

PATIENT*INNENORIENTIERTE KOMMUNIKATION IN DER ONKOLOGIE

Dr. med. Manfred Welslau

Hämato-Onkologische Schwerpunktpraxis am Klinikum, Aschaffenburg

VNR: 2760909012910740012 | Gültigkeit: 18.08.2023 – 18.08.2024

1 EINLEITUNG

Jährlich erkranken fast 500.000 Menschen in Deutschland an Krebs [RKI 2021] und nach Berechnungen des Robert Koch-Instituts leben insgesamt 4,4 Mio. Menschen in Deutschland, bei denen in den letzten 20 Jahren eine Krebsdiagnose gestellt wurde [RKI 2018]. Häufig stellt eine solche Diagnose für die Betroffenen eine Zäsur dar, die mit Ängsten, Sorgen und Ungewissheit verbunden ist. Auch im Therapieverlauf müssen sich die Patient*innen immer wieder auf unbekannte Situationen einstellen und sind mit wichtigen Entscheidungen konfrontiert. Eine patient*innenorientierte Kommunikation und bedarfsgerechte Unterstützung durch den/die Ärzt*in spielen daher eine besonders wichtige Rolle: So lassen sich über eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in inklusive gemeinsamer Entscheidungsfindung nicht nur die Therapietreue, sondern auch der Therapieerfolg positiv beeinflussen. Allerdings wurde dem Thema Kommunikation lange Zeit in der Ausbildung des medizinischen Personals wenig Beachtung geschenkt und stellt auch heute noch bei zunehmendem Zeitdruck im Arbeitsalltag eine Herausforderung dar. So wurde erst im Jahr

2012 die Gesprächsführung als Teil der ärztlichen Ausbildung in die Approbationsordnung aufgenommen und drei Jahre später ein nationales Mustercurriculum für die Lerninhalte zur Kommunikation in der Medizin verabschiedet [Richter-Kuhlmann 2015, Richter-Kuhlmann und Schmitt-Sausen 2015]. Der zunehmende Zeitdruck wird im Qualitätsbericht der hämatologischen und onkologischen Schwerpunktpraxen deutlich, wonach die Anzahl der pro Ärzt*in einer onkologischen Schwerpunktpraxis pro Quartal versorgten Patient*innen innerhalb von zehn Jahren um 28 % angestiegen ist [WINHO 2020]. Dabei kann eine gute Kommunikation nicht nur den Patient*innen zugutekommen, sondern auch auf Seiten der Ärzteschaft den Aufwand insgesamt (z. B. durch weniger wiederholte Gespräche) reduzieren und die Zufriedenheit erhöhen.

Ziel der vorliegenden CME-Fortbildung ist es, die Bedeutung einer patient*innenorientierten Kommunikation und bedarfsgerechten Unterstützung aufzuzeigen sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation und Versorgung darzustellen.

2 HERAUSFORDERUNG THERAPIETREUE

Die Therapietreue ist eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg und stellt auch im Rahmen der onkologischen Behandlung eine bedeutende Herausforderung in der Medizin dar. Laut einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte hierbei zwischen der **Compliance** und der **Adhärenz** unterschieden werden. Während die Compliance das Verhalten eines/einer Patient*in in Übereinstimmung mit den Anweisungen des/der Behandelnden beschreibt, definiert die WHO die Adhärenz als Verhalten in Übereinstimmung mit gemeinsam von Ärzt*in und Patient*in aufgestellten Empfehlungen [WHO 2003]. Allerdings wird in der deutschsprachigen Literatur diese Unterscheidung nicht immer konsequent eingehalten. Die Adhärenz bezieht sich darüber hinaus insbesondere auf den Zeitpunkt, die Dosierung und die Häufigkeit der Anwendung. Die Zeit von der Initiierung bis zum Abbruch einer Therapie wird bei differenzierter Betrachtung wiederum als **Persistenz** bezeichnet [Cramer et al. 2008].

Für die Messung der Adhärenz hat sich derzeit noch kein Goldstandard-Verfahren etabliert. Eine Übersicht

zu den vorhandenen unterschiedlichen Messmethoden mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen liefert Tabelle 1. Danach lässt sich zusammenfassen, dass eine direkte, objektive Messung der Adhärenz im Praxisalltag kaum möglich ist. Jedoch korreliert als indirekte Methode der Patient*innenbericht laut einem systematischen Review gut mit objektiven Methoden, sodass er zur Adhärenzbestimmung im Praxisalltag herangezogen werden kann [Atkinson et al. 2016].

Insbesondere bei Langzeittherapien kommt der Therapietreue eine zentrale Bedeutung zu. So schrieb die WHO, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz einen weitaus größeren Effekt auf die Gesundheit der weltweiten Bevölkerung haben könnten als jede Verbesserung spezifischer Therapien [WHO 2003]. Dazu passt ein Zitat von Everett Koop: „Medikamente wirken nicht bei Patient*innen, die sie nicht einnehmen.“ [Osterberg und Blaschke 2005]. In der Onkologie steigt die Relevanz der Therapietreue durch die stetige Zunahme an oralen Therapien – in den zurückliegenden 20 Jahren wurden in Deutschland mehr als 50 orale Krebsmedikamente zugelassen [Schlichtig et al. 2019].

Tabelle 1: Übersicht der Methoden zur Adhärenzbestimmung; modifiziert nach [Accordino und Hershman 2013, Osterberg und Blaschke 2005].

Messmethode	Vorteile	Nachteile
Direkte Messung		
Einnahme unter ärztlicher Aufsicht	• Höchste Genauigkeit	• Zeit- und arbeitsintensiv • Patient*innen können Tabletten im Mund verstecken und später entsorgen
Nachweis von Metaboliten in Urin oder Blut	• Objektiv	• Pharmakokinetik unterscheidet sich zwischen Patient*innen • Patient*innen nehmen das Medikament eher vor einem Praxisbesuch ein („Weißkittel-Adhärenz“) • Teuer
Biomarker	• Objektiv	• Teuer und invasiv
Indirekte Methoden		
Patient*innenbericht	• Einfach • Kostengünstig • Für die Praxis am besten geeignet	• Bias: Patient*innen, die Rückmeldung geben, sind eher adhärenz • Patient*innen geben fehlende Adhärenz nicht immer zu • Erinnerungsfehler
Elektronische Tabletten-spender	• Quantifizierbar • Entnahmeschema wird nachverfolgt	• Korreliert nicht immer mit Adhärenz • Teuer
Tabletten zählen	• Objektiv • Quantifizierbar	• Arbeitsintensiv • Liefert keine Information über Zeitpunkt der Einnahme • Patient*innen können Tabletten entsorgt haben
Daten von Versicherungen oder Apotheken	• Objektiv • Leicht zu erhalten	• Erfasst womöglich nicht alle Patient*innen • Liefert keine Information zur tatsächlichen Einnahme

Ein systematisches Review, das 51 Publikationen zur Adhärenz bei oralen antineoplastischen Therapien auswertete, fand Adhärenzraten zwischen 46 und 100 % abhängig von der Patient*innenpopulation, der Art der Medikation, dem Beobachtungszeitraum und dem Messinstrument [Greer et al. 2016]. Insgesamt gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die die Adhärenz beeinflussen und fünf Kategorien zugeordnet werden können (Abbildung 1). Daraus wird ersichtlich, dass auch die Beziehung zwischen Behandelnden und Betroffenen, welche wesentlich durch die Kommunikation geprägt ist, Effekte auf die Therapietreue ausübt [Baumann und Welslau 2017].

Eine besondere Bedeutung für die Adhärenz kommt hierbei der Anfangsphase einer Therapie zu. In dieser Zeit sind häufig noch Therapie- und Dosisanpassungen notwendig und Patient*innen sind ggf. erstmalig mit den Nebenwirkungen der Behandlung konfrontiert, was die Einstellung gegenüber der Medikation beeinflussen kann [Baumann und Welslau 2017]. Entscheidend für die Adhärenz ist dabei nicht

das Auftreten der Nebenwirkung selbst, sondern das entsprechende Management [Geissler et al. 2017]. Generell sollte der Effekt von Nebenwirkungen seitens der Ärzteschaft nicht unterschätzt werden, auch wenn die Verträglichkeit neuer oraler antineoplastischer Wirkstoffe in klinischen Studien häufig besser ist als bei bisherigen Therapien. In jedem Falle gilt, dass die ersten Erfahrungen mit einem neuen Medikament nicht negativ geprägt sein sollten, um die Therapietreue nicht zu gefährden [Baumann und Welslau 2017].

Eine weitere besondere Herausforderung an die Adhärenz stellt die dauerhafte, ggf. sogar lebenslange Behandlung dar, die in einigen Bereichen der Onkologie (z. B. der chronischen myeloischen Leukämie) mit den zielgerichteten Therapien Einzug gehalten hat. Bei langfristiger Anwendung können auch geringe, durch das Medikament verursachte Belastungen sowie eine Reduktion der Krankheitssymptome oder Gewöhnungseffekte die Therapietreue negativ beeinflussen [Baumann und Welslau 2017].

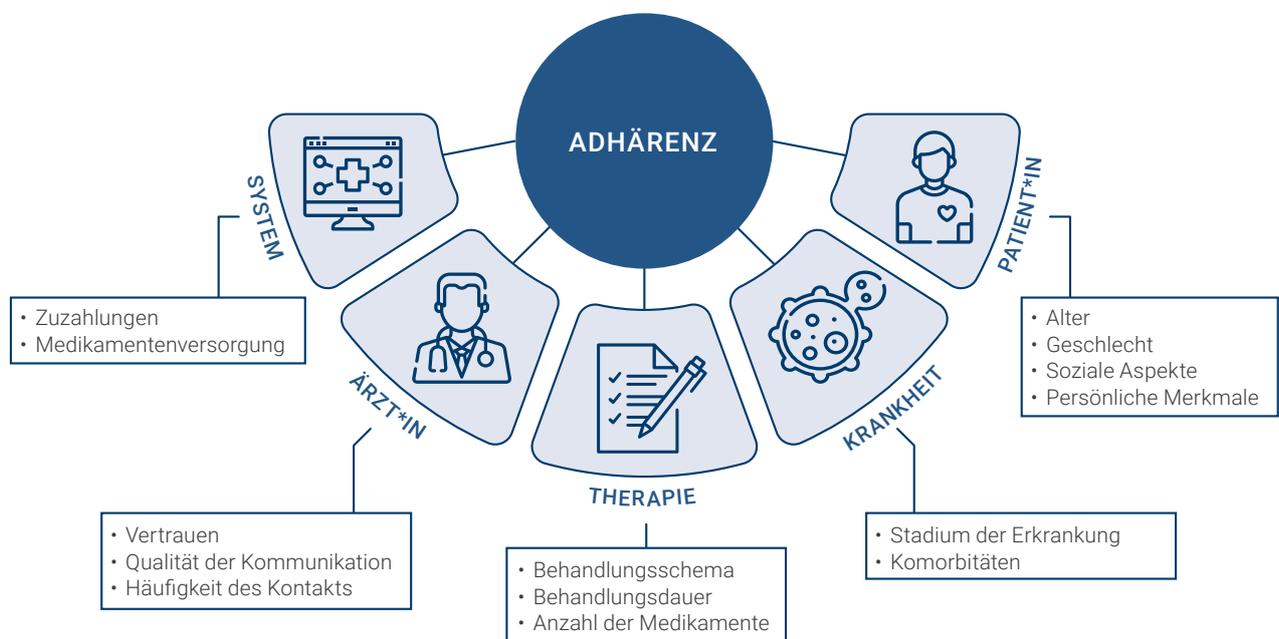


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Adhärenz; modifiziert nach [Baumann und Welslau 2017].

3 VERBESSERUNG DER THERAPIETREUE

Die oben beschriebenen kritischen Phasen für die Therapietreue machen einerseits eine enge Überwachung und Unterstützung der Patient*innen während der initialen Therapiephase erforderlich, dazu zählen kurze Intervalle bis zur Wiedervorstellung, ggf. Anrufe und Nachfragen sowie zusätzliche Beratungs- und Schulungsangebote unter Einbeziehung des/der Apotheker*in, andererseits ist eine kontinuierliche Begleitung bei Dauertherapien gefragt [Baumann und Welslau 2017].

Insgesamt gibt es eine Reihe von möglichen Angriffspunkten, die für eine Verbesserung der Adhärenz, z. B. bei oraler antineoplastischer Therapie, sorgen könnten: Eine wichtige Rolle spielt beispielsweise ein möglichst einfaches **Therapieregime**. Dies bezieht sich nicht nur auf die Krebsmedikation, sondern schließt alle Medikamente des/der Patient*in ein. So sollte die Anzahl an Medikamenten und täglichen Dosen so gering wie möglich sein, Kombinationspräparate und langwirksame Formulierungen erleichtern hierbei diesen Ansatz. Weiterhin sollten viele unterschiedliche, über den Tag verteilte Einnahmezeitpunkte möglichst vermieden werden [McCue et al. 2014]. **Schulungen** zum Therapieregime sollen die Kenntnisse der Betroffenen intensivieren und so die Adhärenz fördern. Dabei kann die Einbeziehung von Familienmitgliedern oder Freund*innen hilfreich sein. Zudem sollte eine Aufklärung über die Bedeutung der Adhärenz bzw. Konsequenzen der Nicht-Adhärenz erfolgen. Neben der mündlichen Informationsvermittlung ist immer auch eine schriftliche Übersicht sinnvoll [McCue et al. 2014]. Weitere Ausführungen zum Thema Patient*in-enedukation folgen in Kapitel 6 dieser Fortbildung. **Erinnerungshilfen** können einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der Adhärenz leisten. So kann die Assoziation der Medikamenteneinnahme mit anderen Alltagsroutinen, wie einer Mahlzeit, dem Zähneputzen oder dem Anschauen der Fernsehnachrichten, eine regelmäßige Einnahme erleichtern. Daneben eignen

sich unterteilte Tablettenboxen und elektronische Erinnerungstools [McCue et al. 2014]. Wie bereits geschildert hat das **Nebenwirkungsmanagement** für die Adhärenz (insbesondere in der Initialphase) eine hohe Relevanz. Patient*innen sollten daher gut über potenzielle Nebenwirkungen aufgeklärt und ermutigt werden, diese schnell zu melden, damit eine Therapieanpassung oder spezifische Behandlung initiiert werden kann. Dabei ist von ärztlicher Seite immer auch an Wechselwirkungen der Medikation mit Nahrungsmitteln oder anderen Wirkstoffen zu denken [McCue et al. 2014]. Als Basis dieser und anderer Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz ist jeweils eine gute **Kommunikation** zwischen Ärzt*in und Patient*in Voraussetzung. Dazu gilt es, ein offenes und vertrauensvolles Verhältnis zu schaffen. Wichtige Inhalte der patient*innenorientierten Gesprächsführung und einzelne Gesprächsstrategien sind in Kapitel 5 beschrieben.

Trotz der vielen theoretischen Angriffspunkte zur Verbesserung der Therapietreue kam ein systematisches Review zu dem Ergebnis, dass es nur eine geringe Anzahl hochwertiger Studien im Zusammenhang mit oralen Krebstherapien gibt. Darüber hinaus zeigten sich in den wenigen Untersuchungen kaum signifikante Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen [Greer et al. 2016]. Häufig werden auch komplexe Ansätze zur Verbesserung der Adhärenz verfolgt, die jedoch einen Vergleich zwischen Studien erschweren. So fand ein Cochrane Review keine übereinstimmenden Eigenschaften von wirksamen Interventionen [Nieuwlaat et al. 2014].

Schlussfolgerung ist, dass es keine Standardverfahren zur Verbesserung der Adhärenz gibt, sodass sich Behandelnde in erster Linie dem Thema Therapietreue widmen und patient*innenindividuelle Maßnahmen verfolgen sollten. Die Kommunikation ist dabei ein wesentlicher Baustein [Baumann und Welslau 2017].

4 TYPISIERUNG VON PACIENT*INNEN

Personalisierte Medizin ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus von Forschung und Klinik gerückt, insbesondere im Bereich der Onkologie. Hierbei wird in der Regel an eine medikamentöse Behandlung gedacht. Beispielsweise haben zielgerichtete Therapien bedeutende Verbesserungen der klinischen Ergebnisse onkologischer Patient*innen möglich gemacht. Doch auch auf der Ebene unterstützender Maßnahmen und Programme ist eine personalisierte Medizin erforderlich, d. h. Interventionen, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen abgestimmt sind und somit bessere Erfolge erzielen. Hierfür ist eine Unterscheidung verschiedener Patient*innentypen notwendig, die ebendiese Bedürfnisse berücksichtigt. Aktuell wird jedoch häufig nur nach Art der Erkrankung und ggf. Krankheitsstadium differenziert [Bloem et al. 2020].

Die **Segmentierung** stellt eine allgemeine Methode zur Einteilung von Personen und entsprechender Zuordnung von bestimmten Eigenschaften des Bedarfs und der Versorgung dar, die vor allem im Bereich der Wirtschaft und des Marketings Anwendung findet [Bloem et al. 2020]. Bloem und Stalpers entwickelten auf Grundlage eines theoretischen Konzepts zum gesundheitsbezogenen Verhalten ein Segmentierungsmodell für Patient*innen, das unabhängig von der Erkrankung angewendet werden kann. Dabei werden basierend auf den Eigenschaften einer hohen bzw. niedrigen **Akzeptanz** der Erkrankung bzw. des Gesundheitszustands und einer hohen bzw. niedrigen **Kontrolle** über die persönliche gesundheitliche Situation vier Typen unterschieden (Abbildung 2) [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020]. Die Akzeptanz bezeichnet dabei das Gefühl einer Person, dass der Gesundheitszustand inkl. möglicher funktioneller Einschränkungen hinnehmbar ist. Die Kontrolle beschreibt wiederum die Überzeugung einer Person, dass der eigene Gesundheitszustand von ihr selbst oder von anderen beeinflusst oder kontrolliert werden kann [Bloem und Stalpers 2012]. Akzeptanz und Kontrolle gelten als die wichtigsten psychologischen Determinanten der subjektiv erlebten Gesundheit, welche wiederum das gesundheitsbezogene Verhalten bestimmt und damit auch für den Umgang mit einer

Erkrankung maßgeblich ist [Bloem und Stalpers 2012]. Im Folgenden werden die vier Patient*innentypen hinsichtlich ihrer sozio-ökonomischen und sozio-demografischen Eigenschaften sowie ihrer Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten näher beschrieben.

Segment I: hohes Maß an Akzeptanz und Kontrolle

Die Patient*innen zeichnen sich durch ein großes Selbstvertrauen und Verantwortlichkeitsgefühl aus – sie sind involviert und aktiv und nehmen ihr Leben selbst in die Hand. Dieser Typ hat ein Bedürfnis nach (personalisierter) Information. Dementsprechend ist die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informationen sowie eine Bestärkung des gesundheitsbezogenen Verhaltens („Du machst das sehr gut“) als Unterstützungsmaßnahme geeignet. Familie und Freund*innen können unterstützend hinzugezogen werden. Personen in Segment I sind überwiegend männlich, jung und haben ein hohes Bildungsniveau sowie einen hohen Sozialstatus. Weitere Charakteristika sind ein hoher Anteil an Wohneigentümer*innen und ein hohes jährliches Einkommen. Sie sind in der Regel nicht religiös und haben einen gering ausgeprägten Glauben [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020].

Segment II: hohes Maß an Akzeptanz und geringes Maß an Kontrolle

Personen, die diesem Segment zugeordnet werden, haben prinzipiell den Willen zum Umgang mit der Erkrankung, es fehlt ihnen aber die Fähigkeit und Übersicht zur Umsetzung. Daher besteht ein Bedarf an Planung und Struktur, sodass zur Unterstützung am besten praktische Hilfe, z. B. anhand von Erklärungen zu Therapieabläufen, Therapiekalendern oder Tagebüchern, geeignet ist. Darüber hinaus sollte das Vertrauen gestärkt werden, selbst Kontrolle über die eigene Gesundheit ausüben zu können. In Segment II finden sich vermehrt weibliche und ältere Personen, Menschen mit einem hohen Sozialstatus und hohem jährlichem Einkommen sowie ein hoher Anteil an Wohneigentümer*innen. Sie leben eher im ländlichen Raum, sind religiös und haben einen stark ausgeprägten Glauben [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020].

Segment III: niedriges Maß an Akzeptanz und hohes Maß an Kontrolle

Diese Patient*innen betrachten die Krankheit als Feind und es fällt ihnen schwer, ihr Leben damit zu leben. In der Folge verschwenden sie Energie und leisten Widerstand, indem sie einen Schuldigen suchen, die Zeit zurückdrehen wollen und sich mit Fragen beschäftigen wie: „Warum ich?“, oder: „Was habe ich getan, dass mir das passiert?“ Das Grundbedürfnis dieses Typs ist emotionale Unterstützung, es gilt daher Ruhe und Zuspruch zu vermitteln („Es ist zu schaffen.“ „Sie schaffen das auch.“). Auch der Austausch mit anderen Betroffenen, familiärer Halt und der Kontakt zu Sozialarbeiter*innen oder Psycholog*innen kann die erforderliche Hilfe bieten. Personen in diesem Segment sind typischerweise männlich und jung [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020].

Segment IV: niedriges Maß an Akzeptanz und Kontrolle

Personen in diesem Segment sind durch Passivität, Trägheit, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit charakterisiert. Es besteht das Bedürfnis nach persönlicher Führung und echter Betreuung. Die wichtigste Unterstützung ist daher die persönliche Beratung, bei der die Menschen an die Hand genommen, Perspektiven aufgezeigt und erreichbare Ziele gesetzt werden. Der Nutzen von Unterstützungsprogrammen könnte durch Einbeziehung des sozialen Umfelds erhöht werden, wohingegen reine Informationsvermittlung diese Patient*innen weniger erreicht und beeinflusst. In diesem Segment finden sich überwiegend weibliche Personen mit geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus, stark ausgeprägtem Glauben sowie geringem jährlichem Einkommen und ein entsprechend geringer Anteil an Wohneigentümer*innen [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020].

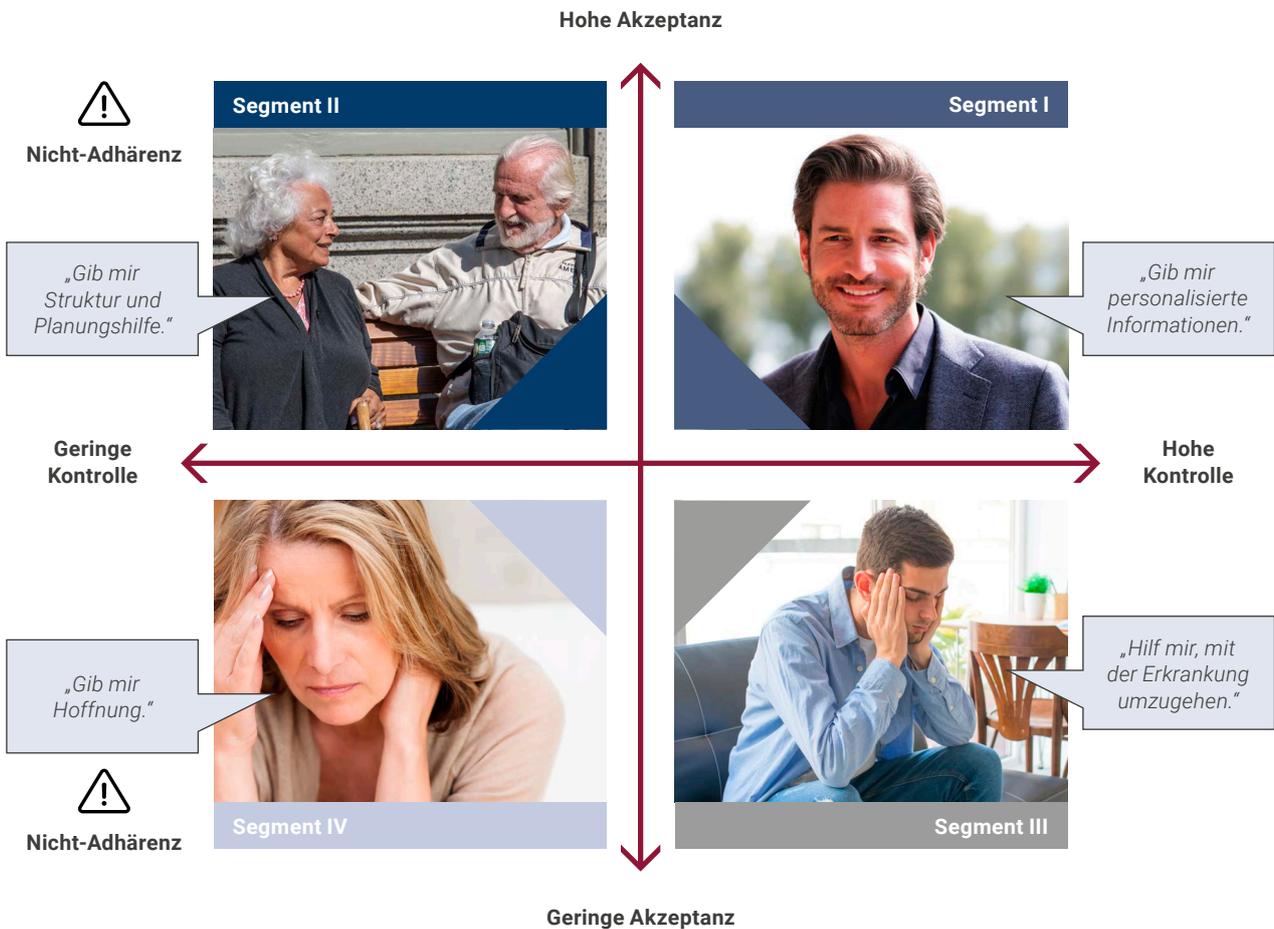


Abbildung 2: Das Segmentierungsmodell – vier Typen von Patient*innen und ihre Bedürfnisse; modifiziert nach [Bloem und Stalpers 2012, Bloem et al. 2020].

Das Segmentierungsmodell kann für viele Aspekte der Gesundheitsversorgung hilfreich sein, beispielsweise ist es auch in Bezug auf die Therapietreue anwendbar. So postulieren Bloem und Stalpers einen Zusammenhang zwischen absichtlicher Nicht-Adhärenz, d. h. der bewussten Entscheidung sich nicht an das verabredete Behandlungsschema zu halten, und dem Maß der Akzeptanz. Eine hohe Akzeptanz ist demnach mit einer geringen absichtlichen Nicht-Adhärenz verbunden, da die Krankheit von den Patient*innen als Teil ihres täglichen Lebens anerkannt wird (Segment I + II). Betroffene mit einer geringen Akzeptanz sind eher nicht adhärent, da sie die Erkrankung und damit die erforderliche Behandlung verdrängen (Segment III + IV). Weiterhin postulieren die Autoren einen Zusammenhang zwischen der Kontrolle und unabsichtlicher Nicht-Adhärenz. Demnach schreiben Personen mit einem geringen Maß an Kontrolle ihrem Verhalten keine Bedeutung bzw. keine Effekte in Bezug auf ihre Krankheit zu und neigen eher zu unabsichtlicher Nicht-Adhärenz (Segment II + IV) [Bloem und Stalpers 2012].

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sowohl Akzeptanz als auch Kontrolle veränderliche Eigenschaften sind. Daher ist auch die Zu-

ordnung von Personen zu einem Segment nicht fix, sondern kann sich über die Zeit verändern [Bloem und Stalpers 2012]. Die Typisierung und die damit verbundene Ermittlung von Bedürfnissen und Unterstützungsmöglichkeiten sollte daher regelmäßig überprüft werden. Dazu wird ein Fragebogen mit je drei Aussagen zu den Bereichen Akzeptanz und Kontrolle eingesetzt, die auf einer Skala von 1 – 7 (trifft überhaupt nicht zu – trifft voll und ganz zu) bewertet werden (s. Kasten). Für die Auswertung wird der Mittelwert der Antworten zur Akzeptanz sowie der Mittelwert der Antworten zur Kontrolle berechnet. Ab einem *Cut-off*-Wert von > 4,96 erfolgt die Zuordnung zu Segmenten mit hoher Akzeptanz und ab einem Wert von > 5,36 zu Segmenten mit hoher Kontrolle [Bloem et al. 2020].

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass mithilfe des Segmentierungsmodells bestehende Unterstützungsprogramme und Maßnahmen den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Patient*innentypen zugeordnet und neue Programme entsprechend den Bedürfnissen entwickelt werden können. Dabei gilt, je besser die Bedürfnisse der unterschiedlichen Typen adressiert werden, desto besser sind die Erfolgsaussichten.

Fragebogen zur Patient*innentypisierung

Fragen zur Akzeptanz:

- Die Art und Weise, wie ich körperlich und geistig funktioniere, ist akzeptabel für mich.
- Ich akzeptiere meinen gesundheitlichen Zustand so, wie er ist.
- Ich bin mit meinem gesundheitlichen Zustand im Reinen.

Fragen zur Kontrolle:

- Ich kann meinen gesundheitlichen Zustand weitgehend selbst beeinflussen.
- Ich habe meinen gesundheitlichen Zustand zum großen Teil selbst in der Hand.
- Ich habe das Gefühl, meinen Gesundheitszustand im Griff zu haben.

5 KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN

Den/die Patient*in in seiner/ihrer aktuellen physischen und emotionalen Verfassung wahrzunehmen, die persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen zu berücksichtigen und Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zu fördern, sind die Kernelemente einer **patient*innenzentrierten Kommunikation** [Leitlinienprogramm Onkologie 2014]. Bevor verschiedene Gesprächsmodelle für spezifische Situationen vorgestellt werden, sollen zunächst die in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ (www.awmf.org) aufgeführten allgemeinen Grundprinzipien für ein entsprechendes kommunikatives Verhalten zusammengefasst werden. Die Leitlinie thematisiert psychologische und soziale Aspekte, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können, und dient als Basis für eine flächendeckende und sektorenübergreifende Versorgung von Krebspatient*innen mit psychoonkologischen Angeboten. Eine der zentralen Aufgaben dabei ist die patient*innenorientierte Information und Gesprächsführung. Letzteres berücksichtigt Aspekte wie den Gesprächsrahmen, die Haltung gegenüber dem/der Patient*in, die Sprache und die Gesprächsinhalte. So sollte gewährleistet werden, dass Gespräche in einer atmosphärisch angemessenen Umgebung und vor allem ohne Störungen und Unterbrechungen geführt werden können. Falls von dem/der Patient*in gewünscht, sollten Angehörige oder Bezugspersonen mit in das Gespräch einbezogen werden. Ziel ist es, eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in aufzubauen. Sogenanntes „aktives Zuhören“ sollte die Basis der Gesprächsführung darstellen und der/die Patient*in sollte sowohl ermutigt werden Fragen zu stellen als auch Gefühle auszudrücken. Schwierige Themen sollten direkt und einfühlsam angesprochen werden. Zur Vermittlung relevanter Informationen sollte eine patient*innennahe Sprache verwendet und auf medizinische Fachbegriffe verzichtet werden. Wiederholungen, Zusammenfassungen und anschauliche Darstellungen/Grafiken können helfen, das Verständnis zu verbessern. Abschließend sollten dem/der Patient*in auch weiterführende Hilfen angeboten werden [Leitlinienprogramm Onkologie 2014]. Die Leitlinie empfiehlt auch, dass Beschäftigte im

Bereich der Onkologie das Angebot an qualifizierten Fortbildungen wahrnehmen sollten, um die Kommunikation im Klinik- und Praxisalltag zu verbessern [Leitlinienprogramm Onkologie 2014]. Beispielsweise ist KOMPASS (Kommunikative Kompetenz zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung) ein erprobtes Trainingsprogramm, das von einer Arbeitsgruppe aus mehreren Zentren entwickelt wurde und dessen Effektivität mit einer Begleitstudie wissenschaftlich untersucht wird.

5.1 DAS SPIKES-MODELL

Im Fachbereich der Onkologie ist es immer wieder erforderlich „schlechte Nachrichten“ zu überbringen, sei es eine Erstdiagnose, das Auftreten eines Rezidivs oder der Übergang zu einer palliativen Therapie. Jedoch ist Folgendes zu beherzigen: „Die Überbringer ‚schlechter Nachrichten‘ sind nicht verantwortlich dafür, was sie zu übermitteln haben, aber dafür, wie sie es tun“ [Leitlinienprogramm Onkologie 2014]. Um auch bei schwierigen Gesprächen kommunikative Kompetenz zu wahren und den Bedürfnissen und Anforderungen der Patient*innen gerecht zu werden, wurde das sogenannte **SPIKES-Modell** entwickelt [Baile et al. 2000]. In sechs Schritten werden dabei die Grundprinzipien der patient*innenorientierten Kommunikation aufgegriffen und zum Teil erweitert [Baile et al. 2000]:

• **Setting**

Schaffung eines angemessenen Gesprächsrahmens. Es sollte für Privatsphäre und Ungestörtheit gesorgt und das Gespräch im Sitzen, möglichst ohne Barrieren zwischen den Gesprächsteilnehmer*innen, geführt werden. Um eine Verbindung zu dem/der Patient*in herzustellen, sollte Augenkontakt gehalten werden.

• **Perception**

Mit offenen Fragen sollte herausgefunden werden, wie der/die Patient*in seine/ihre medizinische Situation wahrnimmt. Mögliche Fragen sind z. B.: „Was wurde Ihnen bisher über Ihre medizinische Situation gesagt?“ oder „Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe, warum das MRT gemacht wurde?“.

• **Invitation**

Es sollte herausgefunden werden, welche bzw. wie viele Informationen der/die Patient*in erhalten möchte. Falls der/die Patient*in zum jetzigen Zeitpunkt keine Details wissen möchte, sollte angeboten werden, für zukünftige Fragen zur Verfügung zu stehen oder mit einer Bezugsperson zu sprechen.

• **Knowledge**

Die eigentliche Vermittlung der Information. Zunächst sollte der/die Patient*in darauf vorbereitet werden, dass schlechte Nachrichten folgen. Weiterhin sind stets die Vorkenntnisse und das Vokabular des/der Patient*in zu berücksichtigen. Die Informationen sollten Schritt für Schritt weitergegeben und zwischendurch das Verständnis des/der Patient*in geprüft werden.

• **Emotions**

Durch eine empathische Reaktion auf die Emotionen des/der Patient*in soll Unterstützung und Solidarität vermittelt werden. Mit der weiteren Besprechung sollte gewartet werden, bis die Emotionen vorüber sind.

• **Strategy und Summary**

Die Planung des weiteren Vorgehens und Zusammenfassung. Dabei sollte das Gespräch auch auf Missverständnisse geprüft und die Hoffnungen des/der Patient*in mit realistischen Zielen in Einklang gebracht werden.

Um zu überprüfen, ob das SPIKES-Modell tatsächlich auch den Erwartungen von Patient*innen an ein Gespräch zur Überbringung schlechter Nachrichten entspricht, wurde ein Patient*innen-Fragebogen, die sogenannte *Marburg Breaking Bad News (MABBAN) Scale* entwickelt. Eine Studie mit 336 Krebspatient*innen, welche die MABBAN-Skala beantworteten, zeigte eine Übereinstimmung der Patient*innen-Präferenzen mit den sechs Komponenten des SPIKES-Modells. Abhängig von demografischen und klinischen Eigenschaften wurden jedoch unterschiedliche Komponenten als besonders wichtig eingestuft. Daraus lässt sich schließen, dass eine Kommunikation auf Grundlage des Modells sinnvoll ist, trotzdem aber eine individuelle Anpassung erforderlich ist [von Blanckenburg et al. 2020].

5.2 DAS NURSE-MODELL

Gespräche mit onkologischen Patient*innen können mit vielen unterschiedlichen Emotionen bei den Betroffenen verbunden sein, auf die der/die Ärzt*in reagieren muss. Das sogenannte **NURSE-Modell** (www.aekno.de) kann speziell für den Umgang mit Emotionen hilfreich sein und setzt sich aus fünf Schritten zusammen [Ärzttekammer Nordrhein]:

• **Naming**

Die Emotion benennen (falls der/die Patient*in das Gefühl nicht bereits selbst benannt hat).

Beispiel: „Man kann heraushören, dass es eine Situation ist, die Sie so nicht kennen und die Sie belastet.“ „Sie haben die Sorge, als nicht belastbar zu gelten.“

• **Understanding**

Verständnis für die Emotion zeigen.

Beispiel: „Das ist eine verständliche Reaktion, die auch viele andere Betroffene zeigen.“ „Das nimmt Sie gerade mit.“

• **Respecting**

Respekt oder Anerkennung ausdrücken, z. B. für die unternommenen Anstrengungen mit einer bestimmten Belastung umzugehen.

Beispiel: „X Jahre mit der Erkrankung umzugehen, das ist eine beachtliche Leistung.“ „Sie haben gerade insgesamt auch viel zu tragen.“

• **Supporting**

Unterstützung anbieten.

Beispiel: „Wäre es denkbar für Sie, die Situation so oder so zu lösen?“

• **Exploring**

Weitere Hintergründe zur Emotion ermitteln bzw. nicht eindeutige oder fehlende Emotionen ergründen.

Beispiel: „Gibt es noch andere Dinge, die Ihnen gerade Sorgen bereiten?“

5.3 PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Ein wichtiger Bestandteil der patient*innenorientierten Kommunikation ist die partizipative Entscheidungsfindung (**PEF**), bei der Ärzt*in und Patient*in eine gemeinsam verantwortete Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen. Der Prozess der PEF lässt sich in drei Phasen gliedern: In der Anfangsphase, die auch als *Team Talk* bezeichnet wird, wird dem/der Patient*in zunächst mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss. Zudem wird über die Gleichwertigkeit der vorgestellten Optionen und Gesprächspartner*innen informiert. In der Informationsphase, dem *Option Talk*, wird zum einen die Evidenz für Nutzen und Risiken der Behandlungsoptionen dargelegt und zum anderen

werden die Erwartungen und Befürchtungen des/der Patient*in besprochen. In der abschließenden Entscheidungsphase, dem *Decision Talk*, wird zunächst erfragt, wie stark sich der/die Patient*in an der Entscheidungsfindung beteiligen möchte. Anschließend wird unter entsprechender Berücksichtigung der Patient*innenpräferenz und der ärztlichen Empfehlung eine Entscheidung getroffen. Darüber hinaus wird vereinbart, was zur Umsetzung dieser Entscheidung erforderlich ist. Die Anwendung der PEF im Praxisalltag kann für Ungeübte herausfordernd sein, jedoch bieten spezielle Kommunikationstrainings für Ärzt*innen sowie medizinische Entscheidungshilfen für Patient*innen gute Unterstützungsmöglichkeiten. Grundlage ist jedoch vor allem eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Atmosphäre zwischen den Beteiligten [Bieber et al. 2016].

6 PATIENT*INNENEDUKATION

Grundgedanke vieler Ansätze zur **Patient*innenedukation** ist, dass Informationen, Anleitung und Training das Selbstvertrauen von Patient*innen stärken können, sodass die Herausforderungen der Erkrankung besser bewältigt werden können [Baumann und Welslau 2017]. Ein komplexeres Wirkmodell schreibt der Patient*innenschulung primär positive Effekte auf Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung der Patient*innen zu. Darauf aufbauend wird in weiteren Stufen (i) das Selbstmanagement und Empowerment, (ii) das Gesundheitsverhalten, (iii) die Morbidität und Funktionsfähigkeit sowie letztendlich (iv) die Lebensqualität und Teilhabe beeinflusst. Je höher die Stufe, desto größer sind jedoch die Einflüsse von personenbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren, sodass der Effekt von Schulungen auf diese Komponenten häufig geringer ausfällt [Faller et al. 2011]. Dass sich mithilfe von Interventionen zur Patient*innenedukation die individuelle Gesundheitskompetenz verbessern lässt und dies wiederum mit positiven Effekten auf die Adhärenz verbunden ist, zeigte eine Meta-Analyse von Miller. Insbesondere bei vulnerablen und sozial benachteiligten Patient*innen war dieser Zusammenhang besonders ausgeprägt [Miller 2016].

Da der Anteil oraler Therapien stark zunimmt, werden auch die Kenntnisse über die korrekte Einnahme, Lagerung und Handhabung oraler Medikamente für onkologische Patient*innen immer wichtiger. Zur Unterstützung von ärztlichem und pflegerischem Personal wurde eigens das *Oral Agent Teaching Tool* der MASCC (*Multinational Association of Supportive Care in Cancer*) (**MOATT**, <https://mascc.org/resources/assessment-tools/mascc-oral-agent-teaching-tool-moatt/>) entwickelt, ein Gesprächsleitfaden für die Aufklärung und Information von Patient*innen, die eine orale Krebsmedikation erhalten [Kav et al. 2010]. Dieser Leitfaden beinhaltet Kernfragen zur Einschätzung des/der Patient*in, Hinweise für die allgemeine Aufklärung für alle oralen Präparate sowie Hinweise für medikamentenspezifische Informationen, die im Anschluss an das Gespräch ausgehändigt werden können. Ein weiterer Abschnitt dient der Überprüfung, ob der/die Patient*in alle wichtigen Informationen verstanden hat. Auf Basis des MOATT wurde in Deutschland ein standardisiertes Schulungsprogramm entwickelt, das in einer prospektiven, cluster-randomisierten Studie im Rahmen des Projekts *Patients' Competence in Oral Cancer Therapy* (**PACOCT**) getestet wurde. Daran waren 28 onkologische Schwerpunktpraxen beteiligt, die 2:1 auf

den Interventions- (111 Patient*innen) bzw. Kontrollarm (54 Patient*innen) randomisiert wurden. Pflegekräfte der Interventionsgruppe erhielten vor Studienbeginn ein spezielles Training und führten die Patient*innenschulung zusätzlich zum Aufklärungsgespräch des/der behandelnden Ärzt*in durch (T0). Vier weitere Schulungen durch die Pflegekräfte folgten in Intervallen von zwei (T1, T2) bzw. vier Wochen (T3, T4). Die Studienergebnisse zeigten, dass in der Interventionsgruppe fast alle untersuchten Nebenwirkungen tendenziell seltener auftraten als in der Kontrollgruppe (Abbildung 3) und Patient*innen die Therapie seltener ohne ärztliche Absprache unterbrachen. Demnach können Patient*innen von dem standardisierten Schulungsprogramm auf Basis des MOATT profitieren [Riese et al. 2017].

Dass Schulungsmaterial allein häufig nicht ausreichend ist, um die Therapietreue onkologischer Patient*innen zu verbessern, demonstrierte wiederum die prospektive, ran-

domisierte, offene Parallelgruppenstudie *Patient's Anastrozole Compliance to Therapy (PACT, NCT00555867)*. Diese schloss 4.844 postmenopausale Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs ein, die eine adjuvante endokrine Therapie mit einem Aromatase-Inhibitor begannen. Patientinnen im Interventionsarm erhielten während des ersten Behandlungsjahres neun Informationsschreiben und -broschüren, monatliche Erinnerungen bezüglich der Persistenz sowie kleine Geschenke. Zwölf Monate nach Therapiebeginn zeigte sich in dieser Studie kein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Adhärenz- und Persistenzraten [Hadjji et al. 2013].

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass ohne vorherige Patient*innentypisierung eine umfassende Patient*innenedukation mithilfe regelmäßiger Schulungen und persönlichem Kontakt zu medizinischem Personal erforderlich ist, um positive Effekte aufzuzeigen.

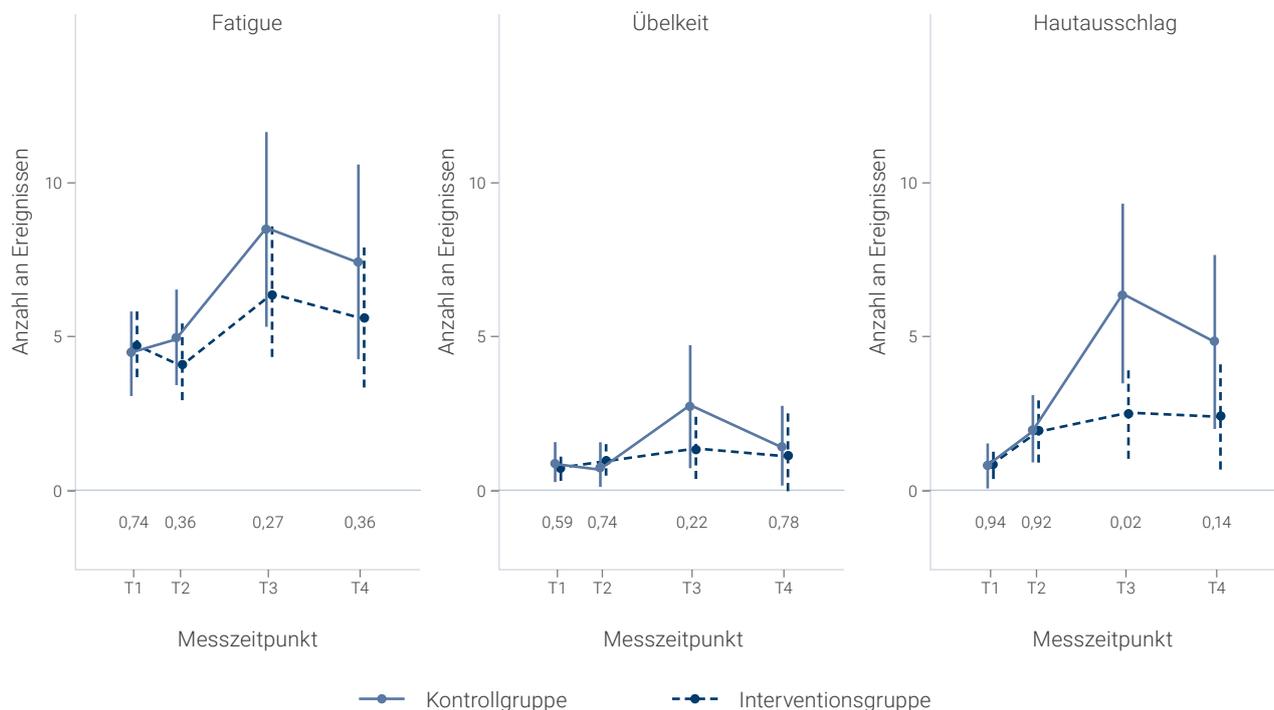


Abbildung 3: Effekt eines standardisierten Schulungsprogramms für onkologische Patient*innen unter oraler Therapie auf einzelne Nebenwirkungen; modifiziert nach [Riese et al. 2017]. Zahlen unterhalb der X-Achse geben p-Werte für die Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe an.

7 VERBESSERUNG DER VERSORGUNG DURCH ONKO-COACHES

Neue Therapien haben vielfach das Potenzial, die Lebenserwartung von Krebspatient*innen zu verlängern. Dies setzt jedoch eine hohe Therapietreue voraus und erfordert eine langjährige Versorgung. Idealerweise sollte während der gesamten Therapiephase jedem/jeder Patient*in mitsamt den Angehörigen eine konstante persönliche Begleitperson zur Verfügung stehen, die nicht nur bei Fragen zu Behandlung und Nebenwirkungen, sondern auch zu Sozialrecht und Psychoonkologie beraten kann. Auf Grundlage der Ergebnisse der PACOCT-Studie wurde daher das Konzept des sogenannten **Onko-Coaches** (www.patientcoach.de/onkocoach/) entwickelt. Es handelt sich dabei um eine anerkannte Fortbildung für onkologische Pflegefachkräfte (www.akstudien.de, www.care-and-coach.de), die sowohl medizinisches Wissen zu unterschiedlichen Therapieformen vermittelt als auch die Bereiche Psychoonkologie und

Kommunikation thematisiert. Der Onko-Coach dient dann als erster/erste Ansprechpartner*in für den/die Patient*in und bietet strukturierte und bedarfsorientierte Termine an. Dabei können die jeweiligen Bedürfnisse individuell adressiert werden, im Vordergrund stehen insbesondere alltagsrelevante Themen. Von den Onko-Coaches profitieren nicht nur die Patient*innen und ihre Angehörigen, sondern auch die Onkolog*innen. Wenn der Onko-Coach als erster/erste Ansprechpartner*in fungiert, entlastet dies die Ärzt*innen. Die verbesserte Kommunikation, ein vertrauensvolles Verhältnis und Schulungen führen dazu, dass Patient*innen besser mit den Therapien zurechtkommen und Nebenwirkungen früher melden. Dies reduziert die Zahl der Therapieabbrüche und resultiert schließlich in einem besseren Therapieerfolg – zur großen Zufriedenheit der Ärzt*innen und Patient*innen.

8 FAZIT

Die Kommunikation und bedarfsgerechte Unterstützung ist ein entscheidender Faktor für die Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in und nicht zuletzt für den Erfolg einer Therapie. Mit der rapide steigenden Zahl oraler Krebstherapien stellt auch die Therapietreue in der onkologischen Versorgung zunehmend eine Herausforderung dar. Diverse Faktoren können die Adhärenz beeinflussen, als besonders kritisch gelten die initiale Therapiephase sowie die Langzeittherapie. Zwar gibt es eine Vielzahl an möglichen Angriffspunkten für eine Verbesserung der Adhärenz, doch die Evidenz zur Wirksamkeit ist begrenzt und Standardverfahren gibt es nicht. Daher ist es wichtig, dass sich die Behandelnden patient*innenindividuell mit dem Thema auseinandersetzen. Die Typisierung von Patient*innen, z. B. nach dem Segmentierungsmodell von Bloem und

Stalpers, kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten und damit bessere Erfolge zu erzielen. Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation stellt die Grundlage jeder Unterstützung dar. Neben den Grundprinzipien einer patient*innenorientierten Kommunikation, die in jedem Gespräch beachtet werden sollten, gibt es z. B. mit dem SPIKES- und NURSE-Modell spezielle Gesprächsleitfäden für besondere Situationen. Schulungsprogramme im Rahmen der Patient*innenedukation können die Adhärenz verbessern. In einem Idealszenario sollte jedoch jedem/jeder onkologischen Patient*in während der gesamten Therapiephase eine geschulte persönliche Begleitperson zur Verfügung stehen, ein Konzept, das durch die Fortbildung onkologischer Pflegefachkräfte zum Onko-Coach aufgegriffen wird.

9 LITERATUR

- Accordino** MK, Hershman DL. Disparities and challenges in adherence to oral antineoplastic agents. 2013. https://ascopubs.org/doi/full/10.14694/EdBook_AM.2013.33.271, abgerufen am: 17.01.2022
- Ärztchamber Nordrhein.** Kommunikationsleitfaden - Gesprächstechniken. <https://www.aekno.de/wissenswertes/dokumentenarchiv/aerztekammer-nordrhein/kommunikation-im-medizinischen-alltag/2-gespraechstechniken>, abgerufen am: 09.12.2021
- Atkinson** TM, Rodrigues VM, Gordon M, et al. The association between patient-reported and objective oral anticancer adherence measures: a systematic review. *Oncol Nurs Forum* 2016;43(5):576-82
- Baile** WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5(4):302-11
- Baumann** W, Welslau M. Patientenadhärenz in der oralen medizinischen Onkologie. *Der Onkologe* 2017;23(8):645-50
- Bieber** C, Gschwendtner K, Müller N, et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016;66(05):195-207
- Bloem** S, Stalpers J. Subjective experienced health as a driver of health care behavior. *Nyenrode Research Paper Series* 2012;12-01
- Bloem** S, Stalpers J, Groenland EAG, et al. Segmentation of health-care consumers: psychological determinants of subjective health and other person-related variables. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):726
- Cramer** JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health* 2008;11(1):44-7
- Faller** H, Reusch A, Meng K. DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2011;50(05):284-91
- Geissler** J, Sharf G, Bombaci F, et al. Factors influencing adherence in CML and ways to improvement: results of a patient-driven survey of 2546 patients in 63 countries. *J Cancer Res Clin Oncol* 2017;143(7):1167-76
- Greer** JA, Amoyal N, Nisotel L, et al. A systematic review of adherence to oral antineoplastic therapies. *Oncologist* 2016;21(3):354-76
- Hadji** P, Blettner M, Harbeck N, et al. The Patient's Anastrozole Compliance to Therapy (PACT) program: a randomized, in-practice study on the impact of a standardized information program on persistence and compliance to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with early breast cancer. *Ann Oncol* 2013;24(6):1505-12
- Kav** S, Schulmeister L, Nirenberg A, et al. Development of the MASCC teaching tool for patients receiving oral agents for cancer. *Support Care Cancer* 2010;18(5):583-90
- Leitlinienprogramm Onkologie.** Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, AWMF-Registernummer: 032/051OL. 2014. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLI_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_abgelaufen.pdf, abgerufen am: 09.12.2021
- McCue** DA, Lohr LK, Pick AM. Improving adherence to oral cancer therapy in clinical practice. *Pharmacotherapy* 2014;34(5):481-94
- Miller** TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2016;99(7):1079-86
- Nieuwlaat** R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(11):Cd000011
- Osterberg** L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97
- Richter-Kuhlmann** E. Kommunikation: Erstes Mustercurriculum für Studierende. *Dtsch Arztebl* 2015;2015(112(31-21))
- Richter-Kuhlmann** E, Schmitt-Sausen N. Ärztliche Kommunikation: Wie sag' ich es? *Medizin studieren* 2015;2:16
- Riese** C, Weiß B, Borges U, Jr., et al. Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2017;25(11):3475-83
- RKI.** Zentrum für Krebsregisterdaten. 2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html, abgerufen am: 09.12.2021
- RKI.** Zentrum für Krebsregisterdaten - Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten. 2021. www.krebsdaten.de/abfrage, abgerufen am: 09.12.2021
- Schlichtig** K, Dürr P, Dörje F, et al. New oral anti-cancer drugs and medication safety. *Dtsch Arztebl International* 2019;116(46):775-82
- von Blanckenburg** P, Hofmann M, Rief W, et al. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns* 2020;103(8):1623-9
- WHO.** Adherence to long-term therapy: evidence for action. 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>, abgerufen am: 07.12.2021
- WINHO.** Qualitätsbericht der hämatologischen und onkologischen Schwerpunktpraxen. 2020. https://dl.winho.de/QS-Bericht_2020_Web.pdf, abgerufen am: 09.12.2021



<https://cmemedipoint.de/onkologie/kommunikation-onkologie/>

LERNKONTROLLFRAGEN

Die Lernkontrollfragen lassen sich **online** beantworten.

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Welche Aussage zur Adhärenz ist falsch?

- A) Gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation beschreibt die Adhärenz das Verhalten in Übereinstimmung mit gemeinsam von Ärzt*in und Patient*in aufgestellten Empfehlungen.
- B) Die Adhärenz bezieht sich insbesondere auf den Zeitpunkt der Anwendung.
- C) Die Adhärenz bezieht sich insbesondere auf die Dosierung.
- D) Die Adhärenz bezieht sich insbesondere auf die Häufigkeit der Anwendung.
- E) Die Adhärenz bezieht sich bei differenzierter Betrachtung auch auf die Zeit von der Initiierung bis zum Abbruch einer Therapie.

2. Welche Methode zur Adhärenzbestimmung ist für die Praxis am besten geeignet?

- A) Einnahme unter ärztlicher Aufsicht
- B) Nachweis von Metaboliten in Urin
- C) Patient*innenbericht
- D) Elektronische Tabletenspender
- E) Daten von Versicherungen

3. Welche Aussage bzgl. der Adhärenz in der Anfangsphase einer Therapie ist falsch?

- A) Häufige Therapie- und Dosisanpassungen können die Adhärenz erschweren.
- B) Gewöhnungseffekte an die Therapie sollten in dieser Phase besonders beachtet werden.
- C) Das Management von Nebenwirkungen ist entscheidend für die Adhärenz.
- D) Kurze Intervalle bis zur Wiedervorstellung sind in dieser Phase erforderlich.
- E) Zusätzliche Beratungs- und Schulungsangebote sind erforderlich.

4. Welche Aussage zum Segmentierungsmodell ist richtig?

- A) Das Segmentierungsmodell wird in Abhängigkeit von der Erkrankung angewendet.
- B) Das Modell basiert auf den Eigenschaften von Akzeptanz und Kontrolle.
- C) Es werden insgesamt sechs Patient*innentypen unterschieden.
- D) Es wird ein Zusammenhang zwischen der Akzeptanz und unabsichtlicher Nicht-Adhärenz postuliert.
- E) Die Zuordnung von Personen zu einem Segment bleibt über die Zeit unveränderlich.

5. Welche Aussage trifft nach dem Segmentierungsmodell auf Patient*innen mit einem niedrigen Maß an Akzeptanz und Kontrolle zu (Segment IV)?

- A) Die Personen sind durch Aktivität sowie ein großes Selbstvertrauen und Verantwortlichkeitsgefühl charakterisiert.
- B) Als Unterstützungsmaßnahme eignet sich die Bestärkung des gesundheitsbezogenen Verhaltens.
- C) Die Personen haben prinzipiell den Willen zum Umgang mit der Erkrankung, es fehlt aber die Fähigkeit und Übersicht zur Umsetzung.
- D) Das Grundbedürfnis dieses Typs ist emotionale Unterstützung.
- E) Die wichtigste Unterstützung dieser Patient*innen ist die persönliche Beratung.

6. Was ist **kein Bestandteil des SPIKES-Modells?**

- A) Gesprächsführung durch mindestens zwei Ärzt*innen
- B) Herausfinden, wie der/die Patient*in seine/ihre medizinische Situation wahrnimmt
- C) Herausfinden, welche bzw. wie viele Informationen der/die Patient*in erhalten möchte
- D) Vermittlung der Information unter Berücksichtigung von Vorkenntnissen und Vokabular des/der Patient*in
- E) Empathische Reaktion auf die Emotionen des/der Patient*in

7. Für welche Situation ist das **NURSE-Modell hilfreich?**

- A) Überbringung „schlechter Nachrichten“
- B) Umgang mit Emotionen
- C) Anamneseerhebung
- D) Vermittlung von Hintergrundinformationen zur Erkrankung
- E) Erläuterung des Therapieplans

8. Welche Aussage zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) ist **richtig?**

- A) Der Prozess der PEF lässt sich in vier Phasen gliedern.
- B) Die Anfangsphase wird als *Initiation Talk* bezeichnet.
- C) Die Informationsphase konzentriert sich allein auf den Nutzen der Behandlungsoptionen.
- D) In der Entscheidungsphase wird erfragt, wie stark sich der/die Patient*in an der Entscheidungsfindung beteiligen möchte.
- E) Mit dem Treffen der Entscheidung endet die PEF. Was zur Umsetzung der Entscheidung erforderlich ist, wird von dem/der Ärzt*in festgelegt.

9. Was wird gemäß einem komplexen Wirkmodell **nicht mithilfe von Patient*innenschulungen beeinflusst?**

- A) Ärzt*in-Patient*in-Beziehung
- B) Selbstmanagement und Empowerment
- C) Gesundheitsverhalten
- D) Morbidität und Funktionsfähigkeit
- E) Lebensqualität und Teilhabe

10. Was ist **kein Bestandteil des MOATT (*Oral Agent Teaching Tool* der MASCC [*Multinational Association of Supportive Care in Cancer*])**

- A) Fragen zur Einschätzung des/der Patient*in
- B) Hinweise für die allgemeine Aufklärung für alle oralen Präparate
- C) Hinweise für medikamentenspezifische Informationen
- D) Hinweise für detaillierte Informationen zu Wirkmechanismen oraler Krebstherapien
- E) Überprüfung, ob der/die Patient*in alle wichtigen Informationen verstanden hat

IMPRESSUM

AUTOR*IN

Dr. med. Manfred Welslau

Hämato-Onkologische Schwerpunktpraxis am Klinikum
Aschaffenburg

INTERESSENKONFLIKTE

Berater*tätigkeit: Abbvie, Astra Zeneca, BMS, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Stemline

REDAKTION & LAYOUT

Dr. Martina Reitz & Cristina Garrido

KW MEDIPOINT, Bonn

Die Zertifizierung dieser Fortbildung durch die Bayerische Landesärztekammer wurde von CME MEDIPOINT, Neusäß organisiert.

Diese Fortbildung wurde von Novartis Pharma GmbH mit insgesamt 8.182,- € finanziert.
Die Ausarbeitung der Inhalte der Fortbildung wird dadurch nicht beeinflusst.

BEGUTACHTUNG

Diese Fortbildung wurde von zwei unabhängigen Gutachter*innen auf wissenschaftliche Aktualität, inhaltliche Richtigkeit und Produktneutralität geprüft. Jeder/jede Gutachter*in unterzeichnet eine Konformitätserklärung.

Diese Fortbildung ist auf www.cmemedipoint.de online verfügbar.