

Evidenzbasierte Qualitätsförderung in der Urologie

Einführung

- Die **ambulante Gesundheitsversorgung** hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, um Krankheiten und Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu erkennen und zu behandeln (Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 303):
- Im Jahr 2013 wurden über 155 Mrd. Euro für ambulante Versorgungsleistungen ausgegeben (5,7 % des Bundesinlandsprodukts), was eine enge Kooperation und **funktionierende Zusammenarbeit** zwischen den Ärzten bzw. Praxen etc. erfordert basierend auf im Idealfall **gemeinsam definierten Versorgungs- und Qualitätszielen** (zitiert nach Gesundheitsbericht RKI 2015).
- Zur **Förderung der Patientensicherheit** im Sinne von Qualitätsverbesserung wurde u.a. der sog. PDCA-Zyklus (nach ÄZQ 2008, Deutscher Ärzteverlag Köln Kompendium QMA Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung) entwickelt:
 - **Plan: Qualitätsstandards und Qualitätsziele festlegen**
 - **Do: Gesundheitsversorgung umsetzen**
 - **Check: Qualität überprüfen**
 - **Act: Qualität verbessern**
- **Patientensicherheit** bedeutet dabei die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ als vermeidbares oder unvermeidbares Vorkommnis, das eher auf der Behandlung beruht als auf der Erkrankung des jeweiligen Betroffenen. Sie gehört seit 2013 zu den nationalen Gesundheitszielen mit Beteiligung an verschiedenen Projekten u.a. „Action on Patient Safety“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO WHA55-18 von 2015) und Rat der Europäischen Union (www.ec.europa.ec/health/patient 2009).
- Fachliche Standards für die Versorgungsqualität werden durch die **evidenzbasierte Medizin** gesetzt (**EbM**), was bedeutet, dass für Entscheidungen neben individueller ärztlicher Erfahrung (interne Evidenz) und den Wertvorstellungen des Patienten die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse (externe Evidenz) herangezogen werden (Sackett et al von 1996 in BMJ 312(7023): 71-72).
- **Leitlinien** (www.awmf.org) dienen als Entscheidungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder ggf. muss (Bloch et al. von 1997 im Dt. Ärzteblatt 94(33):A2154-2155 als Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).
- **Neben der Patientensicherheit spielt die Patientenorientierung** eine zunehmende Bedeutung, was beinhaltet, ihre Interessen, Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zu respektieren auch als Beitrag zur „Weiterentwicklung“ des Patienten/der Patientin (u.a. Sachverständigenrat 2001 Gutachten Band IBT Drs. 14/5660 und 15/530 www.svr.de; Badura et al. „Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1999; Härter M et al. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln, Deutscher Ärzteverlag Köln, 2005; zudem Patientenrechtegesetz gemäss Bürgerlichem Gesetzbuch seit 2013, Bundesanzeiger Verlag Bonn S. 277-282;).

- In der Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten gewinnt die **partizipative Entscheidungsfindung** zunehmend an Bedeutung mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf der Grundlage geteilter Informationen zu einer gemeinsamen Übereinkunft zu kommen, was die Zufriedenheit wie auch die Behandlungsqualität positiv beeinflusst (u.a. Härter M von 2004 Partizipative Entscheidungsfindung Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 98:89-92).
- Dafür bedarf es bestimmter **Rahmenbedingungen u.a.**
 - Zum einen **bei dem Patienten** die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen und –angebote aufzufinden, zu verarbeiten und zu verstehen, Vor- und Nachteile von Behandlungsoptionen abzuwägen und realistisch einschätzen zu können (u.a. Härter et al. von 2013 „Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung..- Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen“, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin S. 55-60; Gaismaier et al von 2013: „Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Entscheidungen zu treffen...Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin S.29-44: beide Artikel aus „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin...“, Hrsg. Gigerenzer C und Muir Gray J).
 - **Auf ärztlicher Seite** wird am häufigsten Zeitmangel benannt, was eine gemeinsame Entscheidungsfindung erschwert, jedoch ist für das Abwägen v.a. fundiertes ärztliches Wissen zur Einschätzung von Risiken relevant und eine entsprechende Fähigkeit, diese dem Patienten zu vermitteln (u.a. Wegwarth et al. von 2013 „Overdiagnosis and overtreatment: Evaluation of what physicians tell patients about screening harms“ in, JAMA IntMed 173 (22):2086-2087).
- Das Thema Stärkung von **PatientInnensouveränität** gehört auch zu den zentralen nationalen Gesundheitszielen (2015) gemäss u.a. Bundesministerium für Gesundheit www.gesundheitsziele.de
- Zudem spielen zu gesundheitsbezogenen, sozialen und psychosozialen Aspekten die **Selbsthilfegruppen und –vereinigungen** eine bedeutsame Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der PatientInnen (Kontaktstelle NAKOS Berlin)

Lebensführung und Risikokonstellationen

- In Deutschland mit einer **Gesellschaft des längeren Lebens** von Geburt an vollzieht sich ein Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen gefördert durch eine Reihe von Risikofaktoren zur Lebensführung bzw. bestimmte Verhaltensweisen wie u.g. v.a. Rauchen als bedeutendstes einzelnes Gesundheitsrisiko und führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (zitiert nach Bericht „Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gemeinsam getragen vom Robert Koch Institut und DESTATIS“, Nov. 2015, gbe@rki.de bzw. www.rki.de/gesundheitsbericht).

- Gesellschaftlich **psychosoziale Bedingungen wie auch biologische** Gegebenheiten wirken sich auf die Lebensqualität, die Lebenserwartung und die Krankheitsentwicklung aus.
- Jedes Alter und auch Geschlecht hat zudem bestimmte Risikofaktoren und weist Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen u.a. auf, daher wird z.B. im Präventionsgesetz das Ziel formuliert, „die **gesundheitliche Ungleichheit** zu verringern und geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“ (KFRG 2013, Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr. 16 vom 8.4.2013, Bundesanzeiger Verlag Köln S. 617-623).
- Eine wichtige Grundlage für die Bedeutung verschiedener Risikofaktoren von Sterblichkeit ist die **Global Burden of Diseases and Risk Factors Study** (GBD 2010 im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO u.a.) mit den darin beschriebenen wichtigsten Risikofaktoren in Deutschland Fehlernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und Rauchen und zunehmend auch Bewegungsmangel (Nationaler Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2012).
- Im Sinne der Weltgesundheitsorganisation sind neben Gesundheitsförderung und Prävention vor **allem Maßnahmen der Früherkennung** sowie einer **hochwertigen Gesundheitsversorgung**, der Verbesserung der physischen und sozialen Umwelt wie auch der besseren Integration älterer und hochaltriger Menschen in das gesellschaftliche Leben zu verstehen (WHO 2012: good health adds life to years, Global brief for World Health Day, 2012, WHO, Genf).
- Der vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren angeregte **Nationale Krebsplan** fokussiert vor allem auf die Krebsfrüherkennung, die Versorgung und deren Qualität sowie die **Stärkung der Patientenorientierung** (BMG 2012 Nationaler Krebsplan http://www.bundesgesundheitsministerium.de/Presse/pressemitteilung_2013-02)
- Unter anderem gehören dazu auch eine **Stärkung der psychoonkologischen Versorgung krebskranker Menschen und der Arzt-Patienten-Kommunikation**, was daher in diesem Versorgungsvertrag insbesondere durch die Förderung und auch Honorierung von Beratung, gemeinsamer Entscheidungsfindung und biopsychosozialer Betreuung konkretisiert wird.

Mehrdimensionales biopsychosoziales Krankheitsmodell

Das **biopsychosoziale Modell** berücksichtigt die **Komplexität von Anlage versus Umwelt** und Krankheit versus Gesundheit bzw. die Wechselwirkungen von biologischen und psycho-sozialen Faktoren. Eineiige Zwillingsstudien konnten vor allem das Wechselspiel von

genetischen und umweltbedingten Faktoren bestätigen, die in unterschiedlichen Interaktionsmodellen zusammenwirken (Schepank, 1996, Zwillingsschicksale u.a.).

- aufbauend auf der sog. Systemtheorie beschrieb in den 70er Jahren Engel das bio-psycho-soziale Modell (Engel, 1977, the need for a new model, Science 196: 129-136), das im Wesentlichen auf die Verbindung zwischen Person, Organsystem und Gemeinschaft/Umwelt hinweist als Austausch, Wechselwirkung im Sinne von Multikausalität
- bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind also Einflüsse der sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso von Bedeutung wie entsprechende molekulare oder organpathologische Gegebenheiten
- jede Person ist maßgeblich geprägt durch die individuelle Sozialisation (Ontogenese), die sich im Rahmen der biologisch-genetisch vorgegebenen Entwicklungsmöglichkeiten vollzieht (Phylogenese)
- der angebliche Gegensatz zwischen Biologie und Umwelt ist damit hinfällig.

Differenzierte Betrachtung

Das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt mithin die Komplexität von Anlage versus Umwelt, Krankheit versus Gesundheit als Anpassungsprozesse auf biochemischer, physiologischer, immunologischer, psychischer, sozialer oder kultureller Ebene:

- bei vorliegender extremer Belastung kann jede beliebige Person erkranken (z.B. extreme körperliche Belastungen wie Durst)
- die gleiche Herausforderung kann zu verschiedenartigen Störungen führen je nach individueller Gegebenheit und Entwicklung (z.B. Trennungserlebnisse können zu depressiven Störungen oder Angststörungen führen)
- verschiedenartige Herausforderungen können zur gleichen Krankheit führen (Fehlernährung oder Bewegungsmangel können zu extremer Adipositas führen)
- bestimmte Menschen neigen eher dazu zu erkranken als andere (z.B. Schicht, Herkunft usw.)
- kulturelle und historische Einflüsse einschließlich Ernährungs-, Bewegungs-, Suchtverhalten.

Biologische und psycho-soziale Faktoren können in der Entstehung, im Verlauf und als Folge der Erkrankung in unterschiedlichem Ausmaß an Bedeutung gewinnen. Unikausale Ursachenzuschreibungen sind zu vermeiden.

Psycho-soziale Faktoren wirken neben den biologisch-genetischen mitbedingend und verlaufsbeeinflussend, z.B. Lebensereignisse, sie können zudem auch Folge einer Erkrankung sein.

