

Coaching- und Kommunikationskonzept

Patientinnen-Typologisierung



Gefördert durch:
 Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Ein Kompendium für onkologische Fachkräfte

Entwickelt im Rahmen des durch den GBA-Innovationsausschuss geförderten Versorgungsforschungsprojekts „PaTyp - Patienten-Typologisierung für ein bedarfsgerechtes und effektiveres Coaching bei Patientinnen mit Hormonrezeptor positivem Mammakarzinom“, Förderkennzeichen 01VSF22019



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Grundlagen der patient:innenorientierten Kommunikation für onkologische Fachkräfte	6
3. Patient:innenedukation und Coaching	9
4. Das Konzept der Patient:innentypologisierung nach Bloem und Stalpers	13
5. Die PaTyp-Coaching-/Kommunikationskonzepte der 4 Typen	18
5.1. Typ 1: Hohe Akzeptanz/hohe Kontrolle	19
5.2. Typ 2: Hohe Akzeptanz/niedrige Kontrolle	24
5.3. Typ 3: Niedrige Akzeptanz/hohe Kontrolle	28
5.4. Typ 4: Niedrige Akzeptanz/niedrige Kontrolle	35
5.5. Hinweis zu den 4 Typen	42
7. Anhang	45



1. Einleitung

Neue Therapiekonzepte in der Onkologie führen zu einem längeren Überleben und machen Krebserkrankungen wie Brustkrebs zu einer zunehmend chronischen Erkrankung [1]. Steigende Patient:innenzahlen und die Notwendigkeit einer längeren und anspruchsvollerlen begleitenden Unterstützung und Beratung der Patientinnen wird dadurch zu einer Herausforderung in der Versorgung [2]. Insbesondere bei Patient:innen mit Brustkrebs und adjuvanter Hormontherapie kann die Therapieadhärenz deutlich eingeschränkt sein, wenn die Patient:innen nicht über einen langen Zeitraum eng begleitet werden [3]. 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 [4]. Dazu passt ein Zitat von Everett Koop: „Medikamente wirken nicht bei Patient:innen, die sie nicht einnehmen.“ [5]. 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 [6]. Insgesamt gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die die Adhärenz beeinflussen und fünf Kategorien zugeordnet werden können (Abb. 1).

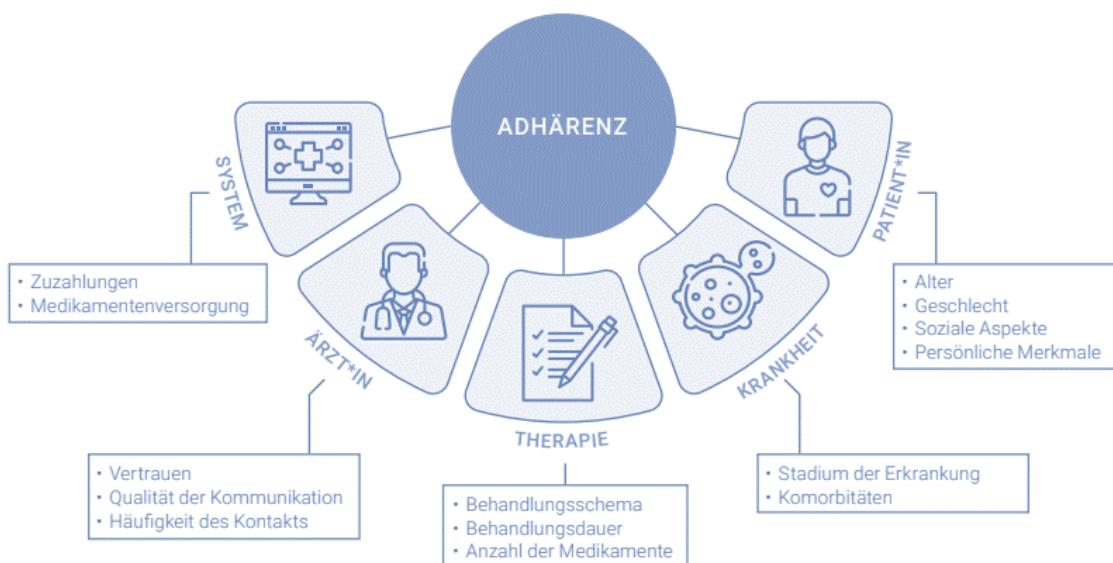


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Adhärenz; modifiziert nach [Baumann und Welslau 2017].



Daraus wird ersichtlich, dass auch die Beziehung zwischen Behandelnden und Betroffenen, welche wesentlich durch die Kommunikation geprägt ist, Effekte auf die Therapietreue ausübt [7,8].

Um diese Beziehung zu verbessern, wurden bereits einige Konzepte der Delegation von ärztlichen Leistungen an onkologisches Fachpersonal erprobt: Neben der Einrichtung von Pflegesprechstunden hat sich insbesondere das Konzept des Patient:innen-Coachings durch speziell fortgebildete onkologische Fachkräfte (z. B. OnkoCoaches oder Breast Nurses) zunehmend etabliert. Hierbei delegiert der/die Onkologe:in Beratungsleistungen an eine Fachkraft, die zu Therapie, Nebenwirkungsmanagement und weiteren Versorgungsangeboten schult und berät. In der viel beachteten PACOCT Studie [1] wurde die Wirkung des Coachings durch speziell ausgebildete Medizinische Fachangestellte in einer Cluster-randomisierten Studie untersucht. Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass bei Patient:innen ein hoher Bedarf an weiterer Beratung nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch besteht. Außerdem zeigten „gecoachte“ Patient:innen weniger Nebenwirkungen (z. B. Schmerz, Hautausschlag) und weniger Therapieabbrüche als Patient:innen in der Kontrollgruppe ohne Coaching.

Es ist ein zunehmender Trend zu beobachten, Patient:innen-Coaching – analog zur medizinischen Behandlung - stärker zu individualisieren, um den Gesundheitszustand der Patient:innen und deren Adhärenz zu verbessern. Das von Bloem & Stalpers entwickelte Segmentierungsmodell [9] kann als solide Grundlage für einen solchen Ansatz dienen. Das Modell konzentriert sich auf die "Gesundheitserfahrung" des Einzelnen und ist daher ein "krankheitsübergreifendes" Modell. Nach dem Modell von Bloem & Stalpers entscheiden die individuelle Akzeptanz der Erkrankung und die wahrgenommene Kontrolle über das Krankheitsgeschehen darüber, welche Bedürfnisse vorliegen und welches entsprechend geeigneten Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient:innen sind. Diese Erkenntnisse basieren auf Sozialforschung mit über 6000 Patient:innen in verschiedenen Indikationen. Patient:innen lassen sich durch einen einfachen Typologisierungs-Fragebogen mit 8 Fragen, die auf einer Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 7 („trifft voll und ganz zu“) mit Kreuzen beantwortet



werden, in 4 Patient:innen-Typen unterscheiden: 1. Patient:in mit hoher Akzeptanz und hoher Kontrolle; 2. Patient:in mit hoher Akzeptanz und geringer Kontrolle; 3. Patient:in mit geringer Akzeptanz und hoher Kontrolle; 4. Patient:in mit geringer Akzeptanz und geringer Kontrolle. Diese vier Patient:innentypen stellen unterschiedliche Anforderungen an Kommunikation und Unterstützungsmöglichkeiten. So besteht bei Typ 2-Patient:innen die Gefahr der nicht absichtlichen Non-Adhärenz, bei Typ 4-Patient:innen die Gefahr der absichtlichen Non-Adhärenz. In der REALITY-Studie konnte gezeigt werden, dass der Patient:innentyp die Adhärenz beeinflussen kann [8]. Es wurde daraus gefolgert, dass durch eine verstärkte emotionale Unterstützung von Patient:innen mit geringerer Krankheitsakzeptanz höhere Adhärenzquoten möglich sind. Vor diesem Hintergrund sollen im Projekt PaTyp die Patient:innen-Kommunikation und das Coaching von Brustkrebs-Patient:innen individualisiert werden.

Dieses Kompendium bildet einen Leitfaden für onkologische Fachkräfte, mit dem Coachinginhalte und Kommunikation ideal an die Bedürfnisse der jeweiligen Patient:innen-Typen 1 bis 4 angepasst werden können. Wir möchten Ihnen zunächst Einblick in die Grundlagen der Patient:innenorientierten Kommunikation, Patientenedukation und dem Patient:innen-Coaching in der Onkologie geben und Ihnen dann das Konzept der Patient:innen-Typologisierung vorstellen. Sie erhalten daraufhin konkrete Anleitungen zum Coaching und der Kommunikation mit den entsprechenden Patient:innentypen.



2. Grundlagen der patient:innenorientierten Kommunikation für onkologische Fachkräfte

Patient:innen in 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 [10].

Hier zunächst einige Grundregeln der Kommunikation, die in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ (www.awmf.org) aufgeführt sind und auch für die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patient:innen zutreffen:

- **Nonverbale Kommunikation:** Wenn Patient:innen in die Einrichtung kommen, sollten Sie bedenken, dass die Kommunikation schon stattfindet, bevor ein einziges Wort gesprochen wurde. Die nonverbale Kommunikation über Gestik, Mimik und Körperhaltung gibt bereits erste Hinweise darauf, wie sich Ihr Gesprächspartner fühlt. Achten Sie aktiv darauf.
- **Rahmenbedingungen:** Es sollte gewährleistet werden, dass Gespräche in einer atmosphärisch angemessenen Umgebung und vor allem ohne Störungen und Unterbrechungen geführt werden können. Falls von den Patient:innen gewünscht, sollten Angehörige oder Bezugspersonen mit in das Gespräch einbezogen werden. Ziel ist es, eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen Behandelnden und Patient:innen aufzubauen.
- **Empathie:** Zu einer erfolgreichen Patient:innenkommunikation gehören mitühlende Gesten und ein gutes Einfühlungsvermögen, also Empathie. Manchmal ist auch eine energische Abgrenzung nötig. Die richtige Balance zu finden, erfordert Fingerspitzengefühl.
- **Eigene Körpersprache:** Der Blickkontakt ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Kommunikation. Nutzen Sie Ihre Körpersprache, um Kontakt zu den Patient:innen aufzunehmen und zu halten. Wenden Sie sich Ihrem Gegenüber zu.



- **Frage-technik:** Stellen Sie vor allem offene Fragen, die Patient:innen dazu motivieren, über ihr Anliegen, ihre Situation und ihre Gefühle zu sprechen.
- **Sprache:** 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.
- **Paraphrasieren und Lösungen vermitteln:** Nehmen Sie sich Zeit, die Patient:innen ausreden zu lassen. Um sicherzugehen, dass man deren Anliegen verstanden hat, empfiehlt es sich, noch einmal mit eigenen Worten zusammenzufassen, worum es den Patient:innen geht, bevor ein Lösungsvorschlag unterbreitet wird (Paraphrasieren). Lösungen sollten gemeinsam mit den Patient:innen und mit deren Einverständnis definiert werden.

Es gibt verschiedene gängige Theorien zur Kommunikation, die aufzeigen können, wie sich zwischenmenschliche Kommunikationssituationen abspielen und wie sich die Individuen wechselseitig beteiligen. Zu nennen sind hier z. B. das Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver, 4-Ohren-Modell nach Schulz von Thun oder das Eisbergmodell von Sigmund Freud.

Auf den österreichischen Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick geht die Behauptung zurück, dass in jeder Form der Kommunikation ein Sachaspekt und ein Beziehungsaspekt miteinander verschränkt sind. Jede Kommunikation enthält nicht nur eine Information, sondern auch einen Hinweis, wie der Sender seine Botschaft verstanden haben will und wie er seine Beziehung zum Empfänger sieht, also eine Interpretation. Diese Aussage ist einer seiner fünf Grundsätze zur Kommunikation:

1. Man kann nicht **nicht** kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
4. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.



Gerade für die Kommunikation im Gesundheitswesen ist sein letzter Grundsatz wesentlich, in dem er darauf hinweist, dass Kommunikation nicht immer symmetrisch ist (wie bei ausgeglichenen Machtverhältnissen), sondern dass sie auch komplementär verläuft, wenn große Unterschiede zwischen den Beteiligten bestehen. Kontextfaktoren entscheiden darüber, in welcher Rolle die beiden Interagierenden sich begegnen; Patient:innen sind zum Beispiel bei der körperlichen Untersuchung als Erduldende in der weniger mächtigen Rolle, sie verhalten sich komplementär zu den Bedürfnissen von Behandelnden und können zwei Stunden später als Controller:innen im Krankenhaus den Ärzt:innen als ähnlich Mächtige gegenüberstehen.

