

Forum 2021 · 36:35–39

<https://doi.org/10.1007/s12312-020-00888-8>

Online publiziert: 11. Januar 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Hans Hoffmann¹ · Simone Wesselmann² · Christoph Kowalski²¹Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland²Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

Unterschiede in der onkochirurgischen Qualität

Bei den meisten soliden Krebserkrankungen kommt der Operation im Rahmen der Tumorbehandlung eine zentrale Bedeutung zu. Das Gelingen der Operation ist unmittelbar mit dem onkologischen Outcome, also (tumorfreien) Überleben, und der Lebensqualität der Patienten verknüpft. Qualitätssicherungsinitiativen in der Onkochirurgie existieren seit vielen Jahrzehnten und Qualitätsvergleiche zwischen Versorgungsorganisationen oder einzelnen Operateuren zeigen teils erhebliche Unterschiede. Wir beschreiben in diesem Beitrag eine Reihe von Herausforderungen bei der Messung von Qualität in der (Onko-)Chirurgie und stellen einige aktuelle Ergebnisse von Qualitätsvergleichen vor.

Empfehlungen für die Durchführung chirurgischer Eingriffe

Auch wenn Indikatoren guter onkochirurgischer Ergebnisqualität vordergründig leicht zu benennen sind, z. B. Komplikationsfreiheit, R0-Resektion, Überleben, und Kriterien der Prozessqualität von der erforderlichen Diagnostik, der Indikationsstellung und der chirurgischen Verfahrenswahl bis hin zur postoperativen adjuvanten Therapie in S2- und S3-Leitlinien mit Empfehlungen klar

definiert sind, so herrscht bei den Kriterien der chirurgisch-technischen Prozessqualität – also bei der Frage, mit welchen Schritten ein gutes Ergebnis erreicht werden kann – weniger Klarheit: Die Leitlinien äußern sich hierzu i. d. R. nicht. Dies liegt u. a. an der Komplexität der operativen Eingriffe, die aus einer Abfolge zahlreicher Schritte bestehen, von denen jeder für sich eine Vielzahl an Varianten zulässt. Welche dieser Varianten im Einzelfall besser ist als eine andere, ist in vielen Situationen ungeklärt. Auch bei solch grundlegenden Entscheidungen wie der Wahl eines offenen, laparoskopischen oder robotischen Vorgehens ist die Evidenz für viele Erkrankungen schwach.

Neue Techniken wie minimal-invasive videogestützte oder roboterassistierte Techniken werden typischerweise evolutionär zunächst von einzelnen „Pionieren“ entwickelt und schrittweise in deren eigene klinische Praxis eingeführt. Es dauert i. d. R. viele Jahre, bis eine grundlegend neue chirurgische Technik so weit entwickelt ist, dass sie als neuer Standard gelten kann, wobei dieser in einzelnen Teilaspekten durchaus zwischen den Pionierinstitutionen variiert. In der Entwicklungsphase werden die Vorteile der neuen Technologien bei bestimmten Indikationen deutlich und in Beobachtungsstudien dokumentiert. In die Breite getragen wird die neue Technik anschließend i. d. R. durch spezielle Kurse bzw. Hospitationen, die von den Pionierinstitutionen angeboten werden, sowie durch detaillierte Beschreibungen der Technik in Publikationen und Videotutorials. Für das Erlernen roboterassistierter chirurgischer Techniken gibt es ein regelrechtes Curriculum,

bestehend aus Training am Phantom, Training an narkotisierten Tieren, externen Hospitationen und Tutorien durch einen externen Experten in der eigenen Institution. Ziel der Entwicklung neuer onkochirurgischer Techniken in den letzten Jahrzehnten war die Senkung der chirurgischen Morbidität bei gleichzeitig Mindestenserhalt, idealerweise Verbesserung des onkologischen Ergebnisses. Mit diesem Ziel wurden Techniken zum Organerhalt entwickelt (Beispiel: Vermeidung der Pneumonektomie durch bronchoplastische erweiterte Lobektomie) und Techniken zur Minimierung des chirurgischen Zugangstraumas wie minimal-invasive videogestützte Techniken mit nur kleinen Hautinzisionen oder ganz ohne sichtbaren Schnitt (NOTES). Eine Weiterentwicklung der videogestützten minimal-invasiven Technologie mit dem Ziel einer nochmals geringeren chirurgischen Morbidität durch Steigerung der Präzision intraoperativer Manöver ist die roboterassistierte Technologie. Unbestreitbar hat diese evolutionäre Weiterentwicklung chirurgischer Techniken in vielen Bereichen zu einer stetigen Verbesserung der onkochirurgischen Ergebnisqualität geführt.

Vorteile bei der Senkung der eingriffsbezogenen Morbidität sind sehr schnell sichtbar und lassen sich in Beobachtungsstudien und retrospektiven Kollektiven (z. B. mit „propensity score matching“) hinreichend dokumentieren. Hat sich der neue chirurgisch-technische Standard mit deutlichen Vorteilen erst einmal etabliert, ist es aus 3 Gründen schwer, dies in einem randomisiert-prospektiven Studienansatz zu untermauern:

Autor



**Prof. Dr. med.
Hans Hoffmann**
Technische Universität
München, München

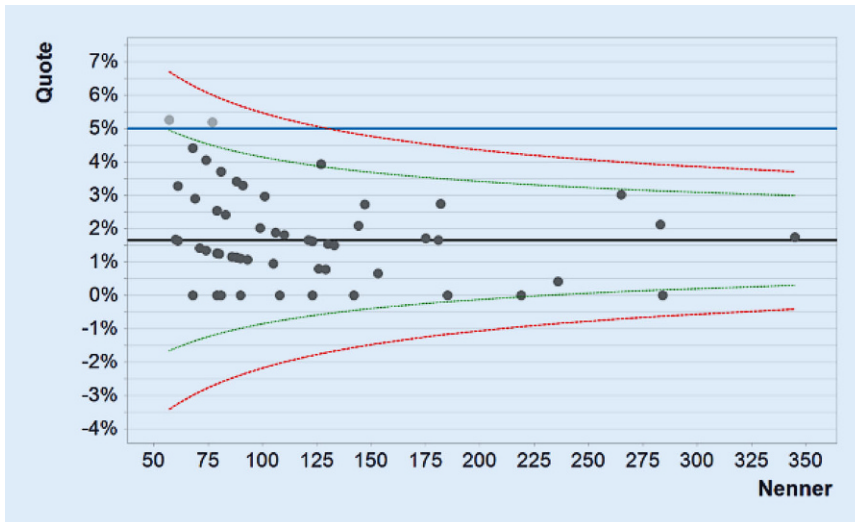


Abb. 1 ▲ 30-Tages-Letalität nach Resektionen in zertifizierten Lungenkrebszentren [4]

1. Die Rekrutierung für einen Vergleich mit dem historischen Standard ist oft schwierig.
2. Zur Dokumentation eines onkologischen Vor- oder Nachteils bedarf es eines onkochirurgischen Kollektivs mit einer langen Beobachtungszeit von mehreren Jahren.
3. In der Regel steht kein industrielles Interesse hinter der Einführung eines neuen chirurgischen Verfahrens.

Daher kann ein hohes Evidenzlevel für ein chirurgisches Verfahren nur in wenigen Fällen tatsächlich erreicht werden. Ausnahmen bestätigen die Regel. Solche Ausnahmen sind für das Lungenkarzinom z. B. zwei laufende prospektiv-randomisierte internationale Studien zur Segmentresektion vs. Lobektomie [6, 12] und eine prospektiv-randomisierte Studie zur minimal-invasiven videoassistierten thoroskopischen Lobektomie vs. offene Lobektomie in Großbritannien [11]. Zur oben angesprochenen Komplexität des eigentlichen Eingriffs kommt die Komplexität der Organisation und dabei insbesondere des multidisziplinären Teams („doppelte Komplexität“). Wann welche perioperativen Maßnahmen von wem eingeleitet oder überhaupt veranlasst werden, kann erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben. In der Praxis kommen häufig Standard Operating Procedures (SOPs) zum Einsatz, die zwischen Versorgungseinrichtungen va-

riieren. Diese SOPs sind i. d. R. keine systematische Aufarbeitung der Evidenz, sondern dienen als Checklisten.

Neben den Unterschieden in der Durchführung chirurgischer Eingriffe sind weitere Aspekte relevant, die Variationen des onkochirurgischen Outcomes bedingen oder dessen Messung erschweