



**Technische Universität München
Fakultät für Medizin
Lehrstuhl für Medizindidaktik, medizinische Lehrentwicklung und Bildungsforschung**

**Der ärztliche Entscheidungskonflikt im Entscheidungsprozess einer
Simulationspatientin mit fortgeschrittener Tumorerkrankung: Verlauf, Prädiktoren und
Vergleich mit einer belgischen Stichprobe**

Catharina Anna Schönfeld

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizinischen Wissenschaft genehmigten Dissertation

Vorsitzender: apl. Prof. Dr. Klaus-Peter Janssen

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Pascal Berberat
2. Prof. Dr. Peter Henningsen

Die Dissertation wurde am 14.08.2020 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 02.12.2020 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	4
2.1	MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN UND UNSICHERHEIT: DEFINITIONEN UND BEGRIFFE	5
2.1.1	<i>Definition einer medizinischen Entscheidung</i>	<i>5</i>
2.1.2	<i>Die Entscheidungsfindung</i>	<i>6</i>
2.1.3	<i>Unsicherheit in der Medizin-Definition und Taxonomie.....</i>	<i>8</i>
2.1.4	<i>Der Entscheidungskonflikt.....</i>	<i>10</i>
2.2	EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS ERLEBEN VON UNSICHERHEIT BEI ÄRZTEN	12
2.2.1	<i>Unsicherheitsintoleranz</i>	<i>12</i>
2.2.2	<i>Einflüsse auf ärztliche Zufriedenheit und Stresserleben bei Unsicherheit.....</i>	<i>13</i>
2.2.3	<i>Ärztliche Kommunikation von Unsicherheit im Arzt-Patienten-Gespräch.....</i>	<i>14</i>
2.3	ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGEN IN DER ONKOLOGIE	16
2.3.1	<i>Zeitkontinuum onkologischer Entscheidungen.....</i>	<i>16</i>
2.3.2	<i>Besonderheiten onkologischer Patienten.....</i>	<i>17</i>
2.3.3	<i>Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....</i>	<i>18</i>
2.3.4	<i>Unsicherheit bei onkologischen Entscheidungen.....</i>	<i>18</i>
2.4	STRATEGIEN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN DER ONKOLOGIE	19
2.4.1	<i>Unsicherheitsmanagement</i>	<i>19</i>
2.4.2	<i>Informed Consent, Informed Decision Making und Shared Decision Making: Definitionen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede</i>	<i>21</i>
2.4.3	<i>Entwicklung des Shared Decision Making: Das Collaborative Decision Making ...</i>	<i>22</i>
2.5	DIE BEDEUTUNG DER INTERNATIONALEN FORSCHUNG IN DER ONKOLOGIE	24
2.5.1	<i>Epidemiologie von onkologischen Erkrankungen</i>	<i>25</i>
2.5.2	<i>Internationaler Vergleich onkologisch relevanter ärztlicher Aufgaben</i>	<i>26</i>
3	ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN	30
3.1	ZIELE	30
3.1.1	<i>Erfassung der ärztlichen Wahrnehmung des Entscheidungskonflikts im Verlauf der Entscheidungsfindung.....</i>	<i>30</i>
3.1.2	<i>Untersuchung des Einflusses der soziodemographischen Merkmale und persönlichen Charakteristika auf den Entscheidungskonflikt.....</i>	<i>30</i>

3.1.3	<i>Vergleich der Ergebnisse der deutschen Stichprobe mit einer vergleichbaren Stichprobe aus Belgien</i>	31
3.2	FRAGESTELLUNGEN.....	31
4	METHODEN	33
4.1	UNTERSUCHUNGSPLANUNG.....	33
4.2	STUDIENDESIGN	34
4.3	REKRUTIERUNG DER ÄRZTLICHEN PROBANDEN UND DURCHFÜHRUNG DER TESTS.....	40
4.4	INSTRUMENTE	41
4.4.1	<i>Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation</i>	43
4.4.2	<i>Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext (PRU)</i>	43
4.4.3	<i>Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen (IUI)</i>	44
4.4.4	<i>Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung: Decisional Conflict Scale (DCS)</i>	46
4.4.5	<i>Fragebogen zur ärztlichen Empathie (JSPE)</i>	49
4.4.6	<i>Visuelle Analogskalen (VAS)</i>	49
4.4.7	<i>Zusätzliche Fragen</i>	51
4.4.8	<i>Fragebogen zu den Merkmalen der Patientin</i>	51
4.4.9	<i>Vorbereitungszeit</i>	53
4.4.10	<i>Fragebogen zum empfundenen Stress (Perceived Stress Scale)</i>	54
4.5	STATISTISCHE METHODEN	54
5	ERGEBNISSE	55
5.1	STICHPROBE	55
5.2	PSYCHOLOGISCHE CHARAKTERISTIKA DER PROBANDEN	59
5.3	HAUPTFRAGESTELLUNG: VERLAUF DES ENTSCHEIDUNGSKONFLIKTES.....	60
5.4	NEBENFRAGESTELLUNG: PRÄDIKTOREN DES ENTSCHEIDUNGSKONFLIKTES UND DESSEN VERLAUF .	65
5.5	NEBENFRAGESTELLUNG: DEUTSCHE UND BELGISCHE ÄRZTE IM VERGLEICH: PSYCHOLOGISCHE CHARAKTERISTIKA UND ENTSCHEIDUNGSKONFLIKT IM VERLAUF.....	70
6	DISKUSSION	74
6.1	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	74
6.1.1	<i>Verlauf des Entscheidungskonfliktes im Kontext der dreistufigen Entscheidungsfindung</i>	74
6.1.2	<i>Prädiktoren für den Entscheidungskonflikt und dessen Verlauf</i>	77
6.1.3	<i>Vergleich des Entscheidungskonfliktes deutscher und belgischer Ärzte</i>	78

6.2	KRITISCHE REFLEXION.....	79
6.2.1	Äußere Bedingungen.....	79
6.2.2	Methoden.....	80
6.3	AUSBlick	84
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	86
8	LITERATURVERZEICHNIS	88
9	VERÖFFENTLICHUNG	97
10	ANHANG.....	98
10.1	ABKÜRZUNGEN	98
10.2	PATIENTENAKTE	100
10.3	VIDEO-TRANSKRIPT	106
10.4	TUMORBOARD-EMPFEHLUNG	114
10.5	PATIENTENROLLE.....	115
10.6	FRAGEBÖGEN	121
10.6.1	Tag 0: BASELINE.....	121
10.6.2	Tag 7: PRÄVIDEO	152
10.6.3	Tag 7: POSTVIDEO.....	161
10.6.4	Tag 14: EMPFEHLUNG DES TUMORBOARDS.....	184
10.6.5	Tag 21: PRÄSIMULATION	187
10.6.6	Tag 21: POSTSIMULATION	199
11	DANKSAGUNG.....	219

1 Einleitung

„Uncertainty creeps into medical practice through every pore. Whether a physician is defining a disease, making a diagnosis, selecting a procedure, observing outcomes, assessing probabilities, assigning preferences, or putting it all together, he is walking on very slippery terrain. It is difficult for nonphysicians, and for many physicians to appreciate how complex these tasks are, how poorly we understand them, and how easy it is for honest people to come to different conclusions” (Eddy, 1984).

Unsicherheit¹ ist ein inhärenter Bestandteil der Medizin. Ärzte und Patienten² müssen sich der Tatsache, dass Diagnosen, Therapieansprechen und Prognosen oft unsicher bleiben, immer wieder bewusst werden. Gerade in der Onkologie können Ärzte die Fragen der Patienten oft nicht beantworten: „Wie lange werde ich noch leben? Wird die Therapie ansprechen? Was passiert, wenn der Krebs zurückkommt?“ (Mullins et al., 2010). Ärzte können Patienten in diesen Situationen häufig keine definitive Antwort geben. Oft gilt es aber, gerade in solchen Situationen, Entscheidungen über das weitere therapeutische Vorgehen bei einem Patienten zu treffen. Wie handeln Ärzte in einer solchen unsicheren Lage? Wie empfinden sie die Unsicherheit, wie gehen sie damit um und wie treffen sie im klinischen Alltag Entscheidungen?

Die Inzidenzen und Prävalenzen von onkologischen Erkrankungen steigen weltweit durch unterschiedliche Faktoren (WHO, 2017). Das bedeutet, dass sich Ärzte mehr denn je mit der Behandlung von Krebspatienten auseinandersetzen müssen. Bei Entscheidungen über die weitere Behandlung bleiben, trotz exzellenter onkologischer Forschung, Unsicherheiten offen. Um eine gute Versorgung für alle Patienten

¹ In dieser Arbeit wird der Ausdruck „Unsicherheit“ als direkte Übersetzung des englischen Begriffes „uncertainty“ verwendet. Im Deutschen hat das Wort „Unsicherheit“ mehrere Bedeutungen. In dieser Arbeit wird es immer im Sinne von „ungewiss, unberechenbar, unwägbar“ verwendet.

² Um den Text flüssig zu gestalten, wird durchwegs die männliche Schreibform verwendet. Sie steht stellvertretend für beide Geschlechter.

sicherzustellen, ist es daher von großer Bedeutung, zu erforschen, wie Ärzte Unsicherheit im Entscheidungsprozess bei der Behandlung von Krebspatienten erleben.

Diese Studie untersucht diese Aspekte in Zusammenarbeit mit einer belgischen Arbeitsgruppe der Université Libre de Bruxelles. Dabei werden Ärzte mit dem onkologischen Fall einer Patientin konfrontiert, in dem eine Entscheidung getroffen werden soll. Fragebögen erfassen den Entscheidungskonflikt, der aus den vorhandenen Unsicherheiten entsteht, zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Entscheidungsprozess. Die Entwicklung dieses Konflikts wird beobachtet und mit der Entwicklung einer belgischen Stichprobe, die den gleichen Prozess durchlief, verglichen. Dieser binationale Vergleich ist eine Möglichkeit, Differenzen und Ähnlichkeiten zwischen Ärzten verschiedener Länder festzustellen und dadurch Verbesserungsmöglichkeiten im onkologischen Versorgungssystem zu erkennen.

Einordnung der Arbeit

Diese Studie ist ein durch das Promotionsprogramm Transnationale Medizin gefördertes Projekt, das in Zusammenarbeit mit der belgischen psychoonkologischen Arbeitsgruppe der Université Libre de Bruxelles stattfindet. Das Konzept der belgischen Arbeitsgruppe wurde für die deutsche Studie übernommen und die Vorgaben wurden im Rahmen der unterschiedlichen Gegebenheiten eingehalten, um eine gute Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen. In Deutschland organisierte die Verfasserin dieser Arbeit, Catharina Schönfeld, den Versuchsaufbau, die Durchführung und Fertigstellung der Arbeit. Betreut wurde sie durch Prof. Dr. Pascal Berberat, Leiter des Lehrstuhls für Medizindidaktik, medizinische Bildungsforschung und Lehrentwicklung (TUM Medical Education Center) und PD Dr. Alexander Wunsch, ehemals TUM Medical Education Center, jetzt Tumorzentrum Freiburg CCCF.

Aufbau der Arbeit

Die folgende Arbeit ist in fünf Teile gegliedert:

- **Theoretischer Hintergrund:** Das erste Kapitel fasst aktuelle Erkenntnisse der Forschung in Bezug auf Entscheidungsfindung in der Onkologie, Unsicherheit und den kulturellen Vergleich europäischer Ärzte zusammen.

- **Ziele und Fragestellungen:** Dieses Kapitel erläutert die Formulierungen der Fragestellungen zum Entscheidungskonflikt und zu kulturellen Unterschieden.
- **Methoden:** Das dritte Kapitel handelt vom Versuchsdesign, der untersuchten Stichprobe, den Messinstrumenten und der Datenanalyse.
- **Ergebnisse:** Kapitel vier erläutert diese.
- **Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick:** Das fünfte Kapitel fasst die Ergebnisse der Studie zusammen und ordnet sie in die vorhandene Literatur ein, reflektiert die angewandte Methodik kritisch und gibt einen Ausblick auf Implikationen der Studie und weitere Forschung auf dem Gebiet.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Thematik der medizinischen Entscheidungsfindung, der Unsicherheit und des daraus hervorgerufenen Entscheidungskonflikts beschäftigt die Wissenschaft schon seit den 1980er Jahren. Hochrelevant für die weltweite Gesundheitspolitik ist zudem die Erforschung der Patientenversorgung in unterschiedlichen Ländern. Dieses Kapitel ist in fünf Teile gegliedert und erläutert den aktuellen Stand der Forschung zu den einzelnen Themen, die bei dieser Arbeit von Bedeutung waren. In Kapitel 2.1 werden die für das weitere Verständnis wichtigen Begriffe definiert und dargelegt, Kapitel 2.2 beschäftigt sich mit Faktoren, die auf das ärztliche Erleben von Unsicherheit Einfluss haben. In Kapitel 2.3 geht es um die Erläuterung der Besonderheiten ärztlicher Entscheidungen in der Onkologie. Daran anschließend werden in Kapitel 2.4 unterschiedliche Strategien zum Treffen dieser Entscheidungen aufgezeigt. Kapitel 2.5 erläutert die Bedeutung von Krebserkrankungen für die Weltbevölkerung und fasst die international vergleichende Forschung zu allen in den vorigen Kapiteln behandelten Themen zusammen.

Literaturrecherche

Die aufgeführte Literatur wurde größtenteils aus den Reviews „Decision making in oncology: a selected literature review and some recommendations for the future“ (Ménard et al., 2012) und „Decision making and cancer“ (Reyna et al., 2015) entnommen und durch eigene systematische Recherchen in der Datenbank Pubmed ergänzt. Gesucht wurde nach den englischen Schlagworten „uncertainty“, „shared decision making“, „communication“, „stress“, „cultural differences“ und „european physicians“ aber auch gezielt nach Autoren wie beispielsweise Mishel, Babrow, Politi, O’Connor oder Razavi. Einige Artikel stammen außerdem aus den Literaturverzeichnissen der eigens recherchierten Texte.

2.1 Medizinische Entscheidungen und Unsicherheit: Definitionen und Begriffe

In diesem Kapitel sollen die Begriffe Entscheidung, Entscheidungsfindung Unsicherheit, Entscheidungskonflikt im medizinischen Kontext und Unsicherheitsintoleranz erläutert werden. Eine klare Definition dieser Begriffe ist unerlässlich für das weitere Verständnis der spezielleren Hauptthematik „Entscheidungsfindung in der Onkologie“.

2.1.1 Definition einer medizinischen Entscheidung

Medizinische Entscheidungen gehören zu den täglichen Aufgaben eines jeden Arztes; ihre Komplexität besteht darin dass sie weitreichende Folgen haben können, teilweise in einem unsicheren Kontext getroffen werden müssen, ihre Auswirkungen oft erst nach geraumer Zeit sichtbar werden oder sie mit erheblichen Kosten verbunden sind (Chapman und Sonnenberg, 2003; Hunink et al., 2014; Schwartz und Bergus, 2008). Was aber definiert eine medizinische Entscheidung? Ofstad *et al* haben die Definition von Braddock *et al.* (Braddock et al., 1997) erweitert, sodass sämtliche Aspekte einer medizinischen Entscheidung im Arzt-Patienten-Gespräch erfasst werden:

“A verbal statement committing to a particular course of clinically relevant action and/or statement concerning the patient’s health that carries meaning and weight because it is said by a medical expert” (Ofstad et al., 2016).

Hierbei werden weitere Aspekte, wie beispielsweise die Bewertung von Testergebnissen im Kontext des individuellen Patienten, erfasst (Ofstad et al., 2016). Die Autoren entwickelten zusätzlich zu der Definition eine qualitative Taxonomie der medizinischen Entscheidungen, um Entscheidungen im Arzt-Patienten-Gespräch besser identifizieren zu können, auch wenn mehrere Entscheidungen getroffen werden. Zehn Kategorien bilden diese Taxonomie: 1) zusätzliche Informationen einholen, 2) Testergebnisse interpretieren, 3) Problemdefinition, 4) Medikamente, 5) therapeutisches Prozedere, 6) rechtliche und versicherungstechnische Aspekte, 7) Behandlungsmodus, 8) Empfehlungen und Vorbeugung, 9) Behandlungsziel definieren und 10) Vertagung der Entscheidung (Ofstad et al., 2016).

Die Kenntnis der Vielfalt möglicher medizinischer Entscheidungen kann zum besseren Verständnis von Entscheidungsprozessen im Arzt-Patienten-Gespräch beitragen, beispielsweise warum Patienten in manchen Aspekten mehr in die Entscheidung involviert sind als in anderen (Ofstad et al., 2016). In dieser Arbeit spielen vor allem die Entscheidungen zum therapeutischen Prozedere sowie zur Definition des Behandlungszieles eine große Rolle. Dies sind beides Kategorien mit möglichen weitreichenden Folgen und hoher Unsicherheit und damit Situationen, in denen die Einbeziehung des Patienten in die medizinische Entscheidung wünschenswert ist (Politi et al., 2012). Wie diese Einbeziehung sich gestalten kann wird im Kapitel 2.4.2. näher erläutert.

2.1.2 Die Entscheidungsfindung

Einer Entscheidung geht immer der Prozess der Entscheidungsfindung voraus. Die Entscheidungsfindung³ ist definiert als „*die Handlung oder der Prozess des Entscheidens für etwas, besonders in einer Personengruppe*“ (Übersetzung des Verfassers) (Merriam-Webster, 2020). Der Entscheidungsfindung im Allgemeinen liegen unterschiedliche Theorien zugrunde, die Reyna *et al* in einem Review zusammengefasst haben (Reyna et al., 2015). Es soll ein kurzer Überblick über diese im Review aufgeführten Theorien erfolgen. Dabei soll dieses Kapitel zunächst von Prozessen der einzelnen Person handeln.

Zunächst die klassische Entscheidungstheorie von Simon (Simon, 1956): Sie geht davon aus, dass zum Treffen einer Entscheidung zunächst alle möglichen Resultate und deren Wahrscheinlichkeiten aller möglichen Optionen evaluiert werden müssen. Danach kann idealerweise, bei gleichbleibenden Präferenzen, eine Entscheidung gefällt werden. Da Optionen und deren Wahrscheinlichkeiten bei Krebserkrankungen jedoch oft unsicher bleiben und sich Präferenzen ändern können, sind diese Umstände somit so gut wie nie gegeben (Reyna et al., 2015). Menschen neigen dann dazu, sich mit einer Entscheidung zufrieden zu geben, die gerade gut genug ist, statt eine optimale Entscheidung zu fällen (Reyna et al., 2015; Simon, 1956).

³ Englisch: „decision making“

Die Erwartungstheorie⁴ von Tversky und Kahnemann beschreibt die menschlichen Entscheidungen aus einer psychophysiologischen Perspektive (Reyna et al., 2015; Tversky und Kahneman, 1986). Sie basiert auf der Annahme, dass Quantitäten, die objektiv betrachtet gleich sind, subjektiv unterschiedlich wahrgenommen werden. Verluste werden dabei als gravierender gesehen als Zugewinne (Reyna et al., 2015; Tversky und Kahneman, 1986). Ein Verlust von zwei Jahren an Lebenszeit wird beispielsweise anders wahrgenommen als ein Zugewinn von zwei Jahren, obwohl die Quantitäten objektiv betrachtet gleich sind (Reyna et al., 2015).

Die Erwartungstheorie konnte im medizinischen Kontext einerseits belegt werden (Amsterlaw et al., 2006), andererseits berücksichtigt sie nicht den Einfluss von Emotionen auf die Entscheidung, wie in weiteren Studien dokumentiert wurde (Amsterlaw et al., 2006; Zikmund-Fisher et al., 2010).

Die duale Prozesstheorie⁵ von Epstein versucht daher, den Einfluss von Emotionen auf die Entscheidungsfindung zu erklären (Epstein, 1994). Vereinfacht geraten hier zwei Systeme, das rationale und das intuitive, in einen Konflikt (Epstein, 1994). Im Gegensatz zu klassischen und psychophysiologischen Theorien werden hier Vorteile, Nachteile und Risiken gegenüber Gefühlen abgewogen (Peters et al., 2006; Zikmund-Fisher et al., 2010). Dabei haben auch nebensächliche Emotionen ohne Bezug zur medizinischen Situation Einfluss auf die Entscheidung (Reyna et al., 2015).

Eine Erweiterung der dualen Prozesstheorie ist die Fuzzy-Trace-Theorie von Reyna und Brainerd (Reyna und Brainerd, 1995). Kognition und Emotionen werden hier nicht als zwei konkurrierende, sondern als parallel laufende Systeme suggeriert (Reyna und Brainerd, 1995). Entscheidungen werden durch die Verarbeitung von „scharfen“⁶ (z. B. genaue Zahlen, Worte) und „unscharfen“⁷ (die Bedeutung erkennende) Informationen getroffen (Reyna, 2012; Reyna und Brainerd, 1995). Unscharfe Informationen werden

⁴ Englisch: „prospect theory“

⁵ Englisch: „dual process approach“

⁶ Englisch: „verbatim“

⁷ Englisch: „gist“

unter anderem aus den persönlichen Erfahrungen, Emotionen und Wertevorstellungen generiert und sind daher für jeden einzelnen individuell verschieden (Reyna et al., 2015). Die Theorie besagt, dass Menschen scharfe Informationen erkennen, Entscheidungen jedoch aufgrund ihrer unscharfen Informationen treffen (Reyna et al., 2015).

Eine Entscheidung zu finden ist zusammenfassend ein komplexer Vorgang, bei dem Fakten und Kognition aber auch Emotionen und Wertevorstellungen eine wichtige Rolle spielen. Die hier erläuterten Theorien beschreiben, nach welchen Mustern der Einzelne Entscheidungen jeglicher Art treffen kann. Wie sich dies im Kontext der Onkologie und in Personengruppen präsentiert, wird in den Kapiteln 2.3 und 2.4 noch weiter ausgeführt.

2.1.3 Unsicherheit in der Medizin-Definition und Taxonomie

Auch das Verständnis der Unsicherheit ist wesentlich, um die Entscheidungsfindung in der Medizin und die Herausforderungen, mit denen Ärzte hierbei konfrontiert sind, zu erfassen. Ärztliche Entscheidungen werden häufig im Kontext von Unsicherheit getroffen (Eddy, 1984; Fox, 1980; N.N., 2010). Der Umgang mit dieser Unsicherheit prägt dann bedeutend diesen Entscheidungsprozess (siehe Kapitel 2.4).

Unsicherheit wird von Han *et al* definiert als ein „*subjektiver Zustand des Nicht-Wissens über einen Aspekt der Realität*“ (Übersetzung des Verfassers) (Han et al., 2011). Dabei enthält diese Definition drei zentrale Elemente, die Unsicherheit ausmachen:

- das *Nicht-Wissen*: fehlende Informationen über einen Sachverhalt,
- die *Metakognition*: Wissen über das *Nicht-Wissen*,
- die *Subjektivität*: hervorgerufen im Einzelnen, keiner objektiven Begründung bedürftend (Brashers, 2001; Han et al., 2011).

Unsicherheit ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff Unwissenheit, bei dem der Aspekt der Metakognition fehlt, einem Menschen also nicht bewusst ist, dass er etwas nicht weiß (Smithson, 2012).

Die „*Taxonomie der Unsicherheit in der Medizin*“ von Han *et al* (Han et al., 2011) dient dazu, einen besseren Überblick über die unterschiedlichen Facetten medizinischer

Unsicherheit zu gewinnen und Unsicherheiten, die bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielen, zu erkennen.

Die Einteilung der medizinischen Unsicherheit kann in drei Dimensionen erfolgen: *Quelle*, *Thema* und *Ort* der Unsicherheit, zu denen wiederum Unterkategorien gehören (Han et al., 2011):

- *Quelle der Unsicherheit: Wodurch wird sie hervorgerufen?*
 - Durch die *Angabe einer Wahrscheinlichkeit* wird impliziert, dass ein bestimmtes Ereignis eintreten *kann*, Unsicherheit über dieses Eintreten in der Zukunft jedoch bestehen bleibt. Ein Beispiel wäre die Aussage „Die Chemotherapie wirkt bei 80% aller Patienten.“
 - Unklarheit kann entstehen, wenn vorhandene Informationen sich widersprechen (z. B. zwei unterschiedliche Expertenmeinungen), Wahrscheinlichkeiten unpräzise formuliert sind (z. B. die Wahrscheinlichkeit beträgt 10-20%) oder keine verlässlichen Informationen zur Fragestellung vorhanden sind (z. B. fehlende Evidenz durch Studien).
 - Die *Komplexität* von Informationen erschwert das Verständnis darüber, ob diese Bedeutung für den Einzelnen haben. Ein Beispiel dafür: „Eine (neo)adjuvante Antikörpertherapie mit Trastuzumab über 1 Jahr bei Mammakarzinom ist indiziert bei Patientinnen mit HER2-überexprimierenden Tumoren mit einem Durchmesser ≥ 1 cm (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH positiv)“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018).
- *Thema der Unsicherheit: Worum geht es?*
 - *Wissenschaftsbezogene* Unsicherheit, z. B. in Bezug auf Ätiologie oder Pathogenese einer Erkrankung,
 - *Praktische* Unsicherheit, z. B. über Abdeckung einer Behandlung durch die Krankenversicherung,
 - *Persönliche* Unsicherheit, z. B. über die Veränderung der Rolle in der Gesellschaft durch eine Krebserkrankung.

- *Ort der Unsicherheit: Welche Person(en) verspüren Unsicherheit?*
 - Arzt,
 - Patient,
 - beide,
 - keiner von beiden (Han et al., 2011).

Eine mögliche Erweiterung von Mishel dieser Taxonomie um den zeitlichen Faktor ergibt eine weitere Dimension (Mishel, 1990):

- *Akute Unsicherheit* besteht über einen kurzen Zeitraum hinweg, beispielsweise die Unsicherheit der Diagnose einer Krebserkrankung bis zum histopathologischen Befund.
- *Chronische Unsicherheit* besteht über lange Zeit z. B. über das Auftreten eines Rezidivs einer Krebserkrankung (Mishel, 1990).

Diese Definition und Taxonomie erleichtern das Erkennen von Unsicherheit und das Einordnen der Kenntnis der Quellen, der Themen, des Ortes und des zeitlichen Verlaufes von Unsicherheit. Sie kann die Arzt-Patienten-Kommunikation erleichtern, indem Unsicherheiten gezielt angesprochen werden können (siehe Kapitel 2.2.3). Dies ist im Prozess der Entscheidungsfindung von Bedeutung (siehe Kapitel 2.4.1).

2.1.4 Der Entscheidungskonflikt

Die bisherigen Erläuterungen zu Entscheidungen und Unsicherheit werden in der Definition des Entscheidungskonfliktes⁸ zusammengeführt - ein Konflikt, der entsteht, wenn Entscheidungen im Kontext von Unsicherheit getroffen werden müssen.

⁸ Englisch: „decisional conflict“

Ein Entscheidungskonflikt ist nach O'Connor definiert als

„a state of uncertainty about the course of action to take [which]... is likely when making choices involving risk or uncertainty of outcomes, high stakes in terms of potential gains and losses, the need to make value tradeoffs in selecting a course of action and anticipated regret over the positive aspects of rejected options” (O'Connor, 1995).

Den Entscheidungskonflikt verstärken *„fehlende Informationen über Alternativen und deren Konsequenzen, unklare Werte, Defizite in der Fähigkeit Entscheidungen zu treffen oder zu implementieren, emotionaler Stress und empfundener Druck durch bedeutende Andere“* (Übersetzung des Verfassers) (O'Connor, 1995). Dabei kann ein Entscheidungskonflikt in jeglicher Situation entstehen, wenn diese Kriterien zutreffen.

Im medizinischen Kontext jedoch treffen diese Aspekte besonders häufig zu. Ist ein Entscheidungskonflikt einmal entstanden, kann er zu unterschiedlichen Verhaltensweisen führen: Gefühle der Unsicherheit werden ausgesprochen, die Person schwankt zwischen vorhandenen Optionen, persönliche Wertevorstellungen werden infrage gestellt oder die Entscheidung wird vertagt (O'Connor, 1995). Ebenso kann ein Entscheidungskonflikt Stress und selbst-fokussierendes Denken auslösen (O'Connor, 1995).

All dies erklärt, warum es in der Medizin häufig zu Entscheidungskonflikten kommt: Entscheidungen müssen getroffen werden, bei denen jedoch oft Unsicherheit über vorhandene Optionen herrscht. Für den Patienten steht viel auf dem Spiel, Behandlungen sind teilweise riskant und beinhalten Nebenwirkungen, die sich auf die Lebensqualität nachhaltig auswirken können. Ärzte müssen mitunter Entscheidungen tragen, die nicht ihren eigenen Wertevorstellungen entsprechen.

So empfinden sowohl Ärzte als auch Patienten Entscheidungskonflikte, die sogar zu einem „Partnereffekt“ führen, sich also gegenseitig beeinflussen können (LeBlanc et al., 2009). Diese Arbeit soll vorrangig den ärztlichen Entscheidungskonflikt in onkologischen Situationen genauer behandeln.

2.2 Einflussfaktoren auf das Erleben von Unsicherheit bei Ärzten

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Entscheidungsfindung und den Entscheidungskonflikt aus ärztlicher Sicht. Wie bereits erläutert, spielt dabei das Vorhandensein von Unsicherheit eine wichtige Rolle. Dieses Kapitel handelt von Untersuchungen, die das Erleben von Unsicherheit im Allgemeinen bei Ärzten betrachten. Dabei wird die Bedeutung im Kontext der Entscheidungsfindung und des Entscheidungskonflikts ebenfalls erläutert. Diese Erkenntnisse sind zum späteren Verständnis der Strategien der Entscheidungsfindung (siehe Kapitel 2.4) von Bedeutung.

2.2.1 Unsicherheitsintoleranz

Wie in Kapitel 2.1.4 beschrieben, entstehen Entscheidungskonflikte vor dem Hintergrund bestehender Unsicherheiten. Libert *et al* beschrieben in einer Studie, dass dabei nicht nur das Ausmaß an vorhandener Unsicherheit den Entscheidungskonflikt einer Person bestimmt, sondern auch deren persönliche Eigenschaften und dabei besonders die Unsicherheitsintoleranz (Libert et al., 2016). Unsicherheitsintoleranz ist dabei eine persönliche Eigenschaft, die von Mensch zu Mensch variiert.

Der Begriff der Unsicherheitsintoleranz (Intolerance of Uncertainty = IU) entstand aus den Überlegungen zur Unklarheitsintoleranz (Intolerance of Ambiguity = IA) im Rahmen der Forschung zur Generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder = GAD). IU und IA bezeichnen ähnliche Eigenschaften, es gibt jedoch subtile Unterschiede. Die IA bezieht sich auf eine *aktuelle* Unklarheit (Grenier et al., 2005) und ist definiert als

„Neigung eines Individuums unklare Situationen als bedrohlich zu interpretieren und auf neue, komplexe und unlösbare Situationen mit Unbehagen und Vermeidung zu reagieren“ (Übersetzung des Verfassers) (Frenkel-Brunswik, 1974).

Unsicherheitsintoleranz ist jedoch ein Gefühl des Unbehagens, wenn *zukünftige* Ereignisse unsicher sind (Birrell et al., 2011; Rosen et al., 2014). Da die unangenehme Empfindung vor allem durch die Unsicherheit über die Zukunft und nicht durch die aktuelle Unklarheit ausgelöst wird (Krohne, 1993), hat sich die Unsicherheitsintoleranz als Messgröße etabliert. Unsicherheitsintoleranz ist nach Rosen *et al* “... a trait

characteristic that arises from negative beliefs about uncertainty and its consequences” (Rosen et al., 2014).

Zwei Arbeitsgruppen definierten die Faktoren, die das Verhalten einer unsicherheitsintoleranten Person beeinflussen:

- „*desire for predictability*“: Die negative Assoziation mit Unsicherheit führt zur aktiven Suche nach Informationen als Versuch, Unsicherheit zu reduzieren.
- „*uncertainty paralysis*“: Bei der Konfrontation mit Unsicherheit kommt es zur Handlungsunfähigkeit (Berenbaum et al., 2008; Birrell et al., 2011).

Im Kontext der ärztlichen Entscheidungsfindung, in der Unsicherheit besteht, erklären diese Faktoren warum eine hohe Unsicherheitsintoleranz hinderlich sein kann: Die Informationssuche erfordert viel Zeit, die oft im klinischen Alltag fehlt, und ist die Person durch Paralyse nicht fähig, die Entscheidung zu treffen, können Tests oder Behandlungen nicht eingeleitet werden. Personen mit erhöhter Unsicherheitsintoleranz verspürten außerdem in unsicheren Situationen vermehrt Stress (Iannello et al., 2017; Lally und Cantillon, 2014) (siehe nächstes Kapitel).

Die individuelle Unsicherheitsintoleranz ist also bedeutsam, um den Ablauf der Entscheidungsfindung und das Wohlbefinden von Ärzten bei diesem besser zu verstehen, und sie kann sich auf den individuellen Entscheidungskonflikt auswirken.

2.2.2 Einflüsse auf ärztliche Zufriedenheit und Stresserleben bei Unsicherheit

In Studien hat sich gezeigt, dass Unsicherheit im klinischen Alltag das Stresserleben und damit die Zufriedenheit von Ärzten beeinflusst (Bovier und Perneger, 2007; Iannello et al., 2017; Lally und Cantillon, 2014; Libert et al., 2016). Stress durch Unsicherheit ist einer der stärksten Faktoren, die Stress am Arbeitsplatz von Ärzten erklären (Iannello et al., 2017). Dabei spielen persönliche Charakteristika, wie die Unsicherheitsintoleranz und Unklarheitsintoleranz (siehe vorheriges Kapitel), eine Rolle (Iannello et al., 2017), aber auch andere Faktoren sind bedeutsam.

Bezüglich des Geschlechts als Einflussfaktor auf das Stresserleben durch Unsicherheit, gibt es unterschiedliche Ergebnisse: In einigen Studien wurde erhöhter Stress durch

Unsicherheit bei Frauen nachgewiesen (Bovier und Perneger, 2007; Gerrity et al., 1990; Lally und Cantillon, 2014). Diese Aussage ließ sich jedoch nicht wiederholt belegen (Iannello et al., 2017). Auch Untersuchungen zum Stresserleben von Ärzten verschiedener Fachgebiete in Bezug auf kognitive (z. B. Innere Medizin, Pädiatrie) versus operierende Fächer (z. B. Chirurgie, Urologie) brachte kontroverse Ergebnisse: Einige Studien stellten fest, dass operierende Ärzte mehr Stress durch Unsicherheit empfanden (Bovier und Perneger, 2007; Gerrity et al., 1990), eine andere konnte diesen Unterschied wiederum nicht nachweisen (Iannello et al., 2017).

Deutliche Ergebnisse zeigten Studien zum Zusammenhang zwischen Arbeitserfahrung und Stress durch Unsicherheit: Je mehr Arbeitserfahrung Ärzte hatten, desto weniger Stress durch Unsicherheit gaben sie an (Bovier und Perneger, 2007; Gerrity et al., 1990; Iannello et al., 2017). Dabei schien nach 5 Jahren ein Plateau erreicht zu sein: Der Umgang mit Unsicherheit am Arbeitsplatz kann von Ärzten erlernt werden und verursacht dann weniger Stress (Bovier und Perneger, 2007).

Zusammenfassend löst Unsicherheit am Arbeitsplatz bei Ärzten Stress aus, die Gründe hierfür müssen jedoch als multifaktoriell bezeichnet werden. Sicher ist, dass mit mehr Arbeitserfahrung eine Adaptation an die Unsicherheit und somit eine Reduktion des erlebten Stresses stattfindet.

2.2.3 Ärztliche Kommunikation von Unsicherheit im Arzt-Patienten-Gespräch

Wie in Kapitel 2.4 noch näher erläutert wird, ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ein wesentlicher Bestandteil im Prozess der Entscheidungsfindung. Beim Vorhandensein von Unsicherheit stellt sich daher die Frage, ob diese zwischen Arzt und Patient besprochen wird und ob dies zu einer Reduktion des Entscheidungskonfliktes führt.

Eine frühe Theorie von Katz zur Vermeidung der Kommunikation über Unsicherheit besagt, dass dies vor allem deshalb geschieht, da der Arzt fürchtet seine Rolle als „Heiler“ vor dem Patienten oder Ansehen vor anderen Kollegen zu verlieren (Katz, 1984).

In neueren Studien wird jedoch die Ansicht vertreten, dass Ärzte durchaus dazu bereit sind, mit Patienten über Unsicherheit zu sprechen (Gordon et al., 2000; Ogden et al.,

2002; Politi et al., 2011a; Politi et al., 2011b). Dabei konnten Gordon *et al* zeigen, dass von ärztlicher Seite eine größere Bereitschaft über Unsicherheit zu sprechen besteht, wenn sie diese subjektiv als hoch einschätzen, wenn ihr Kommunikationsstil viele aufbauende Worte beinhaltet, sie in der Lage sind, eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und vor allem, wenn Patienten sich interessiert zeigen und Fragen stellen (Gordon et al., 2000).

Es hat sich in mehreren Studien bestätigt, dass die ärztliche Kommunikation von Unsicherheit seitens der Patienten als positiv wahrgenommen wird, wenn andere kommunikative Kompetenzen vorhanden sind (Blanch et al., 2009; Mazzi et al., 2015; Ogden et al., 2002; Politi et al., 2011b). Entscheidend ist also nicht, *ob* Unsicherheiten im Gespräch erwähnt werden, sondern *wie* dies geschieht.

Berger entwickelte einen Vorschlag für eine „toolbox“ für die ärztliche Kommunikation von Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung; diese beinhaltet folgende Aspekte (Berger, 2015):

- *Ehrlichkeit*: Nur, wenn der Patient Informationen unvoreingenommen und vollständig erhält, kann er eine aufgeklärte Entscheidung treffen.
- *Offenheit gegenüber Emotionen und nicht-logischem Denken*: Ärzte sollten erkennen, dass manchen Entscheidungen Emotionen und nicht-logisches Denken seitens des Patienten oder ihm selbst zugrunde liegen.
- *Hoffnung*: Die Fähigkeit eine positive Perspektive zu zeichnen, aber immer im Einklang mit der Ehrlichkeit, hilft bei der Kommunikation von Unsicherheit.
- *Unterstützung und Koordination der Behandlung*: Untersuchungen oder Behandlungen, die außerhalb des eigenen Tätigkeitsfeldes liegen, organisieren, um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben „verlassen“ worden zu sein.
- *Bereitschaft, Unsicherheiten und Entscheidungen nochmals zu besprechen*: Unsicherheiten können sich im Zeitverlauf verändern (siehe Kapitel 2.1.3), und Entscheidungen basieren auf komplexen Prozessen (siehe Kapitel 2.1.2), die nicht konstant zu gleichen Ergebnis kommen.

- *Respekt vor persönlichen Entscheidungen*: Das Gefühl, die eigene Entscheidung werde respektiert, egal, ob diese im Einklang mit der Meinung des Arztes getroffen wird, erleichtert es Patienten über Unsicherheiten zu sprechen.
- *Möglichkeit anbieten, keine Entscheidung zu treffen*: Die Entscheidung zu vertagen, weil ein zu großer Entscheidungskonflikt besteht, stellt eine weitere Möglichkeit dar (Berger, 2015).

Zur ärztlichen Kommunikation von Unsicherheit gehören immer zwei Seiten, Arzt und Patient. Zusammengefasst können Ärzte es Patienten erleichtern, über Unsicherheiten zu sprechen und Unsicherheiten seitens der Medizin anzunehmen, wenn sie über gewisse kommunikative Fähigkeiten verfügen.

2.3 Ärztliche Entscheidungen in der Onkologie

Um nun den besonderen Kontext der onkologischen Entscheidungsfindung zu betrachten, lohnt es sich, die Besonderheiten onkologischer Entscheidungen näher zu beleuchten. Légaré *et al* und Leighl *et al* konnten zeigen, dass diese Entscheidungen von Ärzten als besonders schwierig wahrgenommen werden (Légaré *et al.*, 2006; Leighl *et al.*, 2004). Was aber unterscheidet eine Entscheidung, die ein Arzt im onkologischen Kontext trifft, von anderen medizinischen Entscheidungen?

2.3.1 Zeitkontinuum onkologischer Entscheidungen

Zunächst müssen onkologische Entscheidungen in der Medizin über eine weite Zeitspanne hinweg getroffen werden und thematisieren dadurch unterschiedliche Aspekte (Reyna *et al.*, 2015). Sie reichen von der Prävention (z. B. dem ärztlichen Rat zur Nikotinabstinenz) über Screening-Verfahren (z. B. der Empfehlung eines PSA-Screenings zur Früherkennung des Prostatakarzinoms) zu Behandlung (beispielsweise die Entscheidung zur Einleitung einer Chemotherapie) und Entscheidungen über das Lebensende (Verweis an ein Hospiz oder ambulantes palliativmedizinisches Team) (Reyna *et al.*, 2015). Das Treffen von Entscheidungen in unterschiedlichen Lebens- und Krankheitsphasen ist daher eine Besonderheit der Onkologie.

In dieser Arbeit sollen vor allem ärztliche Entscheidungen zur Behandlung bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung thematisiert werden.

2.3.2 Besonderheiten onkologischer Patienten

Die lange Zeitspanne, über die sich onkologische Entscheidungen erstrecken können, erklärt auch, warum onkologische Patienten in ihren Bedürfnissen und Anforderungen sehr unterschiedlich sind. Die Bedürfnisse einer 45-jährigen Patientin, die sich bezüglich des Mammographie-Screenings informieren möchte, sind beispielsweise anders als diejenigen einer 75-jährigen Patientin mit bereits diagnostiziertem Mammakarzinom, die zwischen einer brusterhaltenden Therapie und einer totalen Mastektomie entscheiden möchte.