Basierend auf diesen grundlegenden Erkenntnissen sind im Gesundheitswesen verschiedene Gesprächsmodelle entstanden, die darauf abzielen, die Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient:innen im Praxis- und Klinikalltag zu verbessern. Das **SPIKES-Modell** [11] wurde z. B. entwickelt, um schwerkranken Patient:innen schlechte Nachrichten zu übermitteln und den daraus folgenden Bedürfnissen und Anforderungen der Patient:innen gerecht zu werden. Das sogenannte **NURSE-Modell** [12] kann speziell für den Umgang mit Emotionen hilfreich sein. Beim Modell der **Partizipativen Entscheidungsfindung** [13] treffen Arzt und Patient:in gemeinsam die Entscheidung, nachdem sie medizinische und auch behandlungsrelevante persönliche Informationen ausgetauscht und ihre Rollen- und Behandlungspräferenzen offen gelegt haben. Die Verantwortung für die Umsetzung der Behandlung wird somit geteilt. Viele Modelle sind für Arzt/Ärztin-Patient:in-Gespräche entwickelt, lassen sich aber auch auf Coaching-Gespräche zwischen Pflegekraft/MFA und Patient:in übertragen.

Jenseits dieser Modelle lässt sich patient:innenzentrierte Kommunikation (patient-centred communication; PCC) zu einer einfachen Maxime verdichten: **Kommuniziere so, dass sich Dein Gegenüber (Patient:innen oder Angehörige) eingeladen fühlt, seine Sichtweise darzustellen.**



3. Patient:innenedukation und Coaching

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 [7]. 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 [14]. 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 [15].

Aus diesen Erkenntnissen der Patient:innenedukation haben sich auch die verschiedenen Konzepte zum Patienten-Coaching entwickelt. Nach dem Deutschen Bundesverband Coaching e.V. (DNVC) ist ein grundsätzliches Merkmal des professionellen Coachings die **Förderung der Selbstreflexion und -wahrnehmung und die selbstgesteuerte Erweiterung bzw. Verbesserung der Möglichkeiten des Klienten bzgl. Wahrnehmung, Erleben und Verhalten.**“ Im Gesundheitskontext soll Coaching also Patient:innen dazu befähigen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und insbesondere durch eine professionelle Begleitung, besser mit der Erkrankung umzugehen und dadurch bessere Therapieergebnisse zu erzielen.

In der Onkologie hat sich die OnkoCoach-Fortbildung zunehmend etabliert. Es handelt sich dabei um eine anerkannte Fortbildung für onkologische Pflegefachkräfte (www.akstudien.de), die sowohl medizinisches Wissen zu unterschiedlichen Therapieformen vermittelt als auch die Bereiche Psychoonkologie und Kommunikation thematisiert. Der OnkoCoach dient dann als erster/erste Ansprechpartner:in für die



Patient:innen und bietet strukturierte und bedarfsorientierte Beratungstermine an, in denen die jeweiligen Bedürfnisse individuell adressiert werden können. Im Vordergrund stehen insbesondere alltagsrelevante Themen. Von den OnkoCoaches 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 zureckkommen 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. Vergleichbare Funktionen in der Onkologie wie z. B. die Onko-Lotsen oder Breast Nurses verfolgen vergleichbare Ziele.

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 wie den OnkoCoaches wurde eigens das Oral Agent Teaching Tool der MASCC (Multinational Organisation of Supportive Care in Cancer) (**MOATT**, www.mascc.org) entwickelt. Dies ist ein Gesprächsleitfaden für die Aufklärung und Information von Patient:innen, die eine orale Krebsmedikation erhalten [16]. Dieser Leitfaden beinhaltet Kernfragen zur Einschätzung der Patient:innen, 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 die Patient:innen alle wichtigen Informationen verstanden haben.

Das MOATT-Tool soll bei dem Typologie-basiertem Coaching als Grundlage für die Gesprächsführung dienen, insbesondere bei den Typen 1 und 2. Die folgende Abbildung 2 zeigt die aus dem englischen Original abgewandelte deutsche Version.



1. MASCC SCHULUNGSLEITFADEN FÜR PATIENTEN, DIE ORALE PRÄPARATE ZUR KREBSTMERAPIE ERHALTEN (MOATT)®

Dieser Schulungsleitfaden wurde zur Unterstützung des Pflegepersonals bei der Einschätzung und Schulung von Patienten entwickelt, die orale Medikamente zur Krebstherapie erhalten. Durch Pflegegespräche anhand des Leitfadens nach der ärztlichen Aufklärung soll sichergestellt werden, dass Patienten ihre Therapie kennen und verstehen sowie sich über die Bedeutung der Einnahme der verschriebenen Tabletten im Klaren sind.

Es gibt Aspekte, die sich auf die Therapiemotivation (**Adhärenz**) bei der Einnahme oraler Krebsmedikamente auswirken und bei jedem Gespräch bedacht werden sollten, wie

1. Patientenmerkmale (z.B. Alter, Sehkraft, Gedächtnisleistung, soziales Umfeld, Überzeugungen, Motivation)
2. Medikamente (z.B. Anzahl, Größe, Nebenwirkungen)
3. Erkrankung (z.B. Prognose, Symptome, Wohlbefinden, Ernährungsprobleme, Magensonde)
4. Therapieplan (z.B. Komplexität, Dauer, Intervalle)

Es empfiehlt sich generell, Bezugspersonen in das **Schulungsgespräch** einzubeziehen. Bei älteren Patienten mit Einschränkungen der körperlichen, geistigen und **sozialen** Gesundheit (gerätschaftliches Screening, Cut off≥2) muss eine Bezugsperson (ggf. professionelle Helfer) dabei sein.

*Für die Einschätzung und Beratung zu berücksichtigende Informationen sind in Kursivdruck

© 2008 Multinational Association of Supportive Care in Cancer™ Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.

2. Kernfragen zur Einschätzung der Adhärenz (durch Arzt und/oder Pflegekraft)

Adhärenz-Assessment:

- 1) Was wurde Ihnen zu den Tabletten, die Sie gegen den Krebs einnehmen sollen, erklärt?
*Überprüfen Sie, ob der Patient weiß, dass die Medikamente gegen den Krebs wirken und oral eingenommen werden.

- 2) Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

*Wenn es keine Liste gibt, fragen Sie nach weiteren Medikamenten (verschriebene/nicht verschriebene), pflanzliche Präparate/ Nahrungsergänzungsmittel und komplementäre Therapien. Lassen sie ggf. Packungen mitbringen. Geben Sie die aktualisierte Liste an den Arzt/ Apotheker zur Klärung von Wechselwirkungen!

- 3) Können Sie Tabletten schlucken? Wenn nicht, erklären Sie mir bitte Ihre Probleme.

- 4) Können Sie die Medikamenteninformationen lesen?

ja mit Hilfsmittel nein

- 5) Können Sie Medikamentenverpackungen öffnen?

ja mit Hilfsmittel nein

- 6) Haben Sie bereits andere Tabletten zur Krebsbehandlung eingenommen?

*Finden Sie heraus, ob es dabei Probleme gegeben hat, z.B. bei der Einnahme oder in Form von unerwünschten Nebenwirkungen.

- 7) Leiden Sie an Symptomen, die die Tabletteneinnahme beeinträchtigen könnten, z.B. Übelkeit oder Erbrechen?

- 8) Erhalten Sie die bestellten Medikamente gegen den Krebs ohne Verzögerung in ihrer Apotheke?
*Verzögerungen können sich negativ auswirken, wenn mit der Einnahme des oralen Präparats bereits begonnen wurde.

sofort mit Verzögerung nein

5. Einstufung am Gesprächsende



5. Einstufung am Gesprächsende

Lassen Sie den Patienten oder die für die Betreuung zuständige Person die folgenden Fragen beantworten, um sicherzustellen, dass sie die Informationen, die sie von Ihnen erhalten haben, auch wirklich verstanden haben. Notieren Sie die Antworten und lassen Sie diese vom Patienten mit seiner Unterschrift bestätigen!

Sie haben heute eine Menge Informationen bekommen. Lassen Sie uns zum Ende des Gespräches die wichtigsten Punkte noch einmal zusammenfassen.

1. Wie lautet der Name(n) Ihrer Tablette(n) zur Krebsbehandlung?

2. Wann nehmen Sie Ihre Tablette(n) ein?

3. Spielte eine Rolle, ob Sie die Tablette zusammen mit einer Mahlzeit einnehmen oder nicht?

4. Wo werden Sie das Medikament aufbewahren?

5. Wann sollten Sie Ihren Arzt oder die Sie betreuenden Pflegekräfte anrufen?

6. Haben Sie weitere Fragen?

7. Wann ist Ihr nächster Termin?

Bei Problemen wenden Sie sich an:

Datum, Unterschrift:

Unterschrift Berater:

Ich bestätige, dass eine Beratung stattgefunden hat.

Datum; Unterschrift:

Unterschrift Berater:

© 2008 Multinational Association of Supportive Care in Cancer™ Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.



3. Allgemeine Beratungsinhalte des Patienten

Patientenname:

Besprechen Sie folgende für alle oralen Medikamente geltenden Punkte mit dem Patienten und/oder der für die Pflege zuständigen Person.

- 1) Informieren Sie alle anderen behandelnden Ärzte, Zahnärzte oder Betreuungspersonen darüber, dass Sie Tabletten zur Behandlung Ihrer Krebskrankung einnehmen.
- 2) Bewahren Sie die Tabletten für Kinder und Haustiere unzugänglich in einem kindersicheren Behälter auf.
- 3) Lassen Sie die Tabletten in ihrer Originalverpackung, sofern Sie keine anderslautenden Anweisungen erhalten. Eine Verwechslung mit anderen Medikamenten kann gefährlich sein.
- 4) Waschen Sie sich vor und nach der Einnahme der Tabletten die Hände bzw. Tragen Sie Einmalhandschuhe.
- 5) Zerdrücken, zerkauen, zerschneiden oder zerbrechen Sie Ihre Tabletten nicht, sofern Sie keine anderslautenden Anweisungen erhalten.
- 6) Bewahren Sie Ihre Tabletten geschützt vor Hitze, Sonnen-einstrahlung oder Feuchtigkeit auf, da andernfalls die Gefahr einer Beeinträchtigung der Wirksamkeit ihrer Tabletten besteht.
- 7) Wenden Sie ein System an, um sicher zu stellen, dass Sie Ihre Tabletten korrekt einnehmen.
*Lassen Sie sich als Patient einige Anregungen, z.B. Timer, Uhr oder Kalender vom Pflegepersonal erläutern.
- 8) Achten Sie darauf, dass Sie wissen, was zu tun ist, wenn Sie die Einnahme einer Dosis vergessen.
- 9) Wenn Sie versehentlich zu viele Tabletten eingenommen haben oder wenn Ihre Tabletten von einer anderen Person eingenommen wurden, setzen Sie sich unverzüglich mit Ihrem Arzt oder den Sie betreuenden Pflegekräften in Verbindung.
- 10) Fragen Sie Ihr betreuenden Pflegekräften oder Ihren Apotheker danach, was Sie mit nicht eingenommenen oder abgelaufenen Tabletten machen sollen.
*Bringen Sie bitte alle nicht eingenommenen Tabletten beim nächsten Besuch mit.
- 11) Tragen Sie eine Liste aller Medikamente bei sich die Sie einnehmen, einschließlich der Tabletten zur Krebsbehandlung.
- 12) Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Probleme haben, die Zuzahlung zu Ihren Medikamenten zur Krebsbehandlung zu leisten
- 13) Planen Sie Reisen, Wochenenden und Ausstattung mit Tabletten vorausschauend.

6. Medikamentenspezifische Beratungsinhalte

Notieren Sie/der Arzt vor dem Schulungsgespräch die Antworten zu den folgenden Fragen patientenbezogen! Fügen Sie im Gesprächsverlauf mit dem Patienten die Informationen in das linksseitige Formular (#) ein und händigen Sie diesen Abschnitt mit dem speziellen Patienteninformationsmaterial Ihrem Patienten aus.

1. Name des Präparats (generischer Name und Handelsname)
2. Wie sieht das Präparat aus?
3. Dosis und Behandlungsschema
 - a) Wie viele verschiedene Tabletten?
 - b) Wie oft und wann am Tag?
 - c) Über welchen Zeitraum?
4. Wo sollte das Medikament aufbewahrt werden?
*Machen Sie genaue Angaben, zum Beispiel geschützt vor Hitze (nicht in der Küche), vor Feuchtigkeit (nicht im Bad), vor Sonnen-einstrahlung (nicht auf der Fensterbank)
5. Welche möglichen Nebenwirkungen gibt es und wie werden sie behandelt?
*Weisen Sie auch auf Laboranalysen/medizinische Tests hin, die für die Überwachung der Therapie mit dem Medikament durchgeführt werden.
6. Gibt es Vorsichtsmaßnahmen zu beachten?
7. Gibt es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln?
8. Wann und wer ist bei Fragen anzurufen?
*Nennen Sie hier Namen und Telefonnummern (Direktdurchwahl)!

Abb. 2: MOATT-Tool in der deutschen Version



Der Leitfaden ist in 6 Bereiche untergliedert, die nicht in chronologischer Reihenfolge bearbeitet werden. Die folgende Übersicht verdeutlicht die Handhabung des Tools.

