

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Onkologisches Zentrum - Klinikum Neukölln, Berlin

Direktorin: Prof. Dr. med. Maike de Wit

**Das Netzwerk der multidisziplinären Betreuung und der
onkologische Patient: Nutzen oder Schaden?**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Jo Nikolas Ewert
aus Oldenburg

Hamburg 2013

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:** 05.07.2013

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. de Wit

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Härter

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Grundlagen und Forschungshypothesen	1
1.1. Das multidisziplinäre Team in der Onkologie	1
1.1.1. Definition	2
1.1.2. Geschichte der Tumorthherapie.....	4
1.1.3. Organisationsformen onkologischer Behandlungsteams	5
1.1.4. Gegebenheiten an der Studieneinrichtung	7
1.1.5. Tumorthherapie als Teamarbeit: Vorteile und Probleme	7
1.1.6. Problematik wissenschaftlicher Untersuchungen multidisziplinärer Teams	10
1.2. Der Patient im Behandlungsteam	11
1.2.1. Integration ins Behandlungsteam.....	11
1.2.2. Kommunikation	12
1.2.3. Patientenzentriertheit und Partizipation	14
1.2.4. Ausschlussmechanismen.....	15
1.2.5. Selbstwahrnehmung des Patienten im Behandlungsteam.....	16
1.3. Forschungshypothesen	18
1.3.1. Hintergrund des Studienbeginns	18
1.3.2. Ableitung der Fragestellung	19
1.3.3. Forschungsfragen	19
2. Material und Methoden	21
2.1. Durchführung der Erhebung	21
2.1.1. Ethische Implikationen	21
2.1.2. Ablauf und Durchführung	21
2.1.3. Ausschlusskriterien	22
2.1.4. Rahmenbedingungen	22
2.2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente	22
2.2.1. Entwicklung des Fragebogens	22
2.2.2. Der Fragebogen „SITS“	25
2.2.3. Zusätzliche Instrumente	28
2.2.4. Biomedizinische Hintergrunddaten	32
2.2.5. Soziodemografische Variablen	33
2.3. Statistische Analyseverfahren	33
2.3.1. Deskriptive Analyse und Skalenvvalidierung	33
2.3.2. Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (U-Test)	33
2.3.3. Explorative Faktorenanalyse	34
2.3.4. Korrelationen	35
3. Ergebnisse.....	36
3.1. Einschränkungen der statistischen Analyse.....	36
3.2. Analyse des SITS	36
3.2.1. Stichprobenbeschreibung	36
3.2.2. Überprüfung der Skalen	39
3.2.3. Deskriptive Befunde	40
3.2.4. Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (U-Test)	50
3.2.5. Explorative Faktorenanalyse	52
3.2.6. Korrelationen	53
4. Diskussion.....	55
4.1. Methodisches Vorgehen.....	55
4.2. Forschungsfragen.....	57

4.2.1. Forschungsfrage 1	57
4.2.2. Forschungsfrage 2	57
4.2.3. Forschungsfrage 3	58
4.3. Fazit und Ausblick	65
5. Zusammenfassung, Abstract.....	69
6. Literaturverzeichnis	71
7. Tabellenverzeichnis	76
8. Abbildungsverzeichnis.....	77
9. Abkürzungsverzeichnis.....	78
10. Anhang.....	79
10.1. Tabellen.....	79
10.2. Fragebogen SITS.....	81

Einleitung

1. Grundlagen und Forschungshypothesen

1.1. Das multidisziplinäre Team in der Onkologie

Das tiefere Verständnis der menschlichen Anatomie, Physiologie und der möglichen pathologischen Veränderungen hat, über die Jahrtausende der Medizingeschichte hinweg, einen mannigfaltigen, in seiner Komplexität nahezu unüberschaubaren, medizinischen Wissensschatz hervorgebracht. Als Reaktion auf diese gewaltige Masse an Erkenntnissen, entstand bereits in der arabischen Medizin des Mittelalters ein umfangreiches Spezialistentum. Im europäischen Raum sind Spezialisierung und die Ausbildung medizinischer Disziplinen ab dem 19. Jahrhundert zu beobachten. In den letzten zwei Jahrhunderten kristallisierten sich schließlich diverse ärztliche Disziplinen, sowie andere Gesundheitsberufe, sofern sie (wie etwa die Hebammen) nicht schon lange bestanden, in immer größerer Differenziertheit heraus (Eckart 2009) (S. 221 ff.).

Im Laufe des 20. Jahrhunderts leistete die zunehmende Spezialisierung medizinischer Disziplinen einen großen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung vieler Krankheiten. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam, als eine Art Gegenbewegung, die Forderung nach Ganzheitlichkeit medizinischer Behandlung verstärkt auf. Krankheiten sollten nicht ausschließlich nach Disziplin oder Lokalisation betrachtet und behandelt werden. Es sollte vielmehr auch psychischen und sozialen Aspekten ausreichend Rechnung getragen werden (DeWachter 1976).

Eine Integration der dazu nötigen Expertise (durch Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Pflegeberufe, verschiedene Ärzte...) erfolgte zunehmend über Teamarbeit in multi- bzw. interdisziplinären Teams (vgl. 1.1.1). Besonders in der Onkologie konnte man eine Entwicklung hin zu vernetzter Zusammenarbeit beobachten. In der Literatur wurden in der Vergangenheit verschiedene Vor- und Nachteile von „Teamwork“ diskutiert (vgl. 1.1.5). Die Sichtweise der Patienten wurde jedoch bei der bisherigen wissenschaftlichen Betrachtung häufig vernachlässigt. Daher sind die psychosozialen Auswirkungen der multidisziplinären Behandlung weitestgehend unerforscht.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Patientenwahrnehmung im multidisziplinären Behandlungsprozess. Sie evaluiert die Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patient, um

Potentiale und Probleme der Interaktion aufzudecken. Am Beispiel des onkologischen Zentrums des Klinikums Neukölln wird die Patientenperspektive auf multidisziplinäre Betreuung und deren Einfluss auf psychische Morbidität sowie die Selbstwahrnehmung von Patienten im multidisziplinären Behandlungsteam untersucht. Ziel der Arbeit ist es, einen Ausblick auf mögliche Veränderungen zu geben, die eine stärkere Patientenzentrierung im multidisziplinären Team zur Folge hätten.

1.1.1. Definition

Die Unterscheidung von Multidisziplinarität und Interdisziplinarität sowie deren Bedeutung im medizinischen Kontext ist für die vorliegende Arbeit unerlässlich. Im Folgenden werden die beiden Begriffe voneinander abgegrenzt und mit den international gebräuchlichen Definitionen verglichen.

Multidisziplinarität (oder: Pluridisziplinarität) bezeichnet in der Wissenschaft die Untersuchung von Forschungsobjekten durch voneinander unabhängige Fachbereiche. Die Abgrenzung zur Interdisziplinarität besteht darin, dass jede Disziplin die Problemstellung weitgehend isoliert betrachtet und eine Zusammenführung der Ergebnisse lediglich additiv, d.h. durch Synthese der jeweils getrennt erzielten Ergebnisse erfolgt.

Interdisziplinarität setzt hingegen voraus, dass die zusammengeführte Methodik verschiedener Disziplinen eine Synthese der Problemlösungsstrategien ergibt, die über den reinen Austausch von (Forschungs-)Ergebnissen hinausgeht (Defila et al. 2000).

In der Medizin wird im deutschsprachigen Raum häufig das Wort interdisziplinär verwendet, wenn der Austausch und die Kooperation zwischen Disziplinen beschrieben werden. So wird beispielsweise von „interdisziplinären Leitlinien“ oder „interdisziplinären Teams“ gesprochen. Ohne eine klare definitorische Abgrenzung wird jedoch der Terminus „multidisziplinär“ synonym verwendet (Wiesenberger 2009). Auch eine Französische Definition schlägt weniger strikte Voraussetzungen für die Bezeichnung „interdisziplinär“ vor. Hier wird schon das „Teilen von Erfahrungen aus der jeweils eigenen professionellen Perspektive“ als Interdisziplinarität bezeichnet (Lassaunière und Plagès 1995, zitiert nach Porchet 2006).

Im englischen Sprachraum hingegen wird im medizinischen Kontext häufiger die Wendung „multidisciplinary“ gebraucht. Die Diskussionen zum Thema Multi- und Interdisziplinarität in der Medizin sind in den anglophonen Ländern deutlich weiter fortgeschritten als in Deutschland. Zwar gibt es auch in den englischsprachigen Ländern noch keine abschließende und allseits

anerkannte Definition, dennoch schlagen verschiedene englischsprachige Autoren den Terminus „multidisciplinary team“ vor, solange es sich lediglich um eine Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Disziplinen handelt, die den Patienten von ihrer jeweils unterschiedlichen (methodischen und terminologischen) Perspektive aus betrachten. Dem gegenübergestellt werden „interdisciplinary teams“, deren Herangehensweise eine tatsächliche Integration verschiedener Fachgebiete bei der Konsultation impliziert. Es geht dabei um die gleichzeitige Anwesenheit von Ärzten verschiedener Disziplinen und anderer Gesundheitsarbeiter bei Untersuchungen und Gesprächen mit dem Patienten und deren direkte Einbeziehung in die Diskussion von Diagnose, Prognose und vor allem Therapie (Jessup 2007).

Körner et al. haben 2005 einen Vorschlag zur semantischen Diskrimination zwischen Inter- und Multidisziplinarität gemacht, der den medizinischen Kontext berücksichtigt. Zwar definiert Körner die Begriffe inter-/multidisziplinär für den Bereich der medizinischen Rehabilitation, die Begriffserklärungen erscheinen aber auch für die vorliegende Arbeit adäquat (Koerner et al. 2005).

Als Mitglieder des Behandlungsteams sieht Körner, je nach Anforderung und Komplexität der zu behandelnden Patientengruppe, Ärzte verschiedener Disziplinen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Pfleger und Pädagogen. Diese können multi- oder interdisziplinär zusammenarbeiten, wobei Zwischenformen existieren (Koerner 2010).

Beim multidisziplinären Team liege die Hauptverantwortung auf ärztlicher Seite, auch die Koordination der Behandlung sei Aufgabe der Ärzte der primär für den Patienten zuständigen Disziplin (z.B. Geriater, Onkologen). Die anderen Disziplinen und Gesundheitsberufe würden bei Bedarf hinzugezogen und seien lediglich instrumentell für die Erreichung der Ziele der hauptverantwortlichen Ärzte von Bedeutung. Die Kontaktform im Team sei hauptsächlich bilateral. In Einzelfällen, vor allem bei Problemfällen seien auch multilaterale Kontakte möglich.

Das interdisziplinäre Team hingegen lege alle Therapieziele gemeinsam fest. Prämisse sei die Erstellung eines individuellen Therapieplans. Planung, Durchführung und Kontrolle der Behandlung fänden im Team statt. Während regelmäßiger multilateraler Treffen könnten Modifikationen der Behandlungspläne vorgenommen werden. Körner betont, dass die Hierarchie im Team flach sei. Grundsätzlich seien alle Teammitglieder gleichwertig, lediglich bei mangelnder Einstimmigkeit müssten die primär zuständigen Ärzte (s.o.) entscheiden. Die Verantwortung für das Erreichen der Ziele werde im interdisziplinären Team kollektiv geteilt. Da die gesetzlichen Bestimmungen die Verantwortung für den Behandlungsablauf allein dem

Arzt übertrage, sei die Umsetzung von interdisziplinären Behandlungsstrategien in Deutschland erschwert.

Tabelle 1 visualisiert die für diese Arbeit grundlegenden Definitionen geteilt nach den Bereichen „Organisation und Management“ und „Kommunikationsstruktur“.

Tabelle 1 Definition Teammodelle.

Hauptkriterien	Multidisziplinäres Team	Interdisziplinäres Team
Organisation und Management	• zuweisend/konsultativ • hierarchisch • autoritäre, patriarchalische oder informierende Führung • disziplinenorientiert	• teamartig/partizipativ • gleichrangig • kooperative, beratende oder autonome, delegative Führung • ziel-/patientenorientiert
Kommunikationsstruktur	• einseitig • bilateral (Arzt-Therapeut) • bei Problemfällen finden u.U. multilaterale Kontakte statt.	• wechselseitig • multilateral • alle Patienten werden multilateral besprochen.

Modifiziert nach (Koerner et al. 2005).

1.1.2. Geschichte der Tumorthherapie

Zu Beginn der Behandlung von „Geschwülsten“ war der Chirurg alleiniger Therapeut. Anfang des 20. Jahrhunderts kam die Radiotherapie als zusätzliche Methode für einige Tumoren hinzu. Doch auch noch lange nach der Einführung der medikamentösen (Chemo-)Therapie in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts, wurden die verschiedenen Fachgebiete als Alternativen, wenn nicht sogar als Rivalen angesehen. Erst in den 1970er Jahren erkannten Onkologen, dass die adjuvante Chemotherapie nach chirurgischer Intervention den Therapieerfolg bei Mammakarzinom deutlich steigern konnte. Diese Erkenntnis legte den Grundstein für die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen der Tumormedizin und die Kombination unterschiedlicher Therapien (Wagstaff 2006, Pickstone 2007, Cantor 2007).

Seitdem hat die Komplexität onkologischer Therapien deutlich zugenommen. Unimodale Behandlungen sind eine Ausnahme geworden und es ist heute selten, dass ein einzelner Arzt das gesamte, zur optimalen Behandlung nötige Fachwissen besitzt. Außerdem ist es einem einzelnen Arzt praktisch unmöglich, alle Behandlungsmodalitäten selbst durchzuführen. In logischer Konsequenz sind in den letzten Jahrzehnten, vor allem in den anglophonen und skandinavischen Ländern sowie in Frankreich, aber auch in den meisten anderen europäischen Ländern, Tumorzentren entstanden, welche das Fachwissen aus den verschiedenen Disziplinen räumlich vereinen (Pickstone 2007, Boyle 2009).

Diese multidisziplinären Konstellationen stellen große Herausforderungen an alle Beteiligten. Die fehlende Zeit, traditionelle Hierarchien, Kommunikationsprobleme über Fachgrenzen hinweg, unterschiedliche Methoden und Disziplinenimperialismus (sprich die Überschätzung der Wichtigkeit der eigenen Disziplin) sind nur einige der Hindernisse, mit denen sich erfolgreiche Teamarbeit auseinandersetzen muss (vgl. 1.1.5).

Seit den 1990er Jahren sind viele Konzepte erarbeitet bzw. aus anderen Bereichen, in denen Teamwork eine wichtige Rolle spielt, abgeleitet worden, um die Zusammenarbeit zu verbessern und somit eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten (Baumann et al. 2007). Die Bildung von multidisziplinären Teams (MDTs) in spezialisierten Zentren wurde seitdem von vielen Staaten und Organisationen gefordert, auch wenn es in der konkreten Umsetzung große Unterschiede zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen gab und immer noch gibt (Forrest et al. 2005). Eine Vorreiterrolle spielten in dieser Entwicklung Australien, Großbritannien, Frankreich und Schweden. Dort ist in Leitlinien festgelegt, dass jeder Patient in einer multidisziplinären Tumorkonferenz diskutiert werden *muss*. In Deutschland trat die Entwicklung hin zu MDTs verzögert ein. Mittlerweile sind jedoch auch hierzulande Tumorkonferenzen in zertifizierten Tumorzentren vorgeschrieben (Wagstaff 2006).

1.1.3. Organisationsformen onkologischer Behandlungsteams

1.1.3.1. Zusammensetzung

Die Zusammensetzung von multidisziplinären Teams in der Onkologie unterscheidet sich je nach Land und Anforderung teilweise erheblich. Generell wird ein Team mit Beteiligung von Onkologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten, Pathologen und Radiologen vorausgesetzt. Zusätzlich können, je nach Tumorlokalisation, weitere Fachärzte (etwa Gynäkologen oder Gastroenterologen) hinzugezogen werden. In einigen Ländern ist es, je nach Schweregrad und Fortschritt der Erkrankung, üblich, dass auch speziell ausgebildete Krankenpfleger, Palliativmediziner und ggf. Psycho(-Onko)logen an den Teamsitzungen teilnehmen (Valdagni et al. 2011). Auch die Organisationsform variiert. In Tabelle 2 ist die Zusammensetzung von multidisziplinären Teams für Brustkrebspatientinnen in Australien beispielhaft aufgeführt.

Tabelle 2: Mitglieder multidisziplinärer Teams in Australien

Kernmitglieder	Nicht-Kernmitglieder
Chirurg	Humangenetische Beratung
Onkologe	Physiotherapeut
Strahlentherapeut	Psychiater
Pathologe	Nuklearmediziner
Allgemeinmediziner/Hausarzt	Plastischer Chirurg
„Supportive Care“	Palliativmediziner
Krebskrankenschwester, „breast nurse“	Sozialdienst

Quelle NBCC 2005

Der multidisziplinäre Kontakt besteht am häufigsten in Form von Tumorkonferenzen, auf denen die Patienten von den verschiedenen Fachrichtungen vorgestellt und diskutiert werden. Ziel ist es, die Kenntnisse und Erfahrungen der verschiedenen Disziplinen zu vereinen und somit eine optimal auf den Patienten abgestimmte Behandlung durchführen zu können. Die Durchführung der Tumorkonferenzen variiert je nach Land und Institution. In England und Frankreich werden alle diagnostizierten Patienten mit soliden Tumoren (wenigstens in aller Kürze) besprochen, um wichtige Probleme nicht zu übersehen. In Deutschland und Finnland werden vor allem Fälle diskutiert, die nicht den Standardtherapieschemata entsprechen (Wagstaff 2006).

1.1.3.2. Weiterführende Konzepte

In vielen Ländern gibt es jedoch weitergehende Konzepte, die in Form von Leitlinien die Zusammenarbeit unter den Disziplinen regeln. So ist es beispielsweise in Australien üblich, dass eine Krankenschwester („cancer-nurse“) die Behandlung koordiniert und die Präferenzen des Patienten auf der Tumorkonferenz vertritt. Sie fungiert dabei als Organisatorin und Ansprechpartnerin (Wagstaff 2006). Mediziner aus Australien und weiteren anglophonen Ländern sind es auch, die zunehmend eine Entwicklung hin zu tatsächlich interdisziplinärer Arbeit fordern, also gemeinsame Herangehensweisen und fachübergreifende Anwesenheit bei Konsultationen und Gesprächen mit den Patienten (NBCC 2005b, Ramirez 2009, Coory et al. 2008).

1.1.3.3. Leadership

In der Literatur wird die Wichtigkeit einer guten Organisation und damit einer guten Teamführung betont. Der oder die Teamleader sollten demnach überdurchschnittliche

Kenntnisse in den Bereichen Gruppendynamik, Mediation, Coping-Strategien, Gesundheit und Beruf sowie Burnout besitzen. Die Leitung des MDT kann durchaus wechseln, zum Beispiel im Rotationsprinzip, so dass keine unnötigen Hierarchien entstehen und Verantwortung auf mehrere Schultern verteilt wird (Wagstaff 2006). Da fächerübergreifende Zusammenarbeit gelernt werden muss, sind die Teamleader auch für die Verbreitung von Wissen und Motivation unter den Teammitgliedern zuständig (Firth-Cozens 2001, Porchet 2006).

Neben einer guten Führung sind auch administrative Unterstützung sowie gute Ausstattung mit Ressourcen und Infrastruktur unabdingbar für eine gute Teamarbeit (Wagstaff 2006).

1.1.4. Gegebenheiten an der Studieneinrichtung

Die Behandlung von Tumorpatienten ist im Klinikum Neukölln (KNK) multidisziplinär organisiert. Auf Tumorkonferenzen werden die Patienten mit soliden Tumoren diskutiert und eine Therapieentscheidung gefällt. An diesen multidisziplinären Treffen nehmen Onkologen, Strahlentherapeuten, Chirurgen, Radiologen, Pathologen sowie ggf. Vertreter der betroffenen Disziplin (z.B. Pneumologen) teil. Die Chefarztin der Onkologie moderiert die Tumorkonferenzen.

Des Weiteren sind Pflegepersonal, Sozialarbeiter, eine Psychoonkologin und ggf. weitere Disziplinen (z.B. Psychiatrie) an der Behandlung beteiligt, ohne jedoch in die fachübergreifenden Organisationsleitlinien eingebunden zu sein.

1.1.5. Tumorthherapie als Teamarbeit: Vorteile und Probleme

Die Vorteile von Zusammenarbeit über Disziplingrenzen hinweg werden dann deutlich, wenn Probleme gelöst werden müssen, die eine einzelne Disziplin inhaltlich oder methodisch überfordern. Wird ein Zusammenhang zu komplex, ist eine Spezialisierung nötig. Wird der Zusammenhang noch komplexer, bzw. besteht der Anspruch nach einer ganzheitlichen Betrachtung eines Problems (z.B. in der Technologiebewertung, in den Umweltwissenschaften oder in der Medizin), ist wieder eine stärkere Zusammenarbeit der Disziplinen gefordert. Wenn die Zusammenarbeit gut organisiert und in gegenseitiger Offenheit abläuft, birgt sie große Vorteile gegenüber dem individualisierten Spezialistentum.

So hat auch multidisziplinäres Arbeiten in der Medizin und speziell in der onkologischen Patientenbetreuung offenbar seine Überlegenheit gegenüber früheren Konzepten belegt. Zwar konnte bisher nicht endgültig bewiesen werden, dass ein multidisziplinäres Team (MDT), die Versorgung optimiert (Coory et al. 2008, Croke und El-Sayed 2012), gleichwohl existiert eine

Vielzahl an Publikationen die nahelegen, dass das Überleben und Outcome der Patienten verbessert wird. Außerdem nehmen die Zufriedenheit des medizinischen Personals und die Quality of Life (QoL) sowie die Zufriedenheit der Patienten mit der Betreuung zu, wenn MDTs eingeführt werden (Forrest et al. 2005, Gade et al. 2008, Selby et al. 1996). Des Weiteren ergibt sich im Vergleich ein stärker leitlinienorientiertes Arbeiten, kürzere Wartezeiten, regelmäßigere Bereitstellung psychosozialer Unterstützung, ein größerer Einfluss der Pflegekräfte und eine verbesserte Behandlungskoordination (Wagstaff 2006, Coory et al. 2008).

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Ärztedisziplinen und Gesundheitsberufe kann jedoch auch Nachteile mit sich bringen. Im Lehrbuch „Interdisciplinary Communication“ findet sich eine Aufzählung möglicher Problemfelder.

“The main difficulty consists of being actors in a system where individual success is valued, as well as professional division into sectors, corporatism, hierarchy and separate actions which generate power struggles or dynamics”. (Lassaunière and Plagès, zit. nach Porchet 2006).

Bei der Erforschung multi-/interdisziplinärer Zusammenarbeit sind verschiedene Probleme Gegenstand kritischer Betrachtung. Delfia et al. benennen fünf große Problemfelder der Teamarbeit (Defila et al. 2000, S.8 ff.):

Kommunikationsschwierigkeiten: Die Vermittlung von Erkenntnissen, Theorien und Methoden der eigenen Disziplin über Fachgrenzen hinweg sei schwierig und oft kaum möglich. Wenn es den Mitgliedern eines Teams nicht gelänge, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, würde es anhaltend zu Missverständnissen kommen, da dieselben Wörter in den verschiedenen Disziplinen und in der Alltagssprache häufig Unterschiedliches bedeuteten. In der Medizin kommt noch eine zusätzliche Schwierigkeit dazu, nämlich die Integration eines Laien in die Mannschaft der Spezialisten. Es müssen also verschiedene Sprachebenen entwickelt werden, um erfolgreich zu kommunizieren (vgl. 1.2.2).

Methodenprobleme: Da es keine speziellen interdisziplinären Methoden gäbe, müsse die interdisziplinäre Arbeit auf disziplinäre Methoden zurückgreifen. Da die disziplinären Vorstellungen über das "richtige" Vorgehen, Kriterien der Wissenschaftlichkeit und Auffassungen über erfolgversprechende Methoden jedoch divergierten, sei die Formulierung einer gemeinsamen Fragestellung wie auch die Einigung über das zu wählende Vorgehen erschwert.

Gegenstandsbeschreibung: Das gemeinsame, interdisziplinäre Vorgehen scheitere oft, da es nicht gelänge die Problemstellung in der Gruppe äquivalent zu beschreiben. Die Sicht auf

Probleme sei, aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven, nur schwer zu vereinen, da Teammitglieder häufig in ihren disziplinären Perspektiven verhaftet blieben.

Vorurteile: Die Kommunikationsprobleme bedingen ein geringes Verständnis für andere Disziplinen. Dies äußere sich in gegenseitigen Vorurteilen sowie in falschen Erwartungen in Bezug auf die Beiträge zur Teamarbeit, die eine Disziplin zu leisten im Stande sei. Dazu gehöre auch, dass die Bedeutung des Beitrages der eigenen Disziplin überschätzt werde ("Disziplinenimperialismus").

Gruppendynamische Probleme: Da interdisziplinäre Projekte in der Regel eine länger dauernde Teamarbeit bedingen würden, die für viele neu und ungewohnt sei, wäre häufig die Folge, dass Kommunikations- und Arbeitsprozesse in der Gruppe nicht genügend unterstützt, Konflikte nicht erkannt und nicht behoben würden.

Porchet (2006) und Jenkins et al (2001) merken außerdem an, dass die Rollen im Behandlungsteam klar verteilt sein müssen und immer wieder reflektiert werden sollten. Unterschiede in Ausbildung und (professioneller) Kultur, Vorurteile, fehlende Anerkennung der Kompetenzen der anderen, Mangel an Klarheit über Rollenverteilung sowie die unklare Verteilung verbindlicher Verantwortung in der Gruppe seien Stolpersteine auf dem Weg zu einem gut kooperierenden Team. Körner hebt ergänzend hervor, dass Hierarchieprobleme, und dabei vor allem die vorherrschende Stellung der Ärzte gegenüber den anderen Gesundheitsarbeitern, einer erfolgreichen Zusammenarbeit entgegenstünden. (Koerner 2010) Dies betont auch Firth-Cozens, die aufgrund dieser Problematik eine klare Abgrenzung medizinischer MDTs von jenen in der Wirtschaft fordert. Sie sieht in der Medizin starke Loyalitätskonflikte zwischen Team und eigener Profession, wie sie in der Wirtschaft nicht bestünden (Firth-Cozens 2001).

Des Weiteren existieren Probleme institutioneller Art. Die für eine erfolgreiche Teamarbeit notwendigen gemeinsamen Treffen benötigen geschützte Zeiträume, um allen Experten die Teilhabe zu ermöglichen. Teilweise befinden sich die Mitglieder der MDTs jedoch nicht am selben Ort. Spezialisierte Tumorzentren mit allen Disziplinen unter einem Dach befinden sich fast ausschließlich in Ballungszentren, andernorts müssen die Spezialisten anreisen. Des Weiteren ist die Anzahl der Pathologen und auch Strahlentherapeuten vielerorts begrenzt, so dass diese Professionen zu limitierenden Faktoren der multidisziplinären Zusammenarbeit werden. Bisher gelten Videokonferenzen oder lange Anfahrtswege für Patienten mit seltenen Tumoren in hoch spezialisierte Zentren als Lösungsansätze. Weiterhin stellt die Dokumentation

von Entscheidungen und Vorgehensweisen eine Herausforderung dar. Sind Informationen nicht transparent und abrufbar, so wird Teamarbeit zähflüssig und neigt zu Redundanz. In Studien wurde zudem gezeigt, dass Entscheidungen bei schlechter Dokumentation oder unvollständiger Kommunikation auf Tumorkonferenzen häufig nicht in die Tat umgesetzt werden (Wagstaff 2006).

Trotz dieser Probleme ist es unter Onkologen Konsens, dass eine optimale Therapie über multidisziplinäres oder gar interdisziplinäres Arbeiten erreicht werden wird, auch wenn die genauen Modalitäten noch weiterer Forschung bedürfen (Jessup 2007, Ramirez 2009, Wagstaff 2006).

1.1.6. Problematik wissenschaftlicher Untersuchungen multidisziplinärer Teams

Die Schwierigkeit, eine Verbesserung der Versorgung durch MDTs wissenschaftlich zu belegen, ist zum Großteil methodischer Art. Randomisierte Studien an komplexen Untersuchungsobjekten wie MDTs durchzuführen, ist kompliziert, teuer und stark kontextabhängig (Coory et al. 2008). Daher werden vorrangig vorher-nachher Studien durchgeführt, die wiederum häufig Verzerrungen unterliegen, da andere Einflussfaktoren neben dem MDT schwer auszuschließen sind. Doppelblinde Versuchskonzeptionen und andere Qualitätssichernde Standards können generell nicht eingesetzt werden (Forrest et al. 2005).

Die zur Erforschung von MDTs nötigen psychometrischen Verfahren stellen die Forschung vor weitere Herausforderungen. Falsche Hypothesen durch selektive Wahrnehmung, Werturteilsprobleme und schwer einzuschätzende Einflussfaktoren auf die Messgrößen (Scheinkorrelationen) sind nur drei der vielfältigen Fehlerquellen (Diekmann 2004, Grunfeld et al. 2008).

Hinzu kommt, wie oben beschrieben, dass eine klare Definition von Inter-/Multidisziplinarität noch fehlt. Das Forschungsobjekt in der richtigen und für alle verständlichen Art und Weise zu beschreiben, fällt dementsprechend schwer. Die Diskussion über eine allseits anerkannte Definition ist noch im Gange (vgl. 1.1.1). Das Fehlen einer klaren Definition baut außerdem dem opportunistischen Gebrauch der Begriffe vor. Die Bezeichnung „interdisziplinär“ ist positiv belegt und wird demnach in vielfältiger Weise verwendet, auch wenn definitionsgemäß gar keine Interdisziplinarität besteht (Krott 1996).

Aus oben genannten Gründen ist die Wahrnehmung der MDTs durch den Patienten und die daraus resultierende Gefühlswelt nur wenig erforscht. Auch für die vorliegende Studie gelten ähnliche Limitierungen.

1.2. Der Patient im Behandlungsteam

Wie unter Punkt 1.1.5 bereits erwähnt, legen verschiedene Studien und Berichte nahe, dass Teamarbeit auch Nachteile hat. Vor allem in den Bereichen emotionaler Bedürfnisse der Patienten, Patientenpartizipation und –zentrierung sowie Kommunikation werden von verschiedenen Autoren potenzielle Problemfelder gesehen, auf die sich eine Betreuung durch Teams negativ auswirken kann (Butow et al. 2002, Boyle et al. 2004, Boyle et al. 2005, Jenkins et al. 2001, Penson et al. 2006, Curtis 2008, Gattellari et al. 1999). Bei großen MDTs mit vielen Mitgliedern könnte das Fehlen eines Ansprechpartners die Patienten belasten, wie weitere Studien nahelegen (Boyle et al. 2004, Lehmann et al. 2008, Penson et al. 2006, Walsh et al. 2011).

Am Beispiel der internationalen Literatur werden im Folgenden einige der möglichen Nachteile dargestellt und in Beziehung zueinander gesetzt.

1.2.1. Integration ins Behandlungsteam

DeWachter formulierte seine Vorstellung von erfolgreicher multidisziplinärer Teamarbeit bereits im Jahr 1976 wie folgt:

"In order to secure [an] adequate approach to the whole question it is quite helpful to make 'the person and his problem' a fully qualified member of the team as the adequate team is not made up by any number of impressive specialists but only by those called for by the very problem of the patient and his needs. Thus a team originates which is not only problem orientated but also patient orientated." (DeWachter 1976)

Wie die Integration ins Behandlungsteam im Idealfall ablaufen sollte, ist bis dato ungeklärt. Unstrittig ist aber, dass Patienten die Möglichkeit zur Teilhabe am Entscheidungsfindungsprozess haben sollten, um sich als selbstverantwortliches Mitglied ins Behandlungsteams einbringen zu können.

Da es sich beim Zusammentreffen von Behandlungsteam und Patient um eine äußerst komplexe Interaktion handelt, die vielen Einflüssen unterliegt, ist eine differenzierte Betrachtung der Teamgefühl konstituierenden Faktoren von Nöten.

1.2.2. Kommunikation

Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist essentiell für eine hochwertige medizinische Versorgung. Sie verbessert die Patientenzufriedenheit, das Verständnis von Informationen über die Krankheit, die Compliance, den Umgang mit der Erkrankung und die Quality of Life (QoL) (Ong et al. 1995).

Die Kommunikation mit onkologischen Patienten stellt Gesundheitsarbeiter vor vielfältige Herausforderungen. Von der ersten Konsultation, über die Diagnosemitteilung, womöglich bis hin zur finalen, palliativen Begleitung der Patienten muss ein Bogen geschlagen werden, der große kommunikative Fähigkeiten erfordert. Zeitgleich müssen auch die Angehörigen einbezogen und es muss mit ihren ganz spezifischen Problemen umgegangen werden. Direktheit und Ehrlichkeit im Gespräch, Akzeptanz und Verständnis der Erlebnisrealität des Patienten, dessen Coping-Strategien sowie sein Bedürfnis nach Informationen und Teilhabe an wichtigen Entscheidungen sind wichtige Bereiche, denen Zeit und Raum eingeräumt werden müssen. Auch der Umgang mit den eigenen Emotionen sowie Burnout-Problemen fordert Ärzte, Pfleger und weitere beteiligte Professionen heraus.

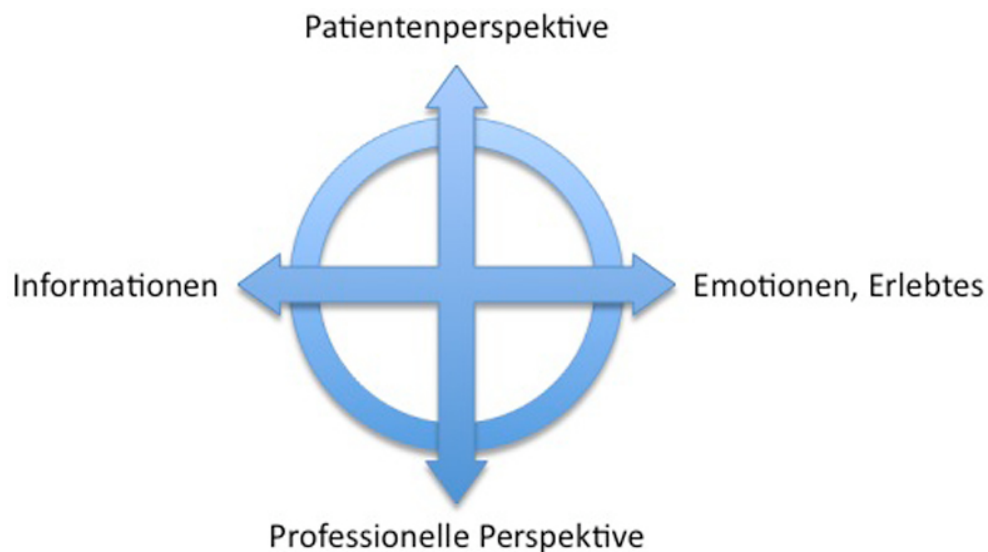


Abbildung 1 Kommunikationskompass nach Maex und De Valck (Maex und De Valck 2006).

Ärzte und Patienten haben in der Kommunikation eine sehr unterschiedliche, teilweise gegenläufige Perspektive. Der Kommunikationskompass von Maex und De Valck illustriert diese Situation. Wenn die Perspektive des Gegenübers nicht (an-)erkannt wird, ist eine erfolgreiche Kommunikation nicht zu erwarten. Der Gesundheitsarbeiter muss, nachdem er die Erlebnisrealität des Patienten verstanden und akzeptiert hat, dessen Informationsbedürfnis

befriedigen. Das wichtigste Kriterium für die Kommunikation sei, laut Maex und de Valck (Maex und De Valck 2006), dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, verstanden werden. Zu berücksichtigen sei demnach, dass der Patient für seine Emotionen und Erlebnisrealität der Experte sei und dass es nicht darum ginge das Erlebte „zu lösen“, sondern anzuerkennen.

Mitglieder des Behandlungsteams sind, bezogen auf den Kommunikationskompass, lediglich Experten im Bereich Information. Die Experten müssen sich stets rückversichern, dass der Patient alle Informationen verstanden hat und dass er in dem von ihm gewünschten Maße informiert wird (Butow et al. 2002, Blum und Blum 1991). Das Informationsbedürfnis des Patienten gilt es während der ersten Kontaktaufnahme zu klären und im Verlauf der Erkrankung wiederholt zu überprüfen (Walsh et al. 2011). Für eine patientenzentrierte Behandlung sind nicht nur das Verständnis der Erlebnisrealitäten und des Informationsbedürfnisses des Patienten essentiell, sondern auch dessen Umgang mit seinen Emotionen und den erhaltenen Erklärungen über seine Krankheit. Seine bevorzugten Coping-Strategien sollten akzeptiert werden. Einen falschen Umgang mit schwierigen emotionalen Situationen gibt es ebenso wenig, wie ein zu verhaltenes Informationsbedürfnis (Maex und De Valck 2006). Gattellari betont, dass unter Umständen auch ein Zuviel an Information schädlich sein könne, wenn der Umgang mit der Erkrankung beim betroffenen Patienten über innerpsychische Verdrängungsmechanismen funktioniere (Gattellari et al. 1999).

Um die genannten Herausforderungen meistern zu können, muss dem Patienten ausreichend Zeit eingeräumt und das Gefühl vermittelt werden, dass Raum für seine Perspektive und seine Emotionen ist. Wenn die behandelnden Personen diese erkennen und akzeptieren, ist die Grundlage für eine gute Kommunikation geschaffen.

In einem MDT multiplizieren sich die Kommunikationsprobleme dadurch, dass viele Mitglieder sowohl mit dem Patienten als auch untereinander gut kommunizieren müssen. Allen Mitgliedern müssen getroffene Entscheidungen bekannt sein, um konsistente Informationen für den Patienten bereitzustellen und ihn nicht zu verwirren (Wagstaff 2006, Blazeby et al. 2006, Boyle et al. 2005). Die Verantwortlichen müssen sich außerdem über die Rollenverteilung bei der Informationsgabe bewusst sein. Ansonsten wird der Patient auf der einen Seite leicht mit Informationen überladen, auf der anderen Seite entstehen Informationslücken oder inkonsistente Information (Jenkins et al. 2001). Die dazu benötigte Kommunikation im Team über den Patienten erfordert besonderes Fingerspitzengefühl. Zum einen müssen die behandelnden Ärzte den Teammitgliedern alle, für die Gesundheit des Patienten (lebens-)wichtigen, Informationen

zugänglich machen. Zum anderen Seite muss sichergestellt werden, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht seine exklusive Diskretion einbüßt. Dies muss dem Patienten gegenüber sorgsam kommuniziert werden, um transparent zu machen, dass die Behandlung koordiniert und nicht fragmentiert abläuft, der Patient aber trotz der Informationsweitergabe die Möglichkeit hat, Dinge im Vertrauen zu sagen, die dann nicht an das Team weitergeleitet werden (Zorbas et al. 2003, Porchet 2006).

Um all die Anforderungen im Bereich Kommunikation gemeinsam erfüllen zu können, müssen die Beteiligten eine gemeinsame Sprache finden, die für alle verständlich ist und über das Fachvokabular der eigenen Disziplin hinausgeht (DeWachter 1976).

Obschon viele Herausforderungen zu meistern sind, kann multidisziplinäres Arbeiten bei guter Organisation und geschulten Teams eine bessere, konsistentere Kommunikation ermöglichen, doppelte Untersuchungen ersparen, für besseres Verständnis der Krankheit beim Patienten sorgen und damit bessere Compliance erreichen (NBCC 2005b). Funktioniert die Patient-Team-Kommunikation nicht optimal, resultieren jedoch unter Umständen Ängste, Stress, Verwirrung und geringere Zufriedenheit. Dies kann wiederum negative Folgen für die Integration ins Team und Partizipation bei der Entscheidungsfindung haben (Boyle et al. 2004).

1.2.3. Patientenzentriertheit und Partizipation

Von den Zivilgesellschaften (v.a. der Industrieländer) wird zunehmend der Wunsch nach mehr Patientenpartizipation in medizinischen Belangen formuliert. Diese erfolgt über eine lückenlose Aufklärung des Patienten, zeitnahe Information über wichtige Geschehnisse und eine Teilhabe am Entscheidungsfindungsprozess (shared-decision making). Gemeinsam mit den Experten sollen die Patienten Behandlungsziele und Therapien diskutieren und auswählen. Der Patient hat dabei das letzte Wort und die Möglichkeit den Umfang der Partizipation selbst zu bestimmen. Um eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess spielen zu können, müssen den Patienten medizinische Inhalte auf verständliche Art und Weise vermittelt werden (Kemp 2007, Gattellari et al. 2001, Brown et al. 2012, Chewning et al. 2012) .

„Organizations need to make a shift in health care from being service centred and fragmented to being integrated and patient centred.“(Wessels et al. 2009)

Besonders wichtig und von der großen Mehrzahl der Patienten gewünscht, ist eine starke Integration der Familie in den Prozess der Behandlung. Meist ist der Arzt Ansprechpartner und Integrationsfigur, der die Partizipation im Behandlungsprozess möglich macht. Häufig ist es aber nötig, weitere Spezialisten (wie Sozialarbeiter, Hausärzte oder den ambulanten Sozialdienst) mit

in Entscheidungen einzubeziehen. Falls dies nicht passiert, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass wichtige Informationen übersehen werden. (Penson et al. 2006, Porchet 2006)

Praktisch alle Autoren, die sich mit MDTs auseinandersetzen, fordern eine Ausrichtung des Teams auf den Patienten. Der Patient solle im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen (Porchet 2006), oder gar ein Teil des Teams sein (DeWachter 1976). Ziel ist es unter anderem, neben den somatischen, vermehrt auch die psycho-sozialen Aspekte zu berücksichtigen, was während Konsultationen häufig nicht der Fall ist (Fagerlind et al. 2008).

Voraussetzung für Patientenzentriertheit ist eine gute Organisation des Teams. Diese kann nur erreicht werden, wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um die eigenen Kompetenzen und die der anderen Teammitglieder zu reflektieren und zu organisieren. Des Weiteren müssen Raum und Zeit vorhanden sein, um dem Patienten (durch Information und Beratung) die Teilhabe zu ermöglichen, ihn und seine Angehörigen also tatsächlich zu befähigen, eine „informed-choice“ im Entscheidungsfindungsprozess zu treffen (Wagstaff 2006, Porchet 2006, Walsh et al. 2011).

Es erscheint selbstverständlich, dass die Präferenzen der Patienten vor evtl. stattfindenden multidisziplinären Teamsitzungen oder Tumorkonferenzen eruiert werden sollten. Dies scheint aber bei weitem nicht immer der Fall zu sein und hat laut Blazeby et al. in immerhin 5% der diskutierten Fälle zur Folge, dass Entscheidungen der Tumorkonferenz nicht umgesetzt werden können. Noch häufiger käme es vor, dass Komorbiditäten während der entscheidenden Sitzung keinem der Anwesenden bekannt wären und Entscheidungen deshalb nicht umgesetzt würden (Blazeby et al. 2006).

Generell wünschen die Patienten zunehmend mehr Teilhabe am Behandlungsprozess. Dies kann durch bessere Informationsgabe erreicht werden, weil der Informationsstand des Patienten eng mit einem Gefühl größerer Involviertheit korreliert (Butow et al. 2002). Weitergehende Maßnahmen, wie etwa die Teilhabe der Patienten an Teamsitzungen oder Tumorkonferenzen, sind unter Medizinern umstritten, bei vielen Patienten aber durchaus erwünscht und laut Butow et al. auch gut umsetzbar (Butow et al. 2007).

1.2.4. Ausschlussmechanismen

Wird den Patienten nicht die Wahrheit gesagt oder Informationen vorenthalten, kann keine Integration ins Team stattfinden. Ebenso wenig kann von Integration gesprochen werden, wenn die Partizipation nicht funktioniert, sei es aus strukturellen (teamorganisatorischen) Gründen oder aufgrund schlechter Kommunikation. Wenn keine adäquate Kommunikation stattfindet,

keine Anerkennung der Bedürfnisse und Gefühle der Patienten erfolgt, kein fester Ansprechpartner vorhanden ist, keine Akzeptanz der Patientenwünsche existiert, können die Patienten unter Umständen aus dem Team ausgeschlossen bleiben (Boyle et al. 2005).

Weitere Ursachen für die Exklusion von Patienten können Migrationshintergrund, Sprachbarrieren und kulturelle oder politische Differenzen sein (Kennedy und Lloyd-Williams 2006).

Ebensowichtig ist das Verständnis der Abläufe und der Organisationsstruktur des Teams durch den Patienten. Schon beim ersten Kontakt, spätestens bei der Diagnosemitteilung sollte den Patienten erklärt werden, wer im Team für was zuständig ist. Wird dies versäumt, laufen die Experten Gefahr, den Patienten als potentiell wertvolles Mitglied des Teams zu verlieren (Blum und Blum 1991, Penson et al. 2006, Walsh et al. 2011).

Schlechte oder fehlende Integration ins Behandlungsteam steht dem Sinn der inter-/multidisziplinären Zusammenarbeit diametral entgegen und könnte für die Patienten negative Folgen haben. Es könnten daraus eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung, schlechtere Compliance, höhere psychische Morbidität und ggf. schlechteres Outcome resultieren. Weitere Folge könnte eine inadäquate, evtl. nicht dem Patientenwillen entsprechende Behandlung sein (Wagstaff 2006).

1.2.5. Selbstwahrnehmung des Patienten im Behandlungsteam

Da Teams per definitionem den Auftrag haben, eine möglichst umfassende Betrachtung der Probleme des Patienten zu gewährleisten, ist es wichtig, mehr über die Interaktion zwischen Team und Patient zu lernen. Dafür muss die Perspektive der Patienten vermehrt in den Mittelpunkt der Forschung gerückt werden.

Um die gesamte psychische Involviertheit der Patienten abzubilden und nicht nur auf oberflächliche Konstrukte wie Zufriedenheit, QoL oder Distress zu fokussieren, muss eine neue Kategorie, nämlich die Selbstwahrnehmung im Team, eingeführt werden. Ziel ist es, eine komplexe Situation zu erfassen und den vielfältigen Einflussmöglichkeiten Rechnung zu tragen und dennoch die subjektiv erlebte Realität der Patienten zu erfassen.

Alle bisher aufgeführten Faktoren, welche die Interaktion von MDT und Patient betreffen, rufen bei letzterem ein bestimmtes Gefühl der Stellung zum Team hervor. Dieses Gefühl kann als subjektive Betrachtung der eigenen Integration ins Behandlungsteam definiert werden. Diese Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam unterliegt vielen Einflussfaktoren. Das Verständnis

der Funktionsweise des Teams, die Team-Patient-Kommunikation, die Möglichkeiten der Partizipation sowie die Persönlichkeit und die Bedürfnisse des Patienten bilden ein Netzwerk, aus dem Integration resultiert oder eben nicht. Wie diese Integration durch die Patienten wahrgenommen wird, soll durch den Begriff „Selbstwahrnehmung im Team“ illustriert werden.

Es erscheint schlüssig, dass die eigene Involviertheit und das Gefühl von Integration, Einfluss auf die Psyche der Patienten hat, evtl. aber auch darüber hinaus die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam beeinflusst. Da eine optimale Behandlung nur über Kooperation des Patienten erreichbar ist, dürfte dessen Selbstwahrnehmung im Team auch eine ganz praktische Relevanz für die Therapie haben.

1.3. Forschungshypothesen

1.3.1. Hintergrund des Studienbeginns

Die wenigen verfügbaren Studien, die den Einfluss von multidisziplinären Teams auf der psychosozialen Ebene untersuchen, legen nahe, dass die gefühlte Stellung des Patienten zum Team Folgen für dessen Wohlbefinden und Zufriedenheit haben kann (vgl. 1.1.5-1.2.5). Außerdem werden verschiedene Einflussfaktoren genannt, die eine Integration der Patienten erleichtern bzw. erschweren. Diese Studie untersucht, welche Faktoren die gefühlte Integration ins Behandlungsteam beeinflussen und welche Zusammenhänge zwischen Selbstwahrnehmung der Patienten im Team und psychischer Verfassung (Belastung, Wohlbefinden, Stimmung, Zufriedenheit mit der Behandlung) bestehen. Auf Grundlage der Literaturrecherche sowie Gesprächen mit Ärzten und Patienten wurde folgendes Organigramm entwickelt, welches die Problemstellung visualisiert.



Abbildung 2 Organigramm

Folgende Variablen wurden extrahiert und sind in der Studie untersucht worden:

- Demografische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Art und Schwere der Erkrankung)
- Psychischer Zustand (Angst, Depression, (Symptom-)Belastung)
- Zufriedenheit mit den Abläufen (Schmerzmanagement, Pflege, Kommunikation...)
- Kommunikation im/mit dem Team (vgl. 1.2.2)
- Entscheidungsfindung und Partizipation (vgl. 1.2.3)
- Außenwirkung der Organisationsform des Teams
- Vertrautheit mit dem Team (wurde als Ausschlussvariable aufgenommen)
- Der Einflussfaktor Informationen von Dritten (Empfehlungen, Statistiken usw.) wurde nicht in die Studie aufgenommen, da er praktisch nicht evaluierbar ist.

1.3.2. Ableitung der Fragestellung

Das Studiendesign ist Hypothesen generierend angelegt. Daher wurde auf eine Ausarbeitung von Hypothesen verzichtet. Die Zielsetzung dieser Arbeit wurde stattdessen ausschließlich in Form von Forschungsfragen formuliert. Ziel war es, eine möglichst geringe Einschränkung des Blickfeldes zu erreichen und ausführlich mögliche Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Damit soll der Grundstein für weitere patientenzentrierte Forschung in diesem wichtigen Feld der Versorgungsforschung gelegt werden.

1.3.3. Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen dienten als Leitfaden für die Studie:

Wie sehen sich onkologische Patienten in Bezug zum Behandlungsteam?

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Selbstwahrnehmung im Team und dem Wohlbefinden sowie der Zufriedenheit der Patienten?

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam?

Dabei sind folgende Punkte Grundlage besonderer Beachtung, da sie in der Literatur als (mögliche) Einflussfaktoren genannt werden:

- a) Ist die Teamarbeit Patienten-zentriert (*patient-centered*) und hat der Patient eine Entscheidungsautonomie, kann er mitbestimmen und am Entscheidungsfindungsprozess teilhaben? (Ramirez 2009)
- b) Wie wirken sich die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und die Wahrnehmung der Organisationsstruktur auf die Selbstwahrnehmung im Team aus? (Boyle et al. 2004, Butow et al. 2002, Walsh et al. 2011)
- c) Sind Patienten von der Anzahl der Ärzte überfordert? (NBCC 2005c)
- d) Wie wirken sich Verständnisschwierigkeiten und niedriger Bildungsstand auf die Selbstwahrnehmung im Team aus? (Neil et al. 2003)

2. Material und Methoden

2.1. Durchführung der Erhebung

2.1.1. Ethische Implikationen

Die Studie wurde der Ethikkommission der Charité Berlin zur Überprüfung vorgelegt und ohne weitere Auflagen genehmigt. Da es sich um eine Untersuchung handelt, die nicht die klinische Prüfung eines Arzneimittels beinhaltet und keine physischen Interventionen am Patienten stattfanden, wurden die Gefahren für die Teilnehmer als äußerst gering eingeschätzt. In Anbetracht der Tatsache, dass auch das Ausfüllen eines Fragebogens eine psychische Belastung für den Patienten darstellen kann, wurde am Ende der Befragung eine psychoonkologische Betreuung angeboten bzw. auf diese aufmerksam gemacht. Im Pretest gaben 15% der Befragten an, dass Ausfüllen des Fragebogens für sie belastend (10%, 2 Probanden) bzw. sehr belastend (5%, 1 Proband) gewesen sei.

2.1.2. Ablauf und Durchführung

Als Probanden wurden stationäre Patienten der Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie des Klinikums Neukölln (KNK) rekrutiert.

Insgesamt wurden 189 Patienten angesprochen und über das Forschungsvorhaben aufgeklärt. 141 Patienten stimmten einer Teilnahme zu und erhielten den Fragebogen. Bis zum Ende der Befragung zwei Monate nach Beginn der Datenerhebung lag der Rücklauf bei 119 Fragebögen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 84%. Später abgegebene Fragebögen wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Ansprache erfolgte durch den Autor. Ziel der Ansprache war es, die Patienten zur Teilnahme an der Studie zu motivieren, über deren Ablauf zu informieren und gleichzeitig möglichst wenig Einfluss auf das Antwortverhalten zu nehmen. Primäres Ziel war es, die Objektivität des Tests durch ein neutrales Auftreten sicherzustellen. Außerdem erfolgte die Ansprache standardisiert und möglichst einheitlich im Ablauf. Auf Fragen wurde vorab geantwortet. Hilfen beim Ausfüllen des Fragebogens wurden zu späterem Zeitpunkt jedoch nicht mehr gegeben.

Um eine optimale Aufklärung zu gewährleisten, wurde eine Patienteninformation an die Teilnehmer ausgegeben, die über Freiwilligkeit der Teilnahme sowie Art, Umfang, Ablauf und Vertraulichkeit der Studie Auskunft gab.

Die Einwilligung wurde mit Hilfe einer Einverständniserklärung dokumentiert und der Fragebogen in einem verschließbaren Umschlag an die Teilnehmer ausgehändigt.

Die verschlossenen Umschläge wurden wiederum vom Autor eingesammelt und durch medizinische Hintergrundinformationen aus der ORBIS®-Patientendatenbank des KNK ergänzt.

2.1.3. Ausschlusskriterien

Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten die Patienten älter als 18 Jahre alt sein. Außerdem mussten sie im Stande sein, den Fragebogen auszufüllen und die Fragen adäquat zu beantworten. Ein weiteres Ausschlusskriterium war eine mangelnde Vertrautheit mit dem Team. Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die bereits länger als eine Woche auf Station verbracht hatten oder das Team schon von früheren Aufenthalten kannten.

2.1.4. Rahmenbedingungen

Da eine Befragung von Tumorpatienten a priori als belastendes Ereignis für die Teilnehmer gesehen werden muss, wurde von Anfang an versucht, die Belastungen durch die Studie so gering wie möglich zu halten. So wurde strikt davon Abstand genommen Patienten, die eine Teilnahme nicht wünschten, zu einer Partizipation zu überreden. Ebenfalls wurden die Freiwilligkeit und die Möglichkeit des Studienabbruchs betont.

Die Fragestellung der Untersuchung setzte teilweise die Erhebung persönlicher Daten voraus. Daher wurde großer Wert auf eine deutliche Erläuterung der Anonymität der Studie gelegt. Die Vertraulichkeit der Angaben hatte, auch gegenüber den behandelnden Ärzten und Pflegeern, absolute Priorität.

Um den Belastungen durch die Studie zu begegnen, wurde, wie bereits unter Punkt 2.1.1 erwähnt, eine psychoonkologische Beratung angeboten.

2.2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

2.2.1. Entwicklung des Fragebogens

Im Rahmen der Anforderungsanalyse erschien es schlüssig, einen standardisierten Fragebogen gemäß der personenbezogenen-empirischen Methode nach Schuler (Schuler 2001) (S.44 ff.) einzusetzen, da die Erfahrung der Untersucher mit qualitativen Methoden eingeschränkt und ein statistisch vergleichbares Ergebnis in Hinblick auf zukünftige Forschung gewünscht waren. Während der Literatur- und Datenbankrecherche sowie der Befragung von Experten wurde keine Definition des Konstruktes „Selbstwahrnehmung im Team“ gefunden. Der Fragebogen wurde dementsprechend anforderungsbezogen konstruiert.

Auf Grundlage der in Punkt 1.3.1 beschriebenen, angenommenen Einflussfaktoren in Bezug auf die Selbstwahrnehmung im Team wurden Items zu den drei Skalen „Organisation der Zusammenarbeit“, „Partizipation bei Entscheidungen“ und „Kommunikation im Team“ generiert, da angenommen wurde, dass diese maßgeblich für die Integration ins Behandlungsteam seien. Weitere Einflussfaktoren, wie demografischen Variablen und Vertrautheit mit dem Team, wurden zusätzlich mit wenigen Items abgedeckt. Zur Erhebung der grundlegenden, objektivierbaren Konstrukte Zufriedenheit, Ängstlichkeit, Depression und momentane Belastung (Distress) wurden bereits validierte Skalen herangezogen (vgl. 2.2.3). Das Erhebungsinstrument entstand folglich auf Grundlage einer rationalen Fragebogenkonstruktion, da die Itemgenerierung bzw. Skalenauswahl auf inhaltlichen Überlegungen basierte und nicht aus einem theoretischen Konstrukt abgeleitet wurde (Schuler 2001).

Dementsprechend fiel die Entscheidung für einen gemischten Test mit subjektiven (Selbst- und Fremdbeurteilung) und objektiven (z.B. Items zur Messung der Depressivität) Elementen. Die Itemmenge war breit gefächert, meist wurden mehrere Items zur Klärung eines Sachverhaltes eingesetzt. Mit Hilfe dieser externalen Konstruktion sollten später Gruppen von Patienten erkennbar werden, die sich in ihren Eigenschaften und subjektiven Beurteilungen unterscheiden. Als Fragenformat wurden Aussagen verwendet, die mit Hilfe einer sechser Zustimmungsskala, von „ich stimme voll zu“ bis „ich stimme gar nicht zu“, bewertet werden konnten.

Anschließend wurden durch einen Pretest die Verständlichkeit, Probleme im Umgang mit dem Fragebogen, Eignung der Antwortformate und die generelle Akzeptanz des Fragebogens ermittelt. Hierzu wurden 23 Patienten rekrutiert. Zur Schätzung der Reliabilität wird in der Literatur eine Stichprobe von $N > 100$ angegeben. Dies war im vorliegenden Fall nicht möglich. Um abschließende Aussagen über die Reliabilität machen zu können, müsste die endgültige Testform erneut an einer großen Stichprobe kreuzvalidiert werden.

In der Testphase wurden verschiedene testtheoretische Techniken eingesetzt. Zum einen wurde ein Feedbackbogen am Ende des Erhebungsinstrumentes angehängt, mit dessen Hilfe die Verständlichkeit, Schwierigkeiten beim Ausfüllen und Belastung durch den Fragebogen sowie die zum Ausfüllen benötigte Zeit ermittelt wurden. Zum anderen wurde bei zwei Patienten die „Kognitive Survey-Technik – Think aloud“ eingesetzt. Bei dieser Methode lesen die Patienten die Fragen laut vor und äußern ihre Gedanken zu den Items, anschließend beantworten sie diese wie vorgesehen (Fowler 1995) (S. 112). Außerdem wurde eine statistische Überprüfung des Testentwurfes vorgenommen, auf die weiter unten eingegangen wird.

In den Feedbackbögen sowie bei der Think aloud Technik zeigte sich, dass der Fragebogen zu großen Teilen gut verständlich formuliert war und beim Ausfüllen keine größeren Probleme auftraten. Es wurden lediglich einige Anweisungen überarbeitet und exakter formuliert sowie eine Frage zum Thema „Nebenwirkungen der Medikamente“ hinzugefügt, da dies von mehreren Patienten angesprochen wurde. Die Belastung durch die Teilnahme lag in einem akzeptablen Rahmen. 15% der Befragten gaben an, das Ausfüllen sei für sie belastend gewesen (vgl. 2.1.1.). Das Antwortformat, das als Sechskerskala sehr differenziert war, wurde trotz der Kritik einiger Probanden beibehalten, um eine der metrischen Skala nähere Verteilung zu erhalten.

Die statistische Analyse des Pretests umfasste eine Untersuchung der Itemschwierigkeit, -streuung und Normalverteilung, außerdem wurde die Itemtrennschärfe innerhalb der vorgesehenen Skalen evaluiert.

Die Skala „Organisation der Zusammenarbeit“ wurde wie folgt modifiziert: Von den anfänglich 21 Items wurden vier auf Grund unzureichender Streuung gelöscht und vier weitere wurden wegen mangelnder Trennschärfe aus der Skala gestrichen. Fünf Items wurden in andere Skalen überführt, davon drei in eine neu eingeführte Gruppe, die eine präzisere Vorhersage über die Vertrautheit mit dem Team geben sollte. Die interne Konsistenz der endgültigen Skala kann mit einem Cronbachs α von 0,7 angegeben werden. Dies entspricht dem später erhobenen Ergebnis im tatsächlichen Erhebungszeitraum und kann als gerade ausreichend angesehen werden.

Die Streuung in der Skala „Partizipation bei Entscheidungen“ war weitestgehend zufriedenstellend. So wurden wegen geringer Varianz nur zwei von anfangs 11 Items gestrichen. Zwei weitere Items wiesen eine zu geringe Trennschärfe auf. Da sie jedoch inhaltlich aussagekräftig waren, gingen sie außerhalb der Skalen in den endgültigen Fragebogen ein. Cronbachs α betrug 0,73. In der tatsächlichen Befragung erreichte die Skala allerdings eine interne Konsistenz von $\alpha=0,86$. Dies ist weitestgehend über die kleine Stichprobengröße in der Pretestphase erklärbar.

Die Analyse der Skala „Kommunikation im Team“ ergab eine nicht zufriedenstellende Streuung bei sechs der anfänglich 18 Items. Zusätzlich erreichten zwei Items nicht die gewünschte Trennschärfe und wurden ausgeschlossen. Für die neue Skala mit nun elf Items konnte als Maß für die Reliabilität Cronbachs α mit einem Wert von 0,85 ermittelt werden. In der endgültigen Version erreichte die Skala einen zufriedenstellenden Wert von $\alpha=0,77$.

Vor der Löschung von Items wurde jeweils abgewogen, ob die Inhaltsvalidität durch deren Entfernung gefährdet wäre. In einem solchen Fall wurde auf eine Löschung verzichtet bzw. das Item in den deskriptiven Teil ausgegliedert. Die Breite des Konstrukts war auf Grund des

explorativen Charakters der Studie ausschlaggebend und wurde daher höher bewertet als das Maß der Reliabilität (Cronbachs α).

Aufgrund des Fehlens vergleichbarer Studien zum Thema war ein weiteres Abschätzen der Testgütekriterien nicht möglich.

2.2.2. Der Fragebogen „SITS“

Der Self-perception in Team Survey (SITS) setzt sich aus einem einleitenden haptischen, diskriminierenden Element gefolgt von vier Skalen à sechs bis elf Items zusammen. Die Items wurden wie bereits in Abschnitt 2.2.1 erläutert rational konstruiert und mit Hilfe der Testgütekriterien getestet. Die in 2.2.2.1 ff. aufgeführten Items fanden Eingang in die Endversion des SITS. Sie wurden durch zusätzliche Instrumente, Biomedizinische Hintergrunddaten sowie Soziodemografische Variablen ergänzt (vgl. 2.2.3 - 2.2.5).

2.2.2.1. Piktogramm zur Erhebung der Selbstwahrnehmung im Team.

Um der Komplexität und Mehrdimensionalität des Themas Selbstwahrnehmung im multidisziplinären Team (vgl. 3.2.3.1) gerecht zu werden, wurde ein haptisches Element zur Erleichterung der intuitiven Beantwortung eingesetzt. Das Piktogramm (vgl. Abbildung 3) zielt auf die subjektive Wahrnehmung der eigenen Stellung im Team und fragt damit eine wichtige aber weitgehend unerforschte Kategorie ab (vgl. 1.2). Auf vier Abbildungen sind Konstellationen zu sehen, in denen ein Patient als Teil des Teams, im Zentrum des Teams, außerhalb des Teams oder umgeben von einer unorganisierten „Menschenmenge“ („Ich sehe kein Team“) dargestellt wird. Jede Abbildung ist mit den eben genannten Beschreibungen untertitelt. In der Handlungsanweisung wird betont, dass die Personen auf den Bildern Ärzte, Pfleger und das gesamte medizinische Personal, also ein multidisziplinäres Team, darstellen.

Die Zuordnung zu einer Gruppe des Piktogramms ermöglichte mittels U-Test das Auffinden von Unterschieden (und möglichen Ursachen für diese) zwischen Patienten die gut bzw. schlecht ins Team integriert sind, die dementsprechend eine bessere bzw. schlechtere Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam haben.

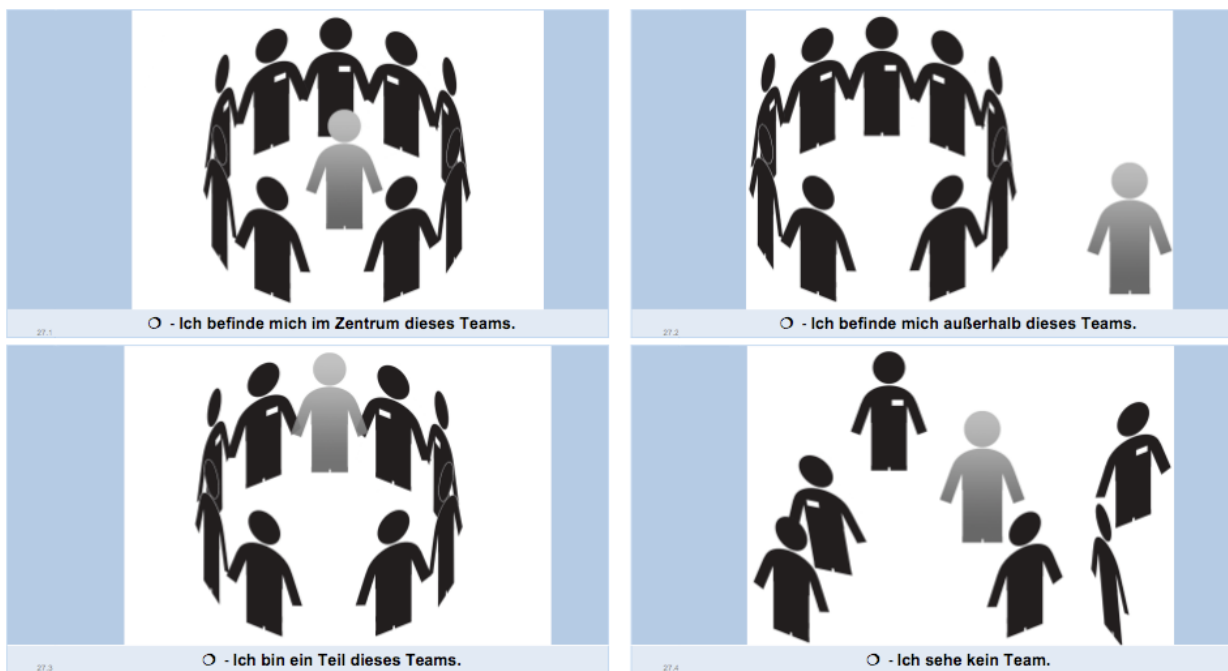


Abbildung 3 Piktogramm, Selbstwahrnehmung im Team

2.2.2.2. Skala 1 - „Organisation der Zusammenarbeit“

Folgende Aussagen sollten mittels einer Sechser-Zustimmungsskala („Ich stimme voll zu“ bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“) beantwortet werden:

- (28) Mir wurde erklärt welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.
- (29) Ich muss oft lange auf Termine warten.
- (30) Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.
- (31) Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt.
- (32) Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.
- (33) Die Kompetenzen meiner Ärzte sind mir nicht klar.
- (34) Das Team, das mich betreut und behandelt, hat eine gute Führung.
- (35) Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.
- (36) Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten.

Im Fokus bei der Auswahl der Items standen das Verständnis der Organisationsstruktur und deren Außenwirkung, die Anzahl der Ärzte (zu viele?) sowie die Frage nach einem festen Ansprechpartner.

Um der gesamten Skala einen Wert zuordnen zu können, wurde ein Score für die Skala gebildet: Im Folgenden als „Skala Zusammenarbeit (Mittelwerte der Skala)“ bezeichnet.

2.2.2.3. Skala 2 - „Partizipation bei Entscheidungen“

Folgende Aussagen sollten mittels einer Sechser-Zustimmungsskala („Ich stimme voll zu“ bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“) beantwortet werden:

- (37) Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.
- (38) Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.
- (39) Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an.
- (40) Ärzte und Pflegekräfte treffen Entscheidungen unter sich.
- (41) Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.
- (42) Ich kann über meine Therapie und Betreuung mitbestimmen.
- (43) Wichtige Entscheidungen zur Therapie werden über meinen Kopf hinweg getroffen.

Die Itemauswahl erfolgte nach den Schwerpunkten Berücksichtigung von Patientenwünschen, gefühlte Teilhabe am Entscheidungsfindungsprozess und Informationsweitergabe.

Um der gesamten Skala einen Wert zuordnen zu können, wurde auch für diese Skala ein Score gebildet. Er wird im Folgenden als „Skala Partizipation bei Entscheidungen (Mittelwerte der Skala)“ bezeichnet.

2.2.2.4. Skala 3 - „Kommunikation im Team“

Ebenso wie bei den vorangegangenen Skalen sollten folgende Aussagen mittels einer Sechser-Zustimmungsskala („Ich stimme voll zu“ bis „Ich stimme überhaupt nicht zu“) beantwortet werden:

- (44) Der Austausch von Informationen zwischen den Ärzten klappt gut.
- (45) Die Ärzte geben mir oft unterschiedliche Empfehlungen.
- (46) Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich.
- (47) Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung
- (48) Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.
- (49) Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat.
- (50) Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit.
- (51) Ich erhalte Informationen meist als Letztes.
- (52) Ich erhalte widersprüchliche Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegern und anderem medizinischen Personal.
- (53) Ich habe Schwierigkeiten, die Informationen über meine Krankheit zu verstehen.
- (54) Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.

Hauptaugenmerk lag hierbei auf Verständnisschwierigkeiten, Direktheit und Ehrlichkeit der Kommunikation sowie der Zeit für Kommunikation. Ebenso wie bei den zwei vorangegangenen Skalen wurde auch für diese Skala ein Score gebildet. Im Folgenden wird er als „Skala Kommunikation im Team (Mittelwerte der Skala)“ bezeichnet.

2.2.2.5. Weitere Fragen

Um weitere Aspekte abzufragen, die ggf. Einfluss auf die Selbstwahrnehmung im Team haben könnten, jedoch in keine der vorangehenden Skalen passten, wurden sechs Items in diese Kategorie ausgelagert. Folgende Bereiche wurden abgefragt: Vertrautheit mit dem Team, zwei Fragen explizit zum Pflegepersonal sowie ein Item, das sich mit den Informationen über die Nebenwirkungen der Therapie beschäftigt

- (55) Ich habe das Gefühl, dass ich mich hier im Klinikum Neukölln gut auskenne.
- (56) Krankenschwestern und Pfleger kennen meine Bedürfnisse besser als die Ärzte.
- (57) Ich weiß was eine Tumorkonferenz ist.
- (58) Ich war schon oft hier im Klinikum Neukölln.
- (59) Eine Krankenschwester oder ein Pfleger sollte meine Wünsche bei der Therapieentscheidung im Expertenteam vertreten.
- (60) Durch die Aufklärung kannte ich schon vor der Therapie deren Nebenwirkungen.

Mit der Zielsetzung mehr Informationen über die Patientensicht auf die Teammitglieder zu bekommen, wurden folgende Fragen am Ende des Fragebogens gestellt.

- (82) Durch wen haben Sie Ihre Erkrankung das erste Mal richtig verstanden?
- (83) Wer ist ihr wichtigster Ansprechpartner für Ihre Erkrankung?
- (84) Wer trägt die Hauptverantwortung für Ihre Therapie
- (85) Wer ist am besten über Ihre Erkrankung informiert?
- (86) Wem vertrauen Sie in Bezug auf Ihre Krankheit am meisten?

Als Antwortmöglichkeiten waren gegeben: Hausarzt/Allgemeinmediziner; Onkologe; Chirurg; Pfleger/Krankenschwester; Strahlentherapeut; Gynäkologe; Gastro-Enterologe; Pneumologe; HNO-Arzt; Keiner; Anderer Arzt, nämlich...

Abschließende Fragen mit offenem Antwortformat waren die folgenden:

- (87) Mit wie vielen Ärzten hatten Sie im letzten Jahr Kontakt?
- (88) Denken Sie einmal an das Klinikum Neukölln und alle medizinischen Mitarbeiter. An welcher Stelle hier im Klinikum sehen Sie besonderen Handlungsbedarf? Was muss verändert werden?
- (89) Was möchten Sie uns noch mitteilen? Haben Sie Anregungen oder Kritik in Bezug auf diese Studie?

2.2.3. Zusätzliche Instrumente

Zu den Items des SITS wurde eine Testbatterie zu verschiedenen psychologischen und soziologischen Dimensionen hinzugefügt die bereits in Studien an stationären Tumorpatienten genutzt wurden und für diese Zielgruppe validiert sind. Ziel dieser zusätzlichen Erhebungen war es, Zusammenhänge zwischen der „Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam“ und der psychischen bzw. körperlichen Belastung sowie der Zufriedenheit der Patienten aufzuzeigen. Dazu sind bereits

etablierte Konstrukte wie Zufriedenheit, „Belastung“ (distress) und Ängstlichkeit (anxiety) sowie Depression geeignet.

Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

2.2.3.1. Karnofsky Status Scale (Karnofsky Index, KI):

Eine Abschätzung der symptombezogenen Einschränkung der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung durch den Rekrutierer wurde entweder über mehrere orientierende Fragen während des Rekrutierungsgesprächs erhoben und/oder den vorliegenden Arztbriefen entnommen. (Karnofsky et al. 1948)

Folgende Tabelle zeigt die vorgesehenen Werte für die Einordnung von Tumorpatienten bezüglich ihrer körperlichen Konstitution.

Tabelle 3: Karnofsky Index

%	Gesundheitszustand des Patienten
100	Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung
90	minimale Krankheitssymptome
80	normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung
70	eingeschränkte Leistungsfähigkeit, kann sich alleine versorgen
60	gelegentliche fremde Hilfe
50	krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägerig
40	bettlägerig, spezielle Pflege erforderlich
30	schwerkrank, Krankenhauspflege notwendig
20	Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich
10	moribund, Krankheit schreitet schnell fort

2.2.3.2. Distress Thermometer (DT), Deutsche Version

Die (psychosoziale) Belastung der Probanden wurde mit Hilfe der visuellen Analogskala des NCCN Distress Thermometers (DT) erfasst. Über Subskalen wurden weitere Differenzierungen (körperliche, psychische, familiäre und seelische Probleme) erhoben.

Der Begriff Distress (psychosoziale Belastung) wird definiert als „ein breites Spektrum von missliebigen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, das von normalen Gefühlen der Vulnerabilität, Trauer und Angst bis hin zu Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reicht“ (NCCN 2003). Die Autoren betonen, dass der

Begriff gut von Patienten akzeptiert werde und eine große Bandbreite von Belastungen bei Tumorpatienten abdecke.

Das NCCN Distress-Thermometer besteht aus einer 11-stufigen Skala von 0 bis 10 und einer Problemliste, welche die Belastung auf familiärer, emotionaler, spiritueller und körperlicher Ebene eruiert. Der Patient kreuzt auf dem Thermometer an, wie stark belastet er sich in der letzten Woche, einschließlich des heutigen Tages, gefühlt hat.

Ein Wert auf dem Distress-Thermometer von fünf oder höher sollte als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. In der internationalen Literatur werden inzwischen aber auch niedrigere Werte als Cut-off angegeben. Sobald ein Wert größer fünf ermittelt wird, sollte dem betreffenden Patienten der Zugang zu einer intensivierten psychosozialen Beratung und Behandlung ermöglicht werden (Mehnert et al. 2006).

2.2.3.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Deutsche Version

Die Hospital Anxiety and Depression Scale ist ein von Snaith und Zigmond (Zigmond und Snaith 1983) entwickelter Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der medizinischen Versorgung. In etlichen Veröffentlichungen mit über 15.000 Patienten wurde die Validität der Skala, ihre instrumentelle Verwendbarkeit und Akzeptanz dokumentiert. Das gut etablierte Verfahren konnte bereits bei Patienten verschiedenster Disziplinen eingesetzt werden und hat sich als Screeninginstrument bewährt. Im Jahr 1995 wurde der HADS von Herrmann et al. (Herrmann et al. 1991), von der englischen Originalversion ausgehend, ins Deutsche übersetzt. In der vorliegenden Arbeit wurde diese deutsche Version verwendet. Äquivalent zur englischen Originalversion entsprechen Reliabilität, Faktorenstruktur und Skalenkonsistenz den allgemeinen Gütekriterien.

Die HADS wurde für den Einsatz in „nicht-psychiatrischen Abteilungen“ konzipiert und erfasst auch mildere Störungsformen. Daher eignet sich der Fragebogen gut als Screeningverfahren für die Erfassung psychischer Symptome in den Bereichen Angst und Depressivität, wenn sie bei Menschen mit einer somatischen Erkrankung, wie z.B. bei onkologischen Patienten, auftreten.

Die HADS enthält 14 Items (je 7 pro Subskala in alternierender Abfolge) mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten (0-3). Durch Addition der Itemscores ergibt sich damit ein möglicher Wertebereich von 0-21 (Summenwert). Dabei werden Werte von ≤ 7 auf jeder Subskala als unauffällig angesehen. Werte von 8-10 gelten als grenzwertig und solche ≥ 11 als auffällig. Die von Zigmond und Snaith angegebenen Cutoff-Werte sind als „Orientierungsmarken“ zu verstehen.

Unter gesunden Kontrollpersonen liegt der Mittel- bzw. Medianwert der Angstska­la bei 4-7, derjenige der Depressionsskala bei 2-5.

Die Angstska­la (HADS-A):

Die in der Angstska­la abgefragten Symptome entsprechen zum Teil denen der Leitlinien zu „Generalisierten Angststörungen“ (DSM-III-R bzw. ICD-10). Allgemeine Befürchtungen, Nervosität und Sorgen werden ebenso thematisiert wie Aspekte motorischer Spannung bzw. Entspannungsdefizite. Diese enthalten einen Körperbezug, jedoch keine Aussage über körperliche Beschwerden. Ein Item berücksichtigt die Prävalenz von Paniksymptomen, die im Kontext somatoformer Beschwerden häufig auftreten. Im Folgenden werden die verschiedenen Items der Subskala Ängstlichkeit wiedergegeben.

Items der Angstska­la (nach Herrmann et al. 1995) (Zigmond und Snaith 1983)

- Ich fühle mich angespannt oder überreizt.
- Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.
- Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.
- Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.
- Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
- Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
- Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

Die Depressionsskala (HADS-D):

Die Items der Depressionsskala beziehen sich auf Symptome wie zentrale Verluste an Motivation und Lebensfreude, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs. In den Klassifikationen von DSM-III-R und ICD-10 zählen diese zu den Leitsymptomen von depressiven Episoden. Nachstehend sind die zur HADS-D Subskala gehörenden Items aufgeführt.

Items der Depressionsskala (nach Herrmann et al. 1995)

- Ich kann mich heute noch freuen wie früher.
- Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.
- Ich fühle mich glücklich.
- Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
- Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
- Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
- Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

In dieser Studie wurde die HADS wie folgt angewendet. In der Anleitung zur Beantwortung des Fragebogens wurden die Probanden aufgefordert, die Items im Beurteilungszeitraum der jeweils „letzten Woche“ zu beantworten. Hierdurch werden kurzfristige, situationsbedingte Einflüsse weniger stark gewichtet.

Nach den Empfehlungen von Snaith und Zigmond (1983) wurde unter Verwendung der beiden Subskalen des Instruments HADS-A (Angst-Skala) und HADS-D (Depressions-Skala) bei der Auswertung als „auffälliger Wert“ ein Cutoff-Wert von ≥ 11 gewählt.

2.2.3.4. Modifizierte FAMCARE-Patient Scale, Deutsche Übersetzung

Um die Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Aspekten der Betreuung zu erfassen, wurde eine Übersetzung der ursprünglich für die Angehörigen von Patienten entworfene und durch Lo et al. für onkologische Patienten validierte FAMCARE-Patient Zufriedenheitsskala verwendet und um zwei weitere, das Team betreffende Items, ergänzt (Lo et al. 2009, Kristjanson 1993). Die ursprüngliche Skala ist für den Einsatz bei Tumorpatienten und Menschen mit palliativer Behandlung geeignet. Folgende Items wurden hinzugefügt: „Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit der Menschen, die Sie betreuen und behandeln?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie die Entscheidung über Ihre Behandlung getroffen wurde?“.

Die Antwortmöglichkeiten wurden mit dem restlichen Fragebogen vereinheitlicht. Daraus resultierte eine 6er-Zufriedenheitsskala von 1=sehr zufrieden bis 6=sehr unzufrieden. Die in der endgültigen Skala enthaltenen 19 Items sind im Folgenden dargestellt.

Wie zufrieden sind Sie mit...

- ...der Linderung Ihrer Schmerzen?
- ...der Aufmerksamkeit der Ärzte für Ihre Schilderung der Symptome?
- ...der Genauigkeit, mit der die Ärzte Ihre Symptome erfragen?
- ...den gegebenen Informationen zum Umgang mit Schmerzen?
- ...den gegebenen Informationen über Nebenwirkungen?
- ...der Zügigkeit, mit der Ihre Symptome behandelt werden?
- ...den Informationen über Ihre Untersuchungen?
- ...der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen?
- ... der Überprüfung und Vervollständigung von Untersuchungsbefunden und Behandlungen durch die Ärzte.
- ...den gegebenen Informationen über Ihre Prognose?
- ...den Antworten des medizinischen Personals?
- ...den Überweisungen zu Spezialisten?
- ...der Erreichbarkeit der Ärzte für die Beantwortung Ihrer Fragen?
- ...der Erreichbarkeit der Pflegekräfte für die Beantwortung Ihrer Fragen?
- ...die Art und Weise, in der Ihre Familie an Entscheidungen beteiligt wird?
- ...der Koordination Ihrer Behandlung?
- ...der Erreichbarkeit der Ärzte für Ihre Familie?
- ... der Zusammenarbeit der Menschen, die Sie betreuen und behandeln?
- ...der Art und Weise, wie die Entscheidung über Ihre Behandlung getroffen wurde.

2.2.4. Biomedizinische Hintergrunddaten

Um wichtige Einflussfaktoren von vornherein zu erheben, wurden krankheitsspezifische Daten aus der Patientendatenbank in den Datensatz des jeweiligen Patienten aufgenommen. Diese Daten

enthalten Angaben zu Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung, vorherigen malignen Erkrankungen, Metastasierung, vergangener Zeit seit Erstdiagnose, therapeutischer Intention, Zahl der Rezidive bzw. Progresse, Zahl der Chemotherapiezyklen, bereits erfolgten und geplanten Behandlungen (Chemotherapie, Chirurgie, Strahlentherapie, keine oder unbekannt) und dem Karnofsky-Index.

2.2.5. Soziodemografische Variablen

Zu Beginn des SITS werden Angaben zur Person erhoben. Es wurde nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Beziehungsstatus, Personen im Haushalt, Bildungsstand, beruflicher Situation, Krankschreibung und Berufsgruppe gefragt. Die Daten sollen eine Einordnung in den sozioökonomischen Kontext ermöglichen und weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Selbstwahrnehmung im Team erfassen.

2.3. Statistische Analyseverfahren

Für die statistische Auswertung wurden die Statistikprogramme IBM (PASW) Statistics 18 bzw. im Laufe der Arbeit IBM (SPSS) Statistics 19 verwendet.

2.3.1. Deskriptive Analyse und Skalvalidierung

Zunächst wurden die deskriptiven Statistiken analysiert. Die Lokation der Daten (Median, Minimum, Maximum, oberes/unteres Quartil) wurde betrachtet und anschließend die Validierung der Skalen vorgenommen. Dazu wurden Verteilungstests (Normalverteilung, Streuung, Schiefe und Kurtosis) durchgeführt und die interne Konsistenz der Skalen mit Hilfe des Cronbachs α bestimmt. Diese Trennschärfe wird als Gütemaßstab der Items der einzelnen Skalen betrachtet. Dies beinhaltet die inhaltliche Passung zur Skala, die Messgenauigkeit eines Items, die Itemschwierigkeit und Itemstreuung (s.o.) (Buehner 2004).

2.3.2. Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (U-Test)

Der U-Test vergleicht ebenso wie ein t-Test zwei unabhängige Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz. Er dient somit dazu, Gruppen in Bezug auf bestimmte Variablen zu vergleichen. Um den U-Test durchführen zu können, müssen die zu vergleichenden Variablen zunächst auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) und Varianzhomogenität (Levene-Test) getestet werden. Der U-Test wird auch beim Vergleich von Stichproben deutlich unterschiedlichen Umfangs, bei nicht intervallskalierten Variablen oder bei fehlender Normalverteilung angewendet. Er hat sich als robustes Verfahren erwiesen, das gegenüber Voraussetzungsverletzungen (Intervallskalenniveau, Normalverteilung) relativ unempfindlich ist.

Zur Berechnung der Prüfgröße U ordnet man die Daten aus beiden Stichproben in einer Rangliste und berechnet die Summe der Rangzahlen der Stichprobe und vergleicht sie mit den Quantilen der

von Wilcoxon bereitgestellten Tabelle. Bei zweiseitiger Fragestellung gilt: Liegt die Prüfgröße in dem Intervall der Quantilen,

$$\left[w_{n_1, n_2; \alpha/2}, w_{n_1, n_2; 1-\alpha/2} \right]$$

kann die Nullhypothese nicht verworfen werden (die Gruppen unterscheiden sich also nicht). Liegt die Prüfgröße nicht in dem Intervall, wird sie mit der Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha=0.05$ verworfen (die untersuchten Gruppen unterscheiden sich dementsprechend im untersuchten Merkmal) (IMIB 2008).

Zunächst wurden die vorliegenden Fälle mit Hilfe der in Abschnitt 2.2.2.1 beschriebenen Variable („Piktogramm“) in zwei Gruppen aufgeteilt.

In der Gruppe 1 wurden die Fälle zusammengefasst, die angegeben hatten:

Ich befinde mich im Zentrum dieses Teams.
Ich bin ein Teil dieses Teams.

In der Gruppe 2 befinden sich diejenigen, die sich folgendermaßen zum Team positionierten:

Ich befinde mich außerhalb dieses Teams.
Ich sehe kein Team.

Die Diskrimination erfolgte, um festzustellen, in welchen Merkmalen sich die Patienten unterscheiden, die eine unterschiedliche Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam haben.

2.3.3. Explorative Faktorenanalyse

Die explorative Faktorenanalyse wird eingesetzt, um eine Dimensionsreduzierung der vorliegenden Daten zu erreichen. Bei der Untersuchung eines theoretischen Konstruktes kann mit ihrer Hilfe ggf. ermittelt werden, auf wie vielen verschiedenen (vom Test erfassten) sog. latenten Variablen¹ das Konstrukt beruht. Außerdem kann die explorative Faktorenanalyse helfen, einen komplexen Merkmalsbereich in homogenere Teilbereiche zu untergliedern oder auszudifferenzieren. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn man a priori keine Annahmen über die Struktur eines Konstruktes hat.

Über multiple Korrelationen können so Items zu Faktoren zusammengefasst werden, die möglichst ohne Informationsverlust das zu untersuchende Konstrukt beschreiben. Wie eng dabei ein Item mit den Faktoren zusammenhängt, wird über die „Ladung“ des Items auf den Faktoren angegeben.

¹ Eine latente Variable beschreibt eine Größe/Eigenschaft, die sich einer direkten Messung entzieht. Sie ist (nach Operationalisierung) durch Indikatoren messbar.

In dieser Arbeit wurde, wie im Abschnitt 3.2.3.1 näher erläutert, eine Hauptachsenanalyse mit obliquer Rotation und paarweisem Fallausschluss angewendet.

2.3.4. Korrelationen

Um die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Skalen quantifizieren zu können, wurden nicht-parametrische Korrelationsanalysen (Spearman Rangkorrelation) durchgeführt. Regressionsanalysen waren aufgrund des Skalenniveaus, der hohen Korrelation zwischen einzelnen Skalen, sowie (teilweise) fehlender Normalverteilung nicht möglich.

3. Ergebnisse

3.1. Einschränkungen der statistischen Analyse

Eine explorativ angelegte Erhebung mit eingeschränkter Stichprobengröße, welche ein nach testtheoretischen Kriterien weitgehend unvalidiertes, nichtmetrisches Untersuchungsinstrument (den *SITS*) als Verfahren verwendet, unterscheidet sich in den Möglichkeiten der statistischen Auswertung von Studien mit kausal-attribuierendem Ansatz und großer Stichprobe. Der Statistiker Haselhoff (1970) beschreibt diese Form der Untersuchung wie folgt:

“Die Ergebnisse der Untersuchung mit kleineren Stichproben vermitteln [hauptsächlich] einen Einblick in die Vielfalt der überhaupt möglichen Variablen und damit in die Dimensionen des Problems. Darüber hinaus wird ein solches Material produktive Anregungen in Richtung auf die Formulierung einer größeren Zahl sinnvoller Hypothesen liefern.”

Die Hypothesengenerierung steht daher bei der Betrachtung der folgenden Ergebnisse im Vordergrund.

Der explorative Charakter der Studie ermöglicht die Untersuchung von zahlreichen Variablen. Ziel war es von Anfang an, das Blickfeld der Studie möglichst wenig einzuschränken und durch die Generierung vieler Items eine umfangreiche Analyse der Einflussvariablen zu ermöglichen.

Die gefundenen Zusammenhänge und die daraus extrahierten Hypothesen sollen den Grundstein für die weitere wissenschaftliche Forschung legen und die Methodenentwicklung in einem bisher wenig erforschten Bereich erleichtern. Rückschlüsse auf eine größere Population lässt diese Studie jedoch, aufgrund der genannten Limitierungen nicht zu.

In diesem Sinne waren die gefundenen, statistisch relevanten Variablen diejenigen, auf die das größte Augenmerk in der Auswertung gerichtet wurde. Derartige Variablen, welche keine Gruppenunterscheidung ergaben, wurden für die spätere Auswertung nicht verwendet.

3.2. Analyse des SITS

3.2.1. Stichprobenbeschreibung

3.2.1.1. Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter der Studienpopulation lag bei 61,8 Jahren. Der tatsächliche Altersdurchschnitt auf Station dürfte geringfügig höher liegen, da ein hohes Alter mit höherer Morbidität einhergeht, die wiederum eine Hürde bei der Rekrutierung für eine Befragung darstellt.

68 Männer und 50 Frauen nahmen an der Befragung teil. Das Geschlechterverhältnis unter den Befragten betrug demnach 1:1,36. Ursache für dieses Missverhältnis ist vor allem die Tatsache, dass Frauen mit Mammakarzinom überwiegend ambulant betreut werden und demnach nicht mit dieser Studie erreicht werden.

Die weiteren soziodemografischen Daten entsprechen dem Altersdurchschnitt. So ist das Bildungsniveau äquivalent zur Normalbevölkerung. Die Studienteilnehmer sind zum überwiegenden Teil berentet (61%), was in der vorliegenden Altersverteilung und im Erkrankungsspektrum begründet ist. Die meisten Patienten wohnen nicht allein, mehrheitlich leben zwei Personen im Haushalt ($M=1,81$ Personen). 61% der Probanden sind verheiratet, lediglich 14,4% sind geschieden und 11,9% sind bereits verwitwet.

3.2.1.2. Krankheitsbezogene Daten:

Wie in Tabelle 4 dargestellt, ist Lungenkrebs die häufigste Diagnose, gefolgt von HNO-Tumoren und hämatologischen Neoplasien. Prostata- und Mammakarzinom sind mit jeweils 3,4%, im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Tumorpatienten, deutlich unterrepräsentiert. Letztere werden, wie oben erwähnt weitestgehend in der ambulanten Versorgung (MVZ) betreut und seltener stationär aufgenommen als die häufig polymorbiden Patienten mit Lungenkrebs oder HNO-Tumoren. Für einen Teil (9,2%) der Probanden bestand zum Zeitpunkt der Befragung noch keine sichere Diagnose, beim Großteil dieser Gruppe war jedoch lediglich die Lokalisation des Primärtumors nicht eindeutig geklärt. 27,3% dieser Patienten waren bereits kausal therapiert worden.

Tabelle 4: Erkrankungsverteilung in der Studienpopulation

Entitäten	Häufigkeiten	Prozente
Lungenkrebs	36	30,5
HNO Tumoren	12	10,2
Leukämie	10	8,5
Non-Hodgkin-Lymphom	8	6,8
Rektum/Colon CA	6	5,1
Sonstige	6	5,1
Prostata CA	4	3,4
Mamma CA	4	3,4
Myelodysplastisches Syndrom	3	2,5
Ösophagus/Magen CA	2	1,7
Ovarial CA	2	1,7
Urothel CA	2	1,7
Multiples Myelom	2	1,7
Hepatozelluläres Karzinom	2	1,7
Plasmozytom	2	1,7
Nieren CA	1	,8
Uterus/Cervix CA	1	,8
Hodgkin Lymphom	1	,8
Peritoneal CA	1	,8
Duodenal CA	1	,8
Pleuramesotheliom	1	,8
Diagnose unsicher/unbekannt	11	9,3
Gesamt	118	100,0

Das Patientenkollektiv ist untypisch für eine sozio- bzw. psychoonkologische Studie, da sich Untersuchungen (besonders im psychoonkologischen Bereich) häufig ausschließlich mit an Mammakarzinom erkrankten Frauen beschäftigen. Die Verteilung in der vorliegenden Studie hingegen bietet ein realistischeres Abbild der tatsächlichen Verteilung auf hämatologischen und internistisch-onkologischen Stationen, die sich nicht auf eine Tumorentität spezialisiert haben.

3.2.1.3. Behandlungsmodalitäten und –intention:

Um ggf. Unterschiede zwischen Gruppen mit verschiedenen Therapien feststellen zu können, wurden aus der ORBIS®-Patientendatenbank medizinische Hintergrundinformationen erhoben. Diese geben Aufschluss über Behandlungsintention (kurativ/palliativ), geplante bzw. bereits durchgeführte Modalitäten (Chemotherapie, Radiotherapie, Chirurgie) sowie Anzahl an Chemotherapiezyklen, die ein Patient bereits erhalten hat.

Es zeigte sich erwartungsgemäß eine große Mehrheit an palliativ behandelten Patienten. Lediglich 22,8% der Befragten wurden mit kurativer Intention therapiert. Palliative Behandlungen erhielten 66,7% der Probanden. Bei 10,5% war noch unbekannt mit welcher Intention therapiert werden sollte.

71,4% der Teilnehmer hatten zum Befragungszeitpunkt bereits eine Behandlung mit Chemotherapeutika erhalten, 42,9% der Patienten waren aufgrund der malignen Erkrankung operiert worden und 38,7% hatten eine Strahlentherapie erhalten. Lediglich 12,6% der Befragten waren noch nicht kausal behandelt worden.

Die Patienten mit medikamentöser Therapie hatten im Mittel 4,66 Zyklen Chemotherapie erhalten (Median: 4).

3.2.1.4. Aufenthaltsdauer und Vertrautheit mit der Umgebung:

Die Messung der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam ist nur möglich, wenn die Probanden bereits die Möglichkeit hatten, sich mit dem Team vertraut zu machen und sowohl Organisationsabläufe als auch Kompetenzen der Behandelnden und Ansprechpartner zu erkennen. Wichtigste Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende Verweildauer auf Station (vgl. Ausschlusskriterien 2.1.3). Die seit der Erstdiagnose vergangene Zeit (Median: 4 Monate) sowie die subjektive Einschätzung der Patienten selbst zur Vertrautheit mit der Umgebung (Item 55 „Ich habe das Gefühl, dass ich mich hier im Klinikum Neukölln gut auskenne“, $M=2,69$ und Item 58 „Ich war schon oft hier im Klinikum Neukölln“ $M=2,75$) belegen eine gute Kenntnis der zu untersuchenden Strukturen.

3.2.2. Überprüfung der Skalen

Die Skalen „Partizipation bei Entscheidungen“, „Kommunikation im Team“ und „Organisation der Zusammenarbeit“ entsprechen den gängigen Qualitätsstandards für Skalvalidierung (Innere Konsistenz und Trennschärfe). In der vorliegenden Studie konnten auch für die bereits validierten Skalen (HADS und FAMCARE) gute Werte für Validitätskriterien erreicht werden.

Tabelle 5: Cronbachs alpha

Skalen	Cronbachs α (für stand. Items)
Organisation der Zusammenarbeit	0,72
Partizipation bei Entscheidungen	0,86
Kommunikation im Team	0,77
Zufriedenheit (Satisfaction)	0,946
HADS Anxiety*	0,83
HADS Depression*	0,83

*Fehlende Werte in der HADS wurden entsprechend der Empfehlung durch Mittelwerte ersetzt und Fälle mit mehr als zwei fehlenden Werten aus den Vergleichen ausgeschlossen.

3.2.3. Deskriptive Befunde

3.2.3.1. Piktogramm

Betrachtet man die Verteilung auf die vier Gruppen der unter Punkt 2.2.2.1 beschriebenen Variable („Piktogramm“), so zeigt sich bei der Mehrzahl der Patienten eine sehr positive Einschätzung der eigenen Stellung im/zum Team .

Tabelle 6: Selbstwahrnehmung im Team – Verteilung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Ich befinde mich im Zentrum dieses Teams.	30	25,2	25,9
Ich bin ein Teil dieses Teams.	62	52,1	53,4
Ich befinde mich außerhalb dieses Teams.	14	11,8	12,1
Ich sehe kein Team.	10	8,4	8,6
Gesamt	116	97,5	100,0
Keine Angabe	3	2,5	
Gesamt inkl. keine Angabe	119	100,0	

79,3% der befragten Patienten sehen sich selbst dementsprechend als Teil oder im Zentrum des Teams. Dieser hohe Wert übertraf die Erwartungen der Autoren und führte dazu, dass während der weiteren Auswertung die vier Gruppen in zwei zusammengefasst wurden, um ausreichende Gruppengrößen zu erreichen. Im Folgenden wird daher nur noch zwischen Patienten, die sich „als Teil oder im Zentrum des Teams“ fühlen (Gruppe 1, N=92) bzw. denjenigen, die „kein Team sehen“ oder sich „außerhalb des Teams“ fühlen (Gruppe 2, N=24) unterschieden (vgl. Abbildung 4).

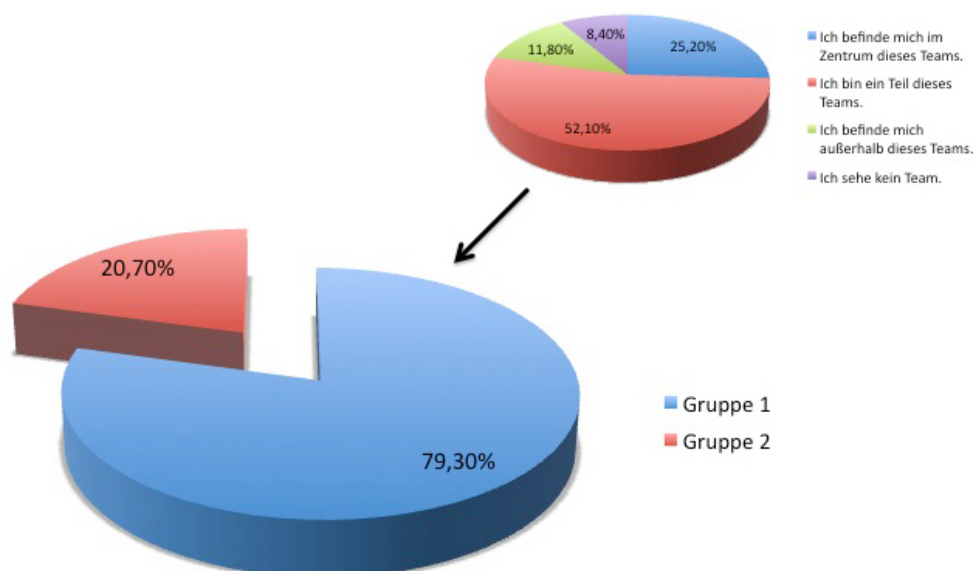


Abbildung 4 Gruppenbildung

3.2.3.2. Skala 1 - „Organisation der Zusammenarbeit“

Die Ergebnisse für die Skala „Organisation der Zusammenarbeit“, dargestellt in Tabelle 7, sind größtenteils positiv. Positiv formulierten Items (zum Beispiel: „Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung“) wurde im Durchschnitt eher zugestimmt, während negativ formulierte Items (zum Beispiel: „Ich muss oft lange auf Termine warten“) eher abgelehnt wurden. Lediglich das Item 36 („Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten.“) entspricht nicht dem Trend dieser Skala. Es handelt sich um ein negativ formuliertes Item, weil es vom tatsächlichen Prozedere in der Studieneinrichtung abweicht. Rund 56% stimmen der Aussage dennoch zu. Auffällig ist auch die große Zahl an Patienten, die dieser Aussage „voll zustimmen“ (28,4%). Es herrscht bezüglich dieser Frage jedoch auch die größte Uneinigkeit innerhalb der Studienpopulation. Die Varianz ist mit 3,09 im Vergleich zu allen anderen Items dieser Skala (1,29-2,37) deutlich erhöht. Das themenverwandte Item 35 („Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.“), erfährt mit ca. 84% wiederum eine deutliche Zustimmung. Dies legt nahe, dass den Patienten nicht allein eine moderne medizinische Versorgung wichtig zu sein scheint. Wird ganz direkt bezogen auf die derzeitige Situation gefragt (zum Beispiel: Item 31 „Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt.“), stimmen immerhin noch etwa 46% der Probanden zu.

Tabelle 7: Skala 1 - Organisation und Zusammenarbeit.

	N		Mittelwert*	Median*	SD
	Gültig	Fehlend			
28 - Mir wurde erklärt welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.	109	10	2,63	2,00	1,296
29 - Ich muss oft lange auf Termine warten.	105	14	3,63	4,00	1,540
30 - Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.	107	12	2,64	2,00	1,269
31 - Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt.	103	16	3,52	4,00	1,514
32 - Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.	106	13	2,79	3,00	1,364
33 - Die Kompetenzen meiner Ärzte sind mir nicht klar.	97	22	3,64	4,00	1,536
34 - Das Team, das mich betreut und behandelt, hat eine gute Führung.	104	15	2,40	2,00	1,137
35 - Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.	101	18	2,41	2,00	1,266
36 - Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten.	109	10	3,00	3,00	1,759
<i>Skala Zusammenarbeit (Mittelwerte der Skala)</i>	<i>113</i>	<i>6</i>	<i>3,00</i>	<i>3,11</i>	<i>0,820</i>

*6er Zustimmungsskala: 1=ich stimme voll zu, 6= ich stimme gar nicht zu

3.2.3.3. Skala 2 - „Partizipation bei Entscheidungen“

Die Ergebnisse der Skala „Partizipation bei Entscheidungen“, dargestellt in Tabelle 8, fallen ähnlich positiv aus wie jene der Skala 1. Wie schon bei Skala 1 „Organisation der Zusammenarbeit“ wurde positiv formulierten Items (zum Beispiel: „Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.“) eher zugestimmt, während negativ formulierte Items (zum Beispiel: „Wichtige Entscheidungen zur Therapie werden über meinen Kopf hinweg getroffen.“) in der Mehrzahl abgelehnt wurden. Die Partizipationsmöglichkeiten wurden von der Mehrheit aller Patienten positiv bewertet. Lediglich die mangelnde Kommunikation zwischen den Spezialisten wurde teilweise kritisch bewertet. Eine knappe Mehrheit (52%) der Befragten stimmte der Aussage 38 („Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.“) zu. Auch das Item 40 („Ärzte und Pflegekräfte treffen Entscheidungen unter sich.“) erreichte mit 50% Zustimmung einen nicht dem Trend entsprechenden Wert.

Tabelle 8: Skala 2 – Partizipation bei Entscheidungen.

	N		Mittelwert*	Median*	SD
	Gültig	Fehlend			
37 - Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.	106	13	2,41	2,00	1,040
38 - Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.	102	17	3,45	3,00	1,520
39 - Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an.	103	16	3,68	4,00	1,463
40 - Ärzte und Pflegekräfte treffen Entscheidungen unter sich.	100	19	3,58	3,50	1,532
41 - Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.	97	22	3,39	3,00	1,366
42 - Ich kann über meine Therapie und Betreuung mitbestimmen.	99	20	3,21	3,00	1,256
43 - Wichtige Entscheidungen zur Therapie werden über meinen Kopf hinweg getroffen.	102	17	3,94	4,00	1,495
<i>Skala Partizipation bei Entscheidungen (Mittelwerte der Skala)</i>	<i>111</i>	<i>8</i>	<i>3,12</i>	<i>3,21</i>	<i>1,076</i>

*6er Zustimmungsskala: 1=ich stimme voll zu, 6= ich stimme gar nicht zu

3.2.3.4. Skala 3 - „Kommunikation im Team“

Im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Skalen, zeigt die Skala „Kommunikation im Team“ sogar noch eine leicht bessere Bewertung der Gegebenheiten in der Studieneinrichtung. Sowohl die Kommunikation der Teammitglieder untereinander und die Einbeziehung von Angehörigen der Patienten, als auch die Team-Patient-Kommunikation wurden sehr positiv gesehen. Leichte Kritik gab es in den Bereichen Informationsgabe und zur Verfügung stehender Zeit: 51% stimmten der Aussage 51 („Ich erhalte Informationen meist als letztes.“) zu. Die Aussage: 50 („Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit.“) erreichte 50% Zustimmung. Im Widerspruch dazu steht allerdings die 70%ige Zustimmung zur Aussage 46 („Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich“). Ob daraus ein Unterschied zwischen dem „Personal“ im Allgemeinen und den „Ärzten“ auf der anderen Seite abgeleitet werden kann, bleibt unklar. Sämtliche Ergebnisse der Skala zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Skala 3 – Kommunikation im Team.

	N		Mittelwert*	Median*	SD
	Gültig	Fehlend			
44 - Der Austausch von Informationen zwischen den Ärzten klappt gut.	105	14	2,51	2,00	1,020
45 - Die Ärzte geben mir oft unterschiedliche Empfehlungen.	100	19	3,76	4,00	1,311
46 - Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich.	102	17	2,82	3,00	1,293
47 - Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen, geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung	104	15	2,46	2,00	1,222
48 - Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.	100	19	2,69	3,00	1,032
49 - Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat.	101	18	4,16	4,00	1,541
50 - Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit.	100	19	3,66	3,50	1,297
51 - Ich erhalte Informationen meist als letztes.	94	25	3,67	3,00	1,447
52 - Ich erhalte widersprüchlichen Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegern und anderem medizinischen Personal.	97	22	4,32	4,00	1,351
53 - Ich habe Schwierigkeiten, die Informationen über meine Krankheit zu verstehen.	100	19	3,96	4,00	1,421
54 - Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.	99	20	2,81	2,00	1,440
<i>Skala Kommunikation im Team (Mittelwerte der Skala)</i>	110	9	2,80	2,90	0,838

*6er Zustimmungsskala: 1=ich stimme voll zu, 6= ich stimme gar nicht zu

3.2.3.5. Weitere Fragen

Folgende Ergebnisse ergaben sich für die Fragen, die den SITS außerhalb der drei Skalen ergänzen.

Tabelle 10: Weitere Fragen.

	N		Mittelwert*	Median*	SD
	Gültig	Fehlend			
55 - Ich habe das Gefühl, dass ich mich hier im Klinikum Neukölln gut auskenne.	105	14	2,69	2,00	1,325
56 - Krankenschwestern und Pfleger kennen meine Bedürfnisse besser als die Ärzte.	99	20	3,68	4,00	1,260
57 - Ich weiß, was eine Tumorkonferenz ist.	98	21	3,16	3,00	1,739
58 - Ich war schon oft hier im Klinikum Neukölln.	102	17	2,75	2,00	1,842
59 - Eine Krankenschwester oder ein Pfleger sollte meine Wünsche bei der Therapieentscheidung im Expertenteam vertreten.	99	20	3,40	3,00	1,609
60 - Durch die Aufklärung kannte ich schon vor der Therapie deren Nebenwirkungen.	102	17	2,61	2,00	1,364
87 - Mit wie vielen Ärzten hatten Sie im letzten Jahr Kontakt?***	106	13	8,03**	6,00**	7,438

*6er Zustimmungsskala: 1=ich stimme voll zu, 6= ich stimme gar nicht zu.

**Freitext Eingabe.

Die Ergebnisse belegen eine gute Kenntnis der Gegebenheiten in der Studieneinrichtung (vgl. Item 55 und 58). Damit ist ein ausreichender Einblick in die Struktur des Behandlungsteams und eine etablierte Selbstwahrnehmung in Bezug auf das Team zu erwarten.

Kenntnisse über Abläufe der Patientenversorgung in der Studieneinrichtung sind nicht optimal. So stimmten 40% nicht mit der Aussage 57 („Ich weiß was eine Tumorkonferenz ist.“) überein. Allerdings werden auch nicht für alle Patienten Tumorkonferenzen durchgeführt, so dass dieser Wert nicht überbewertet werden sollte.

Fragen, welche auf die Stellung des Pflegepersonals abzielten, wurden wie folgt beantwortet. Der Aussage 56 („Krankenschwestern und Pfleger kennen meine Bedürfnisse besser als die Ärzte.“) stimmen nur 40% der Befragten zu. Immerhin 56% stimmen der Aussage 59 („Eine Krankenschwester oder ein Pfleger sollte meine Wünsche bei der Therapieentscheidung im Expertenteam vertreten.“) zu. Somit fordert eine Mehrheit ein ähnliches Modell, wie es bereits in anderen Ländern praktiziert wird (vgl. 1.1.3.2).

In Bezug auf Frage 82 („Durch wen haben Sie Ihre Erkrankung das erste Mal richtig verstanden?“), ergab sich folgendes Bild:

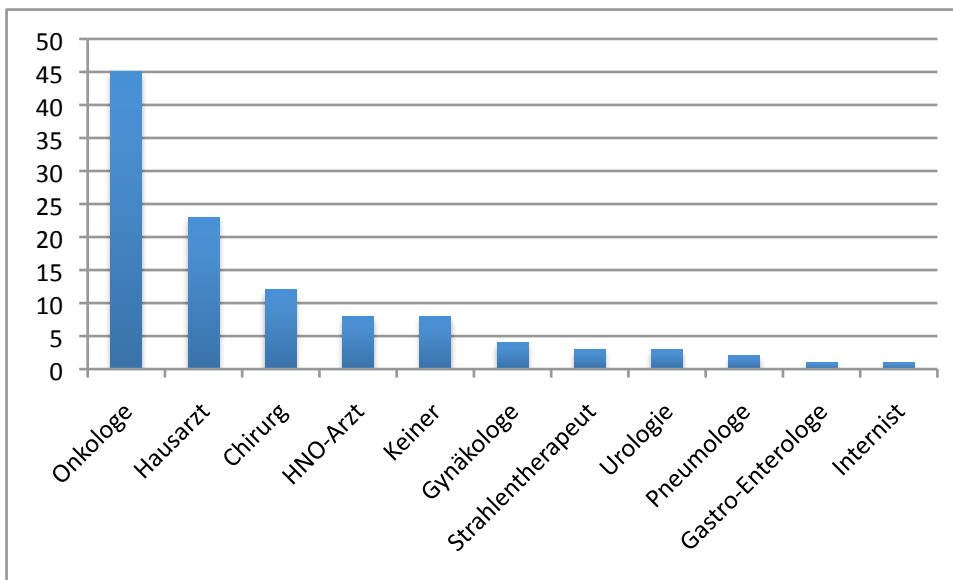


Abbildung 5 Durch wen haben Sie Ihre Erkrankung das erste Mal richtig verstanden?

Noch deutlicher zeigt sich die Wichtigkeit der Onkologen für die Patienten in der Darstellung der Ergebnisse bezogen auf Frage 83 („Wer ist ihr wichtigster Ansprechpartner für Ihre Erkrankung?“)

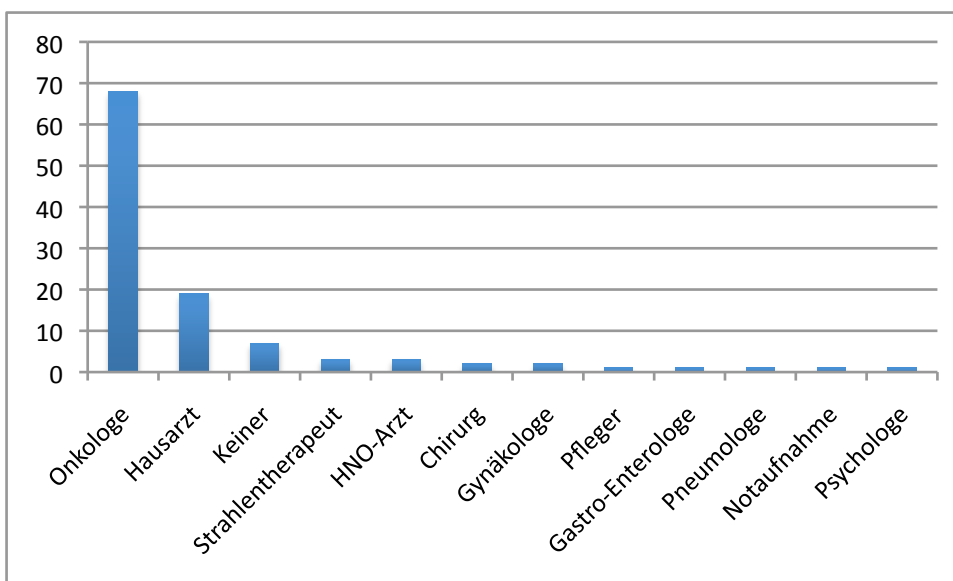


Abbildung 6 Wer ist Ihr wichtigster Ansprechpartner?

Vergleichbare Ergebnisse wie in den voranstehenden Abbildungen erbrachten die folgenden Items:

- Wer trägt die Hauptverantwortung für Ihre Therapie?
- Wer ist am besten über Ihre Erkrankung informiert?
- Wem vertrauen Sie in Bezug auf Ihre Krankheit am meisten?

Die Probanden sahen auch hier Hausärzte und Onkologen als vertrauenswürdige, bestinformierte Ansprechpartner bzw. Hauptverantwortliche für die Therapie. Bemerkenswert erscheint, dass die Antwort „Keiner“ (jeweils mit ca. 5-7%) an dritter bzw. fünfter Stelle platziert ist. Es gibt also einige Patienten, die sich unzureichend informiert und betreut fühlen.

3.2.3.6. Offene Fragen

Auf die offenen Fragen am Ende des Fragebogens: „Was möchten Sie uns noch mitteilen?“ und „An welcher Stelle hier im Klinikum sehen Sie besonderen Handlungsbedarf? Was muss verändert werden?“, antworteten insgesamt 87 Patienten. Einige Bereiche wurden dabei gehäuft angesprochen. Nach einer Einteilung in fünf Gruppen ergab die Auszählung folgendes Ergebnis.

Tabelle 11 Offene Fragen

Thema	Nennungen
Kommunikation und Organisation des Teams	16
Mehr Personal nötig, zu wenig Zeit	15
Zimmer, Einrichtung, Hygiene	10
Wartezeiten	7
Essen	6

Die meisten Verbesserungsvorschläge konnten dem Bereich Kommunikation und Organisation des Teams zugeordnet werden. Der am zweithäufigsten kritisierte Punkt war die fehlende Zeit von Ärzten und Pflegeern. Dies ist sicherlich zum Teil dadurch begründet, dass sich der zuvor ausgefüllte Fragebogen mit diesen Themen beschäftigte, während die anderen Themenbereiche nicht enthalten waren, so dass kein quantitativer Schluss aus den o.g. Zahlen gezogen werden sollte. Dennoch gab es interessante Anmerkungen, von denen einige aus dem Bereich Kommunikation und Organisation im Folgenden exemplarisch dargestellt werden:

- „Absprache zwischen Ärzten und Krankenschwestern muss besser koordiniert werden“
- „Auf der Station wechseln die Ärzte zu schnell. Ich bin im 5. Zyklus der Chemo und habe in der Zwischenzeit 8 Ärzte bei meiner Behandlung. Am Anfang waren es 3 Ärzte. Hier baute sich auch ein persönliches Verhältnis auf, wo man Fragen stellen konnte. Man bekam sie beantwortet. In der Zwischenzeit wechseln die Ärzte und die Zeit ist nicht mehr da, auch wenn sie es ganz machen würden: sie haben zu viele Patienten. So können sie sich nicht die Zeit nehmen.“
- „...bessere Kommunikation zwischen den Ärzten und Schwestern.“
- „Für ausländische Patienten ein Übersetzer und die Familie immer kontaktieren über besondere Eingriffe oder diverse Behandlungen.“
- „Der Kontakt zu allen med. Mitarbeitern beschränkt sich auf deren Besuch im Krankenzimmer.“
- „Kommunikation von Ärzten unter sich. Ärzte sollen mehr Zeit mit Patienten verbringen um sich mehr kennen zu lernen. Entscheidungen von Ärzten sind ok, aber Patienten sollten darüber informiert werden und einverstanden sein.“
- „Kommunikation zwischen Stationen und innerhalb der Stationen. Es werden bei einem Aufenthalt von 2x3 Tagen in kurzen Abständen 10x die gleichen Fragen gestellt.“

- „Mehr medizinische Aufklärung schon in früher Phase der Erkrankung. Zu späte Übernahme von Urologen in die Onkologie.“
- „Mehr Zeit und Aufklärung für Patienten. Pat. ernst nehmen, auf Probleme eingehen (Schmerzen usw.), auch private Probleme.“

3.2.3.7. Karnofsky Index

In der Auswertung zeigt sich erwartungsgemäß eine deutliche Abweichung von der Normalbevölkerung. Der KI ($M=71,86$) ist im Vergleich deutlich alteriert und zeigt die körperliche Morbidität der Patienten. Zur Einordnung der oben genannten Zahlen vgl. Tabelle 3.

3.2.3.8. Distress Thermometer (DT), Deutsche Version

Die mit dem DT erfasste psychosoziale Belastung ist im Vergleich zur Bevölkerung deutlich erhöht. In der Studienpopulation ergibt sich eine Normalverteilung mit $M=5,9$. Betrachtet man die Subskalen, so ist die Belastung der Patienten vor allem auf emotionale und körperliche Belastungen zurückzuführen. Im Bereich familiärer bzw. spiritueller Probleme ist die Anzahl der genannten Probleme deutlich geringer.

Die Subskala des DT „Körperliche Probleme“ unterstreicht die Aussage des Karnofsky-Index: Im Mittel geben die Patienten über 6 körperliche Probleme an, die sie in der letzten Woche belastet haben

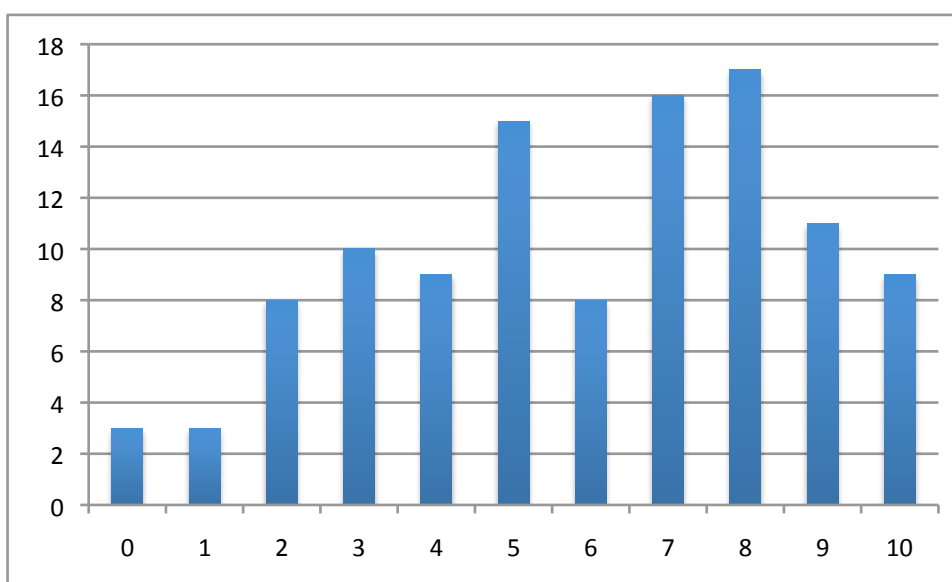


Abbildung 7 Distress Thermometer

3.2.3.9. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Deutsche Version

Gemäß der von Herrmann et al. (Herrmann et al. 1991) vorgeschlagenen Auswertung der HADS wurden aus den Item-Antworten verschiedene Scores abgeleitet. Für die Skalen Ängstlichkeit

(HADS-A) und Depressivität (HADS-D) wurden jeweils Mittel-, Summen- und Cut-Off-Werte berechnet (vgl. 2.2.3.2).

In der Studienpopulation werden sowohl für HADS-A als auch für HADS-D deutlich pathologische Werte gemessen. In Abbildung 8 ist die Verteilung der Daten in der Studienpopulation dargestellt.

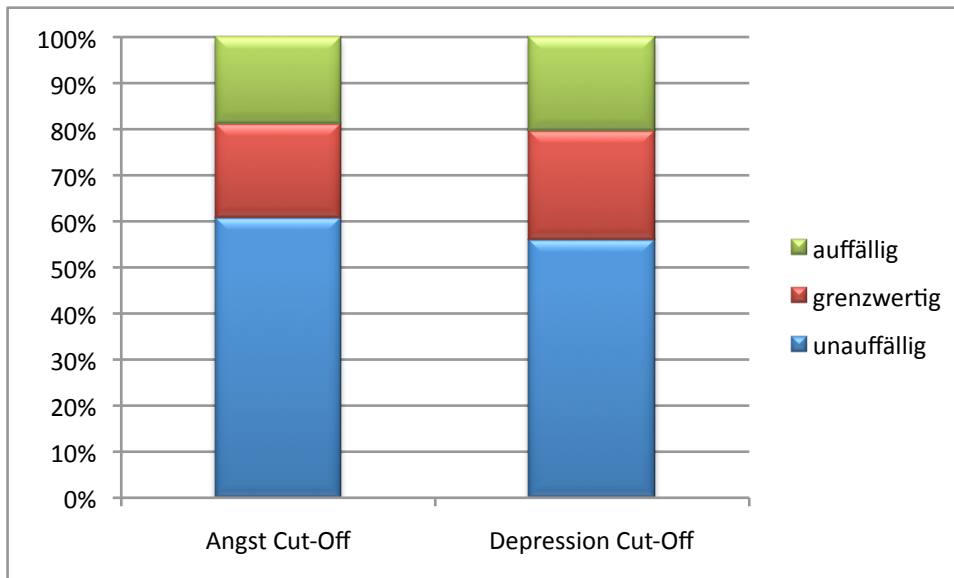


Abbildung 8 HADS Cut-Off

Die Werte für Depressivität und Ängstlichkeit sind im Vergleich zur gesunden Bevölkerung deutlich erhöht. Allerdings entsprechen die Ergebnisse weitestgehend denen von anderen Studien an Tumorpatienten (Mehnert et al. 2006).

3.2.3.10. Modifizierte FAMCARE-Patient Scale

Die Ergebnisse der modifizierten Zufriedenheitsskala sind durchgehend positiv. In praktisch allen Bereichen zeigte sich eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit mit der Betreuung. Dies gilt auch für die hinzugefügten Variablen 78 und 79, welche die Zufriedenheit mit der Teamarbeit messen sollen.

Tabelle 12: Famcare Zufriedenheitsskala.

Wie zufrieden sind Sie mit...	N		Mittelwert*	Median*	SD
	Gültig	Fehlend			
61 - ...der Linderung Ihrer Schmerzen?	106	13	2,19	2,00	,987
62 - ...die Aufmerksamkeit der Ärzte für die Schilderung Ihrer Symptome?	105	14	2,16	2,00	1,001
63 - ...der Genauigkeit, mit der die Ärzte Ihre Symptome erfragen?	104	15	2,17	2,00	,970
64 - ...den gegebenen Informationen zum Umgang mit Schmerzen?	100	19	2,44	2,00	1,067
65 - ...den gegebenen Informationen über Nebenwirkungen?	101	18	2,50	2,00	1,154
66 - ...der Zügigkeit, mit der Ihre Symptome behandelt werden?	101	18	2,50	2,00	1,055
67 - ...den Informationen über Ihre Untersuchungen?	103	16	2,57	2,00	1,035
68 - ...der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen?	106	13	2,42	2,00	1,068
69 - ... der Überprüfung und Vervollständigung von Untersuchungsbefunden und Behandlungen durch die Ärzte.	101	18	2,54	2,00	1,073
70 - ...den gegebenen Informationen über Ihre Prognose?	104	15	2,66	3,00	1,048
71 - ...den Antworten des medizinischen Personals?	107	12	2,34	2,00	,890
72 - ...den Überweisungen zu Spezialisten?	91	28	2,42	2,00	,944

*6er-Skala von 1=sehr zufrieden bis 6=sehr unzufrieden.

3.2.4. Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test (U-Test)

Zur weiteren statistischen Auswertung wurden U-Tests durchgeführt, um signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Skalen des SITS in Bezug auf die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam (vgl. 3.2.3.1) ausfindig zu machen.

Die Items waren ausreichend normalverteilt. Varianzhomogenität war lediglich in drei Fällen (Items 35, 40 und 50), welche aus der Berechnung ausgeschlossen wurden, nicht gegeben.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 im Anhang dieser Arbeit zu finden. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen 1 und 2 ergaben sich bei folgenden Items bzw. Skalen (die Nullhypothese musste abgelehnt werden):

- 28 - Mir wurde erklärt, welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.
- 30 - Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.

- 32 - Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.
- 34 - Das Team, das mich betreut und behandelt, hat eine gute Führung.
- 37 - Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.
- 38 - Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.
- 39 - Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an.
- 41 - Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.
- 47 - Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen, geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung
- 48 - Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.
- 49 - Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat.
- 51 - Ich erhalte Informationen meist als letztes.
- 52 - Ich erhalte widersprüchlichen Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegekräften und anderem medizinischen Personal.
- 54 - Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.
- FAMCARE Patient Scale (Mittlere Zufriedenheit)
- SITS Skala Organisation der Zusammenarbeit
- SITS Skala Kommunikation im Team
- SITS Skala Partizipation bei Entscheidungen
- Skala HADS-A (Angst Summenwert und Mittelwert)

Für die oben genannten Items bzw. Skalen gilt, dass Patienten, die der Gruppe 2 zugehörig waren, signifikant häufiger negativ formulierten Items zustimmten bzw. positiv formulierte Items ablehnten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass signifikante Unterschiede in den Mittelwerten beider Gruppen in folgenden Bereichen bestehen:

- Existenz eines festen Ansprechpartners (32),
- Informationsweitergabe an den Patienten und dessen Angehörige (54, 51, 39),
- Direktheit und Ehrlichkeit der Kommunikation (48, 49, 51, 52),
- Eindruck der Führung und Organisation des Teams (34, 30),
- Patientenzentrierung der Entscheidungsfindung (37, 38, 39, 41),
- Zufriedenheit,
- und Ängstlichkeit

dementsprechend können Zusammenhänge mit der Selbstwahrnehmung im Team und diesen Bereichen postuliert werden .

In folgenden Bereichen unterscheiden sich die Mittelwerte im U-Test nicht signifikant (Die Nullhypothese war nicht abzulehnen.):

- Das Verständnis und die Vertrautheit mit der Situation
- Items, welche die große Anzahl von Ärzten problematisieren
- Alter und Geschlecht
- Skala HADS-D (Depressivität)
- (Symptom-)Belastung, Distress (Distress Thermometer)
- Vergangene Zeit seit Erstdiagnose

3.2.5. Explorative Faktorenanalyse

Zunächst einmal lässt sich sagen, dass mit der explorativen Faktorenanalyse keine Dimensionsreduzierung erreicht wurde. Auch das Ziel, den komplexen Merkmalsbereich „Selbstwahrnehmung im Team“ in homogenere Teilbereiche zu untergliedern wurde nicht erreicht. Dies ist der Fall, obwohl die Daten für eine explorative Faktorenanalyse geeignet waren (KMO-Wert: 0,717) und die Items ausreichend untereinander korrelierten (Bartlett's Test ist signifikant). Auch in der Anti-Image-Matrix weist die Korrelationsmatrix fast ausschließlich MSA-Koeffizienten von $>0,5$ auf sowie viele $>0,8$ was einer akzeptablen bis guten Eignung zur Faktorenanalyse entspricht. Lediglich das Item 29 musste aus der Analyse ausgeschlossen werden. Die Schiefe (bei allen Items $<1,12$) und Kurtosis ($<1,29$ und $>-1,2$) entsprachen den in der Literatur angegebenen, akzeptablen Bereichen.

3.2.5.1. Art der Analyse

Ziel war es, Zusammenhänge zwischen Items auf bestimmte latente Variablen zurückzuführen. Daher wurde die Hauptachsenanalyse (HAA), nicht die Hauptkomponentenanalyse (HKA) gewählt. Es kann nicht davon ausgegangen werden (wie es aber bei der HKA der Fall ist), dass die Items in ihrer Varianz zu 100% durch die resultierenden Faktoren erklärt werden. Messungenauigkeiten können nicht komplett ausgeschlossen werden, sie sind im Gegenteil in der Forschungsrealität eher die Regel. Dementsprechend folgt die Studie der Empfehlung von Russel (Russell 2002) in der Nutzung der HAA.

Da die Faktorenanalyse auf geometrischen Modellen beruht, kann durch Drehung des betrachteten Raumes (Personenraum bzw. Faktorraum) eine bessere Passung des Modells an die Daten erreicht und dieses dadurch besser interpretierbar werden (Varianzmaximierung). Durch diese Rotationstechniken wird die Art und Weise, wie die Items durch die Faktoren erklärt werden, verändert. Ziel der Rotation ist eine Einfachstruktur, also eine klare Zuordnung eines Items zu einem Faktor. Hierfür gibt es zwei unterschiedliche Arten von Rotationstechniken. Orthogonale Rotationen führen zu unkorrelierten Faktoren, wohingegen oblique Rotationen zu korrelierten Faktoren führen. Da korrelierte Faktoren angenommen wurden, wurde eine oblique Rotation mit der Promax-Methode gewählt.

In die Analyse wurden die Items der vier SITS-Skalen sowie krankheitsbezogene und soziodemografische Daten, die Summenwerte des HADS-A und -D, die mittlere Zufriedenheit und der Distress-Score der Probanden aufgenommen.

3.2.5.2. Extraktion der Faktoren

Bevor mit einer Berechnung der Itemscores auf den Faktoren begonnen werden konnte, musste zunächst ermittelt werden, wie viele Faktoren zur hinreichenden Erklärung der Variabilität vorliegender Items nötig waren. Hierzu werden in der Literatur verschiedene Methoden vorgeschlagen. Für eine abschließende Postulierung der Faktorenanzahl spielt die inhaltliche Plausibilität eine große Rolle. Hierauf wird im Folgenden eingegangen.

Der Scree-Test, ein graphisches Verfahren zur Bestimmung der optimalen Faktorenanzahl, legt eine 2/3-Faktorenlösung nahe. In einer weiteren Methode, dem Minimum–Average–Partial–Test (MAP-Test), werden 4 Komponenten vorgeschlagen, wobei der 3. und 4. Faktor den gleichen "squared partial correlation"-Wert haben. Die Annahme einer 3 Faktorenlösung ließ sich im Paralleltest, der die Daten mit einem großen Zufallsdatensatz vergleicht, aber nicht reproduzieren, dort gibt es unendlich Lösungen.

Wird dennoch ein 3-Faktoren Modell angenommen, liegt die aufgeklärte Varianz lediglich bei:

- Faktor 1: ca. 20,33 %
- Faktor 2: ca. 20,62 %
- Faktor 3: ca. 7,39 %

Dies sind geringe Werte, die nahelegen, dass deutlich mehr Faktoren benötigt werden, um die Varianz der vorliegenden Items zu erklären.

In der Faktorenmatrix (siehe Tabelle 15 im Anhang) zeigt sich außerdem keine Einfachstruktur, d.h. die Items laden nicht homogen auf bestimmte Faktoren. Gerade die oben erwähnte inhaltliche Plausibilität ist nicht gegeben. Items, die dasselbe Merkmal abfragen sollen, laden auf unterschiedliche Faktoren und einzelne Items laden gleichmäßig auf verschiedene Faktoren. Dies zeigt, dass eine 3-Faktorenlösung der Komplexität des zu untersuchenden Konstrukts nicht gerecht wird. Auch erscheint eine größere Anzahl an Faktoren sinnvoll, da die Items sehr breit angelegt waren, um den Blickwinkel in Bezug auf das multifaktorielle Konstrukt „Selbstwahrnehmung im Team“ nicht durch Setzungen zu verengen. Eine große Anzahl an Faktoren erscheint daher logisch.

Weitere Versuche, Faktoren und damit latente Variablen mit Hilfe der explorativen Faktorenanalyse zu extrahieren, wurden dementsprechend verworfen, da die Faktorenanzahl im Voraus nicht verlässlich bestimmt werden konnte.

3.2.6. Korrelationen

Um Stärke und Richtung des Einflusses auf die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam quantifizieren zu können, wurde Spearmans Rho bestimmt. Tabelle 13 zeigt die Korrelationskoeffizienten in Bezug auf die dichotome Variable der Selbstwahrnehmung im

Behandlungsteam (Gruppe 1=gut integriert; Gruppe 2=schlecht integriert) und andere Skalen des SITS.

Tabelle 13 Spearmens Rho - Korrelationen mit Selbstwahrnehmung im Team.

	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	N
Skala 1 "Organisation und Zusammenarbeit" (Mittelwerte)	,392**	,000	112
Skala 3 "Kommunikation im Team" (Mittelwerte)	,355**	,000	109
Modifizierte FAMCARE-Patient Zufriedenheitsskala (Mittelwerte)	,266**	,005	109
Skala 2 "Partizipation bei Entscheidungen" (Mittelwerte)	,234*	,014	110
HADS Angst Summenwert	,186*	,045	116
HADS Depression Summenwert	,140	,135	116
Distress Thermometer Skala	,107	,274	107

**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Wie erwartet, korrelieren vor allem die Skalen 1-3 mit der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam. Eine schlechtere Integration ins Team geht also mit kritischeren Einschätzungen der Kommunikation, der Zusammenarbeit und der Partizipationsmöglichkeiten einher. Die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam korreliert ebenfalls mit der Zufriedenheit und dem Angst-Summenwert der HADS. Eine gefühlte, schlechte Integration ins Team steht dementsprechend in Zusammenhang mit höherem Angstniveau und geringerer Zufriedenheit mit der Behandlung. Ähnliche Ergebnisse legt der U-Test nahe (vgl. 3.2.4).

Die Skalen sind untereinander ebenfalls stark korreliert. Besonders die Skalen 1-3, die HADS Angstskala und die modifizierte FAMCARE-Patient Zufriedenheitsskala korrelieren untereinander. Vergleiche Tabelle 16 im Anhang.

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit nähert sich dem Thema „Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam“ explorativ, um die Patientenperspektive auf das multidisziplinäre Team besser zu verstehen und mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren. Die Ergebnisse werden im nachfolgenden Teil in Bezug zur aktuellen wissenschaftlichen Literatur und auf dem Hintergrund theoretischer und methodischer Überlegungen diskutiert.

4.1. Methodisches Vorgehen

Die Durchführung einer Studie, von der Entwicklung der Fragestellung, über die Literaturrecherche, die Konstruktion und Validierung des Fragebogens, Ansprache der Patienten und Durchführung der Befragung, bis hin zur statistischen Auswertung sowie der abschließenden Bewertung und Verschriftlichung, war eine große Herausforderung mit vielen möglichen Fehlerquellen, die es zu vermeiden galt.

Die Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit war weit gefasst, um die Team-Patient-Interaktion im Gesamten zu betrachten. Mit der Selbstwahrnehmung im Team wurde eine sehr umfassende Zielvariable gewählt. Bei der Definition der „Selbstwahrnehmung im Team“ wurden einige Annahmen zu Grunde gelegt, die sich mit der vorliegenden Literatur teilweise nicht zweifelsfrei belegen lassen. Dies könnte, aufgrund verzerrter Wahrnehmung, eine Werturteilsproblematik in den Ergebnissen der Arbeit bedingen.

Die statistische Analyse, von Natur aus Quelle vielfältiger Fehler, war aufgrund verschiedener Probleme mit besonderer Vorsicht durchzuführen. So war etwa die Reliabilität der Fragebogenitems und der Skalen nicht gut im Voraus abschätzbar, da Vergleichsstudien fehlten und die Probandenzahl im Pretest sehr niedrig war. Die nach Abschluss der Studie ermittelte befriedigende bis gute Reliabilität bestätigt die Vorgehensweise dennoch.

Aufgrund der Skalenniveaus konnten, nach Anlage strenger statistischer Richtlinien, keine Regressionen durchgeführt werden. Da es sich vor allem um ordinalskalierte Daten bzw. im Fall des Piktogramms sogar um eine Nominalskala handelte, waren die Möglichkeiten der Analyse von Beginn an eingeschränkt. Dennoch sind die interessanten Ergebnisse eine Bestätigung für dieses Vorgehen. Das haptische Element „Piktogramm“ als Hilfsmittel zur

verständlichen Darstellung einer komplexen und facettenreichen Situation (wie der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam) hat sich als praktikabel erwiesen.

Der Versuch die Komplexität der Daten zu reduzieren führte mittels explorativer Faktorenanalyse nicht zum Erfolg, was kritisch bewertet werden muss. Am Ende erscheint es jedoch verständlich, dass ein vieldimensionales Konstrukt nicht einfach in drei oder vier Faktoren zerlegt werden kann.

Die Konstruktion des Fragebogens hätte optimiert werden können. So wurde die Vertrautheit mit dem Team unter anderem über die Kenntnis der Tumorkonferenz erfragt, welche gar nicht für alle Patienten durchgeführt wird. Durch die weiteren Items (z.B. 55 und 58 sowie das Ausschlusskriterium von einer Woche auf Station) war es dennoch möglich, die Vertrautheit mit dem Team abzuschätzen. Die Messung der Patientenzufriedenheit muss kritisch gesehen werden. Die Ergebnisse sind, wie häufig bei Zufriedenheitsmessungen (vgl. (Kroll 2009, Wessels et al. 2009)) sehr positiv und eignen sich wenig zur Abgrenzung von Problembereichen. Die kritische Sicht auf Zufriedenheitsskalen in der Literatur hat dennoch nicht den Ausschluss dieser aus dem Fragebogen bewirkt, da die Zufriedenheit der Patienten als zentrales Konstrukt für die Patientensicht angenommen wurde.

Verwunderlich erscheint auf den ersten Blick, dass die Items des SITS und das Distress Thermometer (DT) nicht sehr stark korrelieren. Gerade im Vergleich mit der HADS (mit der es starke Interkorrelationen mit dem DT gibt) ist der Zusammenhang eher schwach. Auch dient das DT nicht als statistischer Prädiktor für eine Zugehörigkeit zu Gruppe 1 oder 2. Dies könnte darin begründet sein, dass das DT stark auf körperliche Probleme ausgerichtet ist (bzw. von Patienten so verstanden wird) und die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam eher einen sozial-psychischen Schwerpunkt hat.

Es bleibt die Frage, ob bei der Fragebogenkonstruktion wichtige Bereiche vernachlässigt wurden, die eine Rolle für das Verständnis der Selbstwahrnehmung im Team und den daraus resultierenden Folgen spielen. So wurde beispielsweise die Annahme, dass Vorannahmen/Vorurteile der Patienten, z.B. durch Informationen von Dritten, eine Rolle für die Selbstwahrnehmung im Team spielen, aufgrund praktischer Erwägungen nicht weiter verfolgt (vgl. 2.2.1). Interessant wäre es in diesem Zusammenhang, die Fragestellung dieser Studie mit Hilfe einer qualitativen Studie zu untersuchen, um die Breite des Konstrukts zu überprüfen.

Abschließend stellt sich die Frage nach Eignung der Studieneinrichtung und der Zusammensetzung des untersuchten Kollektivs. Die Studienpopulation ist nicht typisch für psychoonkologische Studien. Meistens werden diese an homogenen Kollektiven (wie z.B. Patientinnen mit Mammakarzinom) durchgeführt. Die Vergleichbarkeit der vorliegenden Arbeit ist dadurch eingeschränkt. Gleichzeitig ist die Zusammensetzung der Patientengruppe eine große Stärke dieser Arbeit, da sie besonders typisch für eine deutsche hämatologische und internistisch-onkologische Station ist, die ein breites Spektrum an onkologischen Erkrankungen abdeckt.

4.2. Forschungsfragen

4.2.1. Forschungsfrage 1

Wie sehen sich onkologische Patienten in Bezug zum Behandlungsteam?

Wie bereits unter Punkt 3.2.3 ausgeführt, war die Selbstwahrnehmung der Patienten im Behandlungsteam deutlich positiver als erwartet. So gaben 53% der Probanden an, sich „als einen Teil des Teams“ zu fühlen. Dennoch fühlen sich über 20% der Befragten nicht als Teil des Teams. Sie gaben an, außerhalb des Teams zu stehen (12,1%) bzw. gar kein Team zu sehen (8,6%).

Ein Vergleich dieser Zahlen mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur ist nicht möglich, da diese Arbeit in Bezug auf die Untersuchung von Selbstwahrnehmung und Integration von onkologischen Patienten ein Novum darstellt. Verfügbare Studien beschäftigen sich mit der Zusammensetzung bzw. Zusammenarbeit des Teams, mit der Interaktion Team-Patient oder mit den Outcomeparametern der Patienten und den jeweiligen Verbesserungsmöglichkeiten in diesen Bereichen. Eine Betrachtung der Integration ins Team aus Patientenperspektive fand bisher nur am Rande statt. Die Selbstwahrnehmung im Team, also die Perzeption des *Prozesses* einer multidisziplinären Behandlung, könnte aber für die eben genannten Outcomeparameter sowie für die Interaktion Team-Patient, als gewichtige Einflussvariable, eine ggf. unterschätzte Rolle spielen.

Im Folgenden werden daher die möglichen Ursachen und Folgen einer solchen Selbstwahrnehmung im Team betrachtet.

4.2.2. Forschungsfrage 2

Welche Auswirkungen hat die Selbstwahrnehmung im Team auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patienten?

Im Mann-Whitney-U Test ergaben sich zwischen beiden Gruppen deutlich signifikante Unterschiede bei den Skalen Mittlere Zufriedenheit und Ängstlichkeit. In Bezug auf die Belastung (Distress) und Depressivität ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten.

Ähnliche Annahmen finden sich bei Boyle et al 2004:

„Anxiety rises when patients feel they are not being heard, and this anxiety can interfere with their decision-making and recall of important information, lengthen consultations and hospital stays, and increase pain.“ (Boyle et al. 2004)

Ein Zusammenhang zwischen der Selbstwahrnehmung im Team und objektiven Testvariablen (Ängstlichkeit, Zufriedenheit) kann somit als gesichert angesehen werden. Eine kausale Attribuierung ist jedoch nicht abzuleiten. Es ist nach Durchführung der statistischen Analyse unklar, ob höhere Angstlevel und geringere Zufriedenheitswerte in Gruppe 2 ihre Ursache in der schlechteren Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam haben oder ggf. ein genau umgekehrter Zusammenhang besteht. Wie das oben genannte Zitat und auch die Korrelationen in dieser Arbeit nahelegen, bestehen außerdem viele Korrelationen (und ggf. Scheinkorrelationen) zwischen den Items und Scores des SITS.

Dennoch ist der Zusammenhang deutlich und eine eingehendere Betrachtung dieses Zusammenhangs wäre lohnenswert. Beispielsweise könnten Versuche unternommen werden, jene Patienten, die eine schlechte Selbstwahrnehmung im Team haben, vermehrt zu integrieren oder ihren Bedürfnissen bezüglich Kommunikation, Partizipation usw. besser zu begegnen. Sollte die Ängstlichkeit der Patienten dadurch reduziert werden können, wäre die Selbstwahrnehmung im Team, z.B. in Form des Piktogramms (vgl. 2.2.2.1), als Screeninginstrument für schlecht ins Team integrierte Patienten nutzbar.

4.2.3. Forschungsfrage 3

Welche Einflussfaktoren gibt es für „die Selbstwahrnehmung und Zugehörigkeit in Bezug auf das Team“?

Folgende Themenbereiche konnten, mit Hilfe der U-Tests, als Einflussfaktoren auf die Selbstwahrnehmung im Team (Gruppe 1 „Teil oder im Zentrum des Teams“ vs. Gruppe 2 „kein Team“ oder „außerhalb des Teams“) festgestellt werden (vgl. 3.2.4):

- Existenz eines festen Ansprechpartners (32),
- Informationsweitergabe an den Patienten und dessen Angehörige (54, 51, 39),
- Direktheit und Ehrlichkeit der Kommunikation (48, 49, 51, 52),
- Eindruck der Führung und Organisation des Teams (34, 30),
- Patientenzentrierung der Entscheidungsfindung (37, 38, 39, 41),

- Zufriedenheit,
- und Ängstlichkeit

Die Korrelationsanalysen erbrachten ähnliche Ergebnisse. Hier zeigte sich eine starke Korrelation zwischen der Gruppenzugehörigkeit und den Skalenwerten für die drei Skalen „Organisation der Zusammenarbeit“, „Partizipation bei Entscheidungen“, „Kommunikation im Team“ sowie für den Angstsummenwert (HADS-A) und die Zufriedenheit mit der Behandlung.

a) Ist die Teamarbeit Patienten-zentriert (patient-centered) und hat der Patient eine Entscheidungsautonomie, kann er mitbestimmen und am Entscheidungsfindungsprozess teilhaben?

Die fehlende Patientenzentrierung und mangelnde Partizipation bei Entscheidungsfindungsprozessen in MDTs wird von diversen Autoren bemängelt (vgl. 1.2.2-1.2.4). Auch in dieser Studie zeigte sich in mehreren Fällen ein Zusammenhang zwischen Selbstwahrnehmung im Team und der subjektiven Einschätzung der eigenen Möglichkeit zur Einflussnahme. Bei folgenden Items erzielten Patienten der Gruppe 1 signifikant höhere Werte als Patienten der Gruppe 2, sie bewerteten ihre Position insgesamt also besser.

- 37 - Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.
- 38 - Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.
- 39 - Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an.
- 41 - Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.

Patienten der Gruppe 1 sahen für sich demnach signifikant stärker die Möglichkeit, die Therapieentscheidung mitzugestalten und Wünsche einzubringen, und fühlten sich im Mittel besser informiert als die Patienten der Gruppe 2. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Butow et al.. In einer Studie aus dem Jahr 2007 ergaben sich ebenfalls Hinweise, dass besser informierte Patienten ein stärkeres Gefühl von Involviertheit bei Entscheidungsfindung haben (Butow et al. 2002, Butow et al. 2007).

Zur Verbesserung dieser Situation werden in der internationalen Literatur verschiedene Möglichkeiten diskutiert: Zum Beispiel die Benennung von Cancer-Nurses (Krebskrankenschwestern) als Ansprechpartner und Vertreter der Patienteninteressen (z.B. auf Tumorkonferenzen). Aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die

Implementierung von speziell ausgebildeten Krebskrankenschwestern große Beiträge zur Patientenversorgung leisten kann (Viklund et al. 2006, NBCC 2005a).

Letzteres wünschen sich im Übrigen auch die Mehrheit der befragten Patienten. So stimmt eine Mehrheit von 56% der Patienten der Aussage 59 („Eine Krankenschwester oder ein Pfleger sollte meine Wünsche bei der Therapieentscheidung im Expertenteam vertreten.“) zu. In der Gruppe 2 sind es sogar 68%, die eine solche Vertretung wünschen. Die Patienten dieser Gruppe fühlen sich auch signifikant schlechter in ihren Wünschen gehört. So ergab der U-Test, dass das Item 41 („Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.“) ein statistischer Prädiktor für eine schlechte Selbstwahrnehmung im Team (Zugehörigkeit zu Gruppe 2) ist.

Gleichzeitig könnte die Unsicherheit der Patienten, die durch ihre Abwesenheit bei Diskussionen unter den Experten entsteht (52% Zustimmung zum Item 38: „Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.“), abgemildert werden, wenn die Patientensicht durch eine Krebskrankenschwester vertreten würde.

Als weitere Möglichkeit, die Patienten stärker in den Mittelpunkt des Entscheidungsfindungsprozesses zu stellen, wird deren Teilhabe an Tumorkonferenzen diskutiert. Die Literatur legt nahe, dass Patienten eine direktere Einbeziehung, bis hin zur persönlichen Anwesenheit bei Tumorkonferenzen o.ä., durchaus wünschen. Butow legt dar, dass dies zwar von den meisten (australischen) Ärzten abgelehnt, jedoch von 72% der Cancer-Nurses und von 93% der Betroffenen(-Vertreter) gewünscht wird. Er betont, dass eine solche Teilhabe durchaus umsetzbar sei und fragt, ob die ablehnende Haltung der Ärzte bei einer solch hohen Nachfrage noch vertretbar bleibe. (Butow et al. 2007) Die vorliegende Studie unterstützt diese Wahrnehmung, auch wenn weitere speziellere Forschung nötig ist, um ein abschließendes Bild zu zeichnen.

b) Wie wirken sich die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und die Wahrnehmung der Organisationsstruktur auf die Selbstwahrnehmung im Team aus?

In der Gruppe 2 fühlten sich Patienten signifikant schlechter informiert und hatten außerdem verstärkt das Gefühl, mangelhafter Kommunikation ausgesetzt zu sein. Auf folgenden Items erzielten die Personen dieser Gruppe signifikant niedrigere Werte, sie schätzten die eigene Position also negativer ein als Patienten der Gruppe 1:

- 48 - Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.
- 49 - Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat.

- 51 - Ich erhalte Informationen meist als letztes.
- 52 - Ich erhalte widersprüchliche Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegeern und anderem medizinischen Personal.

Dieser Zusammenhang erscheint logisch, da eine gute, ehrliche und direkte Kommunikation im Allgemeinen als Voraussetzung für eine Integration von Patienten ins Team gesehen wird. Auch in der Literatur finden sich Hinweise auf die ausgrenzende Wirkung schlechter Kommunikation, wie etwa bei Reynolds et al.:

„Inconsistent information was seen as confusing for the patient, destructive of patient-doctor trust and diametral to patient coping.“ (Reynolds 1981)

Eine direktere und effektivere Kommunikation zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Patienten könnte die Selbstwahrnehmung im Team demnach vermutlich verbessern. Es existieren viele Interventionsmöglichkeiten um die Kommunikation in MDTs zu verbessern. So sollten sich alle am MDT Beteiligten ihrer Rollen und Aufgaben bewusst sein (Jenkins et al. 2001, Goldberg et al. 1984, Catt et al. 2005) und die aktuellen Informationen über das Vorgehen der anderen Teammitglieder kennen. Hierfür sind eine gute und für alle zugängliche Dokumentation sowie regelmäßige Treffen zu geschützten Zeiten und in adäquaten Räumlichkeiten nötig, so dass alle Beteiligten gleichberechtigt anwesend sein können (Fleissig et al. 2006). Flache Hierarchien und tatsächliche Einbeziehung aller Beteiligten in die Diskussion sind ebenfalls hilfreich, verhindern Missverständnisse und fördern den Teamgeist. Um eine bessere Kommunikation und ein besseres Rollenverständnis der anderen Beteiligten zu erreichen, könnten Kurse nach dem Beispiel englischer Colorectal Cancer Teams eingeführt werden, die durch gemeinsame dreitägige Fortbildung erfolgreich ihre Zusammenarbeit verbesserten (Wagstaff 2006).

Auch die Organisationsstruktur an sich ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Funktionalität von MDTs. In der vorliegenden Studie zeigte sich in diesem Zusammenhang ein bedeutender Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Patienten im Behandlungsteam. Zwar wurde nur der Eindruck, der beim Patienten entsteht, gemessen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass ein negativer Eindruck der Organisationsstruktur ein wichtiger statistischer Prädiktor für eine schlechte Selbstwahrnehmung im Team ist. Bei folgenden Items erzielten die Personen der Gruppe 2 signifikant niedrigere Werte, sie schätzten die eigene Position also negativer ein als Patienten der Gruppe 1:

- 28 - Mir wurde erklärt, welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.

- 30 - Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.
- 34 - Das Team, das mich betreut und behandelt, hat eine gute Führung.

Die Wichtigkeit einer guten Teamleitung ist folglich in doppelter Weise relevant. Diese Studie zeigt den Zusammenhang zwischen der Patientenwahrnehmung der Organisationsstruktur und der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam. Mehrere publizierte Studien betonen die außerordentliche Wichtigkeit eines „Teamleaders“, welcher Aufgaben als Mentor, Mediator, Motivator und Organisator zu erfüllen hat (vgl. 1.1.3.3). Wie die Außenwahrnehmung des Teams verbessert werden kann, ist unklar. Zumindest sollte eine klare Vermittlung der Kompetenzen und Aufgaben eines jeden Teilnehmers des MDT an den Patienten gewährleistet sein. Um klarere Aussagen in diesem Punkt treffen zu können, wäre eine weitere Erforschung dieser Fragestellung nötig.

In der vorliegenden Literatur wird des Weiteren die Rolle der Angehörigen betont. Auch in dieser Studie zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Selbstwahrnehmung im Team und Einbindung der Angehörigen (Penson et al. 2006).

Patienten der Gruppe 1 stimmen signifikant häufiger mit der Aussage 54 („Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.“) überein als Patienten der Gruppe 2. Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme, dass eine weitgehende Einbeziehung der Familie in die fortlaufende Behandlung für viele Patienten eine starke (emotionale) Stütze darstellt, die sich auch auf die Selbstwahrnehmung im Team positiv auswirken könnte.

Die Annahme, dass die Qualität der Kommunikation ein Hauptelement der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam darstellt, wird auch dadurch untermauert, dass die Gruppen 1 und 2 sich in den Mittelwerten der Skala „Kommunikation im Team“ signifikant unterscheiden. Zusätzlich zeigen die Anmerkungen der Patienten bei den offenen Fragen die Wichtigkeit des Themas „Kommunikation“. Mit 16 Nennungen sind „Kommunikation und Organisation des Teams“ das wichtigste Thema. Weitere 15 Male wurden Mangel an Zeit und Personalressourcen als verbesserungswürdig genannt. Auch forderten die Patienten mehr interkulturelle Kompetenz der Teammitglieder. Unter anderem solle bei nicht funktionierender Kommunikation rechtzeitig ein Dolmetscher hinzugezogen werden.

Oben genannte Verbesserungen, die nötig wären, um Patienten über bessere Kommunikation stärker ins Team zu integrieren, benötigen Zeit und eine qualifiziertere Ausbildung aller beteiligten Heilberufe im Bereich Teamarbeit. Insbesondere ängstliche Patienten benötigen

häufig Raum für eine hilfreiche Kommunikation. In der Befragung zeigte sich, dass viele Patienten die Ressource „Zeit“ schon jetzt als knapp bemessen bewerten. Entgegen des ansonsten sehr positiven Trends, stimmten 50% der Befragten der Aussage 50 („Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit.“) zu. Die Aussage wird jedoch durch die 70%ige Zustimmung zur Aussage 46 („Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich“) etwas relativiert.

c) Sind Patienten von der Anzahl der behandelnden Ärzte überfordert?

Die Antwort eines Befragten auf die offene Frage „Was möchten Sie uns noch mitteilen?“, gibt bezüglich der Anzahl behandelnder Ärzte einen Einblick in die mögliche Patientenwahrnehmung:

„Auf der Station wechseln die Ärzte zu schnell. Ich bin im 5. Zyklus der Chemo und habe in der Zwischenzeit 8 Ärzte bei meiner Behandlung. Am Anfang waren es 3 Ärzte. Hier baute sich auch ein persönliches Verhältnis auf, wo man Fragen stellen konnte. Man bekam sie beantwortet. In der Zwischenzeit wechseln die Ärzte und die Zeit ist nicht mehr da, auch wenn sie es ganz machen würden: sie haben zu viele Patienten. So können sie sich nicht die Zeit nehmen.“

Eine wichtige Aufgabe bei der deskriptiven Datenanalyse bestand darin, herauszufinden, ob eine große Anzahl verschiedener Ärzte, Pfleger und anderer Gesundheitsarbeiter eine Überforderung für den Patienten darstellt oder wie er sich, allgemeiner gesprochen, in diesem Netzwerk fühlt.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Anzahl der beteiligten Ärzte weniger entscheidend für die Selbstwahrnehmung der Patienten im Behandlungsteam ist. Vielmehr scheint ein fester Ansprechpartner unter den beteiligten Ärzten hilfreich für die erfolgreiche Integration von Patienten ins Behandlungsteam zu sein:

Zunächst schien es so, als sei eine große Anzahl von Gesundheitsarbeitern (v.a. der Ärzte) per se negativ. So stimmten, entgegen dem positiven Trend der zugehörigen Skala, 56% aller Befragten der Aussage 36 zu. Dieses Item besagt, dass dem Befragten ein Arzt lieber sei als viele Spezialisten. Auch Item 31 („Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt.“) erfährt eine Zustimmung von immerhin 46%. Betrachtet man die vorliegenden Daten jedoch genauer, erscheint diese Aussage zu oberflächlich.

Die Patienten sehen sehr wohl, dass eine Vielzahl von Ärzten nötig ist, um eine moderne und effektive Behandlung zu gewährleisten (vgl. 3.2.3.2). Es scheinen ihnen aber noch andere Aspekte wichtig zu sein. Denn im U-Test konnte nicht gezeigt werden, dass die Anzahl der

Ärzte einen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam hat. Es zeigte sich in Bezug auf folgende Fragen kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen :

- (31) Es sind zu viele Ärzte an meiner Behandlung beteiligt. (Nicht signifikant)
- (36) Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten. (Nicht signifikant)
- (86) Mit wie vielen Ärzten hatten Sie im letzten Jahr Kontakt? (Nicht signifikant)

Allerdings scheint es außerordentlich wichtig zu sein, dass es in der Masse der Gesundheitsarbeiter einen festen Ansprechpartner gibt. Während die Anzahl der Ärzte nur in der deskriptiven Auswertung auffällig wurde (s.o.), so konnte die weitere statistische Auswertung zeigen, dass ein fehlender fester Ansprechpartner ein wichtiger statistischer Prädiktor für die Zuordnung zu Gruppe 2, also denjenigen, die eine schlechte Selbstwahrnehmung im Team hatten, war. Insgesamt wurde Aussage 32 („Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.“) zwar deutlich zugestimmt (71%), dennoch unterscheiden sich die Gruppen 1 und 2 grade in diesem Item besonders. Anders gesagt ist das Erleben vieler Patienten, die sich nicht als Teil des Teams sehen, dass sie keinen festen Ansprechpartner haben. In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur finden sich u.a. (Lehmann et al. 2008), die feststellen: „Es ist ein Patientenbedürfnis einen festen Ansprechpartner zu haben.“. Auch zwei qualitative Studien betonen die Wichtigkeit eines festen Ansprechpartners (Penson et al. 2006, Walsh et al. 2011).

Die vorliegende Studie unterstreicht dieses Bedürfnis und zeigt auf, dass für diese Studienpopulation v.a. Onkologen und Hausärzte bisher die Rolle des Ansprechpartners innehaben (vgl. 3.2.3.5). Des Weiteren sollte zukünftig geklärt werden, ob bei schlecht integrierten Patienten durch das zur Seite stellen eines verlässlichen Ansprechpartners eine bessere Selbstwahrnehmung im Team erreicht werden kann. Eventuell kann über diese sehr einfachen Veränderungen und klarere Rollenverteilungen Integration ins Team erreicht werden. Erhärtet sich der Verdacht , dass die Integration ins Team eine geringere psychische Morbidität (z.B. im Bereich Ängstlichkeit) zur Folge hat, sollten dringend Screeninginstrumente verbessert/entwickelt werden, um einer Exklusion aus dem Teamprozess vorzubeugen und somit den Patienten als Partner im Team nicht zu verlieren.

d) Wie wirken sich Verständnisschwierigkeiten und niedriger Bildungsstand auf die Selbstwahrnehmung im Team aus?

Es konnte in der vorliegenden Studie kein direkter Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstand und der Selbstwahrnehmung im Team nachgewiesen werden. Allerdings gibt

es einen signifikanten Zusammenhang zwischen subjektiv erlebten Verständnisschwierigkeiten und dem Schulabschluss. So unterscheiden sich die Mittelwerte der Items 33 („Die Kompetenzen meiner Ärzte sind mir nicht klar.“) signifikant zwischen Abiturienten und Patienten ohne Hochschulreife. Die Patienten ohne Abitur stimmten außerdem deutlich häufiger der Aussage 22 („Ein Arzt wäre mir lieber als viele Spezialisten.“) zu als Teilnehmer mit höherem Bildungsabschluss.

Patienten mit Abitur oder Hochschulabschluss stimmen wiederum signifikant seltener den Aussagen 37 („Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.“) und 48 („Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.“) zu als Patienten ohne Abitur. Besser ausgebildete Patienten scheinen die Kommunikation also kritischer zu betrachten und stellen möglicherweise höhere Ansprüche an das Team, ihre Wünsche auch wirklich umzusetzen.

4.3. Fazit und Ausblick

Die Ziele dieser Studie, nämlich die Patientenperspektive einzunehmen, ein weites Blickfeld zu behalten, das gesamte Bild der Interaktion Team-Patient zu betrachten und somit die Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam zu erforschen, hat interessante Zusammenhänge zu Tage gebracht. Diese Herangehensweise war der Versuch, den Patienten bei der Forschung an MDTs mehr ins Zentrum zu rücken, mit dem Ziel, das Arbeiten der MDTs patientenzentrierter zu gestalten, wie es einige Autoren seit längerer Zeit fordern (DeWachter 1976).

Diese Arbeit legt in Verbindung mit der bestehenden Literatur nahe, dass noch nicht alle Patienten von den Vorzügen multidisziplinärer Teamarbeit profitieren. Außerdem scheint die Versorgungswirklichkeit, wenn die strengen Definitionen dieser Arbeit angelegt werden, noch weit von tatsächlicher interdisziplinärer Behandlungen entfernt zu sein. Obwohl der positiv belegte Begriff „interdisziplinär“ häufig genutzt wird und MDTs in einigen Zusammenhängen bestehen, ist meist noch Raum für Verbesserungen (Boyle 2009, Fleissig et al. 2006).

Die vorliegende Arbeit identifiziert Problemfelder vor allem in den Bereichen Kommunikation und Organisation sowie im Zeit- und Ressourcenmanagement. Besonders die Existenz eines festen Ansprechpartners, die Informationsweitergabe, die Kommunikation im Team und mit dem Patienten, der Eindruck der Führung und Organisation des Teams und die Patientenzentrierung bei der Entscheidungsfindung scheinen wichtige statistische Prädiktoren für eine gute Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam zu sein.

In den letzten Abschnitten wurden, unter Einbeziehung der zur Verfügung stehenden Literatur, einige Möglichkeiten aufgezeigt, die Verbesserungen im Bereich der multidisziplinären Zusammenarbeit bewirken könnten. Diese gehen über die Betrachtung der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam hinaus, könnten diese aber positiv beeinflussen. Die im Folgenden genannten Vorschläge bedürfen weiterer kritischer wissenschaftlicher Evaluation und könnten Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Die Ausbildung und das Einsetzen von Krebskrankenschwestern ist in einigen Ländern erfolgreich und könnte auch in Deutschland ausgeweitet und evaluiert werden. Außerdem könnte der Teamprozess (und damit auch dessen Wahrnehmung durch den Patienten) durch Weiterbildung der Beteiligten Professionen und Disziplinen, klare Rollenverteilung im MDT, eindeutige Dokumentation, Zeit und Raum für Treffen im MDT, flache Hierarchien innerhalb der Teams und gute, motivierende und mediierende Teamführung, verbessert werden.

In der Medizin war der Trend der letzten Jahrzehnte ein regelmäßiges „Mehr“ an Partizipation, Information und Aufklärung. Zielvariable einer guten medizinischen Behandlung ist damit zunehmend eine hohe Patientenzentriertheit geworden. Betrachtet man die Patientenzentrierung in MDTs aus Patientensicht, stellt sich die Frage nach den Präferenzen der Patienten. Im Tenor der aktuellen Forschung wurden im Rahmen dieser Arbeit maximale Patientenzentrierung, d.h. shared-decision making, Integration ins Team, volle Information und Aufklärung und damit eine maximal mögliche Teilhabe an der eigenen Behandlung als positiv bewertet.

Betrachtet man die (Erfolgs-)Geschichte der Partizipation bei der Entscheidungsfindung, vom Paternalismus hin zum „modernen“ shared-decision making, muss jedoch ein weiterer Blickwinkel berücksichtigt werden. Partizipation scheint von den meisten Patienten gewünscht zu sein. Es gibt aber, reproduzierbar in den Studien zum Thema, Patientengruppen, die von diesem Trend abweichen, die keine oder eingeschränkte Partizipation wünschen und für die eine lückenlose Aufklärung eine Belastung darstellt. In logischer Konsequenz sollten die Patienten gefragt werden, inwieweit sie an der Entscheidungsfindung mit ihrem Arzt partizipieren möchten.

„Patient preferences for involvement in decision-making in cancer range from a desire to make all decisions through variations of collaborative decision-making to a desire to have treatment decisions made primarily by the doctor, or even, in some cultures, by other family members. Patient satisfaction is influenced not so much by which style the patient adopts, but whether the doctor is able to respond flexibly to match the patient's desired style and thereby maintain trust.“ (Boyle et al. 2004)

Wird die Frage nach den Patientenbedürfnissen in Bezug auf das MDT gestellt, könnten folgende Schlüsse gezogen werden:

Eine nach den Wünschen und Möglichkeiten des Patienten ausgerichtete Integration ins Behandlungsteam ist erstrebenswert. Bei zukünftigen Forschungsprojekten könnte dementsprechend ein stärkerer Fokus auf der vom Patienten gewünschten Integration liegen, dies wurde in der vorliegenden Arbeit nicht ausreichend untersucht. Wie weitgehend die Teilhabe der Patienten am Teamprozess sein sollte, ob die Patienten z.B. an Tumorkonferenzen teilnehmen können sollten, sollte in der Fachwelt weiter diskutiert werden.

Die Entwicklung könnte nach dieser These in Richtung einer effizienteren Evaluation der Patientenbedürfnisse gehen. Um Patientenzentriertheit zu erreichen, könnte es darum gehen, den Standpunkt des Individuums zu eruieren:

- Wie sehr will ich ins Team eingeschlossen werden? Inwieweit möchte ich mich abgrenzen und “für mich alleine stehen”?
- Wie viele Informationen wünsche ich?
- Wie sehr soll meine Familie eingebunden werden?
- Möchte ich an der Entscheidungsfindung teilhaben? Wenn ja, wie stark möchte ich partizipieren? Usw.

Der archetypische Patient existiert wahrscheinlich nirgendwo. Die Mitglieder des Behandlungsteams könnten durch die oben genannten Fragen jene Bereiche kennenlernen, in denen der individuelle Patient abweichende Bedürfnisse, um eine patientenzentrierte Integration ins Team zu gewährleisten.

Betrachtet man die Patientenzentrierung als eine Suche nach den Präferenzen des Patienten, so könnte das Piktogramm (vgl. 2.2.2.1) als „Screeninginstrument“ für diesen Teil der Behandlung eingesetzt und evaluiert werden. Im Folgenden könnte dann ergründet werden, wie sehr der Patient ins Team eingebunden sein möchte.

Wahrscheinlich wünschen sich die meisten Patienten eine enge Einbindung ins Team, so wie sich auch eine große Mehrheit eine größtmögliche Partizipation an der Entscheidungsfindung und eine komplette Aufklärung wünscht. Es ist in Zukunft zu diskutieren, ob – sofern vom Patienten gewünscht – tatsächlich *interdisziplinäres* Arbeiten in der Tumormedizin eingesetzt

werden sollte. Falls dies von den beteiligten Experten und Instanzen für richtig befunden wird, könnten erstrebenswerte Ziele folgende sein:

Anwesenheit mehrerer Disziplinen bei den Visiten und Konsultationen, Anwesenheit des Patienten oder eines Vertreters seiner Bedürfnisse auf der Tumorkonferenz wenn dies gewünscht ist, stärkere Einbeziehung von Teammitgliedern mit psychosozialen Aufgaben (Psychoonkologe, Krebskrankenschwester, Palliativmediziner), Weiterbildungen für das ganze Team mit Mediation und Selbstreflexion, Hierarchieabbau für offenere Diskussionen sowie Planung, Durchführung und Evaluation der Therapien in Rücksprache mit dem gesamten Team (vgl. Wagstaff 2006). Bevor die genannten Veränderungen eingeführt werden, wäre eine präzise und erschöpfende wissenschaftliche Analyse der Auswirkungen anhand von Pilotprojekten und ein weitgehender Konsens in der Expertengemeinde nötig.

Die oben genannten Ziele setzen voraus, dass die an der Behandlung beteiligten Menschen entsprechende Techniken des interdisziplinären Arbeitens beherrschen. Außerdem wäre eine umfassende administrative Unterstützung nötig sowie ein Abbau der vorhandenen Hierarchien (Butow et al. 2002).

Den großen Herausforderungen der Einführung der MDTs und deren Weiterentwicklung in Richtung von interdisziplinär arbeitender Teams, könnte am erfolgversprechendsten auf dem Gebiet der Ausbildung begegnet werden. Effektive Zusammenarbeit muss gelernt werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation sollte dementsprechend Teil der Curricula der Gesundheitsberufe werden (Fleissig et al. 2006, Porchet 2006)

5. Zusammenfassung, Abstract

In der modernen Tumorthherapie begegnen Patienten einer Vielzahl von Ärzten verschiedener Disziplinen, Pflegern, Physiotherapeuten und weiteren Gesundheitsarbeitern. Über die psychischen Auswirkungen der multidisziplinären Behandlung auf den Patienten ist wenig bekannt. Um die Patientenperspektive besser zu verstehen, wurde in der vorliegenden Arbeit die Selbstwahrnehmung der Integration von Tumorpatienten ins multidisziplinäre Behandlungsteam untersucht. Hauptziele der Studie waren Identifizierung der Faktoren, die für die Selbstwahrnehmung ausschlaggebend sind sowie Feststellung der Zusammenhänge zwischen Selbstwahrnehmung im Team und psychischer Morbidität sowie Zufriedenheit mit der Behandlung.

Zu diesem Zweck wurde eine explorative Fragebogenstudie an $N = 118$ Tumorpatienten des Klinikum Neukölln in Berlin durchgeführt. Der Fragebogen wurde anforderungsbezogen konstruiert und durch etablierte Fragebogenelemente, wie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), das Distress Thermometer (DT) sowie die FAMCARE Patient Satisfaction Scale vervollständigt. Mit Hilfe eines Pretests an 23 Patienten wurde der Fragebogen validiert und im Erhebungszeitraum durch Karnofsky Index, Tumorstadium und soziodemografische Daten ergänzt. Das Patientenkollektiv wurde, entsprechend der Selbstwahrnehmung im Behandlungsteam, in folgende zwei Gruppen geteilt: Gruppe 1 zugeordnete Patienten empfinden sich als „Teil des Teams“ oder „im Zentrum des Teams“ stehend. Patienten der Gruppe 2 geben an, „außerhalb des Teams“ zu stehen oder „kein Team zu sehen“. Neben der deskriptiven Analyse steht der Vergleich dieser Gruppen im Zentrum der Arbeit. Hierzu wurden Korrelationsanalysen, Homogenitätstests und explorative Faktorenanalyse eingesetzt.

Als statistische Prädiktoren für eine gute Selbstwahrnehmung im Team, also die Zugehörigkeit zu Gruppe 1 konnten folgende Faktoren ausgemacht werden: Die Existenz eines festen Ansprechpartners, Einbeziehung der Angehörigen des Patienten, Direktheit und Ehrlichkeit in der Kommunikation, ein positiver Eindruck von der Führung und Organisation des Teams, angemessene Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung sowie vollständige Aufklärung über die Erkrankung. Patienten der Gruppe 1 hatten statistisch signifikant niedrigere Angst-Level und eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung als Patienten der Gruppe 2.

Die Befunde werden in Hinblick auf die theoretische und praktische Relevanz sowie methodische Einschränkungen diskutiert. Zum Abschluss werden einige Anregungen für die weitere Forschung und Verbesserungsmöglichkeiten für die Arbeit in multidisziplinären Teams gegeben.

6. Literaturverzeichnis

- Baumann M, Ehninger G, Herrmann T, Saeger HD, Simon M (2007) Etablierung eines interdisziplinären Krebszentrums im Spannungsfeld interner und externer Interessen. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 101:153-158.
- Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, Nicklin J, English R, Donovan JL (2006) Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Ann Oncol* 17:457-60.
- Blum D, Blum R (1991) Patient-Team Communication. *J Psychosoc Oncol* 9:81 - 88.
- Boyle FM (2009) Multidisciplinary care: optimising team performance. *Cancer Treat Res* 151:93-101.
- Boyle FM, Robinson E, Heinrich P, Dunn SM (2004) Cancer: Communicating in the team game. *ANZ J. Surg.* 74:477-481.
- Boyle FM, Robinson E, Dunn SM, Heinrich PC (2005) Multidisciplinary Care in Cancer: The Fellowship of the Ring. *J Clin Oncol* 23:916-920.
- Brown R, Butow P, Wilson-Genderson M, Bernhard J, Ribi K, Juraskova I (2012) Meeting the Decision-Making Preferences of Patients With Breast Cancer in Oncology Consultations: Impact on Decision-Related Outcomes. *J. Clin. Oncol.* 30:857-862.
- Buehner M (2004) Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München, 2. Aufl., Pearson Education Deutschland.
- Butow P, Harrison JD, Choy ET, Young JM, Spillane A, Evans A (2007) Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer* 110:1937-1944.
- Butow PN, Dowsett S, Hagerty R, Tattersall MH (2002) Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? *Support. Care Cancer* 10:161-168.
- Cantor D (2007) Introduction: Cancer control and prevention in the twentieth century. *Bull. Hist. Med.* 81:1-38.
- Catt S, Fallowfield L, Jenkins V, Langridge C, Cox A (2005) The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *Br. J. Cancer* 93:1092-1097.
- Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G (2012) Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 86:9-18.
- Coory M, Gkolia P, Yang IA, Bowman RV, Fong KM (2008) Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 60:14-21.

- Croke JM, El-Sayed S (2012) Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature. *Curr. Oncol.* 19:E232-E238.
- Curtis JR (2008) Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respiratory Care* 53:480-487.
- Defila R, Di Giulio A, Drilling M (2000) Leitfaden Allgemeine Wissenschaftspädagogik für interdisziplinär-ökologische Studiengänge. Bern.
- DeWachter M (1976) Interdisciplinary Teamwork. *J. Med. Ethics* 2:52-57.
- Diekmann A (2004) Empirische Sozialforschung. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Eckart WU (2009) Geschichte der Medizin. Heidelberg, Springer Verlag.
- Fagerlind H, Lindblad K, Bergström I, Nilsson M, Naucière G, Glimelius B, Ring L (2008) Patient-physician communication during oncology consultations. *Psycho-Oncology* 17:975-985.
- Firth-Cozens J (2001) Multidisciplinary teamwork: the good, bad, and everything in between. *Qual. Health Care* 10:65-66.
- Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L (2006) Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol.* 7:935-943.
- Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ (2005) An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br. J. Cancer* 93:977-978.
- Fowler FJ (1995) Improving survey questions: design and evaluation. Thousand Oaks, California, Sage Publications, Inc.
- Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, Williams MP, Liberson M, Blum M, Della Penna R (2008) Impact of an inpatient palliative care team: A randomized controlled trial. *J. Palliat. Med.* 11:180-190.
- Gattellari M, Butow PN, Tattersall MHN (2001) Sharing decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* 52:1865-1878.
- Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM, MacLeod CA (1999) Misunderstanding in cancer patients: Why shoot the messenger? *Ann Oncol* 10:39-46.
- Goldberg RJ, Tull R, Sullivan N, Wallace S, Wool M (1984) Defining discipline roles in consultation psychiatry: The multidisciplinary team approach to psychosocial oncology. *Gen Hosp Psychiatry* 6:17-23.
- Grunfeld E, Folkes A, Urquhart R (2008) Do Available Questionnaires Measure the Communication Factors That Patients and Families Consider Important at End of Life? *J Clin Oncol* 26:3874-3878.

- Haselhoff OW (1970) Kleines Lehrbuch der Statistik. Berlin, De Gruyter&Co. Vlg.
- Herrmann C, Scholz KH, Kreuzer H (1991) Psychological screening of cardiologic patients by a german version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD)-Scale. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 41:83-92.
- IMIB, Mann-Whitney-Wilcoxon-Test (U-Test), [Online im Internet.] <http://jumbo.uni-muenster.de/index.php?id=59>, [Stand: 07.01.2013, 12:50].
- Jenkins VA, Fallowfield LJ, Poole K (2001) Are members of multidisciplinary teams in breast cancer aware of each other's informational roles? *Qual. Health Care* 10:70-75.
- Jessup R, Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?, [Online im Internet.] http://findarticles.com/p/articles/mi_6800/is_3_31/ai_n28446050/, [Stand: 15.09.2009, 13:02].
- Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH (1948) The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma - with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1:634-656.
- Kemp KA (2007) The use of interdisciplinary medical teams to improve quality and access to care. *J Interprof Care* 21:557-9.
- Kennedy V, Lloyd-Williams M (2006) Maintaining Hope: Communication in Palliative Care. In: *Recent Results in Cancer Research*. Stiefel, F. (Hrg.) Heidelberg, Berlin, Springer Verlag, 47-59.
- Koerner M (2010) Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin. Rehabil.* 24:745-755.
- Koerner M, Schüpbach H, Bengel J (2005) Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. *Z Gesundheitspsychol* 13:158-166.
- Kristjanson LJ (1993) Validity and Reliability Testing of the Famcare Scale - Measuring Family Satisfaction with Advanced Cancer Care. *Soc Sci Med* 36:693-701.
- Kroll T (2009) Design and methodological challenges in cancer-related quality of life research. *ECCO 15 / ESMO 34*. Berlin, Elsevier.
- Krott M (1996) Interdisziplinarität im Netz der Disziplinen. In: *Ökologie und Interdisziplinarität - eine Beziehung mit Zukunft? Wissenschaftsforschung zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit*. . Balsiger, P. W., Defila, R. & Di Giulio, A. (Hrg.) Basel, Boston, Berlin, Birkhäuser Verlag, 87-97.
- Lehmann C, Mehnert A, Koch U (2008) Unmet Needs and Screening for Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer. *Psycho-Oncology* 17:S55-S56.

- Lo C, Burman D, Rodin G, Zimmermann C (2009) Measuring patient satisfaction in oncology palliative care: psychometric properties of the FAMCARE-patient scale. *Qual Life Res* 18:747-52.
- Maex E, De Valck C (2006) Key Elements of Communication in Cancer Care. In: *Recent Results in Cancer Research*. Stiefel, F. (Hrg.) Heidelberg, Berlin, Springer Verlag, 1-6.
- Mehnert A, Muller D, Lehmann C, Koch U (2006) The German version of the NCCN Distress Thermometer: Validation of a screening instrument for assessment of psychosocial distress in cancer patients. *Z. Psychiatr. Psychol. Psychother.* 54:213-223.
- NBCC (2005a) Multidisciplinary Cancer Care in Australia. Camperdown, NSW, National Breast Cancer Centre.
- NBCC (2005b) Multidisciplinary meetings for cancer care: a guide for health service providers. Camperdown, NSW, National Breast Cancer Centre.
- NBCC (2005c) Strengthening Support for Women with Breast Cancer: National Process Evaluation Report. Camperdown, NSW, National Breast Cancer Centre.
- NCCN (2003) Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 1:344-74.
- Neil S, Scott C, Galetakis S, Rodger A (2003) The celluloid version of the multi-disciplinary meeting: perceptions of consumers. *ANZ J. Surg.* 73:A7.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB (1995) Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 40:903-18.
- Penson RT, Kyriakou H, Zuckerman D, Chabner BA, Lynch TJ (2006) Teams: Communication in multidisciplinary care. *Oncologist* 11:520-526.
- Pickstone JV (2007) Contested cumulations: Configurations of cancer treatments through the twentieth century. *Bull. Hist. Med.* 81:164-196.
- Porchet F (2006) Interdisciplinary communication. In: *Recent Results in Cancer Research*. Stiefel, F. (Hrg.) Heidelberg, Berlin, Springer Verlag, 81-90.
- Ramirez A (2009) The impact of MDT meetings on cancer patient management. *Eur. J. Cancer* 7:77.
- Reynolds P (1981) Cancer and communication: information-giving in an oncology clinic. *BMJ* 282:1449 - 1451.
- Russell DW (2002) In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis in Personality and Social Psychology Bulletin. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 28:1629-1646.
- Schuler H (2001) *Lehrbuch der Organisationspsychologie*. Bern, 4., aktual. Aufl., Huber.

- Selby P, Gillis C, Haward R (1996) Benefits from specialised cancer care. *Lancet* 348:313-318.
- Valdagni R, Albers P, Bangma C, Drudge-Coates L, Magnani T, Moynihan C, Parker C, Redmond K, Sternberg CN, Denis L, Costa A (2011) The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: A discussion paper from the European School of Oncology. *Eur. J. Cancer* 47:1-7.
- Viklund P, Wengstrom Y, Lagergren J (2006) Supportive care for patients with oesophageal and other upper gastrointestinal cancers: The role of a specialist nurse in the team. *Eur J Oncol Nurs* 10:353-63.
- Wagstaff A (2006) The dream team: when will we make it a reality? *Cancer World*:16 - 26.
- Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Masya L, White K (2011) What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur. J. Cancer Care* 20:220-227.
- Wessels H, de Graeff A, Wynia K, Sixma HJ, de Heus M, Schipper M, Woltjer GT, Teunissen SC, Voest EE (2009) Medical oncology patients' preferences with regard to health care: development of a patient-driven questionnaire. *Ann Oncol* 20:1708-13.
- Wiesenberger JW (2009) Effektivität einer interdisziplinären Schmerztagesklinik. *Med. Dissertation. Universität Regensburg.*
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67:361-370.
- Zorbas H, Barraclough B, Rainbird K, Luxford K, Redman S (2003) Multidisciplinary care for women with early breast cancer in the Australian context: what does it mean? *Med J Aust* 179:528-31.

7. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Definition Teammodelle.....</i>	<i>4</i>
<i>Tabelle 2: Mitglieder multidisziplinärer Teams in Australien</i>	<i>6</i>
<i>Tabelle 3: Karnofsky Index.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabelle 4: Erkrankungsverteilung in der Studienpopulation.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabelle 5: Cronbachs alpha</i>	<i>40</i>
<i>Tabelle 6: Selbstwahrnehmung im Team – Verteilung</i>	<i>40</i>
<i>Tabelle 7: Skala 1 - Organisation und Zusammenarbeit.</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 8: Skala 2 – Partizipation bei Entscheidungen.....</i>	<i>43</i>
<i>Tabelle 9: Skala 3 – Kommunikation im Team.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabelle 10: Weitere Fragen.</i>	<i>45</i>
<i>Tabelle 11 Offene Fragen</i>	<i>47</i>
<i>Tabelle 12: Famcare Zufriedenheitsskala.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabelle 13 Spearmens Rho - Korrelationen mit Selbstwahrnehmung im Team.</i>	<i>54</i>
<i>Tabelle 14: Whitney-U-Test unabhängiger Stichproben.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabelle 15 Faktorenmatrix der explorativen Faktorenanalyse</i>	<i>80</i>
<i>Tabelle 16 Korrelationen zwischen den Skalen: Spearmans Korrelationskoeffizient (ρ).</i>	<i>81</i>

8. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Kommunikationskompass nach Maex und De Valck (Maex und De Valck 2006).....</i>	<i>12</i>
<i>Abbildung 2 Organigramm</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 3 Piktogramm, Selbstwahrnehmung im Team.....</i>	<i>26</i>
<i>Abbildung 4 Gruppenbildung</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 5 Durch wen haben Sie Ihre Erkrankung das erste Mal richtig verstanden?</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 6 Wer ist Ihr wichtigster Ansprechpartner?</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 7 Distress Thermometer</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 8 HADS Cut-Off.....</i>	<i>49</i>

9. Abkürzungsverzeichnis

- DT: *Distress Thermometer*
- HAA: *Hauptachsenanalyse*
- HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- HKA: *Hauptkomponentenanalyse*
- KNK: *Klinikum Neukölln*
- M: *Mittelwert*
- MDT: *Multidisziplinäres Team*
- MVZ: *Medizinisches Versorgungszentrum*
- QoL: *Quality of Life, Lebensqualität*
- SD: *Standart Deviation, Standartabweichung*
- Sig.: *Signifikanz*
- SITS: *Self-perception in Team Survey*
- U-Test: *Wilcoxon-Mann-Whitney-U-Test*

10. Anhang

10.1. Tabellen

Tabelle 14: U-Test zum Vergleich von Gruppe 1 und Gruppe 2

Tabelle 14: Whitney-U-Test unabhängiger Stichproben.

Items	Sig.	Nullhypothese
34 - Das Team, das mich betreut und behandelt hat eine gute Führung.	0	ablehnen
Skala Zusammenarbeit (Mittelwerte der Skala)	0	ablehnen
Skala Kommunikation (Mittelwerte der Skala)	0	ablehnen
35 - Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.	0,002	ablehnen
52 - Ich erhalte widersprüchlichen Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegeern und anderem medizinischen Personal. (umgepolt)	0,002	ablehnen
39 - Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an. (umgepolt)	0,006	ablehnen
FAMCARE-Patient Scale (Mittlere Zufriedenheit)	0,006	ablehnen
51 - Ich erhalte Informationen meist als letztes. (umgepolt)	0,009	ablehnen
28 - Mir wurde erklärt welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.	0,01	ablehnen
47 - Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung	0,012	ablehnen
32 - Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.	0,014	ablehnen
54 - Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.	0,014	ablehnen
Skala Therapieentscheidung (Mittelwerte der Skala)	0,014	ablehnen
30 - Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.	0,019	ablehnen
37 - Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.	0,019	ablehnen
48 - Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.	0,021	ablehnen
41 - Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie. (umgepolt)	0,041	ablehnen
49 - Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat. (umgepolt)	0,046	ablehnen
Angst Summenwert	0,046	ablehnen
38 - Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin. (umgepolt)	0,048	ablehnen

Tabelle 15 Faktorenmatrix^a der explorativen Faktorenanalyse***Tabelle 15 Faktorenmatrix der explorativen Faktorenanalyse***

	Faktor		
	1	2	3
39 - Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an. (umgepolt)	,757	,245	-,157
41 - Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie. (umgepolt)	,727	,195	-,348
38 - Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin. (umgepolt)	,710	,191	-,159
52 - Ich erhalte widersprüchlichen Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegeern und anderem medizinischen Personal. (umgepolt)	,677	,442	,326
30 - Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.	,664	-,385	,251
51 - Ich erhalte Informationen meist als letztes. (umgepolt)	,664	,387	
37 - Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.	,656	-,330	
43 - Wichtige Entscheidungen zur Therapie werden über meinen Kopf hinweg getroffen. (umgepolt)	,654	,225	
40 - Ärzte und Pflegekräfte treffen Entscheidungen unter sich.(umgepolt)	,628	,283	-,196
35 - Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.	,589	-,300	,184
50 - Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit. (umgepolt)	,586	,285	
34 - Das Team, das mich betreut und behandelt hat eine gute Führung.	,571	-,385	,243
45 - Die Ärzte geben mir oft unterschiedliche Empfehlungen. (umgepolt)	,538	,483	,151
28 - Mir wurde erklärt welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.	,530	-,251	
44 - Der Austausch von Informationen zwischen den Ärzten klappt gut.	,474	-,283	,341
46 - Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich.	,472	-,355	-,155
53 - Ich habe Schwierigkeiten die Informationen über meine Krankheit zu verstehen. (umgepolt)	,449	,399	-,115
32 - Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.	,436	-,237	
47 - Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung	,505	-,567	-,145
48 - Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.	,535	-,564	,123
54 - Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.	,402	-,505	
42 - Ich kann über meine Therapie und Betreuung mitbestimmen.	,449	-,464	-,342
36 - Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten. (umgepolt)	,310	,461	-,176
31 - Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt. (umgepolt)	,220	,352	
33 - Die Kompetenzen meiner Ärzte sind mir nicht klar. (umgepolt)	,291	,327	
49 - Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat. (umgepolt)	,370	,380	,553

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.

a. 3 Faktoren extrahiert. Es werden 6 Iterationen benötigt.

Tabelle 16 Spearmans ρ - Korrelationen zwischen den Skalen**Tabelle 16 Korrelationen zwischen den Skalen: Spearmans Korrelationskoeffizient (ρ).**

	Skala 1 Zusammen- arbeit	Skala 2 Therapie- entscheidung	Skala 3 Kommuni- kation	Modif. FAMCARE- Patient Zufrieden- heitsskala	HADS Angst Summen- wert	HADS Depression Summen- wert	Distress Thermo- meter Skala
Skala 1 Zusammen- arbeit (Mittelwerte der Skala)	1,000	,687**	,651**	,573**	,303**	,193*	,228*
Skala 2 Therapie- entscheidung (Mittelwerte der Skala)	,687**	1,000	,767**	,544**	,197*	,138	,128
Skala 3 Kommunikation (Mittelwerte der Skala)	,651**	,767**	1,000	,678**	,339**	,212*	,246*
Modif. FAMCARE- Patient Zufriedenheits- skala	,573**	,544**	,678**	1,000	,235*	,228*	,284**
HADS Angst Summenwert	,303**	,197*	,339**	,235*	1,000	,598**	,376**
HADS Depression Summenwert	,193*	,138	,212*	,228*	,598**	1,000	,358**
Distress Thermometer Skala	,228*	,128	,246*	,284**	,376**	,358**	1,000

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

10.2. Fragebogen SITS

Siehe folgende Seiten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie des Vivantes Klinikums Neukölln und der Charité Berlin möchten wir Ihnen einige Fragen stellen. Die mit diesem Fragebogen erhobenen Daten stellen wichtige ergänzende Informationen dar, die dem Zweck dienen uns ein Gesamtbild über Ihr Befinden und Erleben von erkrankungs- und behandlungsbezogenen Aspekten zu verschaffen. Ihre Antworten werden in der Zukunft zur Verbesserung der Betreuung und Behandlung beitragen.

Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Falls es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, dann kreuzen Sie die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft.

Da wir möglichst viele Aspekte Ihres Befindens erfassen möchten, ist der Fragebogen insgesamt sehr umfangreich. Wir bitten Sie dafür um Ihr Verständnis und möchten Ihnen herzlich für Ihre Mühe danken. Wir verwenden in diesem Fragebogen meist die maskuline Form. Gemeint sind Frauen und Männer gleichermaßen.

So ist der Fragebogen auszufüllen. Eine Beispielfrage:

Aussage:	Zustimmung:					
	stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Ich habe Schwierigkeiten Treppen zu steigen.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---

Wenn diese Aussage z.B. manchmal, aber nicht immer zutrifft, kreuzen Sie das entsprechende Kästchen (mit der Nr. 3) an.

Die Auswertung des Fragebogens wird von unabhängiger Stelle durchgeführt. **Ihre behandelnden Ärzte haben keinen Einblick in Ihre Angaben.** Die Studie unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Fragebögen werden in pseudonymisierter (d.h. verschlüsselter) Form an das Auswertungsteam weitergeleitet. Dabei werden persönliche Angaben wie Name, Anschrift und Geburtsdatum nicht mit Ihren Angaben im Fragebogen in Verbindung gebracht.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Chefärztin der Klinik für Innere Medizin
- Hämatologie und Onkologie. Studienleitung

Erster Ansprechpartner, Durchführung
und Auswertung.

Frau Prof. Dr. med. Maike de Wit

Herr Jo Nikolas Ewert

Tel: 030-130 14 2250

Tel: 030-130 14 2268

Email: maike.dewit@vivantes.de

Email: Jo.Ewert@vivantes.de

Verschlüsselung:

--	--	--	--	--	--

(vom Wissenschaftler auszufüllen)

Persönliche Daten

Bitte geben Sie das heutige Datum, Ihr Alter und Ihr Geschlecht an. Gehen Sie dann von Frage zu Frage vor, um nichts zu übersehen.

1. Heutiges Datum:						2. Alter: _____ Jahre	3. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
	Tag	Monat	Jahr				

4. Familienstand	5. Partnerschaft
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet	Haben Sie zur Zeit eine feste Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein

6. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
☐ Ich lebe allein ☐ _____ Anzahl der Personen (Bitte zählen Sie auch Kinder mit)

7. Welchen höchsten Schul-/Bildungsabschluss haben Sie?
☐ keinen Schulabschluss ☐ Hauptschul- oder Volksschulabschluss ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule ☐ Abitur oder Fachabitur ☐ Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss ☐ sonstiges

8. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?
☐ in Ausbildung, Umschulung ☐ berufstätig: wenn ja ☐ Vollzeit ☐ nicht Vollzeit ➔ _____ wöchentliche Stundenanzahl ☐ arbeitslos ☐ Hausfrau, Hausmann ☐ in Rente, Pension: wenn ja ☐ altersbedingt ☐ EU-, BU-Rente ☐ Frühberentung, jedoch keine EU-, BU-Rente ☐ sonstiges

9. Falls Sie berufstätig sind: Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?
☐ ja ☐ Trifft für mich nicht zu ☐ nein

10. Zu welcher der nachfolgenden Gruppen gehört/gehörte Ihr Beruf?
☐ Arbeiter ☐ Beamte ☐ Selbständige ☐ sonstiges ☐ Angestellte ☐ Trifft für mich nicht zu

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten

Extrem belastet

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Nicht belastet

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA		NEIN			JA		NEIN			
				Praktische Probleme					Körperliche Probleme	
DT_pp					DT_kp					
.1	☐	☐	Wohnsituation	.1	☐	☐	Schmerzen	.1	☐	☐
.2	☐	☐	Versicherung	.2	☐	☐	Übelkeit	.2	☐	☐
.3	☐	☐	Arbeit/Schule	.3	☐	☐	Erschöpfung	.3	☐	☐
.4	☐	☐	Beförderung (Transport)	.4	☐	☐	Schlaf	.4	☐	☐
.5	☐	☐	Kinderbetreuung	.5	☐	☐	Bewegung/Mobilität	.5	☐	☐
					.6	☐	Waschen, Ankleiden	.6	☐	☐
				Familiäre Probleme	.7	☐	Äußeres Erscheinungsbild	.7	☐	☐
DT_fp					.8	☐	Atmung	.8	☐	☐
.1	☐	☐	Im Umgang mit dem Partner	.9	☐	☐	Entzündungen im Mundbereich	.9	☐	☐
.2	☐	☐	Im Umgang mit den Kindern	.10	☐	☐	Essen/Ernährung	.10	☐	☐
					.11	☐	Verdauungsstörungen	.11	☐	☐
				Emotionale Probleme	.12	☐	Verstopfung	.12	☐	☐
DT_ep					.13	☐	Durchfall	.13	☐	☐
.1	☐	☐	Sorgen	.14	☐	☐	Veränderungen beim Wasser lassen	.14	☐	☐
.2	☐	☐	Ängste	.15	☐	☐	Fieber	.15	☐	☐
.3	☐	☐	Traurigkeit	.16	☐	☐	Trockene/juckende Haut	.16	☐	☐
.4	☐	☐	Depression	.17	☐	☐	Trockene/verstopfte Nase	.17	☐	☐
.5	☐	☐	Nervosität	.18	☐	☐	Kribbeln in Händen/Füßen	.18	☐	☐
.6	☐	☐	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	.19	☐	☐	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen	.19	☐	☐
					.20	☐	Gedächtnis/Konzentration	.20	☐	☐
				Spirituelle/religiöse Belange	.21	☐	Sexuelle Probleme	.21	☐	☐
DT_sp										
.1	☐	☐	In Bezug auf Gott							
.2	☐	☐	Verlust des Glaubens							

Sonstige Probleme: _____

Fragen zur Befindlichkeit

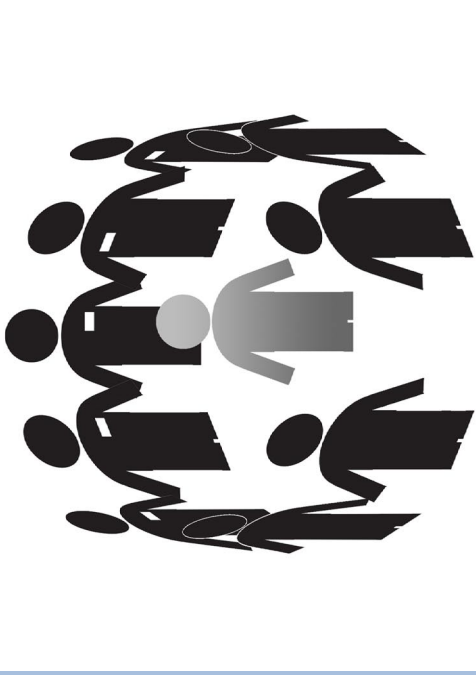
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines und seelisches Befinden. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif.

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

Fragen zum Thema Betreuung und Zusammenarbeit

Die nachfolgenden Darstellungen beziehen sich auf die Ärzte, Pfleger und das gesamte medizinische Personal der unterschiedlichen Fachrichtungen, mit denen Sie hier im Klinikum bisher zu tun hatten. Wenn Sie an die Zusammenarbeit dieser Menschen denken, wie fühlen Sie sich in Bezug auf dieses „Team“, dass über Ihre Betreuung und Behandlung entscheidet?

Kreuzen Sie bitte die **eine** am besten passende Szene an.



☐ - Ich befinde mich im Zentrum dieses Teams.

27.1



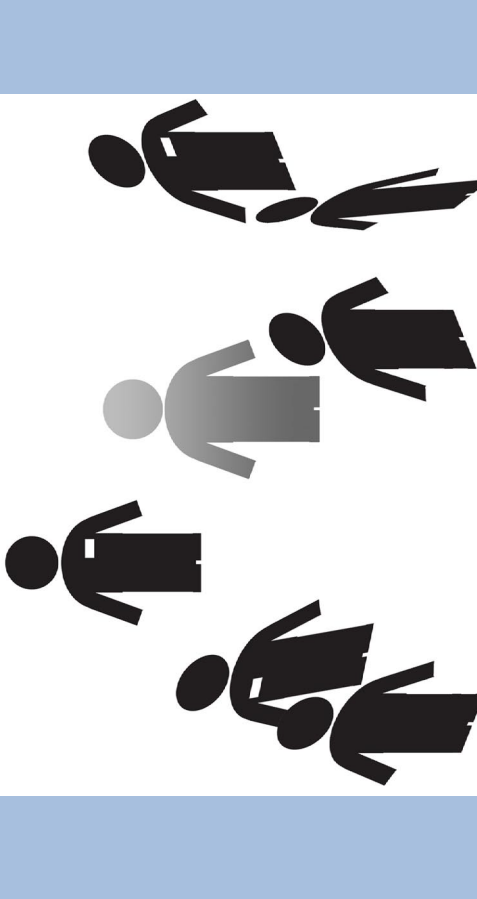
☐ - Ich befinde mich außerhalb dieses Teams.

27.2



☐ - Ich bin ein Teil dieses Teams.

27.3



☐ - Ich sehe kein Team.

27.4

Fragen zur Zusammenarbeit des medizinischen Personals

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Zustimmung zu bestimmten Aussagen. Kreuzen Sie bitte in den rechten Spalten an, wie sehr Sie den Aussagen links zustimmen.

Zustimmung:		stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Aussagen:							
28.	Mir wurde erklärt welche Ärzte, Pfleger und andere Angestellte mich betreuen und behandeln.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
29.	Ich muss oft lange auf Termine warten.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
30.	Die Zusammenarbeit der Ärzte, Pfleger und anderer Angestellter im Klinikum Neukölln ist gut organisiert.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
31.	Es sind zu viele verschiedene Ärzte an meiner Behandlung beteiligt.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
32.	Ich habe einen festen Ansprechpartner für medizinische Fragen.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
33.	Die Kompetenzen meiner Ärzte sind mir nicht klar.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
34.	Das Team, das mich betreut und behandelt hat eine gute Führung.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
35.	Viele Spezialisten bringen mir eine moderne medizinische Versorgung.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
36.	Um die Probleme zu lösen, die ich mit meiner Krankheit habe, wäre mir ein Arzt lieber als viele Spezialisten.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---

Fragen zur Therapieentscheidung

Denken Sie bitte daran, welche Therapien Sie im Moment bekommen und schon bekommen haben. Wie wurde die Entscheidung für und gegen bestimmte Therapien gefällt? Kreuzen Sie bitte in den rechten Spalten an, wie sehr Sie den Aussagen links zustimmen.

Zustimmung:		stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Aussagen:							
37.	Meine Wünsche werden bei der Entscheidung über meine Therapie berücksichtigt.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
38.	Es macht mich unsicher, dass Ärzte über mich beraten, wenn ich nicht dabei bin.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
39.	Für die Therapieentscheidung wichtige Informationen kommen häufig nicht bei mir an.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
40.	Ärzte und Pflegekräfte treffen Entscheidungen unter sich.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
41.	Ich habe keinen Einfluss auf die Diskussion über meine Therapie.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
42.	Ich kann über meine Therapie und Betreuung mitbestimmen.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
43.	Wichtige Entscheidungen zur Therapie werden über meinen Kopf hinweg getroffen.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---

Fragen zur Kommunikation

Denken Sie einmal an die Kommunikation hier im Krankenhaus. Wie werden Informationen ausgetauscht, wie wird miteinander geredet und umgegangen? Bedenken Sie bitte auch Erfahrungen mit medizinischem Personal (Pfleger, Chirurgen, Strahlentherapeuten...) außerhalb der onkologischen Station.

Kreuzen Sie bitte in den rechten Spalten an, wie sehr Sie den Aussagen links zustimmen.

Zustimmung:		stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Aussagen:							
44. Der Austausch von Informationen zwischen den Ärzten klappt gut.	☐	+++	++	+	-	--	---
45. Die Ärzte geben mir oft unterschiedliche Empfehlungen.	☐	+++	++	+	-	--	---
46. Die Ärzte im Klinikum Neukölln haben genügend Zeit für mich.	☐	+++	++	+	-	--	---
47. Die Gespräche mit den Menschen, die mich behandeln und betreuen geben mir Sicherheit im Umgang mit meiner Erkrankung	☐	+++	++	+	-	--	---
48. Die Kommunikation im Team funktioniert reibungslos.	☐	+++	++	+	-	--	---
49. Es kommt vor, dass ein Arzt mich fragt, was ein anderer mir mitgeteilt hat.	☐	+++	++	+	-	--	---
50. Für Gespräche über meine Krankheit ist mit dem Personal keine Zeit.	☐	+++	++	+	-	--	---
51. Ich erhalte Informationen meist als letztes.	☐	+++	++	+	-	--	---
52. Ich erhalte widersprüchlichen Aussagen von den verschiedenen Ärzten, Pflegern und anderem medizinischen Personal.	☐	+++	++	+	-	--	---
53. Ich habe Schwierigkeiten die Informationen über meine Krankheit zu verstehen.	☐	+++	++	+	-	--	---
54. Personen, die mir wichtig sind, werden ausreichend informiert.	☐	+++	++	+	-	--	---

Weitere Fragen...

Bitte beantworten Sie nach dem gleichen Schema wie oben fünf weitere Fragen.

Zustimmung:		stimme voll zu	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
Aussagen:							
55. Ich habe das Gefühl, dass ich mich hier im Klinikum Neukölln gut auskenne.	☐	+++	++	+	-	--	---
56. Krankenschwestern und Pfleger kennen meine Bedürfnisse besser als die Ärzte.	☐	+++	++	+	-	--	---
57. Ich weiß was eine Tumorkonferenz ist.	☐	+++	++	+	-	--	---
58. Ich war schon oft hier im Klinikum Neukölln.	☐	+++	++	+	-	--	---
59. Eine Krankenschwester oder ein Pfleger sollte meine Wünsche bei der Therapieentscheidung im Expertenteam vertreten.	☐	+++	++	+	-	--	---
60. Durch die Aufklärung kannte ich schon vor der Therapie deren Nebenwirkungen.	☐	+++	++	+	-	--	---

Fragen zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Bitte teilen Sie uns in den nächsten Fragen mit, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen Ihrer medizinischen Versorgung sind.

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher un- zufrieden	un- zufrieden	sehr un- zufrieden
61. ...der Linderung Ihrer Schmerzen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
62. ...der Aufmerksamkeit der Ärzte für Ihre Schilderung der Symptome?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
63. ...der Genauigkeit, mit der die Ärzte Ihre Symptome erfragen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
64. ...den gegebenen Informationen zum Umgang mit Schmerzen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
65. ...den gegebenen Informationen über Nebenwirkungen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
66. ...der Zügigkeit, mit der Ihre Symptome behandelt werden?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
67. ...den Informationen über Ihre Untersuchungen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
68. ...der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
69. ... der Überprüfung und Vervollständigung von Untersuchungsbefunden und Behandlungen durch die Ärzte.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
70. ...den gegebenen Informationen über Ihre Prognose?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr zufrieden	zufrieden	eher zufrieden	eher un- zufrieden	un- zufrieden	sehr un- zufrieden
71. ...den Antworten des medizinischen Personals?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
72. ...den Überweisungen zu Spezialisten?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
73. ...der Erreichbarkeit der Ärzte für die Beantwortung Ihrer Fragen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
74. ...der Erreichbarkeit der Pflegekräfte für die Beantwortung Ihrer Fragen?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
75. ...die Art und Weise, in der Ihre Familie an Entscheidungen beteiligt wird?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
76. ...der Koordination Ihrer Behandlung?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
77. ...der Erreichbarkeit der Ärzte für Ihre Familie?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
78. ... der Zusammenarbeit der Menschen, die Sie betreuen und behandeln?	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---
79. ...der Art und Weise, wie die Entscheidung über Ihre Behandlung getroffen wurde.	☐ +++	☐ ++	☐ +	☐ -	☐ --	☐ ---

Fragen zu den verschiedenen Fachrichtungen

Im folgenden geht es um die Menschen, mit denen Sie im Zuge Ihrer Erkrankung zu tun haben. Bitte kreuzen Sie die am besten passende(n) Antwort(en) an.

80. Wer ist im Moment ein wichtiger Gesprächspartner für Sie? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- | | |
|--|--|
| ☐ Ärzte | ☐ Freunde/Bekannte |
| ☐ Pflegepersonal | ☐ Betroffene |
| ☐ Psychologe/Psychotherapeut | ☐ Selbsthilfegruppenmitglieder |
| ☐ Seelsorger | ☐ Keiner |
| ☐ Sozialer Dienst | ☐ Andere, nämlich:  |
| ☐ Familienangehörige | _____ |

Es folgen einige Fragen zum medizinischen Personal. Kreuzen Sie bitte das passende an, oder ergänzen Sie eine nicht genannte Fachrichtung im Freitextfeld.

81. Wer hat Sie über Ihre Erkrankung aufgeklärt? (Es können mehrere Antworten angekreuzt werden)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

82. Durch wen haben Sie Ihre Erkrankung das erste Mal richtig verstanden? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

83. Wer ist ihr wichtigster Ansprechpartner für Ihre Erkrankung? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

84. Wer trägt die Hauptverantwortung für Ihre Therapie (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

**85. Wer ist am besten über Ihre Erkrankung informiert?
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)**

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

**86. Wem vertrauen Sie in Bezug auf Ihre Krankheit am meisten?
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)**

- | | |
|---|--|
| ☐ Hausarzt/Allgemeinmediziner | ☐ Gastro-Enterologe |
| ☐ Onkologe | ☐ Pneumologe |
| ☐ Chirurg | ☐ HNO-Arzt |
| ☐ Pfleger/Krankenschwester | ☐ Keiner |
| ☐ Strahlentherapeut | ☐ Anderer Arzt, nämlich:  |
| ☐ Gynäkologe | _____ |

87. Mit wie vielen Ärzten hatten Sie im letzten Jahr Kontakt?

Schätzen Sie bitte: _____ verschiedene Ärzte.

**88. Denken Sie einmal an das Klinikum Neukölln und alle medizinischen Mitarbeiter.
An welcher Stelle hier im Klinikum sehen Sie besonderen Handlungsbedarf?
*Was muss verändert werden?***

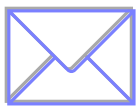
89. Was möchten Sie uns noch mitteilen? Haben Sie Anregungen oder Kritik in Bezug auf diese Studie?

90. Wie viel Zeit haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt?

- ☐ weniger als 15 Minuten
☐ 15 - 30 Minuten
☐ 30 - 45 Minuten
☐ 45 Minuten – 1 Stunde
☐ länger als 1 Stunde



Einen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und das Ausfüllen dieses umfangreichen Fragebogens.



Stecken Sie nun den ausgefüllten Fragebogen in den Umschlag und verschließen Sie ihn. Wir holen ihn gleich ab.



Falls Sie noch Fragen zu diesem wissenschaftlichen Projekt haben, sprechen Sie uns einfach an.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, 15. Januar 2013

.....

gez. Jo Nikolas Ewert