Leighl *et al* beschrieben, dass einerseits eine gute Aufklärung mit aktuellen Daten zu Diagnose, Prognose und Behandlungsoptionen von großer Bedeutung ist (Leighl *et al.*, 2004). Patienten können sich heute mithilfe des Internets und verschiedener Expertenmeinungen gut informieren und aktiv am Entscheidungsprozess teilhaben (Leighl *et al.*, 2004; Rimer *et al.*, 2004), wenn sie dies wünschen. Daher ist es für Ärzte wichtig, dem Bedürfnis nach Informationen gerecht zu werden und diese für den Patienten verständlich darzulegen.

Reyna *et al* merkten an, dass andererseits Entscheidungen bezüglich einer onkologischen Erkrankung häufig von starken Emotionen des Patienten, wie z. B. Angst, begleitet werden (Reyna *et al.*, 2015). Zikmund-Fischer *et al* ergänzten, dass beim Fällen einer Entscheidung im Hinblick auf die Krebserkrankung für Patienten Emotionen ausschlaggebender als Fakten sein können (Zikmund-Fisher *et al.*, 2010). Die starke Präsenz von Entscheidungskonflikten bei Patienten erklärt die umfangreiche Forschung an Entscheidungshilfen, optimaler Unterstützung durch Ärzte bei der Entscheidung und Arzt-Patienten-Kommunikation in der Onkologie (Arora, 2003; Kunneman *et al.*, 2015; Leighl *et al.*, 2004; Moore *et al.*, 2013; Reyna *et al.*, 2015). Ärzte sollten daher auch immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Ängste der Patienten haben und mit deren Emotionen umzugehen wissen.

2.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auch wenn gute Leitlinien zur Behandlung onkologischer Erkrankungen vorhanden sind, fällt es Ärzten oft nicht leicht, alle Optionen zu überblicken und zu beurteilen. Die Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten hat dazu geführt, dass Entscheidungen über die spezifische Behandlung eines Patienten heute in interdisziplinären Teams aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und interprofessionell zwischen Mitarbeitern im Gesundheitssystem diskutiert werden (Gagliardi et al., 2011; Gouveia et al., 2008; Wright et al., 2009). Dafür ist Zeit, gute kollegiale und interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit notwendig. Nur durch diesen Austausch kann sichergestellt werden, dass Patienten die für sie am besten geeignete Therapie erhalten.

2.3.4 Unsicherheit bei onkologischen Entscheidungen

Trotz guter Ausbildung in der Kommunikation und intensiver Zusammenarbeit fanden Ménard *et al* und Mullins *et al*, dass Entscheidungen in der Onkologie häufig noch immer mit starker Unsicherheit behaftet sind (Ménard et al., 2012; Mullins et al., 2010). Insbesondere bei der Wahl der optimalen Therapieoption für den individuellen Patienten zeigt sich durch das Auftreten von Entscheidungskonflikten die Anwesenheit von Unsicherheit (Ménard et al., 2012; Mullins et al., 2010). Behandlungsziele müssen definiert und Vorteile, Risiken und Nebenwirkungen besprochen werden, und all dies im Kontext der Wertevorstellungen des Patienten (Ménard et al., 2012). Dabei können sich Wertevorstellungen und Behandlungsziele unvorhergesehen verschieben (Simon, 1956) (siehe auch Kapitel 2.1.2), beispielsweise von kurativ zu palliativ (Leighl et al., 2004), was eine fortlaufende Neuevaluation der Behandlung erforderlich macht.

Unsicherheit in der Onkologie hat zwei Gesichter: Einerseits erschwert sie die Entscheidungsfindung durch das Entstehen eines Entscheidungskonflikts wie in Kapitel 2.1.4 erläutert und von Ménard *et al* gezeigt (Ménard et al., 2012). Die Entscheidung für eine suboptimale Behandlung kann die Folge sein (Fraenkel et al., 2012).

Andererseits kann laut Brashers das Vorhandensein von Unsicherheit positiv wahrgenommen werden (Brashers, 2001). Babrow und Kline sowie Gould merkten an, dass Unsicherheit über die Krebserkrankung die Möglichkeit der Heilung in sich birgt

und Hoffnung spendet (Babrow und Kline, 2000; Gould, 2013) und Unsicherheiten, die vom Arzt klar und kompetent kommuniziert werden, führen laut Politi *et al* sogar dazu, dass sich Patienten zufriedener mit ihren eigenen Entscheidungen zeigen (Politi et al., 2011b).

Jeder onkologische Patient hat bezüglich der Thematik der Unsicherheit individuelle Bedürfnisse, denen der Arzt zureichend begegnen sollte. Die Einbindung dieser Bedürfnisse in die Entscheidungsfindung wird im nächsten Kapitel behandelt.

2.4 Strategien der Entscheidungsfindung in der Onkologie

Die Besonderheiten onkologischer Entscheidungen erfordern wohlüberlegte Prozesse der Entscheidungsfindung und ein Unsicherheitsmanagement. Zahlreiche Studien haben sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Dieses Kapitel bietet einen kurzen Überblick der aktuell diskutierten Entscheidungsfindungsstrategien Informed Consent, Informed Decision Making, Shared Decision Making und Collaborative Decision Making⁹, von denen ein entscheidender Teil das Unsicherheitsmanagement ist.

2.4.1 Unsicherheitsmanagement

Unterschiedliche Überlegungen zum Umgang mit Unsicherheit haben erbracht, dass Unsicherheit in der Onkologie nicht bis zum Verschwinden reduziert werden kann (Babrow und Kline, 2000; Brashers, 2001; Ménard et al., 2012). Diesen Anspruch sollten Ärzte also nicht an sich stellen. Auch das kategorische Vorenthalten von Unsicherheit gegenüber dem Patienten (Katz, 1984) ist heute nicht mehr zeitgemäß (Gordon et al., 2000; Ménard et al., 2012; Politi et al., 2011b). Wenn bei der Entscheidungsfindung Unsicherheit herrscht, ist es vielmehr von Bedeutung, die Bedürfnisse des Patienten bezüglich dieser Unsicherheit zu erkennen (Bedürfnis nach Reduktion oder Aufrechterhaltung) und über diese Unsicherheit und die Bedürfnisse angemessen zu

⁹ Aufgrund des gängigen Gebrauches der englischen Begriffe werden diese nicht ins Deutsche übersetzt

kommunizieren (Berger, 2015; Gordon et al., 2000; Mazzi et al., 2015; Ogden et al., 2002; Politi et al., 2011b).

Diese Erkenntnisse haben Brashers dazu bewegt, das Konzept des Unsicherheitsmanagements zu erläutern (Brashers, 2001), das sich in Studien von Mishel *et al* und Rains und Tukachinsky besonders bei onkologischen Patienten als erfolgreich erwiesen hat (Mishel et al., 2009; Rains und Tukachinsky, 2015). Beim Unsicherheitsmanagement müssen laut Brashers psychologische Aspekte des Patienten und des Arztes, soziale Faktoren im Umfeld des Patienten und Bedürfnisse des Patienten in Bezug auf medizinische Informationen beachtet werden (Brashers, 2001).

Die vier Grundgedanken hierbei sind:

- *seeking and avoiding information*: Erkennen, ob ein Patient mehr Informationen braucht oder diese zu vermeiden sucht, um Unsicherheit aufrecht zu erhalten.
- *adapting to chronic uncertainty*: Erkennen, ob Unsicherheit eine Belastung darstellt oder ob bereits eine Gewöhnung stattgefunden hat.
- *social support as assisted uncertainty management*: Erkennen, ob das soziale Umfeld des Patienten stabil ist, was zur besseren Akzeptanz von weiterer Unsicherheit führt, oder ob auch hier Unsicherheiten herrschen.
- *managing uncertainty management*: Erkennen, welchen Einfluss Unsicherheit auf das eigene Verhalten hat (seitens Arzt und Patient) (Brashers, 2001).

Die Basis des Unsicherheitsmanagements bildet die Arzt-Patienten-Kommunikation (Brashers, 2001).

Unsicherheitsmanagement ist eine ärztliche Kompetenz, die bei der onkologischen Entscheidungsfindung bedeutsam ist und in die unterschiedlichen Strategien der Entscheidungsfindung mit eingebunden ist.

2.4.2 Informed Consent, Informed Decision Making und Shared Decision Making: Definitionen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Das früher übliche paternalistische Modell der Entscheidungsfindung, in dem der Arzt alleine die Entscheidung der weiteren Behandlung eines Patienten traf, ist heute zugunsten patientenzentrierter Entscheidungsfindungsmodelle verlassen worden (Charles et al., 1997). Heute machen vorzugsweise Informed Consent (IC), Informed Decision Making (IDM) und Shared Decision Making (SDM) die unterschiedlichen Wege der Entscheidungsfindung aus. Sie weisen viele Gemeinsamkeiten auf, unterscheiden sich jedoch in bestimmten Kernpunkten, die kurz erläutert werden sollen.

Informed Consent ist ein Prozess, bei dem das Ergebnis das Einverständnis des Patienten ist, die vom Arzt vorgeschlagene Behandlung durchzuführen (American Cancer Society, 2020). Schritte, die zum Informed Consent führen, sind:

- Arzt und Patient besprechen die Risiken und Nutzen der Behandlung.
- Arzt und Patient besprechen die Risiken und Nutzen anderer Optionen und dem Unterlassen dieser Behandlung.
- Der Arzt beantwortet Fragen des Patienten.
- Der Patient bekommt ausreichend Zeit, um sich mit der Familie zu beraten oder eine andere Meinung einzuholen.
- Der Patient ist in der Lage, die gegebenen Informationen zu nutzen, um eine Entscheidung in seinem besten Interesse zu treffen.
- Der Patient teilt seine Entscheidung dem Behandlungsteam mit (American Cancer Society, 2020).

Kernpunkt des Informed Consent ist, dass der Arzt bereits entschieden hat, welche Behandlung aus seiner Sicht die beste wäre; der Patient muss dieser nur zustimmen oder sie ablehnen.

Informed Decision Making und ***Shared Decision Making*** sind Entscheidungsprozesse, bei denen auch der Arzt sich noch nicht auf eine „beste“ Alternative festgelegt hat (American Cancer Society, 2020). Es sind Unsicherheiten vorhanden. Daher erfordert diese Art der Entscheidungsfindung die aktive Mitarbeit des Patienten (American Cancer

Society, 2020). Arzt und Patient müssen Prioritäten des Patienten und dessen Wertevorstellungen besprechen und der Patient hat die Möglichkeit, seine eigene Rolle bei der Entscheidungsfindung selbst zu wählen – und wenn er sich nur dazu entscheidet, die Entscheidung zu delegieren (Rimer et al., 2004). Rimer *et al* charakterisieren die Entscheidung mittels Informed Decision Making damit, dass Patienten nicht gezwungenermaßen mit einem Arzt oder Mitarbeiter im Gesundheitswesen entscheiden, wobei dies Voraussetzung für das Shared Decision Making ist (Rimer et al., 2004). Zum Shared Decision Making gehören meist mehrere Arzt-Patienten-Gespräche. Informed Decision Making kann ebenfalls in Form eines oder mehrerer Gespräche geschehen. Allerdings reichen laut Rimer *et al* manchen Patienten auch Broschüren, Filme oder Webseiten aus, um eine Entscheidung zu treffen (Rimer et al., 2004).

Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass Informed Decision Making in der Onkologie häufig vorkommt, wenn es sich um Entscheidungen bezüglich Prävention und Screening handelt (Petrova et al., 2015; Rimer et al., 2004; van der Heide et al., 2015). Bei Entscheidungen hinsichtlich der Therapie oder eines Therapieabbruchs fanden Muller *et al* und Politi *et al*, dass Shared Decision Making eine größere Rolle spielt (Muller et al., 2016; Politi et al., 2012). Da in dieser Studie Entscheidungen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung betrachtet wurden, handeln die folgenden Überlegungen vom Shared Decision Making und dessen Weiterentwicklung.

2.4.3 Entwicklung des Shared Decision Making: Das Collaborative Decision Making

Mehrere Studien kamen zu dem Schluss, dass es sich teilweise als schwierig erwiesen hat, Shared Decision Making in die onkologische Entscheidungsfindung einzubinden (Legare et al., 2014; Ménard et al., 2012; Politi et al., 2012). Gründe hierfür sind laut Muller *et al* und Politi *et al* einerseits unzureichende kommunikative Kompetenzen von Ärzten (Muller et al., 2016; Politi et al., 2012) und laut Ménard *et al* fehlende Fähigkeiten der Patienten, sich in die Entscheidungsfindung einzubringen (Ménard et al., 2012). Andererseits berücksichtigt Shared Decision Making auch nicht, dass hinter onkologischen Entscheidungen meist ein interdisziplinäres Team aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen steht (Gagliardi et al., 2011; Legare et al.,

2011; Ménard et al., 2012). Diese Überlegungen führten zur Entwicklung des Konzepts des „Collaborative multidisciplinary treatment Decision Making process“ (CDM) von Ménard *et al.*: ein Entscheidungsfindungsprozess, der den Patienten, dessen soziales Umfeld und ein interdisziplinäres, interprofessionelles Team aus Mitarbeitern im Gesundheitswesen mit berücksichtigt (Ménard et al., 2012) und somit die Realität der Entscheidungsfindung im klinischen Alltag besser widerspiegelt.

Die Entscheidungsfindung sollte dabei in drei Schritten ablaufen:

- *1. Schritt: Collaborative evaluation interview:* ein erstes Arzt-Patienten-Gespräch, in dem Arzt und Patient vorhandenes Wissen und Präferenzen austauschen.
- *2. Schritt: Collaborative multidisciplinary meeting:* meist ein interdisziplinäres oder interprofessionelles Tumorboard, bei dem Wissen ausgetauscht und ein Behandlungsvorschlag beschlossen wird.
- *3. Schritt: Collaborative decision interview:* ein zweites Arzt-Patienten-Gespräch, bei dem der Behandlungsvorschlag und andere Optionen besprochen werden und Arzt und Patient gemeinsam zu einer Entscheidung kommen (Ménard et al., 2012).

Über diesen Entscheidungsprozess hinweg sind Unsicherheitsmanagement (siehe Kapitel 2.1.3) und Management des Entscheidungskonfliktes (siehe Kapitel 2.1.4) wesentlich (Ménard et al., 2012). Beide sind von den persönlichen Eigenschaften des Arztes und des Patienten und deren kommunikativen Fähigkeiten abhängig (Libert et al., 2016; Ménard et al., 2012). Der Ablauf eines idealen Collaborative Multidisciplinary Decision Making Process ist schematisch in Abbildung 1 dargestellt.

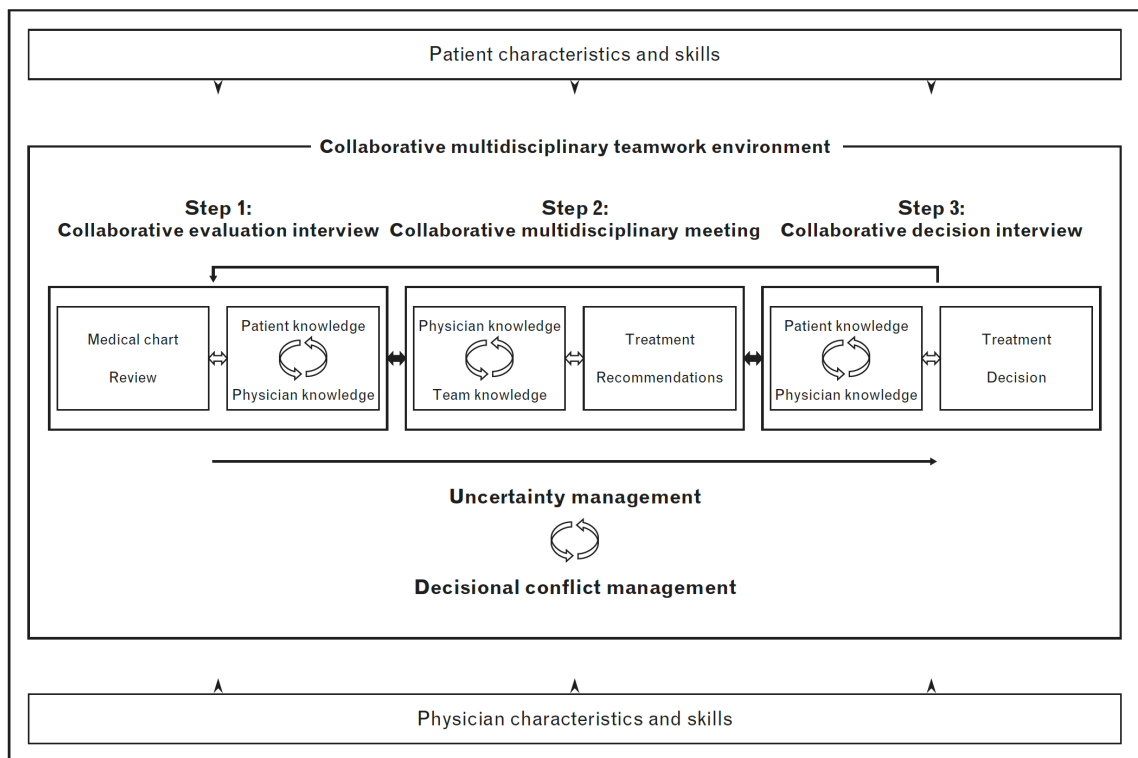


Abbildung 1: Dreistufiges Modell des Collaborative multidisciplinary treatment decision-making process in der Onkologie (Ménard et al., 2012)

In dieser Arbeit soll der ärztliche Entscheidungskonflikt im Ablauf eines solchen Prozesses untersucht werden.

2.5 Die Bedeutung der internationalen Forschung in der Onkologie

Die Forschung an der onkologischen Versorgung ist aufgrund des weltweiten Vorkommens von Krebserkrankungen und der verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auch von internationaler Bedeutung (Bray und Soerjomataram, 2015). In diesem Kapitel soll die bedeutsame Stellung, die Krebserkrankungen in der Patientenversorgung darstellen, und der aktuelle Stand der Forschung zu kulturellen Aspekten der onkologischen Versorgung erläutert werden.

2.5.1 Epidemiologie von onkologischen Erkrankungen

Weltweit ist ein Anstieg an Krebs erkrankter Patienten zu beobachten (WHO, 2017). Die WHO (World Health Organisation) prognostiziert einen Anstieg jährlich neu auftretender Krebserkrankungen von 14,1 Millionen im Jahr 2012 auf 21,6 Millionen im Jahr 2030 (Ferlay et al., 2015; WHO, 2017). Dieser Anstieg ist begründet durch die wachsende Weltbevölkerung, die steigende Lebenserwartung, die verbesserte Behandlung anderer nicht-onkologischer Erkrankungen und den Einfluss des Zigarettenkonsums auf die Entwicklung onkologischer Erkrankungen (Bray und Soerjomataram, 2015; Jemal et al., 2010).

Die weltweit am häufigsten auftretenden Tumore sind dabei die malignen Lungentumoren (1,8 Millionen Neuerkrankungen im Jahr 2012). An zweiter Stelle stehen Mammakarzinome (1,7 Millionen) und an dritter kolorektale Karzinome (1,4 Millionen) (Ferlay et al., 2015). Prostatakarzinome (1,1 Millionen), Magenkarzinome (951.000) und maligne Lebertumoren (782.000) gehören ebenfalls zu den sechs häufigsten Krebsarten (Ferlay et al., 2015). Während die Mortalität des Lungenkarzinoms weltweit ebenfalls die höchste unter den Tumorerkrankungen ist, steht die Mortalität durch Mammakarzinome aufgrund guter Therapiemöglichkeiten weltweit an fünfter Stelle (Ferlay et al., 2015). Dies führt beispielsweise dazu, dass immer mehr Patientinnen immer länger in Behandlung bleiben: Dies ist nur ein Beispiel für neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem und onkologisch tätige Ärzte weltweit.

Beim Vergleich der Inzidenzen in Ländern mit hohem Einkommen und mittlerem oder niedrigem Einkommen lassen sich folgende Unterschiede feststellen: In Ländern mit hohem Einkommen machen Mammakarzinome der Frau, Prostata-, Lungen- und kolorektale Karzinome den Großteil der Inzidenzen aus. In Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen kommen zusätzlich Magen-, Leber- und Zervixkarzinome hinzu (Ferlay et al., 2015). Nichtsdestotrotz ist ersichtlich, dass es weltweit einen Bedarf an guter onkologischer Versorgung, vor allem für Tumorerkrankungen älterer Patienten gibt, der auch in Zukunft noch wachsen wird.

Teil dieser Studie ist der Vergleich von Ärzten aus zwei Ländern (Deutschland und Belgien), deren Bevölkerungen ähnliche Inzidenzen von Tumorerkrankungen aufweisen. In beiden Ländern steht bei Männern die Inzidenz des Prostatakarzinoms an erster Stelle, bei Frauen die des Mammakarzinoms (Ferlay et al., 2013). In Belgien folgt als

zweithäufigstes Karzinom des Mannes das Lungenkarzinom, in Deutschland ist es das kolorektale Karzinom (Ferlay et al., 2013). Frauen sind in beiden Ländern am zweithäufigsten vom kolorektalen Karzinom betroffen (Ferlay et al., 2013). Es kann also davon ausgegangen werden, dass belgische und deutsche onkologisch tätige Ärzte mit einem ähnlichen Patientenkollektiv zu tun haben und deren Arbeit nicht durch zu unterschiedliche Tumorinzidenzen verfälscht wird.

2.5.2 Internationaler Vergleich onkologisch relevanter ärztlicher Aufgaben

Aufgrund der Erkenntnisse zum weltweit steigenden Bedarf an onkologischer Versorgung (siehe Kapitel 2.5.1) ist das Verständnis der Arbeit onkologisch tätiger Ärzte verschiedener Kulturen von Bedeutung.

Geert Hofstedes Theorie der vier kulturellen Dimensionen (Hofstede, 2003) lässt dabei Unterschiede und Gemeinsamkeiten erahnen und kann zum Verständnis dieser beitragen. Sie setzt sich aus den folgenden Aspekten zusammen:

- *Power Distance*: In Ländern mit einer hohen *Power Distance* (Osteuropa, südländische Kulturen, Asien, Afrika) werden Ärzte als „allwissend“ gesehen, in Ländern mit niedriger *Power Distance* (deutsch- und englischsprachige westliche Kulturen) sind Ärzte und Patienten gleich.
- *Uncertainty avoidance*: Länder mit hoher Neigung zur *Uncertainty avoidance* (südländische Kulturen, Japan, Ost- und Mitteleuropa, deutschsprachige Kulturen) besitzen strengere Regeln und ein bestimmtes Verhalten wird erwartet. Länder mit weniger *Uncertainty avoidance* sind englischsprachige und nordische Kulturen und China.
- *Individualism versus collectivism*: In individualistischen Kulturen (UK, westliche Kulturen) kümmern sich Menschen um sich selbst oder den engen Familienkreis. In kollektivistischen Kulturen (östliche Kulturen, Entwicklungsländer) gehören Menschen festen Gruppen an, innerhalb derer sie loyal sind und durch die eine Versorgung sichergestellt wird.

- *Masculinity versus femininity*: In maskulin geprägten Kulturen werden Männern die Attribute „ehrgeizig und durchsetzungsstark“ zugeschrieben und positiv bewertet. Frauen dagegen sollten „sorgenvoll und bescheiden“ sein (Japan, UK, deutschsprachige Kulturen, Mexiko). In feminin geprägten Kulturen können sowohl Frauen als auch Männer alle diese Eigenschaften aufweisen und dabei positiv bewertet werden (nordische Kulturen, die Niederlande, Frankreich, Spanien, Thailand) (Verma et al., 2016).

Diese Theorie lässt vermuten, dass sich bei der onkologischen Entscheidungsfindung in unsicherem Kontext Unterschiede finden lassen. Die Literatur präsentiert sich hierzu jedoch gespalten.

Kommunikation

Die ärztliche Kommunikation ist für onkologisch relevante Themen wie Prävention, Screening, Breaking Bad News, Therapieoptionen und Themen rund um das Lebensende (siehe Kapitel 2.3.1) von großer Bedeutung und wurde bei Ärzten weltweit im Vergleich gut untersucht (Eisinger et al., 1999; Fritzsche et al., 2012; Galanti, 2008; Tse et al., 2003; Van den Brink-Muinen et al., 2003; Verma et al., 2016; Wuensch et al., 2013). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass diese Kommunikation immer den Bedürfnissen des individuellen Patienten angepasst werden sollte (siehe Kapitel 2.2.3), was selbstverständlich auch dessen kulturellen Hintergrund beinhaltet.

Ärzten sollte aber gleichzeitig bewusst sein, dass auch sie Teil eines bestimmten kulturellen Umfeldes sind, welches ihre kommunikativen Fähigkeiten prägt (Like, 1996; Meeuwesen et al., 2009; Van den Brink-Muinen et al., 2003; Verma et al., 2016). Meeuwesen *et al* sowie Verma *et al* merkten an, dass die Dimensionen *Power Distance* (kürzere Gespräche, kein Spielraum für unerwartete Informationen bei hoher *Power Distance*), *Uncertainty Avoidance* (siehe *Unsicherheit*) und *Masculinity versus Femininity* (mehr fachliche Informationen bei femininen Kulturen) die ärztliche Kommunikation beeinflussen (Meeuwesen et al., 2009; Verma et al., 2016).

Ein Beispiel, bei dem kulturelle Unterschiede deutlich werden, ist die offene Kommunikation der Krebsdiagnose zwischen Arzt und Patient. Fritzsche *et al* beschrieben den in westlichen Kulturen vorherrschenden Wunsch der Mehrheit der

Patienten über die Diagnose Bescheid wissen; gute sowie schlechte Nachrichten werden vom Arzt meist offen kommuniziert (Fritzsche et al., 2012). Im asiatischen Raum fanden mehrere Studien heraus, dass es vielerorts üblich ist, zunächst die Familie des Patienten über Diagnose und Therapiemöglichkeiten zu informieren, bevor entschieden wird, ob diese an den Patienten weitergegeben werden (Fritzsche et al., 2012; Tse et al., 2003; Wünsch et al., 2012). Daraus lässt sich ableiten, dass Patienten bestimmter Kulturen unterschiedliche Bedürfnisse bei der Kommunikation über onkologische Themen aufweisen, und dass Ärzte darin unterschiedliche Gewohnheiten, Fähigkeiten und eigene Sichtweisen besitzen.

Andererseits haben Studien gezeigt, dass der kulturelle Hintergrund des Arztes eine eher untergeordnete Rolle bei der Kommunikation zu spielen scheint (Butow et al., 2013; Eisinger et al., 1999; Van den Brink-Muinen et al., 2003). Zumindest in Europa und den USA ließen sich zwar feine interkulturelle Unterschiede bei der ärztlichen Kommunikation feststellen (Eisinger et al., 1999; Van den Brink-Muinen et al., 2003), der Kommunikationsstil eines Arztes war jedoch deutlich mehr geprägt von der Anpassung an die Eigenschaften und Bedürfnisse des einzelnen Patienten als von der eigenen Kultur (Van den Brink-Muinen et al., 2003).

Entscheidungsfindung

Viel weniger Daten gibt es für den Ablauf der ärztlichen Entscheidungsfindung bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung im weltweiten Vergleich. Untersuchungen zur Dimension *Power Distance* (siehe oben) haben ergeben, dass Ärzte aus Kulturen mit hoher *Power Distance* dazu tendieren, die Verantwortung für eine Entscheidung schnell zu übernehmen (Meeuwesen et al., 2009; Verma et al., 2016). In Ländern mit niedriger *Power Distance* zeigen sich die Patienten interessierter daran, an der Entscheidungsfindung teilzuhaben und stellen mehr Fragen (Verma et al., 2016). Vermutlich spielen auch *Individualism versus Collectivism* eine Rolle bei der Entscheidungsfindung. Hierzu ist die Literatur jedoch vage (Meeuwesen et al., 2009; Verma et al., 2016).

Empfehlungen, um die Patientenautonomie zu stärken, sind das SDM (siehe Kapitel 2.4.2) und das CDM (siehe Kapitel 2.4.3) (Gagliardi et al., 2011; Gouveia et al., 2008; Ménard et al., 2012). Diese finden auch in westlichen Kulturen häufig Anwendung. Die wesentlichen Punkte hierbei sind, dass die Entscheidung erstens den Patienten mit

einbezieht und zweitens alle möglichen Optionen der medizinischen Behandlung interdisziplinär betrachtet werden.

Auch im Nahen Osten und im asiatischen Raum gewinnt die Patientenautonomie mehr und mehr an Bedeutung und Strategien wie IDM, SDM und CDM finden dort zunehmend positive Resonanz (Bou Khalil, 2013; Ong et al., 2002; Wunsch et al., 2012).

Über die Strategien der Entscheidungsfindung gibt es also nach ärztlicher Ansicht einen weltweiten Konsens. Die Unterschiede liegen laut Ong *et al* vielmehr in den kulturellen, gesundheitlichen und religiösen Ansichten des einzelnen Patienten (siehe ebenfalls *Kommunikation*) (Ong et al., 2002) und laut Akaza in den Möglichkeiten und Standards der medizinischen Versorgung (Akaza, 2014). Beispielsweise muss die Entscheidung eines muslimischen Patienten respektiert werden, eine Therapie aufgrund des Fastenmonats Ramadan zu vertagen (Ong et al., 2002), oder eine adjuvante Radiotherapie beim Mammakarzinom wäre zwar aus ärztlicher Perspektive leitliniengerecht (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018) aber durch einen Mangel an Bestrahlungsgeräten und Fachpersonal in vielen afrikanischen Ländern nicht durchführbar (Abdel-Wahab et al., 2013).

Umgang mit Unsicherheit

Auch zum internationalen Vergleich des ärztlichen Umgangs mit Unsicherheit finden sich nur wenige Untersuchungen. In Bezug auf die Dimension *Uncertainty avoidance* (siehe oben) gibt es eine Untersuchung von Verma *et al* die zeigt, dass Ärzte aus Kulturen mit hoher *Uncertainty avoidance* größere Schwierigkeiten hatten, Unsicherheit in Worte zu fassen und direkten Fragen des Patienten oftmals auswichen (Verma et al., 2016). Ärzte aus Kulturen mit niedriger *Uncertainty avoidance* hatten dagegen laut Meeuwesen *et al* mehr Augenkontakt mit den Patienten und verwendeten mehr Zeit darauf, eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen (Meeuwesen et al., 2009). Die kulturelle Herkunft kann also durchaus für die ärztliche Wahrnehmung von Unsicherheit eine Rolle spielen.

Von diesen theoretischen Hintergründen zur Thematik ärztliche Entscheidungsfindung und Unsicherheit in der Onkologie und die Betrachtung dieser im interkulturellen Kontext leiteten sich die bearbeiteten Fragestellungen dieser Studie ab, die im nächsten Kapitel genauer erläutert werden.

3 Ziele und Fragestellungen

3.1 Ziele

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht ein von Ärzten durchlaufener onkologischer Fall, der mit hoher Unsicherheit behaftet ist. Ziele dieser Studie sind:

- die ärztliche Wahrnehmung des Entscheidungskonfliktes im Verlauf der Entscheidungsfindung zu erfassen,
- den Einfluss von soziodemographischen Merkmalen und persönlichen Charakteristika auf diesen Konflikt zu erforschen,
- die deutsche Stichprobe mit einer belgischen Stichprobe zu vergleichen und dabei auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu achten.

Es folgt die nähere Erläuterung dieser Ziele.

3.1.1 Erfassung der ärztlichen Wahrnehmung des Entscheidungskonflikts im Verlauf der Entscheidungsfindung

Wie bereits in Kapitel 2.1.4 des theoretischen Hintergrundes erläutert, entstehen bei onkologischen Entscheidungen häufig Entscheidungskonflikte, da sie im Kontext hoher Unsicherheit getroffen werden. Wie Ärzte diesen Konflikt erleben, ist bis dato noch nicht ausreichend untersucht. Diese Studie untersucht durch Messungen des Entscheidungskonflikts im Verlauf der Entscheidungsfindung, wie Ärzte diesen wahrnehmen und ob und wie er sich verändert.

3.1.2 Untersuchung des Einflusses der soziodemographischen Merkmale und persönlichen Charakteristika auf den Entscheidungskonflikt

In Kapitel 2.2 wurde der mögliche Einfluss von soziodemographischen Merkmalen wie dem Geschlecht oder der ärztlichen Fachrichtung, und von persönlichen Eigenschaften wie der individuellen Unsicherheitsintoleranz auf das Stresserleben in unsicheren

Situationen erläutert. Ein Ziel dieser Studie ist es, mögliche Einflüsse dieser Faktoren auf das Erleben des Entscheidungskonfliktes zu untersuchen.

3.1.3 Vergleich der Ergebnisse der deutschen Stichprobe mit einer vergleichbaren Stichprobe aus Belgien

Da Krebserkrankungen weltweit zunehmen (vgl. Kapitel 2.5), ist es von allgemeinem Interesse, Forschung über die Verbesserung der onkologischen Versorgung gemeinsam zu betreiben und Ergebnisse zusammenzuführen. In dieser Studie, die deutsche und belgische Ärzte gleichermaßen durchliefen, sollen die Ergebnisse verglichen werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Bewältigung des Entscheidungskonfliktes festzustellen.

3.2 Fragestellungen

Diese Arbeit behandelt eine Haupt- und zwei Nebenfragestellungen:

Hauptfragestellung:

Wie verläuft der ärztliche Entscheidungskonflikt in einem onkologischen Fall mit hoher Unsicherheit im Laufe eines dreistufigen Entscheidungsfindungsprozesses?

Nebenfragestellungen:

Welche Prädiktoren für den ärztlichen Entscheidungskonflikt gibt es?

Gibt es zwischen belgischen und deutschen Ärzten Unterschiede im Verlauf des Entscheidungskonflikts?

Begründung der theoretischen Fragestellungen

Die Erforschung des ärztlichen Entscheidungskonflikts ist bedeutsam für die Verbesserung der onkologischen Versorgung und der ärztlichen Zufriedenheit weltweit (Iannello et al., 2017; Libert et al., 2016). Wie dieser Konflikt sich im Verlauf einer dreistufigen Entscheidungsfindung im Sinne des Collaborative Decision Making verhält,

ist bei deutschen Ärzten noch nicht zureichend erforscht. Auch im internationalen Vergleich ist dieser Sachverhalt noch nicht betrachtet worden. Dabei besteht ein weltweiter Bedarf an der Verbesserung der onkologischen Patientenversorgung und des Wohlbefindens der Ärzte bei der Entscheidungsfindung. Diese Arbeit versucht, diese Themen hinreichend zu bearbeiten und somit Erkenntnisse für die Aus- und Weiterbildung onkologisch tätiger Ärzte zu generieren. Die Studie wurde auf explorativer Basis durchgeführt. Daher entwickelten sich die genauen Fragestellungen im Verlauf.

4 Methoden

Dieses Kapitel erläutert die Untersuchungsplanung, das Studiendesign und die Methodik der durchgeführten Studie.

4.1 Untersuchungsplanung

Um eine internationale Vergleichbarkeit sicherzustellen, erfolgte die Untersuchungsplanung für die vorliegende Studie ausgehend von einem einheitlichen Studiendesign. Dieses wurde von einer belgischen Arbeitsgruppe entwickelt (Libert et al., 2016), die auch die Methoden auswählte und den Patientenfall konstruierte. Die Rahmenbedingungen der eigenen Studie wurden vom belgischen Studiendesign übernommen und dessen Komponenten hierfür ins Deutsche übertragen.

Im Rahmen des Promotionsprogrammes „Transnationale Medizin“ erfolgte die Kontaktaufnahme zur belgischen Arbeitsgruppe durch PD. Dr. Alexander Wunsch (TUM MEDICAL München, jetzt Universitätsklinikum Freiburg). Yves Libert und Darius Razavi erklärten sich damit einverstanden, ihr Studiendesign für eine deutsche Replikation zur Verfügung zu stellen. Alle nötigen Unterlagen bezüglich Untersuchungsplanung, Studiendesign und Teilnahmebedingungen wurden in der französischen Originalversion von der belgischen Arbeitsgruppe bei einem ersten Treffen in Brüssel bereitgestellt. Dort erfolgte auch die Einführung in die Methoden der Studie. Durch die Begleitung belgischer Erhebungen konnten die Kompetenzen zur Replikation der Studie in Deutschland erlangt werden.

Die Übersetzung der nötigen Versuchsunterlagen erfolgte in mehreren Schritten: Zunächst wurden alle Unterlagen (Patientenakte und Tumorboardempfehlung, Fragebögen, Drehbuch des Videos und Patientenrolle) ins Deutsche übersetzt¹⁰. Diese Übersetzungen wurden dann auf verschiedene Art und Weise geprüft:

¹⁰ Alle deutschen Versuchsunterlagen finden sich im Anhang.

Patientenakte und Tumorboardempfehlung

Die Patientenakte mit allen relevanten medizinischen, psychologischen und sozialen Informationen zum Patientenfall wurde von einem deutschen Internisten und einem deutschen Psychologen des Universitätsklinikums rechts der Isar auf deutsche Standards geprüft und angepasst. Ebenso verhielt es sich mit der Tumorboardempfehlung.

Fragebögen

Bei den Fragebögen folgte eine Rückübersetzung ins Französische. Unterschiede beim Vergleich der Originalversion und der Rückübersetzung wurden mit einer Person, deren Muttersprache französisch ist und die fließend deutsch spricht, besprochen. So wurde schließlich eine deutsche Version erstellt, die die Bedeutung der originalen französischen Version wiedergab.

Drehbuch des Videos

Die Schauspielerin, die im Video die Patientin verkörperte, prüfte die Übersetzung auf gängige deutsche Ausdrucksweisen und besserte diese nach.

Patientenrolle

Die Patientenrolle wurde durch einen Psychologen, der beruflich für die Verschriftung solcher Vorgaben zuständig ist, geprüft und nachgebessert.

Durch diese Verfahrensweisen wurde sichergestellt, dass die ursprüngliche französische Bedeutung aller Dokumente gewahrt wurde, die Gegebenheiten aber zu dem Setting in einem deutschen Krankenhaus mit einer deutschen Patientin passten.

4.2 Studiendesign

Diese Studie bildet den Ablauf der Entscheidungsfindung im Rahmen eines dreistufigen Entscheidungsprozesses bei einer Patientin mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ab. Dabei wurde der Entscheidungskonflikt aus ärztlicher Sicht beleuchtet und es wurden soziodemographische und psychologische Faktoren erhoben. Zunächst erfolgt eine

Übersicht über die Teilnahmebedingungen und den Ablauf der Studie. Einzelne Instrumente werden in den darauffolgenden Kapiteln ausführlich erklärt.

Ablauf der Studie

Um den Prozess der dreistufigen Entscheidungsfindung hinreichend abzubilden, gab es sechs Erhebungszeitpunkte im Zeitraum von 3 Wochen mit jeweils unterschiedlichen Informationen, Aufgaben und Fragebögen. In der Reihenfolge des Ablaufes heißen sie T0, T7prä, T7post, T14, T21prä und T21post. Es folgt eine kurze Erläuterung der Zeitpunkte. Eine Zuordnung der Erhebungszeitpunkte zu den drei Stufen der Entscheidungsfindung nach dem Prinzip des Collaborative Decision Making findet sich in Abbildung 2, eine graphische Darstellung des Studiendesigns findet sich in Abbildung 3.

T0-Baseline

T0 markierte den Beginn des Entscheidungsfindungsprozesses mit der Erhebung allgemeiner Daten sowie Einsicht in die Patientenakte.

1. Entspannungsübung und Erhebung des Herzrhythmus

Während einer 10-minütigen Entspannungsübung wurde der Herzrhythmus in Ruhe erhoben.

2. Fragebögen

Danach wurden 5 Fragebögen schriftlich beantwortet.

- a. Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation,
- b. Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext,
- c. Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen,
- d. Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung,
- e. Fragebogen zur ärztlichen Empathie.

3. Zugang zur Patientenakte¹¹ via Link zum Download

Über einen Link, der 14 Tage gültig war, erhielten die Ärzte Zugang zur Patientenakte, die medizinische, soziale und psychologische Informationen über die Pa-

¹¹ Die vollständige Patientenakte befindet sich bei den Versuchsunterlagen im Anhang.

tientin enthielt. Kurz zusammengefasst handelte es sich um eine 68-jährige Patientin, die sich mit Hämoptysen bei einer solitären Lungenmetastase eines Kolonkarzinoms vorstellte. Die Patientin war zweieinhalb Jahre zuvor hemikolektomiert worden und hatte eine adjuvante Chemotherapie mit FOLFIRI im Anschluss aufgrund starker Nebenwirkungen abgebrochen. Einen Monat danach war eine Lebermetastase durch Thermoablation behandelt worden. Die Patientin wies relevante Vorerkrankungen auf (COPD, Z. n. Myokardinfarkt, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ2). Soziale Unterstützung hatte die Patientin wenig und psychologisch beschrieb sie die Situation insgesamt als belastend.

T7-Video

T7, ca. eine Woche nach T0 war der zweite Schritt im Entscheidungsfindungsprozess. Die Ärzte hatten Zeit, sich mit der Patientenakte vertraut zu machen und sahen ein Video, in dem ein Erstgespräch zwischen der Patientin und einer Ärztin dargestellt wurde. Dies diente einer besseren Vorstellung der Patientin und sicherte gleichzeitig, dass alle Ärzte die gleichen Informationen über die Patientin erhielten. Der Herzrhythmus der Ärzte wurde während des Videos gemessen. Fragebögen wurden vor (T7prä) und nach (T7post) dem Anschauen des Videos erhoben.

T7prä

1. Angebot, die Patientenakte noch einmal zu lesen.
2. 2 Fragebögen wurden schriftlich bearbeitet:
 - a. Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung,
 - b. VAS (visuelle Analogskala) Stress.

*Video*¹²

Das Video zeigte ein 28-minütiges Arzt-Patienten-Evaluationsgespräch der Patientin aus der vorgegebenen Patientenakte. Die Ärztin wurde von einer Ärztin, die regelmäßig Arzt-Patienten-Gespräche führt, dargestellt. Die Patientin wurde von einer Schauspielerin verkörpert, die im voraus eine Rollenbeschreibung dieser Patientin erhalten hatte. Die

¹² Das vollständige Transkript des Videos befindet sich im Anhang.

Präsentation des Videos erfolgte über einen Laptop; währenddessen wurde der Herzrhythmus der Probanden gemessen.

T7post

1. 8 Fragebögen wurden von den Ärzten ausgefüllt:
 - a. VAS Stress,
 - b. VAS Zufriedenheit des Arztes,
 - c. Anforderung von Zusatzuntersuchungen,
 - d. Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung,
 - e. Fragebogen zur Erkennung der Merkmale der Patientin,
 - f. Fragebogen zur Relevanz der Merkmale der Patientin für das interdisziplinäre Tumorboard,
 - g. Fragebogen zur ärztlichen Empathie,
 - h. Vorbereitungszeit.
2. Der Untersucher vervollständigte die Daten „vom Untersucher auszufüllen“.

T14-Tumorboardempfehlung

14 Tage nach der initialen Erhebung erhielten die Ärzte in einer E-Mail die schriftliche Tumorboardempfehlung¹³ für die weitere Behandlung der Patientin. Zusammengefasst war der Konsens des Tumorboardes bei der Patientin als Behandlung der ersten Wahl die Resektion der Lungenmetastase mit darauffolgenden sonographischen Kontrollen und bei Progress eine anschließende Chemotherapie mit Irinotecan und Cetuximab anzuwenden. Alternativ wurde die alleinige Chemotherapie mit Irinotecan und Cetuximab vorgeschlagen.

1. An die E-Mail war „Fragebogen zur Erinnerung an die Merkmale der Patientin“ angehängt, der vom Teilnehmer ausgedruckt, ausgefüllt und dann abgegeben werden sollte.

¹³ Die gesamte Empfehlung findet sich im Anhang.

2. Die Vorbereitungszeit, die zum Lesen der Tumorboardempfehlung an Tag 21 gebraucht wurde, war vom Untersucher nachträglich in den Fragebogen einzutragen.

T21- Arzt-Patienten-Gespräch zur Entscheidungsfindung

Eine Woche später fand das Gespräch zur Entscheidungsfindung zwischen dem jeweiligen Arzt und der Schauspielpatientin statt. Die Ärzte bekamen die Vorgabe, im Gespräch zu entscheiden, wie weiter vorgegangen werden sollte. Sonst gab es keine Beschränkungen. Vor und nach dem Gespräch wurden von den Ärzten Fragebögen ausgefüllt. Der Herzrhythmus wurde während des Gespräches aufgezeichnet.

T21prä

1. Die Vorbereitungszeit, die zum Lesen der Tumorboardempfehlung an Tag 21 gebraucht wurde, wurde vom Untersucher nachträglich in den Fragebogen „T14-vom Untersucher auszufüllen“ eingetragen.
2. 3 Fragebögen wurden vom Arzt vor dem Gespräch ausgefüllt:
 - a. Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung,
 - b. Fragebogen zum empfundenen Stress,
 - c. VAS Stress.

Arzt-Patienten Gespräch zur Entscheidungsfindung

Außer der Vorgabe, mit der Patientin zu einer Entscheidung bezüglich des weiteren Vorgehens zu kommen, konnten die Ärzte das Gespräch frei führen. Dabei wurde eine Videoaufnahme des Gespräches gemacht und der Herzrhythmus der Ärzte aufgezeichnet. Die Schauspielerin bekam eine Rollenbeschreibung¹⁴, in der festgelegt war, wie sich die Patientin verhalten sollte, welche Punkte angesprochen werden mussten und wie sie das Gespräch schließlich beenden sollte. Zusammengefasst war die Vorgabe, Vor- und Nachteile der Optionen Resektion der Lungenmetastase, Chemotherapie und Best Supportive Care zu besprechen. Anschließend sollte sich die Patientin für Best

¹⁴ Die gesamte Rollenbeschreibung befindet sich im Anhang.

Supportive Care entscheiden. Am Ende des Gespräches sollte sie dem Arzt die Frage stellen „Glauben Sie, ich habe die falsche Entscheidung getroffen?“

T21post

1. Der Teilnehmer füllte 5 Fragebögen aus:
 - d. VAS Stress,
 - e. VAS Zufriedenheit des Arztes,
 - f. Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung,
 - g. Fragebogen zur ärztlichen Empathie,
 - h. Vorbereitungszeit.
2. Die Schauspielerin füllte einen Fragebogen aus:
 - a. VAS Zufriedenheit der Schauspielerin.
3. Vom Untersucher auszufüllen waren:
 - a. Vorbereitungszeit,
 - b. Übereinstimmung mit der Teamempfehlung.

Danach folgte ein semistrukturiertes Interview des Teilnehmers über die ärztliche Entscheidungsfindung im klinischen Alltag und das Erleben von Unsicherheit.

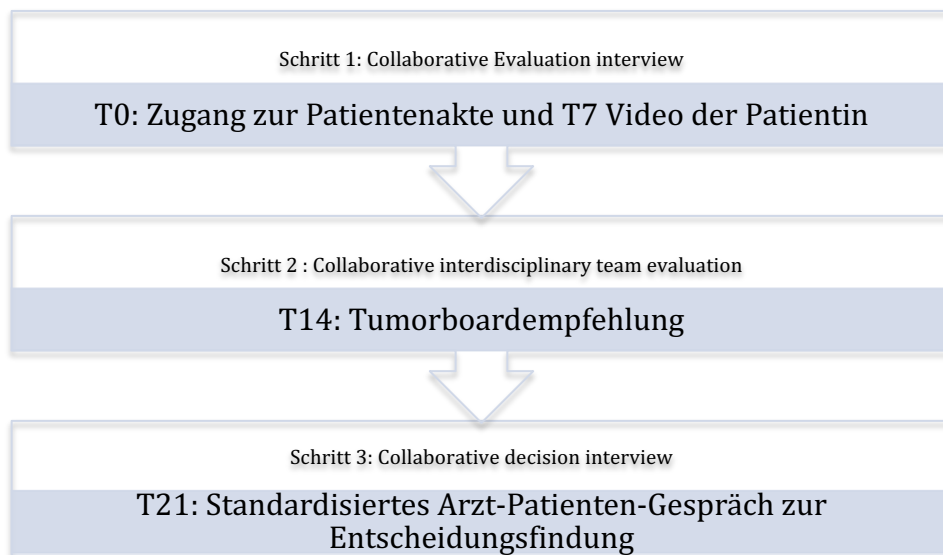


Abbildung 2: Zuordnung der 3 Schritte des Collaborative Decision Making zum Ablauf der Studie



Abbildung 3: Ablauf der Studie

4.3 Rekrutierung der ärztlichen Probanden und Durchführung der Tests

Stichprobenumfang

Als Stichprobengröße für die Ermittlung signifikanter Veränderungen innerhalb der Gruppen mit einer moderaten Effektstärke ($d = 0,5$) und für die Feststellung von Unterschieden zwischen den Gruppen der deutschen und belgischen Ärzte mit moderater bis hoher Effektstärke ($d = 0,7$) bei einer Power von 80% ($\alpha = 0,05$) wurde eine Fallzahl von $n = 30$ kalkuliert.

Rekrutierung der Probanden

Die Rekrutierung der ärztlichen Probanden erfolgte durch bereits bestehende Kontakte zu Ärzten durch Prof. Dr. Pascal Berberat, PD Dr. Alexander Wunsch und Catharina Schönfeld. Außerdem wurde die Studie in der Besprechung der III. Medizinischen Klinik (Hämatologie und Onkologie) am Klinikum rechts der Isar vorgestellt. Die Probanden erhielten als Geschenk zum Ende des Versuchsdurchlaufes einen Büchergutschein.

Einschlusskriterien

Ärzte konnten an der Studie teilnehmen, wenn sie

- mindestens ein Jahr Berufserfahrung mit Krebspatienten hatten und
- flüssig deutsch sprachen.

Durchführung

Die Ärzte wurden vor Beginn der Studie zu den Zielen der Studie aufgeklärt und darüber informiert, dass das Thema Unsicherheit erforscht würde. Genauere Informationen zu dem konkreten Patientenfall erhielten sie nicht. Außerdem unterschrieben sie eine Erklärung, mit anderen Teilnehmern nicht über den Verlauf der Studie zu sprechen, solange diese die Studie noch nicht beendet hatten.

Den Ort der Durchführung konnten die Teilnehmer selbst bestimmen. Teilweise wurden dafür das eigene ärztliche Büro oder ein Raum des TUM MEC (Medical Education Centre) zur Verfügung gestellt.

4.4 Instrumente

Alle Daten zu Unsicherheit, Entscheidungsfindung und Entscheidungskonflikt wurden mittels Fragebogen erhoben. Diese waren von der belgischen Arbeitsgruppe ausgewählt und auf Reliabilität und Validität geprüft worden. In diesem Kapitel erfolgt eine

Auflistung der verwendeten Fragebögen und deren Anleitung zur Auswertung¹⁵. Eine Übersicht der Erhebungszeitpunkte der einzelnen Fragebögen ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Erhebungszeitpunkte der Fragebögen (VAS=Visuelle analog Skala)

Fragebogen	T0	T7prä	T7post	T14	T21prä	T21post
Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation	✓					
Physicians' Reaction to Uncertainty Scales (PRU)	✓					
Intolerance of Uncertainty Inventory (IUI)	✓					
Decisional Conflict Scale (DCS)	✓	✓	✓		✓	✓
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	✓	✓	✓			✓
VAS Stress		✓	✓		✓	✓
VAS Zufriedenheit des Arztes			✓			✓
Erkennung der Merkmale der Patientin			✓			
Relevanz der Merkmale der Patientin			✓			
Erinnerung an die Merkmale der Patientin				✓		
Zusätzliche Informationen			✓			
Perceived Stress Scale					✓	
VAS Zufriedenheit der Schauspielerin						✓
Vorbereitungszeit			✓		✓	

¹⁵ Die verwendeten Versionen aller Fragebögen befinden sich im Anhang.

4.4.1 Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

Erhebungszeitpunkt: T0

In einem von der belgischen Arbeitsgruppe entworfenen Fragebogen (Libert et al., 2016) wurden soziodemographische und professionelle Daten der teilnehmenden Ärzte erhoben. Darin wurde nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Berufserfahrung, Arbeitsplatz und Arbeitsalltag gefragt. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 35 Items, davon fragten Items 1-28 nach sozioprofessionellen Daten, Items 29-35 bezogen sich auf den Zigarettenkonsum und mussten nur von Rauchern beantwortet werden.

4.4.2 Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext (PRU)

Erhebungszeitpunkt: T0

Dieser Fragebogen beurteilt wie unangenehm Ärzte Unsicherheit im medizinischen Kontext empfinden. Entworfen wurde er von Gerrity et al. in einer englischen Version als „Physicians‘ Reaction to Uncertainty Scales“ (Gerrity et al., 1995). Für diese Studie wurde die Übersetzung des Fragebogens aus dem Französischen ins Deutsche verwendet.

Insgesamt besteht der Fragebogen aus 15 Items, die sich auf unsichere Situationen im medizinischen Alltag beziehen. Dabei sind zwei Dimensionen definiert: Stress (S) mit 8 dazugehörigen Items und Disclosure (D) mit 7 Items. Beide Dimensionen enthalten abermals Subskalen:

S-Skala:

- S-Angst (Items #1-5, $\alpha = 0,85$) evaluiert die Angst vor Unsicherheit, beispielsweise mit dem Item „Die mit der Betreuung von Krebspatienten verbundene Unsicherheit ist mir unangenehm“.
- S-Coping mit Ergebnissen (Items #7-9, $\alpha = 0,74$) evaluiert den Umgang mit Ergebnissen bei unsicheren Situationen. Eine Aussage lautet hier zum Beispiel „Ich habe Angst, dass man mich für meine Wissenslücken im Bereich der Onkologie verantwortlich macht“.

D-Skala:

- D-Patienten (Items #6, 10-13, $\alpha = 0,76$) evaluiert das Widerstreben, Patienten Unsicherheit zu offenbaren, durch Items wie „Wenn ich meine Unsicherheiten immer mit meinen Krebspatienten teilen würde, würden sie das Vertrauen in mich verlieren“.
- D-Ärzte (Items #14-15, $\alpha = 0,75$) evaluiert das Unbehagen, anderen Ärzten eigene Fehler einzugestehen. Ein Beispiel für diese Skala ist das Item „Ich teile meine Fehler bei der onkologischen Behandlung fast nie anderen Ärzten mit“.

Antwortmöglichkeiten bestehen in Form einer Likert-Skala mit 6 Punkten:

1 = stimme überhaupt nicht zu

2 = stimme nicht zu

3 = stimme eher nicht zu

4 = stimme eher zu

5 = stimme zu

6 = stimme stark zu

Die angegebenen Punktzahlen werden addiert, die Scores der Items #4, 6, 10 und 12 werden umgekehrt (1 = 6, 2 = 5, 3 = 4). Die maximale Punktzahl beträgt 90 Punkte. Je höher die Punktzahl ausfällt, desto unangenehmer wird Unsicherheit empfunden.

4.4.3 Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen (IUI)

Erhebungszeitpunkt: T0

Dieser Fragebogen evaluiert wie der vorige die Unsicherheitsintoleranz der Teilnehmer, diesmal aber in Bezug auf allgemeine Situationen. Er wurde erstmals in einer französischen Version von Gosselin et al. entworfen und als „Intolerance of Uncertainty Inventory“ veröffentlicht (Gosselin et al., 2008). Die Antwortmöglichkeiten bestehen in einer Likert-Skala mit 5 Punkten:

1 = trifft überhaupt nicht zu

2 = trifft ein wenig zu

3 = trifft zu

4 = trifft stark zu

5 = trifft völlig zu

Der Fragebogen beinhaltet zwei Teile:

- Teil A: Individuelle Unsicherheitsintoleranz ($\alpha = 0,85$)

Dieser Teil besteht aus insgesamt 15 Items, die sich auf die eigene Person beziehen, beispielsweise mit der Aussage „Ich finde es unerträglich im Leben keine Garantie zu haben“. Aus allen 15 Items wird ein globaler Score errechnet.

- Teil B: Äußerung der Unsicherheitsintoleranz (kognitiv, behavioral, $\alpha = 0,83$)

Teil B beinhaltet 30 Items, die wiederum sechs unterschiedlichen Skalen angehören. Auch in diesem Teil werden globale Scores berechnet.

Subskala 1: Überschätzung der Wahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen

Dazu gehören die Items 3, 14, 19, 23 und 29, die beispielsweise abfragen: „Wenn ein negatives Ereignis möglich ist, überschätze ich oft die Wahrscheinlichkeit, mit der es eintreten könnte“.

Subskala 2: Kontrolle

Die Items 4, 10, 18, 24 und 27 erörtern die Einstellung zu Aussagen wie „Wenn ich mir unsicher bin was passieren wird, versuche ich alles zu kontrollieren“.

Subskala 3: Bestätigung

Dieser Subskala gehören die Items 5, 9, 11, 16 und 26 an. Ein Beispiel lautet „Ich wende mich oft an andere, um mich sicherer zu fühlen, wenn ich nicht weiß, was passieren wird“.

Subskala 4: Vermeiden

Hierzu gehören die Items 1, 8, 12, 22 und 26, die durch Aussagen wie „Ich ziehe es vor, Situationen, in denen Unsicherheit besteht, zu vermeiden“, das Vermeidungsverhalten evaluieren.

Subskala 5: Sorge (worry)

Items 1, 6, 15, 17, 20 und 28 beinhalten Äußerungen wie „Ich zerbreche mir oft den Kopf über die Unsicherheiten des Lebens“.

Subskala 6: Zweifel

Die Items der letzten Subskala 2, 7, 13, 21 und 30 beziehen sich durch Aussagen wie „Ich zweifle oft an mir, wenn die Situation unsicher ist“ auf Bedenken in unsicheren Situationen.

Je höher die Scores von Teil A und B des Fragebogens ausfallen, desto höher ist die Unsicherheitsintoleranz der untersuchten Person. Maximal können 225 Punkte erreicht werden.

4.4.4 Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung: Decisional Conflict Scale (DCS)

Erhebungszeitpunkte: T0, T7prä, T7post, T21prä, T21post

Dieser Fragebogen misst den Entscheidungskonflikt (Decisional Conflict Scale = DCS) der Ärzte bei der Entscheidungsfindung und deren Wahrnehmung des Entscheidungskonfliktes des Patienten. Er wurde von F. Légaré et al. entwickelt, indem der originale Fragebogen Decisional Conflict Scale (O'Connor, 1995) mit dem Provider Decision Process Assessment Instrument (Dolan, 1999) kombiniert wurde ($\alpha = 0,82$). Jedes Item wurde zusätzlich so formuliert, dass sich die Aussagen auf die Behandlung von Krebspatienten im Allgemeinen (T0) und der spezifischen Patientin des bearbeiteten Falles (T7prä, T7post, T21prä, T21post) bezogen (Libert et al., 2016). Der Fragebogen beinhaltet zwei Teile, A und B. In Teil A sind 24 Items und in Teil B 1 Item zu beantworten.

Die Antwortmöglichkeiten verteilen sich auf einer Likertskala mit 5 Punkten:

1 = stimme stark zu

2 = stimme zu

3 = neutral

4 = stimme nicht zu

5 = stimme überhaupt nicht zu

- Teil A besteht aus 24 Items, die in zwei Subskalen eingeteilt sind.

Subskala O'Connor (16 Items):

- Items #1, 2 und 3 evaluieren, wie informiert der Patient zu sein scheint, zum Beispiel durch Item 1: „Patienten haben Kenntnis darüber, welche Optionen ihnen zur Verfügung stehen“.
- Items #4, 5 und 6 messen, wie klar die Werte des Patienten definiert sind, zum Beispiel durch die Aussage „Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile den Patienten am wichtigsten sind“.
- Items #7, 8 und 9 beziehen sich auf die Unterstützung des Patienten. Item #7 lautet zum Beispiel „Ich denke, dass Patienten genug Unterstützung von anderen haben, um eine Entscheidung zu treffen.“
- Items #10,11 und 12 beschreiben die Unsicherheit des Arztes in Bezug auf die Entscheidung. Als Beispiel Item #10: „Ich bin mir über die beste Wahl für Patienten sicher“.
- Items #13, 14, 15 und 16 sagen etwas darüber aus, wie optimal die getroffene Entscheidung ist, zum Beispiel durch Item #15 „Ich erwarte, dass Patienten bei ihrer Entscheidung bleiben“.

Subskala Dolan (11 Items)

Die Subskala Dolan beschreibt den Entscheidungskonflikt des Arztes und bezieht die Items #17-24, 10, 12 und 15 mit ein. Der Entscheidungskonflikt drückt sich beispielsweise in der Antwort auf Item #17 „Ich bin mit dem Vorgehen, mit dem ich eine therapeutische Entscheidung treffe, zufrieden“ aus.

- Teil B ist eine Skala zur Qualität von onkologischen Entscheidungen. Sie besteht aus einem einmaligen Score von 1 bis 10, wobei 1 „sehr schlechte Qualität“ und 10 „sehr gute Qualität“ bedeutet.

Zur Auswertung werden die Scores aus Teil A des Fragebogens addiert, durch die Anzahl der Items geteilt und 1 subtrahiert. Dieser Wert wird mit 25 multipliziert. Die maximal erreichbare Punktzahl ist 100, wobei eine Punktzahl von 100 einen hohen Entscheidungskonflikt bedeutet. Eine Punktzahl von 0 beschreibt das Gegenteil: kein Entscheidungskonflikt. Für den globalen Score werden die 16 Items der O'Connor-Skala und die Items 17-24 der Dolan-Skala ausgewertet. Teil B ist unabhängig von der globalen Auswertung und wird als eigener Score im Verlauf verglichen.

An den Versuchszeitpunkten T7prä, T7post und T12prä ist eine zusätzliche Frage am Anfang des Fragebogens zu beantworten. Der Arzt soll die seiner Meinung nach beste therapeutische Option für die fiktive Patientin angeben. Dabei stehen ihm 11 Optionen zur Auswahl, die alle leitliniengerecht wären, z. B. unterschiedliche Chemotherapie-Schemata, chirurgische Interventionen oder Best Supportive Care. Würde er eine andere Therapie vorschlagen, kann Option 12 „andere Option“ ausgewählt werden. Diese wird dann vom Arzt selbst ausformuliert.

Die Angaben aus diesem zusätzlichen Teil werden in drei Vergleichen ausgewertet:

- Stimmt die Auswahl T21prä mit der Empfehlung des Tumorboards überein?
- Hat der Arzt seine Auswahl von T7post zu T21prä geändert, um mit der Empfehlung des Tumorboards übereinzustimmen?
- Hat der Arzt seine Auswahl von T7post zu T21prä geändert und stimmt nicht mit der Empfehlung des Tumorboards überein?

Diese drei Vergleiche zeigen, inwieweit Ärzte das interdisziplinäre Tumorboard als Unterstützung bei der Entscheidungsfindung ansehen.

4.4.5 Fragebogen zur ärztlichen Empathie (JSPE)

Erhebungszeitpunkte: T0, T7post, T21post

Die Empathie der teilnehmenden Ärzte wurde mittels der „Jefferson Scale of Physician Empathy“ von Hojat et al. (Hojat et al., 2002) gemessen. Eine bereits validierte französische Version (Zenasni et al., 2012) wurde von der belgischen Arbeitsgruppe auf Krebspatienten angepasst (Libert et al., 2016). Diese wiederum wurde ins Deutsche übersetzt.

Der Fragebogen bewertet mit 20 Items die empathischen Fähigkeiten von Ärzten in Arzt-Patienten-Gesprächen mit Krebspatienten, zum Beispiel anhand des Items „Patienten geht es besser, wenn ich ihre Gefühle verstehe“. Für diese Version des Fragebogens wurden die Items 19 und 20 vertauscht.

Antwortmöglichkeiten bestehen in einer Likertskala mit 7 Punkten. Dabei entspricht Antwortmöglichkeit 1 „stimme überhaupt nicht zu“ und Antwortmöglichkeit 7 „stimme voll und ganz zu“. Invertiert werden die Scores der Items #1, 3, 6, 7, 8, 11, 14, 18 und 20.

Die Scores werden bei der Auswertung addiert. Ein minimaler Score von 20 Punkten und ein maximaler Score von 120 Punkten sind möglich. Dabei verhält sich der Arzt um so empathischer, je höher der Score ausfällt.

4.4.6 Visuelle Analogskalen (VAS)

VAS wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Studie genutzt und evaluierten das Empfinden in verschiedenen Situationen. Alle VAS haben eine Länge von 100 mm und wurden von der belgischen Arbeitsgruppe entworfen. Drei verschiedene VAS werden in dieser Studie verwendet:

- VAS interdisziplinäre Besprechung

Erhebungszeitpunkt: T0

Auf dieser VAS konnten die Ärzte angeben, wie oft ihnen interdisziplinäre Besprechungen im Prozess der Entscheidungsfindung bei Krebspatienten helfen. Dabei entsprechen Angaben im Bereich 0-19 mm „nie“, im Bereich 20-70 mm „manchmal“ und im Bereich 71-100 mm „sehr oft“.

- VAS Stress

Erhebungszeitpunkte: T7prä, T7post, T21prä, T21post

Diese VAS dient dazu, den empfundenen Stress des teilnehmenden Arztes zu messen. Sie beinhaltet vier Fragen, die sich auf die momentane Belastung beziehen, beispielsweise „Ich fühle mich im Moment gestresst“. Als globaler Score wird der Mittelwert der gegebenen Antworten berechnet und einem der folgenden drei Bereiche zugeteilt: „wenig Stress“ im Bereich 0-19mm, „mittlerer Stress“ im Bereich 20-70 mm und „hoher Stress“ im Bereich 71-100 mm. Der Score der Frage Nummer 4 wird dabei umgekehrt.

- VAS Zufriedenheit

Erhebungszeitpunkt: T7post und T21post

Auf diesen VAS hatten die Ärzte die Möglichkeit, anzugeben, wie zufrieden sie mit dem im Video gezeigten Arzt-Patienten-Gespräch (T7post) und der Verkörperung der Patientin durch die Schauspielerin (T21post) waren. Zusätzlich wird auch die Schauspielerin nach ihrer Zufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes (T21post) gefragt, um starke Diskrepanzen zu erkennen. Berechnet werden jeweils die globalen Scores und die Scores der einzelnen Subskalen. Auch hier kann der Score in drei Bereiche fallen: „wenig zufrieden“ von 0-19 mm, „mittelmäßig zufrieden“ von 20-70 mm und „sehr zufrieden“ von 71-100 mm. Die Subskala Zufriedenheit enthält folgende Punkte:

- Arzt-Patienten-Gespräch im Allgemeinen (Item 1)
- Kommunikationsstrategien (Items 2, 3, 4, 5 und 6)
- Einsatz des Arztes (Item 7)
- Einsatz der Patientin (Item 8)
- Aufmerksamkeit Teilnehmer (nur an Tag7 POSTVIDEO, Item 9)
- Eigener Auftritt in der Simulation (nur an Tag 21 POSTSIMULATION, Item 9)
- Auftritt der Schauspielerin (Item 10 und Item 11 an Tag 7 POSTVIDEO)
- Identifikation (nur an Tag 7 POSTVIDEO, Item 12)
- Realismus (nur an Tag 7 POSTVIDEO, Items 13 und 14)

4.4.7 Zusätzliche Fragen

Erhebungszeitpunkt: T7post

Dieser Fragebogen gab den teilnehmenden Ärzten die Möglichkeit, zusätzliche Fragen an die Patientin zu formulieren und Zusatzuntersuchungen anzugeben, die sie für die Entscheidungsfindung anfordern würden. Dabei wird die Anzahl an Fragen und Untersuchungen ausgewertet mit einem Punkt pro Untersuchung und pro Frage. Je höher die Zahl ausfällt, desto größer ist die Unsicherheit des Arztes.

4.4.8 Fragebogen zu den Merkmalen der Patientin

Erhebungszeitpunkte: T7post, T14

Mit diesem Fragebogen wurde zu drei Zeitpunkten die Verarbeitung der Informationen aus dem Video evaluiert: An T7post „Erkennung der Merkmale der Patientin“ und „Relevanz der Merkmale der Patientin für ein interdisziplinäres Tumorboard“ und an T14 „Erinnerung an die Merkmale der Patientin“. Diese Fragebögen wurden ebenfalls von der

belgischen Arbeitsgruppe entworfen und beinhalten 31 Items. Dabei enthalten 28 Items Informationen über die Patientin, die auch im Video angesprochen wurden, weitere drei Items sind Distraktoren. Von den 28 „richtigen“ Items sind 10 wichtige „Indizien“.

Antwortmöglichkeiten bestehen bei den Fragebögen „Erkennung“ und „Erinnerung“ aus den Optionen „ja“, „nein“ und „ich erinnere mich nicht“. Beim Fragebogen „Relevanz“ sind nur die Optionen „ja“ und „nein“ möglich.

Die Auswertung erfolgt je nach Fragebogen:

- „Erkennung der Merkmale der Patientin“:

Für jedes mit „ja“ beantwortete richtige Item und jeden mit „nein“ beantworteten Distraktor wird ein Punkt verzeichnet.

Für jedes mit „nein“ beantwortete richtige Item, jeden mit „ja“ beantworteten Distraktor oder jedes mit „ich erinnere mich nicht“ beantwortete Items werden 0 Punkte verzeichnet.

Die erreichten Punkte werden addiert und als Prozentzahl angegeben. Daraus ergibt sich der globale Score. Im zusätzlichen Score Indizien werden die Punkte der Items #8, 14, 15, 16, 19, 20, 25, 28, 29 und 30 addiert und prozentual aufgeführt.

- „Relevanz der Merkmale für ein interdisziplinäres Tumorboard“

Bei diesem Fragebogen werden nur die mit „nein“ beantworteten Items mit einem Punkt bewertet und prozentual ausgewertet. Sechs Scores werden daraus berechnet:

- Globaler Score aus allen Items
 - Score Indizien aus den Items #8, 14, 15, 16, 19, 20, 25, 28, 29 und 30
 - Score Medizinische Informationen aus den Items #1-13
 - Score Psychologische Informationen aus den Items #14-19, 24 und 29-31
 - Score Soziale Informationen aus den Items #20-23, 25 und 26
 - Score Einstellung aus den Items #27 und 28
- „Erinnerung an die Merkmale der Patientin“

Die Auswertung dieses Fragebogens erfolgt wie die Auswertung zu „Erkennung der Merkmale der Patientin“ (siehe oben). Zusätzlich wird der Score Distraktor berechnet, für den 1 Punkt pro mit „nein“ beantworteten Distraktor vergeben wird.

4.4.9 Vorbereitungszeit

Erhebungszeitpunkte: T7post, T21post

Als Strategie zum Umgang mit Unsicherheit ist auch die Vorbereitung auf den Patienten relevant. Dazu gehört das Lesen der Patientenakte und der Empfehlung des Tumorboards. Auf die Frage „Wie viel Zeit haben Sie damit verbracht die Patientenakte/Empfehlung des Tumorboards zu lesen?“ konnten die Ärzte eine individuelle Zeitangabe machen.

Ob der Teilnehmer die Akte ausgedruckt hat und ob er sie sich vor dem Video und dem simulierten Gespräch durchlas, wurde für diesen Aspekt vom Untersucher erfasst. Dieser trug im Teil „vom Untersucher auszufüllen“ die jeweilig zutreffende Antwort ein.

4.4.10 Fragebogen zum empfundenen Stress (Perceived Stress Scale)

Erhebungszeitpunkt: T21prä

Der Fragebogen „Perceived Stress Scale“ von Cohen et al. (Cohen et al., 1983) misst, wie viel Stress Personen in unterschiedlichen Situationen fühlen. Der in dieser Studie verwendete Fragebogen ist eine validierte Version, die sich speziell auf den empfundenen Stress im Berufsleben bezieht. 14 verschiedene Items fragen beispielsweise „Hatten Sie das Gefühl, bei allem was erledigt werden muss, nicht zum Ende zu kommen?“ Antwortmöglichkeiten bestehen dabei in einer Likert-Skala mit fünf Punkten:

0 = nie

1 = fast nie

2 = manchmal

3 = oft genug

4 = sehr oft

In der Auswertung werden die Punktzahlen der Items 4, 5, 6, 7, 9, 10 und 13 umgekehrt. Alle Punkte werden addiert und in einem globalen Score ausgewertet. Je höher der finale Score ausfällt, desto höher ist der empfundene Stress im Berufsleben. Maximal können dabei 56 Punkte und minimal 0 erreicht werden.

4.5 Statistische Methoden

Zur Berechnung der Ergebnisse wurde das Programm SPSS Version 23.0 für PC (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) verwendet. Dabei wurden für die Deskription der soziodemographischen Daten, des DCS und dessen Verlauf Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Unterschiede wurden mittels t-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben und Chi-Quadrat-Tests überprüft. Korrelationen wurden mittels Pearson- und Spearman-Rho-Koeffizienten berechnet und Effektstärken nach Cohen ausgewertet.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Aus Deutschland gingen $n = 30$ Ärzte zwischen 30 und 56 Jahren ($MW = 39$, $SD = 7$) in die Stichprobe ein. Davon war die Hälfte weiblich ($n = 15$). Die Berufserfahrung als Arzt lag zwischen 2,75 und 30 Jahren ($MW = 11$, $SD = 7$), die Berufserfahrung mit Krebspatienten präsentierte sich ähnlich zwischen 1,25 und 30 Jahren ($MW = 10$, $SD = 8$). 60% ($n = 18$) der Ärzte hatten eine Facharztausbildung, 40% ($n = 12$) befanden sich in Weiterbildung zum Facharzt. Dabei waren 60% ($n = 18$) vorwiegend operierend tätig, 30% vorwiegend internistisch ($n = 9$) und 10% ($n = 3$) radioonkologisch. Eine Zuordnung der Fachbereiche zu den Gruppen operierend, internistisch und radioonkologisch findet sich in Tabelle 2. Als Arbeitsbereich gaben 60 % ($n = 18$) der Ärzte die Station an, wobei dort im Mittel 14 Patienten pro Woche ($SD = 8$) betreut wurden. Im ambulanten Bereich waren 80% ($n = 24$) tätig und versorgten dort etwa gleich viele Patienten pro Woche ($MW = 14$, $SD = 13$). Die Anzahl interdisziplinärer Besprechungen pro Monat lag zwischen 0-28 ($MW = 9$, $SD = 7$) und der subjektive Nutzen von interdisziplinären Besprechungen wurde auf einer VAS (0 = kein Nutzen, 100 = größtmöglicher Nutzen) zwischen 0-100 ($MW = 76$, $SD = 19$) angegeben. Eine tabellarische Darstellung der deutschen Stichprobe findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der deutschen Stichprobe

Soziodemographische Angaben (n=30)	Deskriptive Analyse	
	n	%
Geschlecht (weiblich)	15	50
Weiterbildung (Facharzt)	18	60
Vorwiegend tätig als		
Operateur	18	60
Internist	9	30
Radioonkologe	3	10
Arbeitsbereich		
Station	18	60
Ambulanz	24	80
	Mittelwert	SD
Alter	39	7
Patienten pro Woche in diesem Arbeitsbereich		
stationär	14	8
ambulant	14	13
Berufserfahrung als Arzt (Jahre)	11	7
Berufserfahrung mit Krebspatienten (Jahre)	10	8
Anzahl Interdisziplinärer Besprechungen/Monat	9	7
Subjektiver Nutzen von interdisziplinären Besprechungen (VAS 0-100)**	76	19

**0=kein Nutzen, 100=größtmöglicher Nutzen

Aus der belgischen Stichprobe wurden durch ein Matching-Verfahren 30 Ärzte für den Vergleich zwischen Deutschland und Belgien ausgewählt, dabei waren Prioritäten die vorwiegende Tätigkeit (chirurgisch, internistisch oder radioonkologisch) und das Geschlecht, zweitrangig wurde nach Alter, Weiterbildung und Berufserfahrung gematcht. Da in der belgischen Stichprobe weniger chirurgisch tätige Ärzte an der Studie teilnahmen als in Deutschland, wurden alle Chirurgen und Gynäkologen unabhängig von Geschlecht und zweitrangigen Kriterien miteingeschlossen. Deutsche Gynäkologen und HNO-Ärzte wurden dann mangels korrelierender Fachbereiche in der belgischen Stichprobe mit belgischen Internisten gematcht. Internistisch und radioonkologisch tätige

Ärzte wurden nach passendem Geschlecht, und ähnlichen Angaben für Alter und Berufserfahrung ausgewählt. Da die überwiegende Mehrheit der belgischen Ärzte Fachärzte waren, in Deutschland aber auch viele Assistenzärzte an der Studie teilnahmen, wurde dieses Kriterium als Matching-Kriterium nachträglich ausgeschlossen.

Die belgische Stichprobe setzte sich folgendermaßen zusammen: 43% (n = 13) der belgischen Ärzte waren weiblich und hatten zwischen 1,5 und 35 Jahren (MW = 15, SD = 9) Berufserfahrung mit Krebspatienten. 93% (n = 28) der Ärzte hatten eine Facharztausbildung, 43% (n = 13) waren der vorwiegend operierend tätigen Gruppe zuzuordnen, 47% vorwiegend der internistischen (n = 14) und 10% (n = 3) der radioonkologischen. Als Arbeitsbereich gaben 87 % (n = 26) der Ärzte die Station an, wobei dort zwischen 1 und 40 Patienten pro Woche betreut wurden (MW = 8, SD = 9). 93% (n = 28) gaben an, im ambulanten Bereich tätig zu sein und betreuten dort 1-40 Patienten pro Woche (MW = 15, SD = 13). Die Anzahl interdisziplinärer Besprechungen pro Monat lag zwischen 0-16 (MW = 7, SD = 5) und der subjektive Nutzen von interdisziplinären Besprechungen wurde auf einer VAS (0 = kein Nutzen, 100 = größtmöglicher Nutzen) zwischen 16 und 100 (MW = 70, SD = 21) angegeben.

Der Vergleich zwischen deutscher und belgischer Stichprobe ist in Tabelle 3 dargestellt. Dabei ließen sich nur hinsichtlich der Berufserfahrung mit Krebspatienten ($T(57) = -2,1, p = 0,042$) signifikante Unterschiede zwischen den Ärzten der beiden Nationalitäten feststellen. Es zeigte sich, dass die belgische Stichprobe mehr Berufserfahrung mit Krebspatienten aufwies als die deutsche.

Tabelle 3: Vergleich zwischen deutscher und belgischer Stichprobe

Soziodemographische Angaben deutscher und belgischer Ärzte (n=60)		
	Deskriptive Analyse	
	n (%)	
	Deutschland	Belgien
Geschlecht (w)	15 (50)	13 (43)
Weiterbildung (Facharzt)	18 (60)	28 (93)
vorwiegend tätig als*		
Operateur	18 (60)	13 (43)
Internist	9 (30)	14 (47)
Radioonkologe	3 (10)	3 (10)
Arbeitsbereich**		
Station	18 (60)	26 (87)
Ambulanz	24 (80)	28 (93)
	Mittelwert (SD)	
	Deutschland	Belgien
Alter in Jahren	39 (7)	43 (10)
Berufserfahrung mit Krebspatienten in Jahren	10 (8)	15 (9)
Anzahl stationärer Krebspatienten/ Woche**	14 (8)	8 (9)
Anzahl ambulanter Krebspatienten/ Woche**	14 (13)	15 (13)
Häufigkeit von interdisziplinären Besprechungen/Monat	9 (7)	7 (5)
subjektiver Nutzen von interdisziplinären Besprechungen (VAS) ***	76 (19)	70 (21)

* Zusammengefasste Fachbereiche: Operateur (Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, HNO, Urologie, Gynäkologie), Internist (Innere Medizin, Neurologie)

** Nur Echte Fälle (Angabe >0)

***0=kein Nutzen, 100= größtmöglicher Nutzen

5.2 Psychologische Charakteristika der Probanden

Die psychologischen Charakteristika der Probanden wurden mittels der Fragebögen PRU (Physicians' Reaction to Uncertainty) und IUI (Intolerance of Uncertainty Inventory) ermittelt.

Hierbei zeigte sich beim PRU ein globaler Score (MW = 42,2, SD = 7,8, Range 15-90) im mittleren Bereich. Die Ärzte konnten also nach ihrer Selbsteinschätzung gut mit Unsicherheit in klinischen Situationen umgehen. Die Scores der Subskalen Stress (MW = 22,7, SD = 5,3, Range 8-48) und Disclosure (MW = 19,5, SD = 5,2, Range 7-42) zeigten, dass Unsicherheit im klinischen Alltag bei den Probanden mittleren Stress auslöste, sie aber das Sprechen über Unsicherheit mit Patienten oder Kollegen wenig problematisch fanden.

Die Ergebnisse des Fragebogens IUI Teil A zur individuellen Unsicherheitsintoleranz (MW = 29,1, SD = 5,5, Range 15-75) zeigten eine eher niedrige Unsicherheitsintoleranz, also umgekehrt eine gute Toleranz bei Unsicherheit. Im Teil B des Fragebogens (Kognition und Verhalten) zeigte sich ein mittlerer Globaler Score (MW = 59,6, SD = 13,5, Range 30-150). Dabei waren die Scores der Subskalen (jeweils mit einem Range von 5-25) „Überschätzung“ (MW = 8,9, SD = 2,9) und „Vermeiden“ (MW = 9,4, SD = 2,3) am geringsten, „Kontrolle“ (MW = 10,2, SD = 4) und „Zweifel“ (MW = 10,8, SD = 3,1) etwas höher und diejenigen von „Bestätigung“ (MW = 10,9, SD = 3,3) und „Sorge“ (MW = 11,7, SD = 2,6) am höchsten.

Eine Übersicht dieser Ergebnisse ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Psychologische Charakteristika der deutschen Probanden

Deskriptive Daten des PRU* und IUI** - Baseline t0		Deskriptive Analyse		
		Mittelwert	SD	Min-Max
Psychologische Charakteristika				
PRU Global		42,2	7,8	22-57
	PRU Stress-Skala	22,7	5,3	11-36
	PRU Disclosure-Skala	19,5	5,2	9-28
IUI A- Individuelle Unsicherheitsintoleranz		29,1	5,5	20-42
IUI B Kognition und Verhalten bei Unsicherheit		59,6	13,5	33-88
	IUI B 1 Überschätzung	8,9	2,9	5-16
	IUI B 2 Kontrolle	10,2	4	5-19
	IUI B 3 Bestätigung	10,9	3,3	5-16
	IUI B 4 Vermeiden	9,4	2,3	5-14
	IUI B 5 Sorge	11,7	2,6	6-16
	IUI B 6 Zweifel	10,8	3,1	5-18

*PRU= Physicians' reaction to uncertainty; Skalierung: 6-stufige Likert-Skala (1=stimme überhaupt nicht zu; 6= stimme stark zu); 15 Items; Global= Summe aller Items [15-90]; PRU Stress-Skala= Items#1-5 und 7-9 [8-48]; PRU Disclosure-Skala= Items#6, 10-15 [7-42]

**IUI=Intolerance of Uncertainty Inventory; Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu; 5=trifft völlig zu); IUI A: 15 Items, Global= Summe aller Items [15-75];

IUI B: 30 Items, Global= Summe aller Items [30-150], Subskalen zu jeweils 5 Items [5-25]

5.3 Hauptfragestellung: Verlauf des Entscheidungskonfliktes

Die Hauptfragestellung der Studie war die Betrachtung des Verlaufes des Entscheidungskonfliktes mithilfe des Decisional Conflict Scale (DCS) im Kontext der dreistufigen Entscheidungsfindung bei einem Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung und einem hohen Maß an Unsicherheit. Dazu wurden die Mittelwerte der Scores des DCS zu den einzelnen Versuchszeitpunkten T0, T7prä, T7post, T21prä und T21post deskriptiv ausgewertet und auf signifikante Veränderungen mittels zweiseitigem t-Test überprüft. Dabei zeigte sich sowohl für den globalen Score des DCS, als auch für dessen Subskalen zunächst ein Anstieg des Entscheidungskonfliktes vom Zeitpunkt T0 (DCS Global: MW = 45,73, SD = 10,10) nach T7prä (DCS Global: MW = 53,58, SD = 11,61, Signifikanz der Veränderung $p = 0,001$). Dies bedeutet, dass durch die Konfrontation mit dem Patientenfall dieser Studie bei den Ärzten erfolgreich

ein Entscheidungskonflikt ausgelöst werden konnte. Durch jede weitere Intervention (T7post, Video: MW = 48,31, SD = 12,71; T21prä, Tumorboardempfehlung: MW = 44,72, SD = 9,72; T21post, Arzt-Patienten-Gespräch: MW = 37,85, SD = 9,65) sank der globale Entscheidungskonflikt. Die zweiseitigen t-Tests der Veränderungen ergaben für die Veränderung von T7prä vs. T7post: $p = 0,002$, von T7post vs. T21prä: $p = 0,003$ und von T21prä vs. T21post $p = 0,001$ und zeigten somit signifikante Veränderungen an. Der Mittelwert des DCS Global am Ende des Entscheidungsprozesses (T21post) lag mit 37,85 (SD = 9,65) Punkten knapp über dem definierten Cut-Off-Wert von 37,5 für einen hohen Entscheidungskonflikt. Dies bedeutet, dass viele Ärzte trotz getroffener Entscheidung immer noch einen hohen Entscheidungskonflikt verspürten.

Die Ergebnisse der 6 Subskalen Information, klare Definition der Werte, Unterstützung, Unsicherheit, optimale Entscheidung und Konflikt zeigten ähnliche Verläufe.

Die Subskala „Information“ (wie informiert scheint der Patient zu sein) zeigte dabei zu den Zeitpunkten T0 (MW = 26,94, SD = 20,95) und T21 (MW = 29,44, SD = 16,77) die niedrigsten Werte. Dies spricht dafür, dass der Entscheidungskonflikt der Ärzte generell und auch speziell nach dieser Entscheidung durch das Gefühl, der Patient sei unzureichend informiert, weniger stark hervorgerufen wird. Der Entscheidungskonflikt durch unzureichende Information, der zum Zeitpunkt T7prä (MW = 53,06, SD = 19,63) ausgelöst wurde, konnte durch das Video T7post (MW = 47,99, SD = 22,68), durch das Tumorboard T21prä (MW = 39,08, SD = 14,28) und das Gespräch bei T21 (MW = 29,44, SD = 16,77) auf einen Wert unter dem Cut-off (37,5), reduziert werden.

Auch die Subskala „Klare Definition der Werte“ (wie eindeutig sind die Werte des Patienten) erreichte zum Ende T21post (MW = 29,72, SD = 16,48) einen Wert unter dem Cut-off, der verbliebene Entscheidungskonflikt wurde also ebenso weniger durch unzureichend definierte Werte der Patientin hervorgerufen. Dabei beschrieb der allgemeine Ausgangswert T0 (MW = 43,89, SD = 17,50), dass Ärzte häufig das Gefühl haben, die Werte der Patienten nicht gut zu kennen und daher Entscheidungskonflikte entstehen. Am Zeitpunkt T7prä (MW = 49,72, SD = 23,72) bestätigte sich dieses Gefühl für den speziellen Patientenfall. Durch das Video T7post (MW = 32,18, SD = 17,50) sank der Entscheidungskonflikt. Er stieg bei T21prä (MW = 39,37, SD = 15,73) nach der Tumorboardempfehlung nochmals an und konnte dann nach dem persönlichen Gespräch T21post (MW = 29,72, SD = 16,48) reduziert werden.

Den stärksten Beitrag zum Entscheidungskonflikt leistete Unsicherheit in Bezug auf die Unterstützung des Patienten. Die Scores der Subskala „Unterstützung“ präsentierten sich sowohl im Allgemeinen bei T0 (MW = 64,44, SD = 20,52) als auch im speziellen Patientenfall im Verlauf bei T7prä (MW = 65,00, SD = 14,58), T7post (MW = 62,93, SD = 18,31), T21prä (MW = 56,61, SD = 16,12) und T21post (MW = 48,33, SD = 14,45) mit hohen Werten, die einen großen Entscheidungskonflikt bedeuten. Die Werte bei T21post zum Ende des Entscheidungsfindungsprozesses waren die höchsten unter den Subskalen, über die Unterstützung der Patientin herrschte also große Unsicherheit.

Die Subskala „Unsicherheit“ (Unsicherheit des Arztes), zeigte eine gute eigene Einschätzung der Ärzte. Die allgemeine eigene Unsicherheit bei T0 (MW = 43,61, SD = 16,91) fand sich ähnlich am Ende des Prozesses bei T21post (MW = 40,28, SD = 17,52) wieder. Im Verlauf präsentierte sie sich über T7prä (MW = 59,44, SD = 21,07), T7post (MW = 54,02, SD = 22,56) und T21prä (MW = 45,69, SD = 18,45) abnehmend. Eigene Unsicherheit bezüglich der zu treffenden Entscheidung trägt somit bei Werten oberhalb des Cut-offs wesentlich zum Entscheidungskonflikt bei.

Bei der Subskala „optimale Entscheidung“ (Wahrnehmung der getroffenen Entscheidung als gut oder schlecht) lag die eigene Einschätzung der Ärzte für Entscheidungen im Allgemeinen bei T0 (MW = 46,04, SD = 13,88) ähnlich zu dem durch den speziellen Fall tatsächlich ausgelösten Gefühl T7prä (MW = 47,29, SD = 14,18). Durch jede Intervention bei T7post (MW = 46,34, SD = 14,71), T21prä (MW = 37,93, SD = 12,49) und T21post (MW = 35,42, SD = 18,08) wurde die Entscheidung als „optimaler“ bewertet.

Auch die Subskala „Konflikt“ (Entscheidungskonflikt des Arztes) zeigte eine gute eigene Einschätzung des Entscheidungskonfliktes bei T0 (MW = 47,15, SD = 8,23). Der hervorgerufene Entscheidungskonflikt bei T7prä (MW = 52,36, SD = 12,42) zeigte einen abnehmenden Verlauf über T7post (MW = 49,78, SD = 13,40), T21prä (MW = 44,83, SD = 11,38) bis zu T21post (MW = 41,18, SD = 10,66). Der Endwert, immer noch über dem Cut-off, zeigte einen hohen Entscheidungskonflikt trotz getroffener Entscheidung.

Eine tabellarische Darstellung dieser Ergebnisse findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Verlauf des DCS mit Subskalen

Decisional Conflict Scale*	Deskriptive Analyse Mittelwert (SD)					Sig. (2-seitig) der Veränderung mittels T-Test			
	t0	t7prä	t7post	t21prä	t21post	t0 vs. t7prä	t7prä vs. t7post	t7post vs. t21prä	t21prä vs. t21post
DCS global	45,73 (10,10)	53,58 (11,61)	48,31 (12,71)	43,97 (8,95)	37,85 (9,65)	0,001	0,002	0,003	0,001
DCS Information	26,94 (20,95)	53,06 (19,63)	47,99 (22,68)	39,08 (14,28)	29,44 (16,77)	0,001	0,061	0,006	0,001
DCS Klare Definition der Werte	43,89 (17,50)	49,72 (23,72)	32,18 (17,50)	39,37 (15,73)	29,72 (16,48)	0,314	0,001	0,019	0,012
DCS Unterstützung	64,44 (20,52)	65,00 (14,58)	62,93 (18,31)	56,61 (16,12)	48,33 (14,75)	0,86	0,435	0,005	0,011
DCS Unsicherheit	43,61 (16,91)	59,44 (21,07)	54,02 (22,56)	45,69 (18,45)	40,28 (17,52)	0,002	0,081	0,017	0,143
DCS Optimale Entscheidung	46,04 (13,88)	47,29 (14,18)	46,34 (14,71)	37,93 (12,49)	35,42 (18,08)	0,592	0,923	0,001	0,302
DCS Konflikt	47,15 (8,23)	52,36 (12,42)	49,78 (13,40)	44,83 (11,38)	41,18 (10,66)	0,029	0,204	0,005	0,032

*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items; Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25%-100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

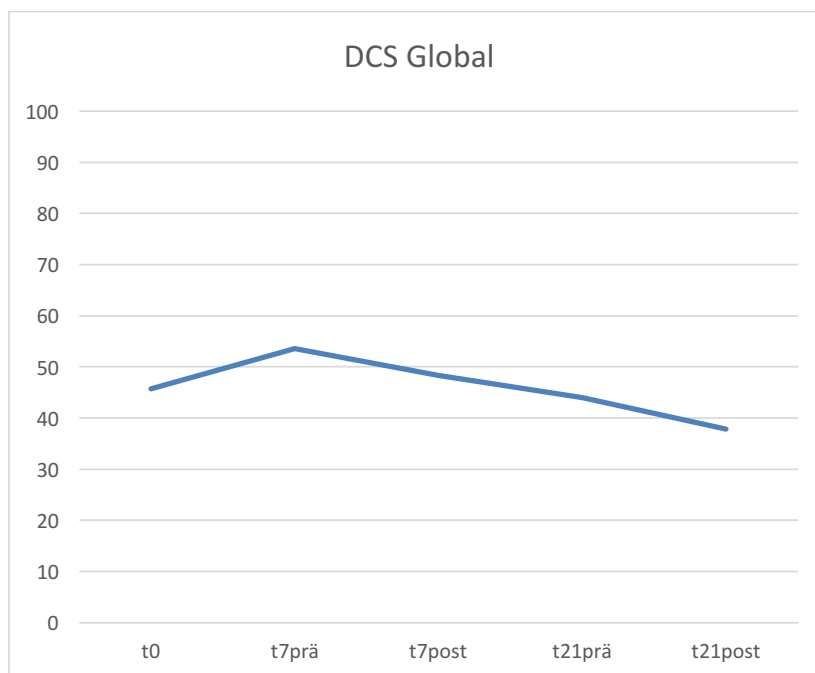
Die Analyse der Veränderung des DCS Global ergab folgende Ergebnisse: Von T0 nach T7prä stieg der Score und somit der Entscheidungskonflikt im Mittel um 7,85 Punkte (SD = 12,06). Nach dem Video der Patientin (T7prä-T7post) sank der Score im Mittel um 4,92 Punkte (SD = 7,80), nach der Tumorboardempfehlung (T7post-T21prä) um 4,35 (SD = 7,25) Punkte und nach dem Arzt-Patienten-Gespräch (T21prä-T21post) um 6,88 Punkte (SD = 9,94). Insgesamt konnte der DCS Global über den Verlauf des dreistufigen Entscheidungsfindungsprozesses (T7prä-T21post) um im Mittel 15,73 (SD = 13,37) Punkte gesenkt werden. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 6 noch einmal dargestellt. Abbildung 4 enthält einen graphischen Verlauf des DCS Global.

Tabelle 6: Veränderungen im DCS Global im Verlauf des Entscheidungsfindungsprozesses

Deskriptive Beschreibung der Veränderung des DCS Global*	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
DCS Global (t0-t7prä)**	-47,92	13,54	-7,85	12,06
DCS Global (t7prä-t7post)	-9,38	18,75	4,92	7,80
DCS Global (t7post-t21prä)	-13,54	20,83	4,35	7,25
DCS Global (t21prä-t21post)	-13,54	31,25	6,88	9,94
DCS Global (t7prä-t21post)	-4,17	41,67	15,73	13,37

*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items; Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25%-100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

** (Zeitpunkt1-Zeitpunkt 2), positive Werte =Reduktion, negative Werte= Zunahme



*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items; Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25%-100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

Abbildung 4: Verlauf des DCS Global

Zusammenfassend zeigte sich eine signifikante Reduktion des DCS Global vom Zeitpunkt t0 nach t21post, der Mittelwert bei t21post lag über dem definierten Cut-off von 37,5 Punkten und zeigte somit einen weiterhin relevanten Entscheidungskonflikt an. In Bezug auf die Subskalen des DCS Fragebogens ergaben sich bei t21post Mittelwerte unterhalb des Cut-offs für die Skalen „Information“ sowie „Klare Definition der Werte“, bei den Skalen „Unterstützung“, „Unsicherheit“, „optimale Entscheidung“ und „Konflikt“ ergaben sich am Ende des Prozesses Mittelwerte oberhalb des Cut-offs.

5.4 Nebenfragestellung: Prädiktoren des Entscheidungskonfliktes und dessen Verlauf

In einer Analyse von Pearson-Korrelationen mit der Effektstärkenmessung nach Cohen ($r = 0,1$: kleiner Effekt, $r = 0,3$: mittlerer Effekt und $r = 0,5$ starker Effekt) zeigten sich folgende Ergebnisse:

Die Korrelation der soziodemographischen Charakteristika mit dem allgemein empfundenen Entscheidungskonflikt bei T0 zeigte Effekte vor allem zwischen der Anzahl interdisziplinärer Tumorboards in der Woche und dem Entscheidungskonflikt (DCS Global) ($r = -0,5$). Eine hohe Anzahl an interdisziplinären Tumorboards führten also zu weniger Entscheidungskonflikt im Allgemeinen. Bei der Betrachtung der Aufteilung in Subskalen zeigte sich, dass vor allem der ärztliche Entscheidungskonflikt hierdurch vermindert wurde (DCS Unsicherheit: $r = -0,337$, DCS optimale Entscheidung: $r = -0,354$, DCS Konflikt: $r = -0,674$). Andere Faktoren schienen den globalen Entscheidungskonflikt (DCS Global bei T0) weniger gut vorhersagen zu können, weshalb auch die Aussage der Subskalen begrenzt bleibt. Eine Tabelle der wichtigsten Korrelationen findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Pearson-Korrelationen der soziodemographischen Daten mit DCS T0

Baseline t0 DCS	Pearson-Korrelationen*						
	DCS Global	DCS Information	DCS Klare Definition der Werte	DCS Unterstützung	DCS Unsicherheit	DCS optimale Entscheidung	DCS Konflikt
Berufserfahrung mit Krebspatienten in Jahren	-0,114	-0,252	-0,069	0,102	-0,268	0,05	-0,131
Betreuung von Krebspatienten in Wochenstunden	0,1	0,367	-0,103	0,188	-0,039	0,083	-0,058
Anzahl der interdisziplinären Besprechungen letzte Woche	-0,5	-0,07	-0,271	-0,219	-0,337	-0,354	-0,674
VAS Nutzen von interdisziplinären Besprechungen	0,194	0,115	0,123	0,117	0,104	0,308	0,221

*nach Cohen: $r=0,1$: kleiner Effekt; $r=0,3$: mittlerer Effekt; $r=0,5$: starker Effekt

Die Korrelation dieser Charakteristika mit dem DCS Global zum Zeitpunkt T7prä (mit Bezug auf den speziellen Patientenfall), zeigte ähnliche Ergebnisse. Hier war jedoch ein stärkerer Effekt durch Berufserfahrung als Arzt ($r = -0,290$) und mit Krebspatienten ($r = -0,295$) zu beobachten. Mehr Berufserfahrung als Arzt beziehungsweise als Arzt von Krebspatienten korrelierte mit einem geringeren Entscheidungskonflikt. Dagegen schien eine höhere Anzahl von gesehenen Patienten in einer Tagesklinik zu einem höheren Entscheidungskonflikt zu führen ($r = 0,325$). Wie bei den Korrelationen zum DCS T0 zeigten sich auch bei DCS t7prä Effekte beim Zusammenhang zwischen der Anzahl interdisziplinärer Besprechungen und dem empfundenen Entscheidungskonflikt ($r = -0,385$). Eine Zusammenfassung dieser Ergebnisse findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Pearson Korrelation zwischen soziodemographischen Daten und DCS Global T7prä

Pearson-Korrelationen	
	DCS_Global Prä Tag 7
Alter	-,249
Geschlecht	,271
Weiterbildung Jahre	-,099
Fachbereich	,185
Beschäftigungsdauer diese Einrichtung	-,227
Berufserfahrung als Arzt (Jahre)	-,290
Berufserfahrung mit Krebspatienten (Jahre)	-,295
Betreuung von Krebspatienten (Wochenstunden)	-,025
Anzahl stationärer Krebspatienten in der Woche	-,067
Anzahl Krebspatienten in Tagesklinik letzte Woche	,325
Anzahl der interdisziplinären Besprechungen letzte Woche	-,385*
Subjektiver Nutzen von interdisziplinären Besprechungen	,128

*nach Cohen: $r=0,1$: kleiner Effekt; $r=0,3$: mittlerer Effekt;
 $r=0,5$: starker Effekt

Bei der Betrachtung der Prädiktoren für die Veränderung im DCS Global ist es hilfreich, sich vor soziodemographischen und psychologischen Charakteristika zunächst den Einfluss des DCS Global Scores auf diese Veränderung zu vergegenwärtigen. Prädiktoren der Veränderung wurden mittels Spearman-Rho-Korrelationen errechnet.

Der DCS Global erwies sich als stärkster Prädiktor einer Veränderung im DCS Global: Je höher der Entscheidungskonflikt zu Beginn oder vor einer Intervention, desto höher war dessen Reduktion. Ärzte, die einen starken Entscheidungskonflikt empfanden, profitierten also stark von dem Entscheidungsfindungsprozess in drei Stufen. Ärzte, die den Konflikt als weniger stark empfanden, erreichten auch eine geringere Reduktion. Dabei zeigten sich starke Effekte zwischen:

- DCS Global T0-T7prä in Korrelation zu DCS Global T0 ($r = 0,402$): Je höher der Entscheidungskonflikt im Allgemeinen, desto höher war er durch die Konfrontation mit dem speziellen Patientenfall.
- DCS Global T7post-T21prä in Korrelation zu DCS Global T0 ($r = 0,570$), DCS Global T7prä ($r = 0,690$) und DCS Global T7post ($r = 0,729$). Ärzte mit hohen Entscheidungskonflikten konnten diesen besonders durch die Empfehlung des interdisziplinären Tumorboards reduzieren.
- DCS Global T21prä-T21post in Korrelation zu DCS Global T7prä ($r = 0,426$), DCS Global T7post ($r = 0,664$) und DCS Global T21prä ($r = 0,657$): Ärzte, die trotz Patientenakte, Video der Patientin und Tumorboardempfehlung noch einen hohen Entscheidungskonflikt verspürten, konnten diesen durch das Arzt-Patienten-Gespräch zur Entscheidungsfindung reduzieren.

Schwächere Effekte zeigten sich für die Korrelationen zwischen DCS Global T7prä-T7post und DCS Global T0 ($r = -0,263$) und T7prä ($r = 0,184$) und zwischen DCS Global T21prä-T21post und DCS Global T0 ($r = 0,264$). Diese Ergebnisse sind in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9: DCS Global als Prädiktor der Veränderung des DCS Global

Prädiktoren für die Veränderung des DCS*: Spearman-Rho Korrelation	DCS Global			
	t0-T7prä	T7prä-T7post	T7post-T21prä	T21prä-T21post
DCS Global T0	,402*	-,263	,570**	,264
DCS Global T7prä		,184	,690**	,462*
DCS Global T7post			,729**	,664**
DCS Global T21prä				,657**

*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items; Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25% -100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs von soziodemographischen und psychologischen Charakteristika mittels Spearman Rho Korrelation zeigten sich mittlere und kleine Effekte zwischen der gesamten Veränderung des Entscheidungskonfliktes über den Entscheidungsfindungsprozess DCS Global T7prä-T21post und der Berufserfahrung ($r = -0,304$), der Erfahrung mit Krebspatienten ($r = -0,369$) und der Anzahl der interdisziplinären Besprechungen der letzten Woche ($r = -0,293$). Die Korrelation der Veränderung des DCS Global T7prä-T7post mit dem Alter ($r = -0,289$), der Berufserfahrung als Arzt ($r = -0,264$) und dem VAS Nutzen von interdisziplinären Besprechungen ($r = -0,333$) zeigte kleine bis mittlere Effekte.

Tabelle 10: Spearman-Rho Korrelation zwischen soziodemographischen Daten und der Veränderung des DCS Global

Prädiktoren für die Veränderung im DCS*: Spearman-Rho Korrelation				
	DCS Global (t7prä- t7post)	DCS Global (t7post- t21prä)	DCS Global (t21prä- t21post)	DCS Global (t7prä- t21post)
Alter	-,289	,064	-,094	-,184
Betreuung von Krebspatienten in Wochenstunden	,102	-,134	,095	,009
Berufserfahrung als Arzt	-,264	,088	-,249	-,304
Berufserfahrung mit Krebspatienten	-,205	-,008	-,293	-,369*
Anzahl der interdisziplinären Besprechungen letzte Woche	,257	-,417*	-,305	-,293
VAS Nutzen von interdisziplinären Besprechungen**	-,333	,093	,355	,119

*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items;

Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25%-100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

Veränderung im DCS (Zeitpunkt 1-Zeitpunkt 2: Positive Werte= Reduktion, negative Werte= Zunahme)

**VAS (0=kein Nutzen, 100= größtmöglicher Nutzen)

Bei Betrachtung des Effekts der psychologischen Charakteristika auf den Verlauf des Entscheidungskonfliktes zeigte sich der PRU-Fragebogen als effektstärker hinsichtlich des Einflusses auf den Verlauf des Entscheidungskonfliktes als der IUI-Fragebogen. Vor allem über den gesamten Zeitraum betrachtet (DCS Global T7prä-T7post), zeigten sich für den Zusammenhang zwischen PRU und DCS-Differenz mittlere Effekte (PRU Global

und DCS T7prä-T7post; $r = -0.366$) und dabei vor allem bei der Disclosure-Skala, die beschreibt, wie leicht es Ärzten fällt, vor Patienten oder Kollegen Unsicherheit zuzugeben (PRU-Disclosure und DCS T7prä-T7post: $r = -0.486$, PRU-Disclosure Patienten und DCS T7prä-T7post: $r = -0,372$, PRU-Disclosure-Ärzte und DCS T7prä-T7post: $r = -0,313$). Für der IUI-Fragebogen hingegen zeigten sich nur sehr kleine Effekte (IUI A Global und DCS T7prä-T7post: $r = -0.183$, IUI B Global und DCS T7prä-T7post: $r = 0,078$).

Zusammenfassend fand sich vor allem eine Korrelation zwischen einer hohen Anzahl interdisziplinärer Tumorboards und einem geringen Entscheidungskonflikt ($r = -0,5$). Im speziellen Patientenfall dieser Studie zeigte sich eine Korrelation zwischen der Berufserfahrung des jeweiligen Arztes und einem niedrigeren Entscheidungskonflikt ($r = -0,290$). Die Höhe des Entscheidungskonfliktes zu Beginn erwies sich als guter Prädiktor für die spätere Reduktion- je höher der Konflikt zu Beginn, desto größer die Reduktion durch den Prozess. Für soziodemographische Daten sowie psychologische Charakteristika ließen sich für die Korrelation zur Veränderung des DCS Global mittlere und kleine Effekte nachweisen.

5.5 Nebenfragestellung: Deutsche und belgische Ärzte im Vergleich: Psychologische Charakteristika und Entscheidungskonflikt im Verlauf

Wie bereits im Kapitel 5.1 beschrieben, gab es zwischen den soziodemographischen Eigenschaften der Ärzte aus Deutschland und Belgien bis auf die unterschiedliche Berufserfahrung keine signifikanten Unterschiede. Bevor der Vergleich des Verlaufs des Entscheidungskonflikts zwischen deutschen und belgischen Ärzten beleuchtet wird, erfolgt noch eine Präsentation der psychologischen Charakteristika, die ebenfalls den Entscheidungskonflikt beeinflussen können. Hier zeigte sich, dass belgische und deutsche Ärzte sich in ihrer Einstellung zur Unsicherheit im Allgemeinen und im klinischen Alltag ähnlich waren. In den Ergebnissen der Fragebögen PRU ($T(50) = -0,788$, $p = 0,434$), IUI A ($T(58) = -1,868$, $p = 0,067$) und IUI B ($T(58) = -1,776$, $p = 0,081$) konnten keine relevanten Unterschiede festgestellt werden. Die Werte der beiden Gruppen im Vergleich sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Vergleich der psychologischen Charakteristika deutscher und belgischer Ärzte

Psychologische Charakteristika deutscher und belgischer Ärzte (n= jeweils 30)				
	Mittelwert (SD)		Min-Max	
	Deutschland	Belgien	Deutschland	Belgien
PRU Global	42,2 (7,8)	44 (12,0)	22-57	17-67
IUI A Global-Individuelle Unsicherheitsintoleranz	29,1 (5,5)	32,4 (7,8)	20-42	22-49
IUI B Global- Kognition und Verhalten bei Unsicherheit	59,6 (13,5)	66,6 (16,6)	33-88	38-96

*PRU= Physicians' reaction to uncertainty; Skalierung: 6-stufige Likert-Skala (1=stimme überhaupt nicht zu; 6= stimme stark zu); 15 Items; Global= Summe aller Items [15-90]; PRU Stress-Skala= Items#1-5 und 7-9 [8-48]; PRU Disclosure-Skala= Items#6, 10-15 [7-42]
**IUI=Intolerance of Uncertainty Inventory; Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=trifft überhaupt nicht zu; 5=trifft völlig zu); IUI A: 15 Items, Global= Summe aller Items [15-75];

Da die Vergleichbarkeit in soziodemographischen und psychologischen Charakteristika gegeben war, konnte ein Vergleich des Verlaufes des Entscheidungskonfliktes, der mittels DCS-Fragebogen gemessen wurde, durchgeführt werden.

Hier zeigten sich ähnliche Verläufe für deutsche und belgische Ärzte. Zu Beginn (T0) schätzten deutsche und belgische Ärzte ihren Entscheidungskonflikt im Kontext der Entscheidungsfindung bei Krebspatienten ähnlich ein (Deutschland: MW = 45,73, SD = 10,10, Belgien: MW = 43,54, SD = 11,79; $T(58) = 0,772$, $p = 0,444$). Zu Beginn des konkreten Patientenfalles (T7prä) stieg der Entscheidungskonflikt von Ärzten beider Nationen auf ähnliche Werte an (Deutschland: MW = 53,58, SD = 11,61, Belgien: MW = 53,58, SD = 12,50; $T(58) = 0,000$, $p = 1,000$) und sank dann nach dem Video (T7post) (Deutschland: MW = 48,31, SD = 12,71, Belgien: MW = 44,03, SD = 9,97; $T(57) = 1,443$, $p = 0,154$). Nach der Empfehlung des interdisziplinären Tumorboards (T21prä) sank der Entscheidungskonflikt der deutschen Ärzte weiter (MW = 44,72, SD = 9,72), während der der belgischen Ärzte leicht anstieg (MW = 45,90, SD = 13,73). Trotzdem konnte auch hier kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(58) = -0,385$, $p = 0,702$). Am Ende des Prozesses (T21post) empfanden deutsche und belgische Ärzte immer noch einen Entscheidungskonflikt, der ebenfalls vergleichbar war

(Deutschland: MW = 37,85, SD = 9,65, Belgien: MW = 34,16, SD = 10,90, $T(58) = 1,386$, $p = 0,171$). Deutsche Ärzte lagen jedoch im Mittel oberhalb des Cut-off-Wertes für einen hohen Entscheidungskonflikt (37,5), belgische Ärzte lagen im Mittel unterhalb dieses Wertes (Tabelle 12). Eine graphische Darstellung der Verläufe des Entscheidungskonfliktes bei belgischen und deutschen Ärzten findet sich in Abbildung 5.

Tabelle 12: Verlauf des DCS deutscher und belgischer Ärzte im Vergleich

	DCS Global im Verlauf bei deutschen und belgischen Ärzten (n=jeweils 30)	
	Mittelwert (SD)	
	Deutschland	Belgien
DCS Global T0	45,73 (10,10)	43,54 (11,79)
DCS Global T7prä	53,58 (11,61)	53,58 (12,50)
DCS Global T7post	48,31 (12,71)	44,03 (9,97)
DCS Global T21prä	44,72 (9,72)	45,90 (13,73)
DCS Global T21post	37,85 (9,65)	34,16 (10,90)

*Decisional Conflict Scale (DCS): Skalierung: 5-stufige Likert-Skala (1=stimme stark zu; 5=stimme überhaupt nicht zu); 24 Items; Range [0=kein Entscheidungskonflikt, cut-off 25%-100=hoher Entscheidungskonflikt, cut-off 37,5%]

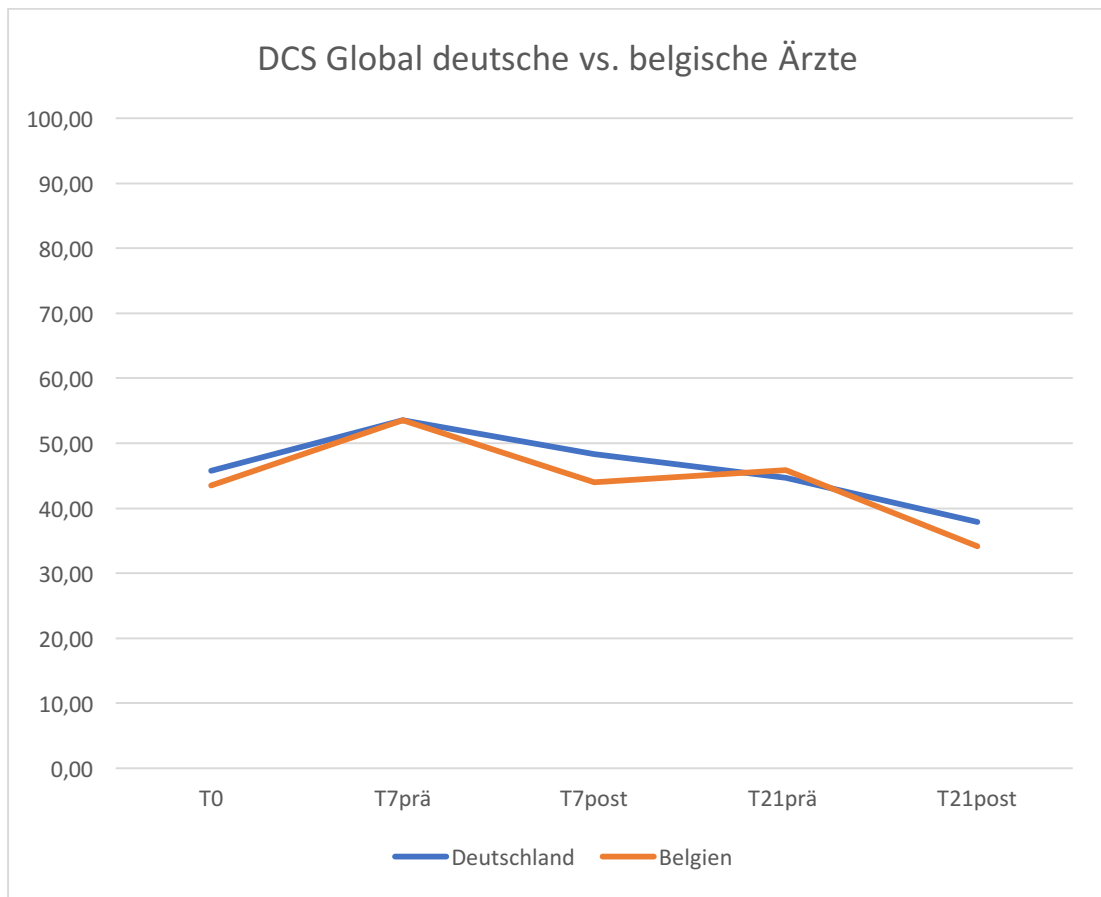


Abbildung 5: Graphische Darstellung des Verlaufs des DCS Global deutscher und belgischer Ärzte

Zusammenfassend handelte es sich bei deutschen und belgischen Ärzten um vergleichbare Stichproben; es ließen sich beim Verlauf des DCS Global zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten keine signifikanten Unterschiede feststellen.

6 Diskussion

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst und im Kontext der Ergebnisse vorangegangener Literatur interpretiert und diskutiert werden. Außerdem sollen die Methoden, die in dieser Studie verwendet wurden, kritisch beleuchtet werden. Zuletzt erfolgt ein Ausblick mit Implikationen für die weitere Forschung im Gebiet der Entscheidungsfindung in der Onkologie einerseits und für die Anwendung der Erkenntnisse aus dieser Studie für den klinischen Alltag in der onkologischen Versorgung andererseits.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 Verlauf des Entscheidungskonfliktes im Kontext der dreistufigen Entscheidungsfindung

Die Hauptfragestellung der Studie bezog sich auf den Verlauf des ärztlichen Entscheidungskonfliktes im Rahmen des dreistufigen Entscheidungsfindungsprozesses. Dieser Konflikt entsteht in der Onkologie besonders häufig durch hohe vorhandene Unsicherheit über unterschiedliche Aspekte der Erkrankung oder des Patienten. Bestehende Entscheidungskonflikte beeinflussen das ärztliche Handeln und die Zufriedenheit von Ärzten und Patienten. Daher ist es von Bedeutung, das Ausmaß des Konfliktes und dessen Verlauf besser zu verstehen.

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen das Vorhandensein eines relevanten ärztlichen Entscheidungskonfliktes bei der Entscheidungsfindung im Kontext hoher Unsicherheit, wie auch in der Literatur beschrieben (Berger, 2015; LeBlanc et al., 2009; Légaré et al., 2006; Mullins et al., 2010). Die teilnehmenden Ärzte empfanden einen hohen Entscheidungskonflikt als sie dazu aufgefordert wurden, eine Entscheidung mit einer Krebspatientin zu treffen, wenn hohe Unsicherheit über unterschiedliche Aspekte der Erkrankung herrschte. Diese Unsicherheiten betrafen die Unterstützung der Patientin, deren Verständnis der Situation und persönliche Präferenzen. Die Studie zeigte dann, dass der dreistufige Entscheidungsprozess zur Entscheidungsfindung bei Krebspatienten,

wie von Ménard et al. vorgeschlagen (Ménard et al., 2012), tatsächlich zu einer signifikanten Reduktion des Entscheidungskonfliktes bei Ärzten führen konnte. Er war am Ende des Prozesses, als alle Informationen durch den optimalen Entscheidungsprozess vorhanden waren, weniger ausgeprägt als zu Beginn. Das Zusammenspiel aus mehreren Patientengesprächen und kollegialer interdisziplinärer Beratung im Rahmen eines Tumorboards scheint daher entscheidend zu dieser Reduktion beizutragen. Die Empfehlungen hierfür (Gagliardi et al., 2011; Gouveia et al., 2008; Legare et al., 2011) sind also durchaus gerechtfertigt im Hinblick auf die unterstützende Rolle bei der ärztlichen Entscheidungsfindung.

Bei der Betrachtung der Bedeutung der einzelnen Schritte des Entscheidungsprozesses für die Reduktion des Entscheidungskonfliktes zeigte sich, dass keiner der Schritte signifikant stärker zur Reduktion beitrug als andere. Daraus lässt sich ableiten, dass der gesamte Prozess notwendig ist, wie von Ménard et al. (2012) vorgeschlagen, um zu einer qualitativ hochwertigen Entscheidung mit einem für Ärzte akzeptablen verbleibenden Entscheidungskonflikt zu gelangen.

Trotz des optimalen Entscheidungsprozesses, der in dieser Studie durchlaufen wurde, zeigte sich anhand der Untersuchung zum ersten Mal, dass sich der Entscheidungskonflikt der Ärzte auf einem weiterhin relevant hohen Niveau befindet. Der weiterhin vorhandene Entscheidungskonflikt lässt sich auf unterschiedliche Art und Weise erklären: Zum einen durch die Feststellung von Babrow und Kline und von Brashers, die besagt, dass Unsicherheit im medizinischen Kontext sich nie gänzlich reduzieren lässt (Babrow und Kline, 2000; Brashers, 2001). Ein komplettes Verschwinden des Entscheidungskonfliktes wäre dementsprechend unmöglich. Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Notwendigkeit, Unsicherheitsmanagement im Umgang mit Krebspatienten zu beherrschen (Brashers, 2001; Mishel et al., 2009).

Zum anderen ist es möglich, dass bestimmte psychologische Parameter der ausgewählten Stichprobe Einfluss auf die Höhe des Entscheidungskonfliktes hatten. Beispielsweise konnten Libert et al. zeigen, dass psychologische Charakteristika, wie beispielsweise die Unsicherheitsintoleranz, Einfluss auf die ärztliche Zufriedenheit beim Umgang mit Unsicherheit hatte (Libert et al., 2016). Da sich die deutsche Stichprobe aus jüngeren Ärzten in eher „technischen“ Fachbereichen zusammensetzte, war sie nach den

Erkenntnissen von Bovier und Perneger (2007) eher davon betroffen, Unsicherheit im medizinischen Kontext als belastend zu empfinden.

Eine weitere Möglichkeit den weiter bestehenden Entscheidungskonflikt zu erklären besteht darin, dass sich die Patientin im Szenario unserer Studie für die Option des Best Supportive Care und damit gegen die Empfehlung des interdisziplinären Tumorboards entscheidet. Das ärztliche Empfinden in einer solchen Situation ist bis heute jedoch noch nicht genauer erforscht.

Betrachtet man die Ergebnisse der Subskalen, die den Entscheidungskonflikt nach Ursachen aufschlüsseln, so lässt sich feststellen, dass Ärzte die Informiertheit der Patientin und die Klarheit der Werte der Patientin als wenig unsicher empfinden. Einen großen Teil zum empfundenen Entscheidungskonflikt trägt dagegen die Unsicherheit über die Unterstützung der Patientin, die ärztliche Unsicherheit und das Gefühl, die getroffene Entscheidung sei nicht optimal, bei. Die Patientenrolle der simulierten Patientin gibt tatsächlich eine eher informierte Patientin mit recht klaren Wertevorstellungen vor, deren Unterstützung sich durch andere aber unsicher gestaltete. Die von Leblanc et al. bestätigte Hypothese, der Entscheidungskonflikt von Ärzten und Patienten beeinflusse sich gegenseitig (LeBlanc et al., 2009), findet sich in den Aspekten Informiertheit, Wertevorstellungen und Unterstützung wieder. Die ärztliche Unsicherheit und das Gefühl der nicht optimalen Entscheidung – Faktoren, die den Entscheidungskonflikt hauptsächlich von ärztlicher Seite aus hervorrufen – könnten sich daher ebenfalls auf die Patientin auswirken. Der Einfluss dieser Aspekte auf den Entscheidungskonflikt lässt sich durch unterschiedliche Aspekte erklären: Erstens ist es möglich, dass Ärzte die eigene Unsicherheitsintoleranz durch unterschiedliche Formen des Bias in Fragebögen (Choi und Pak, 2005) niedriger angeben, als sie tatsächlich ausgeprägt ist und daher den verbleibenden Entscheidungskonflikt für sich problematischer empfinden. Zweitens sind nicht alle Teilnehmer mit dem Behandlungsprotokoll bei Rektumkarzinom vertraut, da sie in anderen Fachgebieten tätig sind. Mündlich kommunizierten sie häufig, nicht die Kompetenz zu empfinden, eine Entscheidung in dieser Situation zu treffen. Drittens unterscheidet sich die Entscheidung der Patientin von dem vorgeschlagenen Vorgehen des interdisziplinären Tumorboards. Diese Diskrepanz löste möglicherweise Unsicherheit über die getroffene Entscheidung aus, die dann wiederum zum Anstieg des empfundenen Entscheidungskonfliktes führt.

6.1.2 Prädiktoren für den Entscheidungskonflikt und dessen Verlauf

Eine Nebenfragestellung der Studie beinhaltete die Frage nach Prädiktoren, die als Indikatoren für das Ausmaß des ausgelösten Entscheidungskonfliktes und dessen Verlauf angesehen werden können. Ziel war ein besseres Verständnis für Bedürfnisse von Ärzten bei der Entscheidungsfindung. Bereits vorhandene Literatur zu dieser Thematik zeigte dazu unterschiedliche Ergebnisse (siehe Kapitel 2.2.2).

Dabei wird einerseits der Einfluss soziodemographischer Prädiktoren untersucht, andererseits der Einfluss des Ausmaßes des Entscheidungskonfliktes an sich. Hierbei zeigen sich folgende Ergebnisse:

- Das Ausmaß der Reduktion des Entscheidungskonfliktes ist maßgeblich davon abhängig, wie stark der Entscheidungskonflikt zu Beginn des Entscheidungsfindungsprozesses empfunden wird. Konkret bedeutet dies, dass Ärzte, die einen hohen Entscheidungskonflikt verspüren, diesen im Verlauf stark reduzieren können. Ärzte, die den Konflikt als weniger stark empfinden, erreichen auch eine geringere Reduktion. Dies bedeutet, dass der dreistufige Entscheidungsfindungsprozess vor allem in zwei Situationen hilfreich ist: Erstens, wenn hohe Unsicherheit über die zu treffende Entscheidung herrscht, wie es in der Onkologie oft der Fall ist (Ménard et al., 2012; Reyna et al., 2015) und zweitens, wenn Ärzte durch persönliche Charakteristika erhöhte Entscheidungskonflikte empfinden (Bovier und Perneger, 2007; Libert et al., 2016).
- Als Prädiktoren dieses zu Beginn bestehenden Konfliktes wiederum zeigen sich vor allem die Berufserfahrung als Arzt beziehungsweise als Arzt von Krebspatienten und die Anzahl an interdisziplinären Besprechungen. Mehr Berufserfahrung und eine hohe Anzahl an interdisziplinären Besprechungen begünstigen einen niedrigeren Entscheidungskonflikt. Der Einfluss von Geschlecht und Arbeitsplatz ist in dieser Hinsicht geringer ausgeprägt. Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen von Bovier und Perneger zu Berufserfahrung als starker Prädiktor des Stresses durch Unsicherheit (Bovier und Perneger, 2007). Das Geschlecht spielte in dieser Studie andererseits eine viel geringere Rolle als zuvor in anderen Studien beobachtet (Bovier und Perneger, 2007; Gerrity et al., 1995; Lally und Cantillon, 2014) und bestätigte eher die neueren Ergebnisse von Iannello et al. (Iannello et al., 2017), die keine Unterschiede feststellten. Als neue

Erkenntnis kann man die Bedeutung von interdisziplinären Besprechungen für den Umgang mit Unsicherheit im onkologischen Kontext ansehen.

- Auch bei der Betrachtung der persönlichen psychologischen Charakteristika zeigen sich Effekte auf den Entscheidungskonflikt. Dabei gibt es Effekte zwischen hohen Werten des Fragebogens zur Unsicherheit im medizinischen Kontext (Mishel et al.) und der Höhe des Entscheidungskonfliktes. Diese Ergebnisse decken sich mit den Beobachtungen von Libert und Canivet zum Einfluss psychologischer Charakteristika auf die Zufriedenheit des Umgangs mit Unsicherheit im Entscheidungsfindungsprozess (Libert et al., 2016).

Als Fazit aus diesen Ergebnissen lässt sich ziehen, dass einige Eigenschaften den Entscheidungskonflikt zwar stärker beeinflussten als andere, insgesamt aber von einer multifaktoriellen Genese des Entscheidungskonfliktes aus Berufserfahrung, interdisziplinären Gesprächen, Geschlecht, Arbeitsplatz und persönlichen psychologischen Charakteristika auszugehen ist.

6.1.3 Vergleich des Entscheidungskonfliktes deutscher und belgischer Ärzte

Die zweite Nebenfragestellung der Studie war, ob sich Ärzte unterschiedlicher Kulturen und unterschiedlicher Gesundheitssysteme in dem empfundenen Entscheidungskonflikt unterschieden und ob dessen Verlauf unterschiedlich war. In der Literatur gab es Hinweise auf mögliche Unterschiede, gerade zwischen deutschen und belgischen Ärzten (Van den Brink-Muinen et al., 2003).

Deutsche und belgische Ärzte unterscheiden sich weder in der Höhe noch im Verlauf des Entscheidungskonfliktes signifikant. Die orientierende Messung des Entscheidungskonfliktes vor Beginn des Entscheidungsprozesses ergibt ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Ärzten beider Nationen. Der in dieser Studie präsentierte Fall wird unabhängig von Kultur und Gesundheitssystem als unsicher empfunden und der Entscheidungsprozess bewirkt bei Ärzten beider Nationalitäten eine Reduktion des Entscheidungskonfliktes. Dieser hält sich aber bei deutschen wie bei belgischen Ärzten auf einem weiterhin relevanten Niveau. Zum Ende der Entscheidungsfindung empfinden ihn deutsche wie belgische Ärzte als hoch. Daraus lässt sich zunächst schließen, dass Entscheidungskonflikte bei Patienten mit einer

fortgeschrittenen Krebserkrankung in beiden Ländern vorkommen und dass es für Ärzte beider Nationen hilfreich ist, einen dreistufigen Entscheidungsprozess zu durchlaufen, um zu einer Entscheidung zu kommen. Andererseits empfinden Ärzte beider Nationen die zum Ende getroffene Entscheidung als eine solche, die weiterhin Unsicherheit beinhaltet. Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, dass dabei nicht die kulturelle Prägung, die medizinische Ausbildung oder das Gesundheitssystem für dieses Empfinden maßgeblich sind. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass Ärzte im Allgemeinen Situationen, in denen Entscheidungen für Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung im Kontext hoher Unsicherheit getroffen werden müssen, als konfliktbehaftet empfinden. Im Kontext der Studie von van den Brinck-Muinen *et al.* (Van den Brinck-Muinen *et al.*, 2003) unterschieden sich deutsche und belgische Ärzte zwar in ihren kommunikativen Mustern, dies war aber hauptsächlich mit der Struktur ihrer Patienten assoziiert und gründete sich nicht auf die Tatsache, ob im Gesundheitssystem eine Gatekeeping-Rolle für Allgemeinärzte vorgesehen war. Ähnlich könnte man aus diesem Ergebnis die Ergebnisse dieser Studie interpretieren. Selbst, wenn Ärzte sich kulturell unterscheiden mögen und unterschiedliche kommunikative Strategien haben, so kommen sie bei einer standardisierten Patientin doch zum gleichen Ergebnis. Der Aspekt „Nationalität“ ist demnach wie in der Studie von van den Brinck-Muinen *et al.* (2003) nicht so ausschlaggebend wie die Charakteristika der Patienten und der individuelle Patientenfall.

Damit wird auch in dieser Studie deutlich, wie bedeutend Untersuchungen sind, die die Kultur und die Hintergründe des individuellen Patienten in Bezug auf ärztliches Handeln erforschen (Bou Khalil, 2013; Butow *et al.*, 2013; Galanti, 2008; Hu *et al.*, 2002; Like, 1996; Watts *et al.*, 2017; Wünsch *et al.*, 2012).

6.2 Kritische Reflexion

6.2.1 Äußere Bedingungen

Leider gab es trotz der zahlreichen Hinweise auf die Möglichkeit der Teilnahme an unserer Studie nur geringe Rückmeldung. Die häufigste Begründung hierfür war Zeitmangel, da die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgte und Ärzte hierfür im

Arbeitsalltag Zeit finden mussten. Die Stichprobe rekrutierte sich von deutscher Seite daher größtenteils aus bereits bestehenden Kontakten zu Ärzten am Universitätsklinikum Rechts der Isar und aus Ärzten im Studiengang MME (Master of Medical Education). Daher bilden die Ergebnisse gut die Bedingungen an Universitätskliniken in Deutschland ab, nicht aber die Situation in kommunalen und privaten Häusern. Möglicherweise besteht hier ein Unterschied, beispielsweise durch die Frequenz von interdisziplinären Besprechungen (Lowes et al., 2017) oder durch die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz (Takamuku, 2015; Wai et al., 2014). Dieser hätte durch die ausgewählte Stichprobe nicht erfasst werden können.

Insgesamt waren zwei Personen an der Erhebung der Daten beteiligt, die dafür sorgten, dass für alle Probanden gleiche Bedingungen herrschten. Der Einfluss von unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Teilnehmer und einem Bias durch unterschiedliche Erhebungspersonen konnte somit auf ein Minimum reduziert werden.

Das Feedback der Teilnehmer fiel insgesamt positiv aus. Sie empfanden den Fall als sehr realitätsnah und die Thematik als wichtig für ihre Tätigkeit im klinischen Alltag.

6.2.2 Methoden

In der vorliegenden Untersuchung durchliefen Ärzte einen simulierten Entscheidungsfindungsprozess mit einer fiktiven Patientin, und der ärztliche Entscheidungskonflikt wurde mittels Fragebögen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Prozesses erhoben. Diese Herangehensweise bringt Vor- und Nachteile mit sich, die im Folgenden näher erläutert werden sollen. Objektivität, Validität und Reliabilität sollen in den Unterpunkten dieses Kapitels diskutiert werden.

Simulationsbasierte Entscheidungsfindung

Die Entscheidung für eine simulationsbasierte Studie mit einer standardisierten Patientin gewährleistete die größtmögliche Objektivität, da hierdurch gleiche Bedingungen für alle Teilnehmer geschaffen wurden. Dies ermöglichte auch, von dem gleichen Maß an Unsicherheit für alle Ärzte auszugehen, was entscheidend für die Messung des Entscheidungskonfliktes war. Die Limitation dieser Herangehensweise ist, dass hierbei Reaktionen auf eine einzige Patientin mit individuellen Eigenschaften und Vorstellungen

untersucht wurden. In unserem Fallbeispiel war die Patientin gut informiert und hatte klare Vorstellungen zur Teilnahme an der Entscheidungsfindung. In der Realität variieren diese Eigenschaften bei Patienten jedoch stark, und die Vielfalt an psychologischen Eigenschaften kann diese Studie nicht erfassen.

Es gibt Belege dafür, dass simulationsbasierte Studien ein reales Einfühlen in die jeweilige Situation ermöglichen und daher mit Situationen im tatsächlichen klinischen Alltag vergleichbar sind (Razavi et al., 2000). Es bleibt jedoch das Bewusstsein der Probanden für die Fiktion des Patientenfalles bestehen. Daraus ergeben sich zwei mögliche Nachteile in unterschiedliche Richtungen. Einerseits könnte ein Bias dadurch entstanden sein, dass Ärzte sich mehr Mühe gaben, auf die Patientin und deren Unsicherheiten einzugehen, da sie um das generelle Thema der Studie wussten. Andererseits könnten die Ergebnisse auch durch das Bewusstsein, es handle sich hierbei „nur“ um eine Studie, verfälscht worden sein, da die Entscheidung, die getroffen werden musste, keinen Einfluss auf eine reale Person haben würde.

Fragebogengestaltung und Bias

Die Erhebung der psychologischen Parameter erfolgte mittels Fragebögen, teilweise durch dieselben Fragebögen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die Reliabilität und Validität dieser Fragebögen war gegeben, da es sich um bereits etablierte Fragebögen handelte. Bei der Erhebung eines Parameters durch Fragebögen können unterschiedliche Formen des Bias auftreten, die die Ergebnisse verfälschen können (Choi und Pak, 2005):

- Die veränderte Bedeutung der Fragen durch die Übersetzung und kulturelle Unterschiede: Obwohl die einzelnen Items sowie die Antwortmöglichkeiten aller Fragebögen dem Prozedere der Hin- und Rückübersetzung und der nochmaligen Überprüfung der verbesserten Übersetzung unterlagen, ist es möglich, dass einzelne Worte und Formulierungen im Deutschen eine andere Bedeutung haben als im französischen Original. Dies ist bei dem Vergleich zwischen deutschen und belgischen Ärzten zu beachten.
- Verfälschte Ergebnisse durch einen Lerneffekt: Es ist ebenfalls möglich, dass bei Beantwortung der Fragebögen ein Lerneffekt auftrat. Glauben die Probanden, die Hypothese zu kennen, so können sie Fragen anders beantworten. Auch durch die mehrmalige Verwendung derselben Fragebögen und die Erinnerung an einzelne Fragen und an deren Beantwortung könnte ein Bias entstanden sein.

- Die bewusste Beantwortung der Fragen um soziale Erwünschtheit zu erfüllen: Da die soziale Erwünschtheit gerade von Ärzten ein sicheres Auftreten verlangt, könnten Fragen zur eigenen Unsicherheit von diesen verfälscht beantwortet worden sein, um soziale Erwünschtheit zu gewährleisten. Auch der Fragebogen zur Empathie, die von Ärzten ebenfalls stark erwartet wird, könnte in diesem Kontext anders beantwortet worden sein, als tatsächlich von Ärzten empfunden.
- Ermüdung bei der Beantwortung der Fragebögen: Durch die Menge an Daten, die bei dieser Studie erhoben wurden, waren die Fragebögen teilweise sehr lang. Dadurch ist es möglich, dass bei der Beantwortung der Fragebögen eine Ermüdung der Teilnehmer stattfand und Fragen gleich beantwortet wurden.

Vergleich zwischen deutschen und belgischen Ärzten

Um eine soziodemographische Vergleichbarkeit zwischen den deutschen und belgischen Ärzten zu erzielen, wurden Ärzte aus der großen belgischen Stichprobe mit den deutschen Probanden gematcht. Da sich die Akquise von Probanden in Deutschland durch wenig Rückmeldungen problematischer gestaltete als in Belgien, war das Matching erschwert. Das Matching-Verfahren ergab zwar größtenteils eine Übereinstimmung zwischen soziodemographischen Daten, eine komplette Übereinstimmung war jedoch nicht möglich.

Möglicherweise wurden hierbei bestehende Unterschiede verschleiert. Möglich ist auch, dass sich marginale Unterschiede durch Differenzen zwischen beiden Stichproben ergaben. Hier ist die signifikant höhere Berufserfahrung mit Krebspatienten der belgischen Stichprobe zu nennen. Diese könnte dazu geführt haben, dass belgische Ärzte den Entscheidungskonflikt etwas niedriger empfanden als deutsche Ärzte und zum Ende des Prozesses unterhalb des Cut-offs lagen.

Quantitative Daten

Durch die Erhebung des Entscheidungskonfliktes mittels eines vorgegebenen Fragebogens und dessen Messung anhand einer numerischen Skala konnte der Entscheidungskonflikt quantitativ gemessen werden. Durch vorgegebene Formulierungen konnte nur die Empfindung in Bezug auf diese erfasst werden. Die Erhebung quantitativer Daten ermöglicht zwar eine gute Vergleichbarkeit der Probanden

untereinander, wichtige qualitative Informationen über den Entscheidungsfindungsprozess gehen bei dieser Art der Datenerhebung jedoch verloren.

Änderungsvorschläge für zukünftige Forschung

Für zukünftige Forschung auf dem Gebiet des Entscheidungskonfliktes und des internationalen Vergleiches kann es daher sinnvoll sein, die Limitationen dieser Studie zu beachten. Ärztliche Entscheidungskonflikte im Kontext realer Patientenfälle könnten beobachtet werden, um die breite Variation der psychologischen Eigenschaften von Patienten zu erfassen. Fragebögen der zu messenden Parameter sollten gezielter ausgewählt werden und die Reihenfolge der Fragen sollte bei mehrmals verwendeten Fragebögen variiert werden, um den Bias durch Länge und Wiederholung der Fragebögen möglichst klein zu halten. Weitere internationale Vergleiche sollten einen Abgleich der wichtigsten Kriterien zum Matching-Verfahren beinhalten, um zu große soziodemographische Unterschiede zu vermeiden.

Außerdem sollten auch qualitative Daten zur Thematik erhoben werden, um ein Verständnis darüber zu erlangen, wie Entscheidungskonflikte empfunden werden, in welchen Situationen sie besonders stark auftreten und welche Maßnahmen als wichtig erachtet werden, um die Entscheidungsfindung in der Onkologie besser zu gestalten.

Ein qualitatives Interview am Ende des Entscheidungsprozesses war Teil des Projektes ebenso wie der Herzrhythmus der Probanden und die Erhebung der ärztlichen Empathie. Aufgrund des Ausmaßes der Studie wurden diese Aspekte in vorliegender Arbeit nicht behandelt. Der Herzrhythmus könnte eine weitere objektive Sichtweise auf das Stresserleben der Ärzte bei Konfrontation mit Unsicherheit sein. Die ärztliche Empathie wurde in dieser Studie als möglicher Prädiktor erhoben. Problematisch zeigte sich die Erhebung mittels des gewählten Fragebogens, da die Ergebnisse allesamt eine extrem hohe Empathie zeigten und sich kaum unter den Probanden unterschieden. Möglich ist, dass hier die äußere Erwartung, ein Arzt müsse empathisch sein, Einfluss auf die Beantwortung des Fragebogens hatte. Um diese Fragestellung weiter zu verfolgen sollte eine andere Modalität gewählt werden.

6.3 Ausblick

Implikationen für die Entscheidungsfindung in der Onkologie

Gerade im Kontext hoher Unsicherheit, die oftmals bei onkologischen Entscheidungen herrscht, ist es sinnvoll, Entscheidungsprozesse dreistufig aufzubauen, um Entscheidungskonflikte zu verringern. Der Entscheidungsprozess sollte also ein Evaluationsinterview mit dem Patienten, eine interdisziplinäre Teambesprechung und ein abschließendes Gespräch zur Entscheidungsfindung mit dem Patienten beinhalten. Ob Ärzte in Deutschland ihre Entscheidungen mit onkologischen Patienten innerhalb eines solchen Prozesses treffen können und wie zufrieden sie mit dem Ablauf dieser Prozesse sind, müsste zukünftig weiter evaluiert werden.

Dieser Entscheidungsprozess sollte jedoch stets von dem Wissen begleitet werden, Unsicherheit und Entscheidungskonflikte nicht bis zum Verschwinden verringern zu können. Die Fähigkeit des Unsicherheitsmanagements (Brashers, 2001) sollte daher fest zu den Fähigkeiten onkologisch tätiger Ärzte gehören. Ein Ziel zukünftiger Forschung ist daher die Evaluation von vorhandenem Wissen der Ärzte über Unsicherheitsmanagement und eine Verbesserung dessen anstreben. Diese Verbesserung kann durch gezielte Kommunikationstrainings, die sich mit dem Umgang mit Unsicherheit gegenüber Patienten und Kollegen befassen, erreicht werden. Gerade Ärzte mit geringerer Berufserfahrung in der Behandlung von Krebspatienten, wenig Zugang zu interdisziplinärem Austausch und Ärzte mit individuellen psychologischen Charakteristika, die den Umgang mit Unsicherheit erschweren, könnten von solchen Kommunikationstrainings profitieren.

Implikationen für die weltweite Krebsversorgung

Hinsichtlich der weltweit steigenden Inzidenz und Prävalenz von Krebserkrankungen ist eine Verbesserung der onkologischen Versorgung wünschenswert (siehe Kapitel 2.5). Um diese effizient voranzubringen, ist die internationale Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Da in dieser Studie gezeigt wurde, dass deutsche und belgische Ärzte bei der Entscheidungsfindung in der Onkologie ähnlich starke Entscheidungskonflikte verspüren, können Maßnahmen zur Verbesserung des Entscheidungsfindungsprozesses in beiden Ländern gleichermaßen eingesetzt werden. Trainings für Ärzte in dieser

Hinsicht sollten sich auf ähnliche Inhalte konzentrieren, und sowohl belgische als auch deutsche Ärzte können hiervon profitieren.

Wie sich die Situation in anderen Ländern verhält, sollte in weiterer Forschung evaluiert werden. Außerdem müssen gemeinsam entwickelte Konzepte getestet werden. Andere Nationen, in denen ähnliche Verhältnisse wie in Belgien und Deutschland herrschen, sollten ebenfalls Zugang zu Konzepten zur Verbesserung der Entscheidungsfindungsprozesse bei onkologischen Patienten erhalten.

Fazit

Diese explorative Arbeit lieferte Erkenntnisse zur ärztlichen Entscheidungsfindung in der Onkologie beim Durchlaufen eines dreistufigen Entscheidungsfindungsprozesses. Dabei wurde untersucht, inwiefern dieser Prozess zur Entwicklung des Entscheidungskonfliktes beiträgt, der im Kontext hoher Unsicherheit entsteht. Auch der Einfluss von soziodemographischen Faktoren auf den Entscheidungskonflikt wurde untersucht. Zuletzt wurde die deutsche Stichprobe mit einer vergleichbaren Stichprobe aus Belgien in Bezug auf den Entscheidungskonflikt verglichen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass hohe Entscheidungskonflikte durch den dreistufigen Entscheidungsfindungsprozess reduziert werden können, trotzdem aber Unsicherheit vorhanden bleibt, unabhängig von kulturellem Hintergrund und Gesundheitssystem. Ärzte weltweit müssen lernen, mit dieser Unsicherheit angemessen umzugehen. Diese Ergebnisse können zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Deutschland, Belgien und weltweit beitragen.

7 Zusammenfassung

Die ärztliche Entscheidungsfindung in der Onkologie ist häufig mit Unsicherheit und einem Entscheidungskonflikt (decisional conflict, DC) behaftet. Dieser tritt oft auf, wenn Entscheidungen bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer Tumorerkrankung getroffen werden müssen. Die Behandlung von Tumorerkrankungen betrifft Ärzte unterschiedlicher Nationen gleichermaßen.

In dieser Studie wurde der DC deutscher Ärzte (n=30) im Verlauf eines dreistufigen Entscheidungsfindungsprozesses in einem simulierten Patientenfall gemessen. Dies erfolgte mittels des Fragebogens Decisional Conflict Scale (DCS) zu fünf Zeitpunkten: eine initiale Messung (T0), nach Kenntnis der Patientenakte (T7prä), nach einem Video eines initialen Gespräches mit der Schauspielpatientin (T7post), nach Erhalt einer Empfehlung des interdisziplinären Tumorboardes (T21prä) und schließlich nach einem Gespräch zur Entscheidungsfindung mit der Schauspielpatientin (T21post). Zusätzlich wurden soziodemographische Daten und psychologische Daten mittels Fragebögen erhoben. Die Ergebnisse des DC im Verlauf wurden mit denen einer belgischen Stichprobe verglichen.

Der DC konnte im Verlauf des Entscheidungsprozesses verringert werden (M= 53,5, SD =11,6 zum Zeitpunkt T7prä nach M=37,8, SD = 9,6 zum Zeitpunkt T21post, $p < 0,001$). Am Ende des Entscheidungsprozesses lag ein weiterhin relevanter Entscheidungskonflikt vor (DCS >37,5). Eine Korrelation zwischen Prädiktoren und dem DCS zeigte vor allem einen Effekt bei einer hohen Anzahl an interdisziplinären Besprechungen und einem niedrigen Entscheidungskonflikt im Allgemeinen (DCS Global und Anzahl interdisziplinärer Besprechungen pro Woche: $r = -0,5$). Im Vergleich mit der belgischen Stichprobe in Bezug auf den DCS (M= 53,5, SD=12,5 zum Zeitpunkt T7prä nach M=34,1, SD= 10,9 zum Zeitpunkt T21post, $p < 0,001$) konnten keine signifikante Unterschiede festgestellt werden ($p = 0.171$).

In der Onkologie verringert sich beim Durchlaufen eines dreistufigen Entscheidungsprozesses der DC von Ärzten signifikant, verbleibt jedoch am Ende auf noch relevantem Niveau. Hilfreich im Kontext hoher Unsicherheit in der Onkologie sind vor allem interdisziplinäre Besprechungen. Ein Vergleich zwischen deutschen und belgischen Ärzten zeigte in Bezug auf den Verlauf des DC keinen Unterschied.

Für in der Onkologie tätige Ärzte ist es daher von Bedeutung mit Unsicherheit im Entscheidungsprozess angemessen umzugehen; Kommunikationstrainings und interdisziplinäre Besprechungen können hierbei hilfreich sein. Sowohl belgische als auch deutsche Ärzte können von solchen Trainings profitieren.

8 Literaturverzeichnis

Abdel-Wahab, M., Bourque, J. M., Pynda, Y., Izewska, J., Van der Merwe, D., Zubizarreta, E., & Rosenblatt, E. (2013). Status of radiotherapy resources in Africa: an International Atomic Energy Agency analysis. *Lancet Oncol*, *14*(4), e168-175. doi:10.1016/s1470-2045(12)70532-6

Akaza, H. (2014). Cross-boundary Cancer Studies at the University of Tokyo: View from the world of science and reason. *Jpn J Clin Oncol*, *44 Suppl 1*, i3-5. doi:10.1093/jjco/hyt228

American Cancer Society. (2020). What is informed consent and what does it mean? Retrieved 13.01.2020 from <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html>

Amsterlaw, J., Zikmund-Fisher, B., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2006). Can avoidance of complications lead to biased healthcare decisions? *Judgment and Decision Making*, *1*(1), 64.

Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*, *57*(5), 791-806.

Babrow, A. S., & Kline, K. N. (2000). From "reducing" to "coping with" uncertainty: Reconceptualizing the central challenge in breast self-exams. *Social Science & Medicine*, *51*(12), 1805-1816.

Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord*, *22*(1), 117-125. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.004

Berger, Z. (2015). Navigating the unknown: shared decision-making in the face of uncertainty. *J Gen Intern Med*, *30*(5), 675-678. doi:10.1007/s11606-014-3074-8

Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: a review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clin Psychol Rev*, *31*(7), 1198-1208. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.009

Blanch, D. C., Hall, J. A., Roter, D. L., & Frankel, R. M. (2009). Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient Educ Couns*, *76*(3), 300-306. doi:10.1016/j.pec.2009.06.002

- Bou Khalil, R. (2013). Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliat Support Care*, 11(1), 69-78. doi:10.1017/s1478951512000107
- Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2007). Stress from uncertainty from graduation to retirement--a population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med*, 22(5), 632-638. doi:10.1007/s11606-007-0159-7
- Braddock, C. H., 3rd, Fihn, S. D., Levinson, W., Jonsen, A. R., & Pearlman, R. A. (1997). How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med*, 12(6), 339-345.
- Brashers, D. E. (2001). Communication and uncertainty management. *Journal of communication*, 51(3), 477-497.
- Bray, F., & Soerjomataram, I. (2015). The Changing Global Burden of Cancer: Transitions in Human Development and Implications for Cancer Prevention and Control. In H. Gelband, P. Jha, R. Sankaranarayanan, & S. Horton (Eds.), *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- (c) 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Butow, P. N., Sze, M., Eisenbruch, M., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Abdo, S., . . . Goldstein, D. (2013). Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients. *Patient Educ Couns*, 92(2), 246-252. doi:10.1016/j.pec.2013.03.006
- Chapman, G. B., & Sonnenberg, F. A. (2003). *Decision making in health care: theory, psychology, and applications*: Cambridge University Press.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44(5), 681-692.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2005). A Catalog of Biases in Questionnaires. *Preventing Chronic Disease*, 2(1), A13.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. doi:10.2307/2136404
- Dolan, J. G. (1999). A method for evaluating health care providers' decision making: the Provider Decision Process Assessment Instrument. *Medical Decision Making*, 19(1), 38-41.
- Eddy, D. M. (1984). Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff (Millwood)*, 3(2), 74-89.

- Eisinger, F., Geller, G., Burke, W., & Holtzman, N. A. (1999). Cultural basis for differences between US and French clinical recommendations for women at increased risk of breast and ovarian cancer. *The Lancet*, 353(9156), 919-920.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *Am Psychol*, 49(8), 709-724.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., . . . Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, 136(5), E359-386. doi:10.1002/ijc.29210
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H., . . . Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*, 49(6), 1374-1403. doi:10.1016/j.ejca.2012.12.027
- Fox, R. C. (1980). The evolution of medical uncertainty. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1-49.
- Fraenkel, L., Peters, E., Charpentier, P., Olsen, B., Errante, L., Schoen, R. T., & Reyna, V. (2012). Decision tool to improve the quality of care in rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 64(7), 977-985.
- Frenkel-Brunswik, E. (1974). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Psychol Issues*, 8(3), 58-91.
- Fritzsche, K., Scheib, P., Ko, N., Wirsching, M., Kuhnert, A., Hick, J., . . . Viet, N. K. (2012). Results of a psychosomatic training program in China, Vietnam and Laos: successful cross-cultural transfer of a postgraduate training program for medical doctors. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 17. doi:10.1186/1751-0759-6-17
- Gagliardi, A. R., Dobrow, M. J., & Wright, F. C. (2011). How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. *Surg Oncol*, 20(3), 146-154. doi:10.1016/j.suronc.2011.06.004
- Galanti, G. A. (2008). *Caring for patients from different cultures*. Philadelphia PA: University of Pennsylvania Press.
- Gerrity, M. S., DeVellis, R. F., & Earp, J. A. (1990). Physicians' reactions to uncertainty in patient care. A new measure and new insights. *Med Care*, 28(8), 724-736.
- Gerrity, M. S., White, K. P., DeVellis, R. F., & Dittus, R. S. (1995). Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion*, 19(3), 175-191.

- Gordon, G. H., Joos, S. K., & Byrne, J. (2000). Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 59-65.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *J Anxiety Disord*, 22(8), 1427-1439.
- Gould, S. J. (2013). The median isn't the message. *Virtual Mentor*, 15(1), 77-81. doi:10.1001/virtualmentor.2013.15.1.mnar1-1301
- Gouveia, J., Coleman, M. P., Haward, R., Zanetti, R., Hakama, M., Borrás, J. M., . . . Travado, L. (2008). Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007. *Eur J Cancer*, 44(10), 1457-1462. doi:10.1016/j.ejca.2008.02.006
- Grenier, S., Barrette, A.-M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 593-600. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.014
- Han, P. K., Klein, W. M., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), 828-838.
- Hofstede, G. (2003). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*: Sage publications.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hu, W. Y., Chiu, T. Y., Chuang, R. B., & Chen, C. Y. (2002). Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. *A professional perspective. Cancer Nursing*, 25.
- Hunink, M. M., Weinstein, M. C., Wittenberg, E., Drummond, M. F., Pliskin, J. S., Wong, J. B., & Glasziou, P. P. (2014). *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*: Cambridge University Press.
- Iannello, P., Mottini, A., Tirelli, S., Riva, S., & Antonietti, A. (2017). Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian practicing physicians. *Med Educ Online*, 22(1), 1270009. doi:10.1080/10872981.2016.1270009
- Jemal, A., Center, M. M., DeSantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 19(8), 1893-1907. doi:10.1158/1055-9965.epi-10-0437

- Katz, J. (1984). Why doctors don't disclose uncertainty. *Hastings Cent Rep*, 14(1), 35-44.
- Krohne, H. W. E. (1993). *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kunneman, M., Marijnen, C. A., Rozema, T., Ceha, H. M., Grootenboers, D. A., Neelis, K. J., . . . Pieterse, A. H. (2015). Decision consultations on preoperative radiotherapy for rectal cancer: large variation in benefits and harms that are addressed. *Br J Cancer*, 112(1), 39-43. doi:10.1038/bjc.2014.546
- Lally, J., & Cantillon, P. (2014). Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Acad Psychiatry*, 38(3), 339-344. doi:10.1007/s40596-014-0100-4
- LeBlanc, A., Kenny, D. A., O'Connor, A. M., & Legare, F. (2009). Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Med Decis Making*, 29(1), 61-68. doi:10.1177/0272989x08327067
- Légaré, F., O'Connor, A. C., Graham, I., Saucier, D., Côté, L., Cauchon, M., & Paré, L. (2006). Supporting patients facing difficult health care decisions: use of the Ottawa Decision Support Framework. *Canadian Family Physician*, 52(4), 476-477.
- Legare, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., . . . Graham, I. D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract*, 17(4), 554-564. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x
- Legare, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M. J., Kryworuchko, J., Graham, I. D., . . . Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*(9), Cd006732. doi:10.1002/14651858.CD006732.pub3
- Leighl, N. B., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. N. (2004). Treatment Decision Aids in Advanced Cancer: When the Goal Is Not Cure and the Answer Is Not Clear. *Journal of Clinical Oncology*, 22(9), 1759-1762. doi:10.1200/jco.2004.02.166
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2018). Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Version 4.1, 2018 AWMF Registernummer 032-045OL. Retrieved 13.01.2020 from <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>
- Libert, Y., Canivet, D., Menard, C., Van Achte, L., Farvacques, C., Merckaert, I., . . . Razavi, D. (2016). Predictors of physicians' satisfaction with their management of

uncertainty during a decision-making encounter with a simulated advanced stage cancer patient. *Patient Educ Couns*, 99(7), 1121-1129. doi:10.1016/j.pec.2016.01.008

Like, R. C. (1996). Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. *Fam Med*, 27.

Lowes, M., Kleiss, M., Lueck, R., Detken, S., Koenig, A., Nietert, M., . . . Homayounfar, K. (2017). The utilization of multidisciplinary tumor boards (MDT) in clinical routine: results of a health care research study focusing on patients with metastasized colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. doi:10.1007/s00384-017-2871-z

Mazzi, M. A., Rimondini, M., Deveugele, M., Zimmermann, C., Moretti, F., Van Vliet, L., . . . Bensing, J. (2015). What do people appreciate in physicians' communication? An international study with focus groups using videotaped medical consultations. *Health Expectations*, 18(5), 1215-1226.

Meeuwesen, L., van den Brink-Muinen, A., & Hofstede, G. (2009). Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Educ Couns*, 75(1), 58-66. doi:10.1016/j.pec.2008.09.015

Ménard, C., Merckaert, I., Razavi, D., & Libert, Y. (2012). Decision-making in oncology: a selected literature review and some recommendations for the future. *Current Opinion in Oncology*, 24(4), 381-390. doi:10.1097/CCO.0b013e328354b2f6

Merriam-Webster. (2020). Decision-making. Retrieved 13.01.2020 from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/decision-making>

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.

Mishel, M. H., Germino, B. B., Lin, L., Pruthi, R. S., Wallen, E. M., Crandell, J., & Blyler, D. (2009). Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: a randomized clinical trial. *Patient Educ Couns*, 77(3), 349-359. doi:10.1016/j.pec.2009.09.009

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd003751. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3

Muller, E., Hahlweg, P., & Scholl, I. (2016). What do stakeholders need to implement shared decision making in routine cancer care? A qualitative needs assessment. *Acta Oncol*, 55(12), 1484-1491. doi:10.1080/0284186x.2016.1227087

Mullins, C. D., Montgomery, R., & Tunis, S. (2010). Uncertainty in assessing value of oncology treatments. *Oncologist, 15 Suppl 1*, 58-64. doi:10.1634/theoncologist.2010-S1-58

N.N. (2010). Uncertainty in medicine. Editorial. *Lancet, 375*, 1666.

O'Connor, A. M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making, 15*(1), 25-30. doi:10.1177/0272989x9501500105

Ofstad, E. H., Frich, J. C., Schei, E., Frankel, R. M., & Gulbrandsen, P. (2016). What is a medical decision? A taxonomy based on physician statements in hospital encounters: a qualitative study. *BMJ Open, 6*(2), e010098. doi:10.1136/bmjopen-2015-010098

Ogden, J., Fuks, K., Gardner, M., Johnson, S., McLean, M., Martin, P., & Shah, R. (2002). Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns, 48*(2), 171-176.

Ong, K. J., Back, M. F., Lu, J. J., Shakespeare, T. S., & Wynne, C. J. (2002). Cultural attitudes to cancer management in traditional South-East-Asian patients. *Australas Radiol, 46*. doi:10.1046/j.1440-1673.2002.t01-1-01085.x

Peters, E., McCaul, K. D., Stefanek, M., & Nelson, W. (2006). A heuristics approach to understanding cancer risk perception: Contributions from judgment and decision-making research. *Annals of Behavioral Medicine, 31*(1), 45-52. doi:10.1207/s15324796abm3101_8

Petrova, D., Garcia-Retamero, R., & Cokely, E. T. (2015). Understanding the Harms and Benefits of Cancer Screening: A Model of Factors That Shape Informed Decision Making. *Med Decis Making, 35*(7), 847-858. doi:10.1177/0272989x15587676

Politi, M. C., Clark, M. A., Ombao, H., Dizon, D., & Elwyn, G. (2011a). Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expectations, 14*(1), 84-91.

Politi, M. C., Clark, M. A., Ombao, H., & Légaré, F. (2011b). The impact of physicians' reactions to uncertainty on patients' decision satisfaction. *Journal of evaluation in clinical practice, 17*(4), 575-578.

Politi, M. C., Studts, J. L., & Hayslip, J. W. (2012). Shared decision making in oncology practice: what do oncologists need to know? *Oncologist, 17*(1), 91-100. doi:10.1634/theoncologist.2011-0261

Rains, S. A., & Tukachinsky, R. (2015). An examination of the relationships among uncertainty, appraisal, and information-seeking behavior proposed in uncertainty management theory. *Health Commun, 30*(4), 339-349. doi:10.1080/10410236.2013.858285

- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., De Cock, M., Farvacques, C., & Slachmuylder, J. L. (2000). Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology*, 9(4), 293-302.
- Reyna, V. F. (2012). A new intuitionism: Meaning, memory, and development in Fuzzy-Trace Theory. *Judgm Decis Mak*, 7(3), 332-359.
- Reyna, V. F., & Brainerd, C. J. (1995). Fuzzy-trace theory: An interim synthesis. *Learning and Individual Differences*, 7(1), 1-75. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/1041-6080\(95\)90031-4](http://dx.doi.org/10.1016/1041-6080(95)90031-4)
- Reyna, V. F., Nelson, W. L., Han, P. K., & Pignone, M. P. (2015). Decision making and cancer. *Am Psychol*, 70(2), 105-118. doi:10.1037/a0036834
- Rimer, B. K., Briss, P. A., Zeller, P. K., Chan, E. C. Y., & Woolf, S. H. (2004). Informed decision making: What is its role in cancer screening? *Cancer*, 101(S5), 1214-1228. doi:10.1002/cncr.20512
- Rosen, N. O., Ivanova, E., & Knauper, B. (2014). Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety Stress Coping*, 27(1), 55-73. doi:10.1080/10615806.2013.815743
- Schwartz, A., & Bergus, G. (2008). *Medical decision making: a physician's guide*: Cambridge University Press.
- Simon, H. A. (1956). Rational choice and the structure of the environment. *Psychol Rev*, 63(2), 129-138.
- Smithson, M. (2012). *Ignorance and uncertainty: emerging paradigms*: Springer Science & Business Media.
- Takamuku, M. (2015). [Issues related to national university medical schools: focusing on the low wages of university hospital physicians]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi*, 116(1), 70-75.
- Tse, C. Y., Chong, A., & Fok, S. Y. (2003). Breaking bad news: a Chinese perspective *Palliat Med*.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1986). Rational Choice and the Framing of Decisions. *The Journal of Business*, 59(4), S251-S278.
- Van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P. F., Bensing, J., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., . . . Messerli, V. (2003). Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*, 20(4), 478-485.

- van der Heide, I., Uiters, E., Jantine Schuit, A., Rademakers, J., & Fransen, M. (2015). Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. *Eur J Public Health, 25*(4), 575-582. doi:10.1093/eurpub/ckv005
- Verma, A., Griffin, A., Dacre, J., & Elder, A. (2016). Exploring cultural and linguistic influences on clinical communication skills: a qualitative study of International Medical Graduates. *BMC Med Educ, 16*, 162. doi:10.1186/s12909-016-0680-7
- Wai, P. Y., Dandar, V., Radosevich, D. M., Brubaker, L., & Kuo, P. C. (2014). Engagement, workplace satisfaction, and retention of surgical specialists in academic medicine in the United States. *J Am Coll Surg, 219*(1), 31-42. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.027
- Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., . . . Kissane, D. W. (2017). Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. *Eur J Oncol Nurs, 26*, 83-90. doi:10.1016/j.ejon.2016.12.001
- WHO. (2017). Cancer. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/>
- Wright, F. C., Lookhong, N., Urbach, D., Davis, D., McLeod, R. S., & Gagliardi, A. R. (2009). Multidisciplinary cancer conferences: identifying opportunities to promote implementation. *Ann Surg Oncol, 16*(10), 2731-2737. doi:10.1245/s10434-009-0639-6
- Wuensch, A., Tang, L., Goelz, T., Zhang, Y., Stubenrauch, S., Song, L., . . . Fritzsche, K. (2013). Breaking bad news in China—the dilemma of patients' autonomy and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncologists and caretakers. *Psycho-Oncology, 22*(5), 1192-1195.
- Wünsch, A., Tang, L., Goelz, T., Zhang, Y., Stubenrauch, S., Song, L., . . . Fritzsche, K. (2012). Breaking bad news in China- the dilemma of patients rights to be informed and traditional norms. A first communication skills training for Chinese oncolists and caretakers *Psycho-Oncol.*
- Zenasni, F., Boujut, E., du Vaure, B., Catu-Pinault, A., Tavani, J., Rigal, L., . . . Sultan, S. (2012). Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *International Journal of Person Centered Medicine, 2*(4), 759-766.
- Zikmund-Fisher, B. J., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2010). Risky feelings: why a 6% risk of cancer does not always feel like 6%. *Patient Educ Couns, 81*, S87-S93.

9 Veröffentlichung

Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden im November 2018 veröffentlicht: „*Decisional conflict of physicians during the decision-making process for a simulated advanced-stage cancer patient: an international longitudinal study with German and Belgian physicians.*” Schoenfeld C, Libert Y, Sattel H, Canivet D, Delevallez F, Dinkel A, Berberat PO, Wuensch A, Razavi D. *BMC Cancer* **18**, 1161 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5071-5>

Es erfolgte eine Präsentation des Studiendesigns in Form eines Posters auf dem 4th Research in Medical Education (RIME) Symposium 2015 vom 19.03.-21.03.2015 in München.

Eine Präsentation des Verlaufes des DCS der deutschen Stichprobe in Form eines Posters erfolgte auf der GMA-Jahrestagung (Gesellschaft für medizinische Ausbildung) vom 30.09.-03.10.2015 in Leipzig.

10 Anhang

10.1 Abkürzungen

CCCF	Comprehensive cancer center Freiburg
CDM	Collaborative multidisciplinary treatment decision making process
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
D	Disclosure
DCS	Decisional conflict scale
FOLFIRI	Folinsäure + 5-Fluorouracil + Irinotecan
GAD	Generalized anxiety disorder
HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
IA	Intolerance of ambiguity
IC	Informed consent
IDM	Informed decision making
ISH	In situ-Hybridisierung
IU	Intolerance of uncertainty
IUI	Intolerance of uncertainty inventory
JSPE	Jefferson scale of physician empathy
MEC	Medical education centre
MW	Mittelwert
N	Anzahl der gültigen Werte
<i>p</i>	Signifikanzniveau
PRU	Physicians' reaction to uncertainty

r	Effektstärke
S	Stress
SD	Standardabweichung
SDM	Shared decision making
T0	Baseline
T14	Zeitpunkt der Tumorboard-Empfehlung
T21	Zeitpunkt des Arzt-Patienten-Gesprächs
T7	Zeitpunkt des Video-Anschauens
TUM	Technische Universität München
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	World Health Organization

10.2 Patientenakte

Projekt zur ärztlichen Entscheidungsfindung in einem onkologischen Fall mit einem hohen Maß an Unsicherheit

Patientenakte

Frau Maria Schmidts aktueller Onkologe (Dr. Weiß) ist vor kurzem in Rente gegangen. Er hat die Patientin nun zur weiteren Behandlung an Sie überwiesen. Die 68-jährige Patientin ist an einem rezidivierenden kolorektalen Karzinom erkrankt. Sie werden diese Patientin in einem persönlichen Gespräch treffen und mit ihr eine Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen treffen. Zu diesem Zeitpunkt befinden sich alle Informationen, die Sie über die Patientin bekommen können in ihrer Akte.

Zunächst bitten wir Sie sich diese durchzulesen. Sie können die Patientenakte ZU JEDEM ZEITPUNKT während der Studie konsultieren. Frau Schmidts Patientenakte ist in mehrere Sektionen aufgeteilt: Die Anamnese, die aktuelle medizinische Situation und die geriatrische Evaluation. Es steht Ihnen selbstverständlich frei die Akte zu lesen (oder nicht), und Sie können beliebig viel Zeit mit der Lektüre verbringen. Wir bitten Sie jedoch darum sich KEINE NOTIZEN zu machen und sich die Akte NICHT AUSZUDRUCKEN.

Danke, dass Sie die Vorgaben der Studie respektieren, da unsere Ergebnisse sonst beeinflusst werden.

Patientenakte

Name:	Schmidt
Vorname:	Maria
Alter:	68 Jahre
Familienstand:	verheiratet
Kinder:	1 Sohn (40 Jahre)
Geschwister:	keine
Adresse:	die Patientin wohnt in einem Ort, der von Ihrem Krankenhaus 35 Minuten mit dem Auto und 50 Minuten mit dem Zug entfernt ist

Anamnese

Vor zweieinhalb Jahren:

Nachdem sich die Patientin mit rektalen Blutungen und Obstipation mit darauffolgenden Diarrhoen vorstellte, wurde bei ihr ein Sigma-Karzinom diagnostiziert. Damals waren keine Metastasen vorhanden, der CEA-Wert war im Normalbereich. Der körperliche Zustand war gut, bis auf eine Gewichtsabnahme von 4 kg in 4 Monaten.

Ein Monat nach der Erstdiagnose

Nach einer onkologischen Sigmaresektion wurde die Diagnose eines kolorektalen Adenokarzinoms pT3pN1, cM0, R0, G3 ohne RAS-Mutation gestellt. Die Patientin erhielt eine adjuvante Chemotherapie mit FOLFIRI alle zwei Wochen im Rahmen einer klinischen Studie, die sie bis auf schwere Diarrhoen Grad 3 gut tolerierte. Sie wurde aufgrund der Dehydratation durch die Diarrhöen mehrmals stationär aufgenommen. Die adjuvante Chemotherapie wurde vier Monate später vor Ende der 12 Zyklen auf Wunsch der Patientin abgebrochen, da sie über ausgeprägte Fatigue klagte (Fatigue Grad 3). Die Patientin wurde anschließend regelmäßig onkologisch nachgesorgt.

7 Monate nach der onkologischen Sigmaresektion

Die 1. Nachsorgeuntersuchung inklusive CT-Abdomen fiel negativ aus, das CEA normal, die Patientin klagte noch über eine anhaltende Fatigue (Grad 3) und Appetitlosigkeit (Grad 3) seit dem Beginn mit FOLFIRI. Weitere Nachsorgeuntersuchungen fanden standardisiert gemäß der Leitlinie alle 3 Monate statt.

1 Jahr und 1 Monat nach der Resektion

Die Patientin stellte sich mit epigastrischen Schmerzen und Schwellung des Abdomens mit einer Gewichtszunahme von 5kg vor. In der klinischen Untersuchung fielen eine leichte Hepatomegalie und ein mittelgradiger Aszites auf. In der klinischen Chemie zeigte sich eine Cholestase und ein CEA von 12 ng/ml, das CT ergab den dringenden Verdacht auf drei metastatische Läsionen im Bereich der Leber, eine davon zentral und nicht resektabel und V.a. beginnende Peritonealkarzinose. Der ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group performance status) war 1. Die Patientin klagte weiterhin über Fatigue und Appetitlosigkeit als Folge der Therapie mit FOLFIRI, war jedoch weiterhin in gutem Allgemeinzustand. In der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde die Wiederaufnahme der Chemotherapie nach Wechsel der Substanzen, ggf Re-Evaluation der Leber entschieden.

1 Monat später

Beginn der Chemotherapie mit FOLFOX alle zwei Wochen. Drei Monate später war der Rückgang des Aszites zu verzeichnen, die Lebermetastasen waren stabil, das CEA lag bei 6ng/ml. Die 12 Zyklen FOLFOX wurden nach 6 Monaten erfolgreich abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt erfolgte das nächste Restaging. Dabei wurde von einer SD (stable Disease) der Lebermetastasen und einem vollständigen Rückgang der Peritonealkarzinose ausgegangen, sodass interdisziplinär die Entscheidung zur HFTT (Perkutane Hochfrequenzthermotherapie) entscheiden wurde.

3 Monate nach dem Beginn mit FOLFOX

Die Patientin entwickelte eine beeinträchtigende Neuropathie der Beine (Grad 2), die sie beim Gehen im Dunkeln behinderte und unangenehme Schmerzen und Parästhesien hervorrief. Nach mehreren Episoden von Angina pectoris (wahrscheinlich hervorgerufen durch 5-FU) wurde die Cedocarddosis (Isosorbiddinitrat) erhöht. Fatigue und Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust waren noch immer vorhanden.

Im Monat nach Ende der FOLFOX-Therapie

Thermoablation der Lebermetastasen, nach der Intervention war das CEA mit 6 ng/ml stabil.

Zwei Monate nach der Thermoablation

Die Patientin beklagte sich noch immer über Parästhesien und Schwierigkeiten beim Laufen. Die klinische Untersuchung war unverändert. In der klinischen Chemie zeigte sich eine minimale Leberwerterhöhung, eine moderate Thrombopenie mit 130 000/mm³ und ein CEA von 8ng/ml. Der ECOG lag bei 1-2 und die Patientin hatte kaum an Gewicht zugenommen. Sie klagte immer noch über Fatigue. Im PET-CT war eine stabile Situation der behandelten Leberläsionen zu erkennen.

Aktuelle Situation

Vor 1 Monat, also 5 Monate nach Ende von FOLFOX

In der nächsten Routinetumornachsorge inklusive Thorax-CT, zeigt sich eine runde Läsion im rechten Mittellappen der Lunge. Das CEA ist 13 ng/ml. Bei der klinischen Untersuchung zeigen sich keine Veränderungen, die Fatigue und die Appetitlosigkeit sind immer noch vorhanden. Die Hämatologie ist bis auf eine leichte Thrombopenie von 130 000/mm³ normal. Eine Niereninsuffizienz ist nicht festzustellen. Die minimale Leberwerterhöhung ist persistent. Im PET-CT zeigt sich eine deutliche Mehranreicherung in der Läsion der Lunge, mit V. a. eine neu aufgetretene Lungenmetastase und eine stabile Situation im Bereich der Lebermetastasen.

Medizinische Vorgeschichte

Nikotinabusus: 30 Pack years

COPD, seit 11 Jahren in Pneumologischer Behandlung: Ventolin (Salbutamol) und Pulmicort (Budesonid) bei Bedarf, zwei Mal im Jahr Antibiotische Behandlung nötig

Myokardinfarkt vor 9 Jahren, medikamentös mit Cedocard (Isosorbiddinitrat) bei Bedarf und Asaflo (Acetylsalicylsäure) 80mg, aktuell weder Stent noch Bypass

Arterielle Hypertension, gut eingestellt mit Amlor (Amlodipin) 5mg und Tenormin (Atenolol) 80mg.

Diabetes Typ II, seit 19 Jahren, zu Beginn mit Glucophage (Metformin) eingestellt, seit Diagnose der Neoplasie keine medikamentöse Behandlung mehr nötig (Hba1c= 6).

Antidepressivum über 6 Monate (keinerlei Informationen über Art des Antidepressivums vorhanden)

Familienanamnese

Keine Krebserkrankung in der Verwandtschaft

Mutter an einem Herzinfarkt im Alter von 78 Jahren verstorben

Aktuelle Medikation

Ventolin (Salbutamol) und Pulmicort (Budesonid) bei Bedarf und zwei Mal im Jahr antibiotische Behandlung

Cedocard (Isosorbiddinitrat) bei Bedarf

Asaflow (Acetylsalicylsäure) (80 mg)

Amlor (Amlodipin) (5mg) und Tenormin (Atenolol) (80mg)

Geriatrische Evaluation

Autonomie

Dies ist eine geriatrische Evaluation, die mit der Patientin vor einer Woche durchgeführt wurde.

Die Patientin lebt mit ihrem Mann in einer Wohnung in einem mehrstöckigen Haus, von dem man 35 Minuten mit dem Auto und 50 Minuten mit dem Zug zu Ihrem Krankenhaus braucht. Sie ist Hausfrau und seit 40 Jahren verheiratet. Ihr Mann ist Rentner und war Gymnasiallehrer für Mathematik. Seine Rente beträgt 1800 Euro im Monat. Die Patientin ist autonom, benötigt aber Hilfe beim Einkaufen und beim Transport, da sie durch die Fatigue, die noch Nebenwirkung ihrer letzten Chemotherapie ist, geschwächt ist. Sie hat keinen Führerschein und ihr Mann kann nur kurze Strecken fahren. Der Sohn der Patientin hilft ihr oft bei wichtigen größeren Einkäufen oder längeren Fahrstrecken. Sie hat zu Hause weder eine Putzfrau noch einen Pflegedienst. Sie macht die Hausarbeit selbst, dies fällt ihr aber schwerer als früher. Die Patientin berichtet, dass sie im Alltag seit ihrer Chemotherapie große Müdigkeit verspüre, besonders bei der Hausarbeit und kurzen Spaziergängen mit ihrem Hund. Davon hatte sie lange Spaziergänge (1h30 bis 2h) im Wald mit ihrem Hund machen können, jetzt beschränken sie sich auf 20 bis 30 Minuten in ihrem Viertel. Sie sagt, dass sie trotzdem beginnt sich von der Fatigue zu erholen.

Ernährung

Die Patientin erhält im Screening-Test MNA(Mini Nutritional Assesement) einen Score von 10/14, das bedeutet es besteht das Risiko einer Mangelernährung und ihr Ernährungszustand sollte überwacht werden, vor allem aus folgenden Gründen:

- Die Patientin hat in den letzten Monaten ein wenig an Gewicht verloren, ihr BMI ist jedoch noch über 23. Nach der Unterstützung durch eine Ernährungsberaterin, hat sie nicht mehr drastisch an Gewicht verloren. Ihre Ernährung wird wegen anhaltender Appetitlosigkeit weiterhin überwacht.
- Die Patientin steht seit 2 Jahren unter psychologischem Stress, der sich in den letzten Monaten, durch die Diagnose des Rezidives und dem Gesundheitszustand ihres Mannes verschlimmert hat.

Die Patientin erreicht bei der globalen Beurteilung ihrer Ernährung einen Score von 21,5/30, das bedeutet es besteht das Risiko einer Mangelernährung, vor allem aus folgenden Gründen:

- Sie lebt alleine mit ihrem Mann, der sich von seiner Krankheit erholt.
- Sie nimmt mehr als 3 Medikamente
- Sie nimmt ihren Gesundheitszustand als schlechter war, als der von anderen Personen ihres Alters.

Kognition

Während der geriatrischen Evaluation klagt die Patientin über Gedächtnisprobleme. Diese Probleme wurden durch einen kurzen Kognitionstest objektiviert. Es handelt sich hauptsächlich um eine Beeinträchtigung der Enkodierung (erstmalige Verarbeitung von Informationen) und Probleme bei der Erinnerung an neue Informationen und nicht um ein Defizit des episodischen Gedächtnisses. Die Ergebnisse dieser Tests zeigen außerdem, dass andere kognitive und intellektuelle Funktionen nicht beeinträchtigt sind. Sie ist zu Zeit und Ort orientiert, bis auf einen Tag Unterschied bei der Angabe des Datums. Sie hat leichte Schwierigkeiten Sätze zu wiederholen, sich an Worte zu erinnern, beim Kopfrechnen und ein graphisch-motorisches Defizit (beim Abzeichnen wird die Figur falsch gezeichnet.) Im MMS (Mini-Mental-Status) erzielt die Patientin einen normalen Score von 24/30. Ein Score unter 24 deutet jedoch auf kognitive Defizite hin daher ist die Aussagekraft hier limitiert.

Depression

Die Patientin erzielt im HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) einen Score von 14/42 mit einem Score von 8/21 auf der Skala der Angst und einem Score von 6/21 auf der Skala der Depression. Die Patientin berichtet auch von Ängsten, sie weist aber keine depressiven Symptome auf. Die Symptome der Angst sind seit 4 Monaten vorhanden. Sie hatte mit 50 Jahren eine depressive Episode, als ihre Mutter an einem Herzinfarkt starb (Behandlung mit Antidepressiva durch ihren Hausarzt).

Psycho-Soziale Unterstützung

Die Patientin ist seit 40 Jahren verheiratet. Sie beschreibt ihr Eheleben als zufriedenstellend. Bei ihrem Ehemann wurde letztes Jahr die Diagnose eines Prostatakarzinoms gestellt. Eine radikale Prostatektomie war nötig und eine darauffolgende Strahlentherapie wurde vor 7 Monaten erfolgreich abgeschlossen. Laut der Patientin hat er sich davon körperlich und psychisch nur

schwer erholt. Selbst wenn die Erkrankung nicht lebensbedrohlich war, beschreibt die Patientin die Situation als sehr belastend.

Die Patientin hat einen 40-jährigen Sohn (Michael). Er ist verheiratet und arbeitet im Lebensmittelsektor. Er hat eine 13-jährige Tochter (Julia), die auf dem Gymnasium die siebte Klasse besucht. Ihr Sohn war in den ersten Phasen ihrer und der Erkrankung ihres Mannes stark präsent und unterstützte seine Eltern sowohl emotionell als auch praktisch. Leider wird er beruflich nach Kambodscha versetzt und wird in einem Monat dorthin umziehen.

Die Patientin hat außerhalb ihres Familienkreises wenige soziale Ressourcen. Sie steht ihrem Mann sehr nahe und dieser ist ihr bester Freund. Sein Wohlbefinden ist ihr sehr wichtig. Der Komfort ihres Zuhauses ist für sie schon immer wesentlich. Seitdem ihr Mann an Krebs erkrankt ist, hat sie sich dafür entschieden sich hauptsächlich um ihn zu kümmern.

Die Patientenakte ist hier zu Ende. Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!

10.3 Video-Transkript

Das folgende Arzt-Patienten-Gespräch ist das erste von zwei Gesprächen, deren Ziel es ist eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Dieses erste Gespräch ist ein ideales Gespräch zur Einstufung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientin.

Der Arzt erhält folgende Anweisungen:

Sie werden jetzt ein Video von einem Erstgespräch zwischen einer Patientin und einer Ärztin sehen. Das Video dauert _____ Minuten. Die Patientenakte, die Sie letzte Woche gelesen haben, ist der medizinische Hintergrund dieser Patientin, Frau Schmidt. Ihr aktueller Onkologe, der nun in Rente geht, hatte ihr diese Ärztin, Frau Dr. Walter, empfohlen. Sie hat der Behandlung von Frau Schmidts Rezidives zugestimmt und trifft sie jetzt zum Anamnesegespräch. Danach wird sie den Fall der Patientin im Team besprechen.

Nach diesem Treffen werden Sie in einer Woche die Empfehlung des Tumorboards zur weiteren Behandlung dieser Patientin erhalten. Danach werden Sie mit der Patientin ein Gespräch führen und ihr eine Therapieoption empfehlen. Anschließend werden Sie gemeinsam die Entscheidung über die beste Therapie treffen.

Heute sollen Sie sich das folgende Video aufmerksam ansehen und versuchen sich in die Ärztin hineinzusetzen. Am Ende des Videos werden Sie die Ihrer Meinung nach beste Therapeutische Option für die Patientin angeben.

1.Szene: Einführung des Problems und Einverständnis über die Behandlungsübernahme durch die neue Ärztin.

A= Ärztin

P= Patientin

- A Guten Tag Frau Schmidt.
P Guten Tag.
A Mein Name ist Dr. Walter. Dr. Weiß hat Sie an mich überwiesen, weil er in Rente gegangen ist. Wussten Sie das?
P Hmmhmm.
A Gut. Ich werde also von jetzt an Ihre Behandlung übernehmen und mich um Ihre Bedürfnisse kümmern. Ist das in Ordnung für Sie?
P Ja, das ist in Ordnung. Ich vertraue den Ärzten hier.
A Das ist gut. Ich habe mir Ihre Akte genau durchgelesen. Bevor wir alles Weitere besprechen, möchte ich gerne wissen, was Sie über Ihre medizinische Situation schon wissen.
P Hmm, also Dr. Weiß hat mir gesagt ich hätte ein neues Rezidiv in der Lunge. Von der Leber war auch die Rede, aber da hat er gesagt, dass die Situation stabil ist, oder?
A Ganz genau. Und wie geht es Ihnen mit dieser Information heute?
P **HINWEIS AUF EMOTIONALE BELASTUNG**
Das macht mir schon Sorgen, vor allem weil ich seit einem Monat Blut im Mund habe wenn ich husten muss. Ich verstehe jetzt, dass das wegen dem Krebs ist der wiederkommt. Ich habe Angst.
(Empathische Stille von Seiten der Ärztin. Danach antwortet sie.)
A Ich sehe, dass dieses Rezidiv Sie sehr beunruhigt. Können Sie mir genauer beschreiben, was Ihnen Sorgen macht?

- P Also hauptsächlich wenn ich Blut huste, macht mir das Sorgen. Ich habe dann das Gefühl dass es mit mir bergab geht. Gott sei Dank ist mir das noch nicht so oft passiert. So zwei, drei Mal.
- A Ok. Sie sagen, es beunruhigt Sie wenn Sie Blut husten. Was machen Sie wenn Sie spüren, dass Sie Angst bekommen?
- P Ich versuche an was anderes zu denken, ich kümmere mich um meinen Hund, da kann ich mich meistens ablenken. Aber wissen Sie ich war schon immer ängstlich.
- A Ok, Sie sind also eine eher ängstliche Person, aber das hindert Sie nicht daran Ihren Alltag zu bewältigen. Aber selbst wenn Sie von Natur aus ängstlich sind, sollten wir Ihre Ängste ernst nehmen und regelmäßig darüber sprechen. Ist das für Sie in Ordnung?
- P Ja, in Ordnung.
- A Jetzt würde ich gerne wissen, was Sie von diesem Gespräch heute erwarten.
- P **HINWEIS AUF DIE ERWARTUNGEN IM HINBLICK AUF DIE KRANKHEIT UND DIE BEHANDLUNG**
Also, alles was ich erwarte ist, dass Sie eine Behandlung finden, die wirkt. Ich möchte wirklich nicht noch kränker werden. Und ich hoffe, dass die Behandlung nicht alles so kompliziert macht, wie die Behandlungen davor.
- A In Ordnung. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, kommt für Sie eine Behandlung in Frage, aber sie sollte nicht so belastend sein wie die davor. Wir besprechen am besten gleich die Behandlungen, die Sie schon hatten und warum Sie sie so schlecht vertragen haben. Davor habe ich noch einen Frage: Sie haben gerade gesagt, Sie möchten nicht noch kränker werden. Was heißt das für Sie?
- P Ich weiß dass ich nicht geheilt werden kann. Aber ich möchte nicht, dass meine Situation noch schlechter wird. Ich möchte gerne selbst meine alltäglichen Arbeiten machen können, mit meiner Familie und meinem Hund so lange wie möglich. *(Pause)* Aber es fällt mir schwer das zu sehen und zu verstehen was ich tun muss, damit das so bleibt.
- A Das verstehe ich gut. Wir werden versuchen das genau zu besprechen und dann werden wir sehen was wir tun können. Zuerst möchte ich mit Ihnen über die vorherigen Behandlungen sprechen und über die Schwierigkeiten, die Sie damit hatten. Dann kann ich mir besser vorstellen, wie es Ihnen dabei ging.
- P Ja, das war nicht immer einfach.
- A Dann stelle ich Ihnen jetzt ein paar Fragen zu einigen Dingen, die ich in Ihrer Akte gelesen habe und über die ich gerne näher Bescheid wüsste. Ist das in Ordnung wenn wir so vorgehen?
- P Ja.
- A **INVESTIGATION UND EINVERSTÄNDNIS DER PATIENTIN**
Und wenn ich dann mit meinem Kollegen über Ihre Situation spreche, werde ich all diese Informationen berücksichtigen. Wir sehen uns dann in ein paar Tagen wieder um zu besprechen, was die beste Vorgehensweise in Ihrer Situation ist und um dann eine Entscheidung zu treffen. Ich denke, wir sollten jetzt die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten zusammen durchsprechen. Was halten Sie von dem Vorschlag?
- P Ja, das ist mir wichtig, so kann ich mich und meine Familie besser vorbereiten. Ich finde es gut zu wissen, dass Sie sich mit Ihren Kollegen besprechen werden und dass ich dann in die Entscheidung mit einbezogen werde.

(2.Szene: Medizinische Vorgeschichte und Aktuelle Situation)

- A Sehr gut, dann sind wir uns über die Vorgehensweise einig. Wenn wir uns Ihre medizinische Situation vor zwei Jahren anschauen, haben Sie sich da wegen rektalen Blutungen bei uns vorgestellt und sind dann schnell operiert worden. Das war eine linksseitige Kolektomie. Wie haben Sie diese Operation vertragen?
- P Ohne große Probleme. Ich habe mich ziemlich schnell erholt. Und dann hat man mir eine Chemotherapie gegeben, das war mit Folfiri, gleich danach. Aber das war wirklich unangenehm. Ich habe sogar darum gebeten, die Behandlung abubrechen.
- A Ja, ganz genau, das steht auch so in Ihrer Akte. Und was hat dazu geführt, dass Sie die Behandlung abgebrochen haben?
- P Hmm, ich konnte einfach nicht mehr. Es war wirklich schwer für mich und auch für meine Familie. Es gab viele Kontrolluntersuchungen, ich musste ständig ins Krankenhaus und ich musste sogar ein paar Mal stationär aufgenommen weil ich so starke Durchfälle hatte. Es hat mich sehr viel Kraft gekostet und ich habe mich ganz ausgelaugt gefühlt. Deswegen habe ich beschlossen aufzuhören.
- A *(Empathische Stille)* Hmmhmm. Sie haben viel aushalten müssen. Was denken Sie heute über die Entscheidung mit Folfiri aufzuhören?
- P Ich glaube in dem Moment denkt man nicht lange nach. Ich bereue es vielleicht ein bisschen, dass ich die Behandlung nicht bis zum Schluss gemacht habe, aber wenn es nicht geht, dann geht es nicht. Außerdem hatte ich, als ich die Behandlung abgebrochen hatte, das Gefühl, dass es mir besser ging. Auch wenn ich immer noch sehr müde war. Und dann habe ich einer anderen Chemo zugestimmt als man Metastasen in der Leber gefunden hat.
- A Ja, ich sehe, dass man nur neun Monate nach der Behandlung mit Folfiri Metastasen in der Leber und eine Schwellung des Abdomens festgestellt hat. Was hat Sie dann nach der schlechten Erfahrung mit Folfiri dazu bewegt, der Chemotherapie mit Folfox zuzustimmen?
- P Naja, ich habe mir gesagt „gut, jetzt wo die Krankheit wieder da ist muss ich alles tun um sie aufzuhalten“. Und die neue Behandlung habe ich dann bis zum Ende durchgehalten, dann sind die Schmerzen und das Wasser im Bauch schnell verschwunden.
- A Ja, der Krebs hat gut auf die Behandlung angesprochen. Die Schwellung Ihres Abdomens und die Lebermetastasen sind schnell zurückgegangen. Und ich sehe hier, dass nach der Behandlung mit Folfox eine Thermoablation der Leber durchgeführt wurde, die auch gute Ergebnisse gezeigt hat. Wie ging es Ihnen bei diesem Eingriff?
- P Ich fand den Eingriff nicht so belastend und er hat ja gute Ergebnisse geliefert. Meine Leber ist ja bis heute stabil.
- A Gut, wenn ich jetzt zusammenfasse, was Sie mir über die beiden chirurgischen Eingriffe seit Beginn Ihrer Krankheit erzählt haben, haben Sie die beiden Eingriffe ohne große Schwierigkeiten vertragen.
- P Ja, das stimmt.
- A **INVESTIGATION CHIRURGIE**
In Ordnung. Wenn eine Operation also eine mögliche Option wäre, würden Sie das bevorzugen?
- P Naja, das war alles vor den Brustschmerzen. Jetzt habe ich wegen meinen Herzproblemen Angst vor Komplikationen bei einer Operation. Auch wenn ich die ersten beiden Eingriffe gut überstanden habe, das war ja vor meinen Brustschmerzanfällen. Außerdem fühle ich mich auch nicht mehr so fit wie vorher. Aber gut, wenn es keine Risiken gibt und ich mich schnell erhole und nach Hause kann und wenn das Ergebnis gut wird, ist es für mich eine Option.

- A Und was meinen Sie mit „guten Ergebnissen“?
- P Also, wie bei der Leber, dass die Untersuchungen zeigen, dass alles stabil ist und es keine Komplikationen gibt.
- A Ok, ich verstehe was Sie sagen möchten. Sie fürchten sich vor großen Risiken wie Herzproblemen, was verständlich ist. Gut, ich kann Ihnen heute noch nicht sagen, ob eine Operation die beste Lösung für Sie ist, aber ich werde Ihre Ansichten darüber im Kopf behalten. Das ist auch wichtig wenn wir eine Entscheidung treffen. Gibt es noch etwas, was Sie daran hindern würde einer Operation zuzustimmen?
- P Hm, das muss man sehen. Wenn der Eingriff nicht zu belastend ist, kann ich mir es wie gesagt vorstellen.
- A In Ordnung. Jetzt möchte ich noch mal zu Ihrer letzten Chemotherapie zurückkommen. Selbst wenn Sie das Folfox bis zum Ende tolerieren konnten hatten Sie laut Ihrer Akte trotzdem Schwierigkeiten. Können Sie mir sagen, wie diese Chemotherapie für Sie war?
- P Am Anfang ist es mir nicht so schlimm vorgekommen bis die Herzprobleme angefangen haben. Ich hatte mehrere Anfälle mit Brustschmerzen während der Behandlung mit Folfox und daraufhin hat man die Dosis Cedocar angepasst.
- A Und nach der Anpassung hatten Sie wieder Herzprobleme?
- P Nein, Gott sei Dank nicht. Aber es war beängstigend das zu erleben, weil meine Mutter an einem Herzinfarkt gestorben ist.
- A Ich verstehe, dass diese Probleme mit Ihrem Herzen Ihnen Sorgen machen. Und Sie sagen, Sie machen sich deshalb umso mehr Sorgen, weil Ihre Mutter an einem Herzinfarkt gestorben ist?
- P Ja. Ich erinnere mich gut daran. Sie war mehrere Male wegen ihres Herzens im Krankenhaus bevor sie den Infarkt hatte. Ich möchte nicht, dass mir so etwas passiert, vor allem wenn es wegen einer Behandlung ist, die mir eigentlich helfen sollte.
- A Alles klar. Und deshalb sollten wir auch immer Ihren Zustand beobachten, egal für welche Behandlung wir uns entscheiden. Es ist wichtig, dass Sie uns immer bescheid geben, wenn Sie spüren, dass mit Ihrem Herzen etwas nicht stimmt.
- P Ok, einverstanden.
- A Gut, ich sehe in Ihrer Akte, dass Sie während der letzten Chemotherapie auch Parästhesien in den Beinen hatten. Damit meine ich, dass Sie ein Kribbeln gespürt haben oder dass Ihre Beine gefühllos waren. Haben Sie diese Parästhesien sehr eingeschränkt?
- P Ja, das war sehr unangenehm, weil das auch lange angehalten hat, bis nach der Chemo. Das hat mich beim Laufen sehr gestört, vor allem wenn ich nachts aufstehen musste.
- A Das stimmt, die Parästhesien können sehr unangenehm sein und sogar sehr schmerzhaft. Das ist eine Nebenwirkung auf neurologischer Ebene der Chemotherapie. Und leider kann das, wie in Ihrem Fall, lange nach Ende der Chemotherapie noch andauern. Spüren Sie davon heute noch irgendetwas?
- P Nein, Gott sein Dank nicht.
- A Sehr gut. Ich sehe in Ihrer Akte auch, dass Ihre Blutwerte seit Ihrer letzten Chemo nicht ganz in Ordnung sind. Ihre Anzahl an Blutplättchen ist ein wenig niedriger als normal. Hat man Ihnen das schon gesagt?
- P Ja, mir wurde gesagt, dass das nicht so schlimm ist. Im Moment muss nur Blut abgenommen werden um zu kontrollieren, dass die Anzahl der Blutplättchen nicht weiter sinkt. Dr. Weiß hat mir erklärt, dass das von der Chemotherapie kommt.
- A Ganz genau. Ich sehe schon, Sie sind sehr gut informiert. *(Pause)* Verspüren Sie im Moment irgendwelche anderen Unannehmlichkeiten?
- P **INDIZ PHYSISCHER7KOGNITIVER STATUS**

- (denkt nach) Ja, es gibt da tatsächlich etwas. Im Allgemeinen finde ich, dass sich mein körperlicher und mein geistiger Zustand ziemlich verschlechtert haben. Seit dieser letzten Chemo, bin ich nicht wieder so fit wie vorher und habe auch weniger Appetit. Ich habe seitdem auch Schwierigkeiten mich zu konzentrieren und mir Dinge zu merken und ich spüre, dass ich leichter mal durcheinander komme.
- A Ok, ich schreibe mir hier auf: „Müdigkeit, Appetitsverlust, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme immer noch vorhanden“. Das ist mir auch schon in Ihrer Akte aufgefallen. Spüren Sie die Müdigkeit den ganzen Tag über, oder nur in bestimmten Momenten?
- P Das kommt und geht. Ich bin nicht so müde, dass ich den ganzen Tag schlafen will so wie während der Chemo, aber ich merke, dass ich im Alltag langsamer bin und mich öfters ausruhen muss.
- A Ok, und wie ist es mit dem Schlafen?
- P Beim Schlafen hat sich bei mir nichts verändert. Ich habe noch nie viel geschlafen und ich bin schon immer nachts aufgewacht, aber ich schlafe dann immer wieder ein. Ich leide nicht an Schlaflosigkeit.
- A Also Sie verspüren weniger Müdigkeit als während Ihrer Chemo, aber sie haben sich immer noch nicht ganz davon erholt, was ganz normal ist in Ihrer Situation. Ist diese Müdigkeit für Sie erträglich?
- P Ja, ja. Wenn ich mich nicht noch schlapper fühle geht es. Außerdem versuche ich die Anweisungen der Ernährungsberaterin zu befolgen, auch wenn ich keinen Appetit habe, damit ich Energie habe.
- A Das ist sehr gut. Und wir werden diese Symptome auch weiterhin überwachen. Noch einmal zu den Problemen mit dem Gedächtnis und der Konzentration: Können Sie mir dafür ein Beispiel aus Ihrem Alltag geben?
- P (denkt nach) Naja, wenn ich lese, muss ich zum Beispiel oft den gleichen Absatz zweimal lesen, weil ich den Faden verliere. Es fällt mir schwer zwei Dinge gleichzeitig zu tun, zum Beispiel kochen und telefonieren. Und manchmal erinnere ich mich nicht an bestimmte Reisen, die ich mit meinem Mann gemacht habe, wenn er davon erzählt.
- A In Ordnung. Das ist wahrscheinlich eine Folge der Chemotherapien, die Sie erhalten haben. Diese Symptome werden wir auch im Auge behalten. Was bedeuten die Müdigkeit und die Gedächtnisschwierigkeiten für Sie?
- P Naja, ich finde, das beeinträchtigt meinen Alltag sehr. Ich muss zu Hause viel erledigen. Ich bin Hausfrau und ich kümmere mich schon immer um den Haushalt. Und es ist mir wichtig, dass ich das auch weiterhin tun kann.
- A Hmmhmm
- P Aber jetzt wo die Behandlung beendet ist, kann ich die Routine noch nicht ganz wieder aufnehmen. Ich kann auch keine langen Spaziergänge mehr mit meinem Hund machen, das macht mich sehr traurig.
- A (Schweigen um der Patientin Raum zu geben)
- P **INDIZ SOZIALE UNTERSTÜTZUNG**
Wissen Sie, ich muss mich daheim alleine um unseren Alltag und den Haushalt kümmern. Meine familiäre Situation ist schwierig. Und ich muss einen kühlen Kopf bewahren.
- A Was meinen Sie mit „schwierige familiäre Situation“?
- P Also man hat bei meinem Mann ein Prostatakarzinom festgestellt, als ich gerade die Therapie mit Folfox beendet hatte.
- A Ja, das war also nicht einfach für Sie während dieser Zeit.
- P Nein, und er erholt sich immer noch von seinen Behandlungen. Er ist inkontinent und immer noch sehr geschwächt. Er kann sich nicht mehr so gut fortbewegen oder

einkaufen gehen. Also macht das jetzt mein Sohn, er hat uns auch ins Krankenhaus gebracht.

A Hmmhmm...

P Aber jetzt zieht er in einem Monat mit seiner Frau und seiner Tochter ins Ausland wegen seiner Arbeit. Das finde ich sehr schwierig, weil ich meine Enkelin sehr gern habe. Sie hat sich auch immer um meinen Hund gekümmert.

A Ich verstehe, dass Ihre Familie für Sie eine wichtige Rolle spielt, gerade wenn sie Sie so konkret unterstützt. Das wird wohl bald nicht mehr möglich sein. Sie haben mir viele wichtige Informationen mitgeteilt. Wenn es für Sie in Ordnung ist, möchte ich kurz zusammenfassen, was ich verstanden habe, um sicherzugehen, dass ich Ihre Situation richtig verstanden habe.

P Natürlich.

A Gut, als erstes haben Sie die beiden Chemotherapien als sehr anstrengend empfunden und verspüren immer noch Nebenwirkungen, die Sie in Ihrer Lebensqualität einschränken. Ich meine die Parästhesien in den Beinen, die anfallsartigen Brustschmerzen, die verringerte Anzahl an Blutplättchen und die Müdigkeit, die immer noch vorhanden ist. Ist das richtig so?

P Ja.

A Ich verstehe auch, dass sich bei Ihnen Schwierigkeiten im kognitiven Bereich gezeigt haben, also Gedächtnis und Konzentration. Diese Schwierigkeiten hatten Sie vorher nicht, richtig?

P Ja.

A Und gleichzeitig mit den Problemen bei Ihrer Behandlung sind bei Ihnen auch familiäre Anliegen aufgetreten, also die Erkrankung Ihres Mannes und dass Ihr Sohn bald ins Ausland reisen wird.

P Ja. Ich sage mir trotzdem, dass ich das Schlimmste überstanden habe. Und trotz des neuen Rezidivs in der Lunge, hoffe ich dass ich das nicht alles umsonst durchgestanden habe.

A Hmmhmm...

P Ich weiß wirklich nicht welche Behandlung man mir als nächstes vorschlagen wird, aber ich möchte nicht so viele Nebenwirkungen ertragen müssen wie in den Behandlungen davor.

A **INVESTIGATION CHEMOTHERAPIE**
Wäre es also eine Option für Sie noch einmal eine Chemotherapie zu machen, wenn man Ihnen das vorschlagen würde?

P Ich weiß nicht. Ich möchte ja eine Therapie, aber ich finde es schwer mir vorzustellen noch einmal durch eine Chemotherapie zu müssen. Wenn mir mein Sohn auch nicht helfen kann. Das muss ich mir überlegen. Hatten Sie das im Kopf, noch eine Chemo?

3.Szene: Unsicherheit über Therapien und Schluss

A Naja, es ist nicht ausgeschlossen. Man muss bedenken, dass es verschiedene Chemotherapien gibt und dass nicht alle die gleiche Wirkung auf Sie haben müssen. Aber ich verstehe, dass diese Option für Sie vielleicht schwer vorstellbar ist, wenn man bedenkt, was Sie schon durchgemacht haben.

(Schweigen)

P Ja. Das stimmt ich möchte eine Therapie die wirkt, die sich aber nicht zu sehr auf meinen Alltag auswirkt.

A Hören Sie, Ihre Situation ist nicht einfach, das werde ich Ihnen nicht verheimlichen. Bevor wir weitermachen, gibt es noch irgendetwas was ich über Ihre persönliche, medizinische oder familiäre Situation wissen sollte?

- P Ich glaube im Moment gibt es nichts.
- A Und von Ihrer Seite, haben Sie Fragen, oder möchten Sie, dass ich Ihnen irgendetwas genauer erkläre?
- P Ja. Ich habe schon viele Fragen, aber ich möchte vor allem wissen, welche Therapie ich bekommen werde und ob es überhaupt noch eine Behandlungsmöglichkeit gibt.
- A **INVESTIGATION SUPPORTIVE MAßNAHMEN**
Ich verstehe. Ihre Frage ist ganz normal, vor allem in Ihrer Situation. Wie Sie wissen sprechen wir nicht von einer Behandlung, die Ihre Krankheit heilen wird. Aber es gibt mehrere Möglichkeiten, um zu versuchen den Verlauf zu bremsen und Ihre Beschwerden zu vermindern. Wir haben ja schon über die Operation und die Chemotherapie gesprochen. Wenn die Therapieoptionen zu viele Risiken im Vergleich zur Wirksamkeit haben, haben wir noch die Möglichkeit nur Ihre Beschwerden zu behandeln und so Ihre Lebensqualität zu verbessern, ohne die Krankheit an sich zu behandeln. Haben Sie darüber schon einmal nachgedacht?
- P Hm, daran habe ich noch überhaupt nicht gedacht. Das ist für mich schwer vorstellbar.
- A In Ordnung. Können Sie mir erklären warum das so ist?
- P Weil ich eine Behandlung gegen meinen Krebs haben möchte, besonders wenn es noch möglich ist. Auch wenn ich nicht geheilt werden kann, ist das glaube ich besser als gar nichts zu tun.
- A Ich verstehe. Wissen Sie: bei Ihrer Entscheidung müssen Sie mit einbeziehen, was für Sie am wichtigsten ist. Können Sie mir jetzt nach unserem Gespräch noch einmal sagen, was wir unbedingt in Betracht ziehen müssen?
- P Naja, ich möchte mein Leben normal leben können. Ich will nicht die ganzen Nebenwirkungen ertragen müssen, aber ich will auch etwas gegen die Krankheit tun.
(Schweigen, die Patientin lacht und seufzt)
- A Und wie geht es Ihnen mit allem was wir besprochen haben?
- P Es macht mir Angst, dass man von keiner der Möglichkeiten vorhersehen kann, was passieren wird.
- A Vor was genau haben Sie Angst?
- P Vor allem ein bisschen. Ich habe Angst, dass ich mich nicht mehr um meinen Mann und um meinen Hund kümmern kann, dass ich keine schönen Momente mehr mit meiner Enkeltochter habe. Ich habe auch Angst davor noch mehr leiden zu müssen und noch kränker zu werden.
- A Ich verstehe, dass die Situation schwierig ist. Von unserer Seite aus müssen wir evaluieren, welche Behandlung Sie in der Lage sein werden körperlich und psychisch zu tolerieren. Einerseits muss ich Ihre Erwartungen an eine Behandlung berücksichtigen, andererseits aber auch die medizinischen Faktoren, also Ihre Herzprobleme und Ihre Plättchenarmut. Also werde ich das jetzt mit meinen Kollegen besprechen und ich schlage vor, dass wir uns in zwei Wochen noch einmal sehen um eine Entscheidung zu treffen.
- P In Ordnung.
- A Bitte denken Sie auch alleine oder mit Ihrer Familie über die Dinge nach, die Ihnen am wichtigsten sind. Schreiben Sie sie ruhig auf, wenn Ihnen das hilft. Ihre Situation ist schwierig. Es ist sehr wichtig, dass wir die Entscheidung treffen, mit der Sie auch wirklich einverstanden sind. Ist das in Ordnung?
- P Ja, das ist gut. Ich werde über alles nachdenken.
- A Sehr gut. Ich bin sehr zufrieden mit unserem Gespräch. Danke, dass Sie mir heute so viele Informationen gegeben haben. Die werden mir und meinen Kollegen sehr helfen. Gut, also ich schlage vor, dass wir uns in zwei Wochen wieder sehen und bis dahin stehe ich Ihnen jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung. In Ordnung?
- P In Ordnung.

A Auf Wiedersehen Frau Schmidt.
P Auf Wiedersehen.

10.4 Tumorboard-Empfehlung

Projekt zur ärztlichen Entscheidungsfindung in einem onkologischen Fall mit einem hohen Maß an Unsicherheit

Therapeutische Empfehlung des Interdisziplinären Tumorboards

Seit der Erstdiagnose eines kolorektalen Adenokarzinoms im Sigma im Stadium pT3pN1, cM0; R0, G3 und der onkologischen Sigmaresektion bei dieser Patientin, ist die Erkrankung progredient. Die Patientin erhielt eine adjuvante Chemotherapie mit FOLFIRI. Die Behandlung wurde auf Wunsch der Patientin abgebrochen, da diese bei ihr eine unerträgliche Fatigue auslöste. 7 Monate nach Abbruch der FOLFIRI- Therapie wurden irresektable Metastasen der Leber und V.a. Peritonealkarzinose diagnostiziert und eine palliative Chemotherapie mit FOLFOX begonnen. Hier zeigte sich eine „mixed response“ mit Ansprechen der peritonealen Aussaat und „Stable Disease“ der Lebermetastasen. Nach 6 Monaten erfolgte eine offene HFTT (Percutane Hochfrequenzthermotherapie) aller Lebermetastasen. Die Leberherde sind seither unverändert, allerdings zeigte sich in der aktuellen Nachsorge eine neu aufgetretene Raumforderung in der Lunge, passend zu einer Metastase, aufgefallen durch Hämoptysen.

Die beiden Chemotherapien wurden schlecht toleriert und die Patientin zeigt Symptome ihrer letzten Chemotherapie, hauptsächlich Fatigue, kognitive Defizite und eine moderate Thrombopenie. Die Patientin weist ebenfalls eine nicht zu vernachlässigende kardiale Komorbidität auf und hatte während der Behandlung mit FOLFOX mehrere Episoden von Angina Pectoris.

Die 2 chirurgischen Interventionen wurden im Gegensatz dazu von der Patientin gut toleriert und die Operation ist eine denkbare Option für sie. Trotzdem scheint die Möglichkeit mit Nebeneffekten nach einer Operation konfrontiert zu sein sie sehr zu beunruhigen und dies könnte sich auf ihre endgültige Entscheidung auswirken. Die familiäre Situation der Patientin, die Bedeutung der Erhaltung ihrer Lebensqualität zu Hause und das Fehlen praktischer und organisatorischer Unterstützung sind Faktoren, die bei der Wahl ihrer Therapie berücksichtigt werden sollten. Die Patientin scheint sich an der Entscheidung aktiv beteiligen zu wollen.

Alle diese Faktoren wurden in der interdisziplinären Teambesprechung diskutiert und folgendes Procedere empfohlen.

Zunächst empfehlen wir die Resektion der symptomatischen pulmonalen Metastase mit Nachsorgeuntersuchungen alle zwei Monate (Ultraschall der Leber und CEA). Falls die Erkrankung weiterhin progressiv sein sollte, ist die Teamempfehlung ein Behandlungsversuch mit Irinotecan und Cetuximab, falls der Allgemein- und der biologische Zustand der Patientin dies zulassen.

Die moderate Thrombopenie ist trotz allem als ein Risikofaktor bei der Operation anzusehen und als Alternative zur Operation schlagen wir die Behandlung mit Irinotecan und Cetuximab mit einer Nachsorge vor, die sicherstellen soll, dass der Allgemein- und der biologische Zustand der Patientin sich nicht zu sehr verschlechtern.

Diese Optionen sollten mit der Patientin besprochen werden.

10.5 Patientenrolle

Tag 21: Arzt-Patienten-Gespräch zur endgültigen Entscheidungsfindung

Die Rolle der Patientin

A) Szenario des Gesprächs

Vorherrschende Gefühle der Patientin: Angst und Entscheidungskonflikt

Seit dem letzten Gespräch hat die Patientin sich Zeit genommen über ihre Situation nachzudenken. Sie hat sich überlegt, dass sie **keine Belastungen durch die Behandlungen** mehr ertragen möchte, da dies ihre **Lebensqualität** sehr einschränkt, **lebensgefährlich** sein könnte oder **schwierig zu organisieren** sein wird (Transport, Haushalt etc.) Sie ist immer noch **ängstlich** und möchte heute mit dem Arzt in diesem Gespräch eine Entscheidung treffen. Sie befindet sich immer noch in einem **Entscheidungskonflikt** in Bezug auf die verschiedenen Behandlungen.

Es gibt für sie keinerlei Vorteile aus den vorgeschlagenen Behandlungsoptionen, für sie entstehen daraus nur Unannehmlichkeiten, die sich auf ihre Gesundheit und Lebensqualität auswirken.

Aufgabe der Patientin:

Der Arzt sollte in diesem Gespräch die drei möglichen Therapien ansprechen (**Operation, Chemotherapie und palliative Maßnahmen**) und deren **Vor- und Nachteile** erwähnen. Wenn er das nicht tut, **muss die Patientin aktiv danach fragen**. (zur weiteren Erläuterung siehe Punkt A) Aufgaben der Patientin)

Persistierender Entscheidungskonflikt

Der Arzt wird die Vor- und Nachteile auf seine eigene Weise erklären. Er kann nur diejenigen erwähnen, die ihm wichtig erscheinen, er kann auch sagen, dass es keinerlei Risiken gibt. Egal welche Nachteile er angibt (minimal oder fatal), **die Patientin bleibt in einem Entscheidungskonflikt, weil sich für sie alle Nachteile maximal auf ihre Lebensqualität auswirken**. Sie möchte alles vermeiden was sich auf ihre Gesundheit, ihre Lebensqualität, ihr Familienleben auswirkt oder kompliziert zu organisieren ist (Transport, Krankenhausaufenthalt,...). Die Patientin hat jeweils eines oder mehrere **persönliche Argumente** gegen die verschiedenen Therapieoptionen (siehe C) Argumente der Patientin gegen Therapieoptionen).

Entscheidung für Palliative Behandlung

Wenn der Arzt die Patientin über die Vor- und Nachteile aufgeklärt hat (oder die Abwesenheit von Vor- und Nachteilen), sagt die Patientin dem Arzt, dass es sich vielleicht gar nicht lohnt noch weitere Behandlungen über sich ergehen zu lassen **und sie entscheidet sich dafür keine aktive Behandlung mehr zu machen (nur supportive Maßnahmen/Palliative Behandlung)**.

Reaktion des Arztes

Sollte der Arzt diese Entscheidung nicht gleich akzeptieren und eine andere Therapie vorschlagen, muss die Patientin wiederum nach **Vor- und Nachteilen** fragen. Dann wird sie auch gegen diese Behandlung mit dem Argument, **keine solchen Nachteile ertragen zu wollen**, ablehnen. Dies wiederholt sich bei jedem neuen Behandlungsvorschlag **bis der Arzt die Entscheidung zur palliativen Behandlung akzeptiert**.

Sollte der Arzt sagen, dass er diese Entscheidung nicht treffen möchte, egal aus welchem Grund, wird **die Patientin zusammenfassen, dass sie sich dafür entscheidet keine aktive Therapie mehr zu machen** und dann das Ende des Gesprächs mit der Abschlussfrage einleiten. Der Fragebogen, den der Arzt zum Schluss zum Entscheidungskomfort ausfüllen wird, bezieht sich dann auf die Entscheidung der Patientin zur palliativen Behandlung.

Deshalb müssen sich Arzt und Patientin am Ende des Gesprächs über die Palliative Behandlung als weiterführende Therapie einig sein.

B) Aufgaben der Patientin

1. Aufgabe: Die Patientin ist **ängstlich, besorgt und im Konflikt**, welche Entscheidung es zu treffen gilt und drückt ihren Wunsch aus **mit dem Arzt** eine Entscheidung treffen zu wollen.

„ **In meinem Kopf dreht sich gerade alles nur darum. Ich möchte, dass wir heute eine Entscheidung treffen**“

Wenn der Arzt hier fragt, wie sich die Patientin das Gespräch vorstellt und wie sie sich ihre Rolle bei der Entscheidungsfindung vorstellt, wird die Patientin antworten, dass sie sich vorstellt die **Entscheidung mit dem Arzt gemeinsam zu treffen**. Wenn der Arzt nicht nachfragt, muss sie dies nicht ausführen.

2. Aufgabe: Erklären aller drei Optionen

Hier muss die Patientin sichergehen, dass der Arzt **die beiden Empfehlungen des Tumorboards erwähnt und erklärt (Operation und Chemotherapie)** und auch von der Möglichkeit einer **palliativen Behandlung** spricht, egal was er über die einzelnen Optionen zu sagen hat. Es gibt keine richtige oder falsche Reihenfolge diese Optionen zu erwähnen, er sollte sie in einer Reihenfolge und zu einer Zeit erklären, die er für sinnvoll hält.

Falls der Arzt eine der Optionen nicht erwähnt, muss die Patientin aktiv nachfragen.

„ **Im letzten Gespräch haben wir auch über eine Operation/ Chemotherapie/ palliative Behandlung gesprochen. Kommt das für mich immer noch in Frage?**“

Wenn der Arzt von alleine alle drei Optionen erwähnt, muss die Patientin nicht aktiv nachfragen.

Checkliste erwähnte Optionen:

	Operation/Chirurgischer Eingriff	Chemotherapie	Keine aktive Behandlung/supportive Maßnahmen/palliative Behandlung
Option erklärt	X	X	X

3. Aufgabe: Vor- und Nachteile „Ich möchte alles Unangenehme vermeiden“

Hier muss sich die Patientin versichern, dass der Arzt zu jeder Therapieoption **Vor- und Nachteile** aufführt. Wenn er die Nachteile jeder der Optionen erklärt, egal wie detailliert, muss die Patientin zum Ausdruck bringen, dass diese Nachteile **für sie nicht vorstellbar** sind.

„Aber wissen Sie, das Risiko für..... ist mir zu groß“

„Aber wissen Sie, ich möchte vermeiden“

„Aber für mich ist es unmöglich.....“

Wenn der Arzt sagt, dass eine Therapie keinerlei Risiken hat, zählt dies als ein Erwähnen der Risiken und das Argument der Patientin wird sein, dass sie trotzdem **Angst** hat, irgendetwas könne schiefgehen und Nebenwirkungen könnten auftreten.

„Selbst wenn Sie sagen, dass es keine Risiken gibt, habe ich trotzdem Angst, dass etwas schiefgehen könnte und das kann ich nicht riskieren.“

Die Patientin erwähnt ihre Thrombopenie (Blutplättchenarmut) und ihre Herzprobleme **NICHT** eigenständig, sondern nur wenn der Arzt aktiv danach fragt.

Checkliste Vor-und Nachteile:

	Operation/Chirurgischer Eingriff	Chemotherapie	Keine aktive Behandlung/supportive Maßnahmen/palliative Behandlung
Vorteile/Benefits	X	X	X
Nachteile/Risiken/Nebenwirkungen	X	X	X

„Ich möchte nicht riskieren, dass.....“

„ich möchte vermeiden, dass.....“

„Es ist für mich undenkbar, dass.....“

Der Arzt muss hier keine strikte Reihenfolge bei den verschiedenen Optionen einhalten, auch die Reihenfolge von Vor- und Nachteilen ist frei. Aufgaben 2 und 3 verlaufen fließend und der Arzt kann zwischen ihnen hin und her springen. Wichtig ist, dass die Patientin **sich versichert, über alle drei Optionen und deren Vor- und Nachteile informiert worden zu sein**. Wenn der Arzt diese nicht von alleine erwähnt, muss die Patientin **aktiv nachfragen**.

Wenn alle drei Optionen mit Vor- und Nachteilen besprochen wurden und die Patientin ausgedrückt hat, keine weiteren Unannehmlichkeiten ertragen zu wollen, kann sie zur 4. Aufgabe übergehen.

4. Aufgabe: Die Patientin entscheidet sich für keine aktive Behandlung/supportive Maßnahmen/palliative Behandlung

„Ich verstehe was Sie sagen möchten, aber mir ist das Risiko dieser Behandlungen zu hoch. Ich möchte keine aktive Behandlung mehr anfangen und entscheide mich für die palliative Therapie.“

Wenn der Arzt diese Entscheidung nicht gleich akzeptiert, muss sie noch einmal mit dem Arzt über die Nachteile und Risiken der von ihm vorgeschlagenen Therapie sprechen und ihre Argumente (Siehe C) *Argumente der Patientin gegen Therapieoptionen*) aufbringen.

Aufgabe 5: Abschluss des Gespräches

Wenn die **endgültige Entscheidung getroffen ist** und der Arzt akzeptiert, dass die Patientin nur supportive Maßnahmen erhalten möchte, muss die Patientin mit der Frage

„Glauben Sie ich habe heute die falsche Entscheidung getroffen?“

das Ende des Gesprächs einleiten.

Wenn der Arzt darauf geantwortet hat, beendet die Patientin das Gespräch:

„Ich danke Ihnen für Ihre Hilfe und alle Informationen, die Sie mir gegeben haben. Mir ist jetzt alles viel klarer.“

C) Argumente der Patientin gegen Therapieoptionen

Wenn der Arzt die Frage stellt, warum sich die Patientin eine bestimmte Therapieoption nicht vorstellen kann, oder sie anderweitig befragt, hat die Patientin folgende Argumente gegen die Option zur Auswahl:

1. Angst vor Nebenwirkungen

Die Patientin hat **Angst vor Nebenwirkungen**, weil sie davon während ihrer Chemotherapie viele ertragen musste und sie möchte das nicht noch einmal erleben. Diese Nebenwirkungen waren u.a. Krankenhausaufenthalt, Herzprobleme (anfallsartige Brustschmerzen), schwere Durchfälle, starke Müdigkeit, Parästhesien (Gefühllosigkeit und Kribbeln) in den Beinen. Die Patientin möchte zu Hause eine gewisse Lebensqualität haben, selbst wenn sie krank ist. Neue Nebenwirkungen würden sich auf ihre Gesundheit auswirken und sie könnte in ihrem Alltag nicht den Dingen nachgehen, die ihr wichtig sind: Sich um ihren Mann und ihren Hund kümmern und in Form bleiben um die Besuche ihrer Enkelin genießen zu können.

2. Verschlechterung des körperlichen und geistigen Zustandes

Ihr Allgemeinzustand hat sich seit den letzten Therapien sehr verschlechtert. Sie hat noch immer Probleme mit ihrem Herzen, verspürt Müdigkeit, kognitive Schwierigkeiten und weiß von ihrer Blutplättchenarmut (Thrombopenie). Sie glaubt sie wird sich nie mehr richtig erholen, wenn noch ein weiteres Problem hinzukommt.

3. Familiäre Situation

Sie hat zu Hause nicht viel Unterstützung und jetzt wird ihr Sohn bald ins Ausland ziehen. Wenn irgendein Problem auftreten sollte und sie selbst nur für einen Tag ins Krankenhaus aufgenommen werden muss, **wäre es sehr schwierig die Versorgung ihres Mannes und ihres Hundes sicherzustellen**. Sie kann sich nicht vorstellen oft ins Krankenhaus zu müssen oder dort stationär aufgenommen zu werden.

4. Angst

Ihre Sorgen sind zwar nicht immer gut zu begründen, **aber sie sind reell und lösen in ihr Angst aus**. Dies ist für sie ein Argument nicht mit der Behandlung fortzufahren.

Spickzettel für Frau Schmidt

„Ich möchte heute **mit Ihnen gemeinsam** eine Entscheidung treffen“

Checkliste Optionen:

	Operation	Chemotherapie	Palliative Behandlung
Vorteile	X	X	X
Nachteile	X	X	X

Argumente

- Nebenwirkungen
- Schlechter Allgemeinzustand
- Familiäre Situation
- Angst

„Ich entscheide mich für die **palliative Behandlung**“

„**Glauben Sie ich habe heute die richtige Entscheidung getroffen?**“

10.6 Fragebögen

10.6.1 Tag 0: BASELINE

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

1. Alter _____
2. Geschlecht weiblich männlich
3. Familiäre Situation alleinstehend
 in einer Partnerschaft
 Familie
4. Beruf Assistenzarzt
 Facharzt
5. Wenn Sie Assistenzarzt sind, in welchem Jahr der Weiterbildung befinden Sie sich?

6. Fachrichtung: _____
7. In was für einer Einrichtung arbeiten Sie?
 - Krankenhaus, Innere Medizin
 - Krankenhaus, Chirurgie
 - Krankenhaus, Geriatrie
 - Krankenhaus, Palliativstation
 - Krankenhaus, andere
 - Tagesklinik
 - Ambulanz
 - Praxis
 - Ambulante palliativmedizinische Versorgung
8. Seit wann arbeiten Sie in derselben Einrichtung? _____ Jahre _____ Monate
9. Seit wann arbeiten Sie als Arzt? _____ Jahre _____ Monate
10. Seit wann arbeiten Sie mit Krebspatienten? _____ Jahre _____ Monate

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

11. Wie viele Stunden pro Woche betreuen Sie Krebspatienten?
_____ Stunden/Woche
12. Wie viele verschiedene **stationäre Krebspatienten** haben Sie im Laufe Ihrer letzten Arbeitswoche betreut?
_____ Patienten
13. Wie viele verschiedene **Krebspatienten** haben Sie im Laufe Ihrer letzten Arbeitswoche in einer **Tagesklinik** betreut?
_____ Patienten
14. Wie viele verschiedene **Krebspatienten** waren im Laufe Ihrer letzten Arbeitswoche in Ihrer **Sprechstunde**?
_____ Patienten
15. Wie viele verschiedene **über 65-jährige Patienten** haben Sie in Ihrer letzten Arbeitswoche **stationär** betreut?
_____ Patienten
16. Wie viele verschiedene **über 65-jährige Patienten** haben Sie in Ihrer letzten Arbeitswoche in der **Tagesklinik** betreut?
_____ Patienten
17. Wie viele verschiedene **über 65-jährige Patienten** waren in Ihrer letzten Arbeitswoche in Ihrer **Sprechstunde**?
_____ Patienten
18. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Ihr Wissen über die **psychologische Seite der Arzt-Patienten-Beziehung bei an Krebs erkrankten Patienten** vertieft?
- Ja Nein
- Wenn ja, in welcher Form? Schulung
 Konferenz
 Fachliteratur

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

19. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Ihr Wissen über die **psychologische Seite der Arzt-Patienten-Beziehung bei alten (über 65-jährigen) Patienten** vertieft?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Schulung
 Konferenz
 Fachliteratur

20. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Ihr Wissen über die **psychologische Seite der Arzt-Patienten-Beziehung bei Patienten im Allgemeinen** vertieft?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Schulung
 Konferenz
 Fachliteratur

21. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Ihr Wissen über den **Umgang mit Stress am Arbeitsplatz** vertieft?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Schulung
 Konferenz
 Fachliteratur

22. Nehmen Sie regelmäßig an Interdisziplinären Besprechungen teil?

Ja Nein

23. Wenn ja, wie oft? _____/Monat

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

24. An wie vielen interdisziplinären Besprechungen haben Sie im Laufe der letzten Woche teilgenommen?

_____ Besprechungen

25. Wie häufig hat es sich ergeben, dass Sie in den letzten 6 Monaten eine **medizinische Entscheidung für einen über 65-jährigen Krebspatienten treffen mussten?** (eine Behandlung weiterführen oder abbrechen, sich für eine Behandlung entscheiden)

Nie	Selten	Manchmal	Regelmäßig	Oft	Jeden Tag
0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Ist es im Laufe der letzten 6 Monate vorgekommen, dass Sie einen Patienten in einer komplexen medizinischen Situation betreut haben, in der es schwierig war eine therapeutische Entscheidung zu treffen?

Nie	Selten	Manchmal	Regelmäßig	Oft	Jeden Tag
0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wen bitten Sie in solchen komplexen Situationen um Hilfe bei der Suche nach der richtigen Entscheidung?

	Ja	Nein
1. Niemanden, im Endeffekt finde ich alleine die richtige Lösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Den nächst höheren Verantwortlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine ärztlichen Kollegen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ärztliche Kollegen außerhalb des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich profitiere von interdisziplinären Besprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur beruflichen und sozialen Situation

28. Bitte markieren Sie durch einen vertikalen Strich auf der folgenden Skala, inwieweit die **interdisziplinären Besprechungen**, an denen Sie teilnehmen, Ihnen helfen in **komplexen medizinischen Situationen mit Krebspatienten** die beste Entscheidung zu treffen.

Nie _____ Sehr oft

29. Rauchen Sie Zigaretten? Ja Nein

Wenn Sie mit „nein“ geantwortet haben, machen Sie bitte mit Frage 1 auf Seite 6 weiter.

30. Wann rauchen Sie nach dem Aufwachen Ihre erste Zigarette?
- Nach weniger als 5 Minuten
 - Nach 6-30 Minuten
 - Nach 31-60 Minuten
 - Nach mehr als 1 Stunde

31. Ist es schwer für Sie an Orten, an denen Rauchen verboten ist (Kino, Bibliothek,...) nicht zu rauchen?
- Ja
 - Nein

32. Welche Zigarette ist für Sie am unentbehrlichsten?
- die erste
 - eine andere

33. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?
- 10 oder weniger
 - 11 bis 20
 - 21 bis 30
 - 31 oder mehr

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

34. Rauchen Sie Ihre Zigaretten in der ersten Stunde nach dem Aufstehen schneller aufeinanderfolgend als während dem restlichen Tag?

- Ja
 Nein

35. Rauchen Sie selbst wenn Sie krank sind und im Bett liegen müssen?

- Ja
 Nein

Geben Sie durch eine Zahl von 0 bis 100 an, wie abhängig Sie von Zigaretten sind:

Ich bin überhaupt nicht abhängig von Zigaretten =0

Ich bin extrem abhängig von Zigaretten =100 _____ Abhängigkeit

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext

Anleitung

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr allgemeines Wohlbefinden im Umgang mit der Unsicherheit, die der medizinischen Versorgung von onkologischen Patienten innewohnt.

Kreuzen Sie für jede Aussage jeweils die Antwort an, die am besten zu Ihrem medizinischen Alltag passt.

1. Wenn ich mir bei einer Behandlung nicht sicher bin, macht mich das gewöhnlich ängstlich.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext

2. Die mit der Betreuung von Krebspatienten verbundene Unsicherheit bringt mich durcheinander.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

3. Die mit der Betreuung von Krebspatienten verbundene Unsicherheit ist mir unangenehm.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

4. Mit dem Niveau der Unsicherheit, die mit der Betreuung von Krebspatienten verknüpft ist, komme ich gut zurecht.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

5. Die Unsicherheit bei der Betreuung von Krebspatienten stört mich oft.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext

6. Wenn Ärzte sich über eine onkologische Behandlung nicht sicher sind, müssen Sie ihre Patienten darüber informieren.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

7. Wenn ich mir bei einer onkologischen Behandlung nicht sicher bin, stelle ich mir katastrophale Szenarien vor (Patient stirbt, verklagt mich etc.)

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

8. Ich habe Angst, dass man mich für meine Wissenslücken im Bereich der Onkologie verantwortlich macht.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

9. Ich fürchte mich davor einen beruflichen Fehler zu machen, wenn ich mir nicht sicher bin welche onkologische Behandlung für den Patienten optimal ist.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext

10. Ich teile meine Unsicherheiten immer mit meinen Krebspatienten.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

11. Wenn ich meine Unsicherheiten immer mit meinen Krebspatienten teilen würde, würden sie das Vertrauen in mich verlieren.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

12. Meine Unsicherheit zu teilen verbessert mein Verhältnis zu meinen Krebspatienten.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

13. Ich bevorzuge es wenn meine Patienten nicht wissen, dass ich mir unsicher bin, welche Therapie ich vorschlagen soll.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im medizinischen Kontext

14. Ich teile meine Fehler bei der onkologischen Behandlung fast nie anderen Ärzten mit.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

15. Ich teile anderen Ärzten nie mit, wenn ich berufliche Fehler bei einem Krebspatienten mache.

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme stark zu

 Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil A

Anleitung:

Jeder Mensch nimmt die Unsicherheiten des Lebens auf unterschiedliche Weise wahr. Benutzen Sie die Skala um auszudrücken, inwiefern folgende Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an.

1. Es fällt mir schwer zu akzeptieren, dass die Zukunft ungewiss ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil A

2. Ich finde es unerträglich im Leben keine Garantie zu haben

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

3. Andere scheinen Unsicherheit besser zu tolerieren als ich.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

4. Ich finde es unerträglich, dass einige Bereiche des Lebens nicht im Voraus vorbestimmt sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

5. Ich ertrage die Möglichkeit schlecht, dass mir etwas Negatives passieren könnte.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

6. Wenn ich auf eine wichtige Nachricht warte, fällt es mir schwer in Ungewissheit zu bleiben.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil A

7. Es ist mir unerträglich mich unvorhergesehenen Situationen zu stellen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

8. Ich ertrage nur schwer Situationen, in denen ich nicht weiß, was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

9. Die Tatsache, dass ich vorher nicht weiß was passieren wird ist für mich inakzeptabel.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

10. Wartezeiten sind für mich unerträglich wenn ich nicht weiß, was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

11. Ich toleriere die Unsicherheiten des Lebens nur schwer.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil A

12. Ich akzeptiere es nur schwer in Unsicherheit zu verbleiben, wenn ich denke, dass sich etwas Negatives ereignen kann.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

13. Ich würde lieber **alles** und **alles sofort** wissen, als in Unsicherheit zu verbleiben.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

14. Ich habe Schwierigkeiten zu akzeptieren, dass etwas Unvorhergesehenes passieren könnte.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

15. Ich brauche Sicherheit in dem, was ich unternehme.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz: Teil B

Menschen reagieren auf die Unsicherheiten des Lebens auf verschiedene Weise. Benutzen Sie die Skala um auszudrücken, inwiefern folgende Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an.

1. Ich ziehe es vor Situationen, in denen Unsicherheit besteht zu vermeiden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

2. Wenn ich mich in einer unsicheren Situation befinde, tendiere ich dazu an dem was ich tue zu zweifeln.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

3. Ich überschätze oft die Wahrscheinlichkeit, dass das Schlimmste passiert, wenn sich etwas Unvorhergesehenes ereignet.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

4. Ich tendiere dazu andere zu führen, um zu vermeiden, dass ihnen etwas Unvorhergesehenes passiert.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

5. Ich wende mich oft an andere um mich sicherer zu fühlen, wenn ich nicht weiß was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

6. Ich zerbreche mir oft den Kopf über die Unsicherheiten des Lebens.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

7. Ich zweifle oft an mir, wenn die Situation unsicher ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

8. Die Wahrscheinlichkeit unerwartet etwas Negatives zu erleben bringt mich dazu bestimmte Aktivitäten zu vermeiden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

9. Wenn ich mir unsicher bin, brauche ich andere, damit ich mich wieder sicher fühle.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

10. Ich muss alles kontrollieren in dem Versuch alle negativen Folgen zu verhindern, die auftreten könnten.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

11. Ich tendiere dazu, die Meinung anderer einzuholen, wenn ich mir unsicher bin, was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

12. Ich vermeide Situationen, in denen leicht etwas Unerwartetes passieren kann.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

13. Wenn der Ausgang einer Situation unsicher ist, zweifle ich oft daran, alles Nötige getan zu haben.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

14. Wenn ein negatives Ereignis möglich ist, überschätze ich oft die Wahrscheinlichkeit mit der es eintreten könnte.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

15. Ich tendiere dazu mir Sorgen zu machen, wenn ich mir unsicher bin, was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

16. Ich frage mehrere Personen oft nach der gleichen Information um mich zu vergewissern was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

17. Ungewisse Situationen machen mir Sorgen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

18. Wenn ich mir unsicher bin, was passieren wird, versuche ich alles zu kontrollieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

19. Ich tendiere dazu die Wahrscheinlichkeit zu überschätzen, mit der ein Unglück eintritt, wenn ich nicht weiß was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

20. Es macht mir Sorgen daran zu denken, dass mir plötzlich etwas Unerwartetes passieren könnte.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

21. Wenn ich mir unsicher bin, tendiere ich dazu an meinen Fähigkeiten zu zweifeln.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

22. Ich tendiere dazu mich nicht auf Aktivitäten einzulassen, die zum Teil ungewiss sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

23. Wenn ich mir unsicher bin neige ich dazu, die Wahrscheinlichkeit, dass die Dinge sich zum Schlechten wenden, zu überschätzen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

24. Ich neige dazu, Handlungen von mir nahestehenden Personen kontrollieren zu wollen, um die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass ihnen etwas zustößt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

25. Selbst wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass sich etwas Negatives unvorhergesehen ereignet, muss man mir wiederholt sagen, dass alles gut gehen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

26. Ich ziehe es vor, ein Vorhaben aufzugeben, als in Unsicherheit leben zu müssen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

27. Ich ziehe es vor alles zu kontrollieren um die Ungewissheit zu verringern.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

28. Nicht zu wissen was die Zukunft mit sich bringt führt dazu, dass ich mir Sorgen mache.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

29. In einer Situation der Ungewissheit neige ich dazu die Wahrscheinlichkeit, dass die Dinge sich zum Schlechten wenden, zu überschätzen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur Unsicherheitsintoleranz im Allgemeinen: Teil B

30. Ich neige oft dazu, meine Entscheidungen in Frage zu stellen, wenn ich mir unsicher bin, was passieren wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft zu	Trifft stark zu	Trifft völlig zu

Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

Anleitung 1:

A) Dieser Fragebogen evaluiert, wie es Ihnen geht, wenn Sie bei der Behandlung von Krebspatienten eine Entscheidung treffen sollen. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage das Kästchen an, das am besten zu Ihrem **Empfinden im Allgemeinen** passt, wenn Sie therapeutische Entscheidungen bei der Behandlung von Krebspatienten treffen.

1. Patienten haben Kenntnis darüber, welche Optionen ihnen zu Verfügung stehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

2. Ich kenne die Vorteile jeder Option.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung
 (Decisional Comfort)

3. Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen jeder Option für Patienten.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

4. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile den Patienten am wichtigsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

5. Ich bin mir sicher, dass ich weiß welche Risiken und Nebenwirkungen für Patienten am entscheidendsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

6. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, was für Patienten am entscheidendsten ist.
-
- (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

7. Ich denke, dass Patienten genug Unterstützung von anderen haben, um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung
(Decisional Comfort)

8. Ich denke, dass Patienten ihre Entscheidung ohne Druck durch andere treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

9. Ich denke, dass Patienten genug Ratschläge bekommen um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

10. Ich bin mir über die beste Wahl für Patienten sicher.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

11. Ich bin mir sicher, welche Entscheidung für Patienten getroffen werden muss.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

12. Es fällt mir leicht Entscheidungen für Patienten zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung
(Decisional Comfort)

13. Ich habe das Gefühl, dass Patienten so aufgeklärt sind, dass sie eine Entscheidung treffen können.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

14. Die Therapieentscheidungen spiegeln wider was Patienten wichtig ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

15. Ich erwarte, dass Patienten bei ihrer Entscheidung bleiben.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

16. Ich bin mit den getroffenen Entscheidungen zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

17. Ich bin mit dem Vorgehen, mit dem ich eine therapeutische Entscheidung treffe, zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung
(Decisional Comfort)

18. Es ist schwierig zu entscheiden, ob die Vorteile der Behandlungsoptionen wichtiger sind als die Risiken und umgekehrt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

19. Was die Behandlung betrifft bin ich mir unsicher was wirklich das Beste für die Patienten ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

20. Ich kann die Meinungen der Patienten gut nachvollziehen, wenn bei der Entscheidungsfindung so Wichtiges auf dem Spiel steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

21. Es ist leicht alle Elemente, die eine Therapieentscheidung beeinflussen, zu identifizieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur **allgemeinen** ärztlichen Entscheidungsfindung
(Decisional Comfort)

22. Wenn ich eine Entscheidung treffe merke ich, dass ich nicht alles über die möglichen Behandlungsformen weiß, auch wenn die Information in Form von Literatur zur Verfügung steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

23. Es fällt mir schwer eine Entscheidung zu treffen, weil wichtige Informationen nicht bekannt sind oder nur schwer in der Literatur zu finden sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

24. Ich glaube Patienten verstehen die Risiken und Vorteile des Behandlungsplans, der für Sie entschieden wurde voll und ganz.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

B) Evaluieren Sie bitte die Qualität ihrer Entscheidungen in einer onkologischen Behandlung im Allgemeinen auf einer Skala von 1 bis 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehr schlechte Qualität

Sehr gute Qualität

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Empathie

Anleitung:

Dieser Fragebogen soll Ihre Empathie bei onkologischen Arztgesprächen evaluieren.

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Aussagen an in wie weit Sie zustimmen oder nicht. Die Aussagen beziehen sich auf Ihr Gefühl bei **allgemeinen Arztgesprächen mit Krebspatienten**.

1. Die Emotionen der Patienten wahrzunehmen beeinflusst mich nicht im Prozess der Entscheidung für eine Therapie.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

2. Patienten geht es besser, wenn ich ihre Gefühle verstehe.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

3. Es fällt mir schwer Dinge aus der Perspektive der Patienten zu sehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

4. In der Arzt-Patienten-Beziehung finde ich es genauso wichtig die Körpersprache des Patienten zu verstehen, wie das verbal Kommunizierte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

5. Ich glaube mein guter Sinn für Humor trägt dazu bei, die besten klinischen Ergebnisse zu erzielen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

6. Es fällt mir schwer Dinge aus Patientenperspektive zu sehen, da jeder Mensch anders ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

7. Wenn ich Patienten auf ihre Vorgeschichte oder ihre physische Gesundheit anspreche, versuche ich nicht auf ihre Emotionen zu achten.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

8. Auf das Erleben von Patienten zu achten beeinflusst die Ergebnisse der aktuellen Behandlung nicht.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

9. Wenn ich Patienten behandle, versuche ich mich in sie hinein zu versetzen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

10. Patienten messen der Tatsache Bedeutung bei, dass ich ihre Gefühle verstehe, was bereits in sich therapeutisch ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

11. Die Krankheiten der Patienten können nur durch eine medizinische oder chirurgische Behandlung geheilt oder stabilisiert werden; deshalb haben meine emotionalen Beziehungen zu Patienten keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

12. Patienten zu ihrem Privatleben zu befragen ist nicht nützlich um ihre physischen Beschwerden zu verstehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

13. Ich versuche zu verstehen was im Kopf der Patienten vorgeht, indem ich auf nonverbale Zeichen und Körpersprache achte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

14. Ich denke für Emotionen ist bei meiner Entscheidung für die geeignete Therapieoption keine Zeit.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

15. Empathie ist eine therapeutische Fähigkeit ohne die der Erfolg bei der Entscheidungsfindung limitiert ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Empathie

16. Mein Verständnis für den emotionalen Zustand des Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

17. Ich versuche wie die Patienten zu denken, um eine bessere therapeutische Entscheidung treffen zu können.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

18. Ich lasse mich nicht von starken Beziehungen zwischen Patienten und deren Familienmitgliedern beeinflussen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

19. Ich denke Empathie ist ein wichtiger Faktor beim Treffen einer Therapieentscheidung.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag0: BASELINE

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

20. Ich habe keine Freude an nicht-medizinischer Literatur oder an Kunst.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

Sie haben alle Fragebögen beantwortet, vielen Dank, dass Sie sich für unsere Studie Zeit nehmen.

Auswertung VAS

Auswertung VAS Seite 5: _____mm

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag0, Phase0

10.6.2 Tag 7: PRÄVIDEO

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

Anleitung:

- A) Sie haben nun die Möglichkeit gehabt, sich mit der Akte der Patientin auseinanderzusetzen. Was wäre Ihrer Meinung nach die beste therapeutische Option für diese Patientin auf der Basis der Patientenakte?
Bitte beziehen sie sich auf die folgende Liste der Therapieoptionen und wählen sie eine der Optionen.
Wenn Sie „andere Option“ ankreuzen, beschreiben Sie Ihre Wahl bitte präziser.

Therapeutische Optionen (Bitte kreuzen Sie eine Antwort an)

- 1 Folfiri
- 2 Folfiri und Cetuximab
- 3 Cetuximab und Irinotecan
- 4 Monotherapie mit Cetuximab
- 5 Monotherapie mit Irinotecan
- 6 Irinotecan und Avastin
- 7 Xeloda
- 8 Resektion der Lungenmetastase
- 9 Hyperthermie (Lungenmetastase)
- 10 Bestrahlung der Lungenmetastase
- 11 nur supportive Maßnahmen
- 12 andere Option (präzisieren Sie bitte) _____

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

B) Auf der Basis der Patientenakte, habe Sie sich gerade für eine Behandlungsoption entschieden. Für jede der folgenden Aussagen, kreuzen Sie bitte diejenige an, **die am besten beschreibt wie Sie sich mit dieser Entscheidung fühlen**. Berufen Sie sich auf die Informationen, die Sie aus der Patientenakte erhalten haben, wenn Sie auf die folgenden Fragen antworten:

1. Ich glaube diese Patientin kennt die Optionen, die ihr zur Verfügung stehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

2. Ich kenne die Vorteile jeder möglichen Option für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

3. Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen der möglichen Optionen für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

4. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile dieser Patientin am wichtigsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

2

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional comfort)

5. Ich bin mir sicher, dass ich weiß welche Risiken und Nebenwirkungen für diese Patientin am entscheidendsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

6. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, was für diese Patientin am entscheidendsten ist. (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

7. Ich denke, dass diese Patientin genug Unterstützung von anderen hat, um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

8. Ich denke, dass diese Patientin ihre Entscheidung ohne Druck durch andere treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

3

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

9. Ich denke, dass diese Patientin genug Ratschläge bekommen hat um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

10. Ich bin mir über die beste Wahl für diese Patientin sicher.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

11. Ich bin mir sicher, welche Entscheidung für diese Patientin getroffen werden muss.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

12. Es fällt mir leicht eine Entscheidung für diese Patientin zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

13. Ich habe das Gefühl, dass diese Patientin eine aufgeklärte Wahl treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

4

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

14. Diese Therapieentscheidung spiegelt wider was dieser Patientin wichtig ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

15. Sollte diese Entscheidung die endgültige sein, erwarte ich, dass diese Patientin bei dieser bleibt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

16. Ich bin mit der getroffenen Entscheidung zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

17. Ich bin mit dem Prozess, der zu dieser Entscheidung geführt hat, zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

18. Es ist schwierig zu entscheiden, ob die Vorteile der Behandlungsoptionen wichtiger sind als die Risiken und umgekehrt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

5

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

19. Was die Behandlung betrifft bin ich mir unsicher was wirklich das Beste für diese Patientin ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

20. Ich kann die Meinungen der Patientin gut nachvollziehen, wenn für sie bei der Entscheidung so Wichtiges auf dem Spiel steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

21. Es ist leicht alle Elemente, die diese Therapieentscheidung beeinflussen, zu identifizieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

22. Als ich diese Entscheidung getroffen habe, hatte ich das Gefühl nicht alles über die möglichen Behandlungsformen zu wissen, auch wenn die Information in Form von Literatur zur Verfügung steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

6

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

23. Es ist mir schwergefallen eine Entscheidung zu treffen, weil wichtige Informationen nicht bekannt sind oder nur schwer in der Literatur zu finden sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

24. Ich glaube diese Patientin wird die Risiken und Vorteile des Behandlungsplans, der festgelegt werden wird, voll und ganz verstehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

B) Evaluieren Sie bitte die Qualität dieser Entscheidung auf einer Skala von 1 bis 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr schlechte Qualität					Sehr gute Qualität				

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

7

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress vor dem Video des Arzt-Patienten-
Gesprächs

Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden 4 Fragen, indem Sie einen vertikalen Strich auf den Ort der Linie eintragen, der am besten beschreibt wie Sie sich fühlen.

1. Ich fühle mich im Moment gestresst

Überhaupt nicht _____ Sehr

2. Ich fühle mich im Moment angespannt

Überhaupt nicht _____ Sehr

3. Ich bin im Moment verärgert

Überhaupt nicht _____ Sehr

4. Ich fühle mich im Moment gelassen.

Überhaupt nicht _____ Sehr

Nun haben Sie alle Fragebögen beantwortet. Als nächstes werden wir das Video starten.

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

8

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag7:PRÄVIDEO

DATUM: _____

Auswertung VAS

Auswertung VAS Seite 8: **Fragebogen zum empfundenen Stress vor dem Video des Arzt-Patienten-Gesprächs**

VAS 1: _____ mm VAS 2: _____ mm

VAS 3: _____ mm VAS 4: _____ mm

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 1

[Datum]

10.6.3 Tag 7: POSTVIDEO

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress nach dem Video des Arzt-
Patienten-Gesprächs

Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden 4 Fragen, indem Sie einen vertikalen Strich auf den Ort der Linie eintragen, der am besten beschreibt wie Sie sich fühlen.

1. Ich fühle mich im Moment gestresst

Überhaupt nicht _____ Sehr

2. Ich fühle mich im Moment angespannt

Überhaupt nicht _____ Sehr

3. Ich bin im Moment verärgert

Überhaupt nicht _____ Sehr

4. Ich fühle mich im Moment gelassen.

Überhaupt nicht _____ Sehr

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Video des Arzt-Patienten-
Gespräches

Anleitung:

Bitte kennzeichnen Sie **die Zufriedenheit**, die Sie **in Bezug auf das eben gezeigte Video empfinden** auf der unten angezeigten Skala. Zeichnen Sie bitte für jede Behauptung einen senkrechten Strich an dem Ort auf die Linie, der am besten beschreibt wie Sie sich fühlen.

1. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die die Ärztin das Gespräch geführt hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

2. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art, auf die die Ärztin in diesem Gespräch mit Unsicherheit umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

3. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die die Ärztin mit ihrer Belastung in diesem Gespräch umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

4. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die die Ärztin mit den Emotionen der Patientin in diesem Gespräch umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

5. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Beziehung, die die Ärztin im Laufe dieses Gespräches zu der Patientin aufgebaut hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

2

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Video des Arzt-Patienten-
Gesprächs

6. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die die Ärztin mit der Patientin im Laufe des Gespräches kommuniziert hat.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

7. Ich bin insgesamt damit zufrieden wie sich die Ärztin in diesem Gespräch eingesetzt hat.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

8. Ich bin insgesamt damit zufrieden wie sich die Patientin im Laufe dieses Gespräches eingesetzt hat.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

9. Ich bin insgesamt zufrieden mit meiner Fähigkeit während des gesamten Videos aufmerksam zu bleiben.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

10. Ich bin insgesamt zufrieden mit dem Auftritt der Schauspielärztin.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

11. Ich bin insgesamt zufrieden mit dem Auftritt der Schauspielpatientin.

Nicht zufrieden sehr zufrieden

ARZT: _____ EVAL: _____ Tag 7, Phase 2

[Datum]

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Video des Arzt-Patienten-
Gesprächs

12. Ich könnte ein Arztgespräch auf diese Weise führen.

Stimme nicht zu

Stimme zu

13. Manche Ärzte könnten dieses Gespräch auf diese Weise führen.

Stimme nicht zu

Stimme zu

14. Manche Patienten könnten sich in einem Arztgespräch so verhalten.

Stimme nicht zu

Stimme zu

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung: Zusätzliche Fragen

Anleitung:

A) Nach allem was Sie nun über die Patientin und ihre Krankengeschichte wissen, haben Sie noch fragen an die Patientin?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

4

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung: Zusätzliche Fragen

B) Nach allem was Sie nun über die Patientin und ihre Krankengeschichte wissen, möchten Sie Zusatzuntersuchungen anfordern?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

5

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

Anleitung:

- A) In dieser Phase haben Sie nun ein erstes Gespräch zwischen einer Ärztin und der Patientin gesehen. Auf der Basis dieses Gespräches und den Informationen aus der Patientenakte, was wäre Ihrer Meinung nach die beste Therapieoption für diese Patientin?
Bitte beziehen sie sich auf die folgende Liste der Therapieoptionen und wählen sie eine der Optionen.
Wenn Sie „andere Option“ ankreuzen, präzisieren Sie bitte Ihre Wahl.

Therapeutische Optionen (Bitte kreuzen Sie eine Antwort an)

- 1 Folfiri
- 2 Folfiri und Cetuximab
- 3 Cetuximab und Irinotecan
- 4 Monotherapie mit Cetuximab
- 5 Monotherapie mit Irinotecan
- 6 Irinotecan und Avastin
- 7 Xeloda
- 8 Resektion der Lungenmetastase
- 9 Hyperthermie (Lungenmetastase)
- 10 Bestrahlung der Lungenmetastase
- 11 nur supportive Maßnahmen
- 12 andere Option (präzisieren Sie bitte) _____

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

6

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

- B) Auf der Basis der Patientenakte und des Videos des Erstgesprächs, haben Sie sich gerade für eine Behandlungsoption entschieden. Für jede der folgenden Aussagen, **kreuzen Sie bitte diejenige an, die am besten beschreibt wie Sie sich mit dieser Entscheidung fühlen**. Berufen Sie sich auf die Informationen, die Sie **aus der Patientenakte und dem Video** erhalten haben, wenn Sie auf die folgenden Fragen antworten:

1. Diese Patientin kennt die Optionen, die ihr zu Verfügung stehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

2. Ich kenne die Vorteile jeder möglichen Option für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

3. Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen der möglichen Optionen für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

4. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile dieser Patientin am wichtigsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

7

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

5. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Risiken und Nebenwirkungen für diese Patientin am entscheidendsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

6. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, was für diese Patientin am entscheidendsten ist. (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

7. Ich denke, dass diese Patientin genug Unterstützung von anderen hat, um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

8. Ich denke, dass diese Patientin ihre Entscheidung ohne Druck durch andere treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

9. Ich denke, dass diese Patientin genügend Ratschläge hat um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

8

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

10. Ich bin mir über die beste Wahl für diese Patientin sicher.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

11. Ich bin mir sicher, welche Entscheidung für diese Patientin getroffen werden muss.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

12. Es fällt mir leicht eine Entscheidung für diese Patientin zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

13. Ich habe das Gefühl, dass diese Patientin eine aufgeklärte Entscheidung treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

14. Diese Entscheidung spiegelt wider was dieser Patientin wichtig ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

15. Sollte diese Entscheidung die endgültige sein, erwarte ich, dass die Patientin bei dieser bleibt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

16. Ich bin mit der getroffenen Entscheidung zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

17. Ich bin mit dem Prozess, der zu dieser Entscheidung geführt hat, zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

18. Es ist schwierig zu entscheiden, ob die Vorteile der Behandlungsoptionen wichtiger sind als die Risiken und umgekehrt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

19. Was die Behandlung betrifft bin ich mir unsicher was wirklich das Beste für diese Patientin ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

10

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

20. Ich kann die Meinungen, die diese Patientin haben könnte gut verstehen, da für sie bei der Entscheidungsfindung so Wichtiges auf dem Spiel steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

21. Es ist leicht alle Elemente, die diese Therapieentscheidung beeinflussen, zu identifizieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

22. Als ich diese Entscheidung getroffen habe, hatte ich das Gefühl nicht alles über die möglichen Behandlungsformen zu wissen, auch wenn die Information in Form von Literatur zur Verfügung steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

23. Es ist mir schwergefallen eine Entscheidung zu treffen, weil wichtige Informationen nicht bekannt sind oder nur schwer in der Literatur zu finden sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

11

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

24. Ich glaube diese Patientin wird die Risiken und Vorteile des Behandlungsplans, der festgelegt werden wird, voll und ganz verstehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

- B) Evaluieren Sie bitte die Qualität Ihrer Entscheidung auf einer Skala von 1 bis 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr schlechte Qualität								Sehr gute Qualität	

Fragebogen zur Patientin im Video des Arzt-Patienten-Gesprächs

Anleitung:

Dieser Fragebogen enthält Merkmale der Patientin, **die sie in dem Video des Gespräches hätte ansprechen können/ angesprochen hat.**

Antworten Sie bitte für jeden der folgenden Eigenschaften **ob diese** (kurz oder ausführlich) **im Video** des Gespräches **angesprochen wurden.**

1. Die persönliche medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
2. Die familiäre medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
3. Die familiäre psychiatrische Vorgeschichte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

12

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Patientin im Video des Arzt-Patienten-Gesprächs

4. Die Erstdiagnose der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
5. Die Überlebensprognose dieser Krebserkrankung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
6. Die Lebensqualität der Patientin seit Diagnosestellung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
7. Vorhergehende Behandlungen der Krebserkrankung bei dieser Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
8. Die Nebenwirkungen der vorhergehenden Behandlungen unter denen die Patientin litt: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
9. Das Ausmaß der Compliance der Patientin in Bezug auf die Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
10. Die genetischen Mutationen, die zu der Krebserkrankung der Patientin bekannt sind: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
11. Die Komorbiditäten der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
12. Die aktuelle Medikation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
13. Die Hauptergebnisse der geriatrischen Evaluation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
14. Der aktuelle Angstzustand der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

13

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Patientin im Video des Arzt-Patienten-Gesprächs

15. Die Sorgen der Patientin bezüglich des Rezidives: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

16. Die Sorgen der Patientin bezüglich der möglichen Nebenwirkungen der denkbaren Therapieoptionen: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

17. Die finanziellen Sorgen der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

18. Die Sorgen der Patientin bezüglich der Logistik, die zur Durchführbarkeit der Therapie wichtig ist: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

19. Die Sorgen der Patientin im Hinblick auf den Einfluss der Therapien auf ihre Lebensqualität: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

20. Die familiäre Situation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

21. Die Krebserkrankung an der der Ehemann der Patientin leidet: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

22. Die Rolle der Pflegenden, die die Patientin gegenüber ihrem erkrankten Mann einnimmt: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

23. Die baldige Abreise des Sohnes der Patientin ins Ausland: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

24. Die Zuneigung der Patientin zu ihrem Hund: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Patientin im Video des Arzt-Patienten-Gesprächs

25. Die familiäre Unterstützung von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

26. Die soziale Unterstützung (außerhalb der Familie), von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

27. Die Erwartungen der Patientin an das Arztgespräch und ihre Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

28. Die Patientin bevorzugt eine bestimmte Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

29. Die Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes seit Therapiebeginn: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

30. Die kognitiven Schwierigkeiten der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

31. Die Auswirkung der kognitiven Schwierigkeiten der Patientin auf deren Leben: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Relevanz der Merkmale der Patientin für eine
interdisziplinäre Teambesprechung

Anleitung:

Dieser Fragebogen enthält Eigenschaften der Patientin, **die sie in dem Video des Gespräches hätte ansprechen können/ angesprochen hat.**

Welches sind die Informationen über diese spezielle Patientin, die Sie in einer interdisziplinären Teambesprechung ansprechen sollten (egal ob diese im Video angesprochen wurden oder nicht)?

1. Die persönliche medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein
2. Die familiäre medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein
3. Die familiäre psychiatrische Vorgeschichte: Ja Nein
4. Die Erstdiagnose der Patientin: Ja Nein
5. Die Überlebensprognose dieser Krebserkrankung: Ja Nein
6. Die Lebensqualität der Patientin seit Diagnosestellung: Ja Nein
7. Vorhergehende Behandlungen der Krebserkrankung bei dieser Patientin: Ja Nein
8. Die Nebenwirkungen der vorhergehenden Behandlungen unter denen die Patientin litt: Ja Nein
9. Das Ausmaß der Compliance der Patientin in Bezug auf die Behandlung Ja Nein
10. Die genetischen Mutationen, die zu der Krebserkrankung der Patientin bekannt sind: Ja Nein
11. Die Komorbiditäten der Patientin: Ja Nein
12. Die aktuelle Medikation der Patientin: Ja Nein
13. Die Hauptergebnisse der geriatrischen Evaluation der Patientin: Ja Nein
14. Der aktuelle Angstzustand der Patientin: Ja Nein

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

16

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Relevanz der Merkmale der Patientin für eine
interdisziplinäre Teambesprechung

15. Die Sorgen der Patientin bezüglich des Rezidives: Ja Nein
16. Die Sorgen der Patientin bezüglich der möglichen Nebenwirkungen der denkbaren Therapieoptionen: Ja Nein
17. Die finanziellen Sorgen der Patientin: Ja Nein
18. Die Sorgen der Patientin bezüglich der Logistik, die zur Durchführbarkeit der Therapie wichtig ist: Ja Nein
19. Die Sorgen der Patientin im Hinblick auf den Einfluss der Therapien auf ihre Lebensqualität: Ja Nein
20. Die familiäre Situation der Patientin: Ja Nein
21. Die Krebserkrankung an der der Ehemann der Patientin leidet: Ja Nein
22. Die Rolle der Pflegenden, die die Patientin gegenüber ihrem erkrankten Mann einnimmt: Ja Nein
23. Die baldige Abreise des Sohnes der Patientin ins Ausland: Ja Nein
24. Die Zuneigung der Patientin zu ihrem Hund: Ja Nein
25. Die familiäre Unterstützung von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein
26. Die soziale Unterstützung (außer der Familie), von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein
27. Die Erwartungen der Patientin an das Arztgespräch und ihre Behandlung: Ja Nein
28. Die Patientin bevorzugt eine bestimmte Behandlung: Ja Nein
29. Die Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes seit Therapiebeginn: Ja Nein
30. Kognitive Schwierigkeiten der Patientin: Ja Nein

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

17

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur Relevanz der Merkmale der Patientin in einer
interdisziplinären Teambesprechung

31. Die Auswirkung der kognitiven Schwierigkeiten
auf das Leben der Patientin:

Ja Nein

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

Anleitung:

In Bezug auf das Video des Arzt-Patienten-Gesprächs, das Sie gerade gesehen haben, kreuzen Sie bitte an, in wie weit **Sie Ihrem Gefühl nach** den folgenden Aussagen zustimmen/ nicht zustimmen:

1. Die Emotionen dieser Patientin wahrzunehmen beeinflusst mich nicht im Prozess der Entscheidung für eine Therapie.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

2. Dieser Patientin ging es besser, als die Ärztin Verständnis für ihre Gefühle zeigte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

3. Es fällt mir schwer Dinge aus der Perspektive dieser Patientin zu sehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

18

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

4. Ich finde es genauso wichtig die Körpersprache dieser Patientin zu verstehen, wie das von ihr verbal Kommunizierte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

5. Es fällt mir schwer Dinge aus der Perspektive dieser Patientin zu sehen, da jeder Mensch anders ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

6. Wenn die Ärztin die Patientin auf ihre medizinische Vorgeschichte oder ihre physische Gesundheit angesprochen hat, habe ich versucht nicht auf die Emotionen der Patientin zu achten.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

7. Auf das Erleben dieser Patientin zu achten beeinflusst die Ergebnisse der endgültigen Behandlung nicht.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

19

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

8. Als die Ärztin diese Patientin befragt hat, habe ich versucht mich in die Patientin hineinzuversetzen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

9. Diese Patientin hat der Tatsache, dass die Ärztin ihre Gefühle verstanden hat, Bedeutung beigemessen, was bereits in sich therapeutisch ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

10. Die Krankheiten dieser Patientin können nur durch eine medizinische oder chirurgische Behandlung geheilt oder stabilisiert werden; deshalb hat die emotionale Beziehung zwischen der Ärztin und der Patientin keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

11. Diese Patientin zu ihrem Privatleben zu befragen ist nicht nützlich um ihre physischen Beschwerden zu verstehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

20

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

12. Ich habe versucht zu verstehen was im Kopf dieser Patienten vorgeht, indem ich auf nonverbale Zeichen und Körpersprache geachtet habe.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

13. Ich denke für Emotionen ist bei meiner Entscheidung für die geeignete Therapieoption für diese Patientin kein Raum.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

14. Die Empathie der Ärztin im Video ist eine therapeutische Fähigkeit ohne die der Erfolg bei der Entscheidungsfindung limitiert sein wird.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

15. Das Verständnis der Ärztin im Video für den emotionalen Zustand dieser Patienten ist ein wichtiger Bestandteil ihrer Arzt-Patienten-Beziehung.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

21

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

16. Ich habe versucht wie die Patientin zu denken, um eine bessere therapeutische Entscheidung treffen zu können.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

17. Ich habe mich nicht von starken Beziehungen zwischen dieser Patientin und ihren Familienmitgliedern beeinflussen lassen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

18. Ich denke Empathie gegenüber dieser Patientin ist ein wichtiger Faktor im Prozess der Entscheidungsfindung einer Therapie.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

Zusatzfrage: Patientenakte

Wie viel Zeit haben Sie damit verbracht, die Patientenakte zu lesen?

_____Minuten

Die Fragebögen sind hier beendet. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben.

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

22

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag 7: POSTVIDEO

DATUM: _____

 Vorbereitungszeit

Vom Untersucher auszufüllen:

Füllen Sie aus, wie viel Zeit in die Patientenakte im Internet und am Schreibtisch vor dem Video und vor der Simulation investiert wurde.

Tag0-Tag7

Ausdrucken der Patientenakte: Ja Nein

Vorbereitungszeit im Internet/auf Papier: _____ Minuten

Tag7

Patientenakte vor dem Video gelesen Ja Nein**VAS Seite 1, Fragebogen zum empfundenen Stress vor dem Video:**

VAS 1: _____ mm VAS 2: _____ mm VAS 3: _____ mm VAS 4: _____ mm

VAS Seiten 2-4, Fragebogen zur Zufriedenheit des Arztes in Bezug auf das Video des Arzt-Patienten-Gesprächs:

VAS 1: _____ mm VAS 2: _____ mm VAS 3: _____ mm VAS 4: _____ mm

VAS 5: _____ mm VAS 6: _____ mm VAS 7: _____ mm VAS 8: _____ mm

VAS 9: _____ mm VAS 10: _____ mm VAS 11: _____ mm VAS 12: _____ mm

VAS 13: _____ mm VAS 14: _____ mm

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 7, Phase 2

[Datum]

10.6.4 Tag 14: EMPFEHLUNG DES TUMORBOARDS

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag14: EMPFEHLUNG DES TUMORBOARDS

DATUM: _____

Feedback zur ersten Begegnung mit der Patientin: Wiederholung der
angesprochenen Themen

Aufgabe:

Wenn Sie sich an das **Video, das Sie letzte Woche gesehen haben**, erinnern: Sind die folgenden **Themen im Gespräch angesprochen worden** (kurz oder ausführlich)?

1. Die persönliche medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
2. Die familiäre medizinische Vorgeschichte der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
3. Die familiäre psychiatrische Vorgeschichte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
4. Die Erstdiagnose der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
5. Die Überlebensprognose dieser Krebserkrankung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
6. Die Lebensqualität der Patientin seit Diagnosestellung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
7. Vorhergehende Behandlungen der Krebserkrankung bei dieser Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
8. Die Nebenwirkungen der vorhergehenden Behandlungen unter denen die Patientin litt: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
9. Das Ausmaß der Compliance der Patientin in Bezug auf die Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
10. Die genetischen Mutationen, die zu der Krebserkrankung der Patientin bekannt sind: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
11. Die Komorbiditäten der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
12. Die aktuelle Medikation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag14

[Datum]

1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag14: EMPFEHLUNG DES TUMORBOARDS

DATUM: _____

 Feedback zur ersten Begegnung mit der Patientin: Wiederholung der angesprochenen Themen

13. Die Hauptergebnisse der geriatrischen Evaluation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
14. Der aktuelle Angstzustand der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
15. Die Sorgen der Patientin bezüglich des Rezidives: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
16. Die Sorgen der Patientin bezüglich der möglichen Nebenwirkungen der denkbaren Therapieoptionen: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
17. Die finanziellen Sorgen der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
18. Die Sorgen der Patientin bezüglich der Logistik, die zur Durchführbarkeit der Therapie wichtig ist: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
19. Die Sorgen der Patientin im Hinblick auf den Einfluss der Therapien auf ihre Lebensqualität: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
20. Die familiäre Situation der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
21. Die Krebserkrankung an der der Ehemann der Patientin leidet: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
22. Die Rolle der Pflegenden, die die Patientin gegenüber ihrem erkrankten Mann einnimmt: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
23. Die baldige Abreise des Sohnes der Patientin ins Ausland: Ja Nein Ich erinnere mich nicht
24. Die Zuneigung der Patientin zu ihrem Hund: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag14

[Datum]

2

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag14: EMPFEHLUNG DES TUMORBOARDS

DATUM: _____

Feedback zur ersten Begegnung mit der Patientin: Wiederholung der angesprochenen Themen

25. Die familiäre Unterstützung von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

26. Die soziale Unterstützung (außerhalb der Familie), von der die Patientin profitieren könnte: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

27. Die Erwartungen der Patientin an das Arztgespräch und ihre Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

28. Die Patientin bevorzugt eine bestimmte Behandlung: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

29. Die Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes seit Therapiebeginn: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

30. Die kognitiven Schwierigkeiten der Patientin: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

31. Die Auswirkung der kognitiven Schwierigkeiten der Patientin auf deren Leben: Ja Nein Ich erinnere mich nicht

Der Fragebogen ist hier beendet. Lesen Sie jetzt bitte das Dokument mit dem Titel „Empfehlung des Tumorboards“

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag14

[Datum]

3

10.6.5 Tag 21: PRÄSIMULATION

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

Anleitung:

- A) Sie haben jetzt die Möglichkeit gehabt die Empfehlungen des interdisziplinären Tumorboards zu lesen. Auf der Basis dieser Empfehlungen, der Patientenakte und des Videos der Patientin: was wäre **IHRER MEINUNG NACH** die beste Therapieoption für diese Patientin? Bitte beziehen Sie sich auf die folgende Liste und kreuzen Sie **EINE** Option an.
Wenn Sie sich für „andere Option“ entscheiden, präzisieren Sie Ihre Entscheidung bitte.

Therapeutische Optionen (Bitte kreuzen Sie eine Antwort an)

- 1 Folfiri
- 2 Folfiri und Cetuximab
- 3 Cetuximab und Irinotecan
- 4 Monotherapie mit Cetuximab
- 5 Monotherapie mit Irinotecan
- 6 Irinotecan und Avastin
- 7 Xeloda
- 8 Resektion der Lungenmetastase
- 9 Hyperthermie (Lungenmetastase)
- 10 Bestrahlung der Lungenmetastase
- 11 nur supportive Maßnahmen
- 12 andere Option (präzisieren Sie bitte) _____

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

- B) Sie haben sich gerade auf der Basis der Teamempfehlung, der Patientenakte und des Videos für eine Therapieoption entschieden. Für jede der folgenden Aussagen, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, **das Ihre Gefühle über diese Entscheidung am besten beschreibt**. Antworten Sie im Kontext der Patientenakte, der Informationen aus dem Video und der interdisziplinären Teamempfehlung.

1. Ich glaube, diese Patientin kennt die Optionen, die ihr zu Verfügung stehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

2. Ich kenne die Vorteile jeder möglichen Option für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

3. Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen der möglichen Optionen für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

4. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile dieser Patientin am wichtigsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

2

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

5. Ich bin mir sicher, dass ich weiß welche Risiken und Nebenwirkungen für diese Patientin am entscheidendsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

6. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, was für diese Patientin am entscheidendsten ist (Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen).

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

7. Ich denke, dass diese Patientin genug Unterstützung von anderen hat, um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

8. Ich denke, dass diese Patientin ihre Entscheidung ohne Druck durch andere treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

3

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

9. Ich denke, dass diese Patientin genügend Ratschläge bekommen hat um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

10. Ich bin mir über die beste Wahl für diese Patientin sicher.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

11. Ich bin mir sicher, welche Entscheidung für diese Patientin getroffen werden muss.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

12. Es fällt mir leicht eine Entscheidung für diese Patientin zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

13. Ich habe das Gefühl, dass diese Patientin eine aufgeklärte Wahl treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

4

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

14. Diese Entscheidung spiegelt wider was dieser Patientin wichtig ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

15. Sollte diese Entscheidung die endgültige sein, erwarte ich, dass die Patientin bei dieser bleibt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

16. Ich bin mit der getroffenen Entscheidung zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

17. Ich bin mit dem Prozess, der zu dieser Entscheidung geführt hat, zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

18. Es ist schwierig zu entscheiden, ob die Vorteile der Behandlungsoptionen wichtiger sind als die Risiken und umgekehrt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

5

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

19. Was die Behandlung betrifft bin ich mir unsicher was wirklich das Beste für diese Patientin ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

20. Ich kann die Meinungen, die diese Patientin haben könnte gut verstehen, da für sie bei der Entscheidungsfindung so Wichtiges auf dem Spiel steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

21. Es ist leicht alle Elemente, die diese Therapieentscheidung beeinflussen, zu identifizieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

22. Als ich diese Entscheidung getroffen habe, hatte ich das Gefühl nicht alles über die möglichen Behandlungsformen zu wissen, auch wenn die Information in Form von Literatur zur Verfügung steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

6

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

23. Es ist mir schwergefallen eine Entscheidung zu treffen, weil wichtige Informationen nicht bekannt sind oder nur schwer in der Literatur zu finden sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

24. Ich glaube diese Patientin wird die Risiken und Vorteile des Behandlungsplans, der festgelegt werden wird, voll und ganz verstehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

- B) Evaluieren Sie bitte die Qualität Ihrer Entscheidung auf einer Skala von 1 bis 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr schlechte Qualität					Sehr gute Qualität				

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

7

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress im Berufsleben: PRÄ-
SIMULATION: „Perceived Stress scale“

Anleitung:

Dieser Fragebogen bezieht sich auf Ihr Erleben (Reaktionen, Emotionen, Gedanken) bezüglich Ihrer beruflichen Tätigkeit **während der letzten Woche**. Auch wenn sich einige Fragen gleich anfühlen, sind sie doch leicht verschieden und erlauben es Ihnen Ihre Antwort zu präzisieren.

Bitte lesen Sie jede Frage einzeln, ohne die anderen Fragen dabei zu berücksichtigen. Antworten Sie möglichst schnell und spontan, indem Sie das Kästchen ankreuzen, **das Ihre Gefühle am besten beschreibt**. Es handelt sich dabei um das was **Sie fühlen und denken**, daher gibt es weder eine „richtige“ noch eine „falsche“ Antwort.

In Ihrem Berufsleben in der letzten Woche...

1. Waren Sie besonders verärgert, weil Sie plötzlich mit einem unerwarteten und unvorhersehbaren Ereignis konfrontiert waren?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

2. Hatten Sie das Gefühl überhaupt keine Handhabe, keine Kontrolle über wichtige Aspekte Ihrer beruflichen Tätigkeit zu haben?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

3. Haben Sie sich nervös und gestresst gefühlt?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

4. Konnten Sie kleine, lästige Schwierigkeiten in Ihrem Arbeitsleben ruhig und wirkungsvoll regeln?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

[Datum]

8

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress im Berufsleben: PRÄ-
SIMULATION: „Perceived Stress scale“

5. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie die Möglichkeit hatten, Änderungen, die in Ihrem Berufsleben auftreten können, gut zu bewältigen?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

6. Hatten Sie Vertrauen in Ihre Fähigkeiten, Probleme bewältigen zu können, die in Ihrem Berufsleben auftreten können?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

7. Hatten Sie das Gefühl, dass sich „alles gut lief“, dass alles sich ereignet „wie es sein soll“?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

8. Hatten Sie das Gefühl, bei allem was erledigt werden muss, nicht zum Ende zu kommen?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

9. War es Ihnen möglich alle Irritationen, die Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit verspüren, kontrollieren zu können?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

10. Hatten Sie das Gefühl, die „Situation zu beherrschen“?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

[Datum]

9

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress im Berufsleben: PRÄ-
SIMULATION: „Perceived Stress Scale“

11. Sind Sie durch Situationen, die Sie nicht kontrollieren konnten, aus der Ruhe gebracht worden?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

12. Haben Sie bemerkt, dass Sie daran denken, wie viel Arbeit noch zu erledigen ist?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

13. Hatten Sie das Gefühl die Einteilung Ihrer Zeit wirklich in der Hand zu haben?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

14. Hatten Sie das Gefühl, dass die Schwierigkeiten sich dermaßen aufstauten und dass Sie es niemals schaffen würden, diese zu bewältigen?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	Fast nie	Manchmal	Oft genug	Sehr oft

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

10

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress vor der Simulation des Arzt-
Patienten-Gesprächs

Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden 4 Fragen, indem Sie einen vertikalen Strich auf den Ort der Linie eintragen, der am besten beschreibt wie Sie sich fühlen.

1. Ich fühle mich im Moment gestresst

Überhaupt nicht _____ Sehr

2. Ich fühle mich im Moment angespannt

Überhaupt nicht _____ Sehr

3. Ich bin im Moment verärgert

Überhaupt nicht _____ Sehr

4. Ich fühle mich im Moment gelassen.

Überhaupt nicht _____ Sehr

Sie haben nun alle Fragebögen beantwortet. Wir beginnen jetzt mit dem simulierten Gespräch.

ARZT:_____ EVAL:_____

Tag21, Phase 1

[Datum]

11

Studie zur Entscheidungsfindung in der Onkologie

VERTRAULICH

Tag21-PRÄSIMULATION

DATUM: _____

Auswertung VAS

Auswertung VAS Seite 11 **Fragebogen zum empfundenen Stress vor der Simulation des Arzt-Patienten-Gesprächs**

VAS 1: _____ mm VAS 2: _____ mm
VAS 3: _____ mm VAS 4: _____ mm

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag21, Phase 1

[Datum]

12

10.6.6 Tag 21: POSTSIMULATION

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zum empfundenen Stress nach der Simulation des Arzt-
Patienten-Gesprächs

Anleitung:

Bitte beantworten Sie die folgenden 4 Fragen, indem Sie einen vertikalen Strich auf den Ort der Linie eintragen, der am besten beschreibt wie Sie sich fühlen.

1. Ich fühle mich im Moment gestresst

Überhaupt nicht _____ Sehr

2. Ich fühle mich im Moment angespannt

Überhaupt nicht _____ Sehr

3. Ich bin im Moment verärgert

Überhaupt nicht _____ Sehr

4. Ich fühle mich im Moment gelassen.

Überhaupt nicht _____ Sehr

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

1

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit des Arztes/der Ärztin mit dem
simulierten Gespräch

Anleitung:

Bitte geben Sie auf den folgenden Skalen an, **wie zufrieden Sie sich mit dem soeben geführten Gespräch fühlen**. Zeichnen Sie für jede Aussage einen vertikalen Strich an dem Ort auf die Linie, der am besten widerspiegelt, wie Sie sich fühlen.

1. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die ich das Gespräch geführt habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

2. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art, auf die ich in diesem Gespräch mit Unsicherheit umgegangen bin.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

3. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die ich mit meiner Belastung in diesem Gespräch umgegangen bin.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

4. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die ich mit den Emotionen der Patientin in diesem Gespräch umgegangen bin.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

ARZT:_____ EVAL:_____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

2

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit des Arztes/ der Ärztin mit dem
simulierten Gespräch

5. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Beziehung, die ich im Laufe dieses Gespräches zu der Patientin aufgebaut habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

6. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die ich mit der Patientin im Laufe des Gespräches kommuniziert habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

7. Ich bin insgesamt damit zufrieden, wie ich mich in diesem Gespräch eingesetzt habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

8. Ich bin insgesamt damit zufrieden, wie sich die Patientin im Laufe dieses Gespräches eingesetzt hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

9. Ich bin insgesamt zufrieden mit meiner Fähigkeit mich auf die Simulation einzulassen.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

3

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit des Arztes/der Ärztin mit dem
simulierten Gespräch

10. Ich bin insgesamt zufrieden mit dem Auftritt der Schauspielerin als diese Patientin.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

Anleitung:

- A) Sie haben nun ein Gespräch mit der Patientin geführt und eine endgültige therapeutische Entscheidung getroffen. Was war die Entscheidung, die am Ende des Gespräches getroffen wurde? Bitte schreiben Sie **EINE** Antwort auf.

Antwort: _____

- B) Am Ende des Gespräches wurde eine endgültige Entscheidung getroffen. Für jede der folgenden Aussagen, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, **das Ihre Gefühle über diese Entscheidung am besten beschreibt**. Antworten Sie im Kontext der Patientenakte, der Informationen aus dem Video, der interdisziplinären Teamempfehlung, und des Gespräches mit der Patientin.

1. Diese Patientin kennt die Optionen, die ihr zu Verfügung stehen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

4

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

2. Ich kenne die Vorteile jeder möglichen Option für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

3. Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen der möglichen Optionen für die Patientin.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

4. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Vorteile dieser Patientin am wichtigsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

5. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, welche Risiken und Nebenwirkungen für diese Patientin am entscheidendsten sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

5

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

6. Ich bin mir sicher, dass ich weiß, was für diese Patientin am entscheidendsten ist.
(Vorteile oder Risiken und Nebenwirkungen)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

7. Ich denke, dass diese Patientin genug Unterstützung von anderen hat, um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

8. Ich denke, dass diese Patientin ihre Entscheidung ohne Druck durch andere trifft.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

9. Ich denke, dass diese Patientin genügend Ratschläge bekommen hat um eine Entscheidung zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

10. Ich bin mir über die beste Wahl für diese Patientin sicher.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

[Datum]

6

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

11. Ich bin mir sicher, welche Entscheidung für diese Patientin getroffen werden muss.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

12. Es fällt mir leicht eine Entscheidung für diese Patientin zu treffen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

13. Ich habe das Gefühl, dass diese Patientin eine aufgeklärte Entscheidung treffen wird.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

14. Diese Entscheidung spiegelt wider was dieser Patientin wichtig ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

15. Ich erwarte dass die Patientin bei dieser Entscheidung bleibt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

7

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

16. Ich bin mit der getroffenen Entscheidung zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

17. Ich bin mit dem Prozess, der zu dieser Entscheidung geführt hat, zufrieden.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

18. Es ist schwierig zu entscheiden, ob die Vorteile der Behandlungsoptionen wichtiger sind als die Risiken und umgekehrt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

19. Was die Behandlung betrifft bin ich mir unsicher was wirklich das Beste für diese Patientin ist.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

8

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

20. Ich kann die Meinungen, die diese Patientin haben könnte gut verstehen, wenn für sie bei der Entscheidungsfindung so Wichtiges auf dem Spiel steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

21. Es ist leicht alle Elemente, die diese Therapieentscheidung beeinflussen, zu identifizieren.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

22. Als ich diese Entscheidung getroffen habe, hatte ich das Gefühl nicht alles über die möglichen Behandlungsformen zu wissen, auch wenn die Information in Form von Literatur zur Verfügung steht.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

23. Es ist mir schwergefallen eine Entscheidung zu treffen, weil wichtige Informationen nicht bekannt sind oder nur schwer in der Literatur zu finden sind.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

9

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Entscheidungsfindung (Decisional Comfort)

24. Ich glaube diese Patientin versteht die Risiken und Vorteile des gewählten Behandlungsplans voll und ganz.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme stark zu	Stimme zu	Neutral	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu

- B) Evaluieren Sie bitte die Qualität Ihrer Entscheidung auf einer Skala von 1 bis 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr schlechte Qualität					Sehr gute Qualität				

 Fragebogen zur ärztlichen Empathie

Anleitung:

In Bezug auf das Arzt-Patienten-Gespräch, das Sie gerade geführt haben, kreuzen Sie bitte an, in wie weit Sie nach Ihrem Gefühl den folgenden Aussagen zustimmen/ nicht zustimmen:

1. Die Emotionen dieser Patientin wahrzunehmen beeinflusst mich nicht im Prozess der Entscheidung für eine Therapie.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

10

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

 Fragebogen zur ärztlichen Empathie

2. Dieser Patientin ging es besser, als ich Verständnis für ihre Gefühle zeigte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

3. Es fällt mir schwer Dinge aus der Perspektive dieser Patientin zu sehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

4. Ich finde es genauso wichtig die Körpersprache dieser Patientin zu verstehen,
wie das von ihr verbal Kommunizierte.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

5. Es fällt mir schwer Dinge aus der Perspektive dieser Patientin zu sehen, da jeder
Mensch anders ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

11

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

6. Wenn ich die Patientin auf ihre medizinische Vorgeschichte oder ihre physische Gesundheit angesprochen habe, habe ich versucht nicht auf die Emotionen der Patientin zu achten.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

7. Auf das Erleben dieser Patientin zu achten beeinflusst die Ergebnisse der endgültigen Behandlung nicht.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

8. Als ich diese Patientin befragt habe, habe ich versucht mich in sie hineinzuversetzen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

9. Diese Patientin hat der Tatsache, dass ich ihre Gefühle verstanden habe, Bedeutung beigemessen, was bereits in sich therapeutisch ist.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

12

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

10. Die Krankheiten dieser Patientin können nur durch eine medizinische oder chirurgische Behandlung geheilt oder stabilisiert werden; deshalb hat die emotionale Beziehung zwischen mir und der Patientin keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

11. Diese Patientin zu ihrem Privatleben zu befragen ist nicht nützlich um ihre physischen Beschwerden zu verstehen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

12. Ich habe versucht zu verstehen was im Kopf dieser Patienten vorgeht, indem ich auf nonverbale Zeichen und Körpersprache geachtet habe.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

13. Ich denke für Emotionen ist bei meiner Entscheidung für die geeignete Therapieoption für diese Patientin kein Raum.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

13

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

14. Meine Empathie ist eine therapeutische Fähigkeit ohne die der Erfolg bei der Entscheidungsfindung limitiert sein wird.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

15. Mein Verständnis für den emotionalen Zustand dieser Patienten ist ein wichtiger Bestandteil unserer Beziehung.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

16. Ich habe versucht wie die Patientin zu denken, um eine bessere therapeutische Entscheidung treffen zu können.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

17. Ich habe mich nicht von starken Beziehungen zwischen dieser Patientin und ihren Familienmitgliedern beeinflussen lassen.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

14

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur ärztlichen Empathie

18. Ich denke meine Empathie gegenüber dieser Patientin ist ein wichtiger Faktor im Prozess der Entscheidungsfindung einer Therapie.

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu						Stimme voll und ganz zu

Zusatzfrage: Vorbereitungszeit

Wie viel Zeit habe Sie insgesamt damit verbracht die **Patientenakte** zu lesen?_____ **Minuten**Wie viel Zeit haben Sie insgesamt damit verbracht die **Teamempfehlung** zu lesen?_____ **Minuten**

Vielen Dank, Sie haben jetzt alle Fragebögen beantwortet. Wir befragen Sie nun in einem kurzen Interview über das Gespräch.

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

15

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung
Tag21-POSTSIMULATION

VERTRAULICH
DATUM: _____

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

16

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit der Schauspielerin mit der Simulation

VON DER SCHAUSPIELERIN AUSZUFÜLLEN

Anleitung:

Bitte geben Sie auf den folgenden Skalen Ihre **Zufriedenheit mit dem simulierten Arzt-Patienten-Gespräch an**. Zeichnen Sie für jede Aussage einen vertikalen Strich an dem Ort, der am besten repräsentiert wie Sie sich fühlen, auf die Linie.

1. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die der Arzt/die Ärztin das Gespräch geführt hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

2. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art, auf die der Arzt/die Ärztin in diesem Gespräch mit Unsicherheit umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

3. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die der Arzt/die Ärztin mit seiner/ihrer Belastung in diesem Gespräch umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

4. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die der Arzt/die Ärztin mit meinen Emotionen in diesem Gespräch umgegangen ist.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

ARZT:_____ EVAL:_____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

17

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Fragebogen zur Zufriedenheit der Schauspielerin mit der Simulation

5. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Beziehung, die ich mit dem Arzt/ der Ärztin im Laufe dieses Gespräches aufgebaut habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

6. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Art auf die der Arzt/ die Ärztin mit mir im Laufe des Gespräches kommuniziert hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

7. Ich bin insgesamt damit zufrieden wie der Arzt/ die Ärztin sich in diesem Gespräch eingesetzt hat.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

8. Ich bin insgesamt damit zufrieden, wie ich mich im Laufe dieses Gespräches eingesetzt habe.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

9. Ich bin insgesamt zufrieden mit der Fähigkeit des Arztes/der Ärztin sich auf die Simulation einzulassen.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

10. Ich bin insgesamt zufrieden mit meinem Auftritt als Patientin.

Nicht zufrieden

sehr zufrieden

[Datum]

18

ARZT:_____ EVAL:_____

Tag 21, Phase 2

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Vorbereitungszeit

VOM UNTERSUCHER AUSZUFÜLLEN.

Zeit, die zum Lesen der Patientenakte und der Tumorboard-Empfehlung im Internet und vor Ort verwendet wurde:

Tag15-Tag21

Patientenakte ausgedruckt: Ja Nein

Vorbereitungszeit im Internet/vor Ort: _____ Minuten

Tag 21

Patientenakte vor dem Rollenspiel gelesen: Ja Nein

Übereinstimmung mit der Teamempfehlung des Tumorboards

1. Die therapeutische Entscheidung des Arztes/der Ärztin vor der Simulation (vor Tag21) stimmt mit der Empfehlung des Tumorboards überein:
 Ja Nein
2. Um vor der Simulation mit der Empfehlung des Tumorboards übereinzustimmen, hat der Arzt/ die Ärztin seine/ihre Meinung geändert (von Tag7post bis Tag21prä):
 Ja Nein
3. Der Arzt/die Ärztin hat seine Meinung vor der Simulation geändert und stimmt **nicht** mit der Empfehlung des Tumorboards überein (von Tag7post bis Tag21prä):
 Ja Nein

ARZT:_____ EVAL:_____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

19

Studie zur ärztlichen Entscheidungsfindung

VERTRAULICH

Tag21-POSTSIMULATION

DATUM: _____

Auswertung

VAS, Seite 1, Fragebogen zum empfundenen Stress nach der Simulation

VAS 1: _____mm VAS 2: _____mm VAS 3: _____mm VAS 4: _____mm

VAS, Seiten 2-3, Fragebogen zur Zufriedenheit des Arztes/ der Ärztin mit dem simulierten Gespräch

VAS 1: _____mm VAS 2: _____mm VAS 3: _____mm VAS 4: _____mm

VAS 5: _____mm VAS 6: _____mm VAS 7: _____mm VAS 8: _____mm

VAS 9: _____mm VAS 10: _____mm VAS 11: _____mm

VAS, Seiten 17 und 18, Fragebogen zur Zufriedenheit der Schauspielerin mit dem simulierten Gespräch

VAS 1: _____mm VAS 2: _____mm VAS 3: _____mm VAS 4: _____mm

VAS 5: _____mm VAS 6: _____mm VAS 7: _____mm VAS 8: _____mm

VAS 9: _____mm VAS 10: _____mm

ARZT: _____ EVAL: _____

Tag 21, Phase 2

[Datum]

20

11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die mir bei der Vorbereitung, Durchführung und Erstellung dieser Arbeit geholfen haben.

Zunächst bedanke ich mich bei Prof. Pascal Berberat, PD Dr. Alexander Wunsch, Heribert Sattel und Dr. Andreas Dinkel, die dieses Projekt durch ihr Engagement ermöglicht haben und immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatten. Ich hätte mir keine bessere Betreuung wünschen können.

Ebenso möchte ich mich bei der belgischen Arbeitsgruppe des Centre Psychooncologique des Institut Bordet in Brüssel bedanken. Darius Razavi, Yves Libert, Laetitia van Achte, Malorie Bodart und Déphine Canivet standen mir immer für meine Fragen zur Studie zur Verfügung.

An der Produktion des Videos des Arzt-Patienten-Gespräches haben Jutta Hildebrandt, Kornelia Kreiser, Nick Schlenker, Elisabeth Mitterwallner und Jan Flack mitgewirkt. Auch bei ihnen bedanke ich mich für ihr Engagement.

Die französischsprachigen Fragebögen habe ich mit Hilfe von Johanna Schneider und Karine Kau übersetzt und optimiert. Ich bedanke mich bei ihnen für ihre Unterstützung.

Außerdem standen mir in technischen, organisatorischen Fragen Salome Rathfelder und Rita Turai zur Seite. Bei der Formulierung der Patientenrolle half mir Ulrich Häßner.

Für die Organisation eines EKG-Messgerätes möchte ich mich noch ganz herzlich bei Prof. Martin Halle und Antje Kühne bedanken.

Ein großer Dank gilt ebenso meinem Partner, meiner Familie und meinen Freunden, die mir immer zur Seite stehen und an mich glauben.

Viel Kraft gibt mir außerdem meine kleine Tochter Fiona; die letzten Feinschliffe an dieser Arbeit haben ich während ihres Mittagsschlafes getätigt.