Thema/Ziel	Zeitpunkt	Nummer im MOATT
1. Gesprächsvorbereitung	Vor dem Erstgespräch	6. Medikamenten-spezifische Beratungs-inhalte
2. Erläuterung des MOATT	Start Erstgespräch	1. MASCC Schulungsleitfaden für Patient:innen, die orale Krebstherapie erhalten
3. Klären der Situation	Im Gespräch	2. Kernfragen zur Einschätzung der Adhärenz
3. Medikamentenspezifische Informationen	Im Gespräch eintragen	4. Medikamenten-spezifische Informationen (übertragen aus 6.)
4. Allgemeine Informationen	Im Gespräch	3. Allgemeine Beratungs-inhalte des Patienten
5. Patientenbezogene Informationssammlung/Reflexion	Gesprächsende	5. Einschätzung am Gesprächsende
6. Vereinbarungen/ Hilfestellungen	Gesprächsende	3. und 4. Mit Schere abtrennen und unterschreiben Patient:innen mitgeben, 5. Verbleibt in Praxis; ggf. weitere Informations-unterlagen mitgeben; ggf. Folgetermin vereinbaren

Die Tatsache, dass die 6 Bereiche im MOATT nicht in einer chronologischen Reihenfolge abgearbeitet werden, mag zunächst verwirren. Bei einer etwas genaueren Auseinandersetzung mit dem Tool, wird die Anwendung aber schnell nachvollziehbar.

Das MOATT-Tool ist ein Leitfaden, der Ihnen hilft, das Gespräch zu strukturieren und zu dokumentieren. Es ist in vielen verschiedenen Sprachen verfügbar und validiert, weshalb der standardisierte Einsatz in onkologischen Einrichtungen zu empfehlen ist.

Auch im Rahmen des Projekts PaTyp findet das Tool Anwendung, insbesondere bei den Patient:innentypen 1 und 2. Wir werden Ihnen im Kapitel 5 einen Gesprächsleitfaden anbieten, der sich sehr eng an MOATT orientiert, die



projektspezifischen Inhalte einbindet und in einer chronologischen Reihenfolge abzuarbeiten ist.

4. Das Konzept der Patient:innentypologisierung nach Bloem und Stalpers

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 kann eine Unterscheidung verschiedener Patient:innentypen hilfreich sein, die ebendiese Bedürfnisse berücksichtigt. Aktuell wird jedoch häufig nur nach Art der Erkrankung und ggf. Krankheitsstadium differenziert [17]. Nach Bloem und Stalpers [9] gelten Akzeptanz und Kontrolle 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.

Sie entwickelten auf Grundlage eines theoretischen Konzepts zum gesundheitsbezogenen Verhalten ein Segmentierungsmodell für Patient:innen, das unabhängig von der Erkrankung angewendet werden kann.

Akzeptanz kann definiert werden als das Gefühl des Einzelnen, dass der Gesundheitszustand und die sich daraus ergebenden möglichen Funktionseinschränkungen akzeptabel sind und hingenommen werden können. Wahrgenommene Kontrolle kann verstanden werden als die Überzeugung des Einzelnen, dass sein Gesundheitszustand in seiner Wahrnehmung von ihm selbst oder von anderen beeinflusst werden kann oder von ihm selbst oder von anderen kontrolliert werden kann [9].



Infokasten gesundheitsbezogenes Verhalten:

Definition Gesundheitsverhalten -> Als Gesundheitsverhalten werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird [18]. Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln.

Modelle des Gesundheitsverhaltens -> Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen, das Gesundheitsverhalten durch kognitive, soziale und soziodemografische Faktoren zu erklären. Als zentrale kognitive Bedingungen des tatsächlich realisierten Gesundheitsverhaltens werden in diesen Modellen meist intentionale und volitionale Prozesse unterschieden. Ob eine Person die Absicht (*Intention*) für eine Verhaltensänderung ausbildet, setzt voraus, dass sie sich auch selbst als verwundbar wahrnimmt (*Risikowahrnehmung/Akzeptanz*), dass sie eine positive Wirkung auf die eigene Gesundheit erwartet (*Ergebniserwartung bzw. Kontrollüberzeugung*) und dass sie davon überzeugt ist, das Gesundheitsverhalten auch dauerhaft umsetzen zu können (*Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung*). Die Bildung einer Intention reicht aber allein nicht aus für eine Verhaltensänderung, vielmehr muss in der *Volition* („Wille“) auch die Umsetzung der Verhaltensziele konkret geplant und kontrolliert werden.

Segmentierung -> Allgemeine Methode zur Einteilung von Personen und entsprechender Zuordnung von bestimmten Eigenschaften des Bedarfs und der Versorgung

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 (Abb. 3) [9, 17].

Zur Ermittlung des Patient:innen-Typs wurde ein Typologisierungsfragebogen mit Auswertungsbogen (Abb.4) entwickelt, mit Hilfe derer sich vier Patienten:innentypen unterscheiden lassen. Im Projekt PaTyp wird Ihnen eine digitale Anwendung auf Tablets zur Verfügung gestellt, mit Hilfe derer die Patient:innen-Typen schnell und einfach ermittelt werden können.

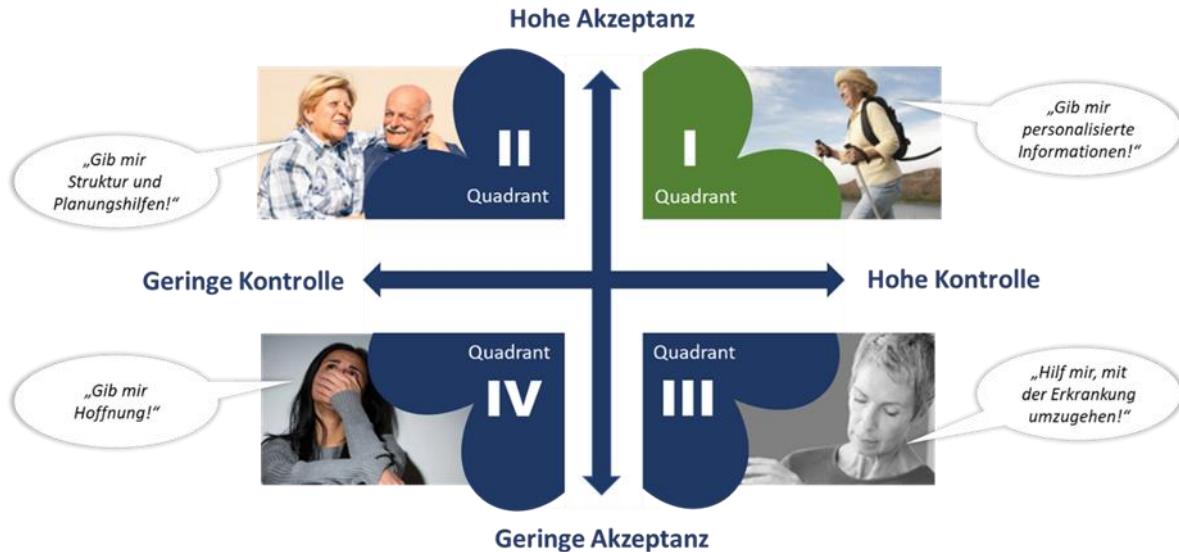


Abb. 3: Die 4 Patient:innentypen nach Bloem und Stalpers

Beurteilung Ihres gesundheitlichen Zustandes (seelisch und körperlich) aus Ihrer persönlichen Sicht

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen

1 = trifft überhaupt nicht zu 7 = trifft voll und ganz zu

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Die Art und Weise, wie ich körperlich und geistig funktioniere, ist akzeptabel für mich. (A)

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Ich habe das Gefühl, meinen Gesundheitszustand im Griff zu haben. (K)

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Ich kann meinen gesundheitlichen Zustand weitgehend selber beeinflussen. (A)

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Ich bin mit meinem gesundheitlichen Zustand im Reinen. (A)

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Ich akzeptiere meinen gesundheitlichen Zustand so wie er ist. (A)

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

1 2 3 4 5 6 7

Ich habe meinen gesundheitlichen Zustand zum großen Teil selber in der Hand. (K)

Zusatzaufgaben:

- Denken Sie an den Tag, an dem Sie sich im Laufe des letzten Monats **am Besten** gefühlt haben und schreiben Sie 3 Worte auf, die Ihnen dazu einfallen.
- Denken Sie an den Tag, an dem Sie sich im Laufe der letzten Monats **am Schlechtesten** gefühlt haben und schreiben Sie 3 Worte auf, die Ihnen dazu einfallen.

Bitte wenden →

Auswertung Fragebogen

Patient: Name, Vorname _____ Datum _____

Formel: Akzeptanz (A-Fragen)
(Wert Frage A + Wert Frage A + Wert Frage A) / 3

Formel: Kontrolle (K-Fragen)
(Wert Frage K + Wert Frage K + Wert Frage K) / 3

Auswertung

Cut-off (Akzeptanz):

- Hohe Akzeptanz > 4,96
- Geringe Akzeptanz < 4,96

Cut-off (Kontrolle):

- Hohe Kontrolle > 5,36
- Geringe Kontrolle < 5,36

Akzeptanz

Kontrolle

Bitte den zutreffenden Quadranten einkreisen:

Q 2 Hohe Akzeptanz Geringe Kontrolle	Q 1 Hohe Akzeptanz Hohe Kontrolle
Q 4 Geringe Akzeptanz Geringe Kontrolle	Q 3 Geringe Akzeptanz Hohe Kontrolle

Kontrolle Akzeptanz

Abb. 4: Beispiel eines Typologisierungsfragebogens mit Auswertungsbogen



Im Folgenden werden die vier Patient:innentypen mit den jeweils bestimmenden Charakteristika näher beschrieben:

Typ/Quadrant 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. Eigenschaften, die in Studien mit diesem Patient:innentyp in Verbindung gebracht werden konnten waren u. a. [9, 17]:

- Männliches Geschlecht
- Junges Alter
- Hohes Bildungsniveau
- Hohes Einkommen

Typ/Quadrant 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. Folgende Eigenschaften konnten außerdem in den Studien mit diesem Patient:innentyp in Verbindung gebracht werden [9, 17]:

- Weibliches Geschlecht
- Ältere Personen
- Hoher Sozialstatus und hohes Einkommen

Typ/Quadrant 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 vergleichsweise jung [9, 17].



Typ/Quadrant 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. Nach den vorliegenden Studien finden sich in diesem Segment überwiegend weibliche Personen mit geringem Bildungsniveau, niedrigem Sozialstatus und geringem jährlichem Einkommen [9, 15]

Es wird aus diesen Ausführungen deutlich, dass jeder dieser vier Patient:innentypen unterschiedliche Bedürfnisse hat und demnach entsprechend angepasst Unterstützungsangebote braucht. Die wichtigsten Bedürfnisse der verschiedenen Patient:innentypen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tab. 1: Bedürfnisse der vier Patient:innentypen

Typ/Quadrant 2 (hohe Akzeptanz/geringe Kontrolle)	Typ/Quadrant 1 (hohe Akzeptanz/hohe Kontrolle)
Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none">• Struktur und Planung• Praktische Hilfen	Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none">• Sicherheit beibehalten• Informationen
Typ/Quadrant 4 (geringe Akzeptanz/geringe Kontrolle)	Typ/Quadrant 3 (geringe Akzeptanz/hohe Kontrolle)
Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none">• Emotionale Unterstützung• Echte Betreuung• „Ich helfe Dir“• Extrinsische Motivation notwendig persönliche	Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none">• „Ruhe im Kopf“• Frieden mit sich• „Krieg“ gegen den Krebs einstellen• Neudefinition des Lebens

Im folgenden Kapitel werden gehen wir auf die passenden Unterstützungs-möglichkeiten ein, die sich aus den Bedürfnissen und Charakteristika der 4 Patient:innentypen ableiten. Sie erhalten konkrete Handlungsanweisungen, wie im



Coachingprozess vorzugehen ist. Wir liefern außerdem Beispielformulierungen, die Sie im Gespräch anwenden können.

5. Die PaTyp-Coaching-/Kommunikationskonzepte der 4 Typen

Wir haben bereits vermittelt, dass Akzeptanz und Kontrolle als wichtigste psychologische Determinanten der subjektiv erlebten Gesundheit gelten. Sie bestimmen das gesundheitsbezogene Verhalten und damit auch den Umgang mit einer Erkrankung [9]. Ein effektives Coaching sollte sich daher an diesen Determinanten orientieren und seine Kommunikation darauf abstimmen. In den folgenden Unterkapiteln werden die grundsätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Patientinnentypen 1 bis 4 skizziert und die Kernelemente im Coachingprozess erläutert. Der Schwerpunkt liegt auf einer chronologischen Darstellung der verschiedenen Gesprächsabschnitte basierend auf dem MOATT-Tool. Es werden außerdem geeignete Gesprächsformulierungen präsentiert. Das nachfolgende Flowchart veranschaulicht den allgemeinen Prozessablauf bei den Erstgesprächen:

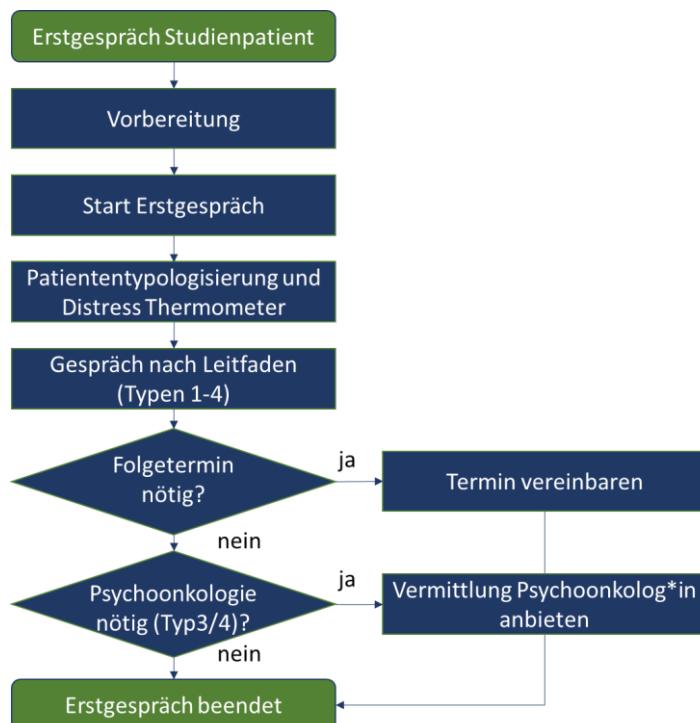


Abb. 3: Flowchart Struktur Erstgespräch, unabhängig vom Patientinnentyp



5.1. Typ 1: Hohe Akzeptanz/hohe Kontrolle

Für Typ 1 sind insbesondere folgende Unterstützungsmöglichkeiten relevant:

- Personalisierte Informationen
- Lob/Verstärkung/Bestätigung: „Du machst das sehr gut“

Dieser Patientinnentyp akzeptiert die Erkrankung und hat bereits ein hohes Maß an Eigeninitiative und Willen, etwas gegen die Erkrankung zu tun. Diese Patientinnen müssen in erster Linie mit personalisierten Informationen unterstützt werden. Dementsprechend ist die **Bereitstellung qualitativ hochwertiger Informationen** sowie eine **Bestärkung des gesundheitsbezogenen Verhaltens** („Sie machen das sehr gut“) als Unterstützungsmaßnahme geeignet. Wir werden Ihnen unterstützend einige medizinische Merkblätter (Anlage 7) für die Patientinnen zur Verfügung stellen.

Familie und Freund:innen können unterstützend hinzugezogen werden. Sind diese Patientinnen mit allen notwendigen Informationen versorgt, brauchen sie in der Regel nicht mehr viel Unterstützung. Sie würden sich sowieso eigeninitiativ an die Behandelnden wenden, wenn ihnen irgendetwas fehlt oder sich eine Situation verändert, die eine Intervention benötigt. Basis für die Gesprächsführung ist das in Kapitel 3 beschriebene MOATT-Tool.

Zusätzlich zum Typologisierungsfragebogen sollte das Distress-Thermometer bei allen vier Typen Anwendung finden. Das NCCN Distress-Thermometer ist ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes Screeninginstrument zur Erfassung psychosozialer Belastungen bei onkologischen Patienten. Es besteht aus einer Skala von 0 bis 10. International wird ein Cut-off-Wert von 5 als Signal empfohlen, dass ein Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. Wir rechnen damit, dass überwiegend die Typen 3 und 4 den Cut-off-Wert erreichen. Dennoch sollte im Sinne der Patientinnen dieses Instrument zusätzlich als Kontrolle verwendet werden, um alle möglichen Signale zu detektieren und die weitere Patientinnen-Betreuung darauf auszurichten.

Hier nun ein chronologischer Leitfaden zur Strukturierung des Erstgesprächs:



Leitfaden Typ 1

1. Gesprächsvorbereitung

Zunächst werden vor dem Erstgespräch mit den Patientinnen auf dem Bogen „**Vorbereitung medikamentenspezifische Beratung**“ (Anlage 1) alle relevanten Informationen zusammengetragen. Es empfiehlt sich, Rücksprache mit dem/der Onkologen:in zu halten und praxisinterne Unterlagen wie Therapieplan, Blutwerte etc. zu sichten. Aus den folgenden Quellen können zusätzliche Informationen zur Medikation bezogen werden:

- Rote Liste: Fachinformation/Patientinneninformation
- Oralia- Datenbank: www.dgop-oralia.de
- www.oraletumortherapie.ch
- Produktbezogene Information der Medikamenten-Hersteller
- Buch: Medikamente in der Tumortherapie, Handbuch für Pflegende
- Blaues Buch
- Google: Bild der Tablette/Kapsel
- Buch: Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung (dkfz)
- Deutscher Krebsinformationsdienst
- Krebsgesellschaften
- Onkopedia

Es empfiehlt sich auch weiterführende Informationen zur Behandlung und zum Umgang mit möglichen Nebenwirkungen oder Notfallsituationen (z. B. Notfallnummern) bereit zu halten. Prüfen Sie außerdem, ob Begleiter*innen zum Gesprächstermin dazu kommen, um sie entsprechend einbinden zu können.

2. Start Erstgespräch

Sie starten das Gespräch mit einer Vorstellung ihrer Tätigkeit, z. B.:

„Ich bin Ihr/e OncoCoach/Breast Nurse etc. und werde zukünftig Ihr/e erste Ansprechpartner/in für alle Fragen rund um die Therapie sein“

Gegebenenfalls lassen Sie auch Begleiter:innen der Patientinnen sich kurz vorstellen.



Es folgt eine Zielformulierung, z. B.:

„Ziel des Gesprächs ist es, dass Sie alle Details zur Therapie und Medikamenteneinnahme verstanden haben und sicher im Umgang mit möglichen Nebenwirkungen werden. Ich möchte, dass Sie sich gut betreut und aufgeklärt fühlen und biete Ihnen an, sich auch nach dem Gespräch bei Fragen immer an mich zu wenden.“.

Dann sollten Sie kurz erklären, dass Sie das Gespräch mit einem Leitfaden (MOATT) führen und Notizen machen, um an alle relevanten Punkte zu denken (Anlage 2). Damit vermeiden Sie, dass Fragen oder Irritationen zu den vor Ihnen liegenden Unterlagen ungeklärt bleiben.

3. Fragebögen

Nun starten Sie mit den für die Studie notwendigen Fragebögen. Für den **Typologisierungsfragebogen** (s. Anlage 3) erhalten Sie eine online-Anwendung, mit der die Auswertung automatisch erfolgt. Es folgt das **Distress-Thermometer** (s. Anlage 3), das meist bereits Standard in onkologischen Einrichtungen ist. Bitte erläutern Sie die Notwendigkeit der Fragebögen, z. B.:

„Sie hatten sich ja Ihr Einverständnis erklärt an unserer Studie PaTyp teilzunehmen. Hierzu gehört die Durchführung von zwei Kurzfragebögen. Mit diesen ermitteln wir, wie Ihr gesundheitlicher Zustand ist und wie Sie mit der Erkrankung umgehen. Daraus leiten wir ab, wie wir Sie bestmöglich begleiten und unterstützen können. Die Ergebnisse helfen uns dabei, Sie bestmöglich entsprechend Ihren Bedürfnissen zu unterstützen. Zudem liefern sie sehr wichtige Erkenntnisse für die Studie.“.

Erläutern Sie kurz und patientenverständlich die Ergebnisse der Fragebögen, z. B.:

„Die Auswertung der Fragebögen zeigt mir, inwieweit Sie Ihre Erkrankung verstanden haben und aktiv mithelfen wollen, die bestmöglichen Therapie-Ergebnisse zu erzielen. So kann ich Sie noch zielgerichteter unterstützen.“



(Vermeiden Sie unbedingt, von „Patientinnentyp“, „Segment“ oder „Akzeptanz und Kontrolle“ zu sprechen; solche Kategorisierungen würden die Patientinnen eher verwirren)

Ab hier beginnt dann das spezifische Coaching für den Patientinnentyp 1.

„Es freut mich, dass Sie so offen und eigeninitiativ mit der Erkrankung umgehen. Das hilft ungemein, um mit Ihnen die bestmöglichen Therapie-Ergebnisse erzielen. Ich werde Sie dabei so unterstützen, wie Sie es brauchen.“

4. Situationsklärung

Im weiteren Verlauf klären Sie die Situation mit einigen wichtigen Fragen. Benutzen Sie hierzu bitte die Anlage 4 „**Situationsklärung**“. Bei dem Typ 1 ist zu erwarten, dass Sie hier schnelle und präzise Antworten erhalten.

Ziel dieses Teils ist es, sicherzustellen, dass die Patientinnen die Erläuterungen der Ärzt:innen verstanden haben. Außerdem werden mögliche Hindernisse identifiziert, z. B. bezüglich der Tabletteneinnahme oder der Medikamentenbeschaffung. Bei dem Typ 1 treten in der Regel aber kaum Hindernisse auf.

5. Medikamentenspezifische Informationen

In diesem Part des Gesprächs werden den Patientinnen medikamentenspezifische Informationen vermittelt. Die in der Vorbereitung zusammengetragenen Informationen (Anlage 1 „**Vorbereitung medikamentenspezifische Beratung**“) werden mit den Patientinnen in den Bogen der Anlage 5.1 „**Medikamentenspezifische Information**“ übertragen. Im Anschluss vermitteln Sie weitere relevante Informationen, die unter Anlage 5.2 „**Allgemeine Beratungsinhalte des Patienten**“ zusammengefasst sind. Hier können Sie sich eng an die Vorlagen halten und die Fragen entsprechend chronologisch abarbeiten. Hier können Sie auch auf unsere medizinischen Merkblätter (Anlage 7) zurückgreifen, die für die Patientinnen relevant sind.

Beim Typ 1 ist zu erwarten, dass diese Teile ohne größere Verständnisprobleme besprochen werden können.



6. Reflexion

Zum Abschluss überprüfen Sie mithilfe der Anlage 6 „**Reflexion**“, ob die Patientinnen die relevanten Informationen verstanden haben. Es empfiehlt sich auch hier alle aufgelisteten Fragen durchzugehen, die MOATT entnommen sind.

7. Vereinbarungen/Hilfestellungen

Sie lassen sich zum Abschluss die Anlagen 6 (Reflexion) und 5.1 (Medikamentenspezifische Information) von den Patientinnen unterschreiben und geben Ihnen dann die Anlage 5.1 und 5.2 (Allgemeine Beratungsinhalte) mit nach Hause. Der Bogen „Reflexion“ verbleibt zu Dokumentationszwecken in der Einrichtung.

Sprechen Sie über reguläre Folgetermine in der Einrichtung und bieten den Patientinnen an, dass sie sich jederzeit bei Ihnen melden können. Geben Sie den Patientinnen spezifische Informationsmaterialien zu Medikamenten, Nebenwirkungen und etwaigen Notfallsituationen mit nach Hause.

Planen Sie für dieses Erstgespräch eine Dauer von durchschnittlich 60 Minuten unter Einbeziehung von eventuellen Angehörigen oder Partnern ein. Je nach Patientin können die Gespräche beim Typ 1 auch deutlich kürzer sein. Führen Sie es an einem ruhigen Ort und sorgen Sie für eine angenehme Atmosphäre.



5.2. Typ 2: Hohe Akzeptanz/niedrige Kontrolle

Für Typ 2 sind insbesondere folgende Unterstützungsmöglichkeiten relevant:

- Umfassende Erklärungen zu Therapieabläufen
- Tagebuch/Therapiekalender
- System zur Medikamentenerinnerung

Einfach gesagt handelt es sich hier um **Patientinnen, die wollen, aber nicht können**.

Es besteht die Gefahr der nicht absichtlichen Non-Adhärenz. Neben der Bereitstellung von relevanten Informationen (medizinische Merkblätter) sollten sie in erster Linie Planungs- und Strukturhilfen erhalten. Darüber hinaus sollte das Vertrauen gestärkt werden, selbst Kontrolle über die eigene Gesundheit ausüben zu können. Es bietet sich an mit positiven Beispielen/Vorbildern zu arbeiten und diese genau zu beschreiben:

„Ein anderer Patient hat ... gemacht (genauer beschreiben). Das hat ihm sehr bei folgenden Herausforderungen (beschreiben) geholfen.“

Schwerpunkt des Coaching-Gesprächs ist also eine strukturierte Vermittlung von Hilfen, z. B. Möglichkeiten der Erinnerung an die Tabletteneinnahme (z. B. SMS/Wecker), Tagebuch, Miteinbeziehung von Angehörigen in die Überwachung der Tabletteneinnahme. Grundlage für die Gesprächsführung ist auch hier das MOATT-Tool.

Diese Patientinnen benötigen oft eine längerfristige Unterstützung. Es bietet sich an, Folgetermine zu vereinbaren, um Rückmeldung zu erhalten, wie die Strukturhilfen funktioniert haben. Falls notwendig werden Anpassungen vorgenommen. Idealerweise führen Sie dieses Gespräch im Beisein von Angehörigen oder Freund:innen. Da diese Patientinnen weniger Eigeninitiative zeigen als Typ 1, sollten Sie in regelmäßigen Zeitabständen (ca. 1 Monat) proaktiv den Kontakt zu den Patientinnen suchen, um sich zu erkundigen, wie sie zurechtkommen. Es reicht in der Regel ein kurzes Telefonat mit Fragen wie:



„Wie hat xxx denn funktioniert?“ „Inwieweit haben meine Tipps Ihnen geholfen?“

„Benötigen Sie weitere Unterstützung?“, „Was sind aktuell Ihre größten Herausforderungen?“

Leitfaden Typ 2

Hier nun auch für Typ 2 ein strukturierter Leitfaden, der insbesondere auf die Unterschiede zum Typ 1 eingeht:

Die Teile „**1. Gesprächsvorbereitung**“, „**2. Start Erstgespräch**“ und „**3. Fragebögen**“ werden zunächst bearbeitet wie beim Typ 1. Mit dem Fragebogen-Ergebnis Typ 2 ändern sich nun ein wenig die Schwerpunkte des Gesprächs. Diese Patienten benötigen mehr Anleitung und Strukturhilfen.

Sie starten mit der Erläuterung der Fragebogen-Ergebnisse:

„Die Auswertung der Fragebögen zeigt mir, inwieweit Sie Ihre Erkrankung verstanden haben und aktiv mithelfen wollen, die bestmöglichen Therapie-Ergebnisse zu erzielen. So kann ich Sie noch zielgerichteter unterstützen.“

Ab hier beginnt dann das spezifische Coaching für den Patientinnentyp 2.

„Es freut mich, dass Sie so offen mit Ihrer Erkrankung umgehen und mithelfen wollen, dass wir die optimalen Therapieergebnisse erzielen. Ihre Unsicherheit ist verständlich. Dafür bin ich ja da, um Ihnen zu helfen. Ich werde Ihnen viele Informationen und Hilfestellungen geben, die Sie sicherer machen. Das kriegen wir gemeinsam hin!“

4. Situationsklärung

Beim Typ 2 ist die Situationsklärung wichtiger als beim Typ 1. Die Anlage 4 „Situationsklärung“ sollte mit allen Fragen intensiv bearbeitet werden. Von den Patientinnen benannte Probleme sollten notiert und ihm Rahmen der allgemeinen Beratung wieder aufgegriffen werden, um geeignete Lösungen anzubieten. In diesem Part lieber eine Frage mehr als weniger stellen.



5. Medikamentenspezifische Informationen

Dieser Part ist für den Typ 2 sehr wichtig und sollte auch noch intensiver bearbeitet werden als beim Typ 1. Vermitteln Sie bitte sehr ausführlich die medikamentenspezifischen Informationen. Die in der Vorbereitung zusammengetragenen Informationen (Anlage 1 „**Vorbereitung medikamentenspezifische Beratung**“) werden mit den Patientinnen in den Bogen der Anlage 5.1 „**Medikamentenspezifische Information**“ übertragen. Im Anschluss vermitteln Sie weitere relevante Informationen, die unter Anlage 5.2 „**Allgemeine Beratungsinhalte des Patienten**“ zusammengefasst sind. Auch passende medizinische Merkblätter können ausgegeben werden.

Auch hier bitte unbedingt alle Fragen abarbeiten und die Punkte aufgreifen, die sich in der Situationsanalyse als kritisch herausgestellt haben. Sollten die Patientinnen alleine zum Gespräch gekommen sein, fragen sie bitte nach Angehörigen oder Freund:innen, die sie zum nächsten Gespräch begleiten können. Idealerweise solche, die in der häuslichen Umgebung unterstützen können.

Erarbeiten Sie mit den Patientinnen konkrete Hilfestellungen zu Ihren Herausforderungen, z. B. ein widerkehrendes Signal auf dem Handy zur regelmäßigen Tabletteneinnahme. Bieten Sie Ihnen, wenn möglich, eine direkte Kontaktmöglichkeit bei neu auftretenden Fragen/Problemen an (z. B. ihre berufliche Handy-Nummer).

6. Reflexion

Zum Abschluss überprüfen Sie mithilfe der Anlage 6 „Reflexion“, ob die Patientinnen die relevanten Informationen verstanden haben. Es empfiehlt sich auch hier alle aufgelisteten Fragen durchzugehen, die MOATT entnommen sind. Bei dem Typ 2 könnten Sie auf Verständnisprobleme treffen. In diesem Fall gehen sie entsprechenden Informationen nochmals durch und stellen wiederholt sicher, dass nun alles verstanden ist. Sollte hier der Eindruck entstehen, dass die Patientinnen überfordert sind, kann ein zeitnauer Termin mit Angehörigen/Freund:innen vereinbart werden, die in der häuslichen Umgebung unterstützen.



7. Vereinbarungen/Hilfestellungen

Sie lassen sich zum Abschluss die Anlagen 6 (Reflexion) und 5.1 (Medikamentenspezifische Information) von den Patientinnen unterschreiben und geben Ihnen dann die Anlage 5.1 und 5.2 (Allgemeine Beratungsinhalte) mit nach Hause. Der Bogen „Reflexion“ verbleibt zu Dokumentationszwecken in der Einrichtung.

Idealerweise vereinbaren Sie mit den Patientinnen direkt einen weiteren Beratungstermin mit Begleitung, indem sie prüfen können, wie die Hilfestellungen funktioniert haben und ob es neue Herausforderungen gibt, zur Not auch telefonisch. Die Patientinnen des Typ 2 wenden sich nicht unbedingt eigeninitiativ an Sie, wenn sie ein Problem haben.

Geben Sie den Patientinnen alle notwendigen Informationsmaterialien zu Medikamenten, Nebenwirkungen und etwaigen Notfallsituationen mit nach Hause.

Planen Sie für dieses Erstgespräch eine Dauer von durchschnittlich 60 Minuten unter Einbeziehung von eventuellen Angehörigen oder Partnern ein. Beim Typ 2 werden Sie die Zeit in der Regel benötigen. Führen Sie es an einem ruhigen Ort und sorgen Sie für eine angenehme Atmosphäre.



5.3. Typ 3: Niedrige Akzeptanz/hohe Kontrolle

Für Typ 3 sind insbesondere folgende Unterstützungsmöglichkeiten relevant:

- Unterstützung vermitteln und Autonomie durch Selbstbestimmung wahren – „Was benötigen Sie?“, „Es ist zu schaffen“; „Sie schaffen das auch“; „Sie sind nicht auf sich allein gestellt“
- Psychoedukative (Vermittlung von psychologischem Wissen) Informationen (psychoedukative Merkblätter, Anlage 8)
- Personalisierte krankheits- und behandlungsbezogene Informationen (medizinische Merkblätter) → Fokus darauf, die Energie der Patientinnen auf konstruktive Wege zu lenken
- Enge Einbindung von Angehörigen / Sozialarbeiter:innen

Einfach gesagt handelt es sich hier um **Patientinnen, die eigentlich können, aber nicht wissen wie (fehlende Beschäftigung mit der Erkrankung) oder nicht wissen wollen wie (da sie davor die Augen verschließen / nicht akzeptieren)**. Es besteht die Gefahr der absichtlichen Non-Adhärenz durch das Fokussieren auf andere potentielle Möglichkeiten / Auswege oder das Ausbleiben der Krankheitseinsicht.

Bei der **Bereitstellung von (krankheits- und behandlungsbezogenen sowie psychoedukativen) Informationen** sollten Sie vor allem darauf achten, dass diese auf **die Patientinnen zugeschnitten** sind. Zusätzlich sollte den Patientinnen immer eine **passende krankheits- und behandlungsbezogene sowie psychoedukative Handlungsoption** aufgezeigt werden, damit die vorhandene Energie in eine konstruktive Krankheitsbewältigung gelenkt werden kann. Somit soll auch das **Vertrauen gestärkt werden**, dass die **Behandlung zu schaffen ist** und dass die **Patientinnen die Behandlung schaffen und dabei Unterstützung annehmen können**.

Der Schwerpunkt des Coaching-Gespräches ist, im Gegensatz zu Typ 1 und 2, **zweigeteilt**. Im ersten Teil sollten Sie das Gespräch offener beginnen und zu den aufkommenden Fragen die **passenden psychoedukativen Informationen** (psychoedukative Merkblätter) bereitstellen. Im zweiten Teil sollten Sie die auf dem



MOATT-Tool basierenden **Informationen zur Behandlung** vermitteln und diese falls nötig durch die medizinischen Merkblätter ergänzen. Geben Sie jedoch **nur die nötigen Merkblätter** an die Patientinnen weiter, da eine **Flut von Informationen** die **Patientinnen überfordern** könnte. Notieren Sie sich mögliche weitere Ideen zur Weitergabe von zusätzlichen Merkblättern und händigen Sie diese, wenn möglich dann im Rahmen weiterer Gespräche aus.

Die Patientinnen vom Typ 3 sollten längerfristige Unterstützung bekommen. Das Angebot einer psychoonkologischen Beratung sollte immer erfolgen. Es bietet sich an, Folgetermine zu vereinbaren, um Rückmeldung zu erhalten, ob und wie sie mit der Behandlung zurechtkommen und wie gut sie die besprochenen Informationen und Handlungsoptionen umsetzen konnten. Falls notwendig, werden Anpassungen vorgenommen oder wie beschrieben bedarfsgerecht weitere Informationen vermittelt. Idealerweise führen Sie diese Gespräche im Beisein von Angehörigen oder Freund:innen. Da Patientinnen vom Typ 3 wenig Akzeptanz gegenüber der Erkrankung zeigen, sollten Sie in regelmäßigen Zeitabständen (ca. 1 Monat) proaktiv den Kontakt zu den Patientinnen suchen, um sich zu erkundigen, wie sie zurechtkommen. Es reicht in der Regel ein kurzes Telefonat mit Fragen wie:

„Wie hat xxx denn funktioniert?“ „Inwieweit haben meine Tipps Ihnen geholfen?“ „Benötigen Sie weitere Unterstützung?“, „Was sind aktuell Ihre größten Herausforderungen?“

Leitfaden Typ 3

Der Teil „**1. Gesprächsvorbereitung**“ wird zunächst bearbeitet wie beim Typ 1.

2. Start Erstgespräch

Sie starten das Gespräch mit einer Vorstellung Ihrer Tätigkeit, z. B.:

„Ich bin Ihr/e OncoCoach/Breast Nurse etc. und werde zukünftig Ihr/e erste Ansprechpartner/in für alle Fragen rund um die Therapie sein“

Gegebenenfalls lassen Sie auch Begleiter*innen der Patientinnen sich kurz vorstellen.

Es folgt eine Zielformulierung, z. B.:



„Ziel des Gesprächs ist es, dass Sie alle Details zur Therapie und Medikamenteneinnahme verstanden haben und sicher im Umgang mit möglichen Nebenwirkungen werden. Ich möchte, dass Sie sich gut betreut und aufgeklärt fühlen und biete Ihnen an, sich auch nach dem Gespräch bei Fragen immer an mich zu wenden.“

Dann sollten Sie kurz erklären, dass Sie das Gespräch unter anderem mit einem Leitfaden (MOATT) führen und Notizen machen, um an alle relevanten Punkte zu denken. Damit vermeiden Sie, dass Fragen oder Irritationen zu den vor Ihnen liegenden Unterlagen ungeklärt bleiben.

Teil „3. Fragebögen“ wird dann ebenfalls wie beim Typ 1 bearbeitet.

Mit dem Fragebogen-Ergebnis Typ 3 ändern sich nun ein wenig die Schwerpunkte des Gesprächs. Diese Patientinnen benötigen **personalisierte und relevante** psychoedukative sowie krankheits- und behandlungsbezogene Informationen.

Sie starten mit der Erläuterung der Fragebogen-Ergebnisse:

„Die Ergebnisse der Fragebögen zeigen, dass Sie noch offene Fragen zu Ihrer Erkrankung haben, aber Sie gewillt sind, mitzuhelfen die bestmöglichen Therapie-Ergebnisse zu erzielen. Sie werden in unseren Gesprächen die Möglichkeit haben, über Ihre Erkrankung und Behandlung zu sprechen, Ihre Bedürfnisse zu äußern und mir mitzuteilen, wie ich Sie am besten unterstützen kann.“

Jetzt sollten Sie die Patientinnen nicht nach einer Bestätigung der Fragebogenergebnisse fragen, sondern mit den offenen Fragen weitermachen, um den Patientinnen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrung zu teilen. Die geschlossene Frage „Trifft das so zu?“ ermöglicht in diesem Fall nicht das gewünschte Zustandekommen einer offenen individuellen bedürfnisorientierten Unterhaltung. Es ist wichtig auf die Antworten zu den unterstehenden Fragen einzugehen, zuerst mit den psychoedukativen Informationen zu beginnen und dann erst zum MOATT-Tool überzugehen.



Ab hier beginnt dann das spezifische Coaching für den Patientinnentyp 3.

4.1 Antworten auf die drei offenen Fragen (psychoedukative Merkblätter)

„Wir würden Sie Ihren persönlichen Umgang mit der Erkrankung beschreiben?“

„Was sind Ihre Bedürfnisse im Umgang mit der Erkrankung?“

„Wie können wir Sie bestmöglich unterstützen?“

Lassen Sie sich Zeit und hören Sie den Patientinnen zu. Notieren Sie die Antworten auf alle 3 Fragen auf dem dafür vorgesehenen Blatt (Anfang der Anlage 8) oder auf einem vergleichbaren Antwortbogen. Stellen Sie, falls nötig, Nach- oder Klärungsfragen. „Wie meinen Sie das genau?“, „Habe ich richtig verstanden, dass...“, „Was verstehen Sie konkret unter...“ etc.

Nachdem Sie die Antworten notiert haben, wählen Sie die passenden psychoedukativen Merkblätter aus. Hierbei hilft Ihnen das Übersichtsblatt am Anfang der psychoedukativen Merkblätter.

Besprechen Sie die ausgewählten psychoedukativen Merkblätter mit den Patientinnen. Die psychoedukativen Merkblätter sind immer so aufgebaut, dass es einen Teil für die Coaches gibt mit Erklärungen zur Vermittlung und einen Teil, den Sie den Patientinnen aushändigen können. Der Teil für die Patientinnen wurde absichtlich kurz gehalten, um nur die wichtigsten Informationen zu vermitteln und nicht überfordernd zu sein. Ebenfalls wurde darauf geachtet, dass die Informationen immer durch Handlungsoptionen oder Übungen ergänzt wurden. Dadurch können die Patientinnen auch versuchen die Informationen praktisch im Alltag anzuwenden.

Wiederholen Sie die vermittelten Informationen nochmals kurz zusammenfassend am Ende.

Falls Antworten aufkommen, die durch uns nicht berücksichtigt wurden, wählen Sie eines der generelleren psychoedukativen Merkblätter aus. Die bereitgestellten



Informationen sind nicht alles umfassend und können im Laufe des Projekts angepasst oder ergänzt werden. Hierfür sind wir über Ihre Unterstützung dankbar. Zögern Sie nicht und kontaktieren Sie uns, falls Sie weitere Ideen oder Anregungen zum psychoedukativen Informationsmaterial haben (patyp@uni-ulm.de).

Wenn Sie den Patientinnen die relevanten psychoedukativen Merkblätter erklärt und ausgehändigt haben, fragen Sie nach, ob die Patientinnen noch etwas benötigen. Falls weitere Bedürfnisse geäußert werden, notieren Sie diese aufmerksam auf dem dafür vorgesehenen Blatt (Seite 4 „Leitfragen für das Coaching-Erstgespräch“) und erklären Sie den Patientinnen, dass Sie diese Themen beim nächsten Gespräch aufgreifen werden, Sie jetzt aber auch noch auf die Behandlung zu sprechen kommen müssen. Dies könnte dann ebenfalls auch ein Anreiz für das Teilnehmen an Folgeterminen darstellen.

Verweisen Sie jedoch auch auf die vorhandene Möglichkeit einer psychoonkologischen/psychotherapeutischen Behandlung.

Nun führen Sie das Gespräch anhand des MOATT-Tools weiter.

4.2 Situationsklärung

Da bei Typ 3 wenig Akzeptanz vorhanden ist, kann dieser Umstand das Ertragen von Nebenwirkungen oder anderer behandlungsbezogenen Herausforderungen zusätzlich erschweren. Unterschied zu Typ 2 ist, dass Typ 3 zwar Kontrolle über sein Handeln verspürt, die Handlungen zur Krankheitsbewältigung jedoch durch die geringe Akzeptanz der eigenen Krankheit nicht immer auszuführen scheint. Die Anlage 4 „Situationsklärung“ sollte mit allen Fragen intensiv bearbeitet werden. Von den Patientinnen benannte Probleme sollten notiert und ihm Rahmen der allgemeinen Beratung wieder aufgegriffen werden, um geeignete Lösungen anzubieten. In diesem Part bietet es sich an, lieber eine Frage mehr als weniger zu stellen.

5. Medikamentenspezifische Informationen

Vermitteln Sie bitte sehr ausführlich die medikamentenspezifischen Informationen. Die in der Vorbereitung zusammengetragenen Informationen (Anlage 1 „**Vorbereitung medikamentenspezifische Beratung**“) werden mit den Patientinnen in den Bogen



der Anlage 5.1 „**Medikamentenspezifische Information**“ übertragen. Im Anschluss vermitteln Sie weitere relevante Informationen, die unter Anlage 5.2 „**Allgemeine Beratungsinhalte des Patienten**“ zusammengefasst sind.

Bitte arbeiten Sie alle Fragen ab und greifen Sie die Punkte auf, die sich in der Situationsanalyse als kritisch herausgestellt haben. Sollten die Patientinnen alleine zum Gespräch gekommen sein, fragen Sie bitte nach Angehörigen oder Freund:innen, die sie zum nächsten Gespräch begleiten können. Idealerweise solche Personen, die in der häuslichen Umgebung unterstützen können.

Erarbeiten Sie mit den Patientinnen konkrete Hilfestellungen zur pragmatischen Umsetzung Ihrer behandlungsbezogenen Herausforderungen (z. B. ein wiederkehrendes Signal auf dem Handy zur regelmäßigen Tabletteneinnahme) und geben Sie den Patientinnen darüber hinaus **relevante** Handlungsmöglichkeiten, wie sie die Therapie positiv beeinflussen können (siehe hierfür die medizinischen Merkblätter). Bieten Sie Ihnen, wenn möglich, eine direkte Kontaktmöglichkeit bei neu auftretenden Fragen/Problemen an (z. B. ihre berufliche Handy-Nummer) verweisen Sie jedoch auch nochmals auf die Möglichkeit einer psychoonkologischen/psychotherapeutischen Behandlung.

6. Reflexion

Zum Abschluss überprüfen Sie mithilfe der Anlage 6 „**Reflexion**“, ob die Patientinnen die relevanten Informationen verstanden haben. Es empfiehlt sich auch hier alle aufgelisteten Fragen durchzugehen, die aus dem MOATT entnommen sind.

7. Vereinbarungen/Hilfestellungen

Lassen Sie sich zum Abschluss die Anlagen 6 (Reflexion) und 5.1 (Medikamentenspezifische Information) von den Patientinnen unterschreiben und geben Ihnen dann die Anlage 5.1 und 5.2 (Allgemeine Beratungsinhalte) mit nach Hause. Der Bogen „Reflexion“ verbleibt zu Dokumentationszwecken in der Einrichtung.

Idealerweise vereinbaren Sie mit den Patient:innen direkt einen weiteren Beratungstermin mit Begleitung, indem Sie prüfen können, wie die Hilfestellungen



funktioniert haben und ob es neue Herausforderungen gibt, zur Not auch telefonisch. Die Patientinnen des Typ 3 wenden sich nicht unbedingt eigeninitiativ an Sie, wenn sie ein Problem haben.

Geben Sie den Patientinnen alle notwendigen Informationsmaterialien zu Medikamenten, Nebenwirkungen, psychoedukativen Inhalten und etwaigen Notfallsituationen mit nach Hause.

Planen Sie für dieses Erstgespräch eine Dauer von durchschnittlich 60 Minuten unter Einbeziehung von eventuellen Angehörigen oder Partnern ein. Beim Typ 3 werden Sie die Zeit in der Regel benötigen. Führen Sie es an einem ruhigen Ort durch und sorgen Sie für eine angenehme Atmosphäre.



5.4. Typ 4: Niedrige Akzeptanz/niedrige Kontrolle

Für Typ 4 sind insbesondere folgende Unterstützungsmöglichkeiten relevant:

- Unterstützung und Hoffnung vermitteln – „Was benötigen Sie?“; „Was sehen Sie, wenn Sie in die Zukunft blicken?“; „Was hat Ihnen in der Vergangenheit Kraft gegeben?“; „Gibt es etwas in Ihrem Leben, auf dass Sie hoffen oder sich freuen?“; „Es ist zu schaffen - Sie schaffen das auch“; „Sie sind nicht auf sich allein gestellt“
- Psychoedukative Informationen (psychoedukative Merkblätter)
- Niedrigschwellige und ausgewählte krankheits- und behandlungsbezogene Informationen (medizinische Merkblätter) → Fokus auf Perspektive und Hoffnung sowie Strukturierungshilfen
- Enge Einbindung von Angehörigen / Sozialarbeiter*innen

Einfach gesagt handelt es sich hier um **Patientinnen, die nicht können (nicht ausreichende Fähigkeiten der Selbststeuerung / Strukturierung)** oder **denken nicht zu können (fehlendes Selbstvertrauen / Hoffnungslosigkeit)**. Es besteht die Gefahr der nicht absichtlichen (fehlende Struktur) und der absichtlichen (Hoffnungslosigkeit) Non-Adhärenz.

Bei der **Bereitstellung von (medizinischen und psychoedukativen) Informationen** sollten Sie vor allem darauf achten, dass diese **niederschwellig und hoffnungsvoll** vermittelt werden. Informationen sollten sorgfältig und selektiv ausgewählt werden, auf keinen Fall zu viele Informationen in einem Gespräch. Durch die **passende medizinische und psychoedukative Handlungsoption** soll die **Hoffnung gestärkt werden, selbst Kontrolle** über die eigene Gesundheit ausüben zu können. Es bietet sich, wie bei Typ 2, an mit positiven Beispielen/Vorbildern zu arbeiten und diese genau zu beschreiben:

„Ein anderer Patient hat ... gemacht (genauer beschreiben). Das hat ihm sehr bei folgenden Herausforderungen (beschreiben) geholfen.“



Der Schwerpunkt des Coaching-Gespräches ist, im Gegensatz zu Typ 1 und 2, **zweigeteilt**. Im ersten Teil sollten Sie das Gespräch offener beginnen und zu den aufkommenden Fragen die **passenden psychoedukativen Merkblätter** vorstellen. Im zweiten Teil sollten Sie die auf dem MOATT-Tool basierenden **Informationen zur Behandlung** vermitteln und diese falls nötig durch die medizinischen Merkblätter ergänzen. Geben Sie jedoch **nur die nötigen Merkblätter** an die Patientinnen weiter, da eine **Flut von Informationen** die **Patientinnen überfordern** könnte. Dieser Punkt ist bei Typ 4 noch wichtiger als bei Typ 3. Seien Sie sehr selektiv in Ihrer Auswahl. Notieren Sie sich mögliche weitere Ideen zur Weitergabe von Merkblättern und händigen Sie diese im Rahmen weiterer Gespräche aus.

Patientinnen vom Typ 4 benötigen oft eine längerfristige Unterstützung. Auch hier sollte immer zusätzlich eine psychoonkologische Intervention angeboten werden. Es bietet sich an, Folgetermine zu vereinbaren, um Rückmeldung zu erhalten, ob und wie sie mit der Behandlung zurechtkommen und wie gut sie die besprochenen Informationen und Handlungsoptionen umsetzen konnten. Falls notwendig werden Anpassungen vorgenommen. Idealerweise führen Sie dieses Gespräch im Beisein von Angehörigen oder Freund:innen. Da Patientinnen vom Typ 4 wenig Hoffnung und Akzeptanz gegenüber der Erkrankung zeigen, sollten Sie in regelmäßigen Zeitabständen (ca. 1x / Monat) proaktiv den Kontakt zu den Patientinnen suchen, um sich zu erkundigen, wie sie zurechtkommen. Es reicht in der Regel ein kurzes Telefonat mit Fragen wie:

„Wie hat xxx denn funktioniert?“ „Inwieweit haben meine Tipps Ihnen geholfen?“ „Benötigen Sie weitere Unterstützung?“, „Was sind aktuell Ihre größten Herausforderungen?“

Leitfaden Typ 4

Der Teil „**1. Gesprächsvorbereitung**“ wird zunächst bearbeitet wie beim Typ 1.

2. Start Erstgespräch

Sie starten das Gespräch mit einer Vorstellung ihrer Tätigkeit, z. B.:

„Ich bin Ihr/e OncoCoach/Breast Nurse etc. und werde zukünftig Ihr/e erste Ansprechpartner/in für alle Fragen rund um die Therapie sein“



Gegebenenfalls lassen Sie auch Begleiter:innen der Patientinnen sich kurz vorstellen.

Es folgt eine Zielformulierung, z. B.:

„Ziel des Gesprächs ist es, dass Sie alle Details zur Therapie und Medikamenteneinnahme verstanden haben und sicher im Umgang mit möglichen Nebenwirkungen werden. Ich möchte, dass Sie sich gut betreut und aufgeklärt fühlen und biete Ihnen an, sich auch nach dem Gespräch bei Fragen immer an mich zu wenden.“

Dann sollten Sie kurz erklären, dass Sie das Gespräch unter anderem mit einem Leitfaden (MOATT) führen und Notizen machen, um an alle relevanten Punkte zu denken. Damit vermeiden Sie, dass Fragen oder Irritationen zu den vor Ihnen liegenden Unterlagen ungeklärt bleiben.

Teil „3. Fragebögen“ wird dann ebenfalls wie beim Typ 1 bearbeitet.

Mit dem Fragebogen-Ergebnis Typ 4 ändern sich nun ein wenig die Schwerpunkte des Gesprächs. Diese Patientinnen benötigen **Perspektive und Hoffnung** sowie **niederschwellige und ausgewählte** psychoedukative und krankheits- und behandlungsbezogene Informationen.

Sie starten mit der Erläuterung der Fragebogen-Ergebnisse:

„Die Ergebnisse der Fragebögen zeigen, dass Sie noch offene Fragen zu Ihrer Erkrankung haben, aber Sie gewillt sind, mitzuhelpen die bestmöglichen Therapie-Ergebnisse zu erzielen. Sie werden in unseren Gesprächen die Möglichkeit haben, über Ihre Erkrankung und Behandlung zu sprechen, Ihre Bedürfnisse zu äußern und mir mitzuteilen, wie ich Sie am besten unterstützen kann.“

Jetzt sollten Sie die Patientinnen nicht nach einer Bestätigung der Fragebogenergebnisse fragen, sondern mit den offenen Fragen weitermachen, um den Patientinnen die Möglichkeit zu geben ihre Erfahrung zu teilen. Die geschlossene Frage „Trifft das so zu?“ ermöglicht in diesem Fall nicht das gewünschte Zustandekommen einer offenen individuellen bedürfnisorientierten Unterhaltung. Es ist wichtig, auf die Antworten zu den unterstehenden Fragen einzugehen, zuerst mit



den psychoedukativen Informationen zu beginnen und dann erst zum MOATT-Tool über zu gehen.

Ab hier beginnt dann das spezifische Coaching für den Patientinnentyp 4.

4.1 Antworten auf die drei offenen Fragen (psychoedukative Informationen)

Lassen Sie sich Zeit und hören Sie den Patientinnen zu. Notieren Sie die Antworten auf alle 3 Fragen auf dem dafür vorgesehenen Blatt (Seite 4 „Leitfragen für das Coaching-Erstgespräch“) oder auf einem vergleichbaren Antwortbogen. Stellen Sie falls nötig Nach- oder Klärungsfragen. „Wie meinen Sie das genau?“, „Habe ich richtig verstanden, dass...“, „Was verstehen Sie konkret unter...“ etc.

Nachdem Sie die Antworten notiert haben, wählen Sie die passenden psychoedukativen Merkblätter aus. Hierbei hilft Ihnen das Übersichtsblatt am Anfang der psychoedukativen Merkblätter.

Besprechen Sie die ausgewählten psychoedukativen Merkblätter mit den Patientinnen. Die psychoedukativen Merkblätter sind immer so aufgebaut, dass es einen Teil für die Coaches mit Erklärungen zur Vermittlung gibt und einen Teil, den Sie den Patientinnen aushändigen können. Der Teil für die Patientinnen wurde absichtlich kurz gehalten, um nur die wichtigsten Informationen zu vermitteln und nicht überfordernd zu sein. Ebenfalls wurde darauf geachtet, dass die Informationen immer durch Handlungsoptionen oder Übungen ergänzt wurden. Dadurch können die Patientinnen auch versuchen die Informationen praktisch im Alltag anzuwenden.

Wiederholen Sie die vermittelten Informationen nochmals kurz zusammenfassend am Ende.

Falls Antworten aufkommen, die durch uns nicht berücksichtigt wurden, wählen Sie eine der generelleren psychoedukativen Merkblätter aus. Die bereitgestellten Informationen sind nicht alles umfassend und können im Laufe des Projektes angepasst oder ergänzt werden. Hierfür sind wir über Ihre Unterstützung dankbar.



Zögern Sie nicht und kontaktieren Sie uns, falls Sie weitere Ideen oder Anregungen zum psychoedukativen Informationsmaterial haben (patyp@uni-ulm.de).

Wenn Sie den Patientinnen die relevanten p. Merkblätter erklärt und ausgehändigt haben, fragen Sie nochmals nach, ob die Patientinnen noch etwas benötigen. Falls weitere Bedürfnisse geäußert werden, notieren Sie diese aufmerksam auf dem dafür vorgesehenen Blatt (Anfang Anhang 8) und erklären Sie den Patientinnen, dass Sie diese Themen beim nächsten Gespräch aufgreifen werde, Sie jetzt aber auch noch auf die Behandlung zu sprechen kommen müssen. Dies könnte dann ebenfalls auch ein Anreiz für das Teilnehmen an Foleterminen darstellen.

Verweisen Sie jedoch auch auf die vorhandene Möglichkeit einer psychoonkologischen/psychotherapeutischen Behandlung.

Nun führen Sie das Gespräch anhand des MOATT-Tools weiter.

4.2. Situationsklärung

Da bei Typ 4 wenig Akzeptanz vorhanden ist, kann dieser Umstand das Ertragen von Nebenwirkungen oder anderer behandlungsbezogenen Herausforderungen erschweren. Unterschied zu Typ 3 ist, dass Typ 4 zusätzlich auch noch wenig Kontrolle über sein Handeln verspürt und durch diese Kombination die Wahrscheinlichkeit Handlungen zur Krankheitsbewältigung umzusetzen noch geringer ist als bei Typ 3. Die Anlage 4 „Situationsklärung“ sollte mit allen Fragen intensiv bearbeitet werden. Von den Patientinnen benannte Probleme sollten notiert und ihm Rahmen der allgemeinen Beratung wieder aufgegriffen werden, um geeignete Lösungen anzubieten. Stellen Sie in diesem Part lieber eine Frage mehr als weniger.

5. Medikamentenspezifische Informationen

Vermitteln Sie bitte sehr ausführlich die medikamentenspezifischen Informationen. Die in der Vorbereitung zusammengetragenen Informationen (Anlage 1 „**Vorbereitung medikamentenspezifische Beratung**“) werden mit den Patientinnen in den Bogen der Anlage 5.1 „**Medikamentenspezifische Information**“ übertragen. Im Anschluss vermitteln Sie weitere relevante Informationen, die unter Anlage 5.2 „**Allgemeine Beratungsinhalte des Patienten**“ zusammengefasst sind.



Auch hier bitte unbedingt alle Fragen abarbeiten und die Punkte aufgreifen, die sich in der Situationsanalyse als kritisch herausgestellt haben. Sollten die Patient:innen alleine zum Gespräch gekommen sein, fragen Sie bitte nach Angehörigen oder Freund*innen, die sie zum nächsten Gespräch begleiten können. Idealerweise solche Personen, die in der häuslichen Umgebung unterstützen können.

Erarbeiten Sie mit den Patientinnen konkrete Hilfestellungen zur pragmatischen Umsetzung Ihrer behandlungsbezogenen Herausforderungen (z. B. ein wiederkehrendes Signal auf dem Handy zur regelmäßigen Tabletteneinnahme) und geben Sie den Patientinnen **niederschwellige** Handlungsmöglichkeiten, wie sie die Therapie positiv beeinflussen können (siehe hierfür die medizinischen Merkblätter). Bieten Sie Ihnen, wenn möglich, eine direkte Kontaktmöglichkeit bei neu auftretenden Fragen/Problemen an (z. B. ihre berufliche Handy-Nummer) verweisen Sie jedoch auch nochmals auf die Möglichkeit einer psychoonkologischen/psychotherapeutischen Behandlung.

6. Reflexion

Zum Abschluss überprüfen Sie mithilfe der Anlage 6 „**Reflexion**“, ob die Patient:innen die relevanten Informationen verstanden haben. Es empfiehlt sich auch hier alle aufgelisteten Fragen durchzugehen, die MOATT entnommen sind. Bei dem Typ 4 könnten Sie auf Verständnisprobleme treffen. In diesem Fall gehen Sie entsprechenden Informationen und die erarbeiteten Handlungshilfen nochmals durch und stellen wiederholt sicher, dass nun alles verstanden ist. Sollte hier der Eindruck entstehen, dass die Patient:innen überfordert sind, kann ein zeitnäher Termin mit Angehörigen/Freund:innen vereinbart werden, die in der häuslichen Umgebung unterstützen.

7. Vereinbarungen/Hilfestellungen

Sie lassen sich zum Abschluss die Anlagen 6 (Reflexion) und 5.1 (Medikamentenspezifische Information) von den Patient:innen unterschreiben und geben Ihnen dann die Anlage 5.1 und 5.2 (Allgemeine Beratungsinhalte) mit nach



Hause. Der Bogen „Reflexion“ verbleibt zu Dokumentationszwecken in der Einrichtung.

Idealerweise vereinbaren Sie mit den Patientinnen direkt einen weiteren Beratungstermin mit Begleitung, indem Sie prüfen können, wie die Hilfestellungen funktioniert haben und ob es neue Herausforderungen gibt, zur Not auch telefonisch. Die Patientinnen des Typ 4 wenden sich nicht unbedingt eigeninitiativ an Sie, wenn sie ein Problem haben.

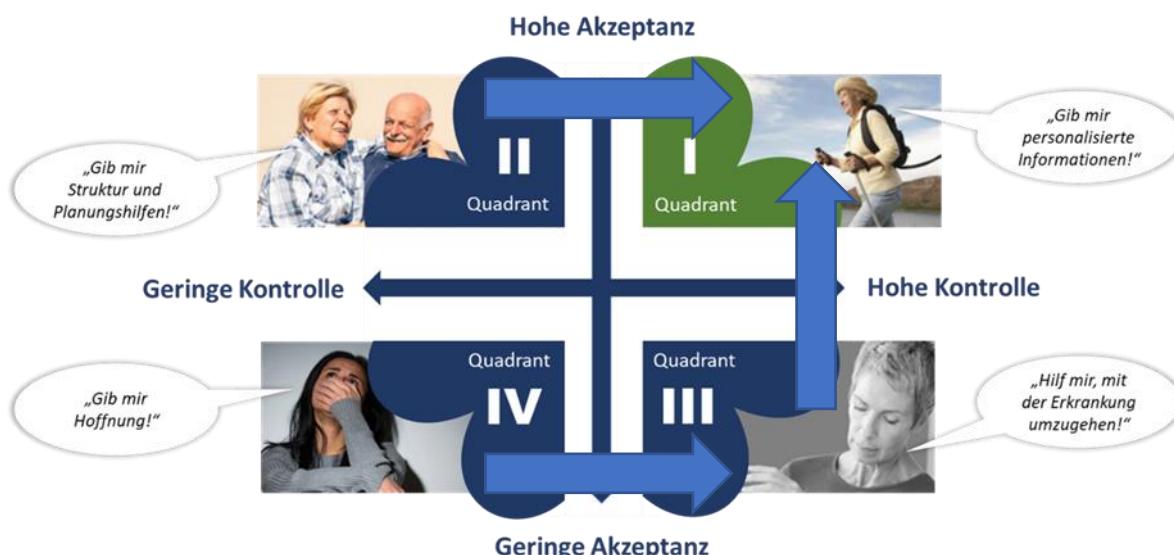
Geben Sie den Patientinnen alle notwendigen Informationsmaterialien zu Medikamenten, Nebenwirkungen, psychoedukativen Inhalten und etwaigen Notfallsituationen mit nach Hause.

Planen Sie für dieses Erstgespräch eine Dauer von durchschnittlich 60 Minuten unter Einbeziehung von eventuellen Angehörigen oder Partnern ein. Beim Typ 4 werden Sie die Zeit in der Regel benötigen. Führen Sie es an einem ruhigen Ort durch und sorgen Sie für eine angenehme Atmosphäre.



5.5. Hinweis zu den 4 Typen

Die 4 Patientinnentypen sollten als zusammenhängend betrachtet werden, das heißt eher als Stationen anstatt als feste unveränderliche Kategorien. Der Leitfaden und die Gespräche nehmen dadurch eine begleitende Rolle auf dem Weg von einer Station zur anderen ein. Typ 1, als selbstständigster der vier Typen, kann als Ziel angesehen werden. Bei Typ 2 sollten Sie unterstützen, dass sich die Patientinnen mehr in Richtung Typ 1 entwickeln können. Bei Typ 3 die Entwicklung in Richtung Typ 2 unterstützen. Bei Typ 4 scheint der Weg zu Typ 1 erst über Typ 3 zu führen.



Die Betrachtung der verschiedenen Patientinnentypen als fluide und wandelbar, ermöglicht Ihnen eine weniger statische, unveränderbare und daher optimistischere Sicht auf die jeweiligen Patientinnen und ihre momentane Verfassung. Verlangt aber auf der anderen Seite von Ihnen auch eine flexiblere und wandelbarere Unterstützung, da Sie diese Unterstützung im Prozess an die potentiell veränderten Typen oder Stationen anpassen müssen, um den nun aktuellen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Wie an einigen Stellen bereits erwähnt, werden Sie zahlreiche Merkblätter zu Nebenwirkungen, dem Umgang mit der Erkrankung und zu psychoedukativen Maßnahmen zur Verfügung gestellt bekommen, die Sie an Ihre Patientinnen der jeweiligen Typen weitergeben können.



6. Literatur

1. Riese C, Weiß B, Borges U, 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.
2. Niedergelassene Hämatologen und Onkologen: gestresst, aber meist zufrieden. *Dtsch Ärztebl* 2014; 111 (7)
3. Ziller V, Kalder M, Albert US et al. Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Ann Oncol* 2009; 20: 431–436
4. 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
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97
6. Schlichtig K, Dürr P, Dörje F, et al. New oral anti-cancer drugs and medication safety. *Dtsch Arztebl International* 2019;116(46):775-82
7. Baumann W, Welslau M. Patientenadhärenz in der oralen medizinischen Onkologie. *Der Onkologe* 2017;23(8):645-50
8. Manfred Welslau, Sjaak Bloem, Rudolf Schlag, Steffen Dörfel, Sabrina Buchholz, Lukas Vornholz, Holger Schulz, Anke Gerhardt; Real-World Outcomes with Ibrutinib in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia: Impact of Patient Typology on Adherence and Retention Rates within the German REALITY Study. *Blood* 2022; 140 (Supplement 1): 12400–12402. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2022-156504>
9. Bloem, Sjaak and Stalpers, Joost, Subjective Experienced Health as a Driver of Health Care Behavior (July 9, 2012). Nyenrode Research Paper Series, no. 12-01
10. 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: 09.12.202111.

11. 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
12. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167(5): 453-460
13. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) *Soc Sci Med* 1997; 44: 681–692
14. Faller H, Reusch A, Meng K. DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2011;50(05):284-91
15. 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
16. 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
17. 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
18. Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.



7. Anhang

1. Vorbereitung Medikamentenspezifische Beratung

Notieren Sie/der Arzt vor dem Schulungsgespräch die Antworten zu den folgenden Fragen patientenbezogen! Fügen Sie im Gesprächsverlauf mit dem Patienten die Informationen in das Formular **Medikamentenspezifische Informationen** ein und händigen Sie diesen Abschnitt mit dem speziellen Patienteninformationsmaterial ihren Patient*innen aus.

1. Name des Präparats (generischer Name und Handelsname)

2. Wie sieht das Präparat aus?

3. Dosis und Behandlungsschema
 - a) Wie viele verschiedene Tabletten? _____
 - b) Wie oft und wann am Tag? _____
 - c) Über welchen Zeitraum? _____

4. Wo sollte das Medikament aufbewahrt werden?
** Machen Sie genaue Angaben, zum Beispiel geschützt vor Hitze (nicht in der Küche), vor Feuchtigkeit (nicht im Bad), vor Sonnen- einstrahlung (nicht auf der Fensterbank)*

5. Welche möglichen Nebenwirkungen gibt es und wie werden sie behandelt?
** Weisen Sie auch auf Laboranalysen/medizinische Tests hin, die für die Überwachung der Therapie mit dem Medikament durchgeführt werden.*

6. Gibt es Vorsichtsmaßnahmen zu beachten?

7. Gibt es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln?

8. Wann und wer ist bei Fragen anzurufen?
** Nennen Sie hier Namen und Telefonnummern (Direktdurchwahl)!*

© 2008 Multinational Association of Supportive Care in Cancer™
Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.



2. Start Erstgespräch

- Für eine angenehme Atmosphäre sorgen (ruhiger Raum, Getränke anbieten)
- Kurze Vorstellung
- Einordnung und Ziele des Gesprächs (Bezug zur Studie herstellen)
- Anwendung MOATT kurz erläutern und auf die Notwendigkeit der folgenden Fragebögen hinweisen

Dieser Schulungsleitfaden wurde zur Unterstützung des Pflegepersonals bei der Einschätzung und Schulung von Patienten entwickelt, die orale Medikamente zur Krebstherapie erhalten. Durch Pflegegespräche anhand des Leitfadens nach der ärztlichen Aufklärung soll sichergestellt werden, dass Patienten ihre Therapie kennen und verstehen sowie sich über die Bedeutung der Einnahme der verschriebenen Tabletten im Klaren sind.

Es gibt Aspekte, die sich auf die Therapiemotivation (**Adhärenz**) bei der Einnahme oraler Krebsmedikamente auswirken und bei jedem Gespräch bedacht werden sollten, wie

1. **Patientenmerkmale** (z.B. Alter, Sehkraft, Gedächtnisleistung, soziales Umfeld, Überzeugungen, Motivation)
2. **Medikamente** (z.B. Anzahl, Größe, Nebenwirkungen)
3. **Erkrankung** (z.B. Prognose, Symptome, Wohlbefinden, Ernährungsprobleme, Magensonde)
4. **Therapieplan** (z.B. Komplexität, Dauer, Intervalle)

Es empfiehlt sich generell, Bezugspersonen in das Schulungsgespräch einzubeziehen. Bei älteren Patienten mit Einschränkungen der körperlichen, geistigen und sozialen Gesundheit (lt. geriatrischem Screening, Cut off ≥ 2) muss eine Bezugsperson (ggf. Professionelle Helfer) dabei sein.



3. Typologisierungsfragebogen und Distress Thermometer (Deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers ohne Problemliste)

Typologisierungsfragebogen

<p>Die Art und Weise, wie ich körperlich und geistig funktioniere, ist akzeptabel für mich. (A)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>	<p>Ich habe meinen gesundheitlichen Zustand zum großen Teil selber in der Hand. (K)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>
<p>Ich kann meinen gesundheitlichen Zustand weitgehend selber beeinflussen. (K)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>	<p>Ich habe das Gefühl meinen Gesundheitszustand im Griff zu haben. (K)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>
<p>Ich akzeptiere meinen gesundheitlichen Zustand so wie er ist. (A)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>	<p>Ich bin mit meinem gesundheitlichen Zustand im Reinen. (A)</p> <p>(1 = trifft überhaupt nicht zu, 7 = trifft voll und ganz zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7</p>

Formel:

Summe Antworten Akzeptanz/Kontrolle / 3 = Score

Auswertung:

Cut-off Akzeptanz: 4,96 (>4,96 hohe Akzeptanz)
 Cut-off Kontrolle: 5,36 (>5,36 hohe Kontrolle)

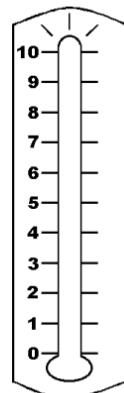
Distress Thermometer

Anleitung:

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

Extrem belastet

Gar nicht belastet





4. Situationsklärung

1. Was wurde Ihnen zu den Tabletten, die Sie gegen den Krebs einnehmen sollen, erklärt?

* Überprüfen Sie, ob der Patient weiß, dass die Medikamente gegen den Krebs wirken und oral eingenommen werden.

2. Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

* Wenn es keine Liste gibt, fragen Sie nach weiteren Medikamenten (verschriebene/nicht verschriebene), pflanzliche Präparate/ Nahrungsergänzungsmittel und komplementäre Therapien. Lassen sie ggf. Packungen mitbringen. Geben Sie die aktualisierte Liste an den Arzt/ Apotheker zur Klärung von Wechselwirkungen!

3. Können Sie Tabletten schlucken? Wenn nicht, erklären Sie mir bitte Ihre Probleme.

4. Können Sie die Medikamenteninformationen lesen?

Ja mit Hilfsmittel nein

5. Können Sie Medikamentenverpackungen öffnen?

Ja mit Hilfsmittel nein

6. Haben Sie bereits andere Tabletten zur Krebsbehandlung eingenommen?

* Finden Sie heraus, ob es dabei Probleme gegeben hat, z.B. bei der Einnahme oder in Form von unerwünschten Nebenwirkungen.

7. Leiden Sie an Symptomen, die die Tabletteneinnahme beeinträchtigen könnten, z.B. Übelkeit oder Erbrechen?

8. Erhalten Sie die bestellten Medikamente gegen den Krebs ohne Verzögerung in ihrer Apotheke?

* Verzögerungen können sich negativ auswirken, wenn mit der Einnahme des oralen Präparats bereits begonnen wurde.

Sofort mit Verzögerung nein

© 2008 Multinational Association of Supportive Care in Cancer™

Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.



5.1 Medikamentenspezifische Information

1. Name des Präparats (generischer Name und Handelsname)

2. Wie sieht das Präparat aus?

3. Dosis und Behandlungsschema

a) Wie viele verschiedene Tabletten? _____

b) Wie oft und wann am Tag? _____

c) Über welchen Zeitraum? _____

4. Wo sollte das Medikament aufbewahrt werden?

* Machen Sie genaue Angaben, zum Beispiel geschützt vor Hitze (nicht in der Küche), vor Feuchtigkeit (nicht im Bad), vor Sonnen- einstrahlung (nicht auf der Fensterbank)

5. Welche möglichen Nebenwirkungen gibt es und wie werden sie behandelt?

* Weisen Sie auch auf Laboranalysen/medizinische Tests hin, die für die Überwachung der Therapie mit dem Medikament durchgeführt werden.

6. Gibt es Vorsichtsmaßnahmen zu beachten?

7. Gibt es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln?

8. Wann und wer ist bei Fragen anzurufen?

* Nennen Sie hier Namen und Telefonnummer (Direktdurchwahl)!

Ich bestätige, dass eine Beratung stattgefunden hat.

Datum; Unterschrift:

Unterschrift Berater:



5.2. Allgemeine Beratungsinhalte

1. Informieren Sie alle anderen behandelnden Ärzte, Zahnärzte oder Betreuungspersonen darüber, dass Sie Tabletten zur Behandlung Ihrer Krebskrankung einnehmen.
2. Bewahren Sie die Tabletten für Kinder und Haustiere unzugänglich in einem kindersicheren Behälter auf.
3. Lassen Sie die Tabletten in ihrer Originalverpackung, sofern Sie keine anderslautenden Anweisungen erhalten. Eine Verwechslung mit anderen Medikamenten kann gefährlich sein.
4. Waschen Sie sich vor und nach der Einnahme der Tabletten die Hände bzw. Tragen Sie Einmalhandschuhe.
5. Zerdrücken, zerkaufen, zerschneiden oder zerbrechen Sie Ihre Tabletten nicht, sofern Sie keine anderslautenden Anweisungen erhalten.
6. Bewahren Sie Ihre Tabletten geschützt vor Hitze, Sonneneinstrahlung oder Feuchtigkeit auf, da andernfalls die Gefahr einer Beeinträchtigung der Wirksamkeit Ihrer Tabletten besteht.
7. Wenden Sie ein System an, um sicher zu stellen, dass Sie Ihre Tabletten korrekt einnehmen.

**Lassen Sie sich als Patient einige Anregungen, z.B. Timer, Uhr oder Kalender vom Pflegepersonal erläutern.*

8. Achten Sie darauf, dass Sie wissen, was zu tun ist, wenn Sie die Einnahme einer Dosis vergessen.
9. Wenn Sie versehentlich zu viele Tabletten eingenommen haben oder wenn Ihre Tabletten von einer anderen Person eingenommen wurden, setzen Sie sich unverzüglich mit Ihrem Arzt oder den Sie betreuenden Pflegekräften in Verbindung.
10. Fragen Sie Ihre betreuenden Pflegekräften oder Ihren Apotheker danach, was Sie mit nicht eingenommenen oder abgelaufenen Tabletten machen sollen.

**Bringen Sie bitte alle nicht eingenommenen Tabletten beim nächsten Besuch mit.*

11. Tragen Sie eine Liste aller Medikamente bei sich die Sie einnehmen, einschließlich der Tabletten zur Krebsbehandlung.
12. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Probleme haben, die Zuzahlung zu ihren Medikamenten zur Krebsbehandlung zu leisten
13. Planen Sie Reisen, Wochenenden und Ausstattung mit Tabletten vorausschauend.

© 2008 Multinational Association of Supportive Care in Cancer™

Im Text wird aus Gründen der einfachen Lesbarkeit überwiegend die männliche Sprachform verwendet. Gemeint sind meistens beide Geschlechter.



6. Reflexion

Sie haben heute eine Menge Informationen bekommen. Lassen Sie uns zum Ende des Gespräches die wichtigsten Punkte noch einmal zusammenfassen.

1. Wie lautet/lauten der/die Name(n) Ihrer Tablette(n) zur Krebsbehandlung?
2. Wann nehmen Sie Ihre Tabletten ein?
3. Spielt es eine Rolle, ob Sie die Tablette zusammen mit einer Mahlzeit einnehmen oder nicht?
4. Wo werden Sie das Medikament aufbewahren?
5. Wann sollten Sie Ihren Arzt oder die Sie betreuenden Pflegekräfte anrufen?
6. Haben Sie weitere Fragen?
7. Wann ist Ihr nächster Termin?

Bei Problemen wenden Sie sich an:

Datum; Unterschrift:

Unterschrift Berater:



7. Übersicht Merkblätter:

1. Ribociclib
2. Abemaciclib
3. Niraparib
4. Olaparib
5. Antihormonelle Therapien
6. Haarausfall
7. Übelkeit
8. Fatigue
9. Neutropenie
10. Durchfall
11. Mukositis
12. Veränderungen der Haut
13. Krebs und Infektionen
14. Durchhalten der oralen Therapie



8. Übersicht psychoedukative Merkblätter

- Leitfragen für das Coaching-Erstgespräch
- Krebsspezifische Informationen
- Ziele und Motivation
- Akzeptanz und Achtsamkeit
- Entspannung, Ressourcen und positive Aktivitäten
- Emotionen
- Schwierige Situationen im Coaching