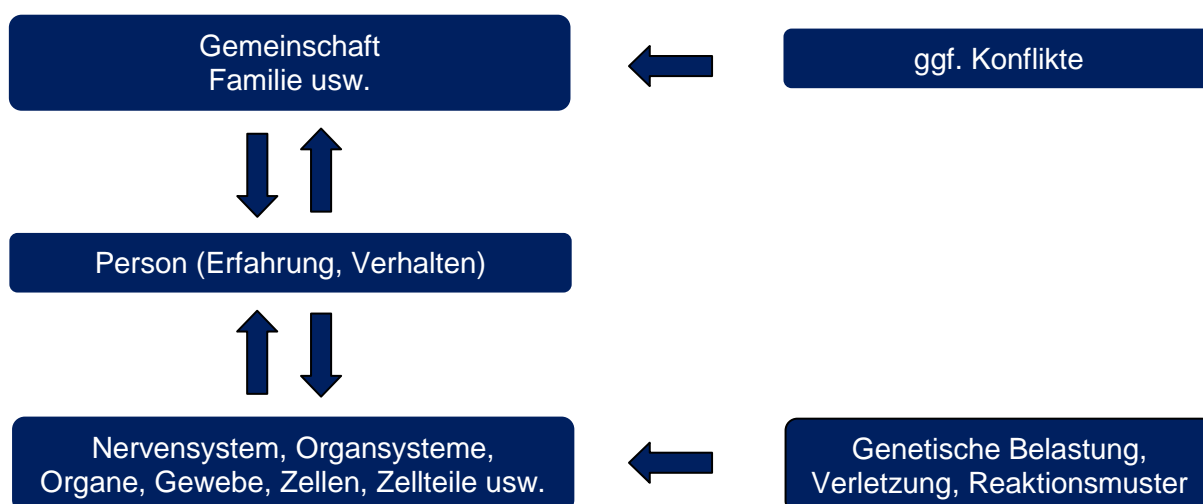


Abb. 1: Bio-psycho-soziale Wechselwirkungen (nach Engel, GL, 1977, Science 196: 129-136)

Die bio-psycho-soziale Anamnese erfragt:

- biologische (körperlich, somatisch, organisch wie Verschleiß, Unfallfolgen, Defekte)
- psychologische (affektiv, kognitiv, verhaltensbezogen, lebensgeschichtlich, unbewusst)
- soziale (aus dem familiären Umfeld, aus den sozialen Sicherungssystemen)

Faktoren der Krankheit.

Biopsychosoziale Versorgung in der Urologie

- Wechselwirkungen zwischen biologischen, sozialen und psychischen Einflüssen und Bedingungen (biopsychosoziale Perspektive und Versorgung) bestehen gerade auch in der Urologie unter anderem z.B. bei
 - **Inkontinenzbeschwerden:**
 - In epidemiologischen Studien findet sich laut Sönnichsen (EbM-Guidelines, 2015) für Harninkontinenz bei erwachsenen Frauen eine Prävalenz von 5 % - 58 %. Bei Frauen über 70 Jahren leiden etwa 60 % daran. Mehr als die Hälfte der Betroffenen verheimlicht ihr Problem. Bei etwa 6 % der Bevölkerung ist die Harninkontinenz so stark ausgeprägt, dass die **Lebensqualität beeinträchtigt** ist. Bei Männern sind u.a.

- traumatische Einwirkungen (z.B. in Zusammenhang mit einer radikalen Prostatektomie) Ursache für die Schädigung des äußeren Blasenschließmuskels (Börgermann C. et al „Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann“, Dtsch Arztebl Int 2010; 107(27): 484-91; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0484)
- Gewichtskontrolle, Erhaltung der Beckenbodenmuskulatur, Rauchverzicht, Stuhlregulierung und körperliche Aktivität beugen einer Harninkontinenz vor
 - Eine **Lebensstilmodifikation** kann sowohl bei Drang- als auch bei Belastungsinkontinenz Besserung bewirken und die Lebensqualität steigern (Sönnichsen, EbM-Guidelines, 2015)
 - Entscheidend in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz ist die **aktive Thematisierung** des Tabuthemas mit dem Patienten (Börgermann C. et al „Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann“, Dtsch Arztebl Int 2010; 107(27): 484-91; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0484)
 - **Krebserkrankungen:**
 - Das **Prostatakarzinom** ist zum beherrschenden Tumor des älteren Mannes geworden mit einem jährlichen Inzidenzanstieg von ca. 5 %. Die Inzidenzen der **Harnblasenkarzinome** und **Nierenzellkarzinome** steigen stetig. **Hodentumoren** stellen die häufigsten Karzinome des jungen Mannes (20-40 Jahre) dar. Auch hier ist ein langsamer, aber steter Inzidenzanstieg zu beobachten. (Klaus Hurrelmann et al „Prävention und Gesundheitsförderung“, 3. Auflage, Bern 2010)
 - Die Entscheidung über die klinische Relevanz einer Tumorerkrankung mit nachfolgender Therapiekonsequenz kann nur in der **individuellen Arzt-Patienten-Beziehung** getroffen werden, wobei medizinische Komorbiditäten, Alter und soziales Umfeld zu berücksichtigen sind (Baillie et al „Using communicative action in the primary prevention of cancer“ Health Educ Behav 2000, 27(4): 442-453)
 - Lebensgewohnheiten, soziale Umstände, psychische Faktoren und Ernährungsgewohnheiten haben für das Auftreten einer onkologischen Erkrankung eine entscheidende Relevanz. Je nach Quelle werden bis zu 70 % aller Tumorerkrankungen ursächlich auf sogenannte **Lifestyle-Faktoren** zurückgeführt. (Klaus Hurrelmann et al „Prävention und Gesundheitsförderung“, 3. Auflage, Bern 2010). So ist **Rauchen** der wichtigste Risikofaktor sowohl für Nierenkrebs als auch für Blasenkrebs, **Adipositas** erhöht das Risiko beispielsweise für Nierenkrebs und Prostatakarzinom (Sönnichsen, EbM-Guidelines, 2015)
 -

- **Steinerkrankungen:**
 - In Deutschland liegt die Prävalenz für Harnsteine bei etwa 5 %, der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. In Wohlstandszeiten steigt bei eiweißreicher Kost die Harnsäure-, Oxalat- und Kalziumausscheidung im Urin und damit auch die Häufigkeit der Urolithiasis.
 - Da die Rezidivrate bei Harnsteinen ohne Prophylaxe bei 50 % liegt, sollte immer eine **Steinprophylaxe** betrieben werden. Konsequente Prophylaxe senkt die Rezidivrate auf unter 5%. Wichtig dafür ist eine ausreichende Trinkmenge, eine Ernährungsumstellung, Abbau von Übergewicht und körperliche Bewegung (Sönnichsen).

- **Kinderwunsch und Infertilität:**
 - Die Ursachen der Infertilität verteilen sich **zu gleichen Teilen auf männliche und weibliche Faktoren** (30-40% der Paare). Bei den verbleibenden Paaren sind wohl beide Partner beteiligt bzw. es findet sich keine eindeutige Ursache. (Harrisons „Innere Medizin“, 19. Auflage, 2016)
 - Die Erstabklärung bei Infertilität umfasst eine Besprechung des richtigen Zeitpunkts für den Geschlechtsverkehr sowie der **modifizierbaren Risikofaktoren** wie Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht. (Harrisons „Innere Medizin“, 19. Auflage, 2016)

- **Sexuell übertragbare Krankheiten:**
 - Die WHO bezeichnet sexuell übertragbare Infektionen als eine der fünf häufigsten Erkrankungen weltweit, die dazu führen, dass Erwachsene medizinische aufsuchen.
 - Von Syphilis und HIV/AIDS, Hepatitis B und C sind **signifikant mehr Männer** als Frauen betroffen. Risikoverhalten, wie z.B. der Verzicht auf Kondome zum Schutz vor STI kann dabei eine Ursache sein, auch wenn die Hauptbetroffenengruppen nicht mit Risikogruppen gleichzusetzen sind. (RKI „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland“, 2014)
 - Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und wiederherzustellen, kommt auch der **Beratung** zu sexuell übertragbaren Infektionen **besondere Bedeutung** zu, sowohl im Hinblick auf Prävention als auch auf Diagnostik und Therapie.
 - Ein wesentliches Ziel der Therapie sexuell übertragbarer Infektionen ist die **Verhinderung von Reinfektionen und Rezidiven**. Entsprechend kommt auch der **Partnerbehandlung** ein hoher Stellenwert zu (Wagenlehner et al, „Klinik, Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 1-2, 2016)

Die 5 A-Strategie zur Einleitung von Verhaltensänderungen

- Die 5-A-Strategie wurde ursprünglich von dem amerikanischen Nationalen Krebsinstitut entwickelt, um Ärzten einen Leitfaden für die Beratung zur Raucherentwöhnung an die Hand zu geben. Von der kanadischen Task Force für Preventive Health wurde sie um die Zustimmung des Patienten zur Verhaltensänderung (agree) ergänzt.
- Unter den 5 A's sind die folgenden fünf Maßnahmen, die systematisch nacheinander abgearbeitet werden sollten, zusammengefasst (Ludt, Glassen, Wiesemann & Szecsenyi, 2009; DMP-Handbücher AOK/Hausärzte):
 - Assess/Ask (Erheben)
 - Advise (Beraten)
 - Agree/Assess (Einigen)
 - Assist (Unterstützen)
 - Arrange (Vereinbaren)

- **Erheben**

Das Erheben der gesundheitlichen Risikofaktoren und der Motivation (d.h. die Änderungsbereitschaft des Patienten) ist zunächst eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation. Dies kann erfolgen über:

- einen Fragebogen (z.B. im Wartezimmer ausfüllen),
- ein Verhaltenstagebuch,
- ein Kurzprotokoll (auch über die Motivationsstufen nach Prochaska oder
- ein einfaches Gespräch

- **Beraten**

Dem Erheben folgt die kooperative, empathische und vorurteilsfreie Beratung, um Interesse zu wecken sowie das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit des Patienten zu stärken. Diese Phase kann zum Beispiel die Bereitstellung von Informationen über die gesundheitlichen Risiken des aktuellen Verhaltens, die Vorteile der Verhaltensänderung und Angebote von Hilfestellungen, Kursen usw. umfassen.

- **Einigen**

In diesem Abschnitt der Behandlung werden gemeinsame Ziele bzw. Vereinbarungen festgesetzt, die an die individuelle Veränderungsbereitschaft des Patienten angepasst sind. Der Patient wird dabei in die Entscheidungsfindung mit einbezogen, damit er ein höheres Maß an innerer Überzeugung gewinnt.

- **Unterstützen**

Unter "Assist" versteht die 5-A-Strategie das Anbieten von Hilfestellungen, z. B. Informationen zur Selbsthilfe, zu Medikamenten, Vereinen sowie die Weitergabe von Adressen, Institutionen, Überweisungen zu Gruppen, zu anderen Fachberufen und/oder -gruppen, die in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft gegeben werden. Sie sollen es dem Patienten erleichtern, die zuvor vereinbarten Ziele zu erreichen. Auch sollten hier idealerweise verschiedene Präventionsansätze und -angebote im Gesundheitswesen ineinandergreifen.

- **Vereinbaren**

Abhängig von der Ausgangssituation werden weitere Empfehlungen ausgesprochen zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Gesundheitsberatung, wie z. B. Follow-ups bei chronischen Krankheiten.

Arzt-Patienten-Beziehung und evidenzbasierte Patienteninformation

- Evidenz zum Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf patientenrelevante Outcomes wird von mehreren Autoren z. B. auch in dem Gutachten des Sachverständigenrats SVR vorgestellt (SVR, 2009).
- Eine gute Arzt-Patient-Beziehung zeichnet sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten aus und steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und selteneren Überweisungen. Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschreiben weniger Medikamente und geben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen (SVR 2009, 2012).

Patientenorientierung

- Eine patientenorientierte Kommunikation bedeutet ein kommunikatives Verhalten unter Wahrnehmung der aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung des Patienten und unter Berücksichtigung seiner persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen sowie Förderung seiner Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit (AWMF, DKG & DKH, 2014).
- Insbesondere auch die Kommunikation mit Krebspatienten und Angehörigen soll durch alle Berufsgruppen patientenzentriert erfolgen und sich an deren individuellen Anliegen, Bedürfnissen sowie Präferenzen bezüglich Information, Aufklärung und Entscheidungsbeteiligung orientieren. Die Erfragung soll

wiederholt im Krankheitsverlauf insbesondere in kritischen Krankheitsphasen erfolgen (EK¹) (AWMF, DKG & DKH, 2014).

Wachsende Bedeutung der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung

- Gemäß des Sachverständigenrates (2012) wächst aufgrund der zunehmenden Bedeutung auch von chronischen Beschwerden und Erkrankungen mit komplexer Versorgung und zahlreichen Bewältigungsanforderungen der Bedarf an Information, Wissen und an edukativer Unterstützung sowie Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention. Das weitere Leben auf die Beschwerden und deren Prävention mit (bedingter) Gesundheit auszurichten gelingt umso besser je höher die Gesundheitskompetenz ist (SVR, 2012).
- Auch wandelt sich das Verständnis der Patientenrolle vom passiven Leistungsempfänger oder sog. Laien hin zum „Nutzer“ unter anderem, um die Möglichkeit der Selbstbestimmung und die verantwortlich-konstruktive Mitwirkung hervorzuheben (SVR, 2012):
 - dabei gewinnen die Selbstbeobachtung und Selbstmanagementfähigkeit zunehmend an Bedeutung durch Information, Beratung und Edukation bzw. Wissensvermittlung und Kompetenzsteigerung insbesondere durch den Arzt bzw. Zugang zu validen Informationen
 - durch die steigende Ausdifferenzierung und Fragmentierung des Gesundheitswesens und den Zuwachs an Kommunikationsmedien sind gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen oft nur schwer einzuschätzen sowie versteh- und nutzbar zu machen
 - die aktive Beteiligung und Stärkung von Patienten und Nutzern bedingt auch aufseiten der Patienten ein Umdenken und setzt zudem Unterstützung durch unabhängige Informationen und Kompetenzvermittlung voraus
 - die wichtigste Informationsinstanz bei Gesundheitsproblemen sind Ärzte als erste Anlaufstelle
 - obwohl Ärzte fast uneingeschränkt das Vertrauen der Bevölkerung genießen, sind etwa zwei Drittel der Meinung, dass die Information der Ärzte verbesserungswürdig ist
 - Informationen und Aufklärung von Krankenkassen werden ebenfalls von einer großen Mehrheit der Bevölkerung erwünscht, immerhin von drei Viertel der Befragten zudem durch das Internet

¹ EK = Expertenkonsens

(2011 waren über 80% der Männer und fast 70% der Frauen online in Deutschland) zusätzlich zu Beratungsangeboten vor Ort zur Gesundheit, zur Pflegeberatung, zu sozialrechtlichen Themen, zur Rehabilitation, Selbsthilfe usw.

- Die Schaffung einer effektiven und effizienten flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur ist erforderlich auch über neue Versorgungsformen, um Patienten und Nutzern zu helfen, informierte Entscheidungen zu treffen und sich auch bei Bedarf verantwortungsvoll über die eigenen Präferenzen klar zu werden (SVR, 2012).

Zunehmende Bedeutung partizipativer Entscheidungsfindung

- Mehr als jeder zweite Patient wünscht sich eine partizipative Entscheidungsfindung. Rund ein Viertel der Befragten erwartet vom Arzt, dass er die Therapieentscheidung alleine fällt, etwa 20 von 100 Befragten möchten die Entscheidung ohne Einbeziehung des Arztes treffen. (Bertelsmannstiftung (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor-Newsletter 02/2014)
- Eine Auswertung internationaler Literatur zeigt, dass Patientenaktivierung und Patientenengagement nachweislich positiven Einfluss haben auf Behandlungsergebnisse und die Behandlungserfahrungen der Patienten. Beides ist ausgeprägter bei partizipativer Entscheidungsfindung. (Hibbard, JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Affairs (2) 32 2013. 207–214)
- Gefordert werden zur Unterstützung der Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung in die Praxis insbesondere auch die Entwicklung und der Einsatz evidenzbasierter Entscheidungshilfen. (u.a. Bertelsmannstiftung (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor-Newsletter 02/2014)

Partizipative Entscheidungsfindung am Beispiel des Prostatakarzinoms

- Karzinompatienten profitieren von Ärzten, die über Kompetenzen in partizipativer Entscheidungsfindung verfügen. Untersuchungen zeigen, dass Patienten, die in die Entscheidungsfindung eingebunden waren, direkt nach dem Arztgespräch und auch drei Monate später weniger ängstlich waren und auch niedrigere Depressionswerte aufweisen. (Härter M, Buchholz A, Nicolai J et al. Shared Decision Making and the Use of Decision Aids. A cluster-randomized study on the efficacy of a

training in an oncology setting Dtsch Arztebl Int 2015; 112(40): 672-9; DOI: 10.3238/arztebl.2015.0672)

- Wesentlich für eine gelingende gemeinsame Entscheidungsfindung ist die verständliche und umfassende Information des Patienten. Ein Mangel an Information kann zu unrealistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlungsergebnisse führen. Die langfristige Zufriedenheit mit der Therapieentscheidung ist jedoch insbesondere beim nicht-metastasierten Prostatakarzinom ein wichtiges Ziel, da diese Patienten eine sehr gute Prognose haben und meist noch viele Jahre mit der Erkrankung und/oder den Folgen der Therapie leben.
(Groeben C, Streuli JC, Krones T et al (2014) Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms: Eine systematische Übersicht interaktiv personalisierter patientenorientierter Entscheidungshilfen. Urologe 53:854-864)
- Entscheidungshilfen vermitteln Wissen, helfen dem Patienten dabei, sich seiner individuellen Präferenzen und Werte bewusst zu werden, fördern die Einbeziehung des Patienten und senken letztlich die Unsicherheit bezüglich der getroffenen Entscheidung.
(Stacey D, Légaré F, Col NF et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 1:CD001431)
- Im Idealfall unterstützen Entscheidungshilfen den gesamten Prozess der Entscheidungsfindung – von der Vorbereitung des Arzt-Patienten-Gesprächs bis hin zur Einbeziehung individueller Wertvorstellungen – und können somit das Beratungsgespräch entlasten.
(Hirsch O, Keller H, Krones T, Donner-Banzhoff N (2011) Acceptance of shared decision making with reference to an electronic library of decision aids (arribalib) and its association to decision making in patients: an evaluation study. Implement Sci 6:70)

In der Früherkennung

- Bei den zehn häufigsten Todesursachen steht das Prostatakarzinom bei Männern mit 3,1 % an 7. Stelle der Todesursachenstatistik (bei Frauen im Vergleich Lungenkrebs, Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 25) und ist die dritthäufigste Krebstodesursache des Mannes:
 - die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen auf etwa 64.500, die altersstandardisierte Erkrankungsrate ist zwar leicht rückläufig, liegt jedoch noch um 10,2 % über dem Wert aus 2001 z.B..

- der Nutzen eines PSA-Screenings ist nach wie vor umstritten, weil es zu Überdiagnosen und unnötigen Behandlungen führen könnte (Bericht Gesundheit in Deutschland 2015, S. 56).
- Bisher umfasst die Früherkennung von Prostatakrebs ab 45 Jahren die jährliche digital-rektale Untersuchung, was daher in diesem Versorgungsvertrag vor allem um Informationen und risikoadaptierte Beratung und Untersuchung erweitert wurde und damit auch ersetzt.
- Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung nehmen laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener DEGS1 (2013) über 55% der 70- bis 79-Jährigen in Anspruch. Gemäss Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung ZI (Stand 16.6.2015: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen) lässt sich in der Tat eine Zunahme der Beanspruchung mit dem Alter erkennen: 12,6% der 45- bis 49-Jährigen und 40% der 65- bis 69-Jährigen.
- Da sich das Krebsfrüherkennungsangebot an beschwerdefreie Männer richtet, müssen sie laut RKI-Bericht zur „Gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland“ (2014) zu diesem Zeitpunkt den Nutzen und das Risiko z.B. von falsch-positiven Diagnosen gegeneinander abwägen, um sich dann für oder gegen eine Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Damit eine informierte Entscheidung zustande kommt, sind objektive und verständliche Informationen über potenzielle Vor- und Nachteile der Untersuchung für die Zielgruppe nötig.
- Neben Einflüssen von Alter und Geschlecht spielt auch der sozioökonomische Aspekt bei der Inanspruchnahme von Früherkennung u.a. eine besondere Rolle.
- Als Gründe für eine Nichtteilnahme z.B. an Früherkennungsmaßnahmen gemäß GEDA (Studie Gesundheit in Deutschland 2010, Dt. Ärzteblatt 110(41):679-685 von Hoebel J et al) wurde v.a. ein **Bedarf an verbesserten Informationen für die Inanspruchnahme festgestellt** (Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 262).
- Erste Ergebnisse der PROBACE-Studie zeigen, dass mehr als 90 % der Studienteilnehmer unauffällige PSA-Werte aufweisen. Sie zeigt auch, dass Männer mit hohen PSA-Werten weiterführenden Untersuchungen zurückhaltend gegenüberstehen. (Arsov C, Becker N, Herkommer K et al (2015) The German risk-adapted PCA Screening Trial (PROBACE) – first results, Poster beim Europäischen Urologenkongress (EAU), Madrid)
- Bei einem Wert über 10 ng/ml wird bei jedem zweiten Mann ein Karzinom gefunden (evidenzbasierter Patientenratgeber Prostatakrebs zur S3-Leitlinie www.urologenportal.de/index.php?id oder www.awmf.org)
- Früherkennung bedeutet jedoch keinesfalls immer eine tatsächliche Früherkennung, sondern kann auch bereits fortgeschrittene Krankheitszustände betreffen je nach feingeweblichem Befund und Risiko, so

dass dann die Palliativversorgung mit bewusster Hinwendung zum Menschen damit stark in den Vordergrund treten sollte (Erhalt der Lebensqualität) in enger Abstimmung mit dem Hausarzt.

Anm.: Hauptdiagnosen der Palliativ-Erfassung (HOPE 2014: www.hope-clara.de von Lindena G.) sind zu 80% bösartige Neubildungen.

In der Therapie des Prostatakarzinoms

- Männer mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Progressionsrisiko sollten über die geringe Wahrscheinlichkeit informiert werden, dass sie aufgrund dieser Diagnose Schaden nehmen. Tosoian et al plädieren auf Basis ihrer Studie dafür, diese Männer zu ermutigen, eine aktive Überwachung statt einer Operation zu erwägen.
(Tosoian JJ, Mamawala M., Epstein JI et al. (2015) Intermediate and Longer-Term Outcomes from a Prospective Active-Surveillance Program for Favorable-Risk Prostate Cancer. Journal of Clinical Oncologie, 33(30), 3379-3385)
- Die ProtecT-Studie zeigte bei einem Vergleich zwischen Active Surveillance, Operation und Strahlentherapie keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der prostatakrebs-spezifischen Sterblichkeit. Auch hinsichtlich der Sterblichkeit aufgrund anderer Todesursachen ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen. Allerdings war die Progression der Erkrankung in der Gruppe der operierten Männer und der mit Strahlentherapie behandelten Männer geringer als in der Gruppe der Männer, die sich einer aktiven Überwachung unterzogen. Gleiches gilt für das Auftreten von Metastasen.
(Hamdy FC, Donovan JL, et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375:1415-1424 DOI: 10.1056/NEJMoa1606220)
- In die Therapieplanung sollten außer der Einstufung des Tumors das Alter des Patienten, eventuelle Komorbiditäten und die Präferenz des Patienten mit einbezogen werden. Ältere Patienten, die aufgrund einer höheren Komorbidität bzw. einer mutmaßlichen Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren möglicherweise nicht für eine kurative Behandlung in Frage kommen, sollen zu Watchful Waiting beraten werden.
(AWMF, DKG & DKH (2014). Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Leitlinienprogramm Onkologie, Langversion 3.1, verfügbar unter <http://leitlinienprogrammmonkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html>)
- Da ein Prostatakarzinom meist nur langsam fortschreitet und auch ohne Therapie lange Gesamtüberlebenszeiten erreicht werden, gilt es die durch eine Therapie möglicherweise gewonnene Lebenszeit abzuwägen gegen

einen möglichen Verlust an Lebensqualität aufgrund von Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der Therapie. Bei der Entscheidungsfindung sollten daher Komorbiditäten mit einbezogen werden (Charlson-Score). Selbst Patienten, die älter als 65 Jahre sind und einen Charlson-Score <3 aufweisen, profitieren hinsichtlich des tumorspezifischen Überlebens nur moderat von einer Operation.

(Daskivic TJ et al „Comparative Effectiveness of Aggressive Versus Nonaggressive Treatment Among Men With Early-Stage Prostate Cancer and Differing Comorbid Disease Burdens at Diagnosis“, Cancer 2014;120:2432–2439)

Online-Entscheidungshilfe bei lokal begrenztem Prostatakarzinom

- Aufgrund des häufig begrenzten Wissens der Patienten über die Erkrankung und der Zahl an Therapiemöglichkeiten stellt die Entscheidungsfindung beim lokal begrenzten Prostatakarzinom eine komplexe Angelegenheit dar. (Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51)
- Während im angelsächsischen Raum Prostata-Patienten zunehmend interaktive Online-Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen, die eine Personalisierung der Information möglich machen, gibt es derzeit lediglich eine interaktive deutschsprachige Entscheidungshilfe für Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom. Diese Entscheidungshilfe wurde nach den Kriterien der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ von Mitgliedern der „PatientenAkademie der Deutschen Urologen“ entwickelt, die von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) getragen werden. Sie vermittelt bewusst keine Therapieempfehlung und dient allein der Vorbereitung des Patienten auf das Arzt-Patienten-Gespräch. Der Patient erhält am Ende eine Zusammenfassung, die er ausgedruckt zum Arztgespräch mitnehmen kann. Dies ermöglicht eine individuelle Beratung des Patienten. (Groeben C, Streuli JC, Krones T et al (2014) Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms: Eine systematische Übersicht interaktiv personalisierter patientenorientierter Entscheidungshilfen. Urologe 53:854-864; Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51)
- Die Drei-Monats-Daten zur Evaluation der Entscheidungshilfe Prostatakrebs zeigen eine hohe Zufriedenheit der Patienten und der behandelnden Fachärzte. Die Gesamtzufriedenheit bei den Patienten

liegt bei 87 %. Die Mehrzahl (57,5 %) nutzt die Entscheidungshilfe gemeinsam mit dem Partner.

(Groeben C, Ihrig A, Hölscher T et al. (2016) Evaluation der Entscheidungshilfe Prostatakrebs aus Patientensicht: Ergebnisse der ersten drei Monate, Originalarbeit)

- Um die Entscheidungshilfe nutzen zu können, erhält der Patient von seinem behandelnden Urologen eine persönliche Zugangskarte mit einem Login. Damit die Angaben des Patienten zur Risikostratifizierung zuverlässig sind, sollte der behandelnde Urologe auf der Zugangskarte einige wenige medizinische Angaben eintragen. Die Hälfte der Angaben werden im Multiple-Choice-Verfahren erfasst.
- Über den Link www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info können Informationen zur Entscheidungshilfe abgerufen werden.

Quellen bzw. weiterführende Links

- www.krebshilfe.de
Allgemeinverständliche Informationen auf der Homepage sowie teilweise als Broschüre, Flyer & DVD: rund um speziellen Tumorerkrankungen z. B. Prostatakarzinom, zum Lebensstil u.v.a.
- www.aeqz.de (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) bzw. www.patienten-information.de
- www.awmf.org (Leitlinien für Ärzte & Patienten z. B. zu Prostatakarzinom, Palliativmedizin, Psychosoziale Onkologie)
- www.rki.de (Robert Koch-Institut)
- www.krebsgesellschaft.de
- Internationale Leitlinien z. B. über www.nccn.org, www.guideline.gov, www.nice.org.uk, www.esmo.org
- www.dkfz.de und www.krebsinformationsdienst.de (Deutsches Krebsforschungszentrum) Homepage + Broschüren; KIP-2-Seiter
- www.gesundheitsinformation.de (IQWiG: allgemeinverständliche Informationen)
- www.leitlinienprogramm-onkologie.de
- www.ebm-netzwerk.de
- www.patienten-information.de
- www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- www.dimdi.de
- www.g-ba.de
- www.bptk.de (Bundespsychotherapeutenkammer; Informationen u. a. zu Psychotherieverfahren)
- www.patientenberatung.de (Unabhängige Patientenberatung Deutschland; UPD)
- www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
- www.sportprogesundheit.de
- www.dosb.de/de/organisation/mitgliedsorganisationen/landessportbuende
- www.vereinsverzeichnis.eu
- www.sport-in-bw.de
- www.wlsb.de www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg

Literaturverzeichnis im Kontext der Recherche u.a.

- ÄZQ (2006). Manual Patienteninformation. Empfehlung zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformation. Schriftenreihe Band 25. Berlin: ÄZQ.
- AWMF, DKG & DKH (2014). S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Langversion 1.1. verfügbar unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.
- Blair S, Kohl H, Paffenbarger R et al (1989) Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 262:2395–2401.
- Börgermann C, Kaufmann A et al (2010). Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann. Deutsches Ärzteblatt 107 (27), 484-491.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Berlin: BMG.
- von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.
- Daskivic T, Lai J et al (2014) Comparative effectiveness of aggressive versus nonaggressive treatment among men with early-stage prostate cancer and differing comorbid disease burdens at diagnosis. Cancer, 120 (16), 2432-2439.
- Department of Health (2004) Physical activity – health improvement and prevention: at least five a week. London: Department of Health.
- Dietel M, Suttrop N, Zeitz M (Hrsg) (2016) Harrisons Innere Medizin. In Zusammenarbeit mit der Charité. Band 3. Teil 13: Nieren- und Harnwegserkrankungen. Teil 16 Endokrinologie und Stoffwechsel. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
- DKH (2014). Bewegung und Sport bei Krebs. Die blauen Ratgeber, Heft 48, Bonn: DKH.
-
- DMP-Handbücher AOK/Hausärzte
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.
- Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544
- Ernst, J., Brähler, E. & Weißflog, G. (2014). Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. Das Gesundheitswesen, 76 (04), 187-192.
- Festinger L (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press.
- Hamdy FC, Donovan JL, et al (2016). 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. New Engl J Med; 375:1415-1424 DOI: 10.1056/NEJMoa1606220.
- Herold, G. (2016). Innere Medizin. Köln: Herold.
- Herold, G (2014). Innere Medizin. Köln: Herold.
- Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., McCorkle, R. (2010). Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press.
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2010) Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med; 34 (4): 597-611.
- Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds) Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, 71-93.
- KID & DKFZ (2014). Informationsblatt – Bewegung und Sport bei Krebs, während der Krebsbehandlung und in der Krebsnachsorge. Zugriff am 17.02.2015, verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-bewegung-krebsvorbeugung.pdf> .
- Klemperer, D. (2015). Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Deutsches Ärzteblatt, 112 (40), 663-664.

- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. Müters, S, Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 765-771.
- Loh, A., Simon, D., Kristion, L. & Härter, M. (2007). Patiententeilnahme bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt, 104, 21, A1483-A1488.
- Ludt, S., Glassen, K., Wiesemann, A. & Szecsenyi, J. (2009). Prävention. Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. Band E1. In Szecsenyi, J., Broge, B. & Stock, J. QiSA – Das Qualitätsindikatoren-System für die ambulante Versorgung. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol 24 (6): 811-831.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. Deutsches Ärzteblatt, 112 (44), 1810-1811.
- Rabady S, Sönnichsen A (2015). EbM-Guidelines. Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2013). Krebs in Deutschland 2009/2010. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 9. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2008). Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2014). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. Berlin: RKI.
- Rollnick S, Miller R, Butler C (2012). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.
- Rummer, A. & Scheibler, F. (2016). Patientenrechte. Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt, 113 (8), A322-A324.
- Sachverständigenrat (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Bern: SVR.
- Sachverständigenrat (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden: SVR. Verfügbar unter: www.svr.de
- Sachverständigenrat (2007). www.svr.de
- Samitz, G., Egger, M. & Zwahlen, M. (2011). Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. Int J Epidemiol 40, 1382–1400.
- Schaffert, R. et al. (2011). Informationsbedürfnisse von Prostatakrebspatienten. Große individuelle Unterschiede nach Diagnose eines lokalisierten Prostatakarzinoms. Der Urologe, 9 (50), 1089-1094.
- Schepank, H. (1996). Zwillingsschicksale – Gesundheit und psychische Erkrankungen bei 100 Zwillingen im Verlauf von drei Jahrzehnten. Stuttgart: Enke.
- Schlag (2012). Anforderungen und Erwartungen an die Psychoonkologie aus Sicht des chirurgischen Onkologen, S. 139 -144. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH
- Singer, S. & Krauß, O. (2012). Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Stock, S., Hertle, D. & Veit, C. (2015). Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. Das Gesundheitswesen, 77 (10), 761-767.
- Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. Prev Med 46, 397–411.
- Turk, DC, Swanson, KS, Tunks, ER (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. Can J Psychiatry, 53 (4), 213-23.

- Ulrich, C., Wiskemann, J. & Steindorf, K. (2012). Physiologische und molekulare Mechanismen der Wirkung von körperlicher Aktivität auf das Krebsrisiko und den Verlauf einer Krebserkrankung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 1, 3-9.
- US Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention. CDC, Atlanta: USDHHS.
- US Department of Health and Human Services (2008). Physical activity guidelines for Americans. Washington: USDHHS.
- Von Uexküll, T. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In Adler, R. et al. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wagenlehner F, Brockmeyer N et al (2016). Klinik, Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen. Deutsches Ärzteblatt, 113 (1-2), 11-21..
- Warburton, D., Charlesworth, S., Ivey, A. et al (2010). A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. Int J Behav Nutr Phys Act 7, 39.
- Weis, J. & Boehncke, A. (2011). Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 54: 46-51.
- Weis, J. & Giesler, J. (2014). Psychosoziale Beratung für Krebspatienten. Best practice Onkologie. 9 (4): 38-42.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Rüffer, J., Werner, A. & Weyland, P. (2007) Psychoonkologie. Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. Der Onkologe, 13: 185-194.
- Wickert, M., Lehmann-Lauer, A. & Blettner, G. (2012). Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation, S. 67 -78. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH.
- World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO