeit einer Krebserkrankung und den tiefgreifenden Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen bedeutet die Mitteilung einer schlechten Nachricht in der Arzt-Patient-Kommunikation für den Patienten, aber auch für den mitteilenden Arzt eine extrem hohe Belastungssituation, insbesondere bei der Information über eine palliative Behandlungssituation und eine ungünstige Prognose (vgl. Übersichtsarbeiten von Back & Curtis, 2002; Back et al., 2007; Baile et al., 2002; Fallowfield, 1993; Fallowfield & Jenkins, 2004; Langewitz, 2002; Mager und Andrykowski, 2002; Surbone, 2006). Dabei liegen keine empirischen Daten zu den Fragen vor, welche der vielfältigen Informationen aus Sicht von Krebspatienten zu schlechten Nachrichten zählen, wie viele dieser Nachrichten Krebspatienten während des Krankheitsverlaufs erhalten haben und welche Nachrichteninhalte als am subjektiv schlimmsten beurteilt werden.

Während, wie in Kap. 2.1 dargestellt, die umfassende Information des Patienten über seine Diagnose, Prognose und Behandlungsoptionen in Deutschland wie in den meisten westlichen Industrienationen zu den gesetzlich verankerten Aufklärungspflichten eines Arztes zählt, stellt sich die Situation in Ländern mit einem anderen kulturellen Hintergrund, z.B. in Süd- oder Osteuropa oder Asien anders dar. So zeigen Forschungsergebnisse, dass in diesen

Ländern z.B. häufig nicht der Patient selbst über das Vorliegen einer Krebserkrankung informiert wird, sondern dass es in den Kompetenzbereich der Angehörigen fällt, die Entscheidung zu treffen, ob eine Mitteilung stattfinden soll oder nicht (Holland und Marchini, 1998; Lee & Wu, 2002; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsuoda und Vlahos, 2005; Ozdogan et al., 2006). Auch werden von den mitteilenden Ärzten häufiger Euphemismen verwendet und ungünstige prognostische Informationen seltener mitgeteilt (Mitchell, 1998). Diese Verhaltensweisen werden in der Literatur auf kulturelle Charakteristika zurückgeführt, die Wertmaßstäbe und Verhaltensnormen determinieren und damit auch die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, die Symptomwahrnehmung und die Krankheitsverarbeitung bestimmen (Angel und Thoits, 1987; Dein, 2004; Kagawa-Singer und Kassim-Lakha, 2003). Exemplarisch zu nennen sind hier die Unterschiede zwischen angloamerikanischen und asiatischen Definitionen des Selbst: Während die westliche Kultur sich durch Betonung des Individuums und seiner Bedürfnisse auszeichnet, wird im asiatischen Sprachraum der Unterordnung des Einzelnen unter die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe, der er angehört (z.B. der Familie) höchste Priorität zugemessen (Nilchaikovit, Hill und Holland, 1993). Darüber hinaus zeigen Untersuchungsergebnisse, dass die Angehörigen beim Verschweigen der Diagnose im Allgemeinen in der Absicht handeln, den Patienten zu schonen und ihn nicht durch das Wissen um die Krebsdiagnose zu belasten (Lee & Wu, 2002; Mystakidou et al., 2005; Ozdogan et al., 2004). Ärzte in diesen Kulturkreisen geben darüber hinaus an, aufgrund ihrer oft unzureichenden Ausbildung in kommunikativer Kompetenz die Mitteilung einer schlechten Nachricht gegenüber dem Patienten zu vermeiden (Mystakidou et al., 2005). Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl von Krebspatienten mit Migrationshintergrund sind diese Befunde auch für die onkologische Versorgung in Deutschland von Bedeutung.

Die Ergebnisse neuerer Untersuchungen in asiatischen und auch südeuropäischen Ländern weisen jedoch darauf hin, dass die beschriebenen Verhaltensweisen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten, die vor dem kulturellen Hintergrund verständlich sind, nicht mit den patientenseitigen Bedürfnissen übereinstimmen. So gaben jeweils mehr als zwei Drittel der befragten Patienten an, selbst umfassend über eine Krebsdiagnose, die Prognose und Behandlungsmisserfolge informiert werden zu wollen (z.B. Centeno-Cortes und Nunez-Olarte, 1994; Gotay et al., 2004; Tse, Chong und Fok, 2003). Auch zeigen Übersichtsarbeiten, dass das Wissen um die Erkrankung oder eine schlechte Prognose zwar

für den Patienten zu Belastungen führt, diese jedoch geringer sind, als im Ungewissen darüber zu sein (Fallowfield, Jenkins und Beveridge, 2002). Auch wenn sich mittlerweile eine Tendenz hin zu einer patientenorientierten Aufklärung abzeichnet – diese zumindest diskutiert und empfohlen wird – liegen auch aktuell noch die oben dargestellten Unterschiede bei der Mitteilung schlechter Nachrichten vor (Surbone, 2004, 2008). Dabei erscheint es jedoch aufgrund der oben dargestellten kulturspezifischen Unterschiede nicht angemessen zu sein, die westlichen Richtlinien zur ärztlichen Aufklärung direkt auf Länder mit anderen Wertmaßstäben zu übertragen (zumal den kulturspezifischen Krankheitsbewältigungsstrategien auch ein eigener Wert beizumessen ist), sondern der Patient sollte seinen Bedürfnissen entsprechend unter Wahrung der jeweiligen Traditionen über seine Krebserkrankung aufgeklärt werden (Kagawa-Singer und Kassim-Lakha, 2003; Lee und Wu, 2002). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Vorgehensweise zu Konflikten im klinischen Alltag führen kann.

3.4 Mitteilung schlechter Nachrichten aus der Perspektive von Krebspatienten

Den indikationsübergreifenden wie onkologiespezifischen Kommunikationsmodellen zufolge ist die Qualität eines Arzt-Patient-Gesprächs abhängig von beiden Interaktionspartnern sowie von der jeweiligen Situation (s.o., Kap. 3.1). In der vorliegenden Arbeit wird auf die subjektive Perspektive von Krebspatienten in Bezug auf die Mitteilung schlechter Nachrichten fokussiert, sodass dementsprechend in den folgenden Abschnitten der aktuelle Forschungsstand (1994-2009, bei besonderer Relevanz werden auch frühere Ergebnisse berichtet) zur ärztlichen Gesprächsführung aus Sicht von onkologischen Patienten dargestellt wird. Dies erfolgt in Anlehnung an das in Kapitel 3.1 beschriebene Modell (Lehmann et al., 2009) unter den Gesichtspunkten *Kommunikative Präferenzen und Erfahrungen mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten, Psychosoziale Belastungen sowie Bedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote*.

3.4.1 Mitteilung schlechter Nachrichten: Kommunikative Präferenzen und Erfahrungen

Die kommunikativen Bedürfnisse von Krebspatienten sind bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht von zentraler Bedeutung, da die Datenlage zeigt, dass sich ein ärztliches Kommunikationsverhalten, das die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten

unberücksichtigt lässt, negativ auf die Zufriedenheit und Belastung der Patienten auswirkt und hohe Kosten auch für das Gesundheitswesen nach sich ziehen kann (vgl. Übersichtsarbeiten von Fallowfield & Jenkins, 2004; Kiesler & Auerbach, 2006; Thorne, Bultz et al., 2005). Eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation hat weiterhin eine unterstützende Funktion bei der Bewältigung und Akzeptanz der Krebserkrankung (Fallowfield & Jenkins, 2004). Wie bereits in Kapitel 3.1 ausführlich dargestellt, zeichnet sich der aktuelle Forschungsstand zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie durch eine große Heterogenität und teilweise Unverbundenheit der untersuchten Aspekte aus, die maßgeblich durch eine fehlende oder ungenügende theoretische Basis bedingt zu sein scheint (vgl. Cegala & Lenzmeier Broz 2002; Feldman-Stewart et al. 2005; Ptacek & Eberhardt 1996). Die vorliegenden Empfehlungen zur Vorgehensweise bei der Übermittlung einer schlechten Nachricht können ebenfalls nur als Richtungsweiser für ärztliches Verhalten dienen (vgl. Kapitel 3.1); die Befolgung der Richtlinien gewährleistet jedoch nicht eine für jeden Patienten geeignete Vorgehensweise (Fujimori und Uchitomi, 2009).

Die Heterogenität der in vorliegenden Studien untersuchten Fragestellungen spiegelt sich auch in den eingesetzten Messinstrumenten zur Erfassung kommunikativer Präferenzen wider: So liegt zwar eine Reihe von standardisierten Verfahren vor, die unterschiedliche Bedürfnisse von Krebspatienten und deren Angehörigen erfassen wie z.B. das Bedürfnis nach sozialer und emotionaler Unterstützung oder nach Informationen über die Krankheit und deren Verlauf (vgl. Übersichtsarbeit von Wen und Gustafson, 2004), im Hinblick auf spezifische Präferenzen onkologischer Patienten beim Gespräch mit dem Arzt existieren allerdings nur wenige überprüfte Instrumente. In den meisten vorliegenden Studien wurden selbstentwickelte Fragebogen eingesetzt, deren Items sich an vorliegenden Richtlinien und Empfehlungen orientieren (z.B. Bock et al., 2004; Butow et al., 1996; Cox, Jenkins, Catt, Langridge und Fallowfield, 2006; Dale et al., 2004; vgl. auch Fujimori & Uchitomi, 2009).

In ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu Präferenzen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten gelangen Fujimori & Uchitomi (2009) zu dem Ergebnis, dass Ärzte folgende vier Aspekte bei der Mitteilung der schlechten Nachricht berücksichtigen sollten: Räumliche und zeitliche Bedingungen (z.B. keine Unterbrechungen, Privatsphäre), klare und verständliche Informationsvermittlung (z.B. Vermeiden von zuviel

Fachsprache), Abstimmung des Ausmaßes der vermittelten Informationen auf den patientenseitigen Bedarf und Anbieten emotionaler Unterstützung.

Zur Erfassung kommunikativer Präferenzen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten liegt derzeit nur ein international eingesetztes Instrument vor, das Measure of Patients' Preferences (MPP) von Parker et al. (2001). Dieses Instrument wurde in Stichproben von US-amerikanischen und kanadischen Patienten eingesetzt (Parker et al., 2001; Davison, Parker und Goldenberg, 2004). Mittels Hauptkomponentenanalysen wurden drei übergeordnete Dimensionen extrahiert, auf die sich die Präferenzen der Patienten beziehen: (1) „Content“, (2) „Emotional Support“, (3) „Facilitation“. Die erste Dimension beinhaltet Präferenzen, die sich auf die ärztliche Expertise und Inhalte zu vermittelnder Informationen beziehen. Die Items der zweiten Komponente fokussieren auf emotional-supportive Verhaltensweisen, und die dritte Präferenzdimension beinhaltet räumliche und zeitliche Aspekte bei der Mitteilung der schlechten Nachricht. Dieser Fragebogen liegt bereits in einer japanischen (Fujimori et al., 2007) und chinesischen Version (Chiu et al., 2006) vor, wobei sich in diesen Untersuchungen zwei Dimensionen („Information“, „Emotional Support“, Chiu et al., 2006) bzw. fünf übergeordnete Kategorien patientenseitiger Präferenzen („Emotional Support“, „Medical Information“, „Clear Explanation“, „Encouraging Question-Asking“, „Setting“, Fujimori et al., 2007) extrahieren ließen. Übereinstimmend stellt in allen Untersuchungen die Art und das Ausmaß der Informationen die prioritäre Präferenzdimension der Patienten dar. Im Hinblick auf einzelne Details der Kommunikation wie dem Gebrauch einer direkten vs. indirekten Ausdrucksweise oder der Anwesenheit eines Familienmitglieds während der Mitteilung zeigen sich jedoch Unterschiede in Abhängigkeit vom kulturellen Hintergrund der Patienten, da asiatische Patienten im Vergleich zu amerikanischen Patienten den Gebrauch von Euphemismen und die Anwesenheit von Angehörigen während des Gesprächs bevorzugen.

Eine Ordnung der vorliegenden Untersuchungen anhand der drei oben genannten Präferenzdimensionen „Content“, „Emotional Support“ und „Facilitation“ zeigt, dass es sich bei dem am häufigsten untersuchten kommunikativen Bedürfnis um das Bedürfnis nach Informationen handelt. Hier weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ältere Krebspatienten und solche mit geringerer Belastung ein geringeres Informationsbedürfnis haben und jüngeren Patienten kontextuelle Faktoren (z.B. Privatheit, Ungestörtheit) wichtiger sind

(Bock et al., 2004; Dale et al., 2004; Friis, Elverdam und Schmidt, 2003; Kaplowitz, Campo und Chiu, 2002; Mills und Sullivan, 1999; Parker et al., 2001). Demgegenüber zeigen die Ergebnisse von Kim und Alvi (1999) sowie von Thorne, Kuo et al. (2005), dass das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung durch körperlichen Kontakt mit dem Arzt wie bspw. das Berühren der Hand oder des Armes individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt zu sein scheint. Weiterhin zeigen sich alters-, geschlechts- und diagnosebedingte Unterschiede sowohl in der Wichtigkeit als auch im Ausmaß der jeweiligen Präferenzen (z.B. Bock et al., 2004; Carlson et al., 2005; Dale et al., 2004; Friis et al., 2003; Kaplowitz et al., 2002; Kim & Alvi, 1999; Parker et al., 2001; Thorne, Kuo et al., 2005), welche bislang nur unzureichend untersucht sind und für deren individuelle Berücksichtigung noch keine ausreichend flexiblen Interventionen entwickelt wurden (Hagerty, Butow, Ellis, Dimitry und Tattersall, 2005a; Parker et al., 2005). Auch im Hinblick auf diagnosespezifische Unterschiede und Vergleiche zwischen Patienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung fehlen bislang differenzierte Analysen (Hagerty et al., 2005a). So reicht die Spannweite von sehr häufig untersuchten Patientengruppen wie Patientinnen mit Mammakarzinom (z.B. Bock et al., 2004; Dowsett et al., 2000; Girgis et al., 1999) bis hin zu selten bzw. gar nicht beforschten Gruppen wie Patienten mit Lungenkrebs (Yardley, Davis und Sheldon, 2001) oder mit Glioblastom (Davies und Higginson, 2003).

Im Hinblick auf die Stabilität kommunikativer Präferenzen hat sich weiterhin gezeigt, dass es sich eher um situationsbezogene Merkmale im Sinne von „states“ als um persönlichkeitsstabile Merkmale („traits“) handelt, sodass auf Seiten der behandelnden Ärzte flexible Reaktionsfertigkeiten erforderlich sind (Arora, 2003). Allerdings liegen bislang wenige Erkenntnisse zu der Frage vor, in welchem Zeitrahmen sich Präferenzen verändern und von welchen Faktoren dies abhängig ist. In ihrer Übersichtsarbeit zum Informationsbedarf von Prostatakrebspatienten gelangen Echlin & Rees (2002) zu dem Ergebnis, dass das Informationsbedürfnis der Patienten im Krankheitsverlauf variiert. Im Hinblick auf das Bedürfnis nach partizipativer Entscheidungsfindung zeigt die Studie von Mallinger et al. (2006), dass sich bei mehr als der Hälfte der untersuchten Patienten die Teilhabepräferenz zwischen Beginn und Ende der Primärbehandlung veränderte und dass dies mit der Art des Bedürfnisses selbst wie auch mit der Krebslokalisation zusammenhing.

Zur Passung, d.h. zur Übereinstimmung von patientenseitigen kommunikativen Bedürfnissen und darauf ausgerichtetem ärztlichen Verhalten liegen bislang nur wenige Studien vor. Diese weisen allerdings darauf hin, dass sich die ärztliche Kommunikation in der Praxis nur in begrenztem Ausmaß an den Wünschen der Patienten orientiert (z.B. Hack et al., 2005; Kiesler & Auerbach, 2006; Maguire, 2000). So wurde bspw. knapp ein Drittel der Patienten in der Untersuchung von Schofield et al. (2001) über ihre Krebsdiagnose per Telefon informiert. Mehr als die Hälfte dieser Patienten hätte jedoch die Mitteilung in einem persönlichen Gespräch bevorzugt. Zu kommunikativen Bedürfnissen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten liegen im deutschsprachigen Raum bislang keine empirischen Studien vor. Die internationalen Untersuchungsergebnisse finden sich im Einzelnen in Tabelle A1 im Anhang A dieser Arbeit.

Spezifische Erfahrungen von Krebspatienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht waren bislang vor allem Gegenstand retrospektiver Untersuchungen (z.B. Geiser et al., 2006, Loge, Kaasa und Hytten, 1997). Vor dem Hintergrund einer insgesamt eher hohen Gesamtzufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten wurde im Hinblick auf spezifische Kommunikationssituationen, -inhalte und Rahmenbedingungen auch Kritik geäußert: So gaben mehr als 90% der Patienten an, dass sich ihr Arzt während des Gesprächs nicht ihren Präferenzen gemäß verhalten hatte (Brown, Dunn und Butow, 1997). Weitere Kritikpunkte beziehen sich auf die Aufklärung über körperliche und psychische Langzeitfolgen der Erkrankung (Mallinger, Griggs und Shields, 2005) oder die (fehlende) Privatheit bei der Diagnosemitteilung (Geiser et al., 2006; Loge et al., 1997).

Unabhängig vom Gesprächsinhalt zeigt die aktuelle Datenlage, dass das ärztliche Kommunikationsverhalten die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patient-Gespräch wie auch mit der medizinischen Versorgung insgesamt beeinflusst (Baile und Aaron, 2005; Ellis und Tattersall, 1999; Hack et al., 2005; Mossman, Boudioni und Slevin, 1999; Ong et al., 1995). Übersichtsarbeiten zufolge können auch Kommunikationstrainingsprogramme die Zufriedenheit onkologischer Patienten positiv beeinflussen (Bredart, Bouleuc und Dolbeault, 2005; Kennedy Sheldon, 2005; Merckaert, Libert, Delvaux, Marchal et al., 2005). Randomisierte und kontrollierte Längsschnittuntersuchungen zur Evaluation des Arzt-Patient-Gesprächs, in denen Patientenzufriedenheit als ein zentraler Outcomeparameter

erhoben wurde, zeigen weiterhin, dass jüngere und psychisch stärker belastete Patienten eine größere Unzufriedenheit mit dem Gespräch angeben als Patienten in höherem Alter und solche mit geringer psychischer Beeinträchtigung (Delvaux et al., 2005, Shilling et al., 2003). Die Ergebnisse von Häggmark und Kollegen (2001) legen nahe, dass eine individuell auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnittene und bei Bedarf zusätzlich angebotene Information über die anstehende Behandlung zu einer signifikant höheren Zufriedenheit führt, wobei sich jedoch keine Veränderungen hinsichtlich der Belastungen der Patienten zeigten. Nur begrenzt liegen derzeit Erkenntnisse zum Einfluss soziokultureller und medizinischer Faktoren auf die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation bei der Mitteilung schlechter Nachrichten vor wie bspw. zu diagnosespezifischen Unterschieden oder in Bezug auf die Schwere der Erkrankung (Bredart et al., 2005; Tallarico et al., 2005). Die einzelnen Untersuchungsergebnisse zu den Erfahrungen und der Zufriedenheit onkologischer Patienten mit der ärztlichen Gesprächsführung werden in Tabelle A2 im Anhang A zusammengefasst dargestellt.

3.4.2 Mitteilung schlechter Nachrichten: Psychosoziale Belastungen

Unabhängig vom Gesprächsinhalt zeigen Übersichtsarbeiten, dass eine aus Patientensicht schlechte Arzt-Patient-Kommunikation zu andauernder Belastung und Verunsicherung auf Patientenseite führen kann, während eine gute ärztliche Kommunikation als hilfreich bei der Bewältigung und Akzeptanz sowohl einer schlechten Nachricht als auch der Krebserkrankung insgesamt empfunden wird (Burke, Lowrance und Perczek, 2003; Ellis & Tattersall, 1999; Fallowfield, 1993; Fallowfield & Jenkins, 2004; Gordon, 2003; Jakel, 2002; Spiegel, 1997). Dabei kann auch die Art der Informationsvermittlung den Patienten bei seiner Krankheitsverarbeitung unterstützen (Molen, 1999). Wie in Abschnitt 3.2 dargestellt, wurden mittlerweile eine Reihe von Interventionen zur Verbesserung ärztlicher Kommunikationsfertigkeiten entwickelt; positive Effekte dieser Maßnahmen im Hinblick auf eine Verbesserung des psychischen Befindens von Krebspatienten konnten jedoch bislang nicht eindeutig nachgewiesen werden (Gysels et al., 2004, 2005; McPherson, Higginson und Hearn, 2001; Merckaert, Libert, Delvaux, Marchal et al., 2005).

Die Mitteilung über die Diagnose, ein Rezidiv oder das Vorliegen einer palliativen Behandlungssituation sind Situationen, die für Patienten im Verlauf einer Krebserkrankung

Belastungsspitzen darstellen (McCormick und Conley, 1995). Für Ärzte scheinen die höchsten Anforderungen in der Vermittlung des Wiederauftretens der Krebserkrankung oder über eine ungünstige Prognose zu bestehen, die Mitteilung der Krebsdiagnose wird als vergleichsweise weniger schwierig angesehen (Baile et al., 2002). Zu den aus Patientensicht schwierigsten Nachrichteninhalten, patientenseitigen Bedürfnissen und Erwartungen an das ärztliche Verhalten in diesen spezifischen Kommunikationssituationen liegen bislang nur wenige Studien vor. Untersucht wurden zumeist einzelne Aspekte wie die Informationsvermittlung oder die Berücksichtigung emotionaler Aspekte. Übereinstimmend weisen hier randomisierte und kontrollierte Studien darauf hin, dass eine umfassende Information über die Erkrankung und Behandlung zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten führt (Lorenzo et al., 2004; Stanton et al., 2005). Auch die Ergebnisse der Längsschnitt-Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Engel, Kerr und Mitarbeitern (Engel et al., 2003; Kerr et al., 2003a; Kerr et al., 2003b) zum Einfluss von Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung bei Darm- und Brustkrebspatienten zeigen, dass eine unklare Kommunikation nicht nur einen maßgeblichen Prädiktor für eine schlechtere Lebensqualität der untersuchten Patienten kurz nach Diagnosestellung und Behandlung darstellt, sondern dass diese Zusammenhänge auch über einen Zeitraum von drei Jahren bestehen bleiben. Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Kommunikationsproblemen und patientenseitigen Ängsten, Depressivität und Ärger einerseits und zwischen Kommunikationsproblemen und Angst, Depressivität, posttraumatischer Belastung und Hilflosigkeit andererseits zeigten sich in den Längsschnittuntersuchungen von Lerman et al. (1993), Ong et al. (2000) und Zachariae (2003) sowie in Studien mit retrospektivem Design (Alder und Bitzer, 2003; Mager & Andrykowski, 2002). In der Längsschnittstudie von Schofield et al. (2003) gaben weiterhin diejenigen Patienten, die auf die Krebsdiagnose vorbereitet, umfassend und individuell informiert wurden und bei denen die behandelnden Ärzte bereit waren, über Gefühle des Patienten zu sprechen, auch noch ein Jahr nach Diagnosemitteilung niedrigere Angst- und Depressivitätswerte an.

Ergebnisse zur Frage, welche Auswirkungen die Verwendung einer klaren, eindeutigen Sprache im Gegensatz zu dem Gebrauch von Euphemismen und der Vermeidung des Begriffes „Krebs“ bei der Mitteilung schlechter Nachrichten auf das psychische Befinden der Patienten hat, weisen darauf hin, dass die Verwendung einer eindeutigen Sprache bei den Betroffenen zwar kurzfristig höhere Ängste auslöst, dies jedoch keine Auswirkungen auf die

generelle psychische Anpassung der Krebspatienten hat und langfristig die Krankheitsverarbeitung günstig beeinflusst (Dunn et al., 1993; Schofield et al., 2003). Hierbei sind jedoch kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, da bspw. Patienten aus dem asiatischen Kulturkreis den Gebrauch von Euphemismen bevorzugen und als weniger belastend erleben als Patienten der westlichen Industrieländer (Chiu et al., 2006; Fujimori et al., 2005, 2007).

Insgesamt wird deutlich, dass trotz der übereinstimmend hohen Bedeutung, die der Arzt-Patient-Kommunikation insbesondere bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht in der Literatur beigemessen wird, Defizite in der praktischen Umsetzung von den Patienten berichtet werden, die sich negativ auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und die Krankheitsbewältigung der Patienten auswirken. Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen bezieht sich dabei auf angloamerikanische Patienten; Studien an Patienten im deutschsprachigen Raum sind bisher selten. Weiterhin fehlen empirische Daten zu spezifischen Inhalten schlechter Nachrichten und dem Erleben von Langzeitüberlebenden, Patienten mit unterschiedlichen onkologischen Entitäten, Krankheitsstadien und zu interkulturellen Vergleichen. Einen Überblick über zentrale Ergebnisse der vorliegenden Studien zur Mitteilung schlechter Nachrichten und psychosozialen Belastungen von Krebspatienten gibt Tabelle A3 im Anhang A.

3.4.3 Mitteilung schlechter Nachrichten: Subjektiver Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Angebote

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass das ärztliche Kommunikationsverhalten das patientenseitige Befinden unabhängig vom Gesprächsinhalt beeinflusst. Unabhängig davon sind zur Reduktion psychosozialer Belastungen von Krebspatienten bereits in den vergangenen Jahren eine Vielzahl psychosozialer Interventionen entwickelt worden, die sich – gestaffelt nach dem Ausmaß der geforderten Aktivität der Patienten – den vier Kategorien (1) Edukationsprogramme, (2) Gruppenangebote zur sozialen Unterstützung, (3) Krankheitsbewältigungstrainings und (4) Psychotherapeutische Interventionen zuordnen lassen (Cunningham, 2002; Fawzy, 1999; Rehse und Pukrop, 2003) (vgl. Abbildung 7).

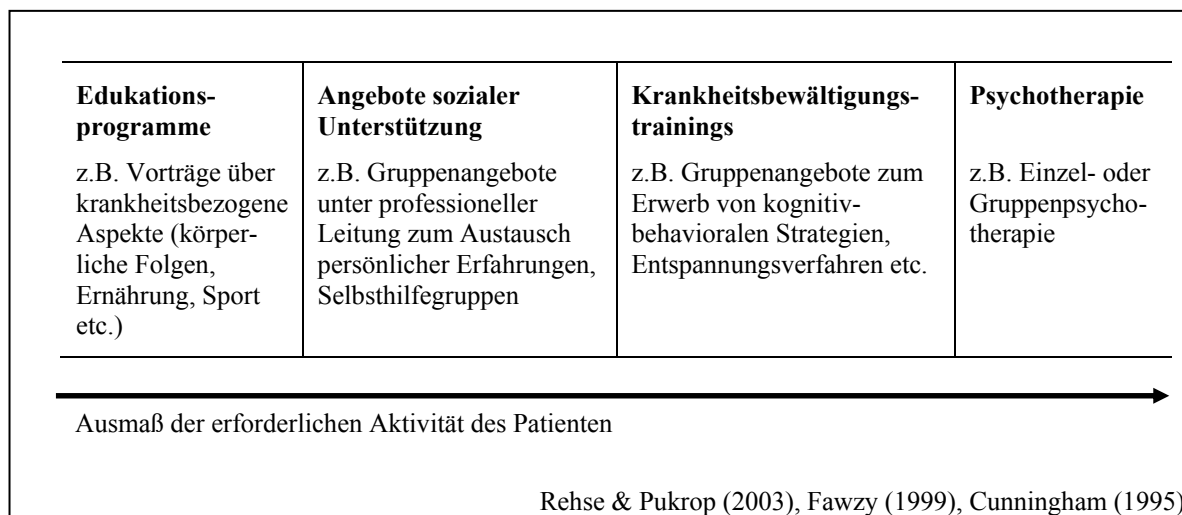


Abbildung 7: *Kategorien psychosozialer Interventionen für Krebspatienten*

Obwohl im Hinblick auf den Nachweis der spezifischen Effektivität psychosozialer Interventionen für Krebspatienten sowie die Bedeutung soziodemographischer und medizinischer Patientenmerkmale für die Wirksamkeit der Maßnahmen derzeit noch Forschungsbedarf besteht (vgl. Übersichtsarbeit von Jacobsen und Jim, 2008; Ross, Boesen, Dalton und Johansen, 2002), weist die Datenlage insgesamt darauf hin, dass die oben dargestellten Interventionen jeder Kategorie dazu geeignet sind, die Lebensqualität von Krebspatienten zu verbessern (Rehse & Pukrop, 2003). Die meisten Untersuchungen beziehen sich dabei auf die Wirksamkeit gruppentherapeutischer Angebote, die zumeist eine Reduktion von Ängsten, Depressionen und weiteren Belastungen bei Patienten nach der Teilnahme zeigen (z.B. Clark, Bostwick und Rummans, 2003; Cunningham, 2002; Daniels und Kissane, 2008; Goodwin, 2005; Gottlieb und Wachala, 2006; Newell, Sanson-Fisher und Savolainen, 2000; Sheard und Maguire, 1999; Thaxton, Emshoff und Guessous, 2005). Von diesen Interventionen profitieren insbesondere hoch belastete Patienten, wobei Hinweise für eine präventive Wirksamkeit hinsichtlich des Auftretens starker Belastungen auch auf eine Eignung gruppentherapeutischer Angebote für jeden Patienten unabhängig von der Belastungsausprägung schließen lassen (Daniels & Kissane, 2008). Darüber hinaus weisen Übersichtsarbeiten und erste empirische Ergebnisse auch auf die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit durch telefon- und internetbasierte Unterstützungsangebote hin (Gotay und Bottomley, 1998; Gotay et al., 2007; McNeill, 1999; Shaw et al., 2006). Trotz der positiven Datenlage zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen zeigen Studien, dass nur ein geringer Teil der unterstützungsbedürftigen Krebspatienten diese in Anspruch nimmt (Eakin und Strycker, 2001; Gray et al., 2000; Pascoe, Neal, Allgar, Selby und Wright, 2000;

Plass und Koch, 2001). Gründe hierfür beruhen auf verschiedenen Faktoren, wobei zunächst die Frage der Ermittlung des psychosozialen Behandlungsbedarfs zu beantworten ist.

3.4.3.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung

Insgesamt liegt derzeit keine einheitliche Definition des Konstruktes „Bedarf“ hinsichtlich medizinischer oder psychosozialer Versorgungsleistungen im deutschen Gesundheitswesen vor. Häufig wird der Begriff gleichbedeutend mit dem klinischen Begriff Indikation verwendet, der das „objektiv“, anhand von gesundheitlichen Einschränkungen ableitbare Erfordernis einer medizinischen Behandlung bezeichnet, die nutzbringend für die Gesundheit ist (Frankel, 1991; Raspe, 2007). Um die Indikation für eine psychosoziale Behandlung festzustellen, sind daher in den letzten Jahren Screeninginstrumente zur Erfassung auffälliger psychischer Belastungen entwickelt worden, mit denen eine Vorselektion belasteter Patienten vorgenommen werden kann und somit der Aufwand eines klinischen Interviews reduziert wird (z.B. das *NCCN Distress-Thermometer* von Jacobsen et al., 2005, der *Hornheider Fragebogen* von Strittmatter, 1997; Tilkorn, Mawick Sommerfeld & Strittmatter, 1990; oder der *Fragebogen zur Belastungen bei Krebskranken* von Herschbach, Marten-Mittag und Henrich, 2003; Herschbach et al., 2004).

Grundsätzlich wird damit die Indikation für eine psychosoziale Behandlung aufgrund einer auf Experteneinschätzung bzw. auf Screeningverfahren basierenden festgestellten psychischen Beeinträchtigung, die einen zuvor definierten Schweregrad überschreitet, getroffen (Grigelat, 2001). Daneben spielt bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs jedoch auch das subjektive Bedürfnis des Betroffenen nach Unterstützung und Behandlung eine wichtige Rolle (Busse, 2006). So zeigen empirische Ergebnisse, dass der expertendefinierte Bedarf mit dem von Krebspatienten direkt geäußerten Wunsch nach Unterstützung nicht immer übereinstimmt, sodass somit auch bei vorliegender Indikation ein Bedarf aus Patientensicht verneint werden kann (Kasper und Kollenbaum, 2001; Mehnert und Koch, 2008; Weis, Koch und Matthey, 1998). Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden Selbstbeurteilungsinstrumente entwickelt, die die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten in verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen (z.B. Informationsbedürfnis, medizinische und psychosoziale Bedürfnisse) erfassen. Die überwiegende Mehrzahl dieser Verfahren wurde für den angloamerikanischen Sprachraum

entwickelt (vgl. Übersichtsarbeit von Wen & Gustafson, 2004). Im Hinblick auf den subjektiven psychosozialen Behandlungsbedarf zeigen die Daten, dass im Durchschnitt zwischen einem und zwei Dritteln der untersuchten Patienten Unterstützungsbedürfnisse im psychosozialen Bereich äußern (z.B. Hwang und Park, 2006; Lintz et al., 2003; Steginga et al., 2001; Voogt, Leeuwen, Visser, Heide und Maas, 2005). Die bislang vorliegende empirische Literatur bezieht sich vorwiegend auf den Unterstützungsbedarf von Patienten mit (überwiegend) geschlechtsspezifischen Diagnosen wie Brustkrebs oder Prostatakrebs. Nur in wenigen Studien wurden Männer und Frauen mit geschlechtsunspezifischen Krebserkrankungen einbezogen. Die bisherigen Ergebnisse weisen mehrheitlich auf einen höheren psychologischen Unterstützungsbedarf von Frauen und Patienten in jüngerem Alter hin (z.B. Ernstmann et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2000; Smith et al., 2007; Steginga et al., 2001). Dabei liegen derzeit keine Untersuchungen vor, die speziell auf die Bedeutung des ärztlichen Gesprächsverhaltens bei der Mitteilung schlechter Nachrichten für die Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten fokussieren.

3.4.3.2 Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsangebote

Neben dem subjektiven Bedürfnis von Patienten nach psychosozialer Unterstützung wurden in empirischen Studien als Prädiktoren für eine Inanspruchnahme auf Patientenseite jüngeres Alter, weibliches Geschlecht sowie ein höherer sozio-ökonomischer Status identifiziert (Grande, Myers und Sutton, 2006; Hewitt und Rowland, 2002; Mehnert und Koch, 2005). Darüber hinaus gelangen Übersichtsarbeiten zu dem Ergebnis, dass das Arzt-Patient-Gespräch eine zentrale Bedeutung für das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten hat, da der Arzt im Rahmen seiner Tätigkeit nicht nur als medizinischer Behandler, sondern auch als Vermittler weitergehender psychosozialer Versorgungsangebote aus Patientensicht eine zentrale Position innehat (Chase, Monk, Wenzel und Tewari, 2008; Vogel, Helmes und Bengel, 2006). Dies erfordert nicht nur Kenntnisse über entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten und die Bereitschaft, den Patienten darüber zu informieren, sondern auch die Kompetenz, psychosozial besonders stark belastete Patienten identifizieren zu können. Hier zeigte sich jedoch, dass Ärzte emotionale Belastungen bei Patienten häufig falsch einschätzen bzw. unterschätzen (z.B. Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins und Saul, 2001; Merckaert, Libert, Delvaux, Marchal et al., 2005; Pascoe et al., 2004; Söllner et al., 2001; Tattersall, Butow und Clayton, 2002). Dabei zeigen randomisierte und kontrollierte

Untersuchungen, dass Krebspatienten wiederholt über Unterstützungsangebote informiert und evtl. auch zu den jeweiligen Diensten überwiesen werden sollten, da sie zum ersten Informationszeitpunkt die Inanspruchnahme ablehnen könnten, später diese Möglichkeit jedoch nutzen möchten. Eine einmalige gezielte Bedarfserfassung und Angebotsvermittlung scheint für die Mehrzahl der Patienten daher unzureichend zu sein (Curry, Cossich, Matthews, Beresford und McLachlan, 2002; McLachlan et al., 2001). Insgesamt weist die Mehrzahl der Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Angebote darauf hin, dass bei subjektiv vorhandenem Unterstützungsbedarf der Patienten fehlendes Wissen über Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten eine der wichtigsten Barrieren der Inanspruchnahme darstellt (z.B. Carlson et al., 2004; Eakin & Strycker, 2001; Engelman et al., 2005; Plass & Koch, 2001; Tamburini et al., 2003). Betrachtet man indikationsspezifische Studien, so zeigt sich, dass etwa ein Drittel der untersuchten Brustkrebspatientinnen unerfüllte Informations- bzw. Unterstützungsbedürfnisse angaben (z.B. Edgar et al., 2000; Girgis, Boyes, Sanson-Fisher und Burrows, 2000; Gray et al., 2000; Whelan et al., 1997). Dabei veränderten sich zwar die Bedürfnisse im Krankheitsverlauf, der Erhalt von Informationen wurde jedoch zu jeder Zeit als hilfreich zur Wiedergewinnung persönlicher Kontrolle angesehen (Chantler et al., 2005). Nicht nur weibliche Patienten, sondern auch ein substantieller Anteil von Patienten mit Prostatakrebs zeigte sich an psychologischen Unterstützungsangeboten interessiert (Shapiro et al., 2004). Studienergebnisse zum Bedarf und der Inanspruchnahme psychosozialer Dienste von Krebspatienten unter besonderer Berücksichtigung der Arzt-Patient-Kommunikation sind zusammengefasst in den Tabellen A4 und A5 im Anhang A aufgeführt.

3.5 Fazit

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie sind durch eine große Heterogenität gekennzeichnet und stehen eher unverbunden nebeneinander. Als theoretische Fundierung sind erst in den vergangenen Jahren einige Rahmenmodelle entwickelt worden, die auf kommunikations- und medizinpsychologischen Konzepten aufbauen und die Spezifität der onkologischen Behandlungssituation berücksichtigen. Im Hinblick auf die spezifische Gesprächssituation der Mitteilung einer schlechten Nachricht, wie sie gerade in der onkologischen Behandlung häufig auftritt, weisen die Studienergebnisse auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung und weiteren

Erforschung interindividueller, krankheitsspezifischer und kultureller Unterschiede hin, denen die vorliegenden expertengestützten Richtlinien zur Vorgehensweise nicht ausreichend Rechnung tragen. So ist auch die Evidenz der Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Informationsvermittlung und ärztlichen Gesprächsführung nur begrenzt und vorwiegend auf der ärztlichen Einschätzung beruhend.

Insgesamt scheint die Berücksichtigung der patientenseitigen Bedürfnisse durch den Arzt entscheidend für das Gelingen von Kommunikation und damit auch zur Gestaltung einer positiven Arzt-Patient-Beziehung zu sein. Zu den spezifischen Kommunikationsbedürfnissen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und deren Berücksichtigung durch den Arzt liegt vor allem im deutschsprachigen Raum nur eine begrenzte Anzahl von Studien vor. Auch fehlen Erkenntnisse zu den Kommunikationspräferenzen und spezifischen Erfahrungen von Krebspatienten in verschiedenen Krankheitsstadien und zu Veränderungen der Präferenzen im Krankheitsverlauf. Die ärztliche Gesprächsführung scheint einen maßgeblichen Einfluss auf das psychosoziale Befinden des Patienten zu haben; unklar sind jedoch die diesbezüglich mittel- bzw. langfristigen Folgen. Auch die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote wird hierdurch mit bestimmt, da der Arzt aus Patientensicht nicht nur bei der medizinischen Behandlung eine zentrale Position einnimmt, sondern auch im Hinblick auf die psychosoziale Versorgung eine Schlüsselstellung im Sinne eines Vermittlers innehat. Empirische Untersuchungen zu Erfahrungen mit der Mitteilung schlechter Nachrichten und subjektiven psychosozialen Unterstützungsbedürfnissen von Krebspatienten stehen jedoch bislang noch aus.

4 ZIELSETZUNGEN DER STUDIE

Aus der Darstellung des Forschungsstandes zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie (vgl. Kapitel 3) geht hervor, dass bislang spezifische Daten zu Inhalt und Anzahl erhaltener schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf aus Patientensicht sowie zu den subjektiv am schlimmsten eingeschätzten Informationen fehlen. Weiterhin liegen nur begrenzt Erkenntnisse zu den kommunikativen Präferenzen von Krebspatienten in Bezug auf die ärztliche Gesprächsführung bei der Mitteilung schlechter Nachrichten insgesamt und insbesondere von Patienten im deutschen Sprachraum vor. Auch fehlen empirische Befunde zur spezifischen Bedeutung soziodemographischer und medizinischer Parameter der Patienten für die Bedürfnislage, zu Vergleichen mit Krebspatienten aus verschiedenen Kulturkreisen sowie zur Variabilität der Präferenzen im Erkrankungsverlauf aus indirekter Veränderungsmessung. Weiterhin besteht ein Forschungsbedarf bezüglich der kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen der Übereinstimmung von ärztlichem Verhalten mit patientenseitigen Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten auf die psychosozialen Belastungen und subjektiven Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten.

Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Studie auf die Analyse der Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten, die Untersuchung der kommunikativen Präferenzen von Krebspatienten unterschiedlicher Erkrankungsstadien bei der Mitteilung schlechter Nachrichten – auch unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts der Patienten – sowie auf ihre Erfahrungen mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten. Die Fragestellungen und Hypothesen der Studie lassen sich drei Themenbereichen zuordnen: (1) Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten, (2) Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten und (3) Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten. Diese werden in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 näher erläutert.

Aufgrund der eher als rudimentär zu bezeichnenden Datenlage zu Kommunikationsbedürfnissen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten im deutschsprachigen Raum ist die Untersuchung explorativ angelegt. Da sich aus vorliegenden internationalen Untersuchungsergebnissen jedoch spezifische Erwartungen ableiten lassen, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch geprüft werden sollen, schließt die

Studie zusätzlich einen explanativen Ansatz mit ein. Allerdings ist aufgrund der mangelnden theoretischen Fundierung der Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie (vgl. Kapitel 3) ein hypothesenprüfendes Vorgehen im engeren Sinn (zur Falsifizierung einer elaborierten Theorie) nicht möglich; der im Folgenden verwendete Begriff der Hypothese ist somit unter dieser Perspektive im weiteren Sinn zu verstehen.

4.1 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Die Fragestellungen des ersten Themenschwerpunktes beziehen sich auf die Erfassung von Anzahl, Inhalten und der subjektiven Bedeutung der im Verlauf der Krebserkrankung erhaltenen schlechten Nachrichten aus Patientensicht sowie auf kontextuelle Bedingungen bei Erhalt der Informationen. Im Einzelnen lauten die Fragestellungen wie folgt:

Fragestellung I.1:

Wie viele schlechte Nachrichten erhalten Krebspatienten in frühen und fortgeschrittenen Stadien im Durchschnitt im Verlauf ihrer Erkrankung und welche Inhalte haben diese? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter oder Geschlecht der Patienten?

Fragestellung I.2:

Welche Inhalte haben die aus Patientensicht schlimmsten Nachrichten? Verändert sich diese Einschätzung im Zeitverlauf? Welche Zusammenhänge bestehen mit dem Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter und Geschlecht der Patienten?

Fragestellung I.3:

Unter welchen kontextuellen Bedingungen (Setting, Fachrichtung des mitteilenden Arztes, weitere anwesende Personen) wurde die subjektiv schlimmste Nachricht mitgeteilt? Bestehen Unterschiede zwischen den Patienten hinsichtlich Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter, Geschlecht oder psychosozialer Belastung?

4.2 Zielbereich II: Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Um eine Vergleichbarkeit der Kommunikationspräferenzen unabhängig vom Nachrichteninhalt zu ermöglichen, wurden die Präferenzen der Patienten im Hinblick auf die aus ihrer Sicht schlimmste Nachricht erhoben. Die Fragestellungen und Hypothesen dieses Zielbereichs lauten daher wie folgt:

Fragestellung II.1:

Welche spezifischen ärztlichen Verhaltensweisen haben aus Sicht von Krebspatienten bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht die höchste Priorität, welche werden als weniger wichtig erachtet? Bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit einzelner Präferenzen in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter oder Geschlecht der Patienten? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf?

Fragestellung II.2:

Auf welchen übergeordneten Präferenzdimensionen geben Patienten die höchsten Ausprägungen an? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter, Geschlecht oder psychosozialer Belastung der Patienten?

Hypothesen:

- II.2.1:** Erwartet wird, dass zeitstabil mit zunehmendem Alter der Patienten Verhaltensweisen des Arztes, die sich auf eine detaillierte Informationsvermittlung bezüglich der Erkrankung und Behandlung beziehen, für weniger wichtig erachtet werden.
- II.2.2:** Erwartet wird, dass zeitstabil Frauen emotional-supportive Verhaltensweisen des Arztes für wichtiger erachten als Männer.
- II.2.3:** Erwartet wird, dass zeitstabil psychosozial auffällig belastete Patienten emotional-supportive Verhaltensweisen des Arztes für wichtiger erachten als psychosozial unauffällig belastete Patienten.

Fragestellung II.3:

Bestehen Unterschiede zwischen den spezifischen Kommunikationspräferenzen bezüglich der Mitteilung einer schlechten Nachricht deutscher Patienten und den Präferenzen von Krebspatienten anderer Kulturen (USA, Asien)?

Hypothese:

Erwartet wird, dass deutsche Patienten weniger Wert auf den Einbezug der Familie bei der Mitteilung schlechter Nachrichten legen als asiatische Patienten.

4.3 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Die Fragestellungen des dritten Themenschwerpunktes fokussieren auf das Ausmaß der Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten durch den Arzt und diesbezügliche Auswirkungen auf das Befinden der Patienten. Folgende Fragestellungen und Hypothesen werden formuliert:

Fragestellung III.1:

Welche Kommunikationspräferenzen werden nach Angaben der Patienten am häufigsten, welche am seltensten von den Ärzten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten berücksichtigt?

Fragestellung III.2:

Wie groß ist der durchschnittliche Anteil unberücksichtigter Präferenzen (auf spezifischer wie auf übergeordneter Ebene) durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten; bestehen Unterschiede in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium) der Patienten?

Fragestellung III.3:

Wie zufrieden sind Krebspatienten mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Ausmaß der Berücksichtigung der Präferenzen durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und dem Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter und Geschlecht der Patienten?

Hypothese:

Erwartet werden – unabhängig von soziodemographischen und medizinischen Patientenparametern – signifikante, negative Zusammenhänge zwischen dem Anteil vom Arzt unberücksichtigter Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und der Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten.

Fragestellung III.4:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Anteil unberücksichtigter patientenseitiger Präferenzen durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und der psychosozialen Gesamtbelastung sowie den subjektiven Unterstützungsbedürfnissen der Patienten? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf?

Hypothese:

Es wird erwartet, dass ein größerer Anteil unberücksichtigter Kommunikationspräferenzen, vermittelt über die psychosoziale Gesamtbelastung, zu einem höheren Ausmaß an subjektiven Unterstützungsbedürfnissen führt.

5 METHODIK

5.1 Studiendesign, Stichprobenzugang und Erhebungsablauf

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein prospektives Studiendesign mit zwei Messzeitpunkten gewählt. Untersucht wurde eine konsekutiv erhobene Stichprobe von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die im Akutkrankenhaus in verschiedenen Behandlungssettings (stationär und ambulant) behandelt wurden. Die Datenerhebung fand im Rahmen des von der Barbara und Michael Hell-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Erwartungen an die Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung“ statt und wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt. Der Zugang zu den Patienten erfolgte durch das Hubertus Wald Tumorzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Universitäres Cancer Center (UCCH): Die Datenerhebung fand auf zwei onkologischen Stationen der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik sowie im Ambulanzzentrum GmbH des UKE, Bereich Strahlentherapie, statt.

Der erste Messzeitpunkt (MZP1) war während der stationären Behandlung der Patienten bzw. zu Beginn der Strahlentherapie im Ambulanzzentrum. Zum zweiten Messzeitpunkt (MZP2) erhielten die an der Studie teilnehmenden Patienten drei Monate nach Ausfüllen des ersten Bogens postalisch einen zweiten Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag zugesandt. Die Patientenbefragung zum ersten Messzeitpunkt begann am 24.10.2007 auf den onkologischen Stationen bzw. am 28.04.2008 im Ambulanzzentrum und endete in beiden Settings am 31.10.2008. Die Datenerhebung zum zweiten Messzeitpunkt war am 28.02.2009 abgeschlossen. In die Untersuchung einbezogen wurden die Daten aller volljährigen Patientinnen und Patienten mit einer malignen Tumorerkrankung, die zur Studienteilnahme bereit waren. Ausschlusskriterien waren ungenügende Kenntnisse der deutschen Sprache und eine aktuelle gesundheitliche Situation (körperlicher, psychischer, kognitiver Zustand), die ein Ausfüllen der Fragebogen nicht erlaubten. Diese Informationen wurden vor Herantreten an die Patienten durch ein Gespräch mit den behandelnden Ärzten ermittelt. Die Patienten wurden vor Studienteilnahme durch die Promovendin und studentische Hilfskräfte (Studierende der Psychologie) ausführlich mündlich und schriftlich über die Studienziele, die freiwillige Teilnahme und die Auswertung der Ergebnisse

informiert. Vor Studienteilnahme wurde die schriftliche Einverständniserklärung der Patienten eingeholt. Die Datenauswertung erfolgte pseudonymisiert.

5.2 Operationalisierung der Variablen

Die Angaben der Patienten wurden mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben, die Daten zur Krebserkrankung, dem Behandlungsverlauf und -ansatz wurden den Arztbriefen entnommen. Die Operationalisierung der zu untersuchenden Variablen erfolgte mittels standardisierten, international eingesetzten Verfahren sowie anhand von selbst entwickelten Items. Die medizinischen Daten wurden in Zusammenarbeit mit einer Onkologin anhand vorab definierter Items des eigens hierfür entwickelten Bogens *Medizinische Daten* aus den Arztbriefen der Patienten extrahiert. Darüber hinaus wurden die Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, gebeten, in dem sog. *Nichtteilnahmebogen* Angaben zu ihrem Alter, Geschlecht, zur Krebsdiagnose und zu den Gründen für die Nichtteilnahme zu machen.

Tabelle 1 stellt die zu den jeweiligen Messzeitpunkten eingesetzten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente im Überblick dar. (Das Erhebungsinstrumentarium einschließlich Patienteninformation und Einverständniserklärung findet sich in Anhang B.)

Tabelle 1: *Überblick über die eingesetzten Erhebungsinstrumente*

	MZP1	MZP2
Selbstbeurteilungsinstrumente		
Soziodemographische Angaben	X	-
Angaben zu Krankheitsverlauf und Behandlungen	X	X
Fragen zu Art und Inhalten erhaltener schlechter Nachrichten	X	X
Measure of Patients' Preferences – Deutsche Version	X	X
Fragen zu Erfahrungen mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht	X	-
NCCN Distress-Thermometer	X	X
Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version	X	X
Supportive Care Needs Survey-Short Form34 – Deutsche Version	X	X
Fremdbeurteilungsinstrumente		
Medizinische Daten	X	-

5.2.1 Selbstbeurteilungsinstrumente

Soziodemographische und medizinische Variablen: Es wurden zu MZP1 Angaben zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Bildungsstand, Wohnsituation, monatlichem Netto-Einkommen, Berufsausbildung und beruflicher Situation erhoben. Darüber hinaus wurden auch folgende medizinische Daten aus Patientensicht erfasst: Monat der Diagnosestellung, Tumorart, Tumorstadium, Art und Häufigkeit der medizinischen Therapien, aktuelle Medikamente, Komplikationen der Behandlung, Auftreten von Rezidiven und Metastasierung der Erkrankung sowie Angaben zu weiteren schwerwiegenden Erkrankungen. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die Patienten zum weiteren Krankheitsverlauf befragt.

Art und Inhalte schlechter Nachrichten/subjektiv schlimmste Nachricht: Zur Erfassung der verschiedenen Inhalte schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf und deren Bedeutungsgehalt wurden die Patienten zum ersten Befragungszeitpunkt gebeten, in einem eigens hierfür entwickelten, aus neun Items bestehendem Fragenkomplex die Anzahl der erhaltenen schlechten Nachrichten während des Erkrankungsverlaufs und anhand von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die entsprechenden Nachrichteninhalte anzugeben. Zu MZP2 wurden die Patienten danach gefragt, ob sie während der letzten drei Monate zusätzliche schlechte Nachrichten erhalten hatten. Daran anschließend wurden sie zu beiden Messzeitpunkten darum gebeten anzugeben, welche Nachricht die aus ihrer Sicht schlimmste gewesen sei und welche Aspekte dies begründeten.

Kommunikative Präferenzen: Zum ersten und zweiten Befragungszeitpunkt wurden die patientenseitigen Kommunikationspräferenzen bezogen auf die Mitteilung der jeweils subjektiv schlimmsten Nachricht mit der deutschen Version des englischsprachigen Fragebogens Measure of Patients' Preferences (MPP-D, Lehmann, Koch und Mehnert, 2009; Originalversion: Parker et al., 2001) erfasst. Auf einer fünfstufigen Likertskala mit den Punkten 1 „völlig unwichtig“, 2 „unwichtig“, 3 „wichtig“, 4 „sehr wichtig“ und 5 „unerlässlich, jeder Arzt sollte dies tun“ beurteilten die Befragten die Wichtigkeit von 46 ärztlichen Verhaltensweisen und/oder Eigenschaften bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht. Die Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation der deutschen Version des Verfahrens resultierte in einer neunfaktoriellen Lösung; die

Varianzaufklärung betrug 67.68% (detaillierte Angaben zur Vorgehensweise und zu Kommunalitäten, Ladungen und Eigenwerten der Komponenten finden sich in Anhang C). Folgende Skalen wurden extrahiert: I. *Fachkompetenz/Patientenorientierung*, II. *Emotionale Unterstützung*, III. *Umfassende Aufklärung*, IV. *Eindeutigkeit/Direktheit*, V. *Einbezug der Familie*, VI. *Information über psychosoziale Angebote*, VII. *Nachhaltigkeit*, VIII. *Privatsphäre/Vertraulichkeit*, IX. *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs*. Die niedrigsten internen Konsistenzen liegen bei Cronbach's $\alpha=.56$ und $\alpha=.59$ (VII. *Nachhaltigkeit* und VIII. *Privatsphäre/Vertraulichkeit*), die der übrigen Skalen betragen zwischen Cronbach's $\alpha=.82$ bis $\alpha=.92$.

Ärztliches Gesprächsverhalten/(Nicht-)Berücksichtigung der patientenseitigen Präferenzen: Die Patienten wurden zum ersten Messzeitpunkt für jede der 46 Items des MPP-D gefragt, ob sich der Arzt in der Mitteilungssituation entsprechend verhalten bzw. den spezifischen Bedürfnissen entsprochen hatte (dichotomes Antwortformat: ja/nein). Da das Vorliegen einer Präferenz die Einschätzung von Wichtigkeit impliziert, konnten Übereinstimmungen zwischen ärztlichem Gesprächsverhalten und Patientenpräferenzen pro Patient nur für diejenigen vorgegebenen Verhaltensweisen bestimmt werden, die als jeweils „wichtig“, „sehr wichtig“ oder „unerlässlich“ eingeschätzt wurden. Eine Übereinstimmung (*Match*) lag dann vor, wenn der Patient angab, dass sich der mitteilende Arzt bei der Information über die für den Patienten subjektiv schlimmste Nachricht entsprechend seiner Präferenz verhalten hatte. War dies nicht der Fall, wurde keine Übereinstimmung (*Mismatch*) definiert. Die Gesamtanzahl der Matches und Mismatches wurde durch Aufsummierung bestimmt. Da sich die Fragestellungen des Zielbereichs III der vorliegenden Studie darauf beziehen, welche Auswirkungen eine ärztliche Gesprächsführung, die die Präferenzen des Patienten unberücksichtigt lässt, auf dessen Befinden hat, wurde für jeden Patienten das Ausmaß der nicht berücksichtigten Präferenzen bestimmt, indem die Anzahl der Mismatches durch die Summe der genannten Präferenzen dividiert wurde.

Psychosoziale Gesamtbelastung: Die psychosoziale Gesamtbelastung der Patienten wurde definiert durch das Vorliegen einer auffälligen krebspezifischen und/oder psychischen Belastung; zu deren Erfassung wurden folgende standardisierte Verfahren eingesetzt:

Krebspezifische Belastung: Das NCCN Distress-Thermometer (Jacobsen et al., 2005; deutsche Version: Mehnert, Müller, Lehmann und Koch, 2006) ist ein Screeninginstrument

zur Erfassung von Art und Ausmaß bestehender krebspezifischer Belastungen. Es handelt sich um eine 11-stufige visuelle Analogskala, auf der ein Patient seine aktuelle krebspezifische Belastung angibt (0 „gar nicht belastet“ bis 10 „extrem belastet“). Patienten, die einen Wert von 5 und höher angeben, gelten als auffällig belastet.

Psychische Belastung: Die Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D, Hermann-Lingen, Buss und Snaith, 1995) ist die deutsche Übersetzung der englischen Originalversion von Zigmond und Snaith (1983) und erfasst auf 2 Skalen mit jeweils 7 Items (vierstufiges spezifisches Antwortformat, Wertebereich: 0 - 3) Angst und Depressivität bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung. Je Subskala lässt sich ein Summenscore (0-21) bilden; die Addition beider Summenscores ergibt den Gesamtbelastungswert (0-42). Patienten, die auf den Subskalen Werte zwischen 0 und 7 erreichen, gelten als unauffällig belastet, Werte zwischen 8 und 10 weisen auf moderate, Werte von 11 und höher auf auffällige Belastungen hin. Hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung hat sich ein Wert von 15 und höher als sehr gut diskriminierend zwischen unauffällig und auffällig belasteten Patienten erwiesen (Walker et al., 2007). Die internen Konsistenzen liegen in der vorliegenden Studie jeweils bei Cronbach's $\alpha = .84$.

Das jeweilige psychosoziale Belastungsniveau der Patienten wurde bestimmt, indem die Patienten einer der folgenden drei Kategorien zugeordnet wurden:

- **Unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung:** Vorliegen einer unauffälligen krebspezifischen und psychischen Gesamtbelastung (Wert im NCCN Distress Thermometer < 5 und Summenscore der HADS-D < 15).
- **Moderate psychosoziale Gesamtbelastung:** Vorliegen einer auffälligen krebspezifischen oder psychischen Gesamtbelastung (Wert im NCCN Distress Thermometer ≥ 5 oder Summenscore der HADS-D ≥ 15).
- **Hohe psychosoziale Gesamtbelastung:** Vorliegen einer auffälligen krebspezifischen und psychischen Gesamtbelastung (Wert im NCCN Distress Thermometer ≥ 5 und Summenscore der HADS-D ≥ 15).

Subjektive Unterstützungsbedürfnisse: Zur Erfassung der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten wurde unter Beachtung vorliegender Übersetzungsregeln (Hilton und Skrutkowski, 2002; Peters und Passchier, 2006; Sperber, 2004) die 34 Items umfassende Kurzversion des englischsprachigen Instruments Supportive Care Needs Survey-Short Form34 (SCNS-SF34; Bonevski et al., 2000; Boyes, Girgis und Lecathelinais, 2009; Sanson-

Fisher et al., 2000) in die deutsche Sprache übersetzt (SCNS-SF34-D, Lehmann, Koch und Mehnert, 2009). Das Selbstbeurteilungsinstrument erfasst mit 34 Items die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten. Auf einer fünfstufigen Likertskala (1 „kein Problem vorhanden“, 2 „kein Problem, werde bereits unterstützt“, 3 „geringes Unterstützungsbedürfnis“, 4 „mittleres Unterstützungsbedürfnis“, 5 „hohes Unterstützungsbedürfnis“) geben die Patienten die Höhe ihres Unterstützungsbedarfs in Bezug auf den jeweiligen Aspekt an. Mittels einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation wurden fünf Faktoren extrahiert: I. *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*, II. *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, III. *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, IV. *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung*, V. *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft*. Die extrahierten Faktoren klären 72.82% der Gesamtvarianz auf (detaillierte Angaben zur Vorgehensweise und zu Kommunalitäten, Ladungen und Eigenwerten der Komponenten finden sich im Anhang D). Die internen Konsistenzen der fünf Faktoren liegen zwischen Cronbach's $\alpha=.83$ (V. *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft*) und Cronbach's $\alpha=.95$ (I. *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*). Um zu ermitteln, wie groß der Anteil der Patienten mit mindestens einem geringen Bedarf an Unterstützung ist, wurden die fünfstufigen Antwortskalen zunächst dichotomisiert: Die Antwortalternativen 1 und 2 wurden zur Kategorie „kein Unterstützungsbedarf angegeben“, die Antwortmöglichkeiten 3 bis 5 zur Kategorie „Unterstützungsbedarf angegeben“ zusammen gefasst. Für vergleichende Analysen der Ausprägung der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse wurde gemäß den Empfehlungen der Autoren der Originalversion des SCNS-SF34 (Bonevski et al., 2000; Sanson-Fisher et al., 2000) standardisierte Summencores je Skala gebildet. Dazu wurden die Skalen-Rohsummenwerte durch Addition der Einzelwerte ermittelt und daraus die standardisierten Scores mit den Endpunkten 0 bis 100 berechnet. Höhere Werte bedeuten einen höheren Unterstützungsbedarf in dem jeweiligen Bereich.

5.2.2 Medizinische Daten

Somatische Daten zur detaillierten Beschreibung des körperlichen Zustandes der Patienten, insbesondere zur Schwere der Krebserkrankung, wurden in Zusammenarbeit mit einer Onkologin und Palliativmedizinerin des Hubertus Wald Tumorzentrums des UKE, UCCH,

anhand der Arztbriefe der Patienten extrahiert. Diese Daten wurden auf einem separaten Datenblatt notiert. In Tabelle 2 sind die erhobenen medizinischen Daten aufgeführt.

Tabelle 2: *Überblick über die erhobenen medizinischen Daten*

Parameter
Tumordiagnose und -stadium
Datum der aktuellen Diagnose und der Erstdiagnose
Krankheitsverlauf (Voll-/Teilremission, Rezidiv/Progress, Metastasierung, nicht beurteilbar)
Angaben zur Primärtherapie (z.B. Operation, Chemotherapie, Bestrahlung)
Behandlungsintention
weitere Erkrankungen

Die Schwere der Krebserkrankung wurde durch die Einteilung in frühes bzw. fortgeschrittenes Krankheitsstadium bestimmt. Dazu wurde nach intensiver Beratung durch onkologische Experten folgendes Vorgehen festgelegt: Zunächst wurde die Diagnose jedes Patienten in die jeweilige Erkrankungskategorie nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, 10. Revision, Version 2009 (ICD-10-GM, 2009) eingeordnet. Onkologische Erkrankungen werden in Kapitel II (C00-D48) „Neubildungen“ verschlüsselt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: *Verschlüsselung der Tumordiagnosen nach ICD-10-GM (2009)*

Kapitel	Erkrankungskategorie
C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15-C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30-C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40-C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43-C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45-C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60-C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64-C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69-C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73-C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76-C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81-C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00-D09	In-situ-Neubildungen
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten

Das Stadium der Krebserkrankung (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium) wurde für jeden Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankungskategorie folgendermaßen bestimmt: Das Ausmaß der Ausbreitung der Erkrankung lässt sich für alle soliden Tumoren (Erkrankungskategorien: C00-C75, mit Ausnahme der Hirntumoren (C72)) durch die TNM-Klassifikation, das international verwendete kategoriale System (Schmoll, Höffken und Possinger, 2002; Wittekind, 2003) durch die histologischen Untersuchung festlegen; die T-Kategorie bezeichnet die Tumorgroße, die N-Kategorie die Ausbreitung im Lymphsystem und die M-Kategorie das Vorliegen von Fernmetastasen. Diese Klassifikation lässt sich wiederum einem der fünf übergeordneten Stadiengruppierungen (0-IV) der Union internationale contre le cancer (UICC), der internationalen Organisation zur Krebsbekämpfung, zuordnen. Eine Brustkrebserkrankung des Stadiums T1 N0 M0 wird demnach bspw. unter das UICC-Stadium I subsumiert. Die UICC-Stadien 0 bis II können als frühe Erkrankungsstadien, Krebserkrankungen der UICC-Stadien III und IV als fortgeschrittene Erkrankungen definiert werden. Bei primären Hirntumoren (C72) wird der Schweregrad der Erkrankung anhand der Malignitätsgradeinteilung (I-IV) der WHO klassifiziert (Krauseneck, Kortmann und Schmoll, 2002). Bei bösartigen Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes ist eine TNM-Klassifikation nicht möglich, da hier kein umgrenzter Tumor vorliegt. Für hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (C82-C85) und bei Morbus Hodgkin (C81) wurde daher die Stadieneinteilung (I-IV) der Ann-Arbor-Konferenz 1971 (Engelhardt, Pflueger und Sack, 2002) zugrunde gelegt, beim Multiplen Myelom (C90) die Stadieneinteilung (I-III) nach Durie und Salmon 1975 (Ludwig, Fritz und Schmoll, 2002) und bei der chronisch lymphatischen Leukämie (C92.1) die Stadieneinteilung (0-IV) nach Rai 1975 (Emmerich und Hallek, 2002). Bei Multiplen Myelomen und chronischen lymphatischen Leukämien wurde trotz ihrer grundsätzlich palliativen Behandlungsintention bei Erkrankungen im Stadium I ein frühes Krankheitsstadium definiert, da hier regelhaft keine Behandlung erfolgt (Ludwig et al., 2002; Emmerich & Hallek, 2002). Für die übrigen Patienten mit einer dieser Erkrankungen liegt demzufolge eine fortgeschrittene Erkrankung vor. Im Falle des Vorliegens einer Metastasierung bei unbekanntem Primärtumor (CUP-Syndrom, C76) kann die Erkrankung per definitionem als fortgeschritten definiert werden. Für akute lymphatische Leukämien (C92.0) und akute wie chronische myeloische Leukämien (C91.0, C91.1) liegt keine Systematik vor. In diesen Fällen erfolgte die Festlegung von frühem bzw. fortgeschrittenem Krankheitsstadium aufgrund der ärztlichen Expertise nach Sichtung des jeweiligen

Arztbriefes nach folgenden Regeln: Bei kurativer Behandlungssituation, Ersterkrankung, (Teil-)Remission oder nicht beurteilbarem Erkrankungsverlauf wurde ein frühes Erkrankungsstadium, bei Vorliegen eines Rezidivs, Progresses oder einer Metastasierung oder bei palliativer Behandlungsintention ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium dokumentiert.

5.3 Datenanalysen

Die für die Prüfung der in Kapitel 4 genannten Hypothesen erforderlichen Stichprobengrößen wurden anhand der optimalen Stichprobenumfänge von Cohen (1988), Bortz und Döring (2006) und mit dem Programm GPOWER (Erdfelder et al., 1996, 2004) ermittelt. Unter Zugrundelegung von mittleren Effektstärken für die jeweiligen parametrischen und nonparametrischen Analyseverfahren sowie Teststärken von $\beta=80\%$ ergeben sich Fallzahlen von $n=50$ bis $n=107$ pro Stichprobe und Hypothese.

Die Datenanalysen wurden mit dem Statistik-Softwareprogramm SPSS 15.0 durchgeführt. Zur Einschätzung der Generalisierungsmöglichkeiten der Studienergebnisse wurden Selektionsprozesse durch Vergleiche von Respondern und Non-Respondern auf der Basis der soziodemographischen und klinischen Daten analysiert. Gruppen-Vergleiche wurden je nach Skalenniveau der betrachteten Zielgröße mittels folgender Verfahren durchgeführt: Chi²-Test, Mann-Whitney-U-Test bzw. Wilcoxon-Rangsummen-Test oder t-Test. Bei abhängigen Stichproben wurden folgende Analyseverfahren genutzt: McNemar-Test, Wilcoxon-Test, t-Test für abhängige Stichproben, ein- bzw. mehrfaktorielle (Ko-) Varianzanalyse mit Messwiederholung. Zusammenhänge wurden mittels Korrelationsanalysen ermittelt (Koeffizienten je nach Skalenniveau: Pearsons Produkt-Moment-Korrelation, Spearman's Rho). Mehr-Gruppen-Vergleiche erfolgten unter Verwendung von χ^2 -tests und Allgemeiner Linearer Modelle (ein- bzw. mehrfaktorielle uni- bzw. multivariate (Ko-)Varianzanalysen). In die Kovarianzanalysen wurden jeweils als feste Faktoren das Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenen Stadium) und das Geschlecht der Patienten sowie das Alter als Kovariate aufgenommen (entsprechend wurde bei den Kovarianzanalysen mit Messwiederholung verfahren). Bei signifikanten Unterschieden zwischen den Faktoren zu MZP1 wurden die Verlaufsanalysen getrennt für die jeweiligen Subgruppen durchgeführt. Zur Ermittlung von Einflussfaktoren auf die Höhe der

Kommunikationspräferenzen und subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten wurden multiple Regressionsanalysen (Methode: schrittweise) durchgeführt. Die Auswahl der unabhängigen Variablen erfolgte aufgrund inhaltlicher Überlegungen und statistischer Überprüfung (Ausschluss bei Korrelationen untereinander von $r \geq .50$).

Die Testungen wurden auf der Grundlage eines zweiseitigen Signifikanzniveau mit einer Signifikanzgrenze von $\alpha=5\%$ durchgeführt. Auf eine Bonferroni-Adjustierung wurde zugunsten einer Minimierung des Fehlers 2. Art verzichtet. Dies impliziert, dass die gefundenen signifikanten Ergebnisse unter diesem Aspekt kritisch zu betrachten und in weiteren Untersuchungen zu überprüfen sind. Zur Einschätzung der Bedeutsamkeit signifikanter Unterschiede wurden die Effektgrößen nach Cohen (1988, 1992; zitiert nach Bortz und Döring, 2006) bestimmt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: *Effektgrößen nach Cohen (1988, 1992)*

Test	Effektstärke-Index	Effektgröße		
		klein	mittel	groß
t-Test	d	.20	.50	.80
Produkt-Moment-Korrelation r	r	.10	.30	.50
χ^2 -Test	w	.10	.30	.50
Varianzaufklärung (Varianzanalyse)	eta^2	.01	.10	.25

6 ERGEBNISSE

6.1 Repräsentativität der Stichprobe

Zur Prüfung der Repräsentativität der erreichten Stichprobe werden im Folgenden zunächst vorliegende Ausschlussgründe und Teilnahmequoten zum ersten Messzeitpunkt berichtet. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der Rücklaufquoten und Drop-Out-Gründe zum zweiten Befragungszeitpunkt.

6.1.1 Ausschlussgründe und Teilnahmequoten (MZP1)

Während des Erhebungszeitraums wurden insgesamt $n=892$ Patienten auf den onkologischen Stationen aufgenommen bzw. im Ambulanzzentrum über den Beginn ihrer Behandlung aufgeklärt. Insgesamt lagen bei 25.7% der Patienten Ausschlussgründe vor, sodass $n=663$ Patienten schließlich über die Untersuchung informiert und nach ihrer Teilnahmebereitschaft befragt wurden. Ein signifikant größerer Anteil der stationär aufgenommenen Patienten erfüllte die Einschlusskriterien nicht ($\chi^2_{(,001;1,n=892)}=70.06$; $w=.28$). Tabelle 5 stellt die Ausschlussgründe im Einzelnen dar.

Tabelle 5: *Ausschlussgründe (n=892)*

Ausschlussgründe	Onkologie (n=613)		Strahlenambulanz (n=279)		Gesamt (n=892)	
	n	%	n	%	n	%
Ausschluss wegen...	208	33.9	21	7.5	229	25.7
körperlicher Verfassung	99	16.2	9	3.2	108	12.1
kognitiver Einschränkungen	50	8.2	3	1.1	53	5.9
sprachlicher Probleme	37	6.0	8	2.9	45	5.0
psychischer Verfassung	22	3.6	1	0.4	23	2.6

Tabelle 6 stellt die Teilnahmequoten und Nichtteilnahmegründe für die gesamte Stichprobe der potenziellen Studienteilnehmer ($N=663$) sowie getrennt nach Behandlungssettings dar. Knapp zwei Drittel der Patienten dokumentierten ihre informierte Teilnahmebereitschaft durch Ausfüllen der Einverständniserklärung. Den Fragebogen füllten zum ersten Messzeitpunkt (MZP1) 40.7% der Patienten aus, zum zweiten Befragungszeitpunkt (MZP2) sendeten knapp 30% den Fragebogen ausgefüllt zurück. 64.7% der Patienten, die eine Teilnahme verweigerten, machten Angaben im Nichtteilnahmebogen. Gründe für die

Nichtteilnahme bestanden insbesondere in einer hohen körperlichen oder psychischen Belastung (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: *Teilnahmequoten (n=663)*

potenzielle Studienteilnehmer	Onkologie (n=405)		Strahlenambulanz (n=258)		Gesamt (n=663)	
	n	%	n	%	n	%
Nichtteilnahme wegen...*	148	36.5	59	22.9	207	31.2
körperlicher Belastung	-	-	-	-	54	8.1
psychischer Belastung	-	-	-	-	53	8.0
kein Interesse	-	-	-	-	33	5.0
keine Angaben	-	-	-	-	73	11.0
schriftliche Einwilligung in die Studienteilnahme	219	54.1	186	72.1	405	61.1
FB MZP1 liegt vor	146	36.0	124	48.1	270	40.7
FB MZP2 liegt vor	89	22.0	102	39.5	191	28.8

Anmerkungen: *Mehrfachnennungen möglich, - Eine Unterteilung nach Setting konnte aufgrund der Anonymisierung der Patientenangaben nicht vorgenommen werden.

Zur Ermittlung potenzieller Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und medizinischen Merkmalen zwischen Patienten, die ihre informierte Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie gaben und Patienten, die eine Teilnahme verweigerten, wurden folgende Patientengruppen miteinander verglichen:

- **Tatsächliche Teilnehmer:** Patienten, die in eine Studienteilnahme eingewilligt und auch den Fragebogen **ausgefüllt** zurück gesendet haben ($N=270$)
- **Beabsichtigte Teilnehmer:** Patienten, die in eine Studienteilnahme eingewilligt, den Fragebogen jedoch **nicht ausgefüllt** haben ($n=135$)
- **Nichtteilnehmer:** Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen und den Nichtteilnahmebogen ausgefüllt haben ($n=134$)

Signifikante Alters- oder Geschlechtsunterschiede bestehen zwischen den drei oben aufgeführten Patientengruppen nicht. Die Verteilung der Krebsdiagnosen unterscheidet sich zwischen den Patienten signifikant ($\chi^2_{(,001;14,n=504)}=44.87$, $w=.41$). Angaben zur Schwere der Erkrankung liegen nur von den Patienten vor, die in eine Studienteilnahme eingewilligt hatten. Hier zeigen die Analysen, dass ein signifikant größerer Anteil der Patienten, die den Fragebogen nicht ausfüllten, an einer Krebserkrankung in fortgeschrittenem Stadium litten ($\chi^2_{(,001;1,n=403)}=16.77$, $w=.20$) und mit palliativer Intention behandelt wurden ($\chi^2_{(,001;1,n=402)}=15.67$, $w=.20$; vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und -nichtteilnehmern (n=539)

	Teilnahme (n=405*)				Nichtteilnahme (n=134**)		p***
	FB MZP1 ja (N=270)		FB MZP1 nein (n=135)				
Alter (in Jahren; M±SD, Range)	M=56.9 (±13.9, 18-88)		M=58.2 (±14.7, 19-84)		M=60.7 (±16.4, 18-87)		n.s.
	n	%	n	%	n	%	p
Geschlecht: weiblich	126	46.7	51	37.8	65	48.5	n.s.
Setting: stationär	146	54.1	72	54.1	-	-	n.s.
Krebsdiagnose/-lokalisierung							<.001
hämatologische Erkrankung	76	28.1	27	20.0	37	27.6	
Verdauungsorgane	30	11.1	21	15.6	11	8.2	
Brustkrebs	51	18.9	14	10.4	6	4.5	
urologische Erkrankung	45	16.7	19	14.1	11	8.2	
Weichteilgewebe	18	6.7	6	4.5	5	3.7	
Atmungsorgane	17	6.3	25	18.8	7	5.2	
Lippe, Mundhöhle, Pharynx	9	3.3	6	4.4	3	2.2	
Auge, Gehirn	7	2.6	2	1.5	5	3.7	
gynäkologische Erkrankung	4	1.5	4	3.0	3	2.2	
Knochen und Gelenkknorpel	3	1.1	2	1.5	3	2.2	
CUP	3	1.1	3	2.2	-	-	
In-Situ	3	1.1	-	-	-	-	
Harnorgane	1	0.4	1	0.7	3	2.2	
Haut	1	0.4	1	0.7	1	0.7	
Sonstige	-	-	2	1.5	6	4.5	
fortgeschrittene Erkrankung	155	57.4	104	78.2	-	-	<.001
palliative Intention	94	34.9	74	55.6	-	-	<.001

Anmerkungen: *schriftliche Einverständniserklärung liegt vor, **ausgefüllter Nichtteilnahmebogen liegt vor, ***chi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher bzw. t-test, n.s. nicht signifikant.

6.1.2 Rücklaufquoten und Drop-Out-Gründe (MZP2)

Angestrebt wurde eine zweite Befragung der Patienten drei Monate nach MZP1. Ein Mittelwertsvergleich der Tage zwischen dem Ausfüllen des ersten und zweiten Fragebogens zeigt, dass insgesamt die durchschnittliche Anzahl an Tagen zwischen MZP1 und MZP2 $M=116.6$ Tage (Range: 66-199) und somit knapp 4 Monate (3.89 Monate) beträgt. Signifikante Unterschiede zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Krankheitsstadien bestehen nicht ($M=115.7$, $SD\pm 22.2$, Range: 66-199; $M=117.6$, $SD\pm 22.6$, Range: 87-176). Zum zweiten Messzeitpunkt sendeten insgesamt $n=191$ Patienten ($n=95$ Patienten in frühen Erkrankungsstadien, $n=96$ Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung)

einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 70.7% (früh: 82.6%, fortgeschritten: 61.9%). Patienten mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien nahmen signifikant häufiger zu MZP2 an der Studie teil als Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung ($\chi^2_{(.001;1,n=270)}=13.63$, $w=.22$). Ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung ist zu MZP2 verstorben ($\chi^2_{(.05;1,n=79)}=5.47$; $w=.26$). Tabelle 8 zeigt die jeweiligen Drop-Out-Gründe.

Tabelle 8: *Drop-Out-Gründe (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Gründe	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		p*
	n	%	n	%	
verstorben	1	.9	18	11.6	<.05
unbekannt verzogen	1	.9	3	1.9	n.s.
möchte FB nicht ausfüllen	1	.9	3	1.9	n.s.
körperliche Verschlechterung	2	1.7	2	1.3	n.s.
keine Angabe	15	13.1	33	20.6	n.s.

Anmerkungen: *chi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher, n.s. nicht signifikant.

6.2 Stichprobencharakteristika

In den folgenden Abschnitten werden die soziodemographischen und medizinischen Merkmale der Stichproben sowie das Ausmaß des psychosozialen Gesamtbelastungsniveaus und der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse zu beiden Messzeitpunkten dargestellt.

6.2.1 Soziodemographische Merkmale

Zur Bestimmung der Schichtzugehörigkeit der Patienten wurde in Anlehnung an Deck (2008) ein einfacher vertikaler Schichtindex gebildet, der Werte von 3 bis 9 annehmen kann (vgl. Tabelle 9). Patienten mit Werten von 3 oder 4 wurden der Kategorie *Unterschicht* zugeordnet, Patienten mit Werten von 5 oder 6 der Kategorie *Mittelschicht* und Patienten mit Werten von 7 und größer zählten zur Kategorie *Oberschicht*.

Tabelle 9: *Bildung des einfachen vertikalen Schichtindex*

höchster Schulabschluss	Berufsstatus	monatliches Nettoeinkommen (in EUR)	Punkte
kein Abschluss, Hauptschule	Arbeiter, Sonstiges	<1.000	1
Realschule, Polytechnische Oberschule, Fachhochschule	Angestellter, Beamter	1.000 – 3.000	2
Abitur	Selbständiger	>3.000	3
Summenscore			3-9

Die Auswertungen zeigen zu beiden Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Erkrankungsstadien. Unabhängig von der Schwere der Krebserkrankung ist jeweils knapp die Hälfte der Patienten männlichen Geschlechts. Im Mittel sind die Patienten etwa 57 Jahre alt, jeweils knapp zwei Drittel sind verheiratet und jeweils mehr als 75% leben in fester Partnerschaft (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: *Soziodemographische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2				p*
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		
Alter (in Jahren; M±SD, Range)	56.9 (±15.4, 18-87)	56.8 (±12.7, 24-88)	57.8 (±15.8, 18-87)	57.1 (±12.1, 28-76)	n.s.				
Geschlecht: weiblich	n %	n %	n %	n %	n.s.				
Familienstand					n.s.				
verheiratet	73 63.5	95 61.7	58 61.1	60 63.2					
ledig	18 15.7	26 16.9	16 16.8	15 15.8					
geschieden/getrennt lebend	16 13.9	16 10.4	13 13.7	8 8.4					
verwitwet	8 7.0	17 11.0	8 8.4	12 12.6					
feste Partnerschaft: ja	88 76.5	113 72.9	71 74.7	74 77.1	n.s.				
Kinder: ja	82 71.3	111 72.5	66 69.5	66 68.8	n.s.				
Kinder (Anzahl; M±SD, Range)	1.4 (±1.0, 0-4)	1.4 (±1.2, 0-7)	1.3 (±1.1, 0-4)	1.3 (±1.1, 0-6)	n.s.				
Schulabschluss					n.s.				
Hauptschule	41 35.7	65 43.0	35 36.8	38 39.6					
Realschule/Polyt. Oberschule	40 34.8	42 27.8	32 33.7	26 27.1					
Gymnasium/Fachhochschule	32 27.8	41 27.2	26 27.4	28 29.1					
kein Abschluss/Sonstiges	2 1.7	3 2.0	2 2.1	4 4.2					

Fortsetzung Tabelle 10: *Soziodemographische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2				p
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Berufsausbildung									n.s.
Lehre/Fachschule	76	66.1	101	56.5	62	65.3	62	64.6	
(Fach-)Hochschule	21	18.3	34	22.4	18	19.0	26	27.1	
keine/Sonstiges	18	15.7	17	11.2	15	15.8	8	8.3	
Haushaltseinkommen (Netto/Monat)									n.s.
bis unter 1000 €	13	12.4	15	10.6	12	12.6	6	6.3	
1000 – 2000 €	38	36.2	62	44.0	32	33.7	33	34.4	
2000 – 3000 €	30	28.6	37	26.2	23	24.2	28	29.2	
3000 – 4000 €	16	15.2	17	12.1	14	14.7	13	13.5	
mehr als 4000 €	8	7.6	10	7.1	5	5.3	7	7.3	
Sozialschicht									n.s.
Unterschicht	14	14.6	22	16.7	14	14.7	14	14.6	
Mittelschicht	53	55.2	72	54.5	38	40.0	45	46.9	
Oberschicht	29	30.2	38	28.8	25	26.3	25	26.0	

Anmerkungen: *Varianzanalyse mit Messwiederholung bzw. McNemar-Test, n.s. nicht signifikant.

6.2.2 Medizinische Merkmale

Im Hinblick auf medizinische Charakteristika unterscheiden sich Studienteilnehmer zu MZP2 in der Mehrzahl der Aspekte nicht signifikant von den Patienten zu MZP1: Zu beiden Messzeitpunkten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten in fortgeschrittenem Erkrankungsstadium und Patienten in frühen Stadien hinsichtlich der Lokalisation der Krebserkrankung (MZP1: $\chi^2_{(.001;7;n=270)}=38.73$, $w=.38$; MZP2: $\chi^2_{(.001;7;n=191)}=31.92$, $w=.41$), des Krankheitsverlaufs (MZP1: $\chi^2_{(.001;4;n=270)}=81.39$, $w=.55$; MZP2: $\chi^2_{(.001;4;n=191)}=56.30$, $w=.54$), des Stadiums (MZP1: $\chi^2_{(.001;4;n=196)}=180.06$, $w=.96$; MZP2: $\chi^2_{(.001;3;n=143)}=131.57$, $w=.96$), des Behandlungsansatzes (MZP1: $\chi^2_{(.001;1;n=270)}=101.00$, $w=.61$; MZP2: $\chi^2_{(.001;1;n=191)}=74.50$, $w=.62$) und in der jeweils aktuell durchgeführten Behandlungsart (MZP1: $\chi^2_{(.01;5;n=270)}=16.97$, $w=.25$; MZP2: $\chi^2_{(.001;5;n=188)}=30.35$, $w=.40$): Die häufigsten Erkrankungen in der Gruppe der schwer kranken Krebspatienten sind mit etwa 30% hämatologische Krebserkrankungen und mit 15% Tumoren der Verdauungsorgane. Demgegenüber ist mit ebenfalls etwa 30% der größte Anteil der Patienten in frühen Erkrankungsstadien an Brustkrebs erkrankt. Jeweils etwa ein Viertel dieser Patienten leiden an urogenitalen Tumoren bzw. hämatologischen Krebserkrankungen (vgl. Tabelle 11). In

beiden Gruppen handelt es sich bei mehr als 90% der Patienten um die erste onkologische Erkrankung. Zu beiden Messzeitpunkten wird erwartungsgemäß bei einem signifikant größeren Anteil (etwa 60%) der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung ein palliativer Ansatz verfolgt, im Gegensatz zu den Patienten in frühen Erkrankungsstadien, die nahezu sämtlich mit kurativer Intention behandelt werden. Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung erhalten zu MZP1 bzw. MZP2 signifikant seltener eine Strahlentherapie (11.6% vs. 27.8% bzw. 0% vs. 14.7%) und signifikant häufiger zu MZP2 eine Chemotherapie (29.2% vs. 10.5%).

Im Zeitverlauf hat sich nur der aktuelle Behandlungsstatus signifikant verändert: Im Vergleich zu MZP1 erhält zu MZP2 ein signifikant größerer Anteil (knapp die Hälfte) der Patienten unabhängig von der Erkrankungsschwere keine krebsspezifische Behandlung mehr; der Anteil der strahlentherapeutisch bzw. mit kombinierten Verfahren behandelten Patienten hat sich jeweils signifikant verringert ($\chi^2_{(0.01;1,n=186)}=12.15$, $w=.26$ bzw. $\chi^2_{(0.01;1,n=179)}=13.26$, $w=.27$). Tabelle 11 stellt die medizinischen Merkmale der Patienten zu beiden Messzeitpunkten dar.

Tabelle 11: *Medizinische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2				p*
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Krebsdiagnose/- lokalisation**									n.s.
hämatologische Krebserkrankung	25	21.7	51	32.9	19	20.0	26	27.1	
Verdauungsorgane	5	5.2	24	15.5	3	3.2	15	15.6	
Brustkrebs	33	28.7	18	11.6	30	31.6	9	9.4	
urologische Krebserkrankung	28	24.3	17	11.0	25	26.3	16	16.7	
Atmungsorgane	3	2.6	14	9.0	3	3.2	9	9.4	
Lippe, Mundhöhle, Pharynx	-	-	9	5.8	-	-	6	6.3	
Weichteilgewebe	10	8.7	8	5.2	7	7.4	5	5.2	
Sonstige	10	8.7	14	9.0	8	8.4	10	10.4	

Fortsetzung Tabelle 11: *Medizinische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2				p
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		
	n	%	n	%	n	% ^c	n	%	
Stadien (UICC, sonstige)**									n.s.
0	1	0.9	-	-	-	-	-	-	
I	29	25.2	-	-	24	25.3	-	-	
II	38	33.0	4	2.6	34	35.8	3	3.1	
III	-	-	57	34.2	-	-	40	41.7	
IV	-	-	70	45.2	-	-	42	43.8	
keine Angabe möglich	47	40.9	28	18.1	37	28.9	11	11.5	
Behandlungsansatz**									n.s.
kurativ	113	98.3	62	40.0	95	100.0	42	43.8	
Erste onkologische Erkrankung: ja	109	94.8	140	90.3	89	93.7	85	88.5	n.s.
Krankheitsverlauf**									n.s.
Remission	61	53.0	36	23.2	51	53.7	27	28.1	
lokales Rezidiv/Progress	8	7.0	41	26.5	7	7.4	25	26.0	
Metastasierung	-	-	21	13.5	1	1.1	13	13.5	
Rezidiv/Metastasierung	-	-	31	20.0	1	1.1	15	15.6	
nicht beurteilbar	45	39.1	26	16.8	37	38.9	16	16.7	
Aktuelle Behandlung**									<.01
keine	22	19.1	36	23.2	40	42.1	45	46.9	<.001
Strahlentherapie	32	27.8	18	11.6	14	14.7	-	-	
Chemotherapie	39	33.9	59	38.1	10	10.5	28	29.2	n.s.
Hormontherapie	3	2.6	1	0.6	18	18.9	6	6.3	n.s.
Sonstige	-	-	8	5.2	5	5.3	7	7.3	n.s.
kombinierte Therapie	17	14.8	26	16.8	6	6.3	4	4.2	n.s.
Nebendiagnose: ja	87	76.3	116	74.8	71	74.7	73	76.0	n.s.
Anzahl Nebendiagnosen									n.s.
1 Nebendiagnose	26	22.8	41	26.6	21	22.1	24	25.0	
2 Nebendiagnosen	25	22.8	34	22.1	19	20.0	23	24.0	
3 Nebendiagnosen	15	12.3	22	14.2	11	11.6	13	13.5	
4 Nebendiagnosen	11	9.6	11	7.1	10	10.5	6	6.3	
> 4 Nebendiagnosen	10	8.6	8	5.0	10	10.5	7	7.2	

Fortsetzung Tabelle 11: *Medizinische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2				p
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Art der Nebendiagnose									n.s.
Krankheiten des Kreislaufsystems	50	44.3	63	41.5	43	45.3	44	45.8	
endokrine, Ernährungs-/ Stoffwechselkrankheiten	29	25.2	27	17.5	26	27.4	16	16.7	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14	12.4	9	5.8	10	10.5	6	6.3	
Krankheiten des Atmungssystems	9	7.9	15	9.7	6	6.3	11	11.5	
Krankheiten des Verdauungssystems	9	7.9	11	7.1	8	8.4	9	9.4	
Krankheiten des Urogenitalsystems	8	7.0	13	8.5	7	7.4	7	7.3	
Psychische und Verhaltensstörungen	5	4.4	12	7.8	5	5.3	8	8.3	
Krankheiten des Nervensystems	4	3.5	12	7.8	3	3.2	8	8.3	

Anmerkungen: *p(Zeit): McNemar-Test, n.s. nicht signifikant, **signifikanter Unterschied zu beiden Messzeitpunkten zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Stadien ($p < .001$).

Die Mitteilung der erstmaligen Diagnose der Krebserkrankung liegt bei den Patienten in fortgeschrittenem Stadium signifikant länger zurück (Messzeitpunkt MZP1: in Monaten: $M=27.34$, $Md=8.47$, $SD\pm 55.15$, Range: 0.30-384.10) als bei den Patienten in frühen Stadien (in Monaten: $M=6.31$, $Md=3.13$, $SD\pm 12.73$, Range: 0.30-86.33; $T_{(.001;268)} = -4.59$, $d=.62$); 62% der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung haben die Erstdiagnose innerhalb der letzten zwölf Monate erhalten. Demgegenüber wurde im gleichen Zeitraum die Erstdiagnose 90% der Patienten in einem frühen Stadium mitgeteilt ($\chi^2_{(.001;5;n=265)}=34.84$; $w=.37$). Im Hinblick auf die Zeit seit Information über die aktuelle Behandlungsindikation (z.B. rezidierte oder metastasierte Brustkrebserkrankung oder Komplikationen) zeigen die Analysen keinen signifikanten Unterschied im Hinblick auf das Krankheitsstadium (in Monaten: frühes Stadium: $M=3.49$, $Md=2.63$, $SD\pm 2.99$, Range: 0.30-22.39; fortgeschrittenes Stadium: $M=6.20$, $Md=2.43$, $SD\pm 12.50$, Range: 0.16-101.08); bei jeweils mehr als 90% beider Patientengruppen erfolgte die Mitteilung über den aktuellen Behandlungsanlass innerhalb der letzten zwölf Monate. Die häufigsten Gründe für das Aufsuchen einer ambulanten bzw. stationären Behandlung bestehen in der Durchführung einer

Strahlentherapie (frühes Stadium: 62.6%, fortschrittenes Stadium: 29.0%, $\chi^2_{(.001;1,n=267)}=30.22$; $w=.34$) und Chemotherapie (frühes Stadium: 35.7%, fortgeschrittenes Stadium: 49.7%, $\chi^2_{(.05;1,n=268)}=5.24$; $w=.14$). Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung sind weiterhin signifikant häufiger zur Behandlung von Komplikationen (11.0% vs. 1.7%, $\chi^2_{(.01;1,n=270)}=8.60$; $w=.18$) und aufgrund einer geplanten Operation (7.8% vs. 0.9%, $\chi^2_{(.01;1,n=268)}=6.79$; $w=.16$) im Krankenhaus.

6.2.3 Psychosoziales Belastungsniveau

Zur Bestimmung des psychosozialen Belastungsniveaus der Patienten werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse zum Ausmaß der krebsspezifischen und psychischen Belastung dargestellt, die dann zu den Kategorien *unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung*, *moderate psychosoziale Gesamtbelastung* und *hohe psychosoziale Gesamtbelastung* zusammengefasst wurden (vgl. Kapitel 5.2.1).

6.2.3.1 Krebspezifische Belastung

Die krebsspezifische Belastung der Patienten wurde anhand der elfstufigen Skala des NCCN Distress-Thermometers (DT) mit den Polen 0 „gar nicht belastet“ und 10 „extrem belastet“ erfasst (vgl. Kapitel 5.2.1). Die Ergebnisse einer univariaten Kovarianzanalyse (Alter der Patienten als Kovariate, Erkrankungsschwere und Geschlecht als feste Faktoren) zeigen zu MZP1 einen signifikanten Unterschied in der Höhe der durchschnittlichen krebsspezifischen Belastung zwischen Patienten unterschiedlicher Krankheitsstadien ($F_{(.01;1,269)}=7.06$, $\eta^2=.03$; vgl. Tabelle 12) sowie einen signifikanten Einfluss des Alters: Mit zunehmendem Alter der Patienten sinkt die krebsspezifische Belastung ($r=-.19$, $p<.01$).

Patienten, die zum zweiten Messzeitpunkt nicht an der Untersuchung teilnehmen, unterscheiden sich in ihrer krebsspezifischen Belastung zu MZP1 nicht signifikant von den Studienteilnehmern zu MZP2 (FB ja: $M=5.77$, $SD\pm 2.66$; FB nein: $M=6.26$, $SD\pm 2.61$). Wechselwirkungseffekte liegen ebenfalls nicht vor. Zu MZP2 besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten unterschiedlicher Erkrankungsstadien ($F_{1(1,183)}=3.02$; $F_{\text{krit}(.05;1,120)}=3.92$), es liegen auch keine signifikanten Korrelationen zwischen Alter und Höhe der Belastung der Patienten vor ($r=-.02$).

Die Verlaufsanalysen (Kovarianzanalysen mit Messwiederholung, Geschlecht als fester Faktor, Alter als Kovariate) wurden aufgrund der Unterschiede zu MZP1 getrennt für die Patienten nach Krankheitsstadium durchgeführt: Im Zeitverlauf zwischen MZP1 und MZP2 hat sich die durchschnittliche Höhe der krebspezifischen Belastung der Patienten in frühen wie auch in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien signifikant verringert (frühes Stadium: $F_{(.05;1,89)}=6.59$, $eta^2=.07$, fortgeschrittenes Stadium: $F_{(.05;1,86)}=7.34$, $eta^2=.08$). Tabelle 12 sind Mittelwerte und Standardabweichungen zu beiden Messzeitpunkten zu entnehmen.

Tabelle 12: *Krebspezifische Belastung der Patienten (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2			
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)	
krebspezifische Belastung*	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Gesamt	5.42	2.62	6.27	2.62	4.42	2.57	5.05	2.69
Frauen	5.81	2.48	6.25	2.92	4.40	2.47	5.49	2.30
Männer	4.96	2.73	6.28	2.40	4.44	2.37	4.75	2.48

Anmerkungen: *DT, Skala 0 „gar nicht belastet“ bis 10 „extrem belastet“.

Der Anteil von Patienten mit auffälliger krebspezifischer Belastung (DT-Werte ≥ 5) beträgt zu MZP1 insgesamt 72.3% und unterscheidet sich zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Erkrankungsschwere nicht signifikant: 68.8% der Patienten in frühen und 75.0% der Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien geben eine hohe Belastung an. Signifikante Unterschiede im Anteil hoch und gering belasteter Patienten bestehen hinsichtlich des Krankheitsstadiums zu MZP2 ebenfalls nicht (45.3% vs. 50%). In beiden Gruppen hat sich der Anteil gegenüber MZP1 signifikant verringert (frühes Stadium: $\chi^2_{(.01;1,n=91)}=9.03$, $w=.32$; fortgeschrittenes Stadium: $\chi^2_{(.01;1,n=88)}=10.03$; $w=.34$). Im Einzelnen geben 26.4% der Patienten in frühen Erkrankungsstadien und 14.8% der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung zu beiden Messzeitpunkten eine unauffällige Belastung an. 38.5% bzw. 44.3% der Patienten sind zu MZP1 und MZP2 jeweils auffällig belastet. 27.5% der Patienten in frühen Stadien und 31.8% der schwer kranken Patienten berichten zum ersten Messzeitpunkt eine hohe und zu MZP2 eine geringe krebspezifische Gesamtbelastung; bei 7.7% bzw. 9.1% der Patienten verhält es sich umgekehrt. Abbildung 8 stellt diese Verläufe graphisch dar.

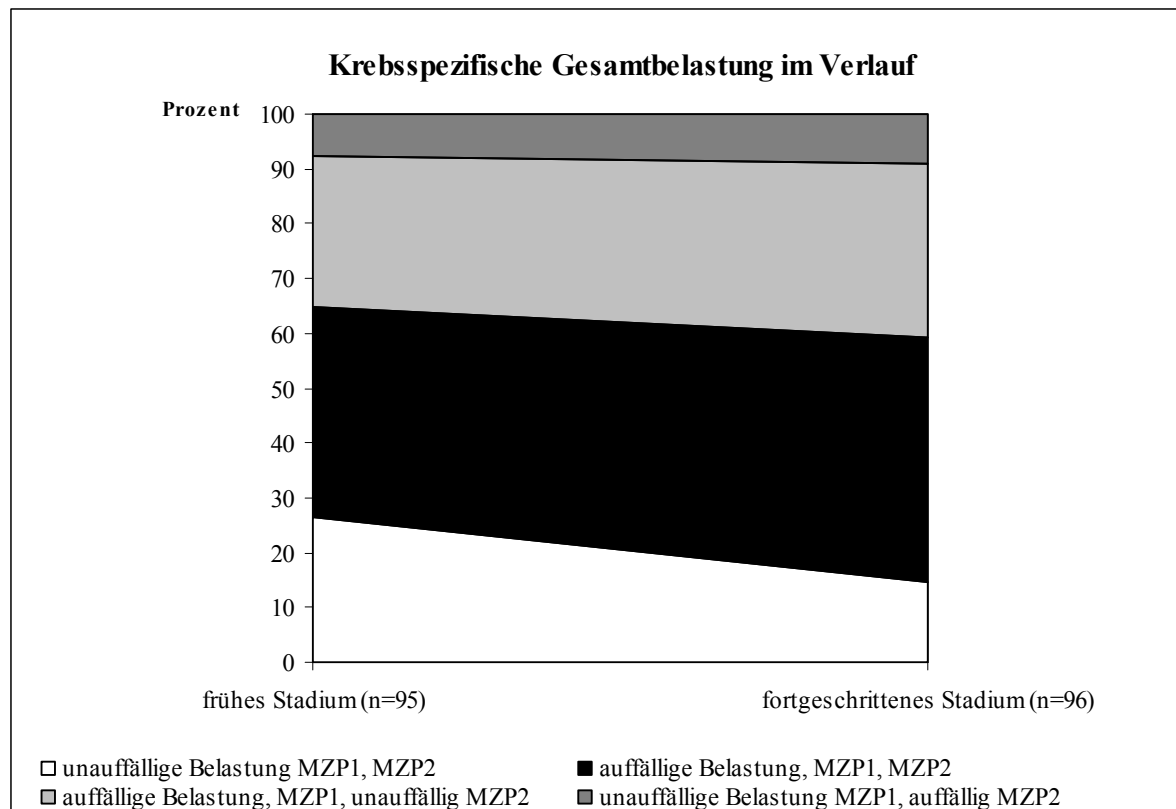


Abbildung 8: Hohe und geringe krebsspezifische Belastung der Patienten im Zeitverlauf (n=191)

6.2.3.2 Psychische Belastungen: Angst und Depressivität

Potenzielle Unterschiede in der durchschnittlichen psychischen Belastung zwischen Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und Patienten in frühen Erkrankungsstadien zu MZP1 bzw. MZP2 wurden jeweils anhand multivariater Kovarianzanalysen unter Einschluss des Geschlechts der Patienten sowie des Alters als Kovariate ermittelt. Abhängige Variablen sind die Angaben der Patienten zu Angst und Depressivität (Subskalen der HADS-D) sowie der HADS-D-Summenscore, d.h. die psychische Gesamtbelastung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zum ersten Messzeitpunkt im Durchschnitt signifikant höhere Belastungswerte angeben als Patienten in frühen Krankheitsstadien ($F_{(0,5;2,242)}=4.37$, $eta^2=.08$). Signifikante Unterschiede bestehen in allen drei abhängigen Variablen (Angst: $F_{(0,1;1,243)}=7.49$, $eta^2=.03$; Depressivität: $F_{(0,1;1,243)}=7.04$, $eta^2=.03$; psychische Gesamtbelastung: $F_{(0,1;1,243)}=8.76$, $eta^2=.04$). Zu MZP2 besteht kein signifikanter Unterschied in der Belastungshöhe zwischen Patienten unterschiedlicher Krankheitsstadien. Ein signifikanter Geschlechtseffekt liegt zu beiden

Messzeitpunkten vor (MZP1: $F_{(0.05;2,242)}=4.73$, $\eta^2=.04$; MZP2: $F_{(0.05;2,178)}=5.09$, $\eta^2=.05$); im Einzelnen sind dabei nur die Angstwerte der Frauen jeweils (tendenziell) signifikant höher als die der Männer (MZP1: $F_{(0.06;1,243)}=3.52$, $\eta^2=.01$; MZP2: $F_{(0.01;1,179)}=7.53$, $\eta^2=.04$). Signifikante Alters- oder Wechselwirkungseffekte liegen nicht vor. Tabelle 13 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der patientenseitigen Angaben zu Angst, Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung für beide Messzeitpunkte zu entnehmen.

Tabelle 13: *Psychische Belastungen der Patienten (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2			
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)	
Belastung	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Angst^a	6.02	3.88	7.32	4.04	5.40	3.85	5.83	3.71
Frauen	6.54	3.78	7.80	4.35	6.02	4.14	6.84	4.19
Männer	5.41	3.95	7.00	3.83	4.59	3.31	5.11	3.18
Depressivität^a	5.15	4.16	6.72	4.30	5.07	4.43	5.96	4.27
Frauen	5.33	4.43	6.07	3.84	4.96	4.71	6.68	4.31
Männer	4.94	3.85	7.14	4.54	5.20	4.13	5.45	4.20
Gesamtbelastung^b	11.17	7.43	14.04	7.46	10.39	7.73	11.60	7.17
Frauen	11.88	7.50	13.88	7.56	11.09	8.40	13.40	7.64
Männer	10.35	7.34	14.14	7.44	9.53	6.82	10.38	6.64

Anmerkungen: ^aSkala 0-21, ^bSkala 0-42.

In die Analysen zum zeitlichen Verlauf der psychischen Belastung wurden aufgrund der zu MZP1 bestehenden Unterschiede die Analysen getrennt nach Krankheitsstadium durchgeführt. Die durchschnittlichen Angst-Werte der Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung verändern sich im Zeitverlauf jeweils signifikant (signifikanter Haupteffekt; frühes Stadium: $F_{(0.05;1,87)}=6.61$, $\eta^2=.07$; fortgeschrittenes Stadium: $F_{(0.05;1,89)}=4.18$, $\eta^2=.05$). Hinsichtlich der Ausprägung der Depressivitäts-Werte zeigt sich ein signifikanter Haupt- sowie ein Interaktionseffekt in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung ($F_{(0.05;1,87)}=4.60$, $\eta^2=.05$ bzw. ($F_{(0.05;1,87)}=5.95$, $\eta^2=.06$): Die durchschnittliche Ausprägung der Depressivität der Gesamtgruppe hat sich insgesamt im Zeitverlauf reduziert sowie auch die der männlichen Patienten im Vergleich zu den Werten der Frauen (vgl. Tabelle 13). Die Gesamtbelastungs-Werte haben sich zu MZP2 im Vergleich zu MZP1 nur in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung signifikant reduziert ($F_{(0.05;1,84)}=5.92$, $\eta^2=.07$). Abbildung 9 stellt die Verläufe der psychischen Belastungswerte für beide Patientengruppen dar.

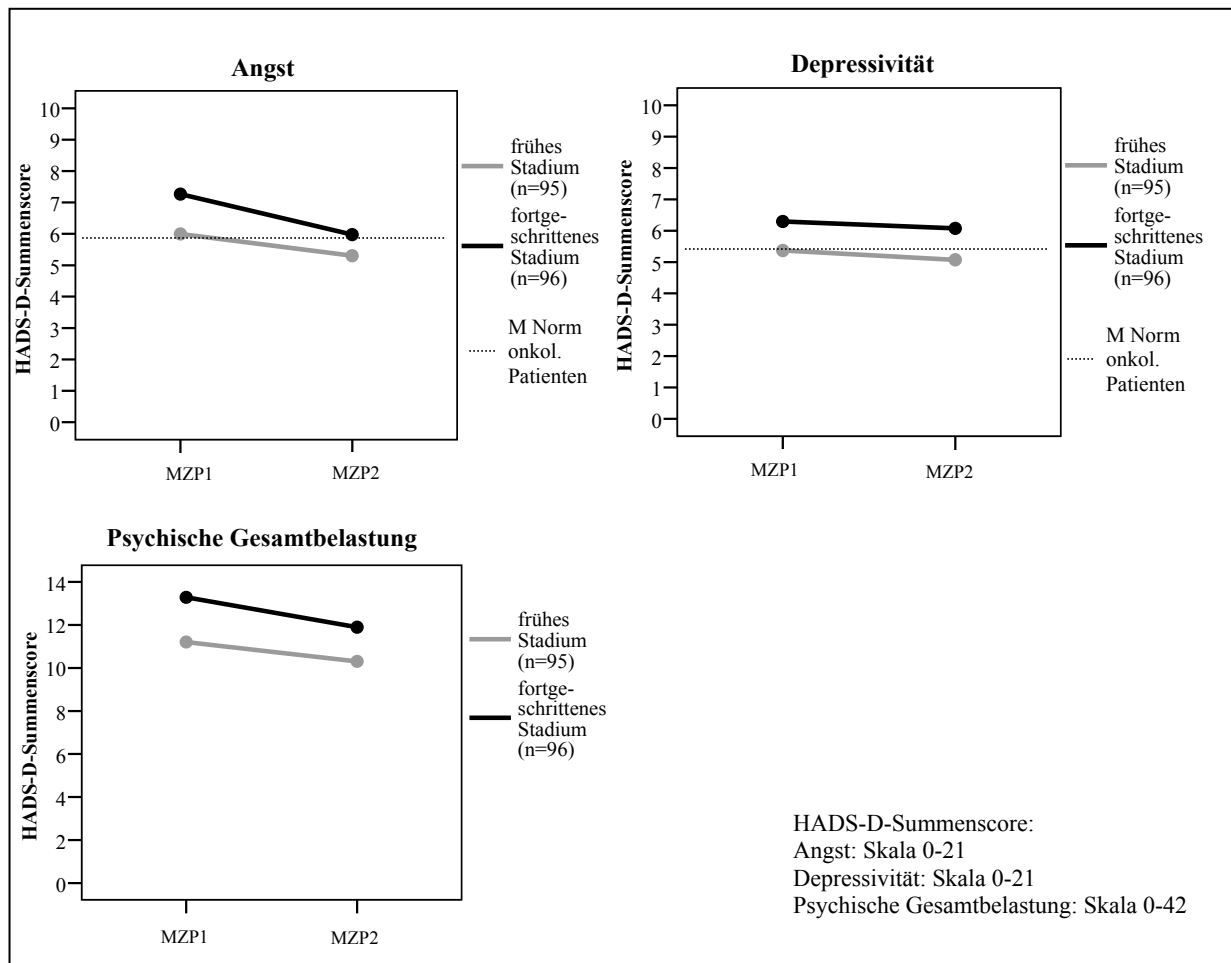


Abbildung 9: *Angst, Depressivität, psychische Gesamtbelastung im Zeitverlauf (n=191)*

Neben der durchschnittlichen psychischen Belastung der Patienten lassen sich anhand der angegebenen Einzelwerte Gruppen von unauffällig bzw. auffällig belasteten Patienten bilden. Patienten, die Werte von 11 bzw. 15 und höher auf der Depressions- oder Angstskala bzw. der Gesamtskala der HADS-D angeben, werden als auffällig im Sinne von hoch belastet klassifiziert. Die Analysen zeigen, dass zum ersten Messzeitpunkt jeweils ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung auffällige Angst- und Gesamtbelastungswerte angibt als Patienten in frühen Krankheitsstadien (Angst: 21.9% vs. 11.3%; $\chi^2_{(.05;1;n=257)}=5.66$; $w=.14$; Gesamtbelastung: 42.6% vs. 25.2%; $\chi^2_{(.01;1;n=257)}=9.39$, $w=.20$, vgl. Abbildung 10). Zum zweiten Messzeitpunkt geben zwischen 10% und 30% der Gesamtstichprobe auffällige psychische Belastungen an, signifikante Unterschiede in der Erkrankungsschwere zeigen sich nicht mehr. Im Zeitverlauf hat sich der Anteil der Patienten mit auffälliger Angst nur in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung signifikant verringert ($\chi^2_{(.05;1;n=92)}=6.67$; $w=.27$). Hinsichtlich

Depressivität und Gesamtbelastung zeigen sich keine signifikanten Veränderungen über die Zeit (vgl. Abbildung 10). Signifikante Alters- oder Geschlechtsunterschiede liegen zu keinem Befragungszeitpunkt vor.

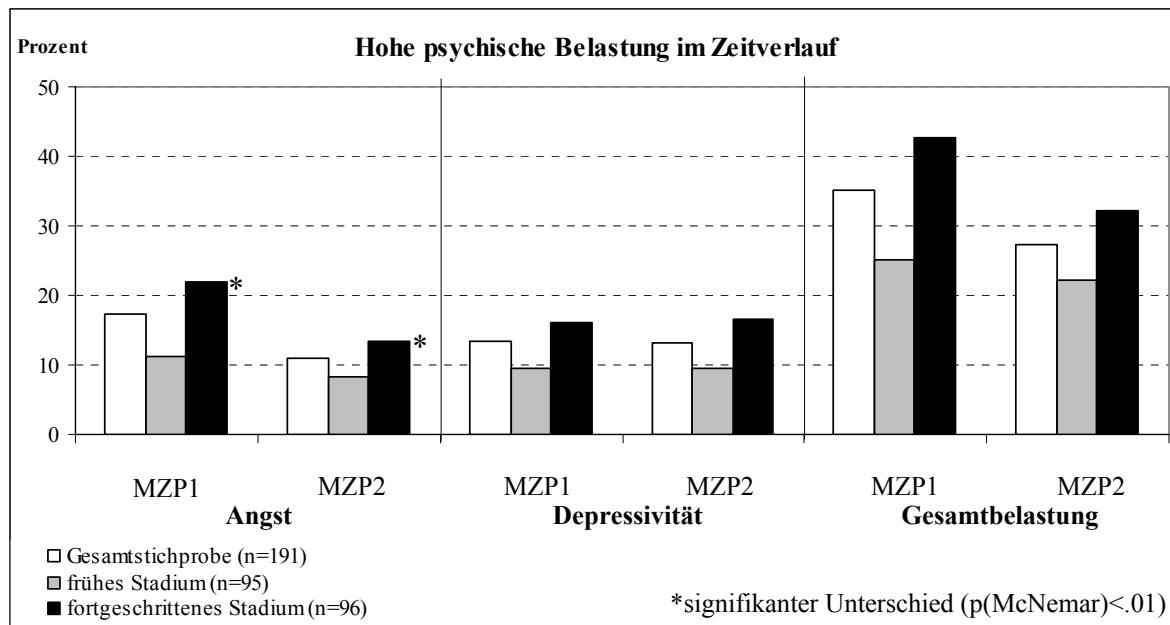


Abbildung 10: Anteil psychisch hoch belasteter Patienten im Zeitverlauf ($n=191$)

6.2.3.3 Psychosoziale Gesamtbelastung

Zum ersten Messzeitpunkt geben insgesamt 22.6% der Patienten eine unauffällige, 35.6% der Patienten eine moderate und 32.2% der Patienten eine hohe psychosoziale Gesamtbelastung an. Unabhängig vom Geschlecht geben Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung signifikant häufiger eine hohe Gesamtbelastung an als Patienten in frühen Stadien (38.7% vs. 23.5%, $\chi^2_{(0.05;1;n=270)}=9.19$; $w=.18$). Ein signifikant größerer Anteil der Männer mit einer Krebserkrankung in einem frühen Stadium ist darüber hinaus im Vergleich zu den übrigen Patienten unauffällig belastet (43.8% vs. jeweils etwa 20%; $\chi^2_{(0.05;3;n=270)}=10.78$, $w=.20$, vgl. Abbildung 11).

Die Patienten, die zu MZIP2 an der Studie teilnehmen, unterscheiden sich hinsichtlich der Höhe der psychosozialen Gesamtbelastung zu MZIP1 nicht signifikant von den Nichtteilnehmern zu MZIP2. Zum zweiten Messzeitpunkt sind 41.4% der Patienten unauffällig, 29.8% der Patienten moderat und 20.4% der Patienten hoch belastet. Signifikante Unterschiede hinsichtlich Erkrankungsschwere oder Geschlecht der Patienten

liegen nicht vor. Im Zeitverlauf hat sich der Anteil unauffällig belasteter Patienten bei Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung unabhängig vom Geschlecht signifikant erhöht (frühes Stadium; $\chi^2_{(.05;1;n=95)}=4.32$; $w=.21$; fortgeschrittenes Stadium: $\chi^2_{(.01;1;n=96)}=7.76$; $w=.28$); der Anteil hoch belasteter Patienten hat sich nur in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung signifikant verringert ($\chi^2_{(.01;1;n=96)}=11.12$; $w=.34$). Signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und dem Ausmaß der psychosozialen Belastung bestehen zu keinem Zeitpunkt. Abbildung 11 stellt die Verteilung unauffällig, moderat und hoch belasteter Patienten getrennt nach Erkrankungsschwere und Geschlecht für beide Messzeitpunkte dar.

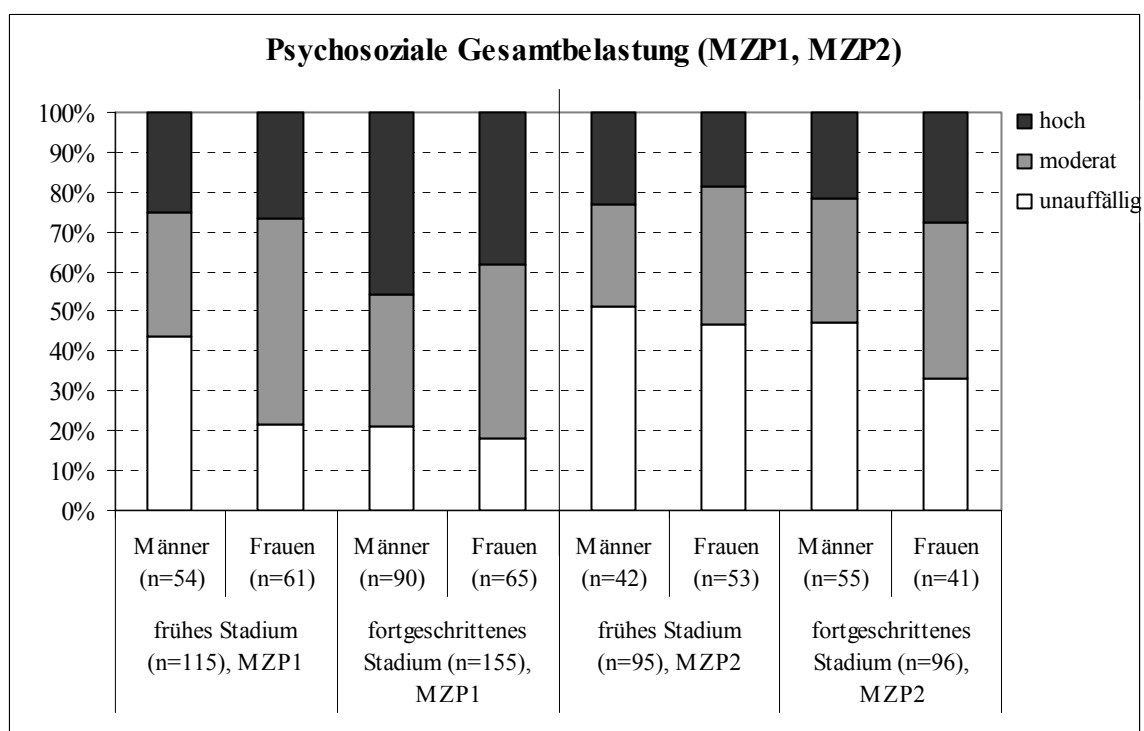


Abbildung 11: *Psychosoziale Gesamtbelastung im Zeitverlauf (n=191)*

6.2.4 Subjektive Unterstützungsbedürfnisse

Die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten wurden anhand der 34 Items der deutschen Version des SCNS-SF34 (Bonevski et al., 2001; Boyes et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2001; dt. Version: Lehmann et al., 2009, vgl. Anhang B4) erfasst. Nach Dichotomisierung der Antwortmöglichkeiten zu den Kategorien *kein Unterstützungsbedarf angegeben* und *Unterstützungsbedarf angegeben* zeigen Häufigkeitsanalysen, dass unabhängig von Krankheitsstadium und Geschlecht mindestens 80% der Patienten zu beiden

Befragungszeitpunkten Unterstützungsbedarf in irgendeinem Aspekt angeben. Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung äußern zu MZP1 signifikant häufiger einen Bedarf auf der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* (76.1% vs. 65.2%, $\chi^2_{(.05;1,n=270)}=3.86$, $w=.12$); 74.1% aller Patienten berichten *Psychologischen Unterstützungsbedarf*, 51.5% *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, 66.7% *bzgl. körperlicher Aspekte* und 46.3% *bzgl. Sexualität/Partnerschaft*. Der Anteil der Patienten ohne Unterstützungsbedarf ist mit 20.0% in der Gruppe der männlichen Patienten mit einer frühen Krebserkrankung am signifikant größten ($\chi^2_{(.05;3,n=270)}=9.95$, $w=.20$; vgl. Abbildung 12). Zu MZP2 gibt ein größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung einen geringen bis hohen Bedarf an Unterstützung hinsichtlich *psychologischer* und *körperlicher Aspekte* an (77.1% vs. 63.2%, $\chi^2_{(.05;1,n=191)}=4.42$, $w=.15$ und 75.0% vs. 56.8%, $\chi^2_{(.01;1,n=191)}=7.01$, $w=.19$), 70.2% aller Patienten berichten *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*, 45.5% *bzgl. medizinischer Behandlung* und 42.2% *bzgl. Sexualität/Partnerschaft*. Unabhängig vom Geschlecht gibt ein signifikant größerer Teil der Patienten in frühen Krankheitsstadien keinen Unterstützungsbedarf an ($\chi^2_{(.05;1,n=187)}=4.13$, $w=.15$, vgl. Abbildung 12). Signifikante Veränderungen bestehen im Zeitverlauf nicht.

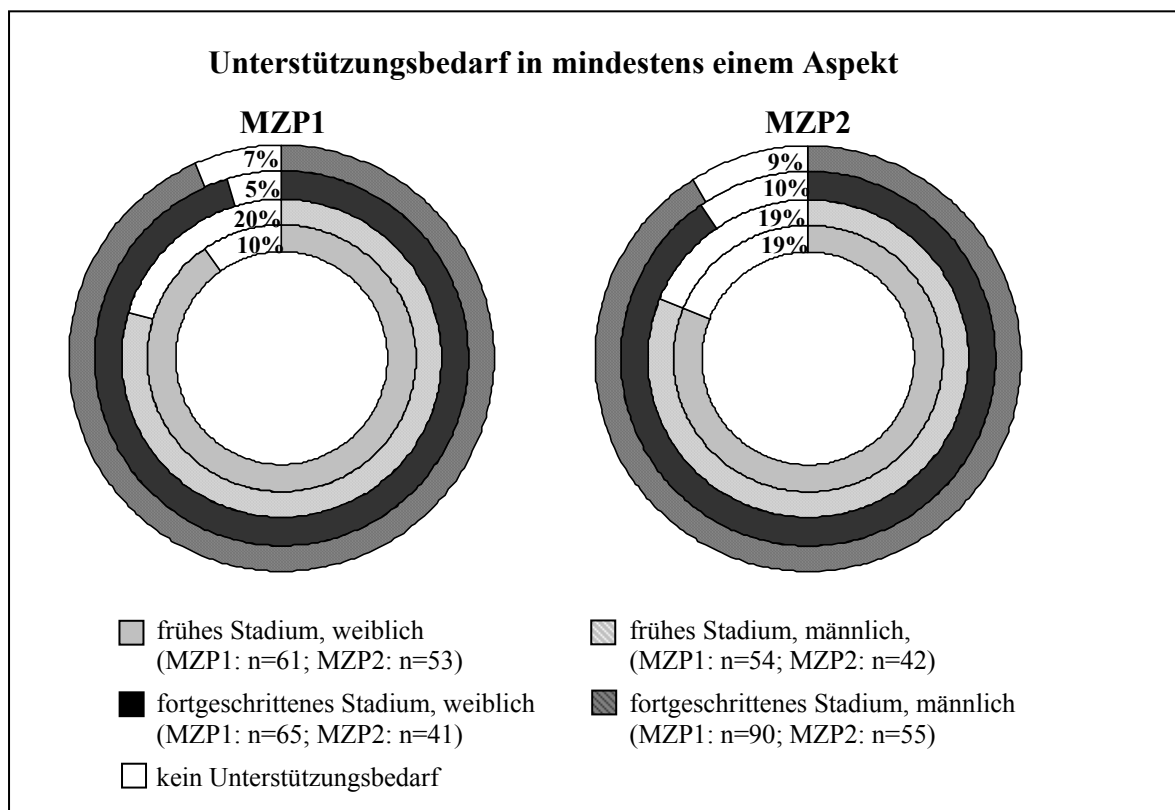


Abbildung 12: *Subjektiver Unterstützungsbedarf in mindestens einem Aspekt (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Zu MZP1 berichten die Patienten Unterstützungsbedarf in durchschnittlich $M=15.17$ einzelnen Aspekten, zu MZP2 in $M=13.49$ Aspekten ($SD\pm 12.02$ bzw. $SD\pm 11.94$, jeweils Range: 0-34). Zum ersten Befragungszeitpunkt geben Männer mit einer Krebserkrankung in einem frühen Stadium die signifikant geringste Anzahl von Unterstützungsaspekten an ($M=11.39$, $SD\pm 12.09$ vs. jeweils Mittelwerte von $M=16$, $SD\pm 12$; $F_{(.05;1,265)}=4.20$, $\eta^2=.02$). Darüber hinaus geben diese Patienten mit zunehmendem Alter signifikant weniger Aspekte an ($r=-.28$, $p<.05$). In den anderen Patientengruppen liegen keine signifikanten Zusammenhänge vor. Zum zweiten Messzeitpunkt geben unabhängig vom Geschlecht Patienten in frühen Erkrankungsstadien eine signifikant geringere Anzahl von Aspekten an, in denen sie Unterstützung benötigen ($M=11.15$, $SD\pm 10.83$ vs. $M=15.80$, $SD\pm 12.57$; $F_{(.01;1,186)}=7.84$, $\eta^2=.04$). Die Verlaufsanalysen wurden getrennt für Männer mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien und den übrigen Patienten durchgeführt. Im Zeitverlauf zeigt sich ein signifikanter Wechselwirkungseffekt: Die Anzahl der Unterstützungsaspekte von Frauen in frühen Krankheitsstadien hat sich signifikant reduziert (MZP1: $M=15.83$, $SD\pm 12.02$, MZP2: $M=11.15$, $SD\pm 10.17$; $F_{(.05;1,146)}=4.80$, $\eta^2=.03$), die der übrigen Patienten befindet sich auf dem gleichen Niveau wie zu MZP1. Signifikante Zusammenhänge mit dem Alter der Patienten bestehen nicht.

Bei den häufigsten spezifischen Aspekten (zwischen 45% und 65% der Patienten äußern unabhängig von der Schwere der Krebserkrankung einen Bedarf an Unterstützung) handelt es sich zum ersten Messzeitpunkt wie auch vier Monate später um den Umgang mit der Angst vor dem Wiederauftreten der Erkrankung, die umgehende Information über die Kontrolle der Krebserkrankung und Testergebnisse, Erschöpfung, Informationen über mögliche Verhaltensänderungen und das Vorhandensein eines festen Ansprechpartners. Unabhängig vom Geschlecht äußert zu MZP1 ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung Unterstützungsbedarf nur bezüglich des Umgangs mit den Sorgen ihrer Angehörigen oder Freunde ($\chi^2_{(.05;1,n=270)}=5.41$, $w=.14$; vgl. Tabelle 14). Zum zweiten Messzeitpunkt berichtet unabhängig vom Geschlecht im Vergleich zu Patienten in frühen Stadien jeweils ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung Unterstützungsbedarf in 21 von 34 vorgegebenen Aspekten (jeweils $p(\chi^2)<.05$; vgl. Tabelle 14). Die χ^2 -Werte liegen zwischen $\chi^2_{(.05;1,n=270)}=5.41$ und $\chi^2_{(.01;1,n=270)}=15.55$; die Effektgrößen betragen zwischen $w=.14$ bis $w=.24$. Die Häufigkeiten der Unterstützungsbedürfnisse sind im Einzelnen in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Spezifische Unterstützungsbedürfnisse (SCNS-SF34-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)

Item	Unterstützungsbedarf bzgl....	MZP1				MZP2			
		frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
9	Progredienzangst	60	52.2	92	59.4	52	54.7	62	64.6
2	Müdigkeit und Erschöpfung ^b	60	52.2	86	55.5	38	40.0	55	57.3
10	Sorgen, das Behandlungsergebnis nicht kontrollieren zu können	60	52.2	83	53.5	41	43.2	48	50.0
28	schnellstmögliche Information über Tumorfreiheit/-kontrolle	59	51.3	93	60.0	45	47.4	57	59.4
29	Information über mögliche Verhaltensänderungen	59	51.3	83	53.5	45	47.4	52	54.2
27	schnellstmögliche Information über Testergebnisse ^b	56	48.7	91	58.7	43	45.3	57	59.4
11	Ungewissheit über die Zukunft ^b	56	48.7	85	54.8	38	40.0	55	57.3
25	Erklärung von Untersuchungsergebnissen	56	48.7	80	51.6	38	40.0	49	51.0
34	fester Ansprechpartner für medizinische Fragen	54	47.0	88	56.8	44	46.3	48	50.0
8	Traurigkeit	54	47.0	74	47.7	34	35.8	43	44.8
24	Informationen zum Umgang mit der Erkrankung und Nebenwirkungen für zu Hause ^b	52	45.2	87	56.1	29	30.5	48	50.0
33	freundliche Ausstattung des Krankenhauses	52	45.2	81	52.3	33	34.7	44	45.8
26	umfassende Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung ^b	50	43.5	85	54.8	36	37.9	52	54.2
7	Niedergeschlagenheit/Depression	50	43.5	63	40.6	31	32.6	42	43.8
23	schriftliche Informationen über zentrale Behandlungsaspekte ^b	49	42.6	74	47.7	30	31.6	45	46.9
32	behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“ ^b	48	41.7	75	48.4	33	34.7	46	47.9
12	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation ^b	48	41.7	70	45.2	30	31.6	47	49.0
22	Berücksichtigung der emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes ^b	48	41.7	66	42.2	28	29.5	42	43.8
21	Behandlung körperlicher Probleme ^b	48	41.7	64	41.3	25	26.3	43	44.8
13	Erhaltung einer positiven Sichtweise	46	40.0	77	49.7	29	30.5	42	43.8
1	Schmerzen ^b	46	40.0	74	47.7	28	29.5	43	44.8
6	Angst	46	40.0	72	46.5	35	36.8	37	38.5
14	Gedanken über Tod und Sterben ^b	45	39.1	68	43.9	27	28.4	42	43.8
30	Zugang zu professioneller Beratung ^b	45	39.1	68	43.9	27	28.4	41	42.7

Fortsetzung Tabelle 14: *Spezifische Unterstützungsbedürfnisse (SCNS-SF34-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Item	Unterstützungsbedarf bzgl....	MZP1				MZP2			
		frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
3	Unwohlsein ^b	44	38.3	70	45.2	21	22.1	38	39.6
4	Arbeit im Haushalt ^b	41	35.7	67	43.2	24	25.3	46	47.9
15	Veränderungen in der Sexualität ^b	41	35.7	62	40.0	27	28.4	40	41.7
31	Informationen über Sexualität ^b	41	35.7	60	38.7	19	20.0	41	42.7
17	Gedanken über Sorgen der Angehörigen/Freunde ^a	40	34.8	73	47.1	27	28.4	36	37.5
20	Verständnis und Wertschätzung der medizinischen Behandler für die Gefühle des Patienten	40	34.8	66	42.2	27	28.4	34	35.4
5	Erledigung von Alltagsangelegenheiten ^b	40	34.8	65	41.9	24	25.3	43	44.8
16	Veränderungen in der Partnerschaft ^b	37	32.2	53	33.5	19	20.0	31	32.3
18	Freiheit bei der Wahl des behandelnden Arztes ^b	29	25.2	47	30.3	15	15.8	35	36.5
19	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses ^b	29	25.2	42	27.1	17	17.9	33	34.4

Anmerkungen: ^asignifikanter Unterschied zwischen Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung zu MZP1, $w=.14$; ^bsignifikanter Unterschied zwischen Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung zu MZP2, Werte zwischen $w=.14$ und $w=.24$.

Im Zeitverlauf haben sich die Unterstützungsbedürfnisse von den Frauen mit früher Krebserkrankung in 11 Aspekten (Schmerzen, Niedergeschlagenheit, Partnerschaft, Wertschätzung/Berücksichtigung emotionaler Reaktionen durch medizinische Behandler, körperliche Probleme, Erhalt von (schriftlichen) Informationen über die Behandlungen, Erklärung von Testergebnissen, Informationen über Sexualität und bzgl. einer angenehmen Atmosphäre im Krankenhaus) signifikant verringert (Werte zwischen $w=.20$ und $w=.30$). Ein signifikant geringerer Anteil der Frauen mit fortgeschrittener Erkrankung äußert Unterstützungsbedarf bzgl. der Wiedererlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation ($w=.14$). Das Ausmaß der Unterstützungsbedürfnisse der Männer in frühen und fortgeschrittenen Stadien hat sich zwischen MZP1 und MZP2 nicht signifikant reduziert.

Zu beiden Messzeitpunkten sind die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten unabhängig von Erkrankungsschwere, Alter und Geschlecht auf der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* am durchschnittlich höchsten

ausgeprägt, gefolgt von den Skalen *Psychologischer Unterstützungsbedarf* und *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung* (vgl. Tabelle 15). Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, die zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnahmen, gaben zum ersten Messzeitpunkt signifikant höhere Werte auf den Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte und Alltagsverrichtung* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf* an ($M=36.35$, $SD\pm 32.34$ vs. $M=23.27$, $SD\pm 26.12$, $d=.45$ bzw. $M=44.56$, $SD\pm 29.06$ vs. $M=34.09$, $SD\pm 27.47$, $d=.37$ bzw. $M=45.51$, $SD\pm 29.08$ vs. $M=35.98$, $SD\pm 26.46$, $d=.34$).

Univariate (Ko-)Varianzanalysen (Krankheitsstadium, Geschlecht als Faktoren, ggfs. Alter als Kovariate) zeigen zu MZP1 einen signifikanten Haupteffekt (Krankheitsstadium) und einen tendenziell signifikanten Interaktionseffekt zwischen Erkrankungsschwere und Geschlecht bzgl. der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*. Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung äußern zu diesem Messzeitpunkt insgesamt einen durchschnittlich höheren Unterstützungsbedarf als Patienten in frühen Stadien ($F_{(.05;1,249)}=5.50$, $eta^2=.02$), Männer in frühen Krankheitsstadien geben die geringsten Ausprägungen an ($F_{(.05;1,249)}=3.88$, $eta^2=.02$; vgl. Tabelle 15). Ein signifikanter Wechselwirkungseffekt liegt zu MZP1 bzgl. des *Psychologischen Unterstützungsbedarfs* vor: Auch hier geben Männer mit früher Krebserkrankung den durchschnittlich geringsten Unterstützungsbedarf an ($F_{(.05;1,249)}=5.07$, $eta^2=.02$; vgl. Tabelle 15). Signifikante Korrelationen bestehen zu MZP1 zwischen dem Alter der Patienten und den Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung* und *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung*: Mit zunehmendem Alter ist der Bedarf in diesen Bereichen geringer ausgeprägt ($r=-.15$, $p<.05$ bzw. $r=-.33$, $p<.01$). Zu MZP2 liegt ein signifikanter Zusammenhang nur noch zwischen dem Alter der Patienten und der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung* vor ($r=-.19$, $p<.05$).

Zum MZP2 geben Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung signifikant höhere Ausprägungen an als Patienten in frühen Stadien auf den Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* ($F_{(.05;1,187)}=6.55$, $eta^2=.03$), *Psychologischer Unterstützungsbedarf* ($F_{(.05;1,187)}=4.53$, $eta^2=.02$), *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung* ($F_{(.01;1,186)}=11.86$, $eta^2=.06$) und *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft* ($F_{(.05;1,187)}=4.35$, $eta^2=.02$) (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: *Unterstützungsbedarf auf Skalenebene (SCNS-SF34-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

		Übergeordnete Unterstützungsbereiche*									
		GI ^a		PA ^b		MB ^c		KA ^d		SX ^e	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
MZP1	frühes Stadium (n=115)	39.70	34.61	32.88	28.78	24.83	30.23	31.94	28.47	23.57	28.51
	Frauen	45.60	33.72	38.11	29.71	30.94	31.86	37.09	29.17	25.14	28.56
	Männer	32.50	34.65	26.50	26.52	17.38	26.56	25.67	26.54	21.67	28.62
	fortgeschrittenes Stadium (n=155)	49.21	32.44	39.25	27.66	27.75	28.97	37.67	28.36	26.98	28.80
	Frauen	47.32	33.77	36.90	28.80	28.23	27.88	38.78	26.73	22.18	27.28
	Männer	50.65	31.52	41.05	26.79	27.39	29.95	36.83	29.69	30.66	29.55
	p**	<.05		n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
	eta ²	.02		-		-		-		-	
MZP2	frühes Stadium (n=95)	32.66	31.35	26.28	26.29	17.95	26.01	22.21	22.40	16.49	25.72
	Frauen	34.99	31.05	28.07	27.31	16.86	25.11	23.27	23.15	13.84	23.96
	Männer	29.66	31.86	23.96	25.06	19.36	28.06	20.83	21.59	19.92	27.76
	fortgeschrittenes Stadium (n=96)	43.52	32.96	34.12	29.02	25.93	31.48	33.60	24.68	25.62	29.61
	Frauen	47.67	33.47	39.76	30.99	29.57	30.81	36.69	25.59	21.14	29.82
	Männer	40.31	32.52	29.76	26.88	23.11	32.0	31.21	23.92	29.09	29.26
	p	<.01		<.05		.05		<.01		<.05	
	eta ²	.03		.02		.02		.06		.02	

Anmerkungen: *Standardisierter Summenscore 0 – 100, ^aSkala *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*, ^bSkala *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, ^cSkala *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, ^dSkala *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung*, ^eSkala *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft*
 **p(Stadium), (Univariate (Ko-)Varianzanalyse, ggfs. Alter als Kovariate).

Die Verlaufsanalysen ((Ko-)Varianzanalysen mit Messwiederholung, Stadium und Geschlecht als Zwischensubjektfaktoren, ggfs. Alter als Kovariate) wurden aufgrund der signifikanten Haupt- bzw. Wechselwirkungseffekte zu MZP1 für die Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf* getrennt für die Patienten mit frühen und fortgeschrittenen Krankheitsstadien sowie getrennt nach Geschlecht durchgeführt. Den Ergebnissen zufolge verändern sich nur die Mittelwerte der Frauen mit einer Erkrankung in frühem Stadium im Zeitverlauf in der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* signifikant ($F_{(0.05;1,52)}=6.80$, $eta^2=.12$). Zu MZP2 geben Frauen wie Männer mit einer Erkrankung in frühem Stadium und Männer mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung auf der Skala *Psychologischer Unterstützungsbedarf* jeweils signifikant geringere Ausprägungen an als zu MZP1 ($F_{(0.05;1,52)}=6.39$, $eta^2=.11$ bzw. $F_{(0.05;1,40)}=6.80$, $eta^2=.10$ bzw. $F_{(0.05;1,51)}=4.66$, $eta^2=.08$). Auf der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung*

verändern sich die Werte aller Patienten im Zeitverlauf tendenziell signifikant ($F_{(0,5;1,183)}=11.40$, $\eta^2=.06$). Weiterhin zeigt sich hier ein Wechselwirkungseffekt zwischen Zeitverlauf und Krankheitsstadium ($F_{(0,5;1,183)}=5.58$, $\eta^2=.03$). In den übrigen Skalen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen über die Zeit hinweg. Die Verläufe der Skalen für Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung zeigt Abbildung 13.

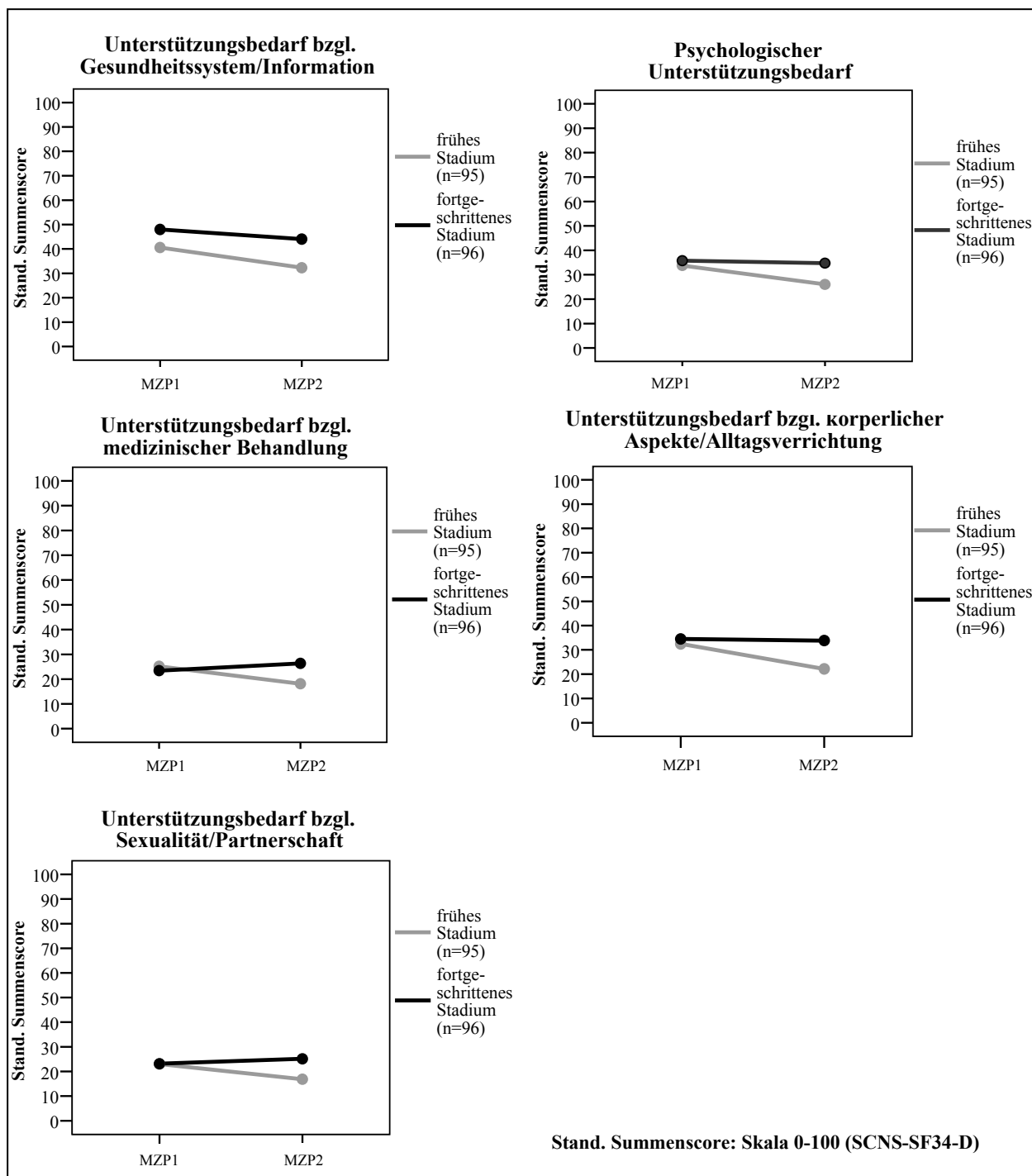


Abbildung 13: Subjektive Unterstützungsbedürfnisse der Patienten im Zeitverlauf (n=191)

6.3 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Zur Erfassung der verschiedenen Inhalte schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf und deren Bedeutungsgehalt wurden die Patienten zum ersten Befragungszeitpunkt gebeten, die Anzahl der erhaltenen schlechten Nachrichten während des Erkrankungsverlaufs und anhand von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die entsprechenden Nachrichteninhalte (siehe Anhang B4.) anzugeben. Zu MZP2 wurden die Patienten danach gefragt, ob sie während der letzten drei Monate zusätzliche schlechte Nachrichten erhalten hatten. Daran anschließend wurden sie zu beiden Messzeitpunkten darum gebeten anzugeben, welche Nachricht die aus ihrer Sicht schlimmste gewesen sei und welche Aspekte dies begründeten.

6.3.1 Anzahl und Inhalte erhaltener schlechter Nachrichten

Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung geben zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt im Durchschnitt eine signifikant höhere Anzahl erhaltener schlechter Nachrichten während des Krankheitsverlaufs an (MZP1: $M=2.14$, $SD\pm 1.78$, Range: 1-12; MZP2: $M=2.44$, $SD\pm 1.61$, Range: 1-6) als Patienten in frühen Stadien (MZP1: $M=1.60$, $SD\pm 1.09$, Range: 1-5, $U_{(01)}=6743$, $Z=-2.60$; MZP2: $M=1.77$, $SD\pm 1.12$, Range: 0-6, $U_{(01)}=2997.50$, $Z=-2.66$; $d=.38$). Dabei haben zu MZP1 signifikant weniger Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (51.6%) nur eine schlechte Nachricht erhalten als Patienten in frühen Erkrankungsstadien (67.8%; $\chi^2_{(05;1,n=266)}=6.53$, $w=.14$). Geschlechtsunterschiede bestehen nicht. Unabhängig von der Erkrankungsschwere sind Patienten, die nur eine schlechte Nachricht erhalten haben, im Durchschnitt signifikant älter ($M=58.3$, $SD\pm 13.32$) als Patienten, denen mehrere Nachrichten mitgeteilt wurden ($M=54.2$, $SD\pm 14.43$; $F_{(05;1,258)}=4.38$, $\eta^2=.02$). Vier Monate später hat sich die Anzahl der Patienten, die mehrere schlechte Nachrichten im Krankheitsverlauf erhalten haben, in beiden Patientengruppen signifikant erhöht (frühes Stadium: 43.2%, $\chi^2_{(05;1,n=87)}=7.81$, $w=.30$; fortgeschrittenes Stadium: 57.5%; $\chi^2_{(05;1,n=87)}=18.0$, $w=.45$), wobei zu MZP2 dieser Anteil in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung nur noch tendenziell signifikant größer ist als in der Gruppe der früh erkrankten Patienten ($\chi^2_{(06;1,n=175)}=3.57$, $w=.14$). Signifikante Alters- oder Geschlechtsunterschiede bestehen zu MZP2 nicht. Abbildung 14 stellt die Verteilung erhaltener schlechter Nachrichten für Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung für beide Messzeitpunkte dar.

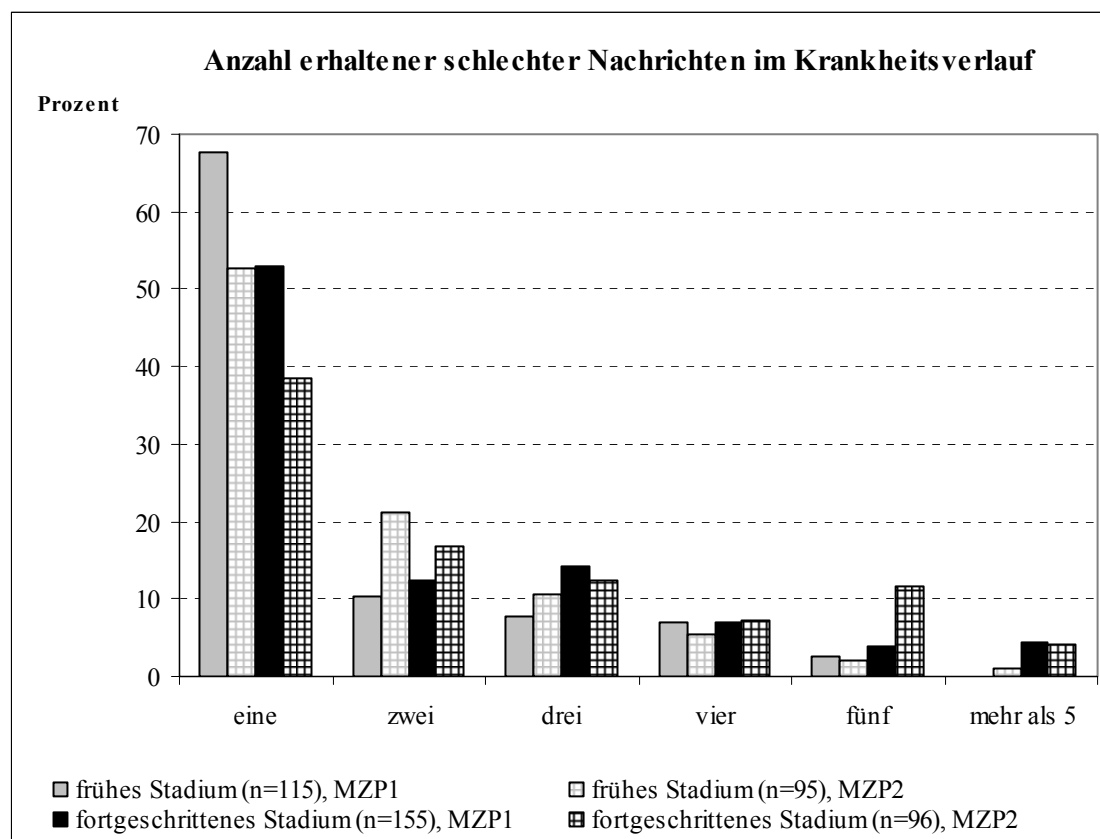


Abbildung 14: Anzahl erhaltener schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

Die häufigsten Inhalte der schlechten Nachrichten beziehen sich zu MZP1 bei Patienten in frühen wie fortgeschrittenen Erkrankungsstadien neben der Mitteilung der Krebsdiagnose (100%) auf die Information über durchzuführende Chemotherapien (früh: 42.0%, fortgeschritten: 43.3%), Nebenwirkungen der Behandlungen (früh: 33.9%, fortgeschritten: 31.1%) sowie körperliche Erkrankungsfolgen (früh: 23.2%, fortgeschritten: 28.7%). Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung hatten weiterhin signifikant häufiger die Mitteilung über eine rezidivierende (14.0%) bzw. metastasierende Erkrankung (28.0%) erhalten als Patienten in frühen Erkrankungsstadien (3.6%, $\chi^2_{(.001;1;n=262)}=8.08$, $w=.18$ bzw. 4.4%, $\chi^2_{(.001;1;n=262)}=24.13$, $w=.30$) sowie die Information über eine ungünstige Prognose (18.0% vs. 8.0%, $\chi^2_{(.05;1;n=262)}=5.37$, $w=.14$). Patienten mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien nennen demgegenüber signifikant häufiger die Notwendigkeit einer Strahlentherapie (42.0%) bzw. Hormontherapie (14.3%) im Rahmen erhaltener schlechter Nachrichten als Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (22.0%, $\chi^2_{(.01;1;n=262)}=12.05$, $w=.21$ bzw. 3.3%, $\chi^2_{(.01;1;n=262)}=10.43$, $w=.20$) (vgl. Abbildung 15).

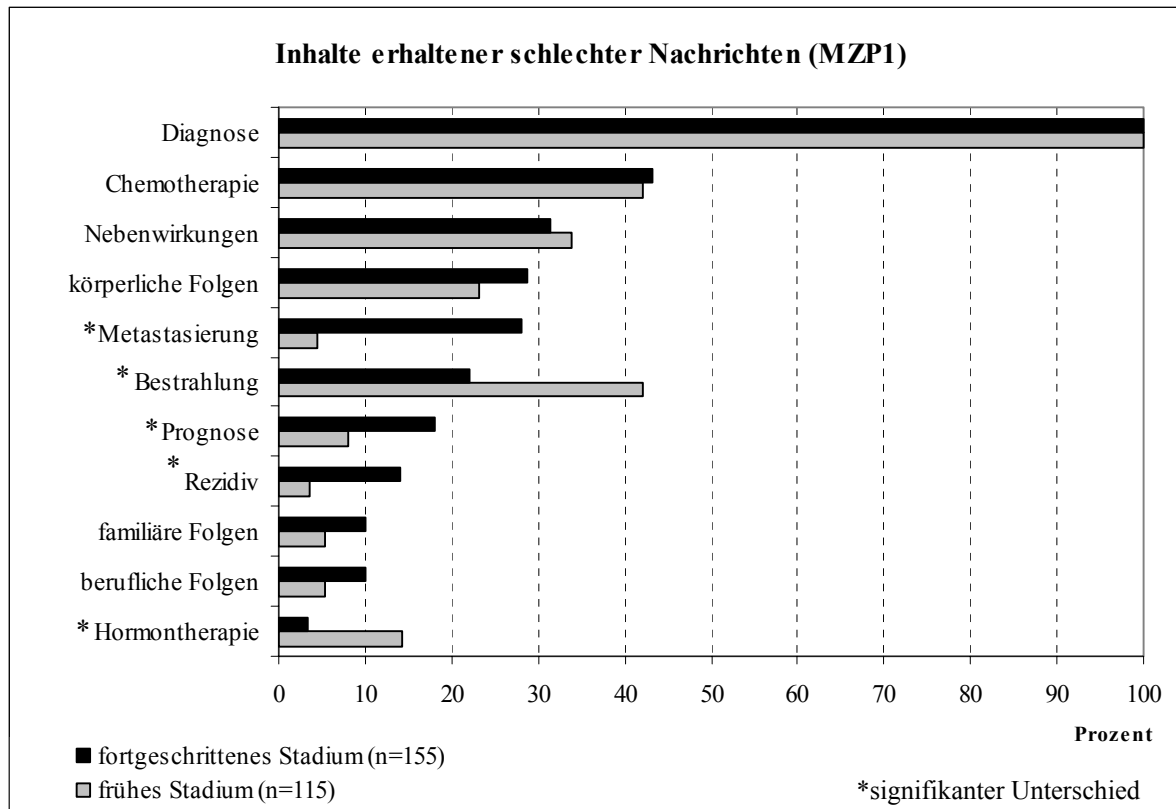


Abbildung 15: *Inhalte erhaltener schlechter Nachrichten (MZP1: N=270)*

In der Gruppe der Patienten in frühen Stadien der Erkrankung zeigen Korrelationsanalysen signifikant negative Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und den Nachrichteninhalten „Chemotherapie“ ($r=-.37$, $p<.01$) und „berufliche Folgen“ ($r=-.27$, $p<.01$). Bei den schwerer erkrankten Patienten resultieren signifikante Korrelationen zwischen dem Alter und beruflichen ($r=-.23$, $p<.01$) sowie sozialen/familiären Folgen ($r=-.19$, $p<.05$) und Hormontherapie ($r=.17$, $p<.05$).

Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die Patienten bezüglich der Inhalte weiterer schlechter Nachrichten seit MZP1 gefragt, ob und wie sich ihre Krebserkrankung seitdem verändert habe. Ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (31.5%) berichtet von negativen Veränderungen, d.h. weiteren schlechten Nachrichten, als in der Gruppe der Patienten in frühen Erkrankungsstadien (16.0%, $\chi^2_{(0.05;1,n=186)}=6.24$, $w=.18$). Hinsichtlich der Nachrichteninhalte zeigen sich keine Signifikanzunterschiede. Tabelle 16 stellt Anzahl und Inhalte weiterer schlechter Nachrichten zwischen MZP1 und MZP2 dar. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde auf weitere Subgruppenanalysen verzichtet.

Tabelle 16: *Weitere schlechte Nachrichten zwischen MZP1 und MZP2 (n=191)*

	frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		p ^b
	n ^a	%	n	%	
Nachricht erhalten	15	15.8	31	32.3	<.05
Nachrichteninhalt					
körperliche Folgen/Komplikationen	10	10.5	11	10.4	n.s.
Progress	1	1.1	5	6.3	n.s.
Rezidiv	1	1.1	6	6.3	n.s.
Metastasierung	1	1.1	6	6.3	n.s.
Neuer Tumor	1	1.1	1	1.0	n.s.
Behandlungsmisserfolg/ neue invasive Behandlung	1	1.1	2	2.0	n.s.

Anmerkungen: ^aUnterschiedliche Häufigkeiten sind auf fehlende Werte in einzelnen Variablen zurückzuführen, ^bchi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher, n.s. nicht signifikant.

6.3.1.1 Subjektiv schlimmste Nachricht

Da anzunehmen ist, dass die jeweiligen Nachrichteninhalte von den Patienten hinsichtlich ihrer negativen Bedeutung unterschiedlich gewichtet werden, wurden sie weiterhin gebeten anzugeben, welche der erhaltenen schlechten Nachrichten aus ihrer Sicht die schlimmste gewesen sei. Obwohl sich die Frage auf die Nennung einer schlimmsten Nachricht bezog, wurden zu MZP1 von 26.3% der Patienten in frühen und 28.1% der Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien mehrere Nachrichteninhalte (jeweils Range: 2-4) angegeben, auch dann, wenn die Patienten vorab bei der Frage nach Anzahl und Inhalten der erhaltenen Nachrichten nur die Mitteilung der Krebsdiagnose angegeben hatten. Die Patienten mit Mehrfachantworten sind dabei sowohl in der Gruppe der frühen Erkrankungsstadien als auch in der Patientengruppe mit fortgeschrittener Erkrankung signifikant häufiger von einer rezidivierenden (frühes Stadium: 14.3% vs. 3.8%, $\chi^2_{(.05;1;n=114)}=4.09$, $w=.19$; fortgeschrittenes Stadium: 62.8% vs. 39.3%, $\chi^2_{(.01;1;n=155)}=6.92$, $w=.21$) bzw. metastasierenden Krebserkrankung (frühes Stadium: 0%, fortgeschrittenes Stadium: 46.5% vs. 28.6%, $\chi^2_{(.05;1;n=155)}=4.49$, $w=.17$) betroffen als die Patienten, die eine Nachricht als schlimmste Information bewerteten.

In Tabelle 17 sind die Angaben der Patienten zu den schlimmsten Nachrichteninhalten zu MZP1 aufgeteilt nach Einfach- und Mehrfachnennungen dargestellt. Insgesamt wird von der Mehrzahl aller Patienten die Krebsdiagnose als schlimmste Nachricht bewertet. Signifikante

Unterschiede zeigen sich nur für Patienten, die – bei Nennung nur des Erhalts der Krebsdiagnose – eine bzw. trotzdem mehrere schlimmste Nachrichten angeben: Hier wird von einem signifikant größeren Anteil der Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung die Information über eine rezidivierende Erkrankung (Einfachnennung) bzw. bei Nennung mehrerer schlimmster Nachrichten die Mitteilung über eine vorliegende Metastasierung als schlimmster Nachrichteninhalte beurteilt als in der Gruppe der Patienten in frühen Erkrankungsstadien ($\chi^2_{(.05;1,n=107)}=4.28$, $w=.20$ bzw. $\chi^2_{(.01;1,n=42)}=8.40$, $w=.45$).

Tabelle 17: *Subjektiv schlimmste Nachricht(en)* (MZPI: N=270)

	Nennung <u>einer</u> schlimmsten Nachricht					Nennung <u>mehrerer</u> schlimmster Nachrichten				
	frühes Stadium (n=53)		fortgeschrittenes Stadium (n=54)			frühes Stadium (n=21)		fortgeschrittenes Stadium (n=21)		
nur Diagnosemitteilung erhalten*	n	%	n	%	p**	n	%	n ^a	%	p**
subjektiv schlimmste Nachricht										
Diagnose	41	77.4	38	70.4	n.s.	18 ^a	85.7	15	71.4	n.s.
Rezidiv	-	-	4	7.4	<.05	1	4.8	2	9.5	n.s.
Metastasierung	-	-	3	5.6	n.s.	-	-	6	28.6	<.01
Chemotherapie	2	3.8	3	5.6	n.s.	8	38.1	6	28.6	n.s.
Prognose	-	-	3	5.6	n.s.	-	-	-	-	n.s.
Strahlentherapie	1	1.9	-	-	n.s.	8	38.1	4	19.0	n.s.
Nebenwirkungen	4	7.5	1	1.9	n.s.	7	33.3	3	14.3	n.s.
körperliche Folgen	1	1.9	-	-	n.s.	5	23.8	8	38.1	n.s.
berufliche Folgen	-	-	1	1.9	n.s.	2	9.5	1	4.8	n.s.
familiäre Folgen	4	7.5	1	1.9	n.s.	3	14.3	3	14.3	n.s.
Hormontherapie	-	-	-	-	n.s.	3	14.3	-	-	n.s.
mehrere schlechte Nachrichten erhalten*	frühes Stadium (n=23)		fortgeschrittenes Stadium (n=53)			frühes Stadium (n=13)		fortgeschrittenes Stadium (n=22)		
subjektiv schlimmste Nachricht	n	%	n	%	p**	n	%	n	%	p**
Diagnose	15	65.2	31	60.8	n.s.	8	61.5	14	63.6	n.s.
Rezidiv	-	-	4	7.8	n.s.	2	15.4	3	13.6	n.s.
Metastasierung	2	8.7	7	13.7	n.s.	2	15.4	8	36.4	n.s.
Chemotherapie	3	13.0	2	3.9	n.s.	5	38.5	6	27.3	n.s.
Prognose	1	4.3	4	7.8	n.s.	1	7.7	5	22.7	n.s.
Strahlentherapie	-	-	-	-	n.s.	3	23.1	4	18.2	n.s.
Nebenwirkungen	1	4.3	-	-	n.s.	5	38.5	4	18.2	n.s.
körperliche Folgen	1	4.3	1	2.0	n.s.	6	46.2	7	31.8	n.s.
berufliche Folgen	-	-	-	-	n.s.	-	-	2	9.1	n.s.
familiäre Folgen	-	-	2	3.9	n.s.	2	15.4	1	4.5	n.s.
Hormontherapie	-	-	-	-	n.s.	-	-	-	-	n.s.

Anmerkungen: *Patientenangaben, **chi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher bei Erwartungswerten ≤ 5 , n.s. nicht signifikant.

Werden diese Auswertungen nur für diejenigen Patienten durchgeführt, die auch an einer rezidivierenden und/oder metastasierenden Erkrankung leiden, resultieren vergleichbare Häufigkeitsverteilungen wie in Tabelle 17, die daher hier nicht weiter aufgeführt werden.

Geschlechtsunterschiede in der Beurteilung der schlimmsten Nachricht zu MZP1 liegen bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung nicht vor. Frauen mit einer Krebserkrankung in frühem Stadium geben signifikant häufiger als die Männer dieser Gruppe die Information über Chemotherapie als schlimmste Nachricht an (23.7% vs. 9.4%, $\chi^2_{(.05;1,n=112)}=4.05$, $w=.19$). Korrelationsanalysen weisen auf signifikante Zusammenhänge in beiden Patientengruppen zwischen dem Alter und der Nennung von Strahlentherapie als schlimmsten Nachrichteninhalte hin (früh: $r=.25$, fortgeschritten: $r=.22$, $p<.01$). Bei den schwerer erkrankten Patienten zeigt sich darüber hinaus eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter und der Beurteilung der Information über eine Metastasierung als schlimmste Information ($r=.21$, $p<.05$).

Zum zweiten Messzeitpunkt benennt ein signifikant größerer Anteil der Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien mehrere Nachrichteninhalte als gleichermaßen schlimm als in der Gruppe der Patienten in frühen Krankheitsstadien (36.5%, Range: 2-4, vs. 16.8%, Range: 2-6; $\chi^2_{(.01;1,n=191)}=9.39$, $w=.22$). Es zeigt sich weiterhin, dass sich im Zeitverlauf zwischen MZP1 und MZP2 die Verteilung der Nennungen nur in der Gruppe der Patienten in frühen Krankheitsstadien dahingehend verändert hat, dass zu MZP2 mehr Patienten nur einen schlimmsten Nachrichteninhalte angeben, allerdings verfehlt das Ergebnis knapp die Signifikanzgrenze ($\chi^2_{(.06;1,n=95)}=3.56$, $w=.19$). Bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung zeigen sich keine Unterschiede (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Anzahl genannter schlimmster Nachrichteninhalte im Zeitverlauf (n=191)

		MZP2				Gesamt	
		ein schlimmster Inhalt		mehrere schlimmste Inhalte		n	%
	MZP1	n	%	n	%	n	%
frühes Stadium	<u>ein</u> schlimmster Inhalt	56	83.6	11	16.4	67	100
	<u>mehrere</u> schlimmste Inhalte	23	82.1	5	17.9	28	100
		79	83.2	16	16.8	95	100
fortgeschrittenes Stadium	<u>ein</u> schlimmster Inhalt	48	72.7	18	27.3	66	100
	<u>mehrere</u> schlimmste Inhalte	13	43.3	17	56.7	30	100
		61	63.5	35	36.5	96	100

Im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (siehe Tabelle 17) zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in der Beurteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht: Sowohl bei Nennung einer wie auch mehrerer schlimmster Nachrichteninhalte beurteilen jeweils etwa zwei Drittel der Patienten zu MZP2 unabhängig von der Schwere der Krebserkrankung die Diagnose als schlimmste Nachricht. Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung bewerten zu MZP2 wie zu MZP1 signifikant häufiger die Information über eine metastasierte (Einfachnennung) bzw. rezidierte Erkrankung (Mehrfachnennung) als schlimmste Nachricht als die Patienten in frühen Stadien der Erkrankung ($\chi^2_{(.05;1,n=140)}=7.01$, $w=.22$ bzw. $\chi^2_{(.05;1,n=50)}=6.52$, $w=.36$; vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Subjektiv schlimmste Nachricht(en) (MZP2: n=191)

Nachrichteninhalt	Nennung <u>einer</u> schlimmsten Nachricht					Nennung <u>mehrerer</u> schlimmster Nachrichten				
	frühes Stadium (n=79)		fortgeschrittenes Stadium (n=61)			frühes Stadium (n=15)		fortgeschrittenes Stadium (n=35)		
	n	%	n	%	p*	n	%	n	%	p
Diagnose	56	70.9	40	65.6	n.s.	9	60.0	21	65.6	n.s.
Rezidiv	2	2.5	2	3.3	n.s.	-	-	10	31.3	<.05
Metastasierung	-	-	5	8.2	<.05	1	6.7	5	15.6	n.s.
Chemotherapie	6	7.6	4	6.6	n.s.	5	33.3	7	21.9	n.s.
Prognose	2	2.5	6	9.8	n.s.	1	6.7	4	12.5	n.s.
Strahlentherapie	2	2.5	-	-	n.s.	4	26.7	3	9.4	n.s.
Nebenwirkungen	5	6.3	3	4.9	n.s.	8	53.3	11	34.4	n.s.
körperliche Folgen	2	2.5	1	1.6	n.s.	6	40.0	8	25.0	n.s.
berufliche Folgen	-	-	-	-	n.s.	-	-	3	9.4	n.s.
familiäre Folgen	2	2.5	-	-	n.s.	1	6.7	5	15.6	n.s.
Hormontherapie	-	-	-	-	n.s.	-	-	1	3.1	n.s.

Anmerkungen: *chi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher, n.s. nicht signifikant.

Die Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht liegt nur zu MZP1 bei den Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung im Durchschnitt signifikant länger zurück als bei den Patienten in frühen Erkrankungsstadien (in Monaten: $M=13.22$, $Md=4.45$, $SD\pm 26.49$, Range: 0.13-189.97 vs. $M=4.35$, $Md=2.66$, $SD\pm 6.28$, Range: 0.30-52.66; $T_{(.01;248)} = -3.85$; $d=.54$). Zu MZP2 bestehen keine signifikanten Unterschiede mehr (frühes Stadium: $M=7.15$, $Md=6.36$, $SD\pm 4.13$, Range: 0.39-35.47; fortgeschrittenes Stadium: $M=10.12$, $Md=6.31$, $SD\pm 10.0$, Range: 0.85-61.28). Der Zeitabstand hat sich nur bei Patienten mit einer Krebserkrankung in frühem Stadium signifikant verlängert ($F_{(.001;1,85)}=128.44$; $\eta^2=.60$). Zu beiden Messzeitpunkten geben signifikant mehr Patienten in frühen Erkrankungsstadien an, die schlimmste Nachricht im Laufe des vergangenen Jahres erhalten zu haben als Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung ($\chi^2_{(.01;6,n=250)}=21.71$, $w=.29$ bzw. $\chi^2_{(.05;6,n=172)}=14.98$, $w=.30$; vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: *Monate seit Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

	MZP1				MZP2			
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zeit seit Mitteilung								
vor 0 bis 6 Monaten	88	81.5	82	57.7	39	41.1	38	39.6
vor 6 bis 12 Monaten	16	14.8	28	19.7	46	48.4	25	26.0
vor 1-2 Jahren	2	1.8	12	8.5	4	4.2	13	13.5
vor 2-3 Jahren	1	0.9	7	4.9	1	1.1	2	2.1
vor 3-4 Jahren	-	-	3	2.1	-	-	3	3.1
vor 4-5 Jahren	1	0.9	4	2.8	-	-	-	-
vor mehr als 5 Jahren	-	-	6	4.2	-	-	1	1.0

6.3.1.2 Bedeutungsgehalt der subjektiv schlimmsten Nachricht

Neben der Nennung der subjektiv schlimmsten Nachricht wurden die Patienten zu beiden Messzeitpunkten gebeten anzugeben, welche Bedeutung diese für sie habe. Aus diesen freitextlichen Angaben wurden mittels inhaltlicher Verdichtung folgende Kategorien gebildet: „(Angst vor) körperlichen Erkrankungs- und/oder Behandlungsfolgen“, „Unvorhersehbarkeit/Ungewissheit/Hilflosigkeit“, „begrenzte Lebenserwartung/schlechte Prognose“, „Angst vor dem Tod“, „(Angst vor) Fortschreiten der Erkrankung“ und „sonstige Bedeutung“. Darüber hinaus gab eine Reihe von Patienten nur den nicht näher spezifizierten Bedeutungsgehalt „Diagnose Krebs“ an, der daher als eigenständige Kategorie gewertet

wurde. Die Verteilung der Kategorien unterscheidet sich zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Stadien zu beiden Messzeitpunkten signifikant ($\chi^2_{(0.01;6,n=176)}=20.11$, $w=.34$ bzw. $\chi^2_{(0.05;6,n=113)}=16.30$, $w=.38$): Patienten in frühen Stadien der Erkrankung äußern häufiger Ängste vor körperlichen Folgen der Erkrankung und Behandlung, wie auch den Umgang damit (20.9% bzw. 17.9% vs. 7.1% vs. 3.1%), während ein größerer Anteil der Patienten in fortgeschrittenen Stadien die Unheilbarkeit bzw. ungünstige Prognose nennt (13.5% bzw. 12.5% vs. 6.1% bzw. 3.2%, vgl. Abbildung 16). Signifikante Geschlechts- oder Altersunterschiede bestehen zu beiden Messzeitpunkten nicht. Im Zeitverlauf verändern sich die Beurteilungen der Patienten nicht signifikant. Abbildung 16 stellt die Verteilung der Bedeutungskategorien für beide Messzeitpunkte dar.

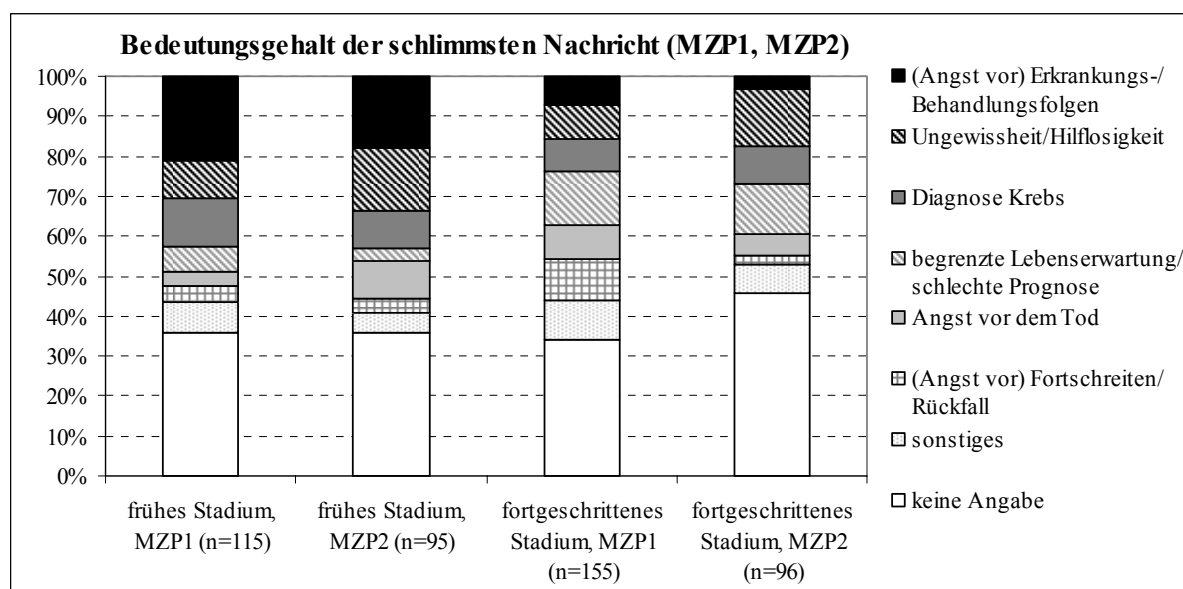


Abbildung 16: *Bedeutungsgehalt der schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

6.3.2 Kontextuelle Bedingungen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht

Unabhängig von der Erkrankungsschwere geben nahezu alle Patienten an, die subjektiv schlimmste Nachricht durch einen Arzt bzw. eine Ärztin erhalten zu haben (früh: MZP1: 77.4% bzw. 18.3%; MZP2: 72.6% bzw. 23.2%; fortgeschritten: MZP1: 79.4% bzw. 14.8%, MZP2: 81.3% bzw. 17.7). Eine Patientin bzw. ein Patient mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung wurde durch ihren Sohn und ihre Schwiegertochter bzw. durch eine Selbsthilfegruppe informiert. Ein Patient gab eine andere, nicht näher spezifizierte Person als Überbringer der subjektiv schlimmsten Nachricht an. Nach der Fachrichtung der

mitteilenden Ärzte befragt, gaben sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt knapp ein Viertel (fortgeschrittenes Stadium) bzw. ein Fünftel (frühes Stadium) der Patienten an, die Nachricht von einem Arzt im Krankenhaus erhalten zu haben, ohne Angabe der jeweiligen Fachrichtung. (Tendenziell) signifikant mehr Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung gaben jeweils an, von einem Onkologen informiert worden zu sein (MZP1: 20.0% vs. 10.4%, $\chi^2_{(.05;1,n=226)}=4.09$, $w=.13$; MZP2: 16.7% vs. 7.4%, $\chi^2_{(.06;1,n=184)}=3.59$, $w=.14$). Demgegenüber berichteten die Patienten in frühen Erkrankungsstadien zu beiden Messzeitpunkten signifikant häufiger, die subjektiv schlimmste Nachricht von einem Urologen (MZP1: 18.3% vs. 7.7%, $\chi^2_{(.01;1,n=226)}=7.73$, $w=.18$; MZP2: 17.9% vs. 7.3%, $\chi^2_{(.05;1,n=184)}=5.31$, $w=.17$) oder Gynäkologen erhalten zu haben (MZP1: 16.5% vs. 7.1%, $\chi^2_{(.01;1,n=226)}=6.73$, $w=.17$; MZP2: 16.8% vs. 5.2%, $\chi^2_{(.01;1,n=184)}=7.06$, $w=.20$). Sonstige Fachrichtungen spielen nach Aussagen der Patienten eine eher untergeordnete Rolle. Abbildung 17 zeigt die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Fachrichtungen.

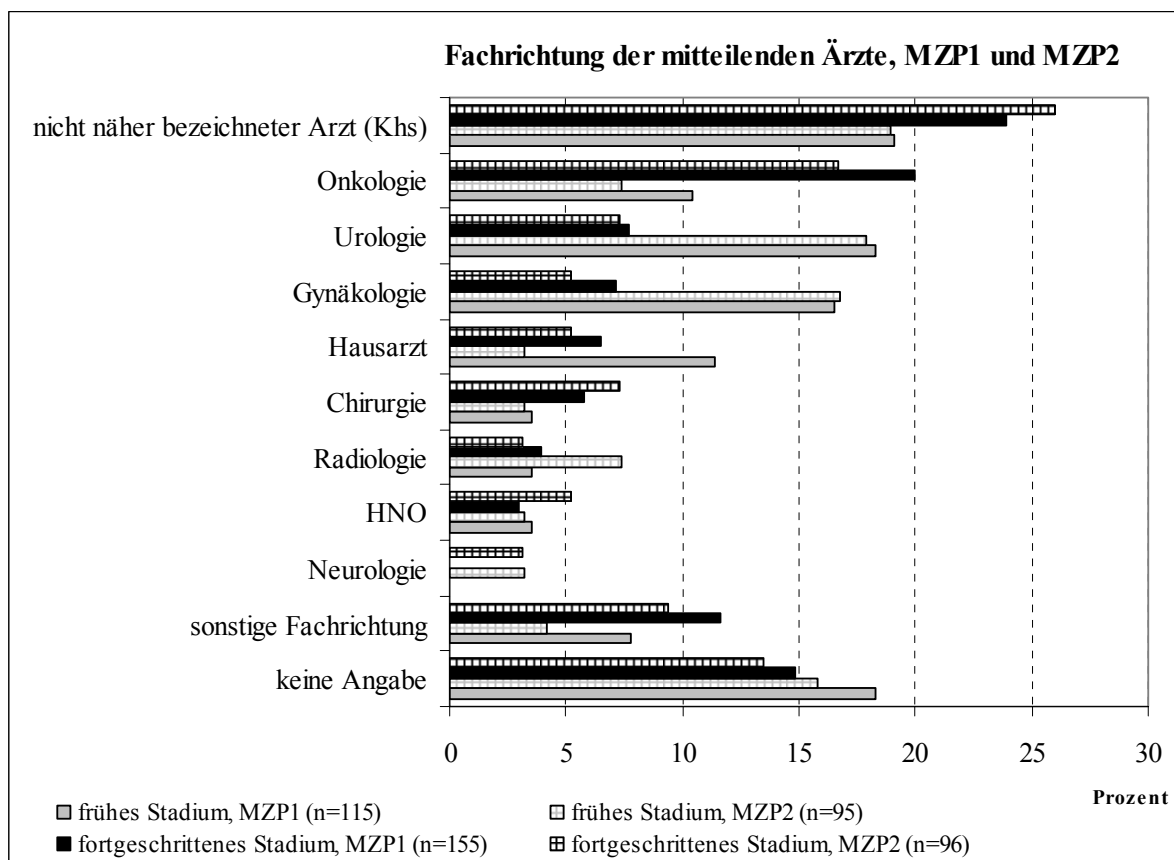


Abbildung 17: *Fachrichtung der mitteilenden Ärzte (schlimmste Nachricht) (MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Etwa die Hälfte der Patienten in frühen (44.3%) und in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien (54.2%) berichtet zu MZP1, die subjektiv schlimmste Nachricht im Krankenhaus erhalten zu haben. Bei jeweils knapp 30% beider Patientengruppen fand diese Mitteilung in einer Arztpraxis statt, 5.2% der schwerkranken Patienten und 9.6% der Patienten in frühen Krankheitsstadien wurde die Nachricht telefonisch übermittelt (vgl. Abbildung 18). Zu MZP2 geben signifikant mehr Patienten in frühen als in fortgeschrittenen Krankheitsstadien an, in einer Praxis darüber informiert worden zu sein (40.0% vs. 20.8%, $\chi^2_{(0.01;1,n=191)}=8.30$, $w=.21$) und signifikant mehr Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung benennen das Krankenhaus als Mitteilungsort der subjektiv schlimmsten Nachricht (57.3% vs. 31.6%, $\chi^2_{(0.001;1,n=191)}=12.78$, $w=.26$, vgl. Abbildung 18). Im Zeitverlauf haben sich die Angaben der Patienten in frühen Stadien bezüglich Krankenhaus und Arztpraxis signifikant verändert ($\chi^2_{(0.01;1,n=94)}=10.71$, $w=.34$ bzw. $\chi^2_{(0.05;1,n=94)}=6.54$, $w=.26$), bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung nur im Hinblick auf die Arztpraxis als Mitteilungsort ($\chi^2_{(0.01;1,n=93)}=8.07$, $w=.29$).

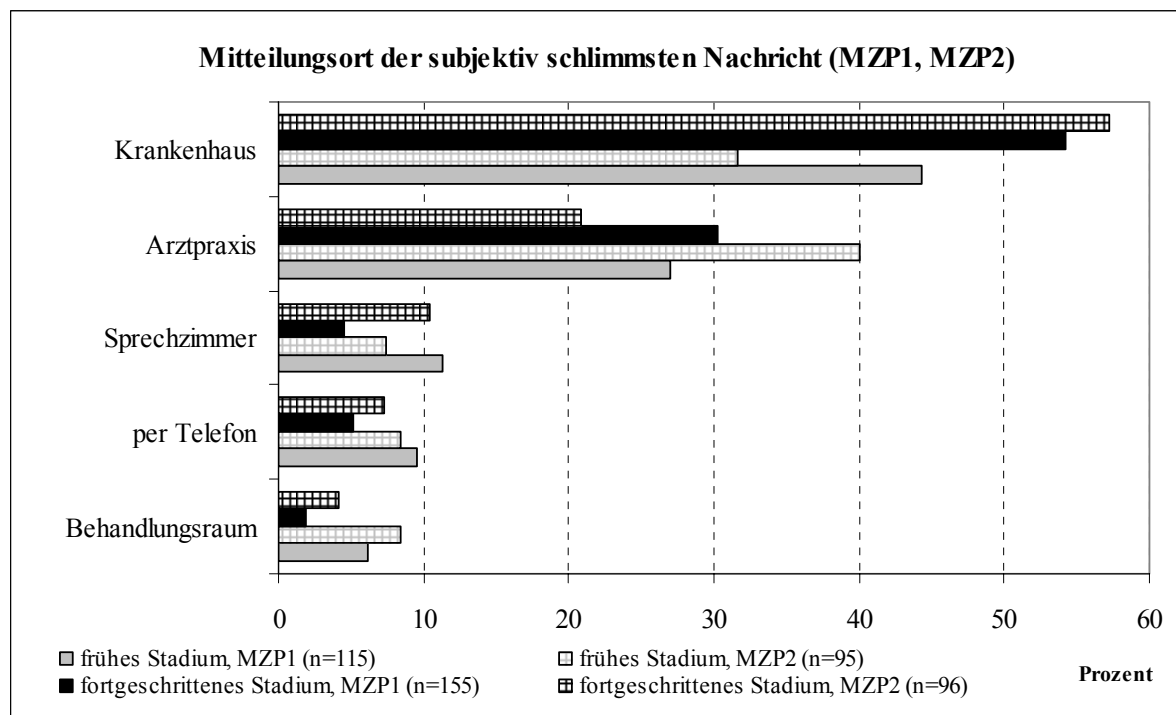


Abbildung 18: Mitteilungsort der subjektiv schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

Zu beiden Messzeitpunkten geben mehr als die Hälfte der Patienten in frühen und fortgeschrittenen Erkrankungsstadien an, mit dem mitteilenden Arzt bei der Überbringung der subjektiv schlimmsten Nachricht allein gewesen zu sein. Jeweils zwischen 25% und 30%

wurden von ihrem Partner, zwischen 7% und 12% von weiteren Familienangehörigen begleitet. Signifikante Unterschiede im zeitlichen Verlauf wie auch zwischen Patienten unterschiedlicher Erkrankungsschwere zeigen sich nicht (vgl. Abbildung 19). Zusammenhänge zwischen der Anwesenheit von Bezugspersonen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht mit Geschlecht oder Alter der Patienten und dem Ausmaß ihrer psychosozialen Gesamtbelastung liegen ebenfalls nicht vor (jeweils $r < .10$).

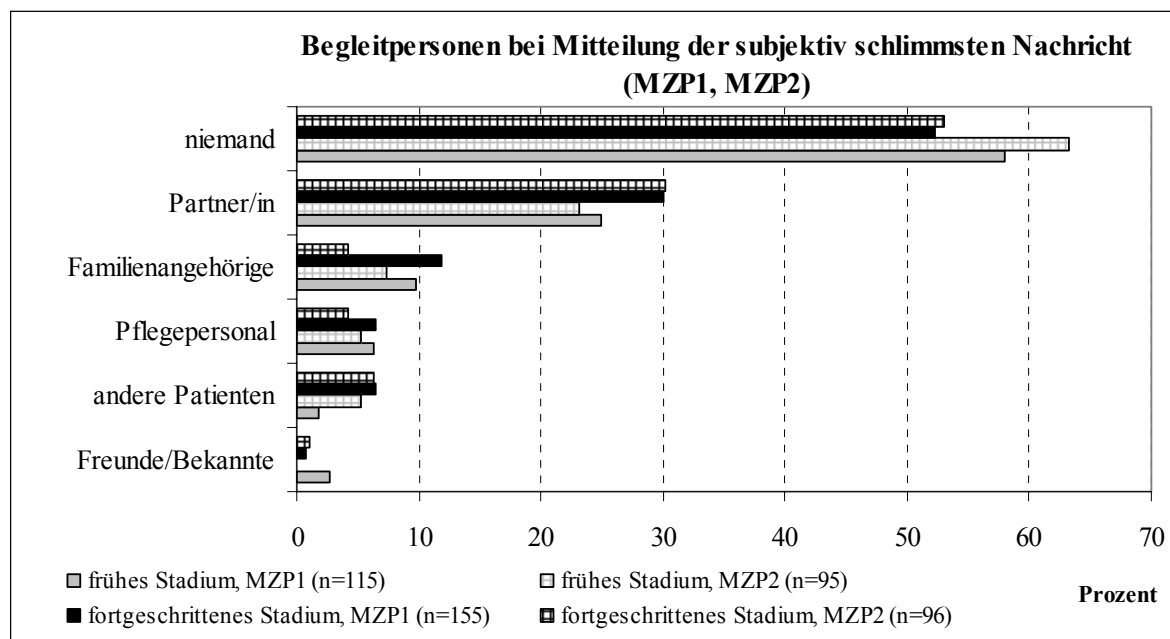


Abbildung 19: Anwesende bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

6.4 Zielbereich II: Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu den spezifischen Kommunikationspräferenzen der Patienten sowie zu den Präferenzdimensionen dargestellt. Danach erfolgt ein Vergleich der Beurteilungen mit denen US-amerikanischer und japanischer Patienten.

6.4.1 Spezifische Kommunikationspräferenzen

Patienten, die zu MZP2 ihren Fragebogen nicht zurückgesendet haben, unterscheiden sich in der Ausprägung ihrer durchschnittlichen Präferenzen zu MZP1 nicht signifikant von den teilnehmenden Patienten zu MZP2. In Tabelle 21 (S. 93-95) sind die Mittelwerte und

Standardabweichungen der patientenseitigen Beurteilungen zu beiden Messzeitpunkten dargestellt. Geordnet sind die Präferenzen absteigend nach Priorität der Patienten in frühen Stadien, d.h. der Höhe der Mittelwerte, zu MZP1. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass unabhängig von der Erkrankungsschwere die Patienten zu beiden Befragungszeitpunkten nur bei einer geringen Anzahl (zwischen 3 und 7) der 46 beschriebenen ärztlichen Verhaltensweisen bzw. Fähigkeiten Mittelwerte von jeweils $M < 3$ angeben und diese somit im Durchschnitt als insgesamt eher weniger wichtig bewerten (Skalenwert 3 = „wichtig“). Mittelwerte von 4 („sehr wichtig“) und höher liegen je nach Erkrankungsschwere und Messzeitpunkt bei 15 bis 21 Verhaltensweisen vor. Die wichtigsten ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht sind aus Patientensicht zu beiden Messzeitpunkten unabhängig von der Erkrankungsschwere, Alter und Geschlecht der Patienten (1) die Mitteilung der Nachricht in einem persönlichen Gespräch und (2) die Information über die beste Behandlungsmöglichkeit (vgl. Tabelle 21).

Signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und der eingeschätzten Wichtigkeit der ärztlichen Verhaltensweisen/Kompetenzen liegen zu MZP1 und MZP2 bei den folgenden 6 Aspekten vor:

- Volle Aufmerksamkeit ($r = -.22, p < .001$) ($r = -.25, p < .001$)
- Einräumen von Zeit zur Beantwortung von Fragen ($r = -.25, p < .01$) ($r = -.25, p < .001$)
- Direktheit ($r = -.12, p < .05$) ($r = -.15, p < .05$)
- Einräumen von Zeit für alle Fragen des Patienten ($r = -.22, p < .001$) ($r = -.20, p < .01$)
- Information über Erreichbarkeit des Arztes ($r = -.18, p < .01$) ($r = -.17, p < .05$)
- Information über professionelle Unterstützungsangebote ($r = -.18, p < .01$) ($r = -.16, p < .05$)

Signifikante Zusammenhänge mit dem Alter bestehen zu MZP1, aber nicht zu MZP2 weiterhin bei folgenden 8 Präferenzen:

- Kenntnis des aktuellen Forschungsstands ($r = -.13, p < .05$) ($r = .00, n.s.$)
- Ehrlichkeit ($r = -.12, p < .05$) ($r = -.11, n.s.$)
- Zuhören können ($r = -.14, p < .05$) ($r = -.09, n.s.$)
- Erkundigung nach Fragen ($r = -.16, p < .05$) ($r = -.03, n.s.$)
- Arzt sollte Patienten gut kennen ($r = .26, p < .001$) ($r = .05, n.s.$)
- Sorge für den Patienten zum Ausdruck bringen ($r = .21, p < .01$) ($r = .12, n.s.$)

- Information der Familie über Diagnose ($r=.17, p<.01$) ($r=-.11, n.s.$)
- Information der Familie über Prognose ($r=.16, p<.05$) ($r=-.11, n.s.$)

In 5 Präferenzen (eine davon zählt zu den insgesamt 10 prioritären Präferenzen, jeweils zwei zum Drittel mittlerer bzw. geringerer Wichtigkeit, vgl. Tabelle 21) unterscheiden sich zu MZP1 bzw. MZP2 Patienten hinsichtlich der Erkrankungsschwere: Patienten in frühen Stadien halten es für signifikant wichtiger als Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, die volle Aufmerksamkeit des Arztes zu haben ($F_{(.05;1,260)}=4.08; \eta^2=.02$), versichert zu bekommen, dass der Arzt alles in seiner Macht stehende für eine Heilung tun werde ($F_{(.01;1,251)}=7.02, \eta^2=.03$) sowie detaillierte Informationen über Testergebnisse zu erhalten ($F_{(.05;1,256)}=4.40, \eta^2=.02$). Diese Unterschiede bestehen zu MZP2 nicht mehr, wobei getrennt für Patienten mit früher und fortgeschrittener Krankheit durchgeführte (Ko-) Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Überprüfung signifikanter Veränderungen im Zeitverlauf keine signifikanten Haupt- oder Wechselwirkungseffekte zeigen. Weiterhin ist Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung bei einer insgesamt eher unterdurchschnittlichen Wichtigkeit zu beiden Messzeitpunkten die Unterstützung des Arztes bei der Information der Familie über die Krebsdiagnose und Prognose signifikant wichtiger als Patienten in frühen Stadien der Erkrankung (MZP1: $F_{(.05;1,253)}=5.56, \eta^2=.02$ bzw. $F_{(.05;1,247)}=5.69, \eta^2=.02$, MZP2: $F_{(.05;1,182)}=6.39, \eta^2=.03$ bzw. $F_{(.05;1,180)}=6.27, \eta^2=.03$; vgl. Tabelle 21). Es besteht zu MZP2 jeweils ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen Geschlecht und Stadium: Frauen mit fortgeschrittener Krebserkrankung schätzen dies signifikant wichtiger ein als die übrigen Patienten (jeweils $M=3.4$ vs jeweils $M=2.8$, $F_{(.05;1,182)}=6.63, \eta^2=.04$ bzw. $F_{(.05;1,180)}=6.42, \eta^2=.03$). Im Zeitverlauf zeigen sich keine signifikanten Veränderungen.

Unabhängig von der Erkrankungsschwere erachten zu beiden Messzeitpunkten Frauen die folgenden 7 ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten für signifikant wichtiger als Männer (sämtliche Präferenzen zählen insgesamt dabei zu den Dritteln mittlerer und geringerer Wichtigkeit, vgl. Tabelle 21, S. 93-95):

- Blickkontakt (MZP1: Frauen $M=4.09, SD\pm.80$; Männer $M=3.65; SD\pm.97$; $F_{(.001;1,254)}=15.20, \eta^2=.06$; MZP2: Frauen $M=4.01, SD\pm.86$; Männer $M=3.72; SD\pm.83$; $F_{(.05;1,183)}=5.90, \eta^2=.03$)

- Informationen über professionelle Unterstützungsangebote (MZP1: Frauen $M=3.81$, $SD\pm.92$; Männer $M=3.43$, $SD\pm.96$; $F_{(.05;1,254)}=10.97$, $\eta^2=.04$; MZP2: Frauen $M=3.70$, $SD\pm.90$; Männer $M=3.42$, $SD\pm.77$; $F_{(.05;1,184)}=4.09$, $\eta^2=.02$)
- Vermittlung des Gefühls, dass emotionale Reaktionen auf die schlechte Nachricht verständlich sind (MZP1: Frauen $M=3.83$, $SD\pm.94$; Männer $M=3.22$, $SD\pm 1.04$; $F_{(.001;1,245)}=21.86$, $\eta^2=.08$; MZP2: Frauen $M=3.68$, $SD\pm.95$; Männer $M=3.18$, $SD\pm.84$; $F_{(.001;1,182)}=14.08$, $\eta^2=.07$)
- explizite Aussage, dass Wut, Traurigkeit oder Angst auf die schlechte Nachricht verständlich sind (MZP1: Frauen: $M=3.60$, $SD\pm.99$, Männer: $M=3.05$, $SD\pm 1.06$; $F_{(.001;1,254)}=17.66$, $\eta^2=.07$; MZP2: Frauen: $M=3.39$, $SD\pm 1.01$, Männer: $M=2.82$, $SD\pm.91$; $F_{(.001;1,184)}=15.53$, $\eta^2=.07$). Im Zeitverlauf zwischen MZP1 und MZP2 haben sich die Einschätzungen der Männer unabhängig von der Schwere der Krebserkrankung signifikant verändert ($F_{(.05;1,90)}=5.79$, $\eta^2=.06$).
- Ermutigung zum Gefühlsausdruck (MZP1: Frauen $M=3.58$, $SD\pm.94$; Männer $M=3.13$; $SD\pm 1.04$; $F_{(.01;1,250)}=11.42$, $\eta^2=.04$; MZP2: Frauen $M=3.40$, $SD\pm.91$; Männer $M=3.0$; $SD\pm.97$; $F_{(.01;1,184)}=7.71$, $\eta^2=.04$)
- Trost bei der emotionalen Reaktion (MZP1: Frauen: $M=3.46$, $SD\pm.96$; Männer: $M=2.87$, $SD\pm 1.0$; $F_{(.001;1,251)}=19.92$, $\eta^2=.07$; MZP2: Frauen: $M=3.17$, $SD\pm 1.06$; Männer: $M=2.63$, $SD\pm.75$; $F_{(.001;1,183)}=15.49$, $\eta^2=.08$). Hier zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt im Zeitverlauf sowohl bei Männern als auch bei Frauen ($F_{(.01;1,88)}=8.49$, $\eta^2=.09$ bzw. $F_{(.05;1,87)}=5.54$, $\eta^2=.06$).
- körperliche Berührung durch den Arzt (z.B. der Hand oder Schulter) bei der Nachrichtenmitteilung (MZP1: Frauen: $M=2.24$, $SD\pm 1.05$, Männer: $M=1.79$, $SD\pm.67$; $F_{(.001;1,251)}=15.87$, $\eta^2=.06$; MZP2: Frauen: $M=2.06$, $SD\pm.95$, Männer: $M=1.77$, $SD\pm.55$; $F_{(.05;1,186)}=6.65$, $\eta^2=.04$)

Zum ersten, aber nicht zu zweiten Messzeitpunkt beurteilen weiterhin unabhängig vom Krankheitsstadium Frauen folgende ärztliche Verhaltensweisen für signifikant wichtiger als Männer:

- Anwesenheit eines weiteren Mitglieds des Behandlungsteams (MZP1: Frauen: $M=2.81$, $SD\pm 1.0$, Männer: $M=2.39$, $SD\pm 1.08$; $F_{(.01;1,249)}=11.72$, $\eta^2=.05$; MZP2: Frauen: $M=2.48$, $SD\pm.96$, Männer: $M=2.27$, $SD\pm.96$; n.s.). Im Zeitverlauf zeigen sich

signifikante Veränderungen der Einschätzungen der weiblichen Patienten unabhängig vom Krankheitsstadium ($F_{(.01;1,87)}=8.09$, $\eta^2=.09$).

- Vermittlung von Hoffnung (MZP1: Frauen $M=3.98$, $SD\pm.85$; Männer $M=3.67$; $SD\pm.99$; $F_{(.05;1,243)}=5.24$, $\eta^2=.02$; MZP2: Frauen $M=3.73$, $SD\pm.99$; Männer $M=3.53$; $SD\pm.86$; n.s.). Im Zeitverlauf zeigen sich unabhängig vom Krankheitsstadium signifikante Veränderungen der Einschätzungen der Frauen ($F_{(.05;1,83)}=4.95$, $\eta^2=.06$).
- Vermittlung des Gefühls, alle Fragen stellen zu können (MZP1: Frauen $M=3.98$, $SD\pm.76$; Männer $M=3.87$; $SD\pm.80$; $F_{(.05;1,254)}=4.13$, $\eta^2=.02$; MZP2: Frauen $M=4.01$, $SD\pm.81$; Männer $M=3.84$; $SD\pm.81$, n.s.)
- schnellstmögliche Mitteilung der schlechten Nachricht (MZP1: Frauen $M=4.10$, $SD\pm.69$; Männer $M=3.71$; $SD\pm 1.01$; $F_{(.01;1,258)}=9.94$, $\eta^2=.04$; MZP2: Frauen $M=4.02$, $SD\pm.72$; Männer $M=3.81$; $SD\pm.80$; n.s.)
- Erfassung des Informationsbedarfs zu Behandlungsmöglichkeiten (MZP1: Frauen $M=4.11$, $SD\pm.87$; Männer $M=3.87$; $SD\pm.98$; $F_{(.05;1,258)}=4.34$, $\eta^2=.02$; MZP2: Frauen $M=3.99$, $SD\pm.94$; Männer $M=3.85$; $SD\pm.83$; n.s.).

Obwohl in den drei letztgenannten Aspekten zu MZP2 keine signifikanten Unterschiede der Einschätzungen von Männern und Frauen mehr bestehen, zeigen sich im Zeitverlauf keine signifikanten Haupt- oder Wechselwirkungseffekte.

Bei den übrigen 19 Präferenzen des MPP-D, die jeweils im mittleren Wichtigkeitsdrittel liegen, bestehen weder zu MZP1 noch zu MZP2 signifikante Unterschiede hinsichtlich Krankheitsstadium, Alter oder Geschlecht der Patienten (vgl. Tabelle 21). Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt je einen signifikanten Haupteffekt bezüglich des Bedürfnisses nach Vereinbarung eines weiteren, zeitnahen Termins zur Besprechung der Behandlungsplanung und des Erhalts von Informationen über die Erreichbarkeit des Arztes für Fragen im Vorfeld des nächsten Termins ($F_{(.05;1,172)}=6.31$, $\eta^2=.04$ bzw. $F_{(.01;1,177)}=7.39$, $\eta^2=.04$) sowie in Bezug auf den letzten Aspekt einen tendenziell signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen Zeitverlauf und Erkrankungsschwere ($F_{(.05;1,177)}=3.81$, $\eta^2=.02$; vgl. Tabelle 21). Mittelwerte und Standardabweichungen für die 46 Präferenzen des MPP-D stellt Tabelle 21 für Patienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung zu beiden Messzeitpunkten dar.

Tabelle 21: Spezifische Kommunikationspräferenzen bei Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MPP-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)

Item	Präferenz*	MZP1						MZP2					
		frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		p**	eta ²	frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		p	eta ²
M	SD	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
1	Mitteilung in einem persönlichen Gespräch	4.38	.89	4.51	.75	n.s.	-	4.48	.79	4.46	.82	n.s.	-
16	Information über beste Behandlungsoption	4.47	.69	4.41	.64	n.s.	-	4.38	.69	4.44	.71	n.s.	-
26 ^b	Zeit, Fragen vollständig zu beantworten	4.35	.74	4.28	.71	n.s.	-	4.30	.64	4.28	.71	n.s.	-
5 ^{b,c}	volle Aufmerksamkeit des Arztes	4.30	.79	4.17	.74	<.05	.02	4.23	.83	4.17	.73	n.s.	-
25 ^{b,c}	Arzt sollte neuesten Forschungsstand kennen	4.30	.77	4.31	.65	n.s.	-	4.26	.69	4.27	.64	n.s.	-
10 ^b	direkte Aufklärung, nicht „um den heißen Brei herum reden“	4.29	.76	4.26	.71	n.s.	-	4.31	.70	4.24	.68	n.s.	-
22 ^b	ehrlich über Ernsthaftigkeit des Zustands sprechen	4.28	.82	4.23	.75	n.s.	-	4.31	.70	4.28	.70	n.s.	-
17	Erläuterung aller in Frage kommender Behandlungen	4.21	.81	4.19	.69	n.s.	-	4.32	.76	4.26	.79	n.s.	-
4	keine Unterbrechungen	4.21	.80	4.11	.76	n.s.	-	4.22	.84	4.15	.73	n.s.	-
12	einfache, klare Worte	4.21	.76	4.09	.85	n.s.	-	4.06	.86	4.02	.83	n.s.	-
24	Vertrauen in ärztliche Fachkompetenz	4.20	.66	4.17	.64	n.s.	-	4.13	.59	4.09	.62	n.s.	-
40	Versicherung des Arztes, alles für eine Heilung zu tun	4.15	.83	3.79	1.06	<.01	.03	3.97	.86	3.97	1.08	n.s.	-
38 ^b	Arzt sollte zuhören können	4.13	.83	4.17	.78	n.s.	-	4.13	.84	4.18	.77	n.s.	-
28 ^{b,c}	einräumen von Zeit für alle Fragen des Patienten	4.11	.79	3.98	.73	n.s.	-	4.09	.78	3.90	.72	n.s.	-
13 ^a	Frage nach subjektivem Informationsbedarf zur Behandlung	4.07	.87	3.92	.98	n.s.	-	3.96	.89	3.87	.89	n.s.	-
20	Mitteilung der Prognose	4.06	.91	4.05	.84	n.s.	-	3.98	.83	4.0	.91	n.s.	-
21	Mitteilung sovieler Informationen wie möglich	4.06	.93	3.96	.83	n.s.	-	4.05	.77	3.97	.81	n.s.	-
23	Informationen über Alltagsbeeinträchtigungen	4.06	.81	3.94	.81	n.s.	-	3.97	.77	4.05	.72	n.s.	-
15	detaillierte Information über Testergebnisse	4.05	.93	3.81	.90	<.05	.02	3.99	.86	3.93	.85	n.s.	-

Fortsetzung Tabelle 21: *Spezifische Kommunikationspräferenzen bei Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MPP-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Item	Präferenz*	MZP1						MZP2					
		frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		p	eta ²	frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		p	eta ²
M	SD	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
8 ^a	Mitteilung so schnell wie möglich	4.04	.82	3.78	.94	n.s.	-	3.98	.73	3.85	.80	n.s.	-
9	Aufklärung erst bei Sicherheit über Befunde	4.02	.99	4.09	.82	n.s.	-	4.11	.96	4.14	.85	n.s.	-
27 ^{b,c}	Erkundigung nach Fragen des Patienten	3.98	.85	3.90	.86	n.s.	-	3.98	.80	3.90	.75	n.s.	-
18	Information über alle Behandlungsoptionen	3.95	.96	4.00	.83	n.s.	-	4.07	.94	4.14	.90	n.s.	-
14	Frage nach subjektivem Informationsbedarf des Patienten zur Erkrankung	3.94	.95	3.88	.99	n.s.	-	3.98	.89	3.96	.90	n.s.	-
6 ^{a,c}	Blickkontakt	3.94	.92	3.80	.92	n.s.	-	3.84	.88	3.88	.84	n.s.	-
34 ^a	Vermittlung des Gefühls, alle Fragen stellen zu können	3.92	.80	3.84	.79	n.s.	-	3.86	.81	3.99	.81	n.s.	-
39 ^{a,c}	Vermittlung von Hoffnung	3.92	.87	3.74	.97	n.s.	-	3.76	.87	3.50	.97	n.s.	-
3	vertrauliche Atmosphäre	3.83	.92	3.77	.87	n.s.	-	3.95	.86	3.75	.88	n.s.	-
31 ^c	Vereinbarung eines weiteren Termins	3.72	1.02	3.66	.95	n.s.	-	3.58	.99	3.53	.89	n.s.	-
46	Erhalt einer schriftlichen Zusammenfassung des Gesprächs	3.65	1.04	3.57	1.0	n.s.	-	3.59	1.10	3.39	1.10	n.s.	-
32 ^{b,c}	Information über Erreichbarkeit des Arztes	3.63	1.06	3.74	.96	n.s.	-	3.58	.91	3.47	.88	n.s.	-
29 ^{a,b}	Information über psychosoziale Angebote	3.62	1.02	3.60	.90	n.s.	-	3.65	.85	3.47	.84	n.s.	-
41 ^{a,c}	Versicherung, dass emotionale Reaktionen verständlich sind	3.59	.99	3.43	1.07	n.s.	-	3.46	.91	3.40	.95	n.s.	-
19	Information über neue experimentelle Therapien	3.56	1.11	3.72	.93	n.s.	-	3.72	1.0	3.82	.93	n.s.	-
37 ^a	Ermutigung zum Gefühlsausdruck	3.40	1.04	3.28	1.0	n.s.	-	3.28	.93	3.12	.98	n.s.	-
36 ^{a,c}	Versicherung, dass Wut, Traurigkeit oder Angst verständlich sind	3.34	1.00	3.27	1.10	n.s.	-	3.16	.92	3.04	1.08	n.s.	-
2 ^{b,c}	Arzt sollte Patienten gut kennen	3.32	1.10	3.33	1.09	n.s.	-	3.41	1.11	3.51	1.02	n.s.	-

Fortsetzung Tabelle 21: *Spezifische Kommunikationspräferenzen bei Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MPP-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)*

Item	Präferenz*	MZP1						MZP2					
		frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		p	eta ²	frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)		p	eta ²
M	SD	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
30	Information über gemeindebasierte Angebote	3.22	1.07	3.31	1.02	n.s.	-	3.23	1.02	3.03	.86	n.s.	-
35 ^{a,c}	Trost, wenn der Patient emotional reagiere	3.26	.97	3.06	1.05	n.s.	-	2.98	.88	2.82	1.0	n.s.	-
33 ^b	Arzt sollte Sorge um den Patienten zeigen	3.23	1.01	3.15	1.06	n.s.	-	2.98	.96	3.06	.98	n.s.	-
11	Vorbereitung auf die schlechte Nachricht	3.20	1.19	3.20	1.17	n.s.	-	3.35	1.0	3.30	1.0	n.s.	-
44 ^b	Arzt sollte Familie über <i>Prognose</i> informieren	2.68	1.14	3.04	1.26	<.05	.02	2.59	1.20	3.03	1.30	<.05	.03
43 ^b	Arzt sollte Familie über <i>Diagnose</i> informieren	2.67	1.20	3.03	1.25	<.05	.02	2.57	1.18	3.0	1.27	<.05	.03
42 ^{a,c}	Anwesenheit eines weiteren Mitglieds des Behandlungsteams	2.48	1.02	2.66	1.08	n.s.	-	2.39	.98	2.36	.95	n.s.	-
45	Arzt sollte helfen heraus zu finden, wie Familie über Erkrankung zu informieren ist	2.32	.90	2.54	1.11	n.s.	-	2.34	.95	2.56	1.02	n.s.	-
7 ^a	Arzt sollte Hand oder Arm des Patienten berühren	1.98	.81	2.01	.96	n.s.	-	1.93	.78	1.91	.80	n.s.	-

Anmerkungen: *Skala von 1 „überhaupt nicht wichtig“ bis 5 „unerlässlich“, ** (Ko-)Varianzanalyse, *p*(Stadium) ^asignifikante Geschlechtsunterschiede, MZP1 und/oder MZP2, *p*(ANCOVA)<.05 bzw. *p*(ANOVA)<.05, ^bsignifikante Korrelation mit dem Alter der Patienten, MZP1 und/oder MZP2, (*p*<.05), ^csignifikanter Zeiteffekt, Gesamt- bzw. Teilstichprobe, *p*(ANCOVA)<.05 bzw. *p*(ANOVA)<.05.

6.4.2 Spezifische Kommunikationspräferenzen im internationalen Vergleich

Für den internationalen Vergleich der spezifischen Kommunikationspräferenzen der vorliegenden Gesamtstichprobe wurden die publizierten Mittelwerte der US-amerikanischen und japanischen Patienten aus den Untersuchungen von Parker et al. (2001) und Fujimori et al. (2007) herangezogen. Auf einen Vergleich zwischen Patienten unterschiedlicher Erkrankungsstadien sowie den Einbezug von Geschlechts- oder Altersunterschieden musste aufgrund fehlender Informationen verzichtet werden. Aus ökonomischen Gründen werden nur die Mittelwerte der deutschen Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt berichtet, zumal sich – wie im obigen Abschnitt 6.4.1 berichtet – nur bei einer vergleichsweise geringen Anzahl der Präferenzen signifikante Veränderungen mit geringen Effektstärken zeigten.

Tabelle 22 (S. 100-102) ist zu entnehmen, dass die untersuchten amerikanischen Patienten im Durchschnitt die Präferenzen hinsichtlich ihrer Wichtigkeit am höchsten (Range: $M=2.23$ bis $M=4.72$) und die japanischen Patienten diesbezüglich am niedrigsten bewerten (Range: $M=1.68$ bis $M=4.23$). Die überwiegende Mehrzahl der Mittelwerte der deutschen Stichprobe befindet sich innerhalb dieser Werte (Range: $M=2.0$ bis $M=4.45$). Zur Ermittlung potenzieller Unterschiede in den Präferenzen zwischen den drei Stichproben wurden für jede Präferenz t-Tests durchgeführt, in denen die Mittelwerte der deutschen Patienten mit denen der US-amerikanischen bzw. japanischen Patienten einbezogen wurden. Weiterhin wurden die Rangordnungen der Präferenzen innerhalb der jeweiligen Stichprobe (absteigend nach Wichtigkeit geordnet) einander gegenüber gestellt (vgl. Tabelle 22).

Die Analysen zeigen, dass die deutschen Patienten nur zwei der 46 Präferenzen signifikant wichtiger einschätzen als die US-amerikanische Stichprobe: Hierbei handelt es sich um die insgesamt aus Sicht der deutschen Patienten prioritäre Präferenz, die schlechte Nachricht in einem persönlichen Gespräch zu erhalten, die aus Sicht der amerikanischen Patienten mit Rangplatz 24 eher von nachgeordneter Wichtigkeit ist ($M=4.45$, $SD\pm.92$ vs. $M=4.31$, $SD\pm 1.05$; $T_{(.01;265)}=2.83$; $d=.15$), sowie den Wunsch, auf die schlechte Nachricht vorbereitet zu werden ($M=3.20$, $SD\pm 1.17$ vs. $M=3.01$, $SD\pm 1.32$; $T_{(.01;257)}=2.62$; $d=.15$). Diese Präferenz ist dabei mit Rangplatz 39 (Deutschland) bzw. 44 (USA) aus Sicht beider Patientengruppen eher weniger wichtig. In der Beurteilung folgender 7 ärztlicher Verhaltensweisen/Kompetenzen bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht unterscheiden sich die

untersuchten deutschen und US-amerikanischen Patienten nicht signifikant (siehe auch Tabelle 22):

- Mitteilung der Nachricht erst bei sicherer Befundlage
- Mitteilung in einer vertraulichen Atmosphäre
- Information über psychosoziale Angebote
- Der mitteilende Arzt sollte den Patienten gut kennen
- Ermutigung zum Gefühlsausdruck durch den Arzt
- Explizite Aussage, dass Wut, Traurigkeit oder Angst auf die schlechte Nachricht verständlich sind
- Information über gemeindebasierte Unterstützungsangebote

Dabei zeigt der interne Gruppenvergleich, dass die untersuchten deutschen Patienten den Wunsch nach Mitteilung der Nachricht erst bei sicherer Befundlage mit Rangplatz 13.5 zu den 30% der Präferenzen mit höherer Priorität zählen, während diese Präferenz in der US-amerikanischen Stichprobe auf Rangplatz 27 und somit im mittleren Drittel liegt. Die übrigen 39 Präferenzen werden von den US-amerikanischen Patienten im Durchschnitt jeweils für signifikant wichtiger gehalten (Werte zwischen $T_{(.05;254)}=-2.21$; $d=.13$ „Trost bei emotionalen Reaktionen“ und $T_{(.001;256)}=-11.33$ „Zeit für alle Fragen“ bzw. $T_{(.001;261)}=-11.21$ „schnellstmögliche Mitteilung“ bzw. $T_{(.001;258)}=-10.78$ „Information über experimentelle Therapien“, jeweils $d=.76$).

Im Vergleich zu der japanischen Stichprobe bewerten die untersuchten deutschen Patienten 5 Präferenzen im Mittel als signifikant weniger wichtig:

- Versicherung des Arztes, alles für eine Heilung zu tun ($M=3.95$, $SD\pm.98$ vs. $M=4.14$, $SD\pm.81$; $T_{(.01;255)}=-3.18$, $d=.21$)
- Der Arzt sollte seine Sorge um den Patienten zeigen ($M=3.19$, $SD\pm1.04$ vs. $M=3.47$, $SD\pm.88$; $T_{(.001;253)}=-4.36$, $d=.29$)
- Information der Familie über die Prognose durch den Arzt ($M=2.89$, $SD\pm1.23$ vs. $M=3.54$, $SD\pm.90$; $T_{(.001;251)}=-8.44$, $d=.61$)
- Information der Familie über die Diagnose durch den Arzt ($M=2.88$, $SD\pm1.24$ vs. $M=3.62$, $SD\pm.89$; $T_{(.001;257)}=-9.68$, $d=.69$)
- Unterstützung des Patienten, herauszufinden, wie die Familie über die Erkrankung zu informieren ist ($M=2.45$, $SD\pm1.03$ vs. $M=2.73$, $SD\pm1.05$; $T_{(.001;254)}=-4.39$, $d=.27$)

Der Vergleich der Reihung der Präferenzen innerhalb der Stichproben zeigt, dass für die japanischen Patienten die Versicherung des Arztes, alles für eine Heilung zu tun, mit Rangplatz 2.5 zu den prioritären Präferenzen zählen; in der deutschen Stichprobe befindet sich diese Verhaltensweise auf Rang 20. Auch kommt dem Arzt bei der Information der Familie über die Krebsdiagnose und Prognose des Patienten aus Sicht der japanischen Patienten im internen Vergleich eine höhere Bedeutung zu als in der deutschen Stichprobe (Rang 18.5 vs. Rang 43 bzw. Rang 23 vs. Rang 42).

Keine signifikanten Unterschiede in der durchschnittlichen Beurteilung der Wichtigkeit zwischen den untersuchten deutschen und japanischen Patienten zeigen sich in folgenden 6 Präferenzen (siehe auch Tabelle 22):

- Erhalt von detaillierten Informationen über Testergebnisse
- Vermittlung des Gefühls, dem Arzt alle Fragen stellen zu können
- Erhalt einer schriftlichen Zusammenfassung des Gesprächs
- Der mitteilende Arzt sollte den Patienten gut kennen
- Ermutigung zum Gefühlsausdruck durch den Arzt
- Anwesenheit eines weiteren Mitglieds des Behandlungsteams

Dabei wird im Intragruppenvergleich dem Erhalt von detaillierten Informationen über Testergebnisse und der Vermittlung des Gefühls, dem Arzt alle Fragen stellen zu können, von den japanischen Patienten ein höherer Stellenwert eingeräumt (Ränge 6 und 10) als von den deutschen Patienten (Ränge 22 und 25). Die übrigen 35 Präferenzen werden von den deutschen Patienten im Durchschnitt jeweils für signifikant wichtiger gehalten als von der japanischen Stichprobe (Werte zwischen $T_{(.05;264)}=2.40$, $d=.15$ „Information in einfachen, klaren Worten“ und $T_{(.001;264)}=15.96$, $d=.90$ „volle Aufmerksamkeit des Arztes“).

Weiterhin ist bezüglich der Rangordnung der Präferenzen innerhalb der Stichproben Tabelle 22 zu entnehmen, dass 7 bzw. 6 der 10 von den deutschen Patienten als am wichtigsten eingeschätzten ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten auch aus Sicht der untersuchten amerikanischen bzw. japanischen Patienten zu den 10 Verhaltensweisen mit den höchsten Präferenzen zählen. Die volle Aufmerksamkeit des Arztes und die Mitteilung prognostischer Informationen scheinen weiterhin aus Sicht der Patienten der westlichen Industrieländer bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht von

deutlich höherer Bedeutung (Rang 7 und Rang 10 bzw. jeweils Rang 13.5) als für die japanischen Patienten (Rang 27 bzw. Rang 31.5) zu sein. Für diese Patienten ist es im Vergleich zu den übrigen Patientengruppen besonders wichtig, dass der Arzt ihnen zusichert, alles in seiner Macht stehende für ihre Heilung zu unternehmen (Rang 2.5 vs. Ränge 22 und 25) und Offenheit für Fragen der Patienten signalisiert (Rang 10 vs. Ränge 19 und 20, vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: *Kommunikationspräferenzen (MPP) im internationalen Vergleich*

Item	Präferenz ^a	Deutsche Stichprobe (N=270)			US-amerikanische Patienten (N=351)*			Japanische Patienten (N=529)**		
		Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD
1	Mitteilung in einem persönlichen Gespräch	1	4.45	.82	24	4.31	1.05	1	4.23	.81
16	Information über beste Behandlungsoption	2	4.43	.67	2	4.70	.57	2.5	4.14	.77
25	Arzt sollte neuesten Forschungsstand kennen	3.5	4.31	.70	1	4.72	.49	7	3.99	.82
26	Zeit, Fragen vollständig zu beantworten	3.5	4.31	.72	3	4.66	.56	13	3.74	.89
10	direkte Aufklärung	5	4.27	.73	7.5	4.56	.62	11	3.77	.73
22	ehrlich über Ernsthaftigkeit des Zustands sprechen	6	4.25	.78	4	4.61	.64	8	3.90	.75
5	volle Aufmerksamkeit des Arztes	7	4.21	.76	10	4.53	.68	27	3.46	.89
17	Erläuterung aller in Frage kommender Behandlungsoptionen	8	4.20	.74	12	4.48	.72	18.5	3.62	.97
24	Vertrauen in ärztliche Fachkompetenz	9	4.18	.65	5	4.59	.55	4	4.03	.70
38	Arzt sollte zuhören können	10.5	4.15	.80	16	4.44	.71	9	3.84	.84
4	keine Unterbrechungen	10.5	4.15	.77	17.5	4.43	.76	14	3.72	.84
12	einfache, klare Worte	12	4.14	.81	7.5	4.56	.70	5	4.02	.77
20	Mitteilung der Prognose	13.5	4.06	.87	13.5	4.46	.87	31.5	3.40	.96
9	Aufklärung erst bei Sicherheit über Befunde	13.5	4.06	.90	27	4.15	1.03	28	3.45	.94
28	Einräumen von Zeit für Fragen des Patienten	15	4.04	.76	6	4.57	.63	15	3.67	.89
21	Mitteilung sovieler Informationen wie möglich	16	4.00	.87	25.5	4.22	.89	20	3.60	.91
23	Informationen über Alltagsbeeinträchtigungen	17	3.99	.81	20	4.39	.76	12	3.75	.83
18	Information über alle Behandlungsoptionen	18.5	3.98	.89	9	4.55	.65	29.5	3.43	1.04

Fortsetzung Tabelle 22: *Kommunikationspräferenzen (MPP) im internationalen Vergleich*

Item	Präferenzen ^a	Deutsche Stichprobe (N=270)			US-amerikanische Patienten (N=351)*			Japanische Patienten (N=529)**		
		Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD
13	Frage nach subjektivem Informationsbedarf zur Behandlung	18.5	3.98	.93	17.5	4.43	.97	22	3.57	.83
40	Versicherung des Arztes, alles für eine Heilung zu tun	20	3.95	.98	19	4.42	.82	2.5	4.14	.81
27	Erkundigung nach Fragen des Patienten	21	3.94	.85	13.5	4.46	.56	16.5	3.64	.91
15	detaillierte Informationen über Testergebnisse	22	3.91	.92	15	4.45	.74	6	4.00	.77
14	Frage nach subjektivem Informationsbedarf zur Erkrankung	23	3.90	.97	21	4.36	.97	21	3.59	.87
8	Mitteilung so schnell wie möglich	24	3.89	.90	11	4.51	.72	40	3.10	.92
34	Vermittlung des Gefühls, alle Fragen stellen zu können	25	3.87	.79	22	4.35	.74	10	3.79	.84
6	Blickkontakt	26	3.86	.92	30	4.05	.95	31.5	3.40	.91
39	Vermittlung von Hoffnung	27	3.82	.93	28	4.11	.72	16.5	3.64	.87
3	vertrauliche Atmosphäre	28	3.80	.89	32	3.86	1.14	25.5	3.47	.97
32	Information über Erreichbarkeit des Arztes	29	3.69	1.00	25.5	4.22	.87	33.5	3.34	.95
31	Vereinbarung eines weiteren Termins	30	3.68	.98	33	3.82	1.02	37	3.25	.96
19	Information über neue experimentelle Therapien	31	3.65	1.02	23	4.33	.77	35	3.33	.99
29	Information über psychosoziale Angebote	32	3.61	.96	35	3.60	1.03	38	3.22	.92
46	Erhalt einer schriftlichen Zusammenfassung des Gesprächs	33	3.60	1.01	29	4.06	1.06	24	3.50	1.01
41	Versicherung, dass emotionale Reaktionen verständlich sind	34	3.50	1.04	34	3.76	1.02	33.5	3.34	.99
2	Arzt sollte den Patienten gut kennen	35.5	3.33	1.01	41	3.33	1.25	29.5	3.43	.97
37	Ermutigung zum Gefühlsausdruck	35.5	3.33	1.02	36.5	3.42	1.14	36	3.29	.92
36	Versicherung, dass Wut, Angst oder Traurigkeit verständlich sind	37	3.30	1.06	38	3.40	1.14	39	3.11	.94
30	Information über gemeindebasierte Angebote	38	3.27	1.04	40	3.35	1.04	42	2.80	.94
11	Vorbereitung auf die schlechte Nachricht	39	3.20	1.17	44	3.01	1.32	43	2.74	1.01
33	Arzt sollte Sorge um den Patienten zeigen	40	3.19	1.04	31	3.91	.94	25.5	3.47	.88

Fortsetzung Tabelle 22: *Kommunikationspräferenzen (MPP) im internationalen Vergleich*

Item	Präferenzen ^a	Deutsche Stichprobe (N=270)			US-amerikanische Patienten (N=351)*			Japanische Patienten (N=529)**		
		Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD	Nr. ^b	M	SD
35	Trost, wenn der Patient emotional reagiert	41	3.15	1.02	42	3.29	1.10	41	2.91	.92
44	Arzt sollte Familie über <i>Prognose</i> informieren	42	2.89	1.23	36.5	3.42	1.30	23	3.54	.90
43	Arzt sollte Familie über <i>Diagnose</i> informieren	43	2.88	1.24	39	3.38	1.31	18.5	3.62	.89
42	Anwesenheit eines weiteren Mitglieds des Behandlungsteams	44	2.58	1.06	43	3.14	1.23	45	2.58	.92
45	Arzt sollte helfen, zu ermitteln wie Familie zu informieren ist	45	2.45	1.03	45	2.62	1.25	44	2.73	1.05
7	Arzt sollte Hand oder Arm des Patienten berühren	46	2.00	.90	46	2.23	1.17	46	1.68	.76

Anmerkungen: ^aSkala von 1 „überhaupt nicht wichtig“ bis 5 „unerlässlich“, ^bOrdnung der Präferenzen nach Höhe der Mittelwerte innerhalb der Stichprobe, *Parker et al. (2001), **Fujimori et al. (2007).

6.4.3 Dimensionen kommunikativer Präferenzen

Zunächst wurden zur Ermittlung von Unterschieden hinsichtlich soziodemographischer und medizinischer Patientenmerkmale in den Ausprägungen auf den neun Skalen des MPP-D (*Fachkompetenz/Patientenorientierung, Emotionale Unterstützung, Umfassende Aufklärung, Eindeutigkeit/ Direktheit, Einbezug der Familie, Information über psychosoziale Angebote, Nachhaltigkeit, Privatsphäre/Vertraulichkeit und Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs*) für beide Messzeitpunkte univariate (Ko-)Varianzanalysen durchgeführt (Faktoren: Geschlecht und Krankheitsstadium, ggfs. Alter als Kovariate). Die höchsten Mittelwerte bestehen zu beiden Messzeitpunkten unabhängig vom Krankheitsstadium auf den Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung, Eindeutigkeit/Direktheit* und *Umfassende Aufklärung* (vgl. Tabelle 23). Die im Mittel niedrigsten Ausprägungen beziehen sich zu MZP1 auf die Dimensionen *Nachhaltigkeit* und *Einbezug der Familie*, zu MZP2 auf die Skalen *Nachhaltigkeit* und *Emotionale Unterstützung*.

Korrelationsanalysen zeigen zu MZP1 unabhängig von Stadium oder Geschlecht signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und den Ausprägungen auf den Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* ($r=-.16, p<.05$), *Einbezug der Familie* ($r=.15, p<.05$),

und *Privatsphäre/Vertraulichkeit* ($r=.18$, $p<.01$). Zu MZP2 besteht nur eine signifikante, negative Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und der Skala *Nachhaltigkeit* ($r=-.15$, $p<.05$).

Zu MZP1 und MZP2 zeigen sich folgende signifikante Haupt- und Wechselwirkungseffekte: Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung geben jeweils höhere Werte auf der Skala *Einbezug der Familie* an als Patienten in frühen Erkrankungsstadien ($F_{(.05;1,241)}=5.66$, $\eta^2=.02$ bzw. $F_{(.05;1,178)}=6.51$, $\eta^2=.04$). Zum zweiten Messzeitpunkt liegt darüber hinaus ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen Stadium und Geschlecht vor: Frauen mit fortgeschrittener Krebserkrankung geben die höchsten Mittelwerte an ($F_{(.05;1,178)}=5.54$, $\eta^2=.03$). Nur zu MZP1 berichten unabhängig vom Krankheitsstadium Frauen signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala *Eindeutigkeit/Direktheit* als Männer ($F_{(.05;1,248)}=5.94$, $\eta^2=.02$); zu beiden Messzeitpunkten geben Frauen im Durchschnitt höhere Werte auf den Faktoren *Emotionale Unterstützung* ($F_{(.001;1,220)}=17.85$, $\eta^2=.08$ bzw. $F_{(.001;1,177)}=15.49$, $\eta^2=.08$) und *Information über psychosoziale Angebote* ($F_{(.05;1,252)}=6.51$, $\eta^2=.03$ bzw. $F_{(.01;1,184)}=7.39$, $\eta^2=.04$) an.

Zur Erfassung von Veränderungen der patientenseitigen Angaben auf den Präferenzskalen wurden (Ko-)Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Aufgrund der signifikanten Haupt- bzw. Wechselwirkungseffekte bei den Skalen *Einbezug der Familie*, *Eindeutigkeit/Direktheit*, *Emotionale Unterstützung* und *Information über psychosoziale Angebote* wurden die Analysen jeweils getrennt nach Erkrankungsstadium bzw. Geschlecht der Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich zu MZP2 im Vergleich zu MZP1 aus Patientensicht nur die Wichtigkeit der Nachhaltigkeit der Informationsvermittlung bei der Mitteilung schlechter Nachrichten signifikant erhöht hat ($F_{(.001;1,173)}=35.51$, $\eta^2=.17$). Im Hinblick auf die übrigen Präferenzdimensionen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen der patientenseitigen Beurteilungen. Tabelle 23 stellt die Skalenmittelwerte zu beiden Messzeitpunkten im Überblick dar:

Tabelle 23: Präferenzskalen des MPP-D im Zeitverlauf (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

Skala*	MZP1				MZP2				p**	eta ²
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)		frühes Stadium (n=95)		fortgeschrittenes Stadium (n=96)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Fachkompetenz/ Patientenorientierung	4.18	.60	4.10	.55	4.12	.53	4.12	.55	n.s.	-
Frauen	4.23	.58	4.13	.52	4.19	.57	4.15	.58		
Männer	4.09	.61	4.07	.54	4.04	.47	4.10	.53		
Emotionale Unterstützung	3.38	.66	3.25	.81	3.22	.68	3.13	.71	n.s.	-
Frauen	3.50	.69	3.47	.76	3.38	.75	3.38	.78		
Männer	3.23	.60	3.10	.81	3.04	.54	2.95	.56		
Umfassende Aufklärung	4.01	.71	3.94	.63	4.05	.68	4.04	.68	n.s.	-
Frauen	4.08	.71	3.98	.63	4.07	.71	4.06	.76		
Männer	3.93	.70	3.92	.63	4.03	.66	4.02	.63		
Eindeutigkeit/ Direktheit	4.14	.66	4.02	.61	4.13	.64	4.04	.57	n.s.	-
Frauen	4.23	.64	4.13	.53	4.20	.63	4.09	.56		
Männer	4.02	.67	3.95	.65	4.00	.64	4.00	.58		
Einbezug der Familie	2.56	.99	2.87	1.05	2.51	1.01	2.87	1.04	n.s.	-
Frauen	2.45	1.02	2.99	1.08	2.43	1.00	3.16	1.08	n.s.	-
Männer	2.69	.95	2.79	1.03	2.61	1.03	2.65	.97		
Information über psychosoziale Angebote	3.42	.97	3.46	.88	3.47	.87	3.25	.80	n.s.	-
Frauen	3.53	.98	3.67	.86	3.58	.94	3.45	.84		
Männer	3.30	.96	3.30	.86	3.33	.75	3.10	.74		
Nachhaltigkeit	2.43	.57	2.44	.56	3.61	.90	3.47	.77	<.001	.17
Frauen	2.42	.61	2.48	.56	3.63	.99	3.61	.79		
Männer	2.44	.52	2.41	.56	3.59	.78	3.37	.75		
Privatsphäre/ Vertrautheit	3.84	.75	3.87	.66	3.96	.74	3.89	.71	n.s.	-
Frauen	3.89	.71	3.89	.61	3.98	.72	3.91	.68		
Männer	3.79	.78	3.85	.70	3.94	.77	3.89	.74		
Erfassung: Subjektiver Informationsbedarf	4.01	.84	3.90	.92	4.0	.83	3.90	.83	n.s.	-
Frauen	4.15	.83	3.97	.82	4.02	.85	4.05	.83		
Männer	3.86	.82	3.85	.98	3.98	.82	3.80	.82		

Anmerkungen: *Skala von 1 bis 5, **(Ko-)Varianzanalyse mit Messwiederholung: p(Zeit).

Zur Identifikation signifikanter Prädiktoren der Skalen des MPP-D wurden multiple Regressionsanalysen (Methode: schrittweise) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden zu MZP1 in Block 1 soziodemographische Merkmale aufgenommen (Alter,

Geschlecht, Partnerschaft (ja/nein), Schichtzugehörigkeit), in Block 2 medizinische Merkmale (Krankheitsstadium, aktuelle Behandlung (ja/nein), in Block 3 die psychosoziale Gesamtbelastung der Patienten (unauffällig: ja/nein). In die Analysen zu MZP2 wurde in Block 4 zusätzlich die Ausprägung auf der jeweiligen Skala des MPP-D zu MZP1 einbezogen. Signifikante Beiträge zur Varianzaufklärung der Ausprägungen von sieben der neun Skalen leisten zu MZP1 jeweils folgende unabhängige Variablen: Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Vorliegen einer festen Partnerschaft, Erkrankungsschwere der Patienten sowie eine moderate bis hohe psychosoziale Gesamtbelastung. Bezüglich der Skalen *Umfassende Aufklärung* und *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* lässt sich keine der eingeschlossenen Variablen als signifikanter Prädiktor identifizieren. Tabelle 24 stellt die Prädiktoren der übrigen Skalen im Einzelnen dar.

Tabelle 24: Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP1: N=270)

Skala Fachkompetenz/Patientenorientierung MZP1					
Prädiktor(en)*	B	SE	β	T	p
Unterschicht	-0.26	.10	-.16	-2.43	<.05
Alter	-.01	.00	-.14	-2.15	<.05
korrigiertes R ²	.04 (R ² =.02 Schritt 1, Δ R ² = .02 Schritt 2)				
Skala Emotionale Unterstützung MZP1					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
männliches Geschlecht	-.48	.10	-.31	-4.88	<.001
Partnerschaft	.34	.11	.20	3.06	<.01
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-.25	.11	-.14	-2.25	<.05
korrigiertes R ²	.13 (R ² =.08 Schritt 1, Δ R ² =.04 Schritt 2, Δ R ² =.02 Schritt 3)				
Skala Eindeutigkeit/Direktheit MZP1					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
männliches Geschlecht	-.21	.08	-.16	-2.58	<.05
korrigiertes R ²	.02				
Skala Einbezug der Familie MZP1					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
Partnerschaft	.51	.15	.21	3.46	<.01
Oberschicht	-.33	.15	-.14	-2.36	<.05
fortgeschrittenes Stadium	.30	.13	.14	2.31	<.05
korrigiertes R ²	.07 (R ² =.04 Schritt 1, Δ R ² =.02 Schritt 2, Δ R ² =.02 Schritt 3)				
Skala Information über psychosoziale Angebote MZP1					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
männliches Geschlecht	-.27	.12	-.15	-2.33	<.05
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-.28	.14	-.13	-2.05	<.05
korrigiertes R ²	.03 (R ² =.02 Schritt 1, Δ R ² =.01 Schritt 2)				

Fortsetzung Tabelle 24: *Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP1: N=270)*

Prädiktor(en)	Skala <i>Nachhaltigkeit</i> MZP1				
	B	SE	β	T	p
Partnerschaft	.19	.08	.15	2.40	<.05
korrigiertes R ²			.02		

Prädiktor(en)	Skala <i>Privatheit/Vertrautheit</i> MZP1				
	B	SE	β	T	p
Alter	.01	.00	.18	2.90	<.01
korrigiertes R ²			.03		

Anmerkungen: *Multiple Regression (schrittweise).

Zum zweiten Messzeitpunkt werden sämtliche Präferenzdimensionen zu MZP2 durch die Skalenmittelwerte zu MZP1 vorhergesagt. Weiterhin leisten einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung das Geschlecht, das Vorliegen einer festen Partnerschaft und eine moderate bzw. hohe psychosoziale Gesamtbelastung zu MZP1 (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: *Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP2: n=191)*

Prädiktor(en)*	Skala <i>Fachkompetenz/Patientenorientierung</i> MZP2				
	B	SE	β	T	p
Skala <i>FP</i> , MZP1	.56	.06	.60	9.63	<.001
korrigiertes R ²			.36		

Prädiktor(en)	Skala <i>Emotionale Unterstützung</i> MZP2				
	B	SE	β	T	p
männliches Geschlecht	-.20	.08	-.14	-2.38	<.05
Partnerschaft	.13	.10	.08	1.30	n.s.
Skala <i>EU</i> , MZP1	.60	.06	.65	10.88	<.001
korrigiertes R ²	.50 (R ² =.08 Schritt 1, Δ R ² =.03 Schritt 2, Δ R ² =.40 Schritt 3)				

Prädiktor(en)	Skala <i>Umfassende Aufklärung</i> MZP2				
	B	SE	β	T	p
Skala <i>UA</i> , MZP1	.54	.06	.55	8.48	<.001
korrigiertes R ²			.30		

Prädiktor(en)	Skala <i>Eindeutigkeit/Direktheit</i> MZP2				
	B	SE	β	T	p
Partnerschaft	.22	.08	.16	2.61	<.05
männliches Geschlecht	-.06	.07	-.05	-7.55	n.s.
Skala <i>ED</i> , MZP1	.56	.06	.60	9.97	<.001
korrigiertes R ²	.39 (R ² =.04 Schritt 1, Δ R ² =.02 Schritt 2, Δ R ² =.34 Schritt 3)				

Prädiktor(en)	Skala <i>Einbezug der Familie</i> MZP2				
	B	SE	β	T	p
Partnerschaft	.38	.15	.16	2.55	<.05
fortgeschrittenes Stadium	.10	.13	.05	.83	n.s.
Skala <i>EF</i> , MZP1	.54	.06	.54	8.68	<.001
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-.34	.13	-.16	-2.68	<.01
korrigiertes R ²	.40 (R ² =.05 Schritt 1, Δ R ² =.03 Schritt 2, Δ R ² =.30 Schritt 3, Δ R ² =.02 Schritt 4)				

Fortsetzung Tabelle 25: *Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP2: n=191)*

Skala Information über psychosoziale Angebote MZP2					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
männliches Geschlecht	-.18	.11	-.11	-1.64	n.s.
Skala IPA, MZP1	.43	.06	.49	7.40	<.001
korrigiertes R ²		.24 (R ² =.04 Schritt 1, Δ R ² =.21 Schritt 2)			
Skala Nachhaltigkeit MZP2					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
Skala N, MZP1	.81	.09	.56	8.92	<.001
korrigiertes R ²		.31			
Skala Privatsphäre/Vertrautheit MZP2					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
Partnerschaft	.17	.10	.10	1.73	n.s.
Skala PV, MZP1	.68	.06	.63	10.75	<.001
korrigiertes R ²		.40 (R ² =.03 Schritt 1, Δ R ² =.38 Schritt 2)			
Skala Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs MZP2					
Prädiktor(en)	B	SE	β	T	p
Skala ESI, MZP1	.52	.06	.57	9.28	<.001
korrigiertes R ²		.32			

Anmerkungen: *Multiple Regression (schrittweise), FP: Fachkompetenz/Patientenorientierung, EU: Emotionale Unterstützung, UA: Umfassende Aufklärung, ED: Eindeutigkeit/Direktheit, EF: Einbezug der Familie, IPA: Information über psychosoziale Angebote, N: Nachhaltigkeit, PV: Privatsphäre/Vertrautheit, ESI: Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs.

6.5 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen ärztlichem Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten, der psychosozialer Belastung und den Unterstützungsbedürfnissen der Patienten wurde zunächst analysiert, in welchem Ausmaß der Arzt bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht die patientenseitigen Präferenzen berücksichtigt hatte. Daran anschließend wurde das Ausmaß der (Nicht-)Berücksichtigung zu den Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen der Patienten gemäß dem in Kapitel 3.1 beschriebenen Modell in Beziehung gesetzt.

6.5.1 Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen durch den Arzt

Wie in Kapitel 5.2.1 beschrieben, wurde zur Ermittlung des Ausmaßes (nicht-)berücksichtigter patientenseitiger Kommunikationspräferenzen durch den Arzt zu MZP1 für jedes der 46 Items des MPP-D bestimmt, ob die beschriebene ärztliche Verhaltensweise/Kompetenz bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht vom

jeweiligen Patienten als zumindest wichtig beurteilt und somit dieser eine Präferenz zugewiesen wurde. Die Anzahl der Präferenzen pro Patient wurde durch Addition berechnet. Eine Korrelationsanalyse zeigt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl genannter Präferenzen und dem Alter der Patienten ($r=.03$). Eine univariate Varianzanalyse ergibt, dass die Patienten unabhängig von Erkrankungsschwere und Geschlecht im Durchschnitt $M=37.92$ ärztlichen Verhaltensweisen eine Präferenz zumessen ($SD\pm 7.38$; Range: 1-46).

Weiterhin wurde für jede der präferierten Verhaltensweisen analysiert, ob sich nach Angaben des jeweiligen Patienten der Arzt bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht entsprechend verhalten hatte oder nicht. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Fokus auf die Frage gelegt, welche Auswirkungen eine ärztliche Gesprächsführung, die die Präferenzen des Patienten unberücksichtigt lässt, auf dessen Befinden hat. Die nicht berücksichtigten Präferenzen wurden als *Mismatches* bezeichnet und die Summe der Mismatches pro Patient durch Addition der Einzelangaben berechnet. Weiterhin wurde für jeden Patienten das Ausmaß der nicht berücksichtigten Präferenzen bestimmt, indem die Anzahl der Mismatches durch die Summe der genannten Präferenzen dividiert wurde. Korrelationsanalysen zeigen, dass der Anteil nicht berücksichtigter Präferenzen mit zunehmendem Alter der Patienten geringer ist ($r=-.16$, $p<.01$). Insgesamt liegt der Anteil nicht berücksichtigter Präferenzen zwischen 0% und 100%; gemäß einer univariaten Kovarianzanalyse geben Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung unabhängig vom Geschlecht im Durchschnitt einen signifikant höheren Anteil unberücksichtigter Präferenzen an als Patienten mit früher Erkrankung ($M=30.22\%$, $SD\pm 26.24\%$, Range: 0-100% vs. $M=20.27\%$, $SD\pm 21.67\%$, Range: 0-93%; $F_{(01;1,264)}=11.64$; $\eta^2=.04$).

6.5.1.1 Am häufigsten berücksichtigte spezifische Kommunikationspräferenzen

Gemäß Patientenangaben wurden von den Ärzten bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht am häufigsten die Bedürfnisse nach (1) einer schnellstmöglichen Aufklärung, (2) einer direkten Mitteilung und (3) bzgl. der ärztlichen wissenschaftlichen Expertise zur Erkrankung berücksichtigt. Sowohl Patienten mit früher wie auch mit fortgeschrittener Erkrankung benennen dieselben am häufigsten berücksichtigten zehn Präferenzen (vgl. Abbildung 20). Dabei berichtet ein signifikant größerer Anteil der

Patienten mit einer frühen Krebserkrankung eine Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse durch den mitteilenden Arzt im Hinblick auf die Aspekte

- Vertrauen in die Fachkompetenz (92.9% vs. 82.4%; $\chi^2_{(.05;1;n=270)}=5.78$, $w=14$)
- Aufklärung bei sicherer Befundlage (94.2% vs. 81.4%; $\chi^2_{(.01;1;n=270)}=9.16$, $w=18$)
- volle Aufmerksamkeit des Arztes (92.9% vs. 81.7%; $\chi^2_{(.01;1;n=270)}=7.05$, $w=16$).

Abbildung 20 stellt die 10 Präferenzen dar, die am häufigsten vom Arzt bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht berücksichtigt wurden.

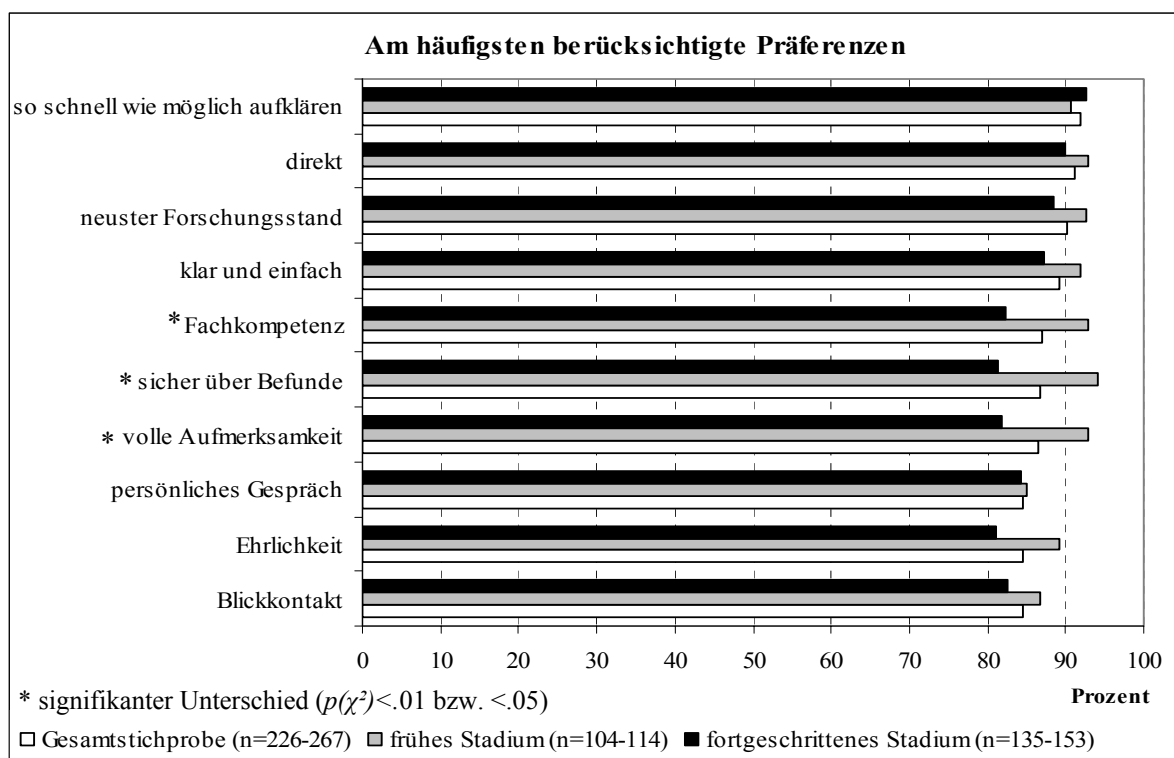


Abbildung 20: Am häufigsten vom Arzt berücksichtigte Präferenzen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht aus Patientensicht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

6.5.1.2 Am seltensten berücksichtigte spezifische Kommunikationspräferenzen

Auch im Hinblick auf die am seltensten von den Ärzten bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht berücksichtigten Kommunikationspräferenzen geben unabhängig von der Erkrankungsschwere die Patienten dieselben zehn emotional-supportiven Aspekte an (vgl. Abbildung 21). Dabei wurden jedoch im Vergleich zu den Patienten in frühen Erkrankungsstadien die Bedürfnisse der Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankung nach Informationen über psychosoziale Angebote sowie nach der Ermittlung ihres subjektiven Informationsbedarfs über die Erkrankung signifikant seltener vom Arzt bei der

Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht berücksichtigt ($\chi^2_{(0.01;1;n=270)}=10.96$, $w=20$ bzw. $\chi^2_{(0.01;1;n=270)}=7.0$, $w=.16$). Abbildung 21 stellt die zehn am seltensten berücksichtigten Kommunikationspräferenzen im Überblick dar.

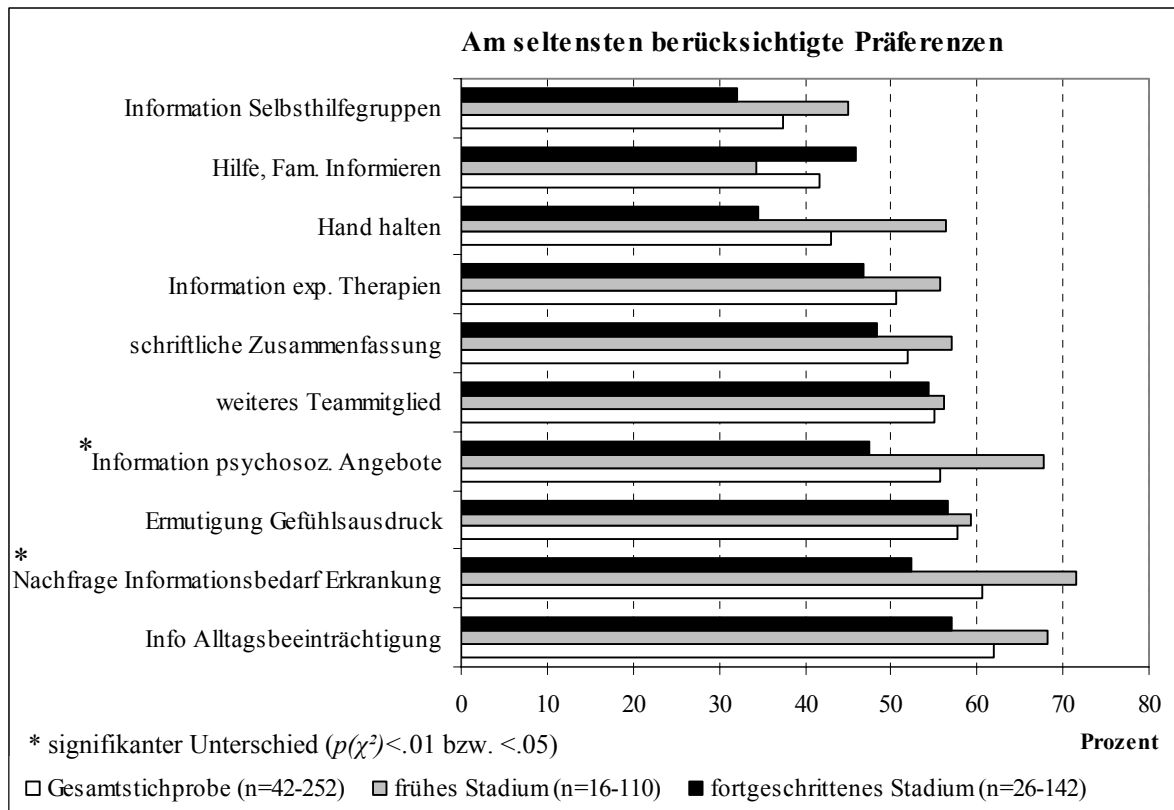


Abbildung 21: Am seltensten vom Arzt berücksichtigte Präferenzen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht aus Patientensicht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)

6.5.1.3 Berücksichtigung der Präferenzen auf Dimensionsebene

Korrelationsanalysen zum Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und dem Anteil unberücksichtigter Präferenzen (Mismatches) auf den einzelnen Präferenzdimensionen zeigen signifikante, negative Zusammenhänge hinsichtlich der Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* ($r=-.13$, $p<.05$), *Umfassende Aufklärung* ($r=-.18$, $p<.01$), *Eindeutigkeit/Direktheit* ($r=-.13$, $p<.05$), *Nachhaltigkeit* ($r=-.21$, $p<.01$), *Privatsphäre/Vertraulichkeit* ($r=-.13$; $p<.05$) und *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* ($r=-.15$; $p<.05$).

Zur Ermittlung von Unterschieden hinsichtlich soziodemographischer und medizinischer Patientenmerkmale im Anteil der Mismatches auf den neun extrahierten Faktoren des MPP-D zu MZP1 wurden univariate (Ko-)Varianzanalysen durchgeführt (abhängige Variable:

Anteil der Mismatches, feste Faktoren: Geschlecht, Krankheitsstadium, ggfs. Alter als Kovariate). Tabelle 26 ist zu entnehmen, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung im Mittel einen signifikant größeren Anteil nicht berücksichtigter Präferenzen auf den Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* ($F_{(.05;1,263)}=4.79$, $\eta^2=.02$), *Emotionale Unterstützung* ($F_{(.01;1,266)}=7.49$, $\eta^2=.03$), *Umfassende Aufklärung* ($F_{(.001;1,260)}=12.49$, $\eta^2=.05$), *Eindeutigkeit/Direktheit* ($F_{(.05;1,262)}=5.22$, $\eta^2=.02$), *Information über psychosoziale Angebote* ($F_{(.05;1,226)}=5.89$, $\eta^2=.03$), *Privatsphäre/Vertrautheit* ($F_{(.05;1,260)}=4.60$, $\eta^2=.02$) und *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* ($F_{(.05;1,245)}=6.43$, $\eta^2=.03$) angeben.

Tabelle 26: Durchschnittlicher Anteil der Mismatches auf den Skalen des MPP-D (MZP1: N=270)

Präferenzdimension	Anteil Mismatches (in %)				p *	eta ²
	frühes Stadium (n=115)		fortgeschrittenes Stadium (n=155)			
	M	SD	M	SD		
Fachkompetenz/Patientenorientierung	14.99	22.75	23.02	27.90	<.05	.02
Frauen	12.92	19.25	24.85	28.20	n.s.	-
Männer	17.37	26.20	21.72	27.77		
Emotionale Unterstützung	22.84	29.03	33.60	33.74	<.05	.03
Frauen	21.52	29.04	36.43	35.91	n.s.	-
Männer	24.33	29.23	31.47	32.07		
Umfassende Aufklärung	21.67	30.40	36.03	35.95	<.001	.05
Frauen	19.72	29.19	38.99	37.20	n.s.	-
Männer	23.87	31.85	33.93	35.10		
Eindeutigkeit/Direktheit	9.73	16.92	15.42	23.21	<.05	.02
Frauen	7.89	13.97	17.60	24.83	n.s.	-
Männer	11.82	19.68	13.87	21.99		
Einbezug der Familie	39.17	44.24	39.81	44.66	n.s.	-
Frauen	43.21	43.92	41.86	45.91	n.s.	-
Männer	35.86	44.90	38.33	44.07		
Information über psychosoziale Angebote	42.02	44.18	57.72	45.49	<.05	.03
Frauen	39.81	42.76	53.39	46.30	n.s.	-
Männer	45.0	46.41	61.04	44.89		
Nachhaltigkeit	36.45	43.20	42.81	42.34	n.s.	-
Frauen	44.64	44.39	44.26	42.91	n.s.	-
Männer	27.45	40.39	41.76	42.15		
Privatsphäre/Vertrautheit	20.91	32.67	29.03	35.42	<.05	.02
Frauen	23.16	33.91	35.64	36.78	n.s.	-
Männer	18.30	31.31	24.26	33.81		
Erfassung des subj. Informationsbedarfs	27.78	42.87	42.61	46.49	<.05	.03
Frauen	24.56	40.23	44.26	48.39	n.s.	-
Männer	31.37	45.78	41.36	45.27		

Anmerkungen: *p(ANOVA) bzw. p(ANCOVA).

6.5.1.4 Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht

Die Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten wurde nur zu MZPI mit einer Skala von 1 („sehr unzufrieden“) bis 7 („sehr zufrieden“) erfasst; mit dem Alter der Patienten zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Gemäß einer univariaten Varianzanalyse sind Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung im Durchschnitt signifikant unzufriedener mit dem Verhalten des mitteilenden Arztes als Patienten in frühen Erkrankungsstadien ($M=4.63$ vs. $M=5.31$; $F_{(.01;1,236)}=8.82$, $\eta^2=.04$). Altersunterschiede liegen nicht vor. Weiterhin besteht ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen Geschlecht und Erkrankungsschwere dahingehend, dass Frauen mit einer frühen Krebserkrankung ($M=5.64$, $F_{(.05;1,236)}=5.01$, $\eta^2=.02$) am signifikant zufriedensten mit dem ärztlichen Verhalten sind (Tabelle 27).

Tabelle 27: Gesamtzufriedenheit mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten (MZPI: $N=270$)

Stadium	n	Zufriedenheit*					
		M	SD	p**(Stadium)	η^2	p**(Stadium*Geschlecht)	η^2
früh	115	5.31	1.76	<.01	.04	<.01	.06
Frauen	61	5.64	1.48				
Männer	54	4.91	1.99				
fortgeschritten	155	4.63	1.70				
Frauen	65	4.46	1.86				
Männer	90	4.75	1.59				

Anmerkungen: *Skala 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“, **p(ANOVA).

Korrelationsanalysen zeigen für die Gesamtgruppe einen hohen, signifikant negativen Zusammenhang zwischen dem Anteil der Mismatches und der Gesamtzufriedenheit mit der ärztlichen Gesprächsführung: Die Zufriedenheit steigt unabhängig von der Schwere der Erkrankung, Alter und Geschlecht der Patienten mit abnehmender Anzahl von Mismatches an ($r=-.61$, $p<.001$; Abbildung 22).

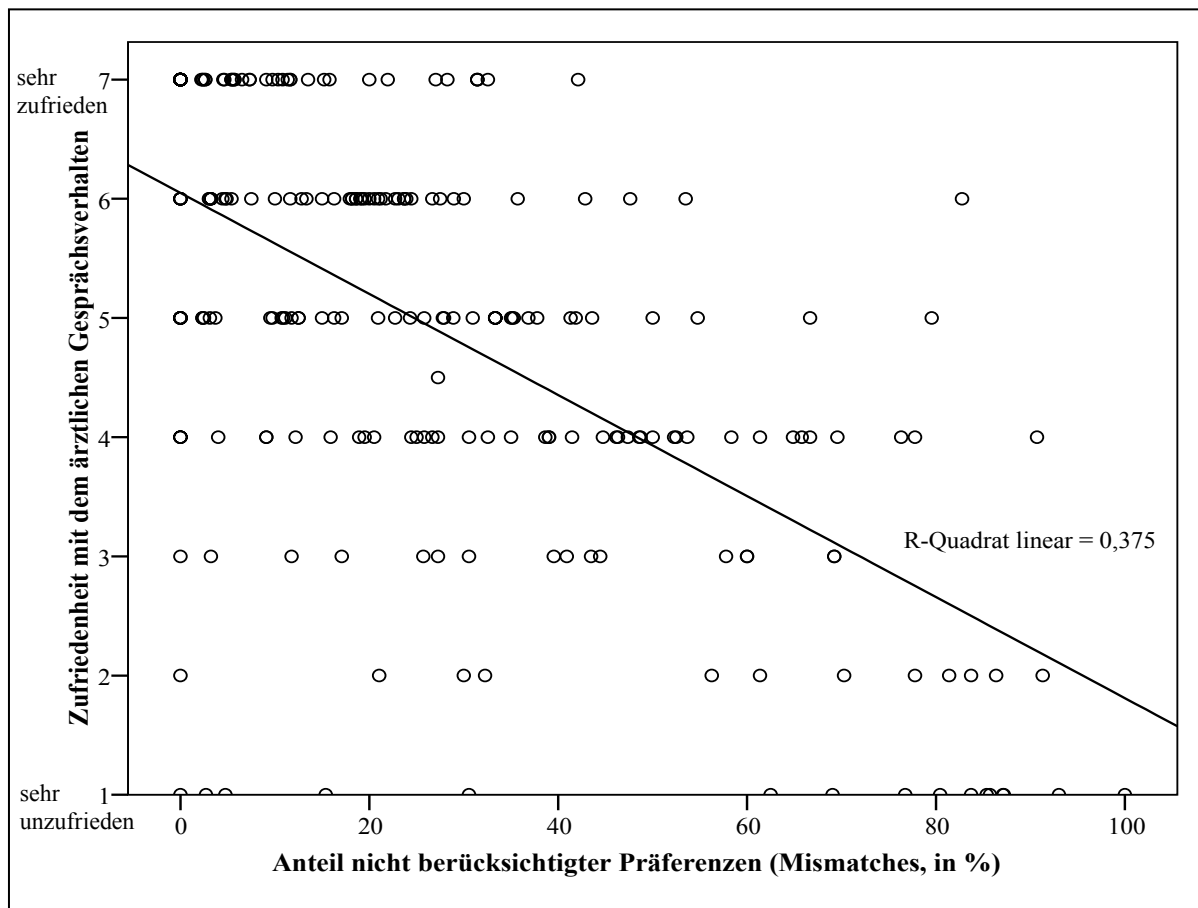


Abbildung 22: Zusammenhang zwischen dem Anteil an Mismatches und der Patientenzufriedenheit (MZPI: N=270)

6.5.2 (Nicht-)Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen, psychosoziale Belastungen und subjektive Unterstützungsbedürfnisse

Bei der Untersuchung der Frage, ob sich die Nichtberücksichtigung patientenseitiger Präferenzen bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht auf das psychosoziale Befinden und die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten auswirkt, wurde ausgehend von dem in Kapitel 3.1 dargestellten Modell zum Einfluss patientenbezogener Variablen auf die Arzt-Patient-Kommunikation (Lehmann et al., 2009) angenommen, dass das wahrgenommene ärztliche Gesprächsverhalten den Unterstützungsbedarf der Patienten beeinflusst, wobei dieser Zusammenhang (zumindest teilweise) über das Ausmaß der psychosozialen Belastung vermittelt wird.

Zur Beantwortung der Fragestellung und Prüfung der Mediatorhypothese wurden, wie im Abschnitt Methodik (vgl. Kapitel 5) beschrieben, multiple Regressionanalysen (schrittweise)

für beide Messzeitpunkte durchgeführt. Abhängige Variablen waren jeweils die standardisierten Summenscores der Skalen des SCNS-SF34-D zu MZP1 bzw. zu MZP2. Als unabhängige Variablen wurden zu MZP1 und MZP2 neben dem Alter, Geschlecht, dem Vorliegen einer festen Partnerschaft und der Schichtzugehörigkeit (Block 1) sowie der Erkrankungsschwere der Patienten und der aktuellen Durchführung einer Behandlung (Block 2) der Anteil der unberücksichtigten Präferenzen durch den Arzt (Mismatches) und die psychosoziale Gesamtbelastung (unauffällig vs. moderat/hoch) der Patienten gewählt (Block 3). In die Analysen zur Vorhersage des Unterstützungsbedarfs zu MZP2 wurde darüber hinaus für jede Unterstützungsdimension des SCNS-SF34-D der zu MZP1 auf dieser Skala erzielte Summenscore in einem vierten Block als unabhängige Variable aufgenommen.

Die Korrelationen zwischen den unabhängigen Variablen und den Kriteriumsvariablen sowie zwischen den unabhängigen Variablen untereinander sind in den Tabellen 28 und 29 dargestellt. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Anteil an Mismatches und der psychosozialen Gesamtbelastung der Patienten zu MZP1 ($r=-.13$, $p<.05$), jedoch nicht zu MZP2 ($r=-.05$). Signifikante Korrelationen bestehen weiterhin zwischen dem Anteil an unberücksichtigten Präferenzen und den Ausprägungen auf den Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf* zu beiden Messzeitpunkten (Werte zwischen $r=.15$ und $r=.23$, $p<.05$ bzw. $p<.01$) (vgl. Tabelle 28). Zwischen einigen unabhängigen Variablen zeigen sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge, jedoch mit Ausnahme der Korrelation zwischen der psychosozialen Belastung zu MZP1 und zu MZP2 ($r=.32$, $p<.01$) in geringer Höhe (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 28: Korrelationen zwischen unabhängigen Variablen und Kriteriumsvariablen (Multiple Regressionen; MZP1: N=270, MZP2: n=191)

	Skala GI		Skala PSY		Skala MB		Skala KA		Skala SX	
	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2	MZP1	MZP2
Block 1										
Alter	-.10	.01	-.14*	-.03	-.15*	-.02	-.29***	-.19	-.13*	.03
Geschlecht	-.04	-.07	-.04	-.11	-.01	-.01	-.09	-.05	.06	.14*
fester Partner	-.06	-.07	-.02	-.07	-.02	-.00	-.00	-.02	.13*	.10
Unterschicht	-.11*	-.01	-.07	-.01	.03	.04	-.08	.00	-.12*	-.05
Mittelschicht	.09	.01	.08	-.00	.02	.01	.02	.01	.13*	-.02
Oberschicht	.07	.00	.07	.02	.02	-.06	.02	-.07	.00	.01
Block 2										
fortgeschrittenes Stadium	.15*	.16*	.11*	.14*	.05	.13*	.10	.23**	.06	.17*
aktuelle Therapie, MZP1	-.02	-	-.06	-	-.07	-	-.16**	-	-.16**	-
aktuelle Therapie, MZP2		-.07	-	-.02	-	.00	-	-.05	-	.05
Block 3										
Anteil Mismatches	.23**	.15*	.22**	.18*	.12	.10	.11	.13	.09	.12
unauffällige psychosoziale Belastung, MZP1	-.21***	-.30***	-.27***	-.35***	-.18**	-.19**	-.23***	-.23**	-.13*	-.18**
unauffällige psychosoziale Belastung, MZP2	-.23**	-.19**	-	-.36***	-	-.24**	-	-.28***	-	-.07
Block 4[◇]										
Skala GI, MZP1	-	.38***	-	-	-	-	-	-	-	-
Skala PSY, MZP1	-	-	-	.55***	-	-	-	-	-	-
Skala MB, MZP1	-	-	-	-	-	.23**	-	-	-	-
Skala KA, MZP1	-	-	-	-	-	-	-	.42***	-	-
Skala SX, MZP1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.40***

Anmerkungen: GI Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information, PSY Psychologischer Unterstützungsbedarf, MB Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung, KA Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung, SX Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft,

[◇]Die Skalen wurden entsprechend der jeweiligen Kriteriumsvariablen zu MZP2 einzeln in die Analysen aufgenommen, *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

Tabelle 29: Korrelationen zwischen unabhängigen Variablen (Multiple Regressionen; MZP1: N=270, MZP2: n=191)

	Alter	Geschlecht	fester Partner	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	fortgeschrittenes Stadium	aktuelle Behandlung, MZP1	aktuelle Behandlung, MZP2	Anteil Mismatches	unauffällige psychosoziale Belastung, MZP1
Alter	-										
Geschlecht	.00	-									
fester Partner	.06	.14*	-								
Unterschicht	.09	.04	-.04	-							
Mittelschicht	.07	-.04	-.04	-	-						
Oberschicht	-.15*	.08	.01	-	-	-					
fortgeschrittenes Stadium	-.03	.11*	-.03	.02	.01	.02	-				
aktuelle Behandlung, MZP1	.15*	.10	.06	.08	-.01	-.02	.03	-			
aktuelle Behandlung, MZP2	.11*	.08	-.03	.01	.07	-.12	.01	.01	-		
Anteil Mismatches	-.16**	-.01	-.03	-.03	.04	.08	.20**	.09	.08	-	
unauffällige psychosoziale Belastung, MZP1	.14*	.13*	.02	.06	-.02	-.09	-.12*	.08	.19**	-.13*	-
unauffällige psychosoziale Belastung, MZP2	.02	.08	-.07	-.05	-.01	.06	-.10	.01	.21**	-.05	.32***

Anmerkungen: *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

Die Ergebnisse der Regressionanalysen im Hinblick auf den ersten Messzeitpunkt sind in Tabelle 30 dargestellt: Den Analysen zufolge sind der Anteil der unberücksichtigten Präferenzen und eine moderate bis hohe psychosoziale Gesamtbelastung signifikante Prädiktoren der Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf*. Die zunächst signifikanten Beiträge, die die Erkrankungsschwere bzw. das Alter der Patienten zur Varianzaufklärung dieser Skalen leisten (jeweils $p < .05$), werden bei Aufnahme von Belastung und Mismatches insignifikant. Der Anteil nichtberücksichtigter Präferenzen bei Mitteilung der schlechten Nachricht korreliert auch jeweils signifikant mit den übrigen drei Skalen des SCNS-SF34-D (*Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung, körperlicher Aspekte und Sexualität/Partnerschaft*; $p < .05$, vgl. Tabelle 30), einen signifikanten Beitrag zur Höhe der Unterstützungsbedürfnisse leistet dieser Aspekt jedoch nicht. Als signifikante Prädiktoren werden hier das Alter der Patienten, die psychosoziale Belastung, Schichtzugehörigkeit und Partnerschaft identifiziert.

Tabelle 30: *Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse (Skalen des SCNS-SF34-D, MZP1: N=270)*

Skala GI, MZP1					
Prädiktor(en)*:	B	SE	β	T	p
fortgeschrittenes Stadium	5.71	4.25	.08	1.34	.18
Anteil Mismatches	.26	.09	.19	3.02	<.01
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-13.34	4.94	-.17	-2.70	<.01
korrigiertes R ²	.08 (R ² =.02 Schritt 1, Δ R ² =.04 Schritt 2, Δ R ² =.03 Schritt 3)				
Skala PSY, MZP1					
Prädiktor(en):	B	SE	β	T	p
Alter	-.15	.13	-.08	-1.22	.22
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-14.74	4.07	-.22	-3.62	<.001
Anteil Mismatches	.21	.07	.18	2.92	<.01
korrigiertes R ²	.10 (R ² =.02 Schritt 1, Δ R ² =.06 Schritt 2, Δ R ² =.03 Schritt 3)				
Skala MB, MZP1					
Prädiktor(en):	B	SE	β	T	p
Alter	-.27	.14	-.12	-1.98	<.05
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-10.84	4.40	-.16	-2.46	<.05
korrigiertes R ²	.04 (R ² =.02 Schritt 1, Δ R ² =.02 Schritt 2)				

Fortsetzung Tabelle 30: *Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse (Skalen des SCNS-SF34-D, MZP1: N=270)*

Prädiktor(en):	Skala KA, MZP1				
	B	SE	β	T	p
Alter	-.51	.13	-.25	-4.07	<.001
aktuelle Behandlung: ja	-7.74	4.15	-.11	-1.87	.06
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung	-11.94	4.04	-.18	-2.96	<.01
korrigiertes R ²	.12 (R ² =.08 Schritt 1, Δ R ² =.02 Schritt 2, Δ R ² =.03 Schritt 3)				
Prädiktor(en):	Skala SX, MZP1				
	B	SE	β	T	p
Alter	-.26	.13	-.12	-1.99	<.05
Mittelschicht	8.08	3.56	.14	2.27	<.05
feste Partnerschaft	9.79	4.06	.15	2.41	<.05
aktuelle Behandlung: ja	-10.32	4.34	-.15	-2.38	<.05
korrigiertes R ²	.06 (R ² =.01 Schritt 1, Δ R ² =.02 Schritt 2, Δ R ² =.02 Schritt 3, Δ R ² =.02 Schritt 4)				

Anmerkungen: *Multiple Regression (schrittweise), GI *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information*, PSY *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, MB *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, KA *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung*, SX *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft*.

Bei den signifikanten Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse zu MZP2 mit dem höchsten Anteil an der Varianzaufklärung handelt es sich um die jeweiligen Skalenwerte des SCNS-SF34-D zu MZP1. Darüber hinaus leistet das Vorhandensein einer moderaten bis hohen psychosozialen Belastung zum ersten Messzeitpunkt einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf* zu MZP2. Durch die Aufnahme dieser Variablen wird der zuvor signifikante Beitrag ($p < .05$) des Krankheitsstadiums der Patienten zur Varianzaufklärung der erstgenannten Skala insignifikant. Neben den Skalenwerten des SCNS-SF34-D zu MZP1 ist weiterhin das Ausmaß der psychosozialen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt ein signifikanter Prädiktor der Skalen *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung* und *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte*. Weiterer signifikanter Prädiktor der letztgenannten Skala wie auch der Skala *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft* ist das Vorliegen einer fortgeschrittenen Krebserkrankung (Werte zwischen $p < .05$ und $p < .001$). Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen sind im Einzelnen in Tabelle 31 aufgeführt.

Tabelle 31: Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse (Skalen des SCNS-SF34-D, MZP2: n=191)

Skala GI, MZP2					
Prädiktoren*:	B	SE	β	T	p
fortgeschrittenes Stadium	6.10	4.37	.09	1.40	.16
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung, MZP1	-15.21	5.10	-.21	-2.99	<.01
SCNS-Score GI, MZP1	.30	.06	.33	4.78	<.001
korrigiertes R ²	.19 (R ² =.03 Schritt 1, Δ R ² =.07 Schritt 2, Δ R ² =.10 Schritt 3)				
Skala PSY, MZP2					
Prädiktoren:	B	SE	β	T	p
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung, MZP2	-9.91	3.64	-.18	-2.72	<.01
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung, MZP1	-9.44	4.11	-.15	-2.30	<.05
Anteil Mismatches	.08	.07	.07	1.07	.29
SCNS-Score PSY, MZP1	.43	.07	.43	6.58	<.001
korrigiertes R ²	.35 (R ² =.13 Schritt 1, Δ R ² =.06 Schritt 2, Δ R ² =.02 Schritt 3, Δ R ² =.15 Schritt 4)				
Skala MB, MZP2					
Prädiktoren:	B	SE	β	T	p
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung, MZP2	-11.57	4.26	-.20	-2.72	<.01
SCNS-Score MB, MZP1	.19	.07	.19	2.62	<.01
korrigiertes R ²	.08 (R ² =.05 Schritt 1, Δ R ² =.03 Schritt 2)				
Skala KA, MZP2					
Prädiktoren:	B	SE	β	T	p
Alter	-.10	.12	-.06	-.86	.39
fortgeschrittenes Stadium	9.80	3.13	.20	3.13	<.01
unauffällige psychosoziale Belastung, MZP2	-8.10	3.30	-.17	-2.46	<.05
SCNS-Score KA, MZP1	.30	.06	.35	4.89	<.001
korrigiertes R ²	.23 (R ² =.04 Schritt 1, Δ R ² =.05 Schritt 2, Δ R ² =.06 Schritt 3, Δ R ² =.10 Schritt 4)				
Skala SX, MZP2					
Prädiktoren:	B	SE	β	T	p
fortgeschrittenes Stadium	8.09	3.76	.14	2.15	<.05
unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung, MZP1	-7.62	4.32	-.12	-1.76	.08
SCNS-Score SX, MZP1	.40	.07	.39	5.76	<.001
korrigiertes R ²	.19 (R ² =.03 Schritt 1, Δ R ² =.03 Schritt 2, Δ R ² =.15 Schritt 3)				

Anmerkungen: *Multiple Regression (schrittweise), GI Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information, PSY Psychologischer Unterstützungsbedarf, MB Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung, KA Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung, SX Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft.

7 DISKUSSION

Die vorliegende Studie beleuchtete drei Themenbereiche im Zusammenhang mit der Mitteilung schlechter Nachrichten in der Onkologie unter folgenden Zielsetzungen: (1) die differenzierte Erfassung der Anzahl und Inhalte schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf und deren Bedeutsamkeit aus Patientensicht; (2) die differenzierte Erfassung spezifischer Kommunikationspräferenzen und -präferenzdimensionen von Krebspatienten und (3) die differenzierte Erfassung der Erfahrungen von Krebspatienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und die Analyse von Zusammenhängen von Erfahrungen mit den psychosozialen Belastungen und subjektiven Unterstützungsbedürfnissen der Patienten. Dabei bezogen sich die jeweiligen Fragestellungen und Hypothesen insbesondere auf potenzielle Unterschiede zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Krankheitsstadien, wenn möglich, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Patienten, sowie auf Veränderungen der patientenseitigen Einschätzungen im Zeitverlauf. In Abschnitt 7.1 werden das Untersuchungsdesign und methodische Vorgehen diskutiert. Kapitel 7.2 stellt die Resultate zur Repräsentativität der Stichprobe dar, Kapitel 7.3 deren Charakteristika (soziodemographische und medizinische Merkmale, psychosoziales Belastungsniveaus und subjektive Unterstützungsbedürfnisse). In den Abschnitten 7.4 bis 7.6 werden die Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen der Studie zusammengefasst und im Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand erörtert. Abschließend werden in Kapitel 7.7 ein Gesamtfazit gezogen und Implikationen für künftige Forschungsbemühungen und die Versorgungspraxis abgeleitet.

7.1 Studiendesign und Methodik

Studiendesign: Zur Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen wurde ein prospektives, naturalistisches Untersuchungsdesign mit zwei Messzeitpunkten (MZP1: vor bzw. während einer onkologischen Behandlung im Krankenhaus, MZP2: drei Monate später) gewählt. Die zur Messung potenzieller Veränderungen angestrebte Zeitspanne von drei Monaten einschließlich einer Erinnerungsfrist von vier Wochen kann mit dem erreichten durchschnittlichen Abstand zwischen MZP1 und MZP2 von $M=3.9$ Monaten als erreicht angesehen werden.

Die konsekutive Datenerhebung erfolgte im Rahmen eines am Institut für Medizinische Psychologie des UKE durchgeführten Forschungsprojektes zur Arzt-Patient-Kommunikation. In die Dissertationsstudie eingeschlossen wurden alle volljährigen Patienten mit malignen Tumorerkrankungen, die körperlich und psychisch in der Lage waren, einen Fragebogen auszufüllen. Da es bislang an Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation fehlt, die spezifisch die Krankheitsschwere der Patienten berücksichtigen, wurde der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf den Vergleich zwischen Krebspatienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung gelegt, sodass die Lokalisation der Krebserkrankung von untergeordneter Bedeutung blieb. Hierin ist die in Kapitel 6.2.2 gefundene Heterogenität hinsichtlich der Krebsdiagnosen der erreichten Stichprobe begründet, die eine Schichtung bzw. Subgruppenanalysen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht zuließ.

Im Hinblick auf das Studiendesign ist zu kritisch anzumerken, dass es keine „Baseline-Erfassung“ beinhaltete, d.h. Kommunikationspräferenzen der Patienten vor der Krebserkrankung nicht berücksichtigt und somit Veränderungen der patientenseitigen Einschätzungen, die auf die Krebserkrankung selbst zurück zu führen sein könnten, nicht erlaubt. Als methodische Einschränkung zu bewerten ist auch die Tatsache, dass keine konstante zeitliche Nähe zwischen den Patienteneinschätzungen zu MZP1 und subjektiv schlimmster Nachricht gewährleistet wurde (die subjektiv schlimmste Nachricht liegt in der Gesamtstichprobe im Mittel etwa 9 Monate zurück), so dass daher die Patientenangaben im Zeitverlauf durch Erinnerungseinflüsse verzerrt sein könnten. Bei der Planung der Studie sollte ursprünglich dieser Aspekt Berücksichtigung finden, indem eine Befragung der Patienten etwa zwei Wochen nach Erhalt der letzten schlechten Nachricht geplant war. Von diesem Vorhaben wurde jedoch aus verschiedenen Gründen abgewichen: Zum einen zeigten sich logistisch-organisatorische Schwierigkeiten, da klinischen Erfahrungen zufolge die Mitteilung häufig von unterschiedlichen Ärzten in unterschiedlichen Settings erfolgt und hier ein entsprechender Zugang nicht realisierbar war. (Dies wird durch die Ergebnisse der Patientenangaben zur Fachrichtung des mitteilenden Arztes belegt, vgl. Kapitel 6.3.2). Zum anderen bestand eine Zielsetzung der Studie darin, gezielt den Bedeutungsgehalt der schlechten Nachrichten aus Patientensicht zu erheben, um dann die Kommunikationspräferenzen der Patienten in den für sie schlimmsten Situationen zu erfassen unter der Annahme, dass bspw. möglicherweise die Information über eine

notwendige Chemotherapie zwar als schlechte Nachricht, jedoch nicht als subjektiv schlimmste Nachricht wahrgenommen wird, und die Präferenzen der Patienten in dieser Gesprächssituation anders ausgeprägt sind als bspw. bei der Mitteilung über eine metastasierende Erkrankung. Da auch bei konstant gehaltener zeitlicher Nähe zur letzten schlechten Nachricht nicht gewährleistet gewesen wäre, dass es sich bei dieser auch um die subjektiv schlimmste Nachricht aus Patientensicht gehandelt hätte, wurde schließlich das realisierte Studiendesign gewählt.

Erhebungsinstrumente: Die Angaben der Patienten wurden anhand eines Fragebogens erfasst, der neben eigens für die vorliegende Studie entwickelten Items zu Art, Inhalt und Bedeutungsgehalt schlechter Nachrichten auch standardisierte, national wie international erprobte Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung von psychischen Belastungen bei chronischen Erkrankungen (HADS-D) und krebspezifischen Belastungen (NCCN Distress-Thermometer) enthielt. Die internen Konsistenzen der Skalen der HADS-D in der vorliegenden Studie entsprachen mit jeweils Cronbach's $\alpha=.84$ den internationalen Daten (Hermann-Lingen et al., 1995; Zigmond & Snaith, 1983) und sind insgesamt als sehr gut einzuschätzen. Darüber hinaus wurden zwei englischsprachige Verfahren unter Einhaltung der State-of-the-Art-Übersetzungsregeln (Hilton & Skrutkowski, 2002; Peters & Passchier, 2006; Sperber, 2004) für den deutschen Sprachraum adaptiert: Das Instrument Measure of Patients' Preferences (MPP; Parker et al., 2001) zur Erfassung der kommunikativen Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und der Supportive Care Needs Survey-Short Form34 (SCNS-SF34; Bonevski et al., 2000; Boyes et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2000) zur Messung der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten. Die faktoriellen Strukturen der Verfahren wurden im Rahmen von Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation überprüft, in die die Daten zu MZP1 einbezogen wurden (vgl. Ergebnisse in Anhang C und Anhang D). Die überwiegend geringe Anzahl fehlender Werte weist auf eine gute Akzeptanz der Instrumente hin. Die Daten waren aufgrund der erreichten Fallzahlen von N=270 Patienten und dem jeweiligen KMO-Koeffizienten gut für die Hauptkomponentenanalysen geeignet. Aufgrund der Itemanzahl von 46 Items (MPP) bzw. 34 Items (SCNS-SF34) wäre dennoch eine größere, homogenere Stichprobe wünschenswert gewesen.

Die dreifaktorielle Struktur der Originalversion des MPP ließ sich nicht replizieren. Stattdessen resultierte unter Zugrundelegung mehrerer methodischer Verfahren und anhand von inhaltlichen Überlegungen eine neunfaktorielle Lösung, wobei die in der vorliegenden Studie extrahierten Faktoren *Fachkompetenz/Patientenorientierung* und *Umfassende Aufklärung* dem Faktor „Content“ der Studie von Parker et al. (2001) entsprechen und sich in der japanischen Stichprobe auf drei Skalen „Medical Information“, „Clear Explanation“ und „Encouraging Question-Asking“ verteilen (Fujimori et al., 2007). Die Mehrzahl der Items des Faktors *Emotionale Unterstützung* des MPP-D entspricht den amerikanischen und japanischen Items der „Support“-Skalen. Die Items der Faktoren *Eindeutigkeit/ Direktheit* und *Privatsphäre/Vertrautheit* der vorliegenden Studie haben die höchsten Ladungen in der amerikanischen Studie auf der Skala „Facilitation“, in der japanischen Studie auf den Skalen „Setting“ und „Clear Explanation“. Bereits dies weist auf kulturabhängige Unterschiede in den Präferenzen von Krebspatienten hin, weitere spezifische Unterschiede werden in Kapitel 7.5 erläutert. Sieben der neun Skalen des MPP-D sind im Hinblick auf die Reliabilität mit Werten von Cronbach's $\alpha > .80$ als gut bis sehr gut zu bewerten; die internen Konsistenzen der Skalen *Nachhaltigkeit* und *Privatsphäre/Vertrautheit* sind jedoch mit Cronbach's $\alpha = .59$ und Cronbach's $\alpha = .56$ von geringer Zuverlässigkeit. Da diese Skalen nur aus zwei bzw. drei Items etwa gleicher Trennschärfe bestehen, wäre zu überlegen, ob diese neu zu formulieren oder evtl. auch auszuschließen sind. Aufgrund des explorativen Ansatzes wurden diese Skalen dennoch in der vorliegenden Untersuchung beibehalten. Zu empfehlen ist jedoch eine weitere psychometrische Überprüfung des Verfahrens.

Die fünffaktorielle Struktur der Originalversion des SCNS-SF34 ließ sich replizieren, die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen Cronbach's $\alpha = .84$ und Cronbach's $\alpha = .96$ und sind damit als sehr gut zu bewerten. Aufgrund der weitgehenden Übereinstimmung mit internationalen Studienergebnissen kann angenommen werden, dass es sich bei dem SCNS-SF34 um ein Instrument handelt, das sich gut zur Erfassung und Vergleichbarkeit der krebspezifischen Unterstützungsbedürfnisse von Patienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund handelt (Boyes et al., 2009; Okuyama et al., 2009).

7.2 Repräsentativität

Von den insgesamt $n=892$ Patienten, die im Erhebungszeitraum im UKE behandelt wurden, erfüllte ein Viertel der Patienten nicht die Einschlusskriterien, zumeist aufgrund ihres schlechten körperlichen Zustands (12%). Etwa ein Drittel der verbleibenden potenziellen Studienteilnehmer ($n=663$) verweigerte eine Studienteilnahme, vorwiegend aufgrund einer subjektiv zu schlechten körperlichen und/oder psychischen Verfassung. Weiterhin füllte ein Drittel der Patienten, die in eine Studienteilnahme eingewilligt hatten, den Fragebogen zu MZP1 nicht aus. Die Analysen zeigen, dass diese Patienten häufiger an einer Krebserkrankung in fortgeschrittenem Stadium litten (78% vs. 57%, $w=.20$) und mit palliativer Intention behandelt wurden (56% vs. 35%, $w=.20$). Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale bestanden keine Unterschiede. Zum zweiten Messzeitpunkt sendete ebenfalls ein größerer Anteil der Patienten mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien den Fragebogen zurück (83% vs. 62%, $w=.22$); ein signifikant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung war inzwischen verstorben (12% vs. 1%, $w=.26$). Die Effektgrößen liegen jeweils im knapp mittleren Bereich. Für die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse ist somit zu berücksichtigen, dass in der erreichten Stichprobe schwerstkranke Patienten mit palliativer Behandlungsintention, v.a. zum zweiten Messzeitpunkt, unterrepräsentiert sind. Insbesondere im Hinblick auf die krebsspezifischen und psychischen Belastungen ist somit eher von einer Unterschätzung der Beeinträchtigungen von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung auszugehen. Die Gesamtstichprobe zu MZP1 ($N=270$) und die Rücklaufquote zu MZP2 ($n=191$, 71%), ist jedoch aufgrund des hohen Anteils von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung als sehr positiv zu bewerten.

7.3 Stichprobencharakteristika

Soziodemographie: Die soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmer zu MZP1 und MZP2 unterschieden sich nicht signifikant: Patienten mit einer Erkrankung in frühen wie fortgeschrittenen Stadien waren jeweils im Durchschnitt etwa 57 Jahre alt, knapp die Hälfte Männer, mehr als 75% lebten in fester Partnerschaft und hatten mindestens ein Kind. Jeweils etwa 50% der Patienten war der Mittelschicht zuzurechnen

Medizinische Merkmale: Signifikante Unterschiede mit hohen Effekten (zwischen $w=.54$ bis $w=.96$) bestanden erwartungsgemäß zwischen Patienten mit frühem Krankheitsstadium und Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung hinsichtlich der Verteilung der Stadien der Erkrankung, des Behandlungsansatzes und des Krankheitsverlaufs. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, in wissenschaftlichen Studien den Faktor der Erkrankungsschwere regelhaft bei der Untersuchungsplanung wie auch in den Auswertungen zu berücksichtigen. Weiterhin bestanden im mittleren Bereich liegende bedeutsame Unterschiede zwischen den Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung hinsichtlich der Verteilung der Krebsdiagnosen, wobei Brustkrebserkrankungen und urologische Tumoren bei den Patienten in frühen Stadien, maligne Tumoren der Verdauungsorgane bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung überrepräsentiert waren ($w=.38$ bzw. $w=.41$). Zu beiden Messzeitpunkten wurden Patienten in frühen Stadien häufiger strahlentherapeutisch (28% vs. 12%), Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung zu MZP2 häufiger chemotherapeutisch behandelt (29% vs. 11%; $w=.25$ bzw. $w=.40$), was vermutlich auf die beschriebenen Unterschiede in den Diagnosen, Stadien und Behandlungsansätzen zurückzuführen ist. Das Ergebnis, dass zu MZP2 im Vergleich zu MZP1 ein signifikant und klinisch bedeutsam größerer Anteil der Patienten unabhängig von der Erkrankungsschwere keine krebsspezifische Behandlung mehr erhielt (MZP1: etwa 20%, MZP2: etwa 45%, $w=.26$), weist wiederum darauf hin, dass zu MZP2 körperlich eher weniger beeinträchtigte Patienten an der Untersuchung teilnahmen.

Die Mitteilung der erstmaligen Diagnose der Krebserkrankung lag bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung mit durchschnittlich etwa zwei Jahren signifikant länger zurück als bei Patienten mit früher Erkrankung, wobei auch zwei Drittel der schwer kranken Patienten die Diagnose im Verlauf des vergangenen Jahres erhalten hatten ($w=.37$). Somit hatten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung bereits eine längere Zeitspanne zur Bewältigung der Krebserkrankung zur Verfügung, was sich bestenfalls günstig auf die selbstbeurteilten Belastungen auswirken, andererseits aber auch aufgrund der Progredienz der Erkrankung höhere Belastungen mit sich bringen könnte. So zeigen bspw. die vorliegenden Daten bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung in frühem Stadium, dass auch noch bis zu 10 Jahre nach überstandener Erkrankung ein substanzieller Anteil der Patienten auffällig belastet ist (z.B. Mehnert & Koch, 2008; Meyerowitz, Kurita und D'Ourazio, 2008).

Psychosoziale Gesamtbelastung: Das psychosoziale Gesamtbelastungsniveau der Patienten wurde anhand der Angaben zur krebsspezifischen (NCCN Distress Thermometer) und psychischen Belastung (HADS-D) zu den Kategorien *unauffällige psychosoziale Gesamtbelastung*, *moderate psychosoziale Gesamtbelastung* und *hohe psychosoziale Gesamtbelastung* bestimmt (vgl. Kapitel 5.2.1). Zu MZP1 bestanden diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und -nichtteilnehmern zu MZP2, sodass hinsichtlich der psychosozialen Gesamtbelastung von einer Repräsentativität der erreichten Stichprobe zu MZP2 ausgegangen werden kann.

Zum ersten Messzeitpunkt waren Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung mit einem Anteil von knapp 40% signifikant häufiger hoch belastet als Patienten in frühen Stadien (23.5%, $w=.18$), wobei es sich bei dem größten Anteil unauffällig belasteter Patienten um Männer mit einer frühen Krebserkrankung handelte (43.8% vs. jeweils etwa 20%, $w=.20$). Diese Unterschiede waren dabei vor allem auf Unterschiede in der Höhe der psychischen Belastungen, und hier insbesondere durch Ängste, zurückzuführen: So äußerten jeweils etwa 70% der Patienten mit früher wie fortgeschrittener Krebserkrankung auffällige krebsspezifische Belastungen, ein signifikant und klinisch relevant größerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung berichtete jedoch eine auffällige psychische Gesamtbelastung (43% vs. 25%, $w=.20$) und hohe Angstwerte (22% vs. 11%; $w=.14$). Auch der Vergleich mit den Angstwerten der Stichprobe onkologischer Patienten ($M=5.9$) der Validierungsstudie des HADS-D (Hermann et al., 1995) zeigt, dass die untersuchten Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung deutlich stärker und klinisch bedeutsam beeinträchtigt waren ($d=.30$ bis $d=.32$).

Die im Vergleich zu internationalen Studien deutlich höheren Prävalenzraten krebsspezifischer Belastung (z.B. Jacobsen et al., 2005: 35%, Hurria et al., 2009: 41%; Johnson, Gold und Wyche, 2009: 57%) könnten darauf zu führen sein, dass zu MZP1 etwa 80% der untersuchten Patienten eine krebsspezifische Therapie erhielten, die zumeist mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden ist. Auch wurden in den internationalen Studien vorwiegend Patienten einbezogen, die früh erkrankt oder deutlich älter waren, bei denen die Diagnosestellung länger zurück lag oder die nicht oder ausschließlich ambulant behandelt wurden. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ebenfalls ein signifikanter, wenn auch geringer Zusammenhang zwischen höherem Alter der Patienten und

abnehmender krebsspezifischer Belastung ($r=-.19$). Die höhere Angstausprägung der schwerer erkrankten Patienten könnte auf die erforderlichen Therapien bzw. auf den Behandlungsanlass zurückzuführen sein, der in dieser Gruppe bei immerhin jeweils 10% in Komplikationen bzw. operativen Eingriffen bestand. Für diese Annahme spricht auch, dass zum zweiten Messzeitpunkt, zu dem ein deutlich geringerer Anteil der Patienten eine medizinische Behandlung erhält, auch der Anteil hoch ängstlicher Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung gesunken ist ($w=.27$). Vermutlich reagieren Patienten mit zunehmender Erkrankungsschwere auf akute Behandlungserfordernisse zunächst mit stärkeren psychischen Belastungsreaktionen, die jedoch bei Erhaltung des Status Quo im weiteren Zeitverlauf remittieren.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf einen bedeutsameren Einfluss der Krankheitsschwere und/oder der Krebslokalisierung auf die psychosozialen Belastungen der Patienten hin als auf Alters- und Geschlechtseinflüsse, wohingegen in epidemiologischen Studien zur Entwicklung von Angst- und depressiven Störungen das weibliche Geschlecht als bedeutsamer Risikofaktor identifiziert wurde (z.B. Kroenke und Spitzer, 1998; Wittchen und Jacobi, 2005). Die geringe Anzahl psychoonkologischer Studien, in denen heterogene Diagnosegruppen untersucht wurden, zeigt im Hinblick auf das Geschlecht inkonsistente Ergebnisse (vgl. Übersichtsarbeiten von Chandu, Smith und Rogers, 2006; Kiss und Meryn, 2001). Übereinstimmend zeigt die Datenlage jedoch eine Abnahme psychosozialer und eine Zunahme körperlicher Belastungen mit zunehmendem Alter der Patienten (z.B. Arden-Close, Gidron und Moss-Morris, 2008; Hoffman, McCarthy, Recklitis und Ng, 2009; Mosher & Danoff-Burg, 2005; Nelson et al., 2009), wobei auch hier vorwiegend früh erkrankte Patienten untersucht wurden und somit die Vergleichbarkeit eher begrenzt ist.

Subjektive Unterstützungsbedürfnisse: Die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten wurden anhand der deutschen Version des SCNS-SF34 (Bonevski et al., 2000; Boyes et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2000; dt. Version: Lehmann et al., 2009, vgl. Anhang B.4) erhoben. Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, die zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnahmen, hatten zum ersten Messzeitpunkt signifikant höhere und klinisch bedeutsame Werte auf den Skalen *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung*, *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf* angegeben ($d=.45$ bzw.

$d=.37$ bzw. $d=.34$). Dieses Ergebnis korrespondiert mit der höheren Krankheitsschwere dieser Patienten, sodass davon auszugehen ist, dass es sich bei den zu MZP2 gefundenen Ausprägungen dieser Unterstützungsbedürfnisse fortgeschrittener Patienten eher um Unterschätzungen handelt.

Die Analysen weisen auf zeitstabile, signifikant und klinisch bedeutsam höhere unerfüllte Unterstützungsbedürfnisse von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung hin. Zwar betrug der Anteil von Patienten mit mindestens einem unerfüllten Unterstützungsbedürfnis unabhängig von Krankheitsstadium zu beiden Befragungszeitpunkten 80% bis 90%, ein signifikant größerer Teil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung äußerte jedoch zu MZP1 bzw. zu MZP2 Unterstützungsbedürfnisse hinsichtlich Gesundheitssystem/Information (76% vs. 65%, $w=.12$) bzw. bezüglich psychologischer und körperlicher Aspekte (77% vs. 63%, $w=.15$ und 75.0% vs. 57, $w=.19$). Jeweils knapp die Hälfte der Patienten hatte zu beiden Messzeitpunkten Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung und Sexualität/Partnerschaft. Diese Prävalenzraten sind zum Teil höher als die vorliegender internationaler Studien, die zwischen 15% (Sexualität/Partnerschaft) und 60% (Gesundheitssystem/ Information) liegen (Boyes et al., 2009; Lintz et al., 2003; Okuyama et al., 2009). In diesen Studien waren die einbezogenen Stichproben jedoch auch vorwiegend früh erkrankte Patienten mit Brust- oder Prostatakrebs bzw. Langzeitüberlebende, bei denen die Erkrankung mit durchschnittlich zwischen 3 und 5 Jahren entsprechend deutlich länger zurück lag als in der vorliegenden Untersuchung.

Die häufigsten spezifischen unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse bezogen sich unabhängig von Krankheitsstadium, Alter und Geschlecht der Patienten zu beiden Messzeitpunkten auf den Umgang mit Progredienzangst, die umgehende Information über die Kontrolle der Krebserkrankung und Testergebnisse, Erschöpfung, Informationen über mögliche Verhaltensänderungen und das Vorhandensein eines festen Ansprechpartners. Dementsprechend waren zu MZP1 und MZP2 die durchschnittlichen Unterstützungsbedürfnisse aller Patienten im Hinblick auf die übergeordneten Bereiche *Gesundheitssystem/Information*, *psychologische* und *körperliche Aspekte* am höchsten ausgeprägt. Ältere Patienten, insbesondere Männer mit einer frühen Krebserkrankung, äußerten in verschiedenen Bereichen geringeren Bedarf; dieser bezog sich vorwiegend auf körperliche Aspekte während der Behandlung zu MZP1 ($r=-.33$). Die übrigen Korrelationen waren zwar

signifikant, jedoch im kleinen Effektgrößenbereich. Entgegen empirischen Daten, die einheitlich höhere psychologische Unterstützungsbedürfnisse von Frauen zeigen (z.B. Ernstmann et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2000, Smith et al., 2007; Steginga et al., 2001), äußerten in der vorliegenden Studie nur Männer mit einer frühen Krebserkrankung zu MZP1 geringeren Bedarf, während Männer mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zu diesem Zeitpunkt vergleichbare Unterstützungsbedürfnisse wie Frauen angaben ($\eta^2=.02$).

Im Untersuchungszeitraum verringerte sich nur der Anteil der unerfüllten spezifischen Bedürfnisse der Frauen mit einer frühen Krebserkrankung jeweils signifikant mit kleinen bis mittleren Effekten (Werte zwischen $\eta^2=.02$ und $\eta^2=.12$). Im Hinblick auf übergeordnete Unterstützungsbereiche zeigten sich die größten Reduktionen des durchschnittlichen Unterstützungsbedarfs mit knapp mittleren Effekten bezüglich psychologischer Aspekte bei Patienten mit früher Erkrankung und Männern mit fortgeschrittenen Krankheitsstadien (Werte zwischen $\eta^2=.08$ und $\eta^2=.11$). Dies spiegelt den Rückgang der psychischen Belastungen wider, zeigt jedoch hinsichtlich des konstanten Bedarfs der Frauen mit fortgeschrittener Erkrankung auch, dass entsprechend der Literatur die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten nicht zwangsläufig deren psychischen Belastungen entsprechen (vgl. z.B. Kaspar & Kollenbaum, 2001; Mehnert & Koch, 2008). Erforderlich scheint somit die gleichzeitige und wiederholte Erfassung der Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten während des Krankheitsverlaufs. Der Rückgang der unerfüllten spezifischen Unterstützungsbedürfnisse der früh erkrankten Frauen (vorwiegend Brustkrebsspatientinnen) könnte auf die Inanspruchnahme entsprechender Interventionen zurück zu führen sein, da Studien zeigen, dass psychosoziale Angebote häufig von dieser Patientengruppe genutzt werden (z.B. Edgar et al., 2000; Gray et al., 2000); gleichzeitig weist der hohe Anteil noch vorhandener unerfüllter Bedürfnisse auf eine eventuelle Unterversorgung aller Patienten unabhängig von soziodemographischen und medizinischen Merkmalen hin.

7.4 Zielbereich I: Inhalte schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Fragestellung I.1:

Wie viele schlechte Nachrichten erhalten Krebspatienten in frühen und fortgeschrittenen Stadien im Durchschnitt im Verlauf ihrer Erkrankung und welche Inhalte haben diese?

Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter oder Geschlecht der Patienten?

Übereinstimmend mit klinischen Erfahrungen wie auch der Tatsache, dass in der vorliegenden Studie bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung die Mitteilung der Erstdiagnose deutlich länger zurück lag als bei früh erkrankten Patienten, zeigen die Ergebnisse, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zum ersten Befragungszeitpunkt im Durchschnitt mehr schlechte Nachrichten erhalten hatten als Patienten in frühen Stadien ($M=2.14$, Range: 1-12 vs. $M=1.60$, Range: 1-5). Darüber hinaus erhielten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung auch innerhalb des viermonatigen Untersuchungszeitraums signifikant häufiger weitere schlechte Nachrichten (32% vs. 15%, $w=.18$). Dementsprechend war der Anteil der Patienten, die mehr als eine schlechte Nachricht erhalten hatten, in dieser Patientengruppe zu beiden Messzeitpunkten auch deutlich höher als bei den früh erkrankten Patienten (48% vs. 32% bzw. 57% vs. 43%; jeweils $w=.14$). Trotz der kleinen Effektgrößen lässt sich hieraus ableiten, dass mit zunehmender Schwere der Krebserkrankung auch eine höhere Beeinträchtigung der Patienten durch eine häufigere Konfrontation mit der Mitteilung schlechter Nachrichten einhergeht, was in der Behandlung dieser Patienten von den behandelnden Ärzten berücksichtigt werden sollte. Relevante Alters- oder Geschlechtsunterschiede zeigten sich nicht. Von höherer Bedeutsamkeit als die Unterschiede hinsichtlich des Krankheitsstadiums im Erhalt schlechter Nachrichten ist aufgrund der mittleren Effektgrößen das Ergebnis einzuschätzen, dass sich im Verlauf von vier Monaten der Anteil der Patienten, die mehrere schlechte Nachrichten im Krankheitsverlauf erhalten haben, in beiden Patientengruppen signifikant erhöht hat ($w=.30$ bzw. $w=.45$). Auch wenn die überwiegende Mehrzahl der Patienten zwischen einer und drei schlechten Nachrichten während des Krankheitsverlaufs erhalten hat, haben unabhängig von der Erkrankungsschwere zwischen 10% und 20% der Patienten vier und mehr schlechte Nachrichten erhalten. Dieses Ergebnis untermauert die hohe Relevanz dieser Gesprächssituationen für die Versorgung jedes Krebspatienten unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung.

Als häufigsten Inhalt schlechter Nachrichten nannten alle Patienten die Krebsdiagnose. Darüber hinaus gab unabhängig vom Krankheitsstadium etwa jeder zweite Patient die Information über notwendige Chemotherapien an, etwa jeder dritte bzw. jeder vierte nannte

Nebenwirkungen der Behandlungen bzw. körperliche Erkrankungsfolgen. Dieses Ergebnis entspricht empirischen internationalen Daten, die zeigen, dass neben krankheitsspezifischen Inhalten auch behandlungsbezogene Informationen für Patienten zu schlechten Nachrichten zählen und somit Belastungsspitzen im Krankheitsverlauf bedeuten können (z.B. Fallowfield & Jenkins, 2004; McCormick & Conley, 1995). Den medizinischen Merkmalen entsprechend resultierten in der vorliegenden Studie erwartungsgemäß auch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Krankheitsstadiums bei der Nennung der Inhalte erhaltener schlechter Nachrichten: Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung gaben an, signifikant häufiger die Mitteilung über das Vorliegen einer Metastasierung, eines Rezidivs sowie über eine ungünstige Prognose erhalten zu haben, wobei der höchste Effekt bezüglich der Information über eine Fernmetastasierung vorliegt ($w=.30$). Weiterhin spiegeln sich in den Ergebnissen zu erhaltenen Nachrichteninhalten vermutlich auch die diagnosespezifischen Behandlungsstrategien wider, da Patienten mit einer Krebserkrankung in frühen Stadien (von denen etwa ein Drittel Brustkrebspatientinnen waren, vgl. Kapitel 6.2.2) signifikant häufiger mit kleinen bis mittleren Effektgrößen ($w=.20$) die Notwendigkeit einer Strahlentherapie (42%) bzw. Hormontherapie (14%) benannten, die regelhaft Elemente in der Therapie des Mammakarzinoms sind (Possinger, Schmoll, Höffken und Große, 2002). Diagnosespezifische Subgruppenanalysen konnten jedoch aufgrund der Heterogenität der Stichproben und den daraus resultierenden zu kleinen Fallzahlen nicht durchgeführt werden. Auch die gefundenen Zusammenhänge zwischen Inhalten schlechter Nachrichten und dem Alter der Patienten sind vermutlich eher auf diagnosespezifische Unterschiede zurück zu führen.

Fragestellung I.2:

Welche Inhalte haben die aus Patientensicht schlimmsten Nachrichten? Verändert sich diese Einschätzung im Zeitverlauf? Welche Zusammenhänge bestehen mit dem Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter und Geschlecht der Patienten?

Obwohl die Patienten gebeten wurden, einen schlimmsten Nachrichteninhalt anzugeben, nannten zu beiden Messzeitpunkten zwischen 20% und 30% der Patienten bis zu vier Inhalte. Diese Patienten waren zu MZP1 unabhängig von der Erkrankungsschwere signifikant häufiger von einer rezidivierenden oder metastasierenden Krebserkrankung betroffen (Effekte zwischen $w=.17$ und $w=.22$) und litten zu MZP2 häufiger an einer

fortgeschrittenen Erkrankung. Trotz der relativ kleinen Effekte lässt sich auch aufgrund klinischer Erfahrungen annehmen, dass mit zunehmender Erkrankungsschwere mehrere Aspekte erhaltener Nachrichten für die Betroffenen gleichermaßen negativ wahrgenommen werden. Ein weiterer Grund für Mehrfachnennungen könnte in der längeren Zeitspanne zwischen Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht und den Befragungszeitpunkten (jeweils knapp ein Jahr) bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung liegen, da mit zunehmender Zeitdauer die Wahrscheinlichkeit von Erinnerungsverzerrungen steigt. Dennoch weisen die fehlenden signifikanten Veränderungen der patientenseitigen Beurteilungen eher auf eine Stabilität der Urteile in diesen Aspekten hin.

Unabhängig von der Nennung einer oder mehrerer schlimmster Nachrichteninhalte wurde zu beiden Befragungszeitpunkten von mehr als zwei Dritteln der Patienten mit früher wie fortgeschrittener Erkrankung die erstmalige Krebsdiagnose als schlimmste Nachricht bewertet. Bislang liegen zu dieser spezifischen Frage keine empirischen Daten vor. In einer Untersuchung von Baile et al. (2002) wurden jedoch Ärzte nach ihrer Einschätzung bezüglich der belastendsten Gesprächssituation befragt. Im Gegensatz zu den Patienten in der vorliegenden Studie war aus ärztlicher Sicht die Diagnosemitteilung von untergeordneter Bedeutung. Als Situation mit größter Belastung wurde die Information über ein Rezidiv oder Metastasierung genannt. Auch in der hier durchgeführten Studie gab ein Teil der hiervon betroffenen Patienten diese Informationen als schlimmste Situationen an, der Prozentsatz war jedoch im Vergleich zum Anteil derer, die die Erstdiagnose nannten, deutlich geringer. Dass diese Ergebnisse nicht zwangsläufig im Widerspruch zueinander stehen, zeigt die Erfassung des spezifischen Bedeutungsgehalts der schlimmsten Nachricht: Hier zeigen sich zeitstabile, bedeutsame Unterschiede zwischen Patienten unterschiedlicher Erkrankungsschwere ($w > .30$): Patienten in frühen Stadien der Erkrankung äußerten häufiger Ängste vor körperlichen Folgen der Erkrankung und Behandlung wie auch den Umgang damit, während für einen größeren Anteil der Patienten in fortgeschrittenen Stadien die Unheilbarkeit bzw. ungünstige Prognose am belastendsten war. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Geschlechts- oder Altersunterschiede. Allerdings wurde nur von etwa der Hälfte der Patienten Aussagen getroffen, was auf die Schwierigkeit hinweisen könnte, diese Belastungsfaktoren konkret zu benennen. Die häufig gebrauchte Formulierung „die Diagnose Krebs“ ohne nähere Erläuterung könnte auch bedeuten, dass die Patienten von einem gemeinsamen Bedeutungsgehalt dieser Erkrankung ausgehen, der nicht näher benannt

werden muss. Zu den häufig gefundenen Assoziationen und Attributionen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen zählen v.a. die Gleichsetzung mit Tod oder Sterben oder auch Schuldzuschreibungen im Sinne von Bestrafung für Fehlverhalten des Betroffenen (z.B. Glinder und Compas, 1999; Holland, 2002; Kainz, 2003; Roth & Modi, 2003).

Fragestellung I.3:

Unter welchen kontextuellen Bedingungen (Setting, Fachrichtung des mitteilenden Arztes, weitere anwesende Personen) wurde die subjektiv schlimmste Nachricht mitgeteilt? Bestehen Unterschiede zwischen den Patienten hinsichtlich Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter, Geschlecht oder psychosozialer Belastung?

Die Analysen der Patientenangaben zu beiden Messzeitpunkten zeigen, dass bis auf wenige Ausnahmen die subjektiv schlimmste Nachricht unabhängig von Alter, Geschlecht oder Erkrankungsschwere der Patienten durch einen Arzt bzw. eine Ärztin überwiegend im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis mitgeteilt wurde. Jeweils 20% bis 30% der Patienten war die Fachrichtung des mitteilenden Arztes nicht bekannt. Dies kann einerseits auf eine fehlende Information darüber, aber auch auf Erinnerungsdefizite hinweisen. Darüber hinaus sagen die Ergebnisse nichts darüber aus, ob die Kenntnis der Fachrichtung des Arztes für die Patienten überhaupt von Relevanz ist. Auch wenn den Ergebnissen zufolge die Mitteilung der Nachricht in einem persönlichen Gespräch aus Patientensicht die prioritäre Kommunikationspräferenz darstellt (s.o., Kap. 6.4.1) ist nicht bekannt, ob die per Telefon informierten Patienten dies als belastend empfunden hatten. Weiterhin wurden Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung häufiger von einem niedergelassenen Onkologen informiert, während dies in der Gruppe der Patienten mit früher Erkrankung häufiger ein Gynäkologe bzw. Urologe war (jeweils etwa 20%). Die Effekte sind zwar klein ($w < .20$), spiegeln jedoch deutlich das unterschiedliche Diagnosespektrum der Patienten wider. Weitere ärztliche Fachrichtungen sind von untergeordneter Rolle. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass als zentrale Zielgruppe von Kommunikationstrainingsprogrammen im Krankenhaus tätige und niedergelassene Ärzte, speziell Onkologen, Gynäkologen und Urologen in Frage kommen.

Zu beiden Messzeitpunkten gibt mehr als die Hälfte der Patienten in frühen und fortgeschrittenen Erkrankungsstadien unabhängig von Alter und Geschlecht an, mit dem

mitteilenden Arzt bei der Überbringung der subjektiv schlimmsten Nachricht allein gewesen zu sein, wobei die überwiegende Mehrzahl von ihrem Partner und/oder weiteren Familienangehörigen begleitet wurden. Die Anwesenheit von Bezugspersonen hatte im Gegensatz zu vorliegenden Studienergebnissen (z.B. Mehnert, Lehmann & Koch, 2008) in dieser Untersuchung zu keinem Messzeitpunkt einen Einfluss auf die psychosoziale Gesamtbelastung der Patienten.

7.5 Zielbereich II: Kommunikative Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Fragestellung II.1:

Welche spezifischen ärztlichen Verhaltensweisen haben aus Sicht von Krebspatienten bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht die höchste Priorität, welche werden als weniger wichtig erachtet? Bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Wichtigkeit einzelner Präferenzen in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter oder Geschlecht der Patienten? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf?

Bei den wichtigsten ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht handelte es sich zu beiden Messzeitpunkten aus Sicht von Patienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung unabhängig von Alter und Geschlecht um (1) die Mitteilung der Nachricht in einem persönlichen Gespräch und (2) die Information über die beste Behandlungsmöglichkeit. Weiterhin wurde von den Patienten als prioritär erachtet, dass der Arzt klinische und wissenschaftliche Expertise aufweist, den Patienten ehrlich und direkt aufklärt, gut zuhören kann und ausreichend Zeit für die Beantwortung aller Fragen einräumt, ohne unterbrochen zu werden. Die bei diesen Präferenzen vorliegenden signifikanten Korrelationen mit dem Alter bewegten sich überwiegend im Bereich kleiner Effektgrößen (jeweils $r < .20$). Nur das Bedürfnis nach ausreichend Zeit für die Beantwortung von Fragen schien mit knapp mittlerer Bedeutsamkeit bei jüngeren Patienten stärker ausgeprägt zu sein ($r = -.26$).

Ärztliche Verhaltensweisen, die von den Patienten als eher weniger wichtig bei der Mitteilung erachtet wurden, beziehen sich auf spezifische supportiv-emotionale

Kompetenzen, bspw. das Halten der Hand, Spenden von Trost bei emotionalen Reaktionen des Patienten, aber auch auf die Information der Angehörigen des Patienten über die Diagnose und Prognose durch den Arzt. Insbesondere letzteres Ergebnis weist auf den Wunsch der Patienten nach Autonomie und Entscheidungskompetenz innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung hin und bestärkt somit auch die Forderung nach einer stärkeren patientenorientierten medizinischen Versorgung (vgl. Kapitel 2.2). Dabei zeigen die Ergebnisse jedoch auch, dass in diesem Aspekt bei einer insgesamt eher unterdurchschnittlichen Wichtigkeit Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung (insbesondere Frauen) die Unterstützung des Arztes für signifikant wichtiger erachtet als Patienten in frühen Stadien der Erkrankung. Obwohl die Effektgrößen klein sind ($\eta^2=.02$ bzw. $\eta^2=.03$), lässt sich hieraus auch unter Berücksichtigung internationaler Ergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation bei schwer kranken Krebspatienten der Hinweis ableiten, dass bei zunehmender Erkrankungsschwere der Patienten der Einbezug der Familie in das Arzt-Patient-Gespräch erwünscht ist und regelhaft berücksichtigt werden sollte (vgl. Übersichtsarbeit von Haes & Teunissen, 2005).

Bei den weiteren signifikanten Unterschieden zwischen Patienten in frühen und fortgeschrittenen Krankheitsstadien hinsichtlich der Aspekte „volle Aufmerksamkeit des Arztes“, „Erhalt detaillierter Informationen über Testergebnisse“ und „Versicherung des Arztes, alles in seiner Macht stehende für eine Heilung zu tun“ handelt es sich jeweils um kleine Effekte (jeweils $\eta^2=.02$ bzw. $\eta^2=.03$). Auch vor dem Hintergrund internationaler Daten, die darauf hinweisen, dass die Informationsvermittlung wie auch Verhaltensweisen des Arztes, die Hoffnung fördern, von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung als hilfreich erachtet werden (z.B. Hagerty et al., 2005b), ist fraglich und in weiteren Studien zu untersuchen, was die genannten Aspekte für die Patienten jeweils bedeuten und inwieweit die gefundenen Unterschiede im klinischen Alltag berücksichtigt werden sollten.

Die größte Anzahl signifikanter Unterschiede in der Einschätzung einzelner Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten bestehen zwischen Männern und Frauen: Männer beurteilten dabei 12 ärztliche Verhaltensweisen jeweils für signifikant unwichtiger als Frauen, welche sich auf den Umgang mit Gefühlen der Patienten bezogen. Diese Präferenzen rangierten insgesamt eher im mittleren bis unteren Wichtigkeitsdrittel. Die Effektstärken bewegen sich jeweils im kleinen bis mittleren Bereich, wobei sich die größten Unterschiede

auf den Trost des Patienten durch den Arzt beziehen und die Versicherung, dass negative emotionale Reaktionen auf die schlechte Nachricht verständlich und angemessen sind (jeweils $\eta^2=.07$). Dieser Befund entspricht einerseits der empirischen Literatur, die insgesamt ein geringeres Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung männlicher Krebspatienten im Vergleich zu Frauen zeigt (z.B. Sanson-Fisher et al., 2000, Smith et al., 2007). Andererseits ist die klinische Relevanz der vorliegenden Präferenzunterschiede aufgrund der überwiegend kleinen Effektgrößen als eher unbedeutend einzuschätzen, wobei vor dem Hintergrund eines geschlechtsunabhängigen empathischen Gesprächsverhaltens von Frauen das explizite Ansprechen emotionaler Aspekte erwünscht zu sein scheint.

Im Hinblick auf die Variabilität bzw. Stabilität der patientenseitigen Kommunikationspräferenzen zeigen die Ergebnisse im Zeitverlauf bei den prioritären wie auch bei den eher nachrangigen Präferenzen keine signifikanten Veränderungen der patientenseitigen Einschätzungen. Lediglich sechs Präferenzen wurden von den Patienten anders beurteilt: So hielten Frauen vier emotional-supportive Verhaltensweisen des Arztes (Versicherung, dass Wut, Angst oder Traurigkeit angemessene Reaktionen sind, Vermittlung von Hoffnung, Anwesenheit eines weiteren Mitglieds des Behandlungsteams) vier Monate nach MZP1 für signifikant weniger wichtig. Unabhängig von Alter, Geschlecht und Erkrankungsschwere war auch der Wunsch nach Trost durch den Arzt zu MZP2 geringer ausgeprägt. Für signifikant wichtiger wurde es demgegenüber von den Patienten, insbesondere von denen mit fortgeschrittener Erkrankung, erachtet, eine weiteren, zeitnahen Termin zur Besprechung der Behandlungsplanung zu vereinbaren und Informationen über die Erreichbarkeit des Arztes für Fragen im Vorfeld des nächsten Termins zu erhalten. Die Effektgrößen liegen dabei mit Werten zwischen $\eta^2=.04$ und $\eta^2=.06$ im kleinen Bereich, so dass die Relevanz eher gering ist. Insgesamt scheinen die spezifischen Kommunikationspräferenzen von Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten eher zeitstabil zu sein.

Fragestellung II.2:

Auf welchen übergeordneten Präferenzdimensionen geben Patienten die höchsten Ausprägungen an? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter, Geschlecht oder psychosozialer Belastung der Patienten?

Hypothesen:

- II.2.1:** *Erwartet wird, dass zeitstabil mit zunehmendem Alter der Patienten Verhaltensweisen des Arztes, die sich auf eine detaillierte Informationsvermittlung bezüglich der Erkrankung und Behandlung beziehen, für weniger wichtiger erachtet werden.*
- II.2.2** *Erwartet wird, dass Frauen zeitstabil emotional-supportive Verhaltensweisen des Arztes für wichtiger erachten als Männer.*
- II.2.3.** *Erwartet wird, dass zeitstabil psychosozial auffällig belastete Patienten emotional-supportive Verhaltensweisen des Arztes für wichtiger erachten als psychosozial unauffällig belastete Patienten.*

Mittels Hauptkomponentenanalysen wurden die Items des MPP-D neun Skalen zugeordnet (Einzelheiten in Anhang C): I. *Fachkompetenz/Patienten-orientierung*, II. *Emotionale Unterstützung*, III. *Umfassende Aufklärung*, IV. *Eindeutigkeit/ Direktheit*, V. *Einbezug der Familie*, VI. *Information über psychosoziale Angebote*, VII. *Nachhaltigkeit*, VIII. *Privatsphäre/Vertraulichkeit*, IX. *Erfassung des subjektiven Informations-bedarfs*. Die höchsten Mittelwerte zeigten sich zu beiden Messzeitpunkten unabhängig vom Krankheitsstadium auf den Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung*, *Eindeutigkeit/ Direktheit* und *Umfassende Aufklärung*. Die durchschnittlich niedrigsten Ausprägungen bezogen sich zu MZP1 auf die Dimensionen *Nachhaltigkeit* und *Einbezug der Familie*, zu MZP2 auf die Skalen *Nachhaltigkeit* und *Emotionale Unterstützung*. Die Analysen zeigten signifikante Veränderungen der patientenseitigen Ausprägungen nur auf der Skala *Nachhaltigkeit*. Mit einer Effektgröße im mittleren bis großen Bereich ($\eta^2=.17$) lässt sich annehmen, dass Patienten unabhängig von der Schwere einer Krebserkrankung im Zeitverlauf eventuell aufgrund eigener Erfahrungen es für zunehmend wichtiger halten, dass ihnen nach dem Gespräch Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die erhaltenen Informationen noch einmal nachlesen oder auch dem Arzt später auftretende Fragen zeitnah stellen zu können. Die übrigen Skalenwerte veränderten sich im Zeitverlauf nicht, was auf eine zumindest mittelfristige Stabilität der Kommunikationspräferenzen auch auf Skalenebene hinweist. Dies wird durch die Ergebnisse der Regressionsanalysen zu MZP2 gestützt, die als signifikante Prädiktoren mit jeweils höchstem Beitrag zur Varianzaufklärung die Mittelwerte der jeweiligen Präferenzskala zu MZP1 identifizierten.

Entgegen den Erwartungen der **Hypothese II.2.1** zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und den Ausprägungen auf der Skala *Umfassende Aufklärung* (auf dieser Skala laden Items, die sich auf Aspekte einer detaillierten Informationsvermittlung beziehen). Für diese Skala ließ sich auch keine andere der in die Regressionsanalyse einbezogenen unabhängigen Variablen als signifikanter Prädiktor identifizieren, was darauf hin weist, dass neben soziodemographischen und medizinischen Parameter andere, z.B. einstellungsbezogene Faktoren, das Bedürfnis nach umfassender Aufklärung bei der Mitteilung schlechter Nachrichten beeinflussen könnten, und dass in jedem Fall jedem Patienten gleichermaßen bei Bedarf die Möglichkeit einer umfassenden Aufklärung gegeben werden sollte. In Bezug auf das Alter der Patienten wurden in der vorliegenden Studie signifikante Zusammenhänge mit den Ausprägungen der Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* ($r=-.16$, $p<.05$), *Einbezug der Familie* ($r=.15$, $p<.05$), *Privatsphäre/Vertrautheit* ($r=-.15$, $p<.05$) und *Nachhaltigkeit* ($r=.18$, $p<.01$) ermittelt. Allerdings liegen die Effektgrößen im kleinen Bereich, so dass diese Zusammenhänge als eher weniger relevant einzuschätzen sind. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der Regressionsanalysen, in denen das Alter der Patienten nur zum ersten Messzeitpunkt jeweils einen signifikanten, jedoch sehr geringen Beitrag zur Varianzaufklärung der Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* (2%) und *Privatsphäre/Vertrautheit* (3%) zu MZP1 leistete. Hier scheinen die Präferenzen der Patienten mit zunehmendem Alter eher geringer bzw. höher ausgeprägt zu sein.

Konform mit **Hypothese II.2.2** zeigte sich auf spezifischer wie auf Skalenebene das durchschnittlich größere Bedürfnis der weiblichen Patienten nach emotionaler Unterstützung durch den Arzt. Das weibliche Geschlecht trug zu beiden Messzeitpunkten mit zwischen 2% und 8% zur Varianzaufklärung der Skalen *Emotionale Unterstützung* und *Information über psychosoziale Angebote* bei. Dieses Resultat entspricht somit internationalen Daten (z.B. Chiu et al., 2006; Fujimori et al., 2007; Parker et al., 2001) und weist auf kulturübergreifende Geschlechtsunterschiede der diesbezüglichen Bedürfnisse bei der Mitteilung schlechter Nachrichten hin. Gleichzeitig sind die Anteile an der Gesamtvarianz vergleichsweise niedrig, so dass hier noch von weiteren Einflussfaktoren auszugehen ist. Ein weiterer signifikanter Prädiktor war in der vorliegenden Untersuchung zu MZP1 das Vorliegen einer Partnerschaft (Varianzaufklärung: 4%). Dies könnte damit zu erklären sein, dass wie bereits bei den spezifischen Präferenzen gezeigt wurde (Kapitel 6.4.1), Frauen von

ihrem Arzt mehr Unterstützung im Zusammenhang mit der Information ihrer Angehörigen erwarten. In einer Studie von Goldzweig und Mitarbeitern (2009) wurde entsprechend gezeigt, dass Frauen mit einer Krebserkrankung sich weniger von ihrem Partner unterstützt fühlten als männliche Krebspatienten und hieraus möglicherweise ein höherer Unterstützungsbedarf dem Arzt gegenüber resultiert.

Als weiterer Faktor, der die Höhe des Bedürfnisses nach emotionaler Unterstützung durch den Arzt bei Mitteilung einer schlechten Nachricht beeinflusst, wurde entsprechend **Hypothese II.2.3** eine moderate bis hohe psychosoziale Gesamtbelastung der Patienten als signifikanter Prädiktor der Skalen *Emotionale Unterstützung* und *Information über psychosoziale Angebote* zu MZP1 identifiziert, wobei jedoch die Varianzaufklärung jeweils gering (2% bzw. 1%) und zu MZP2 dieser Einfluss nicht mehr gegeben war. Somit kann entgegen den Erwartungen nicht von einer zeitlichen Stabilität dieses Zusammenhangs ausgegangen werden. Für das ärztliche Gespräch bedeutet dies, dass bspw. Informationen über Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen nicht nur belasteten Patienten vermittelt werden, sondern regelhafter Bestandteil des Gesprächs sein sollten. Anzuraten wäre, dass der Arzt dabei entsprechend bestehenden Richtlinien zur ärztlichen Gesprächsführung grundsätzlich eine wertschätzende, empathische Haltung zeigt und auch die Gefühle jedes Patienten, vor allem der Frauen z.B. durch explizite Nachfrage berücksichtigt.

Entsprechend den spezifischen Präferenzen zum *Einbezug der Familie* bei der Mitteilung schlechter Nachrichten gaben auch auf Skalenebene Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung – und hier insbesondere die Frauen – zu beiden Messzeitpunkten signifikant höhere Werte als Patienten in frühen Erkrankungsstadien an. Die Effektstärken sind jedoch auch hier jeweils klein (Werte zwischen $\eta^2=.02$ und $\eta^2=.04$). Signifikante Beiträge zur Varianzaufklärung leisteten weiterhin die Variablen Partnerschaft und die Zugehörigkeit zur Unter- oder Mittelschicht, die gemeinsam jedoch nur 7% der Gesamtvarianz aufklärten. Frauen gaben signifikant höhere Mittelwerte mit kleinem Effekt auf der Skala *Eindeutigkeit/Direktheit* an als Männer ($\eta^2=.02$). Die Ergebnisse zeigen weiterhin übereinstimmend mit den spezifischen Präferenzen, dass sich zu MZP2 im Vergleich zu MZP1 aus Patientensicht nur die Wichtigkeit der Nachhaltigkeit der Informationsvermittlung bei der Mitteilung schlechter Nachrichten signifikant und klinisch

relevant erhöht hat ($\eta^2=.17$). Im Hinblick auf die übrigen Präferenzdimensionen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen der patientenseitigen Beurteilungen.

Fragestellung II.3:

Bestehen Unterschiede zwischen den spezifischen Kommunikationspräferenzen bezüglich der Mitteilung einer schlechten Nachricht deutscher Patienten und den Präferenzen von Krebspatienten anderer Kulturen (USA, Asien)?

Hypothese:

Erwartet wird, dass deutsche Patienten weniger Wert auf den Einbezug der Familie bei der Mitteilung schlechter Nachrichten legen als asiatische Patienten.

Aus Sicht der deutschen Patienten liegt die Höhe der Wichtigkeit der überwiegenden Mehrzahl der Präferenzen zwischen den Beurteilungen der beiden anderen Stichproben. Entsprechend vorliegender Daten zu kulturellen Unterschieden hinsichtlich des Ausdrucks von Bedürfnissen und Emotionen (z.B. Kim und Sherman, 2007; Kitayama, Park, Sevincer, Karasawa und Uskul, 2009; Markus und Kitayama, 1991) sind somit auch hier die japanischen Patienten am zurückhaltendsten, nordamerikanische Patienten am expressivsten. Allerdings zeigten sich hier auch kulturelle Unterschiede innerhalb der westlichen Nationen: Deutschen Patienten ist es signifikant wichtiger als amerikanischen Patienten, schlechte Nachrichten in einem persönlichen Kontakt und nicht telefonisch zu erhalten sowie auf die schlechte Nachricht vorbereitet zu werden, wobei letzteres im Vergleich mit allen 46 vorgegebenen Präferenzen aus Sicht beider Patientengruppen eher von nachrangiger Bedeutung ist. Diese Unterschiede sind jedoch aufgrund der sehr kleinen Effektgrößen von geringer Relevanz. 39 der 46 Präferenzen werden von den US-amerikanischen Patienten im Durchschnitt jeweils für signifikant wichtiger gehalten, die bedeutsamsten Unterschiede beziehen sich auf die Bedürfnisse der Patienten nach dem Einräumen von Zeit für alle Fragen des Patienten, die schnellstmögliche Mitteilung der schlechten Nachricht und die Information über neue, experimentelle Therapien (jeweils $d=.76$). Nur in sieben Präferenzen, die sich überwiegend auf emotional-supportive Aspekte beziehen, bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den deutschen und US-amerikanischen Patienten, wobei der interne Gruppenvergleich auch zeigt, dass deutsche Patienten den Wunsch nach Mitteilung der Nachricht erst bei sicherer Befundlage mit Rangplatz 13.5 zu den 30% der

Präferenzen mit höherer Priorität zählen, während diese Präferenz in der US-amerikanischen Stichprobe auf Rangplatz 27 und somit im mittleren Drittel liegt.

35 der 46 Kommunikationspräferenzen werden von den deutschen Patienten im Durchschnitt als signifikant wichtiger beurteilt als von den japanischen Patienten; der größte Effekt findet sich bezüglich dem Wunsch nach der ungeteilten Aufmerksamkeit des mitteilenden Arztes ($d=.90$). Japanische Patienten halten im Vergleich zur deutschen Stichprobe 5 Präferenzen für signifikant wichtiger, dazu zählt auch der Wunsch, vom Arztes im Gespräch versichert zu bekommen, dass dieser alles für eine Heilung tut, der zu den drei Bedürfnissen mit höchster Priorität in der asiatischen Patientengruppe gehört. *Hypothesenkonform* zeigt sich, dass japanische Patienten den Einbezug der Familie bei der Mitteilung der Krebsdiagnose und Prognose für signifikant wichtiger halten als deutsche Krebspatienten. Hierbei handelt es sich um jeweils um einen mittleren bis hohen Effekt ($d=.61$ bzw. $d=.69$). Obwohl in der vorliegenden Untersuchung nicht nach den Gründen der Patienten für ihre Einschätzung gefragt wurde, lässt sich doch daraus ableiten, dass die höheren Präferenzen der asiatischen Patienten deren kulturelle Norm hinsichtlich der Definition des Selbst eines Individuums widerspiegeln, wonach sich das Individuum über seine Bezugsgruppe identifiziert und sich in diesem Prozess auch deren Bedürfnissen unterordnet bzw. diese den eigenen gleichstellt (Nilchaikovit et al., 1993). Keine signifikanten Unterschiede zwischen japanischen und deutschen Patienten zeigen sich in der Beurteilung der Wichtigkeit von nur sechs Präferenzen, einem ebenso geringen Anteil wie im Vergleich mit der US-amerikanischen Stichprobe.

Auch wenn der Gegenüberstellung der Rangordnungen der Präferenzen innerhalb der drei Patientengruppen zeigt, dass 7 bzw. 6 der 10 von den deutschen Patienten als am wichtigsten eingeschätzten ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten auch aus Sicht der untersuchten amerikanischen bzw. japanischen Patienten zu den 10 Verhaltensweisen mit den höchsten Präferenzen zählen, rechtfertigt dies nicht die Schlussfolgerung eines kulturübergreifenden Vorgehens bei der Mitteilung schlechter Nachrichten. Dabei ist besonders bemerkenswert, dass sich die Einschätzungen der deutschen Patienten von denen der US-amerikanischen Stichprobe nicht nur in der Höhe der Ausprägung, sondern auch in der internen Prioritätenreihung teilweise deutlich unterscheiden. Dies zeigt, dass trotz der Zugehörigkeit zur westlichen Welt kulturspezifische

Besonderheiten bestehen und somit auch internationale Forschungsergebnisse vor der Übertragung auf den deutschen Sprachraum noch einmal in eigenen Studien überprüft werden sollten.

7.6 Zielbereich III: Ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten

Fragestellung III.1:

Welche Kommunikationspräferenzen werden nach Angaben der Patienten am häufigsten, welche am seltensten von Ärzten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten berücksichtigt?

Die patientenseitigen Kommunikationspräferenzen, die bei etwa 90% der Patienten unabhängig von der Erkrankungsschwere während der Mitteilung schlechter Nachrichten – bezogen auf die subjektiv schlimmste Nachricht – vom Arzt berücksichtigt wurden, waren (1) das Bedürfnis nach einer schnellstmöglichen Aufklärung, (2) der Wunsch nach einer Mitteilung auf direkte Art und Weise und (3) das Bedürfnis nach ärztlicher Kenntnis des aktuellen Forschungsstands zur Erkrankung. Zwischen 80% und 90% der Patienten gaben weiterhin bei folgenden Aspekten an, dass sich der Arzt ihren Bedürfnissen entsprechend verhalten hatte: klare und einfache Wortwahl, ärztliche Fachkompetenz, sichere Befundlage, volle Aufmerksamkeit, persönliches Gespräch, Ehrlichkeit und Blickkontakt. Dabei äußerten sich die Patienten mit fortgeschrittenem Krankheitsstadium kritischer hinsichtlich des Vertrauens in die ärztliche Kompetenz, die ungeteilte ärztliche Aufmerksamkeit und einer erfolgten Aufklärung bei sicherer Befundlage. Diese signifikanten Unterschiede, die einen höheren Prozentsatz berücksichtigter Präferenzen bei früh erkrankten Patienten zeigten (93% vs. 81%), könnten auf medizinische Faktoren zurück zu führen sein, die mit einer fortschreitenden Krebserkrankung einhergehen wie bspw. auf unsichere Behandlungsaussichten. Gleichzeitig könnten die, wenn auch kleinen Effekte (zwischen $w=.14$ und $w=.18$) auf eine höhere Sensibilität der betroffenen Patienten in Folge der Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Krankheit hinweisen, die es vom Arzt zu berücksichtigen gilt.

Insgesamt zählte die Mehrzahl der zehn aus Patientensicht prioritären Präferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten (s.o., Kapitel 6.4.1) auch zu den am häufigsten (mehr als 80%) vom Arzt berücksichtigten Präferenzen. Ausnahmen bildeten hier das Bedürfnis nach

Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten (sowohl über die für den Patienten beste Therapie wie auch über alle für ihn in Frage kommenden Optionen) und das Einräumen von ausreichend Zeit ohne Unterbrechungen für die Beantwortung der Fragen des Patienten: Hier berichteten zwar insgesamt knapp 70% der Patienten von einer Berücksichtigung des Arztes, der Anteil der Patienten, die Unterbrechungen angaben und sich nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert fühlten, war bei den Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung mit jeweils knapp 30% signifikant größer als bei den früh erkrankten Patienten ($p(\chi^2) < .05$, $w = .15$). Die Schwierigkeit, in einem von Zeitdruck geprägten klinischen Versorgungsalltag ausreichend Zeit für das Gespräch mit Patienten einräumen zu können, wird von Ärzten als eine der wesentlichen Barrieren für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation betrachtet (z.B. Linzer, 2000, Mechanic, 2001). Allerdings legen internationale Daten auch nahe, dass die Länge des Arzt-Patient-Gesprächs nicht ausschlaggebend für die Patientenzufriedenheit ist, sich nicht auf die ärztliche Gesprächsführung auswirkt und dass somit weniger die Gesprächsdauer als vielmehr das Kommunikationsverhalten selbst das Befinden der Patienten (un-)günstig beeinflusst (Bensing et al., 2003; Brink-Muinen et al., 2003; Cape, 2002; Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell und Somerfield, 1999; Wilson und Childs, 2006). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass insbesondere im Kontakt mit Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung eine ruhige Atmosphäre ohne Unterbrechungen entweder weniger häufig berücksichtigt oder aber von den Patienten seltener wahrgenommen wird. In beiden Fällen scheint dieser Aspekt jedoch besondere Berücksichtigung zu erfordern.

Die am seltensten berücksichtigten Kommunikationspräferenzen (zwischen 38% und 60% der Gesamtstichprobe gaben hier ein entsprechendes Verhalten an) zählten zu den aus Patientensicht vergleichsweise nachrangigen, v.a. emotional-supportiven Bedürfnissen (z.B. Vermittlung gemeindebasierter Unterstützungsangebote, Unterstützung des Patienten, herauszufinden, wie dieser die Nachricht seiner Familie mitteilen sollte, Ermutigung zum Gefühlsausdruck, schriftliche Zusammenfassung des Gesprächs oder körperliche Nähe zum Arzt, vgl. Kapitel 6.4.1). Dabei gab mit jeweils knapp 50% ein signifikant geringerer Anteil der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung an, bedürfnisgerecht über psychosoziale Angebote informiert und nach ihrem Informationsbedarf zur Erkrankung gefragt worden zu sein als Patienten mit früher Erkrankung (jeweils knapp 70%, $w = .20$ bzw. $w = .16$). Hier

scheint somit ebenfalls ein erhöhtes Augenmerk seitens der behandelnden Ärzte auf schwerer erkrankte Krebspatienten erforderlich zu sein.

Fragestellung III.2:

Wie groß ist der durchschnittliche Anteil unberücksichtigter Präferenzen (auf spezifischer wie auf übergeordneter Ebene) durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten; bestehen Unterschiede in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium) der Patienten?

Für die Ermittlung des Anteils unberücksichtigter Präferenzen wurde zunächst die Anzahl der Präferenzen pro Patient durch Addition berechnet. Unabhängig von Erkrankungsschwere, Alter und Geschlecht halten die Patienten etwa 80% der 46 im MPP-D vorgegebenen ärztlichen Verhaltensweisen bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht für wichtig bis unerlässlich. Da die vorliegende Studie auf die Auswirkungen eines ärztlichen Gesprächsverhaltens, das die Bedürfnisse der Patienten unberücksichtigt lässt, fokussierte, wurde für jede der präferierten Verhaltensweisen pro Patient analysiert, ob sich der Arzt bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht entsprechend verhalten hatte oder nicht. Die nicht berücksichtigten Präferenzen wurden als Mismatches bezeichnet und die Summe der Mismatches pro Patient durch Addition der Einzelwerte ermittelt. Der Anteil der nicht berücksichtigten Präferenzen wurde für jeden Patienten bestimmt, indem die Anzahl der Mismatches durch die Summe der genannten Präferenzen dividiert wurde. Den Ergebnissen zufolge wird zwar der Anteil nicht berücksichtigter Präferenzen mit zunehmendem Alter der Patienten geringer, die Effektgröße ist mit $r=-.16$ jedoch als gering zu bewerten und somit der Einfluss des Alters klinisch wenig relevant. Entsprechend der oben beschriebenen Unterschiede blieben bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung durchschnittlich 30% der Präferenzen vom Arzt bei der Nachrichtenmitteilung unberücksichtigt, bei den früh erkrankten Patienten lag dieser Anteil bei 20% und war somit signifikant geringer. Trotz der kleinen Effektgröße ($\eta^2=.04$) zeigt sich auch hier, dass weniger soziodemographische Merkmale die patientenseitige Wahrnehmung des Arzt-Patient-Gesprächs beeinflussen, sondern dass die Krankheitsschwere hier von größerer Bedeutung zu sein scheint.

Im Hinblick auf die übergeordneten neun Präferenzdimensionen des MPP-D zeigen die Analysen signifikante, jedoch geringe negative Korrelationen zwischen dem Alter der

Patienten und den Ausprägungen der Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung*, *Umfassende Aufklärung*, *Eindeutigkeit/Direktheit*, *Nachhaltigkeit*, *Privatsphäre/Vertraulichkeit* und *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* (Werte zwischen $r=.13$ und $r=.21$). Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung gaben auf allen Skalen mit Ausnahme der Dimensionen *Einbezug der Familie* und *Nachhaltigkeit* einen signifikant höheren Anteil an Mismatches an als früh erkrankte Patienten. Trotz der kleinen Effektgrößen ($\eta^2=.02$ bis $\eta^2=.05$) könnte dieses Ergebnis auf eine eher unspezifische Berücksichtigung der Präferenzen schwerer erkrankter Patienten hinweisen oder aber auch darauf, dass schwer kranke Patienten häufig mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen im Rahmen ihrer Behandlung sprechen müssen, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit auch für negative Erfahrungen erhöht, die wiederum die Erinnerung der Patienten beeinflussen. Auch ist zu erwägen, dass, wie bereits in Kapitel 3.3 beschrieben, Ärzte gemäß einer Untersuchung von Baile et al. (2002) die Mitteilung über eine rezidivierende bzw. metastasierende Erkrankung oder über den Wechsel von kurativer zu palliativer Behandlung gegenüber Patienten als äußerst schwierig und belastend erleben. Hierdurch könnte die Identifikation und damit auch die Berücksichtigung der patientenseitigen Bedürfnisse erschwert sein. Gleichzeitig könnten jedoch auch die betroffenen Patienten durch die starken emotionalen Reaktionen auf die Nachricht weniger in der Lage sein, ihren Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen. Nicht auszuschließen ist auch, dass das vorliegende Ergebnis durch einen Erinnerungsbias der Patienten mitbedingt ist, indem deren Perspektive durch die stärkere Bedrohlichkeit der Erkrankung beeinflusst ist und sich somit auch auf die Beurteilung des ärztlichen Verhaltens auswirkt (Buddeberg, Läderach und Buddeberg-Fischer, 1998).

Der Übersichtsarbeit von Kiesler & Auerbach (2006) zufolge wird ein substanzieller Anteil (zwischen 26% und 95%, Median: 52%) der patientenseitigen Kommunikationspräferenzen (insbesondere im Hinblick auf den Erhalt von Informationen) nicht von den Ärzten berücksichtigt. In der vorliegenden Studie wurde ein weitaus größerer Range gefunden (0-100%), der durchschnittliche Anteil der Mismatches war dagegen deutlich geringer (25%). Dies ist vermutlich auf Unterschiede im Studiendesign, im Erhebungsinstrumentarium und in den untersuchten Stichproben zurück zu führen, und könnte darauf hinweisen, dass trotz aller noch bestehenden Optimierungsmöglichkeiten die verstärkten Bemühungen um eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation in der Onkologie inzwischen dazu geführt haben, dass Ärzte die Bedürfnisse ihrer Patienten zunehmend berücksichtigen.

Fragestellung III.3:

Wie zufrieden sind Krebspatienten mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Ausmaß der Berücksichtigung der Präferenzen durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und dem Krankheitsstadium (frühes vs. fortgeschrittenes Stadium), Alter und Geschlecht der Patienten?

Hypothese:

Erwartet werden – unabhängig von soziodemographischen und medizinischen Patientenparametern – signifikante, negative Zusammenhänge zwischen dem Anteil vom Arzt unberücksichtigter Kommunikationspräferenzen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und der Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten.

Entgegen internationalen Studienergebnissen, die auf eine höhere Zufriedenheit älterer Patienten mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten hinweisen (z.B. Davidson & Mills, 2005; Shilling et al., 2003), zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung keine Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und ihrer Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht: Auf einer Skala von 1 („sehr unzufrieden“) bis 7 („sehr zufrieden“) äußerten die Patienten insgesamt mit einem Mittelwert von $M=5$ eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit. Frauen mit einer frühen Krebserkrankung gaben die höchsten Zufriedenheitswerte an, wobei dieser Effekt sehr klein und daher klinisch von geringer Relevanz ist ($\eta^2=.02$). Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung waren signifikant unzufriedener mit dem Verhalten des mitteilenden Arztes als Patienten in frühen Erkrankungsstadien ($M=4.63$ vs. $M=5.31$; $\eta^2=.04$); auch hier liegt der Effekt noch im kleinen Bereich. Dieses Resultat könnte auf den oben dargestellten höheren Anteil unberücksichtigter Präferenzen bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung zurück zu führen sein und deutet übereinstimmend mit internationalen Daten darauf hin, dass bei der Identifikation und Berücksichtigung der Bedürfnisse gerade schwerer erkrankten Krebspatienten ein Verbesserungsbedarf besteht (Hack et al., 2005; Maguire, 2000).

Hypothesenkonform zeigt sich auch unabhängig von Alter, Geschlecht und Erkrankungsschwere der Patienten ein signifikanter und klinisch äußerst bedeutsamer negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Mismatches und der

Gesamtzufriedenheit mit der ärztlichen Gesprächsführung ($r=.61$). Dieses Ergebnis unterstreicht übereinstimmend mit der vorliegenden Literatur die Bedeutung eines individuellen, bedürfnisorientierten Vorgehens bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht (vgl. Übersichtsarbeit von Kiesler & Auerbach, 2006).

Fragestellung III.4:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Anteil unberücksichtigter patientenseitiger Präferenzen durch den Arzt bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und der psychosozialen Gesamtbelastung sowie den subjektiven Unterstützungsbedürfnissen der Patienten? Welche Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf?

Hypothese:

Es wird erwartet, dass ein größerer Anteil unberücksichtigter Kommunikationspräferenzen, vermittelt über die psychosoziale Gesamtbelastung, zu einem höheren Ausmaß an subjektiven Unterstützungsbedürfnissen führt.

Zum ersten Messzeitpunkt ging mit einem höheren Anteil unberücksichtigter Präferenzen bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht eine höhere psychosoziale Belastung der Patienten einher und – da korrelative Analysen keine Kausalaussagen zulassen – vice versa. Der Zusammenhang war jedoch klein ($r=.13$, $p<.05$) und zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr feststellbar ($r=-.05$). Im Hinblick auf die subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten zeigten sich zu beiden Messzeitpunkten erwartungsgemäß signifikante Korrelationen mit – zumindest zu MZP1 – knapp mittleren Effekten zwischen dem Anteil der Mismatches und den Skalen des SCNS-SF34-D *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/ Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, die zu MZP2 ebenfalls geringer ausgeprägt sind (Werte zwischen $r=.15$, $p<.05$ und $r=.23$, $p<.01$). Reduktionen der Höhe der Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Arzt-Patient-Kommunikation und dem Befinden der Patienten zeigten sich auch in einer Studie von Kerr et al. (2003a), in der Langzeitüberlebende einer Brustkrebserkrankung untersucht wurden, vermutlich begründet darin, dass weitere, dem jeweiligen Befragungszeitpunkt näher liegende Ereignisse für die Höhe der Beeinträchtigungen der Patienten relevanter sind als das länger zurückliegende Arzt-Patient-Gespräch. Die in der vorliegenden Studie gefundenen höheren Korrelationen zwischen dem Anteil an Mismatches und informationsbezogenen und psychologischen Unterstützungsbedürfnissen gegenüber den psychosozialen Belastungen

bestärken noch einmal die Wichtigkeit der Erfassung beider Konstrukte für eine optimale ganzheitliche onkologische Versorgung.

Zur Prüfung der **Hypothese** wurde zur Identifikation signifikanter Prädiktoren der jeweiligen Höhe des Unterstützungsbedarfs auf den fünf Skalen des SCNS-SF34-D neben soziodemographischen und medizinischen Variablen der Anteil unberücksichtigter Präferenzen bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht sowie die psychosoziale Gesamtbelastung der Patienten als unabhängige Variablen in multiple Regressionsanalysen (schrittweise) einbezogen: Der Anteil an Mismatches leistete zum ersten Messzeitpunkt zusammen mit einer auffälligen psychosozialen Gesamtbelastung der Patienten einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Skalen *Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, wobei der zwischen 3% und 6% liegende Varianzanteil eher klein ist. Als signifikante Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse im Hinblick auf körperliche Aspekte bzw. medizinische Behandlung wurden zu MZP1 die Höhe der psychosozialen Gesamtbelastung (2% bzw. 3% Varianzaufklärung) sowie das Alter der Patienten (2% bzw. 8% Varianzaufklärung) identifiziert. Somit scheinen jüngere Patienten insbesondere im Hinblick auf körperliche Aspekte und Alltagsverrichtung stärker unterstützungsbedürftig zu sein. Im Gegensatz dazu zeigen empirische Daten, dass körperliche Belastungen sowohl bei Krebspatienten wie auch bei gesunden Personen bei jüngeren Patienten geringer ausgeprägt sind (z.B. Schwarz und Hinz, 2001; Zenger et al., 2009), sodass auch hier wieder eine Erfassung von Belastungen und subjektivem Bedarf erforderlich scheint. Das Bedürfnis nach Unterstützung in Bezug auf Sexualität/Partnerschaft wurde vor allem durch soziodemographische Parameter (Alter, Zugehörigkeit zur Mittelschicht, feste Partnerschaft) und das (Nicht-)Vorliegen einer aktuellen krebsspezifischen Behandlung vorhergesagt. Zum zweiten Messzeitpunkt beeinflussten weder der Anteil an Mismatches noch soziodemographische Merkmale der Patienten das Ausmaß der Unterstützungsbedürfnisse. Signifikante Prädiktoren mit deutlich höheren Beiträgen zur Varianzaufklärung als zu MZP1 waren hier die jeweiligen Ausprägungen der Unterstützungsbedürfnisse zum ersten Messzeitpunkt (Werte zwischen $\Delta R^2=.10$: *Gesundheitssystem/Information*, *Körperliche Aspekte* und $\Delta R^2=.15$: *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, *Sexualität/Partnerschaft*). Eine Ausnahme bildet der Bedarf an Unterstützung hinsichtlich medizinischer Behandlung: Hier leistet eine moderate bis hohe

psychosoziale Gesamtbelastung zu MZP2 mit einem Anteil von nur 5% den höchsten Beitrag zur Varianzaufklärung.

Entgegen den Erwartungen weisen die vorliegenden Ergebnisse zu MZP1 darauf hin, dass das ärztliche Gesprächsverhalten bei Mitteilung einer schlechten Nachricht direkte Auswirkungen auf den Informations- wie psychologischen Unterstützungsbedarf der Patienten hat. Zu MZP2 wurde die Hypothese jedoch in Bezug auf den psychologischen Unterstützungsbedarf bestätigt: Hier leisteten die Erfahrungen mit der ärztlichen Gesprächsführung zunächst einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage, nach Aufnahme der Belastung wurde dieser jedoch insignifikant. Hinsichtlich der übrigen Unterstützungsbedürfnisse scheint demgegenüber das Ausmaß der Belastungen von größerer Bedeutung als die ärztliche Gesprächsführung zu sein. Dabei deuten die Resultate zu MZP2 darauf hin, dass mit zunehmender Zeitspanne seit Erhalt der schlechten Nachricht die Auswirkungen des ärztlichen Gesprächsverhaltens abnehmen; die unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse scheinen jedoch zeitstabil zu sein. Soziodemographische und medizinische Faktoren traten in der vorliegenden Untersuchung deutlich hinter der Bedeutung psychosozialer Aspekte zurück; so waren auch das Alter und Krankheitsstadium der Patienten zunächst signifikante Prädiktoren der Ausprägungen auf den Skalen *Gesundheitssystem/Information* und *Psychologischer Unterstützungsbedarf*, wurden jedoch durch Aufnahme der psychosozialen Gesamtbelastung und des Anteils an Mismatches insignifikant. Ergebnisse internationaler Studien identifizierten demgegenüber ausschließlich soziodemographische und medizinische Merkmale als signifikante Prädiktoren für den Unterstützungsbedarf der Patienten (z.B. Boyes et al., 2009; Okuyama et al., 2009; Sanson-Fisher et al., 2000). Die größtenteils geringen Beiträge zur Varianzaufklärung weisen jedoch auf weitere Einflussfaktoren hin, die in künftigen Studien untersucht werden sollten, wie bspw. das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung, Lebensqualität oder die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote.

7.7 Gesamtfazit und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern differenzierte Informationen zu den kommunikativen Präferenzen von Krebspatienten unterschiedlicher Krankheitsstadien und ihren Erfahrungen mit der Mitteilung schlechter Nachrichten, wozu es bislang – insbesondere im deutschsprachigen Raum – an empirischen Daten fehlte. Auch konnten

wichtige Informationen zur psychosozialen Gesamtbelastung und den subjektiven Unterstützungsbedürfnissen von Krebspatienten unterschiedlicher Krankheitsstadien im Krankheitsverlauf gewonnen werden: So zeigt sich, dass Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung während des Krankenhausaufenthaltes zunächst krebsspezifisch und psychisch belasteter waren als Patienten mit frühen Krankheitsstadien, diese Belastungen jedoch im weiteren Verlauf der Erkrankung auf ein vergleichbar hohes Niveau abnahmen. Die unerfüllten subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Patienten waren unabhängig vom Krankheitsstadium mit einem Anteil von etwa 80% hoch ausgeprägt und blieben auch im Verlauf von vier Monaten während des Untersuchungszeitraums insbesondere bei den Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung weitgehend konstant. Insgesamt zeigten sich jedoch überraschend geringe Unterschiede zwischen Patienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung, die eventuell auf die bei den früh erkrankten Patienten kürzere Zeitspanne seit Erstdiagnose zurück zu führen sein könnten: So ist bei fortdauernder Rezidivfreiheit anzunehmen, dass die Belastungen dieser Patienten noch weiter abnehmen, während sie bei schwer kranken Patienten auf einem höheren Niveau konstant bleiben. In jedem Fall stützen diese Ergebnisse die Forderung nach einer Erfassung der psychosozialen Belastungen der Patienten zusammen mit der Frage nach dem subjektiven Unterstützungsbedarf. Hierzu erscheint der SCNS-SF34-D ein geeignetes Instrument zu sein.

Die Bedeutsamkeit der Mitteilung schlechter Nachrichten wird durch das Ergebnis, dass die untersuchten Krebspatienten, insbesondere schwer kranke Patienten, bis zu zwölf schlechte Nachrichten innerhalb von durchschnittlich zwei Jahren erhalten hatten, unterstrichen. Da den Befunden zufolge die initiale Krebsdiagnose von den Patienten unabhängig vom Krankheitsstadium als belastendste Nachricht empfunden wurde, sollte auf diese Gesprächssituation ärztlicherseits ein besonderes Augenmerk im Sinne einer erhöhten Sensibilität für potenzielle Belastungen auf Patientenseite gelegt werden. Diese beziehen sich vermutlich bei früh erkrankten Patienten eher auf mögliche körperliche Folgen und Behandlungsnebenwirkungen, bei den Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung auf die ungünstige Prognose. Die Hauptakteure bei der Übermittlung schlechter Nachrichten sind den Ergebnissen zufolge Ärzte im Krankenhaus und niedergelassene Fachärzte, die somit auch als prioritäre Zielgruppen von Kommunikationstrainingsprogrammen zu sehen sind.

Die prioritären Präferenzen der Krebspatienten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten bezogen sich auf ärztliche Kompetenz und eine patientenorientierte Gesprächsführung bei

der Informationsvermittlung. Im Einzelnen waren die Präferenzen mit höchster Priorität unabhängig von Erkrankungsschwere, Alter und Geschlecht der Patienten die Mitteilung in einem persönlichen Gespräch, die Information über die beste Behandlungsmöglichkeit sowie die klinische und wissenschaftliche Expertise des Arztes. Zu den „Top 10“ der Präferenzen gehörten weiterhin Ehrlichkeit, eine direkte Aufklärung und das Einräumen von Zeit zur Beantwortung von Fragen ohne Unterbrechungen. Emotional-supportiven Verhaltensweisen des Arztes wurde insgesamt weniger Wichtigkeit beigemessen, insbesondere von männlichen Patienten. Weiterhin scheinen es Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung für wichtig halten, dass ihre Angehörigen bei der Mitteilung schlechter Nachrichten einbezogen werden. Dies sollte im klinischen Alltag stärker Berücksichtigung finden. Den Ergebnissen zufolge scheinen sich die Präferenzen der Patienten im Zeitverlauf auch nur wenig zu verändern, mit Ausnahme des zunehmenden Bedürfnisses nach dem Erhalt von schriftlichen Informationen und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zum Arzt für auftretende Fragen. Vor dem Hintergrund der Globalisierung und der damit verbundenen zu vermutenden weiteren Zunahme von Patienten mit Migrationshintergrund sind die Unterschiede in den Präferenzen von deutschen, US-amerikanischen und japanischen Krebspatienten von Bedeutung. Hier besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf Patientengruppen anderer Kulturkreise und in Bezug auf soziodemographische und medizinische Parameter.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf ein hohes Ausmaß berücksichtigter Präferenzen durch den Arzt bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht hin. Besonders positiv ist zu bewerten, dass es sich bei der Mehrzahl der am häufigsten berücksichtigten Präferenzen auch um die aus Patientensicht prioritären Aspekte handelte. Dennoch wurden im Durchschnitt auch etwa 20% der Präferenzen in der Gruppe der früh erkrankten Patienten und knapp 30% der Präferenzen in der Gruppe der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung nicht berücksichtigt, was sich in einer größeren Unzufriedenheit dieser Patienten mit der ärztlichen Gesprächsführung ausdrückte. Die Berücksichtigung der Präferenzen scheint dabei nicht nur für die Zufriedenheit der Patienten von Bedeutung zu sein, sondern sich auch auf deren Unterstützungsbedürfnisse hinsichtlich Informationen und psychologischer Aspekte auszuwirken, wobei die Untersuchung weiterer Einflussfaktoren Gegenstand künftiger Studien sein sollte. Dennoch lässt sich schließen, dass die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient durch eine Optimierung der ärztlichen Fertigkeiten bei der Identifikation der patientenseitigen Präferenzen weiter gesteigert werden kann. Hierzu scheint aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl systematischer

Unterschiede in soziodemographischen und medizinischen Merkmalen ein individualisiertes Vorgehen sinnvoll zu sein. In Kommunikationstrainingsprogrammen sollten daher weniger allgemeingültige Strategien, sondern Kommunikationstechniken zur Ermittlung der spezifischen Bedürfnisse des Patienten vermittelt werden. Als ein Trainingsprogramm, das dieses Vorgehen zum Inhalt hat, und zu dem inzwischen erste positive Evaluationsdaten vorliegen, ist hier das Kommunikationskonzept COMSKIL zu nennen (Bylund et al., 2009).

Bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist die eingeschränkte Repräsentativität der Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung für die Gesamtgruppe der schwer kranken Krebspatienten zu berücksichtigen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass deren Belastungen eher noch unterschätzt werden. Auch die Heterogenität der eingeschlossenen Krebsdiagnosen ist ein Kritikpunkt. Künftige Forschungsbestrebungen sollten aufgrund der diagnosespezifischen Unterschiede in der Behandlung und daraus resultierenden Beeinträchtigungen diesen Gesichtspunkt unbedingt berücksichtigen. Insgesamt konnten differenzierte Ergebnisse gewonnen werden, die zeigen, dass ein individuelles, an den Bedürfnissen der Patienten orientiertes ärztliches Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten zu einer höheren Zufriedenheit sowohl von Patienten mit früher wie fortgeschrittener Erkrankung führte und sich positiv auf deren Unterstützungsbedürfnisse auswirkte. Forschungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang auch bezüglich der Frage, inwieweit sich das ärztliche Gesprächsverhalten bei der Mitteilung schlechter Nachrichten auf die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote auswirkt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf das Optimierungspotenzial ärztlicher Kommunikationskompetenzen durch entsprechende Schulungsmaßnahmen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung hin. Die Wirksamkeit von Trainingsmaßnahmen ist dabei auch hinsichtlich einer verbesserten Erfassung der patientenseitigen Bedürfnisse zu überprüfen. Hierzu sollte möglichst ein randomisiertes, kontrolliertes Design gewählt werden, das neben einer Baseline-Erfassung der patientenseitigen Präferenzen die Erfahrungen mit der Nachrichtenmitteilung und die spezifischen Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse der Patienten unmittelbar danach wie auch im weiteren Zeitverlauf erhebt. Daneben fehlt es auch an Kenntnissen zu dem Verlauf der ärztlichen Belastungen, die gleichermaßen untersucht werden sollten. Zur Stärkung der Patientenkompetenz scheint es weiterhin sinnvoll zu sein, die Patienten im Hinblick auf den Ausdruck ihrer Bedürfnisse und Anliegen im Arzt-Patient-Gespräch bspw. durch psychoedukative Interventionen oder auch praktische Übungen zu schulen.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Im deutschen Sprachraum liegt derzeit nur eine begrenzte Anzahl von Studien zu den kommunikativen Präferenzen und Erfahrungen von Krebspatienten mit früher und fortgeschrittener Erkrankung im Hinblick auf die Mitteilung schlechter Nachrichten vor. Die vorliegende Untersuchung zielte daher auf die differenzierte Analyse (1) der Anzahl, Inhalte und des Bedeutungsgehalts schlechter Nachrichten aus Sicht von Krebspatienten, (2) der patientenseitigen Kommunikationspräferenzen im Zeitverlauf sowie im internationalen Vergleich und (3) von Zusammenhängen zwischen der (Nicht-)Berücksichtigung der Präferenzen durch den Arzt und den patientenseitigen Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen. Dazu wurden unter explorativer Zielsetzung in einer prospektiven, naturalistischen Fragebogenstudie erwachsene Patienten mit früher und fortgeschrittener Krebserkrankung während des Krankenhausaufenthaltes (MZP1) sowie vier Monate später (MZP2) mittels international eingesetzter standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente (HADS-D, NCCN Distress-Thermometer, MPP-D, SCNS-SF34-D) und selbstentwickelter Items befragt. Die medizinischen Daten wurden den Arztbriefen entnommen. Bei der Datenauswertung kamen parametrische und nonparametrische Verfahren zur Anwendung (χ^2 -Tests, t-Test, Produkt-Korrelationen, (Ko-)Varianzanalysen, multiple Regressionen).

Zu MZP1 bzw. MZP2 konnten die Daten von $N=270$ bzw. $n=191$ Patienten (frühes Stadium: $n=115$ bzw. $n=95$, fortgeschrittenes Stadium: $n=155$ bzw. $n=96$) analysiert werden. Die Rücklaufquote betrug zu MZP2 71%. Die Patienten waren zu beiden Messzeitpunkten im Mittel knapp 60 Jahre alt, knapp die Hälfte Männer, 75% lebten in fester Partnerschaft, etwa 50% gehörten der Mittelschicht an. Patienten mit früher Krebserkrankung wurden am häufigsten wegen Brustkrebs und urologischen Tumoren kurativ behandelt, Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung vorwiegend wegen hämatologischer Krebserkrankungen und mit palliativer Intention. Männer mit einer frühen Krebserkrankung äußerten die geringsten Belastungen und unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse, während Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung unabhängig vom Geschlecht insbesondere durch Ängste deutlich höher beeinträchtigt waren. Im Zeitverlauf reduzierte sich die psychosoziale Belastung aller Patienten im Durchschnitt, wobei die Unterstützungsbedürfnisse der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung jedoch weitgehend persistierten.

Patienten mit frühen Krankheitsstadien hatten bis zu sechs, Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung bis zu zwölf schlechte Nachrichten während des Krankheitsverlaufs erhalten. Unabhängig von der Schwere der Krebserkrankung war zeitstabil für mehr als zwei Drittel der Patienten die initiale Krebsdiagnose die subjektiv schlimmste Nachricht; für früh erkrankte Patienten vorwiegend aufgrund der körperlichen Folgen, für schwerer erkrankte Patienten aufgrund der ungünstigen Heilungsaussichten. Unabhängig vom Krankheitsstadium handelte es sich bei den prioritären Präferenzen der Patienten in Bezug auf die Mitteilung einer schlechten Nachricht zeitstabil um den persönlichen Kontakt mit dem Arzt, den Erhalt von Informationen über die beste Behandlungsmöglichkeit, ärztliche Fachkompetenz, Ehrlichkeit, Klarheit sowie ausreichend Ruhe und Zeit. Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung hielten den Einbezug von Angehörigen für wichtiger, Frauen das explizite Ansprechen emotionaler Reaktionen. Im internationalen Vergleich zeigten sich kulturspezifische Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung der Familie und der Unterstützung durch die körperliche Nähe des Arztes. Patienten mit fortgeschrittenen Krankheitsstadien äußerten einen höheren Anteil unberücksichtigter Präferenzen im tatsächlich erlebten Arztverhalten (*Mismatches*) und eine größere Unzufriedenheit mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten. Ein höherer Anteil von *Mismatches* führte zusammen mit einer auffälligen psychosozialen Belastung zu höheren Informations- und psychologischen Unterstützungsbedürfnissen der Patienten zu MZP1, wobei die geringe Varianzaufklärung mit 10% auf weitere, nicht identifizierte Prädiktoren hinweist. Zu MZP2 wurde die Höhe des Unterstützungsbedarfs vorwiegend durch die unerfüllten Bedürfnisse zu MZP1 vorhergesagt (Varianzaufklärung jeweils zwischen 10% und 20%). Soziodemographische und medizinische Faktoren spielten insgesamt eine eher untergeordnete Rolle.

Die Ergebnisse der Untersuchung unterstreichen die Relevanz der Mitteilung von schlechten Nachrichten für die onkologische Versorgung, insbesondere in der Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung, und liefern wichtige Hinweise für die ärztliche Gesprächsführung, die direkt umsetzbar sind. Gleichzeitig weisen die Resultate auch auf die Notwendigkeit hin, Ärzte in der Identifikation patientenseitiger, vermutlich häufig nicht explizit geäußerter Bedürfnisse im Rahmen von Kommunikationstrainingsprogrammen zu schulen. Diese Maßnahmen sollten dann auf ihre Wirksamkeit nicht nur in Bezug auf patientenseitige, sondern auch auf ärztliche Outcome-Parameter überprüft werden.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergmann, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365-376.
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alder, J. & Bitzer, J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: how does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? *Archives of Women's Mental Health*, 6 (2), 91-97.
- Angel, R. & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11 (4), 465-94.
- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Yates, P., Milne, D., Faulkner, R. et al. (2005). Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 14 (3), 211-222.
- Arden-Close, E., Gidron, Y. & Moss-Morris, R. (2008). Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review. *Psychooncology*, 17 (11), 1061-1072.
- Arora, N.K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behaviour. *Social Science & Medicine*, 57 (5), 791-806.
- Back, A.L. & Curtis, J.R. (2002). Communicating bad news. *The Western Journal of Medicine*, 176 (3), 177-180.
- Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Tulskey, J.A. & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55 (3), 164-177.
- Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Fryer-Edwards, K.A., Alexander, S.C., Barley, G.E. et al. (2007). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of Internal Medicine*, 167 (5), 453-460.
- Baile, W.F., Kudelka, A.P., Beale, E.A., Globler, G.A., Myers, E.G., Greisinger, A.J. et al. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary

- outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86 (5), 887-897.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. & Kudelka, A.B. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302-311.
- Baile, W.F., Lenzi, R., Parker, P.A., Buckman, R. & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (8), 2189-2196.
- Baile, W.F. & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 331-335.
- Bakken, S., Holzemer, W.L., Brown, M.A., Powell-Cope, G.M., Turner, J.G., Inouye, J. et al. (2000). Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs*, 14, 189–197.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17 (82), 269-276.
- Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*, 268 (6866), 683-688.
- Barnett, M.M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95 (7), 343-347.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for personal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (2000). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. In E.T. Higgins & A.W. Kruglanski (Hrsg.), *Motivational science: Social and Personality Perspectives* (S. 24-49). New York: Psychology Press.
- Beach, M.C., Keruly, J. & Moore, R.D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of General Internal Medicine*, 21 (6), 661-665.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beckmann, J. (2006). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 106-142). Heidelberg: Springer.

- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39 (1), 17-25.
- Bilodeau, B.A. & Degner, L.F. (1996). Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 691-696.
- Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C., Fletcher, B.A. & Blanchard, E.B. (1986). The impact of oncologists' behaviors on patient satisfaction with morning rounds. *Cancer*, 58 (2), 387-393.
- Bock, G.H. de, Bonnema, J., Zwaan, R.E., Velde, C.J. van de, Kievit, J. & Stiggelbout, A.M. (2004). Patient's needs and preferences in routine follow-up after treatment for breast cancer. *British journal of cancer*, 90 (6), 1144-1150.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P. & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88 (1), 217-225.
- Booth, C. & Maguire, P. (1991). *Development of a rating system to assess interaction between cancer patients and health professionals*. London: Report to Cancer Research Campaign.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (4., vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15 (4), 602-606.
- Brammer, L.M. & MacDonald, G. (2003). *The Helping Relationship: Process and Skills* (8th edn). Boston: Pearson Education, Inc.
- Bredart, A., Bouleuc, C. & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 351-354.
- Brown, R.F., Dunn, S. & Butow, P. (1997). Meeting patient expectations in the cancer consultation. *Annals of Oncology*, 8 (9), 877-882.
- Brown, R.F. & Bylund, C.L. (2008). Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine*, 83 (1), 37-44.
- Brunstein, J. (2006). Implizite und explizite Motive. In: J Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.). *Motivation und Handeln* (S. 235-253). Heidelberg: Springer.

- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288 (6430), 1597-1599.
- Buddeberg, C., Laederach, K. & Buddeberg-Fischer, B. (1998). Das ärztliche Gespräch – Die ärztliche Untersuchung. In: C. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin* (S. 455-482). Berlin: Springer.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bui L.L., Last L., Bradley H. et al. (2002). Interest and participation in support group programs among patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 25 (2), 150-157.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 (-12): Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesärztekammer. (1990). Empfehlungen zur Patientenaufklärung. *Deutsches Ärzteblatt*, 16, 39-41.
- Bundesärztekammer. (2006). (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Zugriff am 07.10.2009, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>
- Burke, M.A., Lowrance, W. & Perczek, R. (2003). Emotional and cognitive burdens of prostate cancer. *The Urologic Clinics of North America*, 30 (2), 295-304.
- Busse, R. (2006). Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 417-436). Weinheim: Juventa.
- Butler, L., Degner, L., Baile, W., Landry, M. & the SCRN Communication Team. (2005). Developing communication competency in the context of cancer: a critical interpretive analysis of provider training programs. *Psychooncology*, 14 (10), 861-872.
- Butow, P., Coates, A., Dunn, S., Bernhard, J. & Hürny, C. (1991). On the receiving end IV: Validation of quality of life indicators. *Annals of Oncology*, 2 (8), 597-603.
- Butow, P.N., Kazemi, J.N., Beeney, L.J., Griffin, A.M., Dunn, S.M. & Tattersall, M.H. (1996). When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77 (12), 2630-2637.
- Bylund, C.L., Brown, R., Gueguen, J.A., Diamond, C., Bianculli, J. & Kissane, D.W. (2009). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psychooncology*. 29. DOI: 10.1002/pon.1585
- Byrne, P.S. & Long, B.E.L. (1976). *Doctors talking to Patients*. London: HMSO.

- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1965
- Carlson, L.E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *90* (12), 2297-2304.
- Carlson, L.E., Feldman-Stewart, D., Tishelman, C, Brundage, M.D. & the SCRIN Communication Team. (2005). Patient-professional communication research in cancer: an integrative review of research methods in the context of a conceptual framework. *Psychooncology*, *14* (10), 812-828.
- Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K. & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, *92* (6), 832-836.
- Cegala, D.J. & Lenzmeier Broz, S. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical education*, *36* (11), 1004-1016.
- Centeno-Cortés, C. & Núñez-Olarte, J.M. (1994). Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliative Medicine*, *8* (1), 39-44.
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. & Mortimer, J. (2005). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*, 65-77.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, *44* (5), 681-692.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, *49* (5), 651-661.
- Chase, D.M., Monk, B.J., Lari B Wenzel, L.B. & Tewari, K.S. (2008). Supportive care for women with gynecologic cancers. *Expert Review of Anticancer Therapy* *8* (2), 227-241.
- Chiu, L.Q., Lee, W.S., Gao, F., Parker, P.A, Ng, G.Y. & Toh, C.K. (2006). Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: an Asian perspective. *Supportive Care in Cancer*, *14* (8), 818-824.

- Clark, M.M., Bostwick, J.M. & Rummans, T.A. (2003). Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (12), 1538-1543.
- Cohen, S. & Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1):155-159.
- Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge C. & Fallowfield L. (2006). Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (4), 263-272.
- Coyne, J.C., Gallo, S. & Fechner-Bates, S. (1993). *The Michigan Interview for Life Events (MILE)*. Unpublished Interview Schedule, University of Michigan.
- Cunningham, A.J. (2002). Group psychological therapy: an integral part of care for cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 1 (1), 67-75.
- Curry, C., Cossich, T., Matthews, J.P., Beresford, J. & McLachlan, S.A. (2002). Uptake of psychosocial referrals in an outpatient cancer setting: improving service accessibility via the referral process. *Supportive Care in Cancer*, 10 (7), 549-555.
- Dale, J., Jatsch, W., Hughes, N., Pearce, A. & Meystre, C. (2004). Information needs and prostate cancer: the development of a systematic means of identification. *BJU International*, 94 (1), 63-69.
- Daltroy, L.H. (1993). Doctor-patient communication in rheumatological disorders. *Baillière`s Clinical Rheumatology*, 7 (2), 221-239.
- Daniels, J. & Kissane, D.W. (2008). Psychosocial interventions for cancer patients. *Current Opinion in Oncology*, 20 (4), 367-371.
- Davidson, R. & Mills, M.E. (2005). Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *European Journal of Cancer Care*, 14 (1), 83-90.
- Davies, E. & Higginson, I.J. (2003). Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 11 (1), 21-29.
- Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL. (2004). Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *BJU International*, 93 (1), 47-51.

- Deck, R. (2008). Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Gesundheitswesen*, 70, 582-589.
- Degner, L.F., Sloan, J.A. & Venkatesh, P. (1997). The Control Preferences Scale. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29 (3), 21-43.
- Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *The Lancet Oncology*, 5 (2), 119-124.
- Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S. et al. (2005). Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 103 (11), 2397-2411.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19 (1), 1-15.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dierks, M.L., Kurtz, V., Fricke, E., Schmidt, T. & Seidel, G. (2005). Kooperationsformen und -häufigkeit der unabhängigen Patientenunterstützung und der Selbsthilfeeinrichtungen in Deutschland - Ergebnisse der Studie "Selbsthilfe - Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD)", *Psychomed*, 17 (1), 21-28.
- Dierks, M.L., Seidel, G., Horch, K & Schwartz, F.W. (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, [Heft 32]. Berlin: Herausgeber.
- Dowsett, S.M., Saul, J.L., Butow, P.N. et al. (2000). Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psychooncology*, 9 (2), 147-156.
- Dunn, S.M., Patterson, P.U., Butow, P.N., Smartt, H.H., McCarthy, W.H. & Tattersall, M.H. (1993). Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 11 (5), 989-996.
- Eakin, E.G. & Strycker, L.A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psychooncology*, 10 (2), 103-113.
- Echlin, K.N. & Rees, C.E. (2002). Information needs and information-seeking behaviour of men with prostate cancer and their partners: a review of the literature. *Cancer Nursing*, 25 (1), 35-41.

- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z. & Fournier, M.A. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 9 (5), 428-438.
- Ellis, P.M. & Tattersall, M.H. (1999). How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Annals of Medicine*, 31 (5), 336-341.
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267, (16), 2221-2227.
- Emmerich, B. & Hallek, M. (2002). Chronische Lymphatische Leukämie. In: H. Schmoll, K. Höffken & K. Possinger (Hrsg.). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. Bd. 3, (S. 79-90). Heidelberg: Springer.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A. et al. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42 (7), 710-718.
- Engelhardt, M., Pflueger, K.-H. & Sack, H. (2002). Hochmaligne nodale Non-Hodgkin-Lymphome, lymphoblastische und Burkitt-Lymphome. In: H. Schmoll, K. Höffken & K. Possinger (Hrsg.). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. (Bd. 3, S. 134-145). Heidelberg: Springer
- Engelman, K.K., Perpich, D.L., Peterson, S.L., Hall, M.A., Ellerbeck, E.F. & Stanton, A.L. (2005). Cancer information needs in rural areas. *Journal of Health Communication*, 10 (3), 199-208.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28, 1-11.
- Erdfelder, E., Buchner, A., Faul, F., & Brandt, M. (2004). GPOWER: Teststärkeanalysen leicht gemacht [GPOWER - Power analyses made easy]. In: E. Erdfelder & J. Funke (Hrsg.). *Allgemeine Psychologie und deduktivistische Methodologie* (S. 148-166). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R. et al. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Supportive Care in Cancer*, DOI 10.1007/s00520-009-0605-7.
- Esper, P., Mo, F., Chodak, G., Cella, D. & Pienta, K.J. (1997). Measuring Quality of life in men with prostate cancer using the Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) instrument. *Urology*, 50 (6), 920-928.

- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C. & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4 (3), 272-299.
- Fallowfield, L. (1993). Giving sad and bad news. *Lancet*, 341 (8843), 476-478.
- Fallowfield, L., Lipkin, M. & Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology*, 16 (5), 1961-1968.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35 (11), 1592-1597.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84 (8), 1011-1015.
- Fallowfield, L., Jenkins, V. & Beveridge H. (2002) Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16 (4), 297-303.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359 (9307), 650-656.
- Fallowfield, L., Jenkins, V. Farewell, V. & Solis-Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *British Journal of Cancer*, 89 (8), 1445-1449.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet*, 363 (9405), 312-319.
- Farin, E. (2008). Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47 (4), 67-76.
- Fawzy, F.I. (1999) Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35 (11), 1559-1564.
- Federman, A.D., Cook, E.F., Phillips, R.S. et al. (2001). Intention to discontinue care among primary care patients: influence of physician behavior and process of care. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (10), 668-674.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M.D., Tishelman, C. and the SCRN Communication Team. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology*, 14 (10), 801-809.

- Fellowes, D., Wilkinson, S. & Moore, P. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003751.
- Fischer, T. (2008). *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (S. 1527). Beck: München.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J. et al. (2004). Shared decision making. Gemeinsame Entscheidung aus Patientenperspektive. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129 (44), 2343-2347.
- Fogarty, L.A., Curbow, B., Wingard, J.R., McDonnell, K. & Somerfield, M.R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17, 371-379.
- Foot, G. & Sanson-Fisher, R. (1995). Measuring the unmet needs of people living with cancer. *Cancer Forum*, 19 (2), 131-135.
- Ford, S., Hall A., Ratcliffe, D. & Fallowfield, L. (2000). The Medical Interaction Process System (MIPS): an instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social Science in Medicine*, 50, 553-66.
- Frankel, S. (1991). The epidemiology of indications. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 257-259.
- Friis, L.S., Elverdam, B. & Schmidt, K.G. (2003). The patient's perspective: a qualitative study of acute myeloid leukaemia patients' need for information and their information-seeking behaviour. *Supportive Care in Cancer*, 11 (3), 162-170.
- Fujimori, M., Oba, A., Koike, M., Okamura, M., Akizuki, N., Kamiya, M. et al. (2003). Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *Journal of Cancer Education*, 18 (4), 194-201.
- Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Oba, A., Sakano, Y. et al. (2005). Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology*, 14 (12), 1043-1051.
- Fujimori, M., Parker, P.A., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W.F. & Uchitomi, Y. (2007). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology*, 16 (7), 617-625.

- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39 (4), 201-216.
- Geiser, F., Bijani, J., Imbierowicz, K., Conrad, R., Liedtke, R., Schild, H. et al. (2006). Disclosing the cancer diagnosis: what contributes to patient satisfaction. *Onkologie*, 29 (11), 509-513.
- Girgis, A. & Sanson-Fisher, R.W. (1995). Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 13 (9), 2449-2456.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R.W. & Schofield, M.J. (1999). Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behavioral Medicine*, 25 (2), 69-77.
- Girgis, A., Boyes, A., Sanson-Fisher, R.W. & Burrows, S. (2000). Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (2), 166-173.
- Glinder, J.G. & Compas, B.E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: a prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology*, 18 (5), 475-481.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *GHQ-12 General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Goldzweig, G., Hubert, A., Walach, N., Brenner, B., Perry, S., Andritsch, E. et al. (2009). Gender and psychological distress among middle- and older-aged colorectal cancer patients and their spouses: an unexpected outcome. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 70 (1), 71-82.
- Goodwin, P.J. (2005). Support groups in advanced breast cancer. *Cancer*, 104 (11 Suppl), 2596-2601.
- Gordon, G.H. (2003). Care not cure: dialogues at the transition. *Patient Education and Counseling*, 50 (1), 95-98.
- Gotay, C.C. & Bottomley, A. (1998). Providing psycho-social support by telephone: what is its potential in cancer patients? *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 7 (4), 225-231.
- Gotay, C.C., Shimizu, H., Muraoka, M., Ishihara, Y., Tsuboi, K. & Ogawa, H. (2004). Cancer-related attitudes: A comparative study in Japan and the US. *Psychooncology* 13 (9), 665-672.

- Gotay, C.C., Moinpour, C.M., Unger, J.M., Jiang, C.S., Coleman, D., Martino, S. et al. (2007). Impact of a peer-delivered telephone intervention for women experiencing a breast cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (15), 2093-2099.
- Gottlieb, B.H. & Wachala, E.D. (2006). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*, 16 (5), 379-400.
- Grande, G.E., Myers, L.B. & Sutton, S.R. (2006). How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not? *Psychooncology*, 15 (4), 321-334.
- Gray, R.E., Goel, V., Fitch, M.I., Franssen, E., Chart, P., Greenberg, M. et al. (2000). Utilization of professional supportive care services by women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 64 (3), 253-258.
- Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6 (3), 439-453.
- Grigelat, A. (2001). *Psychologischer Behandlungsbedarf von gynäkologischen Krebspatientinnen einer Akutklinik*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bielefeld.
- Gysels, M., Richardson, A. & Higginson, I.J. (2004). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*, 12 (10), 692-700.
- Gysels, M., Richardson, A. & Higginson, I.J. (2005). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Supportive Care in Cancer*, 13 (6), 356-366.
- Hack, T.F., Degner, L.F., Parker, P.A. and the scrn communication team. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology*, 14 (10), 831-845.
- Haes J.C. de, Knippenberg, F.C. van & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62 (6), 1034-1038.
- Haes, H. de & Teunissen, S. (2005). Communication in palliative care: a review of recent literature. *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 345-350.
- Haes, H. de (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62 (3), 291-298.
- Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.A. et al. (2004). Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (9), 1721-1730.

- Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Dimitry, S. & Tattersall, M.H. (2005a). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology*, 16 (7), 1005-1053.
- Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Lobb, E.A, Pendlebury, S.C., Leighl, N. et al. (2005b). Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (6), 1278-1288.
- Haggmark, C., Bohman, L., Ilmoni-Brandt, K. et al. (2001). Effects of information supply on satisfaction with information and quality of life in cancer patients receiving curative radiation therapy. *Patient Education and Counseling*, 45 (3), 173-179.
- Hart, D. (2003). Einbeziehung des Patienten in das Gesundheitssystem: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Bestand und Perspektiven. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse et al. (Hrsg.). *Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*, (S. 333-338). München: Urban & Fischer.
- Heckhausen, J., Heckhausen, H. (2006). Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. (S. 1-9). Heidelberg: Springer.
- Heinrich, R.L., Schag, C.C. & Ganz, P.A. (1984). Living with cancer: the Cancer Inventory of Problem Situations. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 972-980.
- Hermann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. Bern: Hans Huber.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B. & Henrich, G. (2003) Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 1–8.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. et al. (2004). Psychological Problems of Cancer Patients — A Cancer Distress Screening with a Cancer-Specific Questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504–511.
- Hewitt, M. & Rowland, J.H. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (23), 4581-4590.
- Hilton, A. & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25 (1), 1-7.

- Hoffman, K.E., McCarthy, E.P., Recklitis, C.J. & Ng, A.K. (2009). Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Archives of Internal Medicine*, 169 (14), 1274-1281.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A. Lederberg, M. et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*, 7 (6), 460-469.
- Holland, J.C. & Marchini, A. (1998). International Psychooncology. In: J.C. Holland (Ed.). *Psychooncology*. (S. 1165-1169). New York: Oxford University Press.
- Holland, J.C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- Hurria, A., Li, D., Hansen, K., Patil, S., Gupta, R., Nelson, C. et al. (2009). Distress in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (26), 4346-4351.
- Hwang, S.Y. & Park, B.W. (2006). The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 47 (4), 524-533.
- Jacobsen, P.B., Donovan, K.A., Trask, P.C., Fleishman, S.B., Zabora, J., Baker, F. et al. (2005). Screening for Psychological Distress in Ambulatory Cancer Patients: A Multi-Center Evaluation of the Distress Thermometer. *Cancer*, 103, 1494-14502.
- Jacobsen, P.B. & Jim, H.S. (2008) Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer Journal for Clinicians* 58 (4), 214-230.
- Jakel, P. (2002). Patient communication and strategies for managing fatigue. *Oncology (Williston Park)*, 16 (9 Suppl 10), 141-145.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84 (1), 48-51.
- Jenkins, V. & Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20 (3), 765-769.
- Johnson, R.L., Gold, M.A. & Wyche, K.F. (2009). Distress in women with gynecologic cancer. *Psychooncology*, DOI: 10.1002/pon.1589.
- Jones, R., Pearson, J, McGregor, S. et al. (1999). Cross sectional survey of patients' satisfaction with information about cancer. *British Medical Journal*, 319 (7219), 1247-1248.

- Joosten, E.A., DeFuentes-Merillas, L., Weert, G.H. de, Sensky, T., Staak, C.P. van der & Jong, C.A. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77 (4), 219-226.
- Kagawa-Singer, M. & Kassim-Lakha, S. (2003) A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood of improving health outcomes. *Academic Medicine*, 78 (6), 577-587.
- Kainz, K. (2003). Avoiding patient self-blame. *Complementary Therapies in Medicine*, 11 (1), 46-48.
- Kaplan, R.M. & Frosch, D.L. (2005). Decision making in medicine and health care. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 525-556.
- Kaplowitz, S.A., Campo, S. & Chiu, W.T. (2002). Cancer patients' desire for communication of prognosis information. *Health Communication*, 14 (2), 221-241.
- Kasper, J. & Kollenbaum, V.E. (2001). Indikation zur psychoonkologischen Intervention. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10, 15-22.
- Kennedy Sheldon L. (2005). Communication in oncology care: the effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9 (3), 305-312.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A. et al. (2003a). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14 (3), 421-427.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A. et al. (2003b). Doctor-patient communication: results of a four-year prospective study in rectal cancer patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 46 (8), 1038-1046.
- Kiesler, D.J. & Auerbach, S.M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61, 319-341.
- Kim, M.K. & Alvi, A. (1999). Breaking the bad news of cancer: the patient's perspective. *Laryngoscope*, 109 (7 Pt 1), 1064-1067.
- Kim, H.S. & Sherman, D.K. (2007). "Express yourself": Culture and the effect of self-expression on choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, (1), 1-11.
- Kiss, A. & Meryn, S. (2001). Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *British Medical Journal*, 323 (7320), 1055-1058.

- Kitayama, S., Park, H., Sevincer, A.T., Karasawa, M. & Uskul, A. (2009). A cultural task analysis of implicit independence: Comparing North America, Western Europe and East Asia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (2), 236-255.
- Kleeberg, U.R., Tews, J.T., Ruprecht, T. et al. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Supportive Care in Cancer*, 13 (5), 303-310.
- Kline, P. (1997). *An easy guide to factor analysis*. London: Rutledge.
- Klug, L. & Sinha, A. (1987). Death acceptance: A two component formulation and a scale. *Omega*, 18, 229-235.
- Koller, M., Kussman, J., Lorenz, W., Jenkins, M., Voss, M., Arens, E. et al. (1996). Symptom Reporting in Cancer Patients. The Role of Negative Affect and Experienced Social Stigma. *Cancer*, 77 (5), 983-995.
- Krantz, D.S., Baum, A. & Wideman, M. (1980). Assessment of Preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (5), 977-990.
- Krauseneck, P., Kortmann, R.-D. & Schmoll, H.-J. (2002). Primäre Hirtumoren bei Erwachsenen. In: H. Schmoll, K. Höffken & K. Possinger (Hrsg.). (2002). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. (Bd. 3, S. 177-187). Heidelberg: Springer
- Krieglmeyer, R., Storck, K. & Strack, F. (2006). Zwei-Prozess/System-Modelle der sozialen Informationsverarbeitung. In: H.W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 388-395). Göttingen: Hogrefe.
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60 (2), 150-155.
- Kruse, J., Schmitz, N., Woller, W., Clar, B., Meyer, E., Grinschgl, A. et al. (2003). Effekte eines psychosozialen Fortbildungsprogramms zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion mit Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49 (3), 232-245.
- Langer, I., Schulz v. Thun, F. & Tausch, R. (2007). *Sich verständlich ausdrücken* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

- Langewitz, W. (2002). Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. In: E. Brähler & B. Strauss (Hrsg.). *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 54-76). Göttingen: Hogrefe.
- Lasswell, H.D. (1948). The structure and function of communication. In: L. Bryson (Ed.). *The communication of ideas. A series of addresses* (S. 37-51). New York: Harper.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, And Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. In L. Laux & G. Vossel (Eds.). *Personality in biographical stress and coping research. European Journal of Personality, 1*, 141-169.
- Lee, A. & Wu, H.Y. (2002). Diagnosis disclosure in cancer patients--when the family says "no!". *Singapore Medical Journal, 43 (10)*, 533-538.
- Lehmann C., Koch U. & Mehnert A. (2009). Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59 (7)*, 3-27.
- Lehmann, C., Koch, U. & Mehnert, A. (2009). *Die deutsche Version des Measure of Patients' Preferences: Kommunikationspräferenzen aus Patientensicht (MPP-D)*. Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Lehmann, C., Mehnert, A. & Koch, U. (2009). *Die deutsche Version des Supportive Care Needs Survey-Short Form34*. Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W.P., Resch, N., Seay, J., Barsevick, A. et al. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. *Cancer, 72 (9)*, 2612-2620.
- Lewin, S.A., Skea, Z.C., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*:CD003267.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J. et al. (2006). Factors that influence cancer patients' anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology, 17 (9)*, 1450-1458.

- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J. et al. (2008). Factors that influence cancer patients' and relatives' anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians. *Psychooncology*, 17 (5), 488-496.
- Lind, S.E., DelVecchio Good, M.J., Seidel, S., Csordas, T. & Good, B.J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 7 (5), 583-589.
- Linn, M.W. & Linn, B.S. (1982). The rapid disability rating scale-2. *Journal of the American Geriatric Society*, 30 (6), 378-382.
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R. et al. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology*, 12 (8), 769-783.
- Linzer, M., Konrad, T.R., Douglas, J., McMurray, J.E., Pathman, D.E., Williams, E.S. et al. (2000). Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: Results from the physicians worklife study. *Journal of General and Internal Medicine*, 15, 441-450.
- Lobb, E.A., Butow, P.N., Kenny, D.T. & Tattersall, M.H. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Medical Journal of Australia*, 171 (6), 290-294.
- Loge, J.H., Kaasa, S. & Hytten, K. (1997). Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *European Journal of Cancer*, 33 (6), 878-882.
- Lorenzo, F. de, Ballatori, E., Di Costanzo, F. et al. (2004). Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study. *Annals of Oncology*, 15 (5), 721-725.
- Ludwig, H., Fritz, E. & Schmoll, H. (2002). Multiples Myelom. In: H. Schmoll, K. Höffken, & K. Possinger, (Hrsg). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. (Bd. 3, S. 165-176). Heidelberg: Springer.
- Mager, W.M. & Andrykowski, M.A. (2002). Communication in the cancer „bad news“ consultation: Patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology*, 11 (1), 35-46.
- Maguire, P. (2000). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 5 (14), 2058-2065.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325 (7366), 697-700.

- Mallinger, J.B., Griggs, J.J. & Shields, C.G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57 (3), 342-349.
- Mallinger, J.B., Shields, C.G., Griggs, J.J., Roscoe, J.A., Morrow, G.R., Rosenbluth, R.J. et al. (2006). Stability of decisional role preference over the course of cancer therapy. *Psychooncology*, 15 (4), 297-305.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality* (rev. ed.). New York: Harper & Row.
- McClelland, D.C., Koesten, R. & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690-702.
- McCormick, T.R., & Conley, B.J. (1995) Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients. *Western Journal of Medicine*, 163 (3), 236-243.
- McLachlan, S.A., Allenby, A., Matthews, J., Wirth, A., Kissane, D., Bishop, M. et al. (2001). Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (21), 4117-41125.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Dropplemann, L.F. (1971). *Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- McNeill J. (1999). Cancerlink: helping people help themselves. *European Journal of Cancer care*, 8 (1), 12-15.
- McPherson, C.J., Higginson, I.J. & Hearn, J. (2001). Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. *Journal of Public Health Medicine*, 23 (3), 227-234.
- McWhinney, I.R. (1989). Doctor-patient communication. In: I.R. McWhinney (ed.). *A textbook of family medicine* (S. 87-110). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51 (7), 1087-1110.
- Mead, N., Bower, P. & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55 (2), 283-299.
- Mechanic, D., McAlpine, D.D. & Rosenthal, M. (2001). Are patients' office visits with physicians getting shorter? *New England Journal of Medicine*, 344 (3), 198-204.

- Mehnert, A. & Koch, U. (2005). Psychosocial care of cancer patients--international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Supportive Care in Cancer*, 13 (8), 579-588.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56 (12), 462-479.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 54 (3), 213-223.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (4), 383-391.
- Mehnert, A., Lehmann, C. & Koch, U. (2008) Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen. *Senologie*, 5 (2), 101-106.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A.M. et al. (2005). Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: can a communication skills training program improve physicians' detection? *Cancer*, 104 (2), 411-421.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N. & Razavi, D. (2005). Breast cancer: communication with a breast cancer patient and a relative. *Annals of Oncology*, 16 Suppl 2, ii209-ii212.
- Merckaert, I., Libert, Y. & Razavi, D. (2005). Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 319-330.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L. et al. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *British Medical Journal*, 313 (7059), 724-726.
- Merluzzi, T.V. & Martinez Sanchez, M.A. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16 (2), 163-170.
- Meyerowitz, B.E., Kurita, K. & D'Orazio, L.M. (2008). The Psychological and Emotional Fallout of Cancer and Its Treatment. *The Cancer Journal*, 14 (6), 410-413.

- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52,(2), 345-353.
- Mills, M.E. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (6), 631-642.
- Mitchell, J.L. (1998). Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *Cancer Practice*, 6 (3), 153-160.
- Molen, B. van der (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 8 (4), 238-244.
- Moore, P.J., Sickel, A.E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J. & Adler, N.E. (2004). Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Psychology*, 9 (3), 421-433.
- Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G., Borreani, C. & Capelli, M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53 (4), 295-302.
- Mosher, C.E. & Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (2-3), 101-114.
- Mossman, J., Boudioni, M. & Slevin, M.L. (1999). Cancer information: a cost-effective intervention. *European Journal of Cancer*, 35 (11), 1587-1591.
- Murmann, U. (2005). *Die Selbstverantwortung des Opfers im Strafrecht*. Berlin: Springer.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim: Beltz.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E. & Vlahos, L. (2005). Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *European Journal of Cancer Care*, 14 (2), 175- 181.
- Nelson, C.J., Weinberger, M.I., Balk, E., Holland, J., Breitbart, W. & Roth, A.J. (2009). The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist*, 14 (9), 891-899.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W. & Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (8), 558-584.

- Nilchaikovit, T., Hill, J.M. & Holland, J.C. (1993). The effects of culture on illness behavior and medical care. Asian and American differences. *General Hospital Psychiatry*, 15 (1), 41-50.
- O'Conner, B.P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32 (3), 396-402.
- Okamura, H., Uchitomi, Y., Sasako, M., Eguchi, K. & Kakizoe, T. (1998). Guidelines for telling the truth to cancer patients. Japanese National Cancer Center. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 28 (1), 1-4.
- Okuyama, T., Akechi, T., Yamashita, H., Toyama, T., Endo, C., Sagawa, R. et al. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). *Psychooncology*, 18 (9), 1003-1010.
- Ong, L.M., Haes, J.C. de, Hoos, A.M. & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40 (7), 903-918.
- Ong, L.M., Visser, M.R., Kruijver, I.P., Bensing, J.M., Brink-Muinen A. van den, Stouthard, J.M. et al. (1998). The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations: psychometric properties. *Psychooncology*, 7 (5), 387-401.
- Ong, L.M., Visser, M.R., Lammes, F.B., Velden, J. van der, Kuenen, B.C. & Haes, J.C. de (2000). Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (16), 3052-3060.
- Osse, B.H.P., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Schade, E. & Grol, R.P.T.M. (2004). Towards a new clinical tool for needs assessment in palliative care of cancer patients; the PNPC instrument. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 329-341.
- Ozdogan, M., Samur, M., Artac, M., Yildiz, M., Savas, B. & Bozcuk, H.S. (2006). Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5), 1114-1119.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C. de, Lenzi, R., Kudelka, A.P. & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Psychology*, 19 (7), 2049-2056.
- Parker, P.A., Davison, B.J., Tishelman, C., Brundage, M.D. and the SCRIN Communication Team. (2005). What do we know about facilitating patient communication in the cancer care setting? *Psychooncology*, 14 (10), 848-858.

- Parle, M., Maguire, P. & Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcomes expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*, 44 (2), 231–240.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Pascoe, S.W., Neal, R.D., Allgar, V.L., Selby, P.J. & Wright, E.P. (2000). Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Family Practice*, 21 (4), 437-442.
- Pedersen, C.G., Christensen, S., Zachariae, R. et al. (2001). Psychosocial and demographic predictors of pain, discomfort and satisfaction with the patient–physician relationship in a group of women attending a mammography clinic. *Psychooncology*, 10: S23.
- Peräkylä, A. (2006) Communicating and responding to diagnosis?. In: J. Heritage, D.W. Maynard (Eds.). *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. (S. 214-247). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peters, M. & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache*, 46 (1), 82-91.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123-205.
- Plass, A. & Koch, U. (2001). Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psychooncology*, 10 (6), 511-520.
- Possinger, K., Schmoll, H.J., Höffken, H. & Grosse, Y. (2002). (2002). Mammakarzinom der Frau. In: H.J. Schmoll, K. Höffken & K. Possinger (Hrsg.). (2002). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. (Bd. 3, S. 395-421). Heidelberg: Springer
- Ptacek, J.T. & Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276 (6), 496-502.
- Ptacek, J.T. & Ptacek, J.J. (2001). Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (21), 4160-4164.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Raspe, H. (2007). Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“). *Die Rehabilitation*, 46, 3-8.
- Rathus S.A. (1973). A 30-Items schedule for assessing assertive behavior. In: *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J. et al. (2003). 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 (16), 3141-3149.
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50 (2), 179-186.
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J. & Ryan, R.M. (2000). Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Richards, T. (1998). Partnership with patients. *British Medical Journal*, 316 (7125), 85-86.
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Reintgen, D.S., Baile, W.F. & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74 (1 Suppl), 336-341.
- Rofé, Y. (1984). Stress and Affiliation: A Utility Theory. *Psychological Review*, 91 (2), 235-250.
- Ross, L., Boesen, E.H., Dalton, S.O. & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer*, 38 (11), 1447-1457.
- Roter, D.L. (1977).. Patient participation in the patient provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs*, 5, 281-315.
- Roter D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39 (1), 5-15.
- Roth, A.J. & Modi, R. (2003). Psychiatric issues in older cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 48 (2), 185-197.
- Ryan, R.M. & Frederick, C.M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Ryan, R.A. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002). *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003*. Metzler-Poeschel: Stuttgart.
- Safran, D.G., Kosinski, M., Tarlov, A.R., Rogers, W.H., Taira, D.H., Lieberman, N. et al. (1998). The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36 (5), 728-739.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88 (1), 226-237.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schag, C.A.C. & Heinrich, R.L. (1989). *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES): Manual*. Los Angeles: CARES Consultants.
- Schag, C.A., Heinrich, R.L., Aadland, R.L. & Ganz, P.A. (1990). Assessing problems of cancer patients: psychometric properties of the cancer inventory of problem situations. *Health Psychology*, 9 (1), 83-102.
- Scheibler, F., Janssen, C. & Pfaff, H. (2003). Shared decision making: ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48 (1), 11-23.
- Scheier, M. & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219-247.
- Schmid, H. (1984). Die Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht. *Neue Juristische Wochenschrift*, 2601-2606.
- Schmoll, H.J., Höffken, K. & Possinger, K. (Hrsg.). (2002). *Kompendium Internistische Onkologie CD-ROM. Standards in Diagnostik und Therapie*. Band 3. Heidelberg: Springer
- Schneider, J., Kaplan, S.H., Greenfield, S., Li, W. & Wilson, I.B. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1096-1103.
- Schofield, P.E., Beeney, L.J., Thompson, J.F., Butow, P.N., Tattersall, M.H. & Dunn, S.M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Annals of Oncology*, 12 (3), 365-371.

- Schofield, P.E., Butow, P.N., Thompson, J.F., Tattersall, M.H., Beeney, L.J., Dunn, S.M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14 (1), 48-56.
- Schröder, C. (2006). Ärztliche Aufklärung bei infauster Prognose und schlechte Nachrichten. In: K. Rockenbauch, O. Decker & Y. Stöbel-Richter (Hrsg.). *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. (S. 205-220). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schulz v. Thun, F. (2008). *Miteinander reden*. Band I: Störungen und Klärungen (46. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Schwarz, R. & Hinz, A. (2001). Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. *European Journal of Cancer*, 37 (11), 1345-1351
- Shannon, C.E. & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana Champaign: University of Illinois Press.
- Shapiro, P.J., Coyne, J.C., Kruus, L.K., Palmer, S.C., Vaughn, D.J. & Malkowicz, S.B. (2004). Interest in services among prostate cancer patients receiving androgen deprivation therapy. *Psychooncology*, 13 (8), 512-525.
- Shaw, B.R., Hawkins, R., Arora, N., McTavish, F., Pingree, S. & Gustafson, D.H. (2006). An exploratory study of predictors of participation in a computer support group for women with breast cancer. *Computer, Informatics, Nursing*, 24 (1), 18-27.
- 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 (11), 1770-1780.
- Shilling, V., Jenkins, V. & Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinical satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology*, 12 (6), 599-611.
- Smith, D.P., Supramaniam, R., King, M.T., Ward, J., Berry, M. & Armstrong, B.K.I. (2007). Age, Health, and Education Determine Supportive Care Needs of Men Younger Than 70 Years With Prostate Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (18), 2560-2566.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. et al. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84 (2), 179-185.
- Sperber, A.D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126 (1 Suppl 1), 124-128.

- Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 24 (1 Suppl 1), S1-36-S1-47.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.
- Stanton, A.L., Ganz, P.A., Kwan, L. et al. (2005). Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (25), 6009-6018.
- Steginga, S.K., Occhipinti, S., Dunn, J., Gardiner, R.A., Heathcote, P. & Yaxley, J. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psychooncology*, 10 (1), 66-75.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social science* (4th Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152 (9), 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L. & Freeman, T.R. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method* (Second ed.). Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Strittmatter, G. (1997). *Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten*. Münster: Waxmann.
- Surbone, A. (2004). Persisting differences in truth telling throughout the world. *Supportive Care in Cancer*, 12 (3), 143-146.
- Surbone, A. (2006). Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncology*, 7 (11), 944-950.
- Surbone, A. (2008). Cultural aspects of communication in cancer care. *Supportive Care in Cancer*, 16 (3), 235-240.
- Tallarico, M., Figueiredo, M., Goodman, M. et al. (2005). Psychosocial determinants and outcomes of chemotherapy in older women with breast cancer: what do we know? What do we need to know? *Cancer Journal*, 11 (6), 518-528.
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., Bosisio, M. et al. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer*, 23, 3-12.

- Tattersall, M.H., Butow, P.N. & Clayton, J.M. (2002). Insights from cancer patient communication research. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 16, 731- 743.
- Taylor, J.A. (1980). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 48 (2), 285-290.
- Tedeschi, J.T., Lindskold, A. & Rosenfeld, P. (1985). *Introduction to Social Psychology*. New York: West.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Thaxton, L., Emshoff, J.G. & Guessous, O. (2005). Postate cancer support groups: a literature review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (1), 25-40.
- Thorne, S.E., Bultz, B.D., Baile, W.F. and the SCRIN Communication Team. (2005a). Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psychooncology*, 14 (10), 875-884.
- Thorne, S.E., Kuo, M., Armstrong, E.A., McPherson, G., Harris, S.R. & Hislop, T.G. (2005b). 'Being known': patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology*, 14 (10), 887-898.
- Thorne, S.E., Hislop, T.G., Armstrong, E.A. & Oglov, V. (2008). Cancer care communication: the power to harm and the power to heal? *Patient Education and Counseling*, 71 (1), 34-40.
- Tilkorn, M., Mawick, R., Sommerfeld, S. & Strittmatter, G. (1990). Lebensqualität von Patienten mit bösartigen Gesichts- und Hauttumoren. Entwicklung eines Fragebogens und erste Ergebnisse einer Studie. *Die Rehabilitation*, 29, 134-139.
- Traut-Mattausch, E. & Frey, D. (2006). Kommunikationsmodelle. In: H.W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 536-544). Göttingen: Hogrefe.
- Troschke, J. von (2004). Arzt-Patient-Beziehung. In: B. Strauß, U. Berger, J. von Troschke & E. Brähler (Hrsg.). *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S. 313-339). Göttingen: Hogrefe.
- Tse, C.Y., Chong, A. & Fok, S.Y. (2003). Breaking bad news: a Chinese perspective. *Palliative Medicine*, 17 (4), 339-343.
- Uhlmann, R.F., Inui, T.S. & Carter, W.B. (1984). Patient requests and expectations. Definitions and clinical applications. *Medical Care*, 22 (7), 681-685.

- Velicer, W.F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41, 321-327.
- Vogel, B.A., Helmes, A.W. & Bengel, J. (2006). Arzt-Patienten-Kommunikation in der Tumorbehandlung: Erwartungen und Erfahrungen aus Patientensicht. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15 (4), 149-161.
- Voogt, E., Leeuwen, A.F. van, Visser, A.P., Heide, A. van der & Maas, P.J. van der. (2005). Information needs of patients with incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*, 13 (11), 943-948. .
- Walker, J., Postma, K., McHugh, G.S., Rush, R., Coyle, B., Strong, V. et al. (2007). Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (1), 83-91.
- Ware, Jr J.E. & Snyder, M.K. (1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13 (8), 669-682.
- Ware, Jr J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R. & Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. (11., unveränderte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Weathers, F., Litz, B., Huska, J. & Keane T. (1994). *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) for DSM-IV*. Boston: National Center of PTSD.
- Weis, J., Koch, U. & Matthey, K. (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland. Ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48 (9-10), 417-424.
- Wen, K.Y. & Gustafson, D.H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 26, 2:11.
- Wensing, M., Elwyn, G., Edwards, A., Vingerhoets, E. & Grol, R. (2002). Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making: an observational study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2:2.
- Wensing, M. & Elwyn, G.(2003). Methods for incorporating patients' views in health care. *British Medical Journal*, 326 (7394), 877-879.
- Whelan, T.J., Mohide, E.A., Willan, A.R. et al. (1997). The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer*, 80 (8), 1518-1524.

- Wiemann, J.M. (1985). Interpersonal control and regulation in conversation. In: R.L. Street & N. Capella (Eds.). *Sequence and Pattern in Communicative Behaviour* (S. 85-102). London: Edward Arnold.
- Wiemann, J.M. & Giles, H. (1997). Interpersonale Kommunikation. In: W. Stroebe, M. Hewstone & G.M. Stephenson (Hrsg.). *Sozialpsychologie*. Berlin: Springer.
- Wilson, A. & Childs, S. (2006). The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 52 (485), 1012-1020.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittekind, C. (2003). *TNM-Klassifikation maligner Tumoren*. Heidelberg: Springer.
- Woods, D.D. & Hollnagel, E. (2006). *Joint cognitive systems: patterns in cognitive systems engineering*. Boca Raton, Fla.: CRC, Taylor & Francis.
- World Health Organisation (2009). *Internationale statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification*. (10. Revision.) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm>
- Yardley, S.J., Davis, C.L. & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15, 379- 386.
- Zachariae, R., Pedersen, C.G., Christensen, S. et al. (2001). Development of a physician-patient relationship inventory (PPRI): reliability and preliminary validity in a sample of women attending a mammography clinic. *Psychooncology*, 10: S52.
- Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B. et al. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88 (5), 658-665.
- Zenger, M., Hinz, A., Stolzenburg, J.U., Rabenalt, R., Schwalenberg, T. & Schwarz, R. (2009). Health-Related quality of life of prostate cancer patients compared to the general German Population: Age-Specific Results. *Urologia Internationalis*, 83, 166-170.
- Zerssen, D. von & Koeller, D.M. (1975). *Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Weinheim: Beltz.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (2003). *Psychologie*. Berlin: Springer.

10 TABELLENVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
Tabelle 1: <i>Überblick über die eingesetzten Erhebungsinstrumente</i>	45
Tabelle 2: <i>Überblick über die erhobenen medizinischen Daten</i>	50
Tabelle 3: <i>Verschlüsselung der Tumordiagnosen nach ICD-10-GM (2009)</i>	50
Tabelle 4: <i>Effektgrößen nach Cohen (1988, 1992)</i>	53
Tabelle 5: <i>Ausschlussgründe (n=892)</i>	54
Tabelle 6: <i>Teilnahmequoten (n=663)</i>	55
Tabelle 7: <i>Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und -nichtteilnehmern (n=539)</i>	56
Tabelle 8: <i>Drop-Out-Gründe (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	57
Tabelle 9: <i>Bildung des einfachen vertikalen Schichtindexes</i>	58
Tabelle 10: <i>Soziodemographische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	58
Tabelle 11: <i>Medizinische Merkmale (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	60
Tabelle 12: <i>Krebsspezifische Belastung der Patienten (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	64
Tabelle 13: <i>Psychische Belastungen der Patienten (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	66
Tabelle 14: <i>Spezifische Unterstützungsbedürfnisse (SCNS-SF34-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	72
Tabelle 15: <i>Unterstützungsbedarf auf Skalenebene (SCNS-SF34-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	75
Tabelle 16: <i>Weitere schlechte Nachrichten zwischen MZP1 und MZP2 (n=191)</i>	80
Tabelle 17: <i>Subjektiv schlimmste Nachricht(en), (MZP1: N=270)</i>	81
Tabelle 18: <i>Anzahl genannter schlimmster Nachrichteninhalte im Zeitverlauf (n=191)</i> ..	83
Tabelle 19: <i>Subjektiv schlimmste Nachricht(en) (MZP2: n=191)</i>	83
Tabelle 20: <i>Monate seit Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	84
Tabelle 21: <i>Spezifische Kommunikationspräferenzen bei Mitteilung der schlimmsten Nachricht (MPP-D; MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	93

	<i>Seite</i>
Tabelle 22: <i>Kommunikationspräferenzen (MPP) im internationalen Vergleich</i>	99
Tabelle 23: <i>Präferenzskalen des MPP-D im Zeitverlauf (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	103
Tabelle 24: <i>Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP1: N=270)</i>	104
Tabelle 25: <i>Prädiktoren der Präferenzskalen (MPP-D, MZP2: n=191)</i>	105
Tabelle 26: <i>Durchschnittlicher Anteil der Mismatches auf den Skalen des MPP-D (MZP1: N=270)</i>	110
Tabelle 27: <i>Gesamtzufriedenheit mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten (MZP1: N=270)</i>	111
Tabelle 28: <i>Korrelationen zwischen unabhängigen Variablen und Kriteriumsvariablen (Multiple Regressionen; MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	114
Tabelle 29: <i>Korrelationen zwischen unabhängigen Variablen (Multiple Regressionen; MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	115
Tabelle 30: <i>Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse (Skalen des SCNS-SF34-D, MZP1: N=270)</i>	116
Tabelle 31: <i>Prädiktoren der Unterstützungsbedürfnisse (Skalen des SCNS-SF34-D, MZP2: n=191)</i>	118

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
Abbildung 1: <i>Mehr-Ebenen-Modell der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland....</i>	5
Abbildung 2: <i>Nutzer- bzw. Patientenorientierung auf der Makroebene.....</i>	6
Abbildung 3: <i>Patientenorientierung, Kommunikation und Behandlungsentscheidung ...</i>	11
Abbildung 4: <i>Barrieren einer erfolgreichen Informationsvermittlung</i>	19
Abbildung 5: <i>Rahmenmodell der Arzt-Patient-Kommunikation</i>	20
Abbildung 6: <i>Modell zum Einfluss patientenbezogener Variablen auf die Arzt-Patient-Kommunikation und Inanspruchnahme psychosozialer Angebote.....</i>	21
Abbildung 7: <i>Kategorien psychosozialer Interventionen für Krebspatienten.....</i>	34
Abbildung 8: <i>Hohe und geringe krebspezifische Belastung der Patienten im Zeitverlauf (n=191)</i>	65
Abbildung 9: <i>Angst, Depressivität, psychische Gesamtbelastung im Zeitverlauf (n=191).....</i>	67
Abbildung 10: <i>Anteil psychisch hoch belasteter Patienten im Zeitverlauf (n=191).....</i>	68
Abbildung 11: <i>Psychosoziale Gesamtbelastung im Zeitverlauf (n=191).....</i>	69
Abbildung 12: <i>Subjektiver Unterstützungsbedarf in mindestens einem Aspekt (MZP1: N=270, MZP2: n=191).....</i>	70
Abbildung 13: <i>Subjektive Unterstützungsbedürfnisse der Patienten im Zeitverlauf (n=191).....</i>	76
Abbildung 14: <i>Anzahl erhaltener schlechter Nachrichten im Krankheitsverlauf (MZP1: N=270, MZP2: n=191).....</i>	78
Abbildung 15: <i>Inhalte erhaltener schlechter Nachrichten (MZP1: N=270)</i>	79
Abbildung 16: <i>Bedeutungsgehalt der schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191).....</i>	85
Abbildung 17: <i>Fachrichtung der mitteilenden Ärzte (schlimmste Nachricht) (MZP1: N=270, MZP2: n=191).....</i>	86

	Seite
Abbildung 18: <i>Mitteilungsort der subjektiv schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	87
Abbildung 19: <i>Anwesende bei der Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	88
Abbildung 20: <i>Am häufigsten vom Arzt berücksichtigte Präferenzen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht aus Patientensicht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	108
Abbildung 21: <i>Am seltensten vom Arzt berücksichtigte Präferenzen bei Mitteilung der subjektiv schlimmsten Nachricht aus Patientensicht (MZP1: N=270, MZP2: n=191)</i>	109
Abbildung 22: <i>Zusammenhang zwischen dem Anteil an Mismatches und der Patientenzufriedenheit (MZP1: N=270)</i>	112

12 ANHANG**A. Literaturtabellen****B. Erhebungsinstrumentarium****B.1 Patienteninformation****B.2 Nichtteilnahmebogen****B.3 Einverständniserklärung****B.4 Selbstbeurteilungsinstrumente****B.5 Fremdbeurteilungsinstrumente****C. Hauptkomponentenanalyse des MPP-D****D. Hauptkomponentenanalyse des SCNS-SF34-D**

A. Literaturtabellen

Tabelle A1: *Kommunikationspräferenzen von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Jenkins, Fallowfield und Saul (2001)	Informationen	retrospektiv, FB: Information Needs Questionnaire (Cassileth, Zupkis, Sutton-Smith und March, 1980)	N=2331 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 87% der Patienten wollten umfassend informiert werden (mit zunehmendem Alter abnehmend), 95% der Patienten wollten die Prognose erfahren
Fujimori et al. (2007)	Diagnosemitteilung	retrospektiv, FB: MPP, MAC, HADS	N=529 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 5 Faktoren: <i>Emotional Support, Medical Information, Clear Explanation, Encouraging Question-Asking, Setting</i> - jüngere Patienten äußerten mehr Bedarf an Informationen und Ermutigung zur Fragenstellung, stärkere Ausprägungen auf allen Faktoren bei Frauen und Patienten mit niedrigerer Schulbildung
Kaplowitz et al. (2002)	Qualitative und quantitative Informationen	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items, KDAS, TMAS, medizinische Akten	N=352 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- mehr als 80% der Patienten wünschten qualitative Informationen, weniger als 50% wünschten quantitative Informationen; 96% hatten qualitative Informationen erhalten, weniger als 70% quantitative Informationen - 60% der Patienten, die keine qualitative Information erhalten hatten, wünschten diese und hatten auch danach gefragt - Patienten mit größerer Angst und Vermeidung des Todes und ungünstiger Prognose wünschten, fragten und erhielten weniger Informationen
Parker et al. (2001)	Diagnosemitteilung	retrospektiv, FB: MPP, MBSS	N=351 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 3 Faktoren: <i>Content</i> (ärztl. Expertise und Informationsvermittlung), <i>Support, Facilitation</i> (Kontextfaktoren) - Expertise und Unterstützung waren für Frauen wichtiger, jüngeren Patienten war die Umgebung weniger wichtig, Zusammenhang zwischen höherer Schulbildung und content sowie facilitation, keine Unterschiede in Diagnose/Stadium
Hagerty et al. (2004, 2005b)	Informationen und Hoffnung	retrospektiv, FB: Fallbeispiel (Frau mit metastasiertem Brust- bzw. Mann mit Prostatakrebs), HOS, HADS, Items zur gewünschten Information, Arzt-Verhalten und Hoffnung	N=126 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- mehr als 95% der Patienten wünschten Informationen über Behandlungsoptionen und mögliche Nebenwirkungen, mehr als 70% wünschten Informationen über Überlebensraten (Patienten mit höheren Depressivitätswerten wünschten häufiger Informationen) - Hoffnungsvermittlung durch Anbieten der aktuellen Behandlungen, umfassende Information über Erkrankung und Symptomkontrolle, Hoffnungsreduktion durch Nervosität des Arztes, Mitteilung zuerst gegenüber der Familie, Euphemismen

Fortsetzung Tabelle A1: *Kommunikationspräferenzen von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Chiu et al. (2006)	Diagnosemitteilung	retrospektiv, FB: MPP	N=200 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- zwei Faktoren: <i>Information</i> und <i>Emotional Support</i> - am wichtigsten war allen Patienten die Informationsvermittlung, Frauen gaben ein höheres Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung an
Butow et al. (1996)	Diagnose-, Prognose- und Behandlungserläuterungen	retrospektiv, FB: PAC, selbstentwickelte Items zu Erfahrungen und Präferenzen	N=144 Brust- oder Hautkrebspatienten	- die Mehrzahl der Patienten wollte in einem persönlichen Gespräch informiert werden - mehr als 60% der Patienten wurden nicht von ihrem Partner begleitet, 50% von diesen hätten sich dies jedoch im Nachhinein gewünscht - 25% der Patienten (davon die Mehrzahl mit Brustkrebs) wurden von ihrem Arzt über Unterstützungsangebote informiert
Davison et al. (2004)	Diagnosemitteilung	retrospektiv, FB: MPP, CPS	N=87 Prostatakrebspatienten	- Patienten legten mehr Wert auf Art und Ausmaß erhaltener Informationen (Faktor <i>Content</i>) als auf <i>emotionale Unterstützung</i> oder <i>Kontextfaktoren</i> - die Mehrzahl der Patienten bevorzugte eine aktive (43%) oder kooperative (47%) Rolle bei der Entscheidungsfindung
Meredith et al. (1996)	Informationsbedürfnis nach Diagnosemitteilung	retrospektiv, FB: Information Needs Questionnaire (Cassileth et al., 1980), selbstentwickelte Items zu Bedürfnissen	N=250 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 79% der Patienten wollten umfassend über die Erkrankung informiert werden - mehr als 90% der Patienten wünschten Informationen zu Heilungschancen und Nebenwirkungen der Behandlung
Dowsett et al. (2000)	Präferenzen für patienten- bzw. arzt-orientierten Gesprächsstil	retrospektiv, Videos mit Schauspielern zu patienten- vs. arzt-orientiertem Gesprächsverhalten bei Diagnose-, Behandlungs-, Prognosebesprechung, HADS, Items zu Präferenzen und Zufriedenheit	n=113 Brustkrebspatientinnen	- Patienten bevorzugten Patientenorientierung, besonders bei schlechter Prognose, wollten in Entscheidungen einbezogen werden - 1/3 der Patienten bevorzugte jedoch auch arztzentriertes Verhalten bei Behandlungs- und Prognosemitteilung
Dale et al. (2004)	Erfassung von Informationsbedürfnissen	retrospektiv, FB: Items zu Wichtigkeit der Information und Zufriedenheit mit Ausmaß an Information, HADS	N=96 Prostatakrebspatienten	- Männer unter 70 Jahren mit einem kurativen Behandlungsansatz hatten ein größeres Informationsbedürfnis - 4 Faktoren von Informationsbedürfnissen wurden extrahiert: Grundlagen der Prostatakrebsversorgung, Krankheitsmanagement, psychosoziales und körperliches Wohlbefinden, Selbsthilfe
Bock et al. (2004)	Informationsbedarf	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zu Erwartungen, Präferenzen und Einstellungen zur Nachsorge, PSQIII, HADS	N=84 Brustkrebspatientinnen	- stärkeres Informationsbedürfnis korrelierte mit Angst und Depressivität - geringeres Informationsbedürfnis korrelierte signifikant mit höherem Alter und Zufriedenheit mit Arzt-Verhalten

Fortsetzung Tabelle A1: *Kommunikationspräferenzen von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Schofield et al. (2001)	Präferenzen und Erfahrungen bzgl. des ärztlichen Kommunikationsverhaltens	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zu Erwartungen und Erfahrungen mit dem ärztlichen Kommunikationsverhalten, Einschätzung der wichtigsten kommunikativen Verhaltensweisen	N=131 Hautkrebspatienten	<ul style="list-style-type: none"> - die Mehrzahl der Patienten wünschte umfassende Information über die Diagnose (69%) und Behandlungsoptionen (81%) - 73% hätten sich psychosoziale Unterstützung durch einen Sozialarbeiter oder Psychologen gewünscht, 6% gaben an, von ihrem Arzt über psychosoziale Angebote informiert worden zu sein - 32% wurden per Telefon über ihre Diagnose aufgeklärt, die Hälfte dieser Patienten hätte sich dies in einem persönlichen Gespräch gewünscht
Cox et al. (2006)	Informations- und Partizipationsbedürfnis	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zu Ausmaß der gewünschten und erhaltenen Informationen, Partizipation, bevorzugtes Geschlecht des Arztes,	N=394 Patienten mit Brustkrebs, kolorektalen oder gynäkologischen Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - 87% der Patienten wünschten vollständige Informationen (keine Unterschiede in Alter, Geschlecht, Diagnose), 89% der Patienten war das Geschlecht des Arztes gleichgültig - der größte Anteil der Patienten (39%) bevorzugte gemeinsame Entscheidungsfindung, wobei Patienten über 60 Jahre die aktive Entscheidung eher dem Arzt überlassen wollten - die Mehrzahl der Patienten erinnerte sich an Informationen zu Diagnose und Behandlungen, 13-23% hatten Informationen über psychosoziale Aspekte erhalten
Lobb, Butow, Kenny und Tattersall (1999)	Verständnis prognostischer Informationen	retrospektiv, selbstentwickelter FB zu Verständnis und Präferenzen prognostischer Informationen und Beschreibungen von Szenen mit Fragen	N=100 Brustkrebspatientinnen	<ul style="list-style-type: none"> - die meisten Patientinnen verstanden die vom Arzt verwendeten Wörter nicht vollständig: 53% der Patientinnen konnten die Risikoreduktion durch adjuvante Chemotherapie nicht einschätzen, 73% verstanden den Ausdruck „mittlere“ Überlebensrate nicht, 33% glaubten, der Arzt könne ihre individuellen Erfolgsaussichten vorhersagen - die Mehrzahl wünschte Informationen zu Heilungschancen und Stadium
Kim & Alvi (1999)	Diagnosemitteilung	retrospektiv, selbstentwickelter FB	N=16 Patienten mit Kopf-/ Hals-Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - die Mehrzahl der Patienten wollte nicht von ihrem Arzt berührt werden und wünschte nicht die Anwesenheit von Angehörigen bei Diagnosemitteilung

Anmerkungen: FB Fragebogen, MPP Measure of Patients' Preferences (Parker et al., 2001), MAC Mental Adjustment to Cancer Scale (Greer und Watson, 1987), KDAS Klug Death Acceptance Scale (Klug und Sinha, 1987), TMAS Taylor's Manifest Anxiety Scale (Taylor, 1953), MBSS Miller Behavioral Style Scale (Miller, 1987), HOS Krantz Health Opinion Survey (Krantz, Baum und Wideman, 1980), HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), PAC Psychological Adjustment to Cancer Scale (Lind, DelVecchio Good, Seidel, Csordas und Good, 1989; Butow, Coates, Dunn, Bernhard und Hürny, 1991), CPS Control Preferences Scale (Degner, Sloan und Venkatesh, 1997), PSQIII Patient Satisfaction Questionnaire III (Ware und Snyder, 1975; Ware, Snyder, Wright und Davies, 1983).

Tabelle A2: *Arzt-Patient-Kommunikation und Zufriedenheit von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Shilling et al. (2003)	Effekte eines Kommunikationstrainings	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, 2 Messzeitpunkte: vor (T0), 3 Monate nach Training (T1); jeweils Videoaufnahme der ärztlichen Gespräche mit Krebspatienten, 4 Gruppen (A: schriftliches Feedback + Training; B: Training; C: schriftliches Feedback; D: Kontrollgruppe); Auswertung: MIPS, FB: Items zur Patientenzufriedenheit	N=160 Ärzte, N=2407 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - jüngere und psychisch belastete Patienten waren gruppenunabhängig unzufriedener mit dem Gespräch - bei insgesamt hoher Zufriedenheit zeigten sich im Zeitverlauf keine Gruppenunterschiede
Delvaux et al. (2005)	Effekte eines Kommunikationstrainings mit Konsolidierungsworkshop	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, Basistraining, dann Randomisierung in 2 Gruppen: Wartegruppe, Konsolidierungsworkshop-Gruppe, 2 Messzeitpunkte: vor Basistraining (T0), nach Workshop bzw. 5 Monate nach Basistraining (T1), jeweils Interview mit Krebspatient, Tonbandaufnahme, Auswertung: Cancer research Campaign Workshop Evaluation Manual (Booth und Maguire, 1991), FB: HADS (T0), STAI-S (T0+T1) (Patienten), Perception of Interview Questionnaire (Razavi et al., 2003) (Ärzte)	N=56 Ärzte, N=56 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten, die von Ärzten behandelt wurden, die an dem Konsolidierungsworkshop teilgenommen hatten, äußerten eine höhere Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gesprächsverhalten als Patienten, die mit Ärzten ohne Workshopteilnahme gesprochen hatten
Hägemark et al. (2001)	Einfluss der Informationsvermittlung auf die Zufriedenheit und Lebensqualität	prospektiv, kontrolliert, T0: vor, T1: nach Information zu Radiotherapie, randomisiert (3 Interventionen: Standardinformation + Gruppe + individueller Information bei Bedarf (SIGI); Standardinformation + Broschüre (SIB); Standardinformation (SI), selbstentwickelter FB, VAS zu Zufriedenheit (nur zu T1), HADS, IES, CIPS II	n=69 (SIGI), n=72 (SIB), n=69 (SI) Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten der SIGI-Bedingung waren zufriedener mit allen Aspekten der Informationsvermittlung als die Patienten der beiden anderen Gruppen - 93% Patienten der SIGI-Bedingung nahmen individuelle Information in Anspruch - keine Gruppenunterschiede im Hinblick auf Angst, Depressivität oder subjektive Belastung
Zachariae et al. (2003)	Ärztliches Kommunikationsverhalten und Patientenzufriedenheit, Distress und Selbstwirksamkeit	prospektiv, 2 Messzeitpunkte (MZP1: vor dem Arzt-Patient-Gespräch, MZP2: unmittelbar danach), FB: 13 Items zur Erfassung der Stimmung, Kurzform des CBI, Physician-Patient Relationship-Inventory (PPRI) (Mead & Bower, 2000; Brammer & MacDonald, 2003), Items zur Zufriedenheit (Patienten, MZP2), Arztbogen: medizinische Daten und Items zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit dem Gespräch aus ärztlicher Sicht (Ärzte, MZP2)	N=454 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Niedrigere Werte im PPRI gingen mit geringerer Fähigkeit der Ärzte, die Patientenzufriedenheit einzuschätzen, einher - Zusammenhänge zwischen höheren Werten im PPRI (2 Skalen: Aufmerksamkeit, Empathie) und geringerer emotionaler Belastung sowie höherer Patientenzufriedenheit und Selbstwirksamkeit

Fortsetzung Tabelle A2: *Arzt-Patient-Kommunikation und Zufriedenheit von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Brown et al. (1997)	Erwartungen an das Arzt-Patient-Gespräch und Zufriedenheit	prospektiv, 2 Messzeitpunkte: T0: vor dem Gespräch (selbstentwickelter FB zu Erwartungen an den Arzt (forced choice bzgl. informativer oder emotionaler Unterstützung)), T1: 1 Woche nach T0 (modifizierte Version des FB zur Erfassung des tatsächlichen ärztlichen Verhaltens, FB zur Patientenzufriedenheit nach Brown et al. (1997), Roter (1977))	N=105 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 6% der Patienten gaben an, dass sich ihr Arzt während des Gesprächs gemäß ihren Präferenzen verhalten hatte - insgesamt hohe Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch, unabhängig davon, ob die Erwartungen der Patienten erfüllt worden waren oder nicht
Davidson und Mills (2005)	Kommunikation, Zufriedenheit und Lebensqualität	retrospektiv, FB: 5-stufige Likertskalen, selbstentwickelte Fragen zu Behandlung, Patientenorientierung, Information, Unterstützung	N=341 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- jüngere Patienten waren unzufriedener mit Diagnosemitteilung, Privatheit bei Mitteilung und Zeit zwischen Test und Befund - Patienten mit Brust-, Lungen oder Darmkrebs waren am zufriedensten mit Information und Kommunikation
Geiser et al. (2006)	Diagnosemitteilung und Zufriedenheit	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zum ärztlichen Verhalten bei der Diagnosemitteilung (entsprechend vorhandener Richtlinien), HADS, EORTC QLQ-C30	N=162 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- ärztliches Verhalten bei Diagnosemitteilung entsprach weitgehend vorhandenen Richtlinien - 17% der Patienten waren mit der Art der Diagnosemitteilung unzufrieden aufgrund fehlender Privatsphäre, Defizite beim Verständnis der Informationen und geringer emotionaler Unterstützung
Jones et al. (1999)	Informationsbedürfnis und Zufriedenheit mit Information	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zu Informationsbedürfnis und Zufriedenheit, HADS	N=525 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 80% der Patienten wollten umfassende Informationen, 20% der Patienten waren mit den erhaltenen Informationen unzufrieden, ein Drittel wollte mehr Informationen - unzufriedene Patienten waren depressiver und ängstlicher
Kleeberg et al. (2005)	Zufriedenheit mit der Versorgung	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items, SF-36	N=2772 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- insgesamt hohe Zufriedenheit, verbesserungswürdig: Arzt-Patient-Kommunikation (unzureichende Information über Behandlungsoptionen), Organisation der Versorgung
Loge et al. (1997)	Diagnosemitteilung und Zufriedenheit	retrospektiv, selbstentwickelter FB	N=497 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 21% der Patienten waren mit der Art der Mitteilung unzufrieden - Prädiktoren für höhere Zufriedenheit waren Gesprächsdauer, Privatheit bei der Diagnosemitteilung, persönliches Interesse des Arztes und Verständnis der Informationen

Fortsetzung Tabelle A2: *Arzt-Patient-Kommunikation und Zufriedenheit von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Mallinger et al. (2005)	Zufriedenheit mit Informationen	retrospektiv, Skala von Bilodeau & Degner (1996), Items zur Patientenorientierung, PCAS, SF-36	N=182 Brustkrebspatientinnen	- hohe Zufriedenheit bzgl. Informationen über Behandlung, geringere Zufriedenheit bzgl. Informationen zu langfristigen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung
Ptacek und Ptacek (2001)	Arzt-Patient-Interaktion bei Mitteilung schlechter Nachrichten	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zu ärztlichem Verhalten, Patientenzufriedenheit und Belastungen	N=120 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- hohe Zufriedenheit mit richtlinienorientiertem ärztlichen Verhalten - Prädiktoren für Zufriedenheit waren Settingaspekte, in denen die Nachricht überbracht wurde (z.B. persönliche Mitteilung, Ungestörtheit)

Anmerkungen: FB Fragebogen, MIPS Medical Interaction Process System (Ford, Hall, Ratcliffe und Fallowfield, 2000), STAI-S State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch und Lushene, 1970), HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), IES Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner und Alvarez, 1979), CIPS II Cancer Inventory of Problem Situations (Heinrich, Schag und Ganz, 1984; Schag, Heinrich, Aadland und Ganz, 1990), CBI Cancer Behavior Inventory (Merluzzi und Martinez Sanchez, 1997), EORTC QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (Aaronson et al., 1993), SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger und Kirchberger, 1998), PCAS Primary Care Assessment Survey (Safran et al., 1998).

Tabelle A3: *Arzt-Patient-Kommunikation und psychische Belastung von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Stanton et al. (2005)	Informationsvermittlung und psychisches Befinden	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, 3 Messzeitpunkte: Abschluss Primärbehandlung (T0), 6 Monate (T1), 12 Monate später (T2), 3 Gruppen: psychoedukative Beratung + Video (EDU), Video + Broschüre (VID), Broschüre (CTL), FB: SF-36, IES-R, CES-D, Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi und Calhoun, 1996)	N=399 (T2) - N= 558 (T0) Brustkrebspatientinnen	- die Vitalitäts-Werte der Patientinnen der VID-Bedingung verbesserten sich zu T1 gegenüber der CTL-Gruppe - zu T2 keine Gruppenunterschiede, alle Patientinnen erzielten bessere Werte als zu T0
Lorenzo et al. (2004)	Informationsvermittlung und psychisches Befinden	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, 2 Messzeitpunkte: 30 Minuten vor 1. Chemotherapies (T0), 30 Minuten vor 2. Zyklus (T1), 3 Gruppen: mündliche Information (mI), mI + Broschüre (mI+B), mI + B + Video (mi+B+V), FB: Psychological Distress Inventory (Morasso, Costantini, Baracco, Borreani und Capelli, 1996), Visuelle Analogskalen (VAS) (0-100): Lebensqualität, Angst	N=300 Patienten verschiedener Tumor-entitäten	- ein größerer Anteil der Patienten der Bedingung „mI+B+V“ gab zu T1 eine verbesserte Lebensqualität an als unter den anderen beiden Bedingungen
Liénard et al. (2006)	Effekte eines Kommunikations-trainings mit Konsolidierungsworkshop auf die psychische Belastung	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, Basistraining, dann Randomisierung in 2 Gruppen: Wartegruppe, Konsolidierungsworkshop-Gruppe, 2 Messzeitpunkte: vor Basistraining (T0), nach Workshop bzw. 5 Monate nach Basistraining (T1), jeweils Interview mit Krebspatient, Tonband-aufnahme, Auswertung: Cancer research Campaign Workshop Evaluation Manual (Booth & Maguire, 1991), FB: HADS (T0), STAI-S (T0+T1) (Patienten), Perception of Interview Questionnaire (Razavi et al., 2003) (Ärzte)	N=57 Patienten verschiedener Tumor-entitäten	- Reduktion der Angstwerte der Patienten über die Zeit; keine Wechselwirkungseffekte zwischen den Gruppen - Informationen über Behandlungsmöglichkeiten führten zu T1 gruppensübergreifend zu geringerer Angst bei den Patienten
Engel et al. (2003)	Prädiktoren der Lebensqualität	prospektiv, 6 Messzeitpunkte; T0: 6 Monate nach Diagnose, dann im jährlichen Rhythmus, FB, EORTC QLQ-C30, Zufriedenheitsitems (nur T0), Items zu sieben Kommunikationsthemen (Krankheit, Untersuchungen, Behandlung, Genesung, Diagnose, Prognose, Nebenwirkungen)	N=257 (T5)-990 (T0) Brustkrebspatientinnen	- neben körperlichen Einschränkungen war ein unklares ärztliches Kommunikationsverhalten zu jedem Messzeitpunkt ein Prädiktor für eine schlechtere Lebensqualität der Patientinnen
Kerr et al. (2003a)	Arzt-Patient-Kommunikation und Lebensqualität	prospektiv, 6 Messzeitpunkte; T0: 6 Monate nach Diagnose, dann im jährlichen Rhythmus, FB, EORTC QLQ-C30, Zufriedenheitsitems (nur T0), Items zu sieben Kommunikationsthemen (Krankheit, Untersuchungen, Behandlung, Genesung, Diagnose, Prognose, Nebenwirkungen)	N=257 (T5) – N=990 (T0) Brustkrebspatientinnen	- mehr als die Hälfte der Patientinnen beurteilten die erhaltenen Informationen als unzureichend, eine schlechtere Lebensqualität älterer Patientinnen korrelierte mit Unzufriedenheit mit Kommunikation - Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Lebensqualität wurden im Zeitverlauf schwächer, blieben aber signifikant

Fortsetzung Tabelle A3: *Arzt-Patient-Kommunikation und psychische Belastung von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Kerr et al. (2003b)	Langfristige Effekte der Arzt-Patient-Beziehung auf die Lebensqualität	prospektiv, 4 Messzeitpunkte; T0: 6 Monate nach Diagnose, dann im jährlichen Rhythmus, medizinische Daten, FB: selbstentwickelte Kommunikationsfragen, EORTC QLQ-C30	N=93 (T4) – 193 (T0) Darmkrebspatienten	- Patienten, die sich unklar informiert fühlten, wiesen eine schlechtere Lebensqualität auf (emotionale, soziale Rollenfunktion, Schlafstörungen, persistierend über drei Jahre)
Zachariae et al. (2003)	Ärztliches Kommunikationsverhalten und Distress, Patientenzufriedenheit, Selbstwirksamkeit	prospektiv, 2 Messzeitpunkte (T0: vor dem Arzt-Patient-Gespräch, T1: unmittelbar danach), FB: 13 Items zur Stimmung, Kurzform des CBI, 4 Items zur Erfassung von wahrgenommener Kontrolle über die Erkrankung (Patienten, T0+T1), Physician-Patient Relationship-Inventory (PPRI) (Pedersen et al., 2001; Zachariae et al., 2001), Items zur Zufriedenheit (Patienten, T1), Arztbogen: medizinische Daten und Items zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit dem Gespräch aus ärztlicher Sicht (Ärzte, T1)	N=454 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- Zusammenhänge zwischen höheren Werten im PPRI (2 Skalen: Aufmerksamkeit, Empathie) und geringerer emotionaler Belastung sowie höherer Patientenzufriedenheit und Selbstwirksamkeit - Zusammenhänge zwischen niedrigeren Werten im PPRI und geringerer Fähigkeit der Ärzte, die Patientenzufriedenheit einzuschätzen
Ong et al. (2000)	Arzt-Patient-Kommunikation und Patientenorientierung, Lebensqualität und Zufriedenheit	prospektiv, 3 Messzeitpunkte, T0: vor Arztbesuch (Besprechung der Behandlungsoptionen), T1: 1 Woche später, T2: 3 Monate später; Instrumente: Tonbandaufnahme, Auswertung nach RIAS, Items zur affektiven Qualität, FB: RSCL, PSQ	N=96 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten wurde am besten durch die affektive Qualität des Gesprächs vorhergesagt - höhere Zufriedenheit bei positivem ärztlichem Sozialverhalten, angemessener Gesprächsführung, Informationsvermittlung - positiver Zusammenhang zwischen ärztlichem Interesse, Freundlichkeit und Patientenzufriedenheit
Lerman et al. (1993)	Arzt-Patient-Interaktion und psychische Konsequenzen von Kommunikationsproblemen	prospektiv, 2 Messzeitpunkte, T0: nach OP, T1: 3 Monate später, FB: MAC (Subscale fighting spirit), Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973), MBSS (Informationsbedürfnis), POMS, CARES	N=97 Brustkrebspatientinnen	- 84% der Patientinnen berichteten Kommunikationsprobleme mit medizinischen Behandlern - positiver Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und Angst, Depressivität, Ärger, Verwirrung zu T1 - belastete und hilflosere Patientinnen berichteten mehr Kommunikationsprobleme
Schofield et al. (2003)	Diagnosemitteilung und psychische Reaktion	prospektiv, 3 Messzeitpunkte: 4 Monate nach Diagnosemitteilung (T0), 4 Monate (T1) und 13 Monate später (T2), Instrumente: selbstentwickelter FB zu Kommunikation und Zufriedenheit (nur T0), HADS (T0-T2)	N=131 Hautkrebspatienten	- Patienten, die auf die Diagnose vorbereitet, umfassend und individuell informiert wurden und bei denen die behandelnden Ärzte bereit waren, über Gefühle zu sprechen, gaben geringere Angst, Depressivität und höhere Zufriedenheit an

Fortsetzung Tabelle A3: *Arzt-Patient-Kommunikation und psychische Belastung von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Alder & Bitzer (2003)	Behandlungserfahrungen und Krankheitsverarbeitung	retrospektiv, FB: HADS, FKV, VEV	N=126 Brustkrebspatientinnen	- positiver Zusammenhang zwischen schlechten Erfahrungen mit der Arzt-Patient-Beziehung/ Kommunikation und Angst, Depressivität und Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung
Mager & Andrykowski (2002)	Diagnosemitteilung und psychische Anpassung	retrospektiv, FB: HADS, CES, PCL-C, CDIS und ein Item zur Zufriedenheit	N=60 Brustkrebspatientinnen	- 45% der Patientinnen zeigen auffällige Angstwerte, 23% auffällige Depressivitätswerte und 10% posttraumatische Belastungssymptome - kein Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit dem ärztlichen Verhalten und psychischer Anpassung - negativer Zusammenhang zwischen ärztlichen interpersonellen Fertigkeiten und Depressivität, Angst, posttraumatischer Belastung, aber kein Zusammenhang zwischen Anpassung und ärztlichen technischen Fertigkeiten
Barnett (2002)	Mitteilung schlechter Nachrichten und Belastung	retrospektiv, FB: HADS, RSCL	N=109 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 20% der Patienten bewerteten die Mitteilung der schlechten Nachricht negativ, 22% der Patienten waren auffällig belastet - keine Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und den Bewertungen des ärztlichen Verhaltens - keine Zusammenhänge zwischen der Zeit seit Diagnosestellung und guter bzw. schlechter Bewertung
Dunn et al. (1993)	Gebrauch von Euphemismen und psychische Belastung	retrospektiv, Vergleich von 4 Gruppen (randomisierte Zuweisung): FB/Interview; Krebs/Krankheit; Name/anonym; Klinik/daheim FB: Items zur psychischen Anpassung, STAI	N=165 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- Patienten in der „Krebs“-Bedingung zeigten höhere Angstwerte, aber keine schlechtere psychische Anpassung

Anmerkungen: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998), IES-R Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979), CES Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977), HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), STAI-S State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970), EORTC QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (Aaronson et al., 1993), CBI Cancer Behavior Inventory (Merluzzi & Martinez Sanchez, 1997), RIAS Roter Interaction Analysis System (Ong et al., 1998), RSCL Rotterdam Symptom Checklist (Haes, Knippenberg und Neijt, 1990), PSQ Patient Satisfaction Questionnaire (Blanchard, Ruckdeschel, Fletcher und Blanchard, 1986), MAC Mental Adjustment to Cancer Scale (Greer & Watson, 1987), MBSS Miller Behavioral Style Scale (Miller, 1987), POMS Profile of Mood States (McNair, Lorr und Dropplemann, 1971), CARES Cancer Rehabilitation Evaluation System (Schag und Heinrich, 1989), FKV Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989), VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978), PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-IV, Civil Form (Weathers, Litz, Huska und Keane, 1994), CDIS Cancer Diagnostic Interview Scale (Roberts, Cox, Reintgen, Baile und Gibertini, 1994).

Tabelle A4: *Arzt-Patient-Kommunikation und subjektive Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Tamburini et al. (2003)	Subjektive Unterstützungsbedürfnisse während des Krankenhausaufenthaltes	retrospektiv, FB, Needs Evaluation Questionnaire (NEQ, Tamburini et al., 2000)	N=182 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- Jeweils mehr als 40% der Patienten äußerten unerfüllte Kommunikations-/Informationsbedürfnisse (z.B. bzgl. Informationen über die Diagnose und Prognose und bzgl. einer verbesserten Kommunikation mit dem behandelnden Arzt)
Whelan et al. (1997)	Körperlicher und emotionaler Gesundheitszustand, Probleme und Unterstützungsbedürfnisse	retrospektiv, FB: GHQ-12, RDRS-2, SSQ	N=134 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- die Mehrzahl der Patienten litt unter Fatigue, Zukunftsängsten, Schlafstörungen, Schmerzen - 33% der Patienten litten unter auffälligem Distress (Wert ≥ 6 GHQ) - 85% der Patienten hatten unerfüllte Informationsbedürfnisse, 41% benötigten Unterstützung im Alltag
Sanson-Fisher et al. (2000)	Unterstützungsbedürfnisse	retrospektiv, FB: SCNS-59	N=888 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- die häufigsten unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse bezogen sich auf <i>psychologische Aspekte, Gesundheitssystem und Information</i> und <i>körperliche und Alltagsaktivitäten</i> - als Prädiktoren für die jeweiligen Unterstützungsbedürfnisse wurden soziodemografische und medizinische Variablen identifiziert
Lintz et al. (2003)	Unterstützungsbedürfnisse	retrospektiv, FB: SCNS-30, SCPQ, EORTC QLQ-C30 + Modul Prostatakrebs, HADS	N=210 Prostatakrebspatienten	- Patienten gaben am häufigsten Unterstützungsbedarf in Bezug auf <i>psychologische Aspekte</i> (65%), <i>Gesundheitssystem/Informationen</i> (59%) und <i>körperliche Aspekte/Alltagsverrichtung</i> (58%) an - Patienten, die älter als 65 Jahre waren, bei denen die Krebsdiagnose weniger als ein Jahr zurücklag und solche mit fortgeschrittener Erkrankung gaben eine schlechtere Lebensqualität an
Engelman et al. (2005)	Informationsbedarf und -suche von Patienten älter als 50 Jahre	retrospektiv, FB: CCINS	N=801 Patienten, davon n=162 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- 23% der Patienten hatten Informationsbedarf entweder für sich oder für jemand anderen, von diesen gab mehr als die Hälfte unerfüllten Bedarf an - Patienten mit höherem Bedarf waren jünger, weiblich, Internetbenutzer, hatten Krebsdiagnose und berichteten über zu wenig Zeit für Arztgespräche
Aranda et al. (2005)	Unterstützungsbedürfnisse von Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs	retrospektiv, FB: EORTC QLQ-C30, SCNS-59	n=105 Brustkrebspatientinnen	- die häufigsten unerfüllten Unterstützungsbedürfnisse bezogen sich auf <i>psychologische Aspekte, Gesundheitssystem/Information</i> (jeweils 40% der Patientinnen äußerten diesbezüglich Bedarf) - keine Unterschiede im Ausmaß unerfüllter Unterstützungsbedürfnisse in Abhängigkeit von soziodemographischen oder medizinischen Parametern

Fortsetzung Tabelle A4: *Arzt-Patient-Kommunikation und subjektive Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Girgis et al. (2000)	Unterstützungsbedürfnisse von Patientinnen in der Stadt und auf dem Land	retrospektiv, FB: BR-CPNQ	n=129 (Land) bzw. n=100 (Stadt) Brustkrebspatientinnen	- sowohl ländliche als auch städtische Patientinnen hatten unerfüllten Bedarf bzgl. Gesundheitsinformationen und psychosozialer Unterstützung - nur bzgl. Alltagsverrichtungen äußerten ländliche Patientinnen höheren Unterstützungsbedarf
Voogt et al. (2005)	Informationsbedürfnisse von Patienten mit unheilbarer Krebserkrankung	retrospektiv, FB: Problems and Needs in Palliative Care (PNPC, Osse et al., 2004)	n=128 Patienten verschiedener Tumorentitäten	- bei einer insgesamt hohen Zufriedenheit mit dem Informationsstand äußerten 39% der Patienten unerfüllte Informationsbedürfnisse
Shapiro et al. (2004)	Interesse an Teilnahme an Unterstützungsangeboten	retrospektiv, FB: Einstellungen zu Depression und Behandlungspräferenzen sowie sozialer Unterstützung entnommen, MILE, HSCL-25, FACT-P	N=118 Prostatakrebspatienten	- 70% der Patienten gaben ein Interesse an Informationsangeboten an, 61% interessierten sich für einen Internetbasierten Informationsdienst - 22% der Patienten äußerten Interesse an psychosozialen Angeboten, dies korrelierte positiv mit jüngerem Alter (<65 Jahre), kürzerer Behandlungsdauer; keine Zusammenhänge mit Distress oder sozialer Unterstützung
Chantler et al. (2005)	Bedarf an psychosozialer Unterstützung im Krankheitsverlauf	qualitativ, 2 Fokus-Gruppen: „früh“ (bis 6 Monate), „spät“ (6-12 Monate nach Diagnose)	„früh“: n=14, „spät“: n=17 Brustkrebspatientinnen	- medizinische Information wurde als Kontrollgewinn und beruhigend empfunden, 13% der Patientinnen fanden Selbsthilfegruppen hilfreich - Patientinnen äußerten psychosozialen Unterstützungsbedarf

Anmerkungen: FB Fragebogen, GHQ-12 General Health Questionnaire (Goldberg und Williams, 1988), RDRS-2 Rapid Disability Rating Scale-2 (Linn und Linn, 1982), SSQ Social Support Scale (Sarason, Levine, Basham und Sarason 1983), SCNS Supportive Care Needs Survey (Bonevski et al., 2000; Sanson-Fisher et al., 2000), SCPQ Support Care Preferences Questionnaire (Steginga et al., 2001), EORTC QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (Aaronson et al., 1993), HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), CCINS Cancer Care Information Needs Survey (Bonevski et al., 2000; Sanson-Fisher et al., 2000), BR-CPNQ Breast Cancer Patients' needs questionnaire (Foot und Sanson-Fisher, 1995), MILE Michigan Interview for Life Events (Coyne, Gallo und Fechtner-Bates, 1993), HSCL-25 Hopkins Symptom Checklist (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth und Covi, 1974), FACT-P Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (Esper, Mo, Chodak, Cella und Pienta, 1997).

Tabelle A5: *Arzt-Patient-Kommunikation und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Curry et al. (2002)	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	prospektiv, randomisiert, kontrolliert, 3 Messzeitpunkte: vor Randomisierung und Arztgespräch (T0), 2 (T1), 6 Monate (T2) später, FB: CNQ-SF, EORTC QLQ-C30, BDI-SF, Zufriedenheit (nur T2), Ärzte der Interventionsgruppe erhielten Ergebnisse der Patienten-FB vor dem Gespräch, erstellten danach Behandlungsplan	N=202 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - 86% der Patienten hatten Unterstützungsbedarf, davon waren 31% bereits versorgt, 22% nahmen Angebote an, 38% lehnten ab (Gründe: nicht jetzt, zufrieden, Unterstützung von Angehörigen, nicht nötig) - am häufigsten wurde Beratung empfohlen (48%) und von 28% der Patienten in Anspruch genommen - Prädiktoren der Inanspruchnahme: Art des Unterstützungsangebotes, weibliches Geschlecht, Anbieter, Depression
Carlson et al. (2004)	Distress, Fatigue und Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten	retrospektiv, FB: Items zu Wissen und Inanspruchnahme des Psychosozialen Dienstes des Krebszentrums, Problem-Checkliste, BSI	N=2776 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - 38% der Patienten waren psychisch belastet, etwa 50% durch Fatigue - Patienten mit Lungenkrebs, Kopf- und Hals-Tumoren, Hodgkin-Lymphom und Hirntumoren waren am stärksten belastet - knapp 50% der belasteten Patienten hatten keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen - Gründe für Nicht-Inanspruchnahme: nicht nötig, fehlendes Wissen
Eakin & Strycker (2001)	Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten und Barrieren	retrospektiv, randomisierte Patientenauswahl, FB: selbstentwickelte Items zu Wissen und Inanspruchnahme, 13 vorgegebene Barrieren, ISEL, SBI-15R, SF-12 (Patienten); Items zu Überweisungspraxis, Barrieren (Ärzte)	N=368 Patienten mit Brust-, Prostata- oder Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> - 68% der Patienten wussten vom psychosozialen Dienst, 8% nutzten ihn, 90% der Prostatakrebspatienten kannten die Prostata-Selbsthilfegruppe, 5% nutzten sie, 25-50% wussten von kostenloser Telefonberatung und gemeindebasierten Angeboten, 1-7% nutzten diese - am häufigsten genannte Barriere: ausreichende Unterstützung von anderer Seite, fehlendes Wissen, fehlende Überweisung - höhere Bildung und Überweisung waren Prädiktoren für die Inanspruchnahme des psychosozialen Dienstes, höhere soziale Unterstützung und geringere Spiritualität für die Inanspruchnahme der Prostata-Selbsthilfegruppe
Edgar et al. (2000)	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nach Abschluss der Primärbehandlung	retrospektiv, FB: POMS, LOT, modified Cantril's ladder (Cantril, 1965), WCQ, selbstentwickelte Items zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	N=156 Brustkrebspatientinnen	<ul style="list-style-type: none"> - die Mehrzahl der Patientinnen informierten sich selbst aktiv über Unterstützungsmöglichkeiten, nur 25% wurden von ihrem Onkologen über psychosoziale Angebote informiert - die Einstellung des Arztes zu psychosozialer Unterstützung war für mehr als die Hälfte der Patientinnen im Hinblick auf eine Inanspruchnahme wichtig

Fortsetzung Tabelle A5: *Arzt-Patient-Kommunikation und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote von Krebspatienten*

Autor(en)	Thema	Design*	Stichprobe	Ergebnisse
Gray et al. (2000)	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	retrospektiv, experten- und fokusgruppenbasierte FB zur Inanspruchnahme und Barrieren von Unterstützungsangeboten	N=731 Brustkrebspatientinnen	<ul style="list-style-type: none"> - 31% der Patientinnen nutzten folgende Angebote: Sozialarbeit, Psychologe, Psychiater, Ernährungsberatung, Physiotherapie - 34% hätten gern mindestens ein Angebot in Anspruch genommen, hatten aber keinen Zugang - jüngere Frauen mit höherem Einkommen, die angestellt oder Studentin, privat versichert waren, chemotherapeutisch behandelt wurden, nutzten häufiger Angebote
Plass & Koch (2001)	Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten, Gründe für und gegen eine Inanspruchnahme	retrospektiv, FB: selbstentwickelte Items zur Teilnahme (Wissen über Angebote, Informationsquellen, frühere Inanspruchnahme), EORTC QLQ-C30, BSI, BL, FKV	N=132 Patienten verschiedener Tumorentitäten	<ul style="list-style-type: none"> - 41% der Patienten wussten nichts über Angebote - Inanspruchnehmer waren jünger, körperlich und emotional stärker belastet, hatten positivere Einstellung zu den Angeboten und waren besser informiert - Gründe für Inanspruchnahme: psychische Belastung, Wunsch nach Hilfe, bessere Krankheitsbewältigung - Gründe gegen Inanspruchnahme: ausreichende Unterstützung vorhanden
Bui et al. (2002)	Teilnahme an Unterstützungsprogrammen	retrospektiv, randomisierte Patientenauswahl, FB: selbstentwickelte Items zu Bedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	N=44 Patienten mit kolorektalen Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Prädiktoren für Interesse an Unterstützungsangeboten: Alter (<65 Jahre), Ermutigung zur Teilnahme durch medizinische Behandler, höhere Schulbildung, Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft, Inanspruchnahme von Komplementärmedizin - 10 von 14 interessierten Patienten nahmen kein Angebot in Anspruch wegen ausreichender sozialer Unterstützung, Entfernung, schlechtem Gesundheitszustand

Anmerkungen: FB Fragebogen, CNQ-SF Cancer Needs Questionnaire-SF (Bonevski et al., 2000), EORTC QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (Aaronson et al., 1993), BDI-SF Beck Depression Inventory – Short Form (Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh, 1961), BSI Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993), ISEL Interpersonal Evaluation List (Cohen und Hoberman, 1983), SBI-15R System of Belief Inventory (Holland et al., 1998), SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998), POMS Profile of Mood States (McNair et al., 1971), LOT Life Orientation Test (Scheier und Carver, 1985), WCQ Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984), BL Beschwerden-Liste (Zerssen und Koeller, 1975), FKV Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989).

B. Erhebungsinstrumentarium

B.1 Patienteninformation



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Medizinische Fakultät
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Dekan

**Zentrum für Psychosoziale
Medizin**
Martinistraße 52 – S35
20246 Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Ansprechpartner:

Dipl.-Psych. Claudia Lehmann
Dr. Anja Mehnert

PATIENTENINFORMATION ZUR STUDIE

Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer Krebserkrankung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) führt eine **wissenschaftliche Studie zu Erwartungen an die Arzt-Patient-Kommunikation, psychischer Belastung und Sinnfindung** bei Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung durch. Die Studie wird von der **Barbara und Michael Hell Stiftung** gefördert.

Hintergrund der Studie: Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass in der Behandlung von Krebspatienten eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine wichtige Rolle spielt. Sie bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung und kann dazu beitragen, den Patienten beim Umgang mit seiner Erkrankung zu unterstützen. Im Verlauf einer Krebserkrankung gibt es einige besonders schwierige Gesprächssituationen, in denen der Arzt dem Patienten eine schlechte Nachricht übermitteln muss wie z.B. die Diagnose selbst, Nebenwirkungen der erforderlichen Behandlungen oder eine ungünstige Prognose. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass hier eine gute ärztliche Kommunikation dabei hilft, Belastungen des Patienten zu reduzieren, während eine schlechte Kommunikation das Befinden des Patienten zusätzlich negativ beeinflusst. Wichtig für ein Arzt-Patient-Gespräch ist dabei die Übereinstimmung von ärztlichem Verhalten und den Bedürfnissen und Erwartungen des Patienten. Diese können individuell sehr verschieden und von emotionalen und psychosozialen Aspekten abhängig sein. In Deutschland gibt es darüber hinaus bislang kaum Erkenntnisse über die Wünsche von Patienten mit einer weiter fortgeschrittenen Krebserkrankung an das Arzt-Patient-Gespräch bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und zu Zusammenhängen mit psychischen Belastungen sowie Aspekten der Sinnfindung.

Zielsetzungen der Studie: Mit der Studie möchten wir herausfinden, welche Art der ärztlichen Kommunikation Krebspatienten erwarten und wie diese sich günstig auf das Befinden der Patienten auswirken kann. Durch Nutzung dieses Wissens in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung können wichtige Verbesserungen in der Versorgung erreicht werden. Erfasst werden daher Ihre Erwartungen an die ärztliche Kommunikation bei der Mitteilung schlechter Nachrichten und Ihre Erfahrungen damit sowie Ihr körperliches und psychisches Befinden. Dabei sollen auch Aspekte wie Sinnfindung und das subjektive Gefühl von Würde erfasst werden.

Darüber hinaus möchten wir von Ihnen erfahren, ob und ggf. welche psychosozialen Unterstützungsangebote Sie bislang in Anspruch genommen haben und ob Sie den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung haben.

Durchführung der Studie: Während Ihrer medizinischen Behandlung möchten wir Sie anhand eines Fragebogens, den Sie in Ruhe ausfüllen können, gezielt nach Ihren Erwartungen an das Arzt-Patient-Gespräch und nach Ihrer aktuellen Befindlichkeit befragen. Darüber hinaus füllen alle an dieser Studie beteiligten Ärztinnen und Ärzte für jede Patientin/jeden Patientin, die/der an der Studie teilnimmt, einen kurzen Bogen aus, der ausgewählte medizinische Angaben zu Ihrer Erkrankung erfasst. Um darüber hinaus zu untersuchen, ob und inwieweit sich Ihre Erwartungen an das ärztliche Gespräch im Zeitverlauf verändern, erhalten Sie drei Monate nach der ersten Befragung erneut einen Fragebogen zugesendet.

Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

Ihre **Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist freiwillig**. Die Zustimmung zur Studie kann jederzeit widerrufen werden. Eine Nichtteilnahme hat für Sie keinerlei Auswirkungen auf die aktuelle oder künftige medizinische Behandlung. Nach gesetzlichen Bestimmungen setzt die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien Ihre schriftliche **Einverständniserklärung** voraus. Beiliegend erhalten Sie das entsprechende Formular in zweifacher Ausfertigung. Bei Studienteilnahme bitten wir Sie, ein unterzeichnetes Formular bei ihrem behandelnden Arzt abzugeben. Das zweite Exemplar verbleibt bei Ihnen.

Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie dennoch, den kurzen Nichtteilnahmebogen auszufüllen. Diese Angaben sind für die Überprüfung der Repräsentativität und die Güte der Studie sehr wichtig.

Unabhängig von der Studie besteht für Sie die Möglichkeit, bei Bedarf psychosoziale Unterstützung zu erhalten.

Datenschutz: Sie können sicher sein, dass alle von Ihnen im Rahmen der Studie gemachten Angaben einschließlich des durch die beteiligten Ärzte ausgefüllten medizinischen Bogens nach Bundesdatenschutzbestimmungen vertraulich behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden. Die von Ihnen und vom jeweiligen Arzt erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form (d.h. ohne Nennung Ihres Namens und stattdessen mit einer Code-Nummer verschlüsselt) zur wissenschaftlichen Auswertung an das Institut für Medizinische Psychologie weitergeleitet. Nach Abschluss der Datenerhebung dieser Studie werden alle personenbezogenen Angaben wie Name und Adresse vernichtet, so dass eine persönliche Identifizierung Ihrer Angaben im Nachhinein ausgeschlossen ist. Alle an der Studie beteiligten Stationen und Mitarbeiter/innen verpflichten sich zur Wahrung des Daten- und Sozialgeheimnisses.

Wir möchten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit an dieser wichtigen Studie bitten, um eine möglichst große Anzahl von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Erfahrungen im Krankheitsverlauf und unterschiedlichen Belastungen einbeziehen zu können.

Bei Rückfragen steht Ihnen als Ansprechpartnerin Frau Dipl.-Psych. Claudia Lehmann unter der Telefonnummer XX gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. U. Koch

Dekan, UKE

Dr. A. Mehnert

Institut für Medizinische Psychologie

Dipl.-Psych. C. Lehmann

Institut für Medizinische Psychologie

B.2 Nichtteilnahmebogen**Nichtteilnahme**

an der wissenschaftlichen Studie

„Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer Krebserkrankung“

gefördert von der Barbara und Michael Hell Stiftung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben das Informationsblatt „Patienteninformation“ über die wissenschaftliche Studie „Erwartungen an die Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer Krebserkrankung“ erhalten. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme hat für Sie keinerlei Auswirkungen auf aktuelle oder künftige ärztliche und Nachsorge-Maßnahmen.

Wenn Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie trotzdem um einige wenige Informationen, die für die Repräsentativität, also die Aussagekraft der Gesamtergebnisse außerordentlich wichtig sind.

BITTE nur bei NICHTTEILNAHME ausfüllen:

Heutiges Datum:	Tag	Monat	Jahr	Alter: _____ Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Was ist der Grund für Ihre Nichtteilnahme?
<input type="radio"/> zuviel körperliche Belastung <input type="radio"/> zuviel psychische Belastung <input type="radio"/> kein Interesse <input type="radio"/> organisatorische Gründe <input type="radio"/> Sonstiges, nämlich _____

Aktuelle Diagnose: _____
(Art der Krebserkrankung, z.B. Brustkrebs)

Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal diagnostiziert?	Monat	Jahr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welchen höchsten Schul-/Bildungsabschluss haben Sie?
<input type="radio"/> Hauptschul- oder Volksschulabschluss <input type="radio"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Abitur oder Fachabitur <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss <input type="radio"/> kein Schulabschluss/Sonstiges

B.3 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

„Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer Krebserkrankung“

gefördert von der Barbara und Michael Hell Stiftung

Ich habe das Merkblatt „Patienteninformation“ mit der Aufklärung über Hintergrund, Zielsetzungen, Datenschutz und die Beteiligten an der wissenschaftlichen Studie zur „Arzt-Patient-Kommunikation, psychische Belastung und Sinnfindung von Patienten mit einer Krebserkrankung“ erhalten und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Einfluss auf die weitere ärztliche und Nachsorge-Behandlung widerrufen kann.

Ich bin unterrichtet, dass alle beteiligten Institutionen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Daten- und Sozialgeheimnis verpflichtet sind. Eine unbefugte Weitergabe oder Veröffentlichung meiner persönlichen Daten ist nicht zulässig.

Ich dokumentiere hiermit meine Entscheidung, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Fragebogendaten aufgezeichnet und ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch eine Code-Nummer) projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass medizinische Daten meine Erkrankung betreffend an das Institut für Medizinische Psychologie (UKE) weitergegeben und projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

**BITTE geben Sie ein unterschriebenes Exemplar der Einverständniserklärung ab!
Das andere Exemplar verbleibt zusammen mit der Patienteninformation bei Ihnen.**

B.4 Selbstbeurteilungsinstrumente

Soziodemographie

Heutiges Datum:	Tag	Monat	Jahr	Alter: _____ Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
1. Familienstand:			Leben Sie...		
<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet			<input type="radio"/> in fester Partnerschaft <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> sonstiges _____		
2. Wie viele Kinder haben Sie? _____ Anzahl					
3. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? _____ Personen					
4. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Nettoeinkommen: Die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben					
<input type="radio"/> bis unter 500 €		<input type="radio"/> 500 € bis unter 1000 €		<input type="radio"/> 2000 € bis unter 3000 €	
<input type="radio"/> 1000 € bis unter 2000 €		<input type="radio"/> 3000 € bis unter 4000 €		<input type="radio"/> 4000 € und mehr	
5. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?					
<input type="radio"/> Volksschul- oder Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="radio"/> Abitur (Hochschulreife) <input type="radio"/> anderer Schulabschluss: _____					
6. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht?					
<input type="radio"/> Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung) <input type="radio"/> Fachschule (Meister-/Technikerschule, Berufs-/Fachakademie) <input type="radio"/> Fachhochschule/Ingenieurschule <input type="radio"/> Universität/Hochschule <input type="radio"/> Andere Berufsausbildung: _____ <input type="radio"/> Keine Berufsausbildung					
7. Wie ist Ihre aktuelle Arbeitssituation?					
<input type="radio"/> erwerbstätig; Vollzeit <input type="radio"/> erwerbstätig; Teilzeit <input type="radio"/> arbeitsunfähig (krankgeschrieben) seit wann?					
				Monat	Jahr
<input type="radio"/> berentet seit wann?				Monat	Jahr
<input type="radio"/> Hausfrau/ Hausmann <input type="radio"/> Sonstiges: _____					
8. Welche berufliche Position nehmen Sie aktuell/nahmen Sie zuletzt ein?					
<input type="radio"/> Arbeiter(in)		<input type="radio"/> Selbständige(r)		<input type="radio"/> anderer Beruf: _____	
<input type="radio"/> Angestellte(r)					
<input type="radio"/> Beamtin/Beamter					
9. Falls Sie berentet sind: Ist dies aufgrund Ihrer Krebserkrankung der Fall?					
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					

Angaben zur Krebserkrankung

Aktuelle Diagnose: _____
(Art der Krebserkrankung, z.B. Brustkrebs)

Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal diagnostiziert?

Monat		Jahr	

1. Gab es seit der ersten Krebsdiagnose erneute Diagnosen / Komplikationen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- Nein
- Ja, nämlich
- Wiederauftreten des Tumors wie bei der Ersterkrankung (lokales Rezidiv)
 - Auftreten eines neuen Tumors
 - Metastasen
 - Sonstiges, nämlich _____

2. Leiden Sie neben der Krebserkrankung unter weiteren Krankheiten, z.B. Bluthochdruck oder Diabetes?

- Nein
- Ja, unter _____
- _____
- _____

3. Welche Behandlungen haben Sie im Verlauf Ihrer Krebserkrankung erhalten? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- Operation
- Strahlentherapie
- Andere Therapien (Antikörper, Interferon...): _____
- Chemotherapie
- Antihormonelle Therapie

4. Aus welchem Anlass sind Sie derzeit im UKE?

- Diagnostik
- Nachsorge
- Operation
- Strahlentherapie
- Chemotherapie
- anderer Anlass _____

5. Wer hat Sie ins UKE überwiesen?

- Hausarzt
- Onkologe
- Gynäkologe
- Krankenhaus → welches Krankenhaus?: _____
- Internist
- Radiologe
- anderer Arzt: _____

6. Aus welchen Gründen haben Sie sich für eine Behandlung im UKE entschieden? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- aufgrund der ärztlichen Überweisung
- Empfehlung des Arztes
- Empfehlung von Angehörigen
- Empfehlung von Freunden/Bekannten
- aufgrund von Informationen aus dem Internet
- Andere Gründe: _____

7. Werden Sie zurzeit mit einer oder mehreren der folgenden Therapien behandelt? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- nein
- Strahlentherapie
- Andere Therapien (Antikörper, Interferon...): _____
- Chemotherapie
- Antihormonelle Therapie

Mitteilung einer schlechten Nachricht

Die Mitteilung der Diagnose „Krebs“ stellt für jeden Menschen eine schlechte Nachricht dar. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Informationen, wie z.B. über die Behandlungsmöglichkeiten oder die Prognose, die von den Betroffenen unterschiedlich bewertet werden. Wir möchten daher erfahren, wie viele schlechte Nachrichten Sie während Ihrer Krebserkrankung und den erforderlichen Behandlungen erhalten haben und um welcher Art diese Nachrichten waren.

1. Haben Sie im Verlauf Ihrer Krebserkrankung mehrere schlechte Nachrichten erhalten?

- nein, nur die Diagnosemitteilung selbst ja, wie viele: _____ (Anzahl)

2. Welchen Inhalt hatten diese schlechte Nachrichten?

- Diagnose Bestrahlung berufliche Folgen
 Rezidiv Chemotherapie familiäre/soziale Folgen
 Prognose Hormonbehandlung körperliche Folgen
 Metastasierung Nebenwirkungen der Behandlungen andere Nachricht: _____

3. Wenn Sie an alle schlechten Nachrichten denken, die Sie erhalten haben:

Welche war für Sie persönlich die schlimmste Nachricht?

- Diagnose Bestrahlung berufliche Folgen
 Rezidiv Chemotherapie familiäre/soziale Folgen
 Prognose Hormonbehandlung körperliche Folgen
 Metastasierung Nebenwirkungen der Behandlungen andere Nachricht: _____

Was war für Sie an dieser Nachricht das Schlimmste?

4. Wann wurde Ihnen diese Nachricht mitgeteilt?

Monat		Jahr	

Wer hat Ihnen diese Nachricht mitgeteilt?

- Arzt, welcher? _____ (z.B. Gynäkologe, Hausarzt)
 Ärztin, welche? _____ (z.B. Gynäkologin, Hausärztin)
 Krankenschwester Arzthelfer/in
 Krankenpfleger andere Person: _____

Falls Ihnen die Nachricht von einem Arzt/einer Ärztin mitgeteilt wurde:

Sind Sie bei diesem/dieser noch in Behandlung?

- ja nein, weil: _____

Wo wurde Ihnen diese Nachricht mitgeteilt?

- in einer Arztpraxis im Wartezimmer
 im Krankenhaus telefonisch
 im Sprechzimmer anderer Ort: _____
 im Behandlungsraum

Wer war bei der Mitteilung dieser Nachricht noch anwesend?

- niemand Krankenschwester/-pfleger, Arzthelferin
 Partner/Partnerin andere Patienten
 Familienangehörige(r): _____ andere Personen: _____
 Freunde/Bekannte

MPP-D

Wir möchten gern verstehen, auf welche Weise Ärzte ihren Patienten am besten eine schlechte Nachricht, z.B. die Diagnose Krebs, mitteilen sollten. Wir möchten deshalb wissen, was für Sie bei der Mitteilung schlechter Nachrichten wichtig ist. Dies kann mit Ihrer tatsächlichen Erfahrung übereinstimmen oder auch nicht. Bitte kreuzen Sie zunächst auf der Skala unten links an, für wie wichtig Sie die einzelnen Aspekte bei der Mitteilung einer schlechten Nachricht halten. Denken Sie dann bitte an die für Sie schlimmste Nachricht (s.o.).

	diesen Aspekt halte ich für...				
	überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	sehr wichtig	unerlässlich, jeder Arzt sollte dies tun
1. Eine schlechte Nachricht sollte mir eher in einem persönlichen Gespräch anstatt telefonisch mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eine schlechte Nachricht sollte mir durch einen Arzt mitgeteilt werden, der mich gut kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eine schlechte Nachricht sollte mir in einer vertraulichen, ruhigen Atmosphäre mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Der Arzt sollte genügend Zeit eingeplant haben, so dass er während unseres Gesprächs nicht unterbrochen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Der Arzt sollte mir seine volle Aufmerksamkeit widmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Der Arzt sollte während des Gesprächs Blickkontakt zu mir halten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Der Arzt sollte meine Hand halten oder meinen Arm berühren, während er mir die Nachrichten mitteilt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eine schlechte Nachricht sollte mir so schnell wie möglich mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Der Arzt sollte warten, bis alle Testergebnisse vorliegen und er sich sicher über den Befund ist, bevor er ihn mir mitteilt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Der Arzt sollte mich auf direkte Art und Weise aufklären, anstatt „um den heißen Brei herumzureden“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mein Arzt sollte mich darauf vorbereiten, dass er mir eine schlechte Nachricht mitzuteilen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mein Arzt sollte mich in klaren, einfachen Worten informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Der Arzt sollte mich fragen, wie viel ich über die Behandlungsmöglichkeiten wissen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Der Arzt sollte mich fragen, wie viel ich über meine Erkrankung wissen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Der Arzt sollte mich detailliert über die medizinischen Testergebnisse informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Mein Arzt sollte mich über die beste Behandlungsmöglichkeit informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mein Arzt sollte mir alle für mich in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten ausführlich erläutern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung MPP-D:		diesen Aspekt halte ich für...				
		überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	sehr wichtig	unerlässlich, jeder Arzt sollte dies tun
18.	Mein Arzt sollte mich über alle verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Mein Arzt sollte mich über neue experimentelle Therapien informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Mein Arzt sollte mir die Prognose mitteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Mein Arzt sollte mir so viele Informationen wie möglich über meine Erkrankung geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Der Arzt sollte mir gegenüber ehrlich über die Ernsthaftigkeit meines Zustands sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Mein Arzt sollte mich darüber informieren, auf welche Art und Weise die Erkrankung meinen Alltag beeinträchtigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ich sollte in die fachlichen Kompetenzen und Fähigkeiten meines Arztes Vertrauen haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Mein Arzt sollte über die Forschung bezüglich meiner Erkrankung auf dem neusten Stand sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Mein Arzt sollte sich die Zeit nehmen, all meine Fragen vollständig zu beantworten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Der Arzt sollte innehalten, um sich zu erkundigen, ob ich Fragen zu seinen Ausführungen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Ich möchte genügend Zeit haben, um all meine Fragen über meine Erkrankung und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten stellen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Mein Arzt sollte mich über Unterstützungsangebote, die mir zur Verfügung stehen, informieren (z.B. Sozialarbeit, Psychologie).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Mein Arzt sollte mich über gemeindebasierte Unterstützungsangebote informieren (z.B. Selbsthilfegruppen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Mein Arzt sollte mit mir einen weiteren Termin in ein oder zwei Tagen vereinbaren, um mit mir die Behandlungsplanung zu besprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Der Arzt sollte mir mitteilen, wie ich ihn erreichen kann, um zwischenzeitlich auftretende Fragen und Sorgen vor dem nächsten Termin besprechen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Der Arzt sollte mir durch sein Verhalten seine Sorge um mich zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Der Arzt sollte mir das Gefühl geben, dass ich ihm alle Fragen stellen kann, die ich auf dem Herzen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Der Arzt sollte mich trösten, wenn ich emotional reagiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Der Arzt sollte mir sagen, dass es in Ordnung ist, wenn ich traurig, wütend oder ängstlich reagiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung MPP-D:	diesen Aspekt halte ich für...				
	überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	sehr wichtig	unerlässlich, jeder Arzt sollte dies tun
37. Der Arzt sollte mich ermutigen, über meine Gefühle bezüglich der schlechten Nachricht zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Mein Arzt sollte mir wirklich zuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Der Arzt sollte mir Hoffnung über meinen Zustand geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Mein Arzt sollte mir sagen, dass er alles in seiner Macht stehende tun wird, um meine Erkrankung zu heilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Der Arzt soll mir das Gefühl geben, dass es in Ordnung ist, wenn ich emotional auf die Nachricht reagiere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Ein weiterer Mitarbeiter des Behandlungsteams (z.B. eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger) sollte anwesend sein, um mir Unterstützung und weitere Informationen anzubieten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Der Arzt sollte meine Familie über meine <u>Diagnose</u> informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Der Arzt sollte meine Familie über meine <u>Prognose</u> informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Mein Arzt sollte mir helfen herauszufinden, wie ich meiner Familie oder Freunden die Erkrankung mitteilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Der Arzt sollte mir eine schriftliche Zusammenfassung aller Informationen geben, die ich mit nach Hause nehmen und lesen kann und die mir hilft, mich an die Details unseres Gesprächs zu erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Verhalten Ihres Arztes bei der Mitteilung der für Sie schlimmsten Nachricht?

1
sehr unzufrieden

2

3

4

5

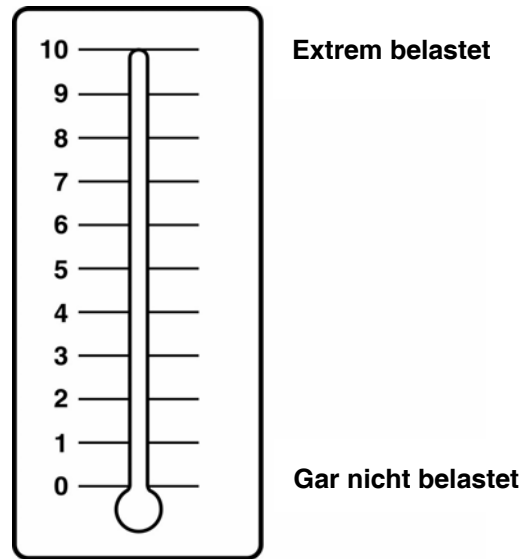
6

7

sehr zufrieden

NCCN Distress-Thermometer

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



HADS-D

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
<input type="radio"/> meistens <input type="radio"/> oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> fast immer <input type="radio"/> sehr oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
<input type="radio"/> ganz genau so <input type="radio"/> nicht ganz so sehr <input type="radio"/> nur noch ein wenig <input type="radio"/> kaum oder gar nicht	<input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> sehr oft
Mich überkommt die ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
<input type="radio"/> ja, sehr stark <input type="radio"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="radio"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ja, stimmt genau <input type="radio"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="radio"/> möglicherweise kümmere ich mich zuwenig darum <input type="radio"/> ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
<input type="radio"/> ja, so viel wie immer <input type="radio"/> nicht mehr ganz so viel <input type="radio"/> inzwischen viel weniger <input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr <input type="radio"/> ziemlich <input type="radio"/> nicht sehr <input type="radio"/> überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	Ich blicke mit Freude in die Zukunft
<input type="radio"/> einen Großteil der Zeit <input type="radio"/> verhältnismäßig oft <input type="radio"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="radio"/> nur gelegentlich/nie	<input type="radio"/> ja, sehr <input type="radio"/> eher weniger als früher <input type="radio"/> viel weniger als früher <input type="radio"/> kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
<input type="radio"/> überhaupt nicht <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="radio"/> ziemlich oft <input type="radio"/> nicht sehr oft <input type="radio"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen
<input type="radio"/> ja, natürlich <input type="radio"/> gewöhnlich schon <input type="radio"/> nicht oft <input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> oft <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> eher selten <input type="radio"/> sehr selten

Fragen zum Unterstützungsbedarf (SCNS-SF-34-D)

Um die Versorgung von Krebspatienten zu verbessern, möchten wir erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie Unterstützung bei verschiedenen Aspekten ihrer Krebserkrankung benötigen bzw. bereits erhalten haben. Bitte geben Sie dazu für jeden der unten aufgeführten Aspekte an, ob Sie während des letzten Monats Unterstützung benötigten, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten Ihr Bedürfnis an Unterstützung beschreibt.

Während des <i>letzten Monats</i> : Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf...	kein Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
	habe hier kein Problem	werde bereits unterstützt	gering	mittel	hoch
1. Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Müdigkeit und Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Arbeit im Haushalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erledigung von Alltagsangelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Niedergeschlagenheit oder Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ängste vor dem Wiederauftreten/Fortschreiten der Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ungewissheit über die Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Erhaltung einer positiven Sichtweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gedanken über Tod und Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Veränderungen in der Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Veränderungen in der Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Freiheit bei der Wahl des behandelnden Arztes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Verständnis und Wertschätzung der medizinischen Behandler (z.B. Ärzte, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Behandlung körperlicher Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Erklärungen von Untersuchungsergebnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. schnellstmögliche Information über Testergebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. schnellstmögliche Information über Tumorfreiheit bzw. Kontrolle der Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psychologe, Sozialarbeiter) für Sie oder Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Erhalt von Informationen über Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein Fall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B.5 Fremdbeurteilungsinstrumente

Medizinische Daten

Aktueller Krankheitsstatus		Krankheitsverlauf	
<input type="radio"/> Ersterkrankung <input type="radio"/> Zweittumor		<input type="radio"/> Remission (Voll- und Teilremission) <input type="radio"/> Rezidiv oder Progress <input type="radio"/> Metastasierung <input type="radio"/> nicht beurteilbar	
Tumordiagnose _____		ICD-10: _____	
Zeitpunkt der aktuellen Diagnose:	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> nicht bekannt	
Zeitpunkt der Erstdiagnose:	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> nicht bekannt	
TNM-Schlüssel:	<input type="radio"/> pathologisch T: <input type="text"/> N: <input type="text"/> M: <input type="text"/> <input type="radio"/> klinisch		
Sonstige Stadien:	_____		
Weitere relevante Diagnosen			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, folgende:	_____ ICD-10: _____		
	_____ ICD-10: _____		
	_____ ICD-10: _____		
	_____ ICD-10: _____		
Art der Primärtherapie			
<input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Strahlentherapie <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Antihormonelle Therapie <input type="radio"/> Andere Therapien (Antikörper, Interferon...): _____			
Anlass des Krankenhausaufenthaltes			
<input type="radio"/> Diagnostik <input type="radio"/> Nachsorge <input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Strahlentherapie <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> anderer Anlass: _____			
Derzeit laufende Therapie			
<input type="radio"/> keine noch laufende Therapie <input type="radio"/> Strahlentherapie <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Antihormonelle Therapie <input type="radio"/> Andere Therapien (Antikörper, Interferon...): _____			

C. Hauptkomponentenanalyse des MPP-D

Die sehr gute Eignung der vorliegenden Daten für die Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis, PCA) zeigt der Kaiser-Meyer-Olkin-(KMO-)Koeffizient mit einem Wert von .91 (vgl. Bühner, 2004). Aufgrund der uneinheitlichen Ergebnislage der Faktorenextraktionen in den vorliegenden internationalen Studien (USA/Kanada: Parker et al., 2001; Davison et al., 2004: 3 Faktoren: *Content, Support, Facilitation*; Japan: Fujimori et al., 2007: 5 Faktoren: *Support, Facilitation, Medical Information, Clear Explanation, Encouraging Question-asking*; China: Chiu et al., 2006: 2 Faktoren: *Content/Facilitation of the communication, Emotional support*) wurden die Faktoren in der vorliegenden Untersuchung unter Nutzung folgender Methoden bestimmt: Kaiser-Guttman-Kriterium (Auswahl der Faktoren mit Eigenwerten größer als 1), Scree-Test nach Cattell (anhand der graphischen Darstellung wird ein bedeutsamer Eigenwertabfall identifiziert und die Faktoren vor diesem „Knick“ werden mitgezählt (Bortz, 1993)), Parallelanalyse (Vorgehen im Einzelnen siehe O'Conner, 2000) und Velicers (1976) Minimum Average Partial (MAP)-Test (Vorgehen im Einzelnen siehe O'Conner, 2000). Die Ergebnisse dieser Verfahren sind in Tabelle C1 dargestellt.

Tabelle C1: Anzahl extrahierter Faktoren in Folge verschiedener Verfahren

Extraktionsmethoden	Anzahl extrahierter Faktoren
Kaiser-Guttman-Kriterium (Faktoren mit Eigenwerten >1)	9
Scree-Test nach Cattell	2
Parallelanalyse	2
MAP-Test	9

Die eingesetzten Extraktionsverfahren legen demnach entweder eine zwei- oder eine neunfaktorielle Faktorenstruktur nahe. Nach Meinung einiger Autoren (z.B. Fabrigar et al., 1999) ist grundsätzlich eine Überfaktorisierung vorzuziehen. Neben mathematischen Resultaten ist bei der Faktorenbestimmung jedoch auch die inhaltliche Plausibilität relevant. Darüber hinaus ist bei der Zuordnung der Items zu den jeweiligen Faktoren zu berücksichtigen, dass Items mit einer Kommunalität von <.50 aufgrund der geringen Varianzaufklärung auszuschließen sind (Bühner, 2004). Zunächst wurde die zweifaktorielle Lösung überprüft. Hier klärten die Faktoren 44.58% der Gesamtvarianz auf, wobei bei 30 der 46 Items Kommunalitäten <.50 vorliegen, die daher ausgeschlossen wurden. 10 der übrigen 16 Items wiesen weiterhin vergleichbar hohe Ladungen auf beiden Faktoren auf und

waren auch inhaltlich schwer interpretierbar, sodass die Entscheidung zugunsten der neunfaktoriellen Lösung getroffen wurde.

Bei der Itemzuordnung zu den neun Komponenten zeigte sich, dass nur das Item 42 aufgrund der Kommunalität von $h^2=.41$ auszuschließen war. Die aus den verbleibenden 45 Items extrahierten Faktoren klärten 67.68% der Gesamtvarianz auf. Tabelle C2 ist zu entnehmen, dass insgesamt 26 Items auf mehreren Faktoren hohe Ladungen aufweisen. Die Entscheidung über die Zuordnung dieser Items zu den jeweiligen Faktoren erfolgte anhand inhaltlicher Überlegungen, sodass schließlich zwölf Items dem ersten Faktor, 9 Items dem zweiten Faktor, jeweils sechs Items den Faktoren III und IV, drei Items den Faktoren V, VII und VIII und je zwei Items den Faktoren VI und IX zugeordnet wurden. Die Items des Faktors I beziehen sich auf die ärztliche Expertise und der Bereitschaft des Arztes, den Patienten als gleichberechtigten Partner im Behandlungsprozess zu betrachten und ihn durch die ausführliche Beantwortung von Fragen in die Rolle eines Experten mit Handlungs- und Entscheidungskompetenz zu versetzen. Dieser Faktor erhält daher die Bezeichnung *Fachkompetenz/Patientenorientierung*. Faktor II *Emotionale Unterstützung* lassen sich Items zuordnen, die ärztliche Verhaltensweisen erfassen, durch die die Gefühle des Patienten berücksichtigt werden. Die Items des Faktors III *Umfassende Aufklärung* beinhalten Angaben zur ausführlichen Aufklärung und Informationsvermittlung im Hinblick auf die Erkrankung und Behandlungsoptionen. Auf dem vierten Faktor laden Items am höchsten, die sich auf die Klarheit und Eindeutigkeit der Informationen bei der Mitteilung der schlechten Nachricht und die direkte Ansprache des Patienten beziehen. Dieser Faktor erhält daher die Bezeichnung *Eindeutigkeit/Direktheit*. Faktor V beinhaltet Aspekte, die die Unterstützung durch den Arzt bei der Information der Angehörigen des Patienten betreffen und wird daher als *Einbezug der Familie* bezeichnet. Die beiden Items des Faktor VI *Information über psychosoziale Unterstützungsangebote* beinhalten entsprechende Verhaltensweisen. Faktor VII *Nachhaltigkeit* umfasst Items, die sich auf Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der vermittelten Informationen im Gespräch beziehen. Die Items mit den höchsten Ladungen auf Faktor VIII *Privatsphäre/Vertrautheit* betreffen die ungestörte Atmosphäre und die Vertrautheit mit dem mitteilenden Arzt. Die beiden Items des Faktors IX *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* beziehen sich auf die Erfassung des subjektiven patientenseitigen Informationsbedarfs durch den Arzt (vgl. Tabelle C2).

Tabelle C2: Ladungen und Kommunalitäten der Items des MPP-D auf den 9 extrahierten Komponenten

Nr.	Item	h ²	r _{i(t-i)}	Komponente										
				I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX		
26.	Mein Arzt sollte sich die Zeit nehmen, all meine Fragen vollständig zu beantworten.	.82	.80	.82										
24.	Ich sollte in die fachlichen Kompetenzen und Fähigkeiten meines Arztes Vertrauen haben.	.73	.66	.80										
25.	Mein Arzt sollte über die Forschung bezüglich meiner Erkrankung auf dem neusten Stand sein.	.66	.63	.70										
38.	Mein Arzt sollte mir wirklich zuhören.	.73	.58	.68										
28.	Ich möchte genügend Zeit haben, um all meine Fragen über meine Erkrankung und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten stellen zu können.	.73	.75	.66										
27.	Der Arzt sollte innehalten, um sich zu erkundigen, ob ich Fragen zu seinen Ausführungen habe.	.73	.77	.64										
34.	Der Arzt sollte mir das Gefühl geben, dass ich ihm alle Fragen stellen kann, die ich auf dem Herzen habe.	.68	.66	.58	.49									
5.	Der Arzt sollte mir seine volle Aufmerksamkeit widmen.	.79	.72	.55				.53						
22.	Der Arzt sollte mir gegenüber ehrlich über die Ernsthaftigkeit meines Zustands sprechen.	.65	.68	.54			.37					.31		
23.	Mein Arzt sollte mich darüber informieren, auf welche Art und Weise die Erkrankung meinen Alltag beeinträchtigen kann.	.59	.63	.49			.35						.34	
16.	Mein Arzt sollte mich über die beste Behandlungsmöglichkeit informieren.	.64	.62	.44			.43	.46						
31.	Mein Arzt sollte mit mir einen weiteren Termin in ein oder zwei Tagen vereinbaren, um mit mir die Behandlungsplanung zu besprechen.	.64	.58	.40						.47		.35		
35.	Der Arzt sollte mich trösten, wenn ich emotional reagiere.	.71	.73					.81						
41.	Der Arzt soll mir das Gefühl geben, dass es in Ordnung ist, wenn ich emotional auf die Nachricht reagiere.	.78	.82					.80						
36.	Der Arzt sollte mir sagen, dass es in Ordnung ist, wenn ich traurig, wütend oder ängstlich reagiere.	.73	.74					.76						
37.	Der Arzt sollte mich ermutigen, über meine Gefühle bezüglich der schlechten Nachricht zu sprechen	.72	.74					.72						

Fortsetzung Tabelle C2: *Ladungen und Kommunalitäten der Items des MPP-D auf den 9 extrahierten Komponenten*

Nr.	Item	h ²	r _{i(t-i)}	Komponente										
				I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX		
39.	Der Arzt sollte mir Hoffnung über meinen Zustand geben.	.71	.68		.71									
40.	Mein Arzt sollte mir sagen, dass er alles in seiner Macht stehende tun wird, um meine Erkrankung zu heilen.	.70	.64		.65									
33.	Der Arzt sollte mir durch sein Verhalten seine Sorge um mich zeigen.	.63	.62		.62									
7.	Der Arzt sollte meine Hand halten oder meinen Arm berühren, während er mir die Nachrichten mitteilt.	.57	.48		.58									
11.	Mein Arzt sollte mich darauf vorbereiten, dass er mir eine schlechte Nachricht mitzuteilen hat.	.50	.53		.48									
18.	Mein Arzt sollte mich über alle verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informieren.	.71	.65				.77							
19.	Mein Arzt sollte mich über neue experimentelle Therapien informieren.	.64	.61				.70							
17.	Mein Arzt sollte mir alle für mich in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten ausführlich erläutern.	.70	.72				.69							
15.	Der Arzt sollte mich detailliert über die medizinischen Testergebnisse informieren.	.63	.59				.62							
21.	Mein Arzt sollte mir so viele Informationen wie möglich über meine Erkrankung geben.	.67	.66	.34			.55					.35		
20.	Mein Arzt sollte mir die Prognose mitteilen.	.66	.60	.32			.47					.50		
10.	Der Arzt sollte mich auf direkte Art und Weise aufklären, anstatt „um den heißen Brei herumzureden“.	.76	.70					.72						
8.	Eine schlechte Nachricht sollte mir so schnell wie möglich mitgeteilt werden.	.55	.54					.62						
6.	Der Arzt sollte während des Gesprächs Blickkontakt zu mir halten.	.67	.63					.58					.35	
9.	Der Arzt sollte warten, bis alle Testergebnisse vorliegen und er sich sicher über den Befund ist, bevor er ihn mir mitteilt.	.55	.55					.54						
12.	Mein Arzt sollte mich in klaren, einfachen Worten informieren.	.65	.70					.53						
4.	Der Arzt sollte genügend Zeit eingeplant haben, so dass er während unseres Gesprächs nicht unterbrochen wird.	.73	.67	.33				.49					.35	.40

Fortsetzung Tabelle C2: *Ladungen und Kommunalitäten der Items des MPP-D auf den 9 extrahierten Komponenten*

Nr.	Item	h ²	r _{i(t-i)}	Komponente											
				I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX			
43.	Der Arzt sollte meine Familie über meine <i>Diagnose</i> informieren.	.92	.87					.92							
44.	Der Arzt sollte meine Familie über meine <i>Prognose</i> informieren.	.92	.87					.93							
45.	Mein Arzt sollte mir helfen herauszufinden, wie ich meiner Familie oder Freunden die Erkrankung mitteilen kann.	.58	.53					.61							
30.	Mein Arzt sollte mich über gemeindebasierte Unterstützungsangebote informieren (z.B. Selbsthilfegruppen).	.77	.69							.76					
29.	Mein Arzt sollte mich über Unterstützungsangebote, die mir zur Verfügung stehen, informieren (z.B. Sozialarbeit, Psychologie).	.80	.69							.72					
46.	Der Arzt sollte mir eine schriftliche Zusammenfassung aller Informationen geben, die ich mit nach Hause nehmen und lesen kann und die mir hilft, mich an die Details unseres Gesprächs zu erinnern.	.64	.39								.66				
32.	Der Arzt sollte mir mitteilen, wie ich ihn erreichen kann, um zwischenzeitlich auftretende Fragen und Sorgen vor dem nächsten Termin besprechen zu können.	.59	.39				.34			.36	.42				
3.	Eine schlechte Nachricht sollte mir in einer vertraulichen, ruhigen Atmosphäre mitgeteilt werden.	.73	.52										.67		
2.	Eine schlechte Nachricht sollte mir durch einen Arzt mitgeteilt werden, der mich gut kennt.	.56	.35										.66		
1.	Eine schlechte Nachricht sollte mir eher in einem persönlichen Gespräch anstatt telefonisch mitgeteilt werden.	.58	.35										.53		
14.	Der Arzt sollte mich fragen, wie viel ich über meine Erkrankung wissen möchte.	.71	.71				.39							.60	
13.	Der Arzt sollte mich fragen, wie viel ich über die Behandlungsmöglichkeiten wissen möchte.	.66	.71	.34		.34								.50	
Eigenwerte der rotierten Faktoren							6.18	5.67	4.23	3.58	2.62	2.57	2.17	2.10	1.69
durch Faktoren aufgeklärter Varianzanteil							13.73	12.60	9.41	7.95	5.83	5.70	4.82	4.68	3.76

Anmerkungen: h² Kommunalität, r_{i(t-i)} korrigierte Trennschärfe

Weiterhin wurde aufgrund der in der neunfaktoriellen Lösung gefundenen hohen Nebenladungen einzelner Items auch eine Hauptkomponentenanalyse mit obliquen Rotation (Promax) durchgeführt. Die Resultate entsprechen der Lösung der orthogonalen Rotation, so dass auf eine gesonderte Darstellung daher verzichtet wird.

Die internen Konsistenzen der extrahierten neun Skalen liegen zwischen Cronbach's $\alpha=.56$ und Cronbach's $\alpha=.92$ (vgl. Tabelle C3).

Tabelle C3: Interne Konsistenzen der Skalen des MPP-D

Skalen	Cronbach's α
Fachkompetenz/Patientenorientierung	.92
Emotionale Unterstützung	.90
Umfassende Aufklärung	.85
Eindeutigkeit und Direktheit	.84
Einbezug der Familie	.86
Information über psychosoziale Angebote	.82
Nachhaltigkeit der Informationsvermittlung	.56
Privatsphäre/Vertraulichkeit	.59
Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs	.83

Zwischen allen extrahierten neun Faktoren zeigen sich signifikante Korrelationen (Werte $p<.001$). Die höchsten Zusammenhänge bestehen zwischen den Skalen *Fachkompetenz/Patientenorientierung* und *Umfassende Aufklärung*, *Eindeutigkeit/Direktheit* und *Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs* sowie zwischen den Skalen *Umfassende Aufklärung* und *Eindeutigkeit/Direktheit* (vgl. Tabelle C4).

Tabelle C4: Inter-Skalen-Korrelationen

Skalen	Korrelation							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Fachkompetenz/Patientenorientierung	-							
Emotionale Unterstützung	.52*	-						
Umfassende Aufklärung	.70*	.41*	-					
Eindeutigkeit/Direktheit	.72*	.49*	.60*	-				
Einbezug der Familie	.29*	.43*	.30*	.29*	-			
Information über psychosoziale Angebote	.56*	.51*	.47*	.53*	.29*	-		
Nachhaltigkeit	.57*	.44*	.52*	.51*	.41*	.47*	-	
Privatsphäre/Vertraulichkeit	.43*	.41*	.33*	.53*	.32*	.29*	.34*	-
Erfassung des subjektiven Informationsbedarfs	.60*	.45*	.58*	.55*	.28*	.44*	.47*	.38*

Anmerkungen: * $p<.01$.

D. Hauptkomponentenanalyse des SCNS-SF34-D

Entsprechend der der englischsprachigen Originalstudien (Bonevski et al., 2001; Sanson-Fisher et al., 2001; Boyes et al., 2009) wurde in der vorliegenden Untersuchung zur Überprüfung der faktoriellen Struktur des SCNS-SF34-D eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Der KMO-Koeffizient von .94 weist auf eine sehr gute Eignung der Daten für eine Hauptkomponentenanalyse hin. Das Kaiser-Guttman-Kriterium (Faktorenextraktion bei Eigenwerten größer 1) und der Scree-Test nach Cattell legen eine fünffaktorielle Struktur nahe. Der MAP-Test ergibt sechs Faktoren, die Parallelanalyse nach Horn zeigt zwei Faktoren. Bei der sechsfaktoriellen Lösung liegen auf Faktor 6 nur zwei signifikante Ladungen (Stevens` Ad-Hoc-Regel: Ladungen höher als .384) vor, wobei diese Items noch höher auf anderen Faktoren laden. Werden zwei Faktoren extrahiert, laden neun Items in gleicher Höhe auf beiden Faktoren. Auch diesen Gründen aus sowie aufgrund inhaltlicher Plausibilität ist die fünffaktorielle Lösung vorzuziehen. Wie Tabelle D1 zeigt, lassen sich die Ergebnisse der Originalstudie weitgehend replizieren; die extrahierten fünf Faktoren klären 72.82% der Gesamtvarianz auf.

Elf Items der deutschen Übersetzung lassen sich Faktor I *Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information* zuordnen, die Items 30 und 32 werden aufgrund der inhaltlichen Plausibilität auch hierunter subsummiert. Zehn Items bilden die zweite Skala *Psychologischer Unterstützungsbedarf*. Trotz der vergleichsweise hohen Nebenladungen auf der Komponente IV werden die Items 6, 7 und 8 aufgrund der inhaltlichen Plausibilität dieser Kategorie zugeordnet. Item 17 weist zwar auf der dritten Komponente eine höhere Ladung auf, dennoch wird ebenfalls aufgrund des Inhalts dem zweiten Faktor zugerechnet. Auf Faktor III *Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung* laden 4 Items am höchsten, die die Freiheit des Patienten bei der Wahl des Behandlers und Aspekte der Wertschätzung durch das Behandlungsteam beinhalten. Die 6 Items des Faktors IV *Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Probleme/Alltagsverrichtung* beziehen sich auf körperliche Belastungen und Beeinträchtigungen der Erledigung von alltäglichen Verrichtungen. Faktor V *Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft* sind drei Items zuzuordnen, die sich auf diese Aspekte beziehen. Obwohl Item 16 sogar etwas höhere Ladungen auf den Komponenten II und III aufweist, wird es aufgrund des inhaltlichen Fokus auf partnerschaftliche Aspekte diesem Faktor zugerechnet.

Tabelle D1: Ladungen und Kommunalitäten der Items des SCNS-SF34-D auf den 5 Komponenten

Nr.	Unterstützungsbedarf während des letzten Monats im Hinblick auf...	h ²	r _{i(t-i)}	Komponenten				
				I	II	III	IV	V
25.	Erklärung von Untersuchungsergebnissen	.82	.84	.82				
28.	schnellstmögliche Information über Tumorfreiheit bzw. Kontrolle der Tumorerkrankung	.78	.80	.82				
27.	schnellstmögliche Information über Testergebnisse	.78	.83	.82				
34.	fester Ansprechpartner für medizinische Fragen	.75	.80	.77				
26.	Erhalt von umfassenden Informationen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Behandlung	.78	.79	.77				
33.	Behandlung in einem Krankenhaus mit freundlicher Ausstattung	.74	.76	.76				
29.	Information über mögliche Verhaltensänderungen, die das Wohlbefinden steigern	.76	.79	.75				
24.	Erhalt von Informationen (schriftlich, Abbildungen etc.) zum Umgang mit der Erkrankung und möglichen Behandlungsnebenwirkungen	.76	.78	.73				
32.	Behandelt zu werden wie ein Mensch, nicht wie ein „Fall“	.79	.77	.70		.47		
23.	Erhalt von schriftlichen Informationen über zentrale Behandlungsaspekte	.72	.70	.63				
30.	Zugang zu professioneller Beratung (z.B. Psychologe, Sozialarbeiter) für Sie oder Angehörige	.61	.64	.48		.49		
11.	Ungewissheit über die Zukunft	.80	.80		.77			
9.	Ängste vor dem Wiederauftreten/Fortschreiten der Krebserkrankung	.67	.70		.72			
6.	Angst	.81	.76		.70		.43	
12.	Erlangung eines Gefühls von Kontrolle über die Situation	.75	.75	.40	.67			
10.	Sorgen darüber, das Ergebnis der Behandlung nicht kontrollieren zu können	.68	.69		.66			
8.	Traurigkeit	.72	.71		.65			
13.	Erhaltung einer positiven Sichtweise	.67	.74		.62			
7.	Niedergeschlagenheit oder Depression	.72	.66		.59			
14.	Gedanken über Tod und Sterben	.65	.75		.56			
17.	Gedanken über Sorgen Ihrer Angehörigen/Freunde	.66	.60		.38	.60		
18.	Freiheit bei der Wahl des behandelnden Arztes	.82	.78			.76		
19.	Freiheit bei der Wahl des Krankenhauses	.83	.79			.75		
20.	Verständnis und Wertschätzung der medizinischen Behandler (z.B. Ärzte, Pflegekräfte) für Ihre Gefühle	.81	.70	.46		.68		
22.	Berücksichtigung Ihrer emotionalen Reaktionen während des Krankenhausaufenthaltes	.65	.61	.38		.57		
1.	Schmerzen	.67	.65				.77	
3.	Unwohlsein (meiste Zeit des Tages)	.67	.67				.72	
2.	Müdigkeit und Erschöpfung	.67	.69				.71	
5.	Erledigung von Alltagsangelegenheiten	.72	.72				.71	
4.	Arbeit im Haushalt	.71	.72				.70	
21.	Behandlung körperlicher Probleme	.62	.63				.53	

Fortsetzung: Tabelle D1: *Ladungen und Kommunalitäten der Items des SCNS-SF34-D auf den 5 Komponenten*

Nr.	Unterstützungsbedarf während des letzten Monats im Hinblick auf...	h ²	r _{i(t-i)}	Komponenten				
				I	II	III	IV	V
15.	Veränderungen in der Sexualität	.78	.80					.70
31.	Erhalt von Informationen über Sexualität	.70	.68					.66
16.	Veränderungen in der Partnerschaft	.71	.62		.40	.55		.38
Eigenwerte der rotierten Faktoren				7.86	5.63	4.63	4.55	2.09
durch Faktoren aufgeklärter Varianzanteil				23.13	16.57	13.61	13.37	6.15

Anmerkungen: h² Kommunalität, r_{i(t-i)} korrigierte Trennschärfe.

Aufgrund der in der zum Teil hohen Nebenladungen einzelner Items wurde auch eine Hauptkomponentenanalyse mit obliquen Rotation (Promax) durchgeführt. Die Resultate entsprechen der Lösung der orthogonalen Rotation, sodass auf eine gesonderte Darstellung verzichtet wird.

Die internen Konsistenzen der fünf Faktoren liegen zwischen Cronbach's $\alpha = .83$ und Cronbach's $\alpha = .95$ (vgl. Tabelle D2).

Tabelle D2: *Interne Konsistenzen der Skalen des SCNS-SF34-D*

Skalen	Cronbach's α
Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information	.95
Psychologischer Unterstützungsbedarf	.93
Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung	.87
Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung	.88
Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft	.83

Hinsichtlich der Inter-Skalen-Korrelationen zeigen sich hohe, signifikante Korrelationen zwischen allen Faktoren (Werte $p < .01$) (vgl. Tabelle D3).

Tabelle D3: *Inter-Skalen-Korrelationen des SCNS-SF34-D*

Skalen	Korrelation			
	I	II	III	IV
Unterstützungsbedarf bzgl. Gesundheitssystem/Information	-			
Psychologischer Unterstützungsbedarf	.68*	-		
Unterstützungsbedarf bzgl. medizinischer Behandlung	.68*	.71*	-	
Unterstützungsbedarf bzgl. körperlicher Aspekte/Alltagsverrichtung	.56*	.72*	.66*	-
Unterstützungsbedarf bzgl. Sexualität/Partnerschaft	.62*	.67*	.66*	.57*

Anmerkungen: * $p < .01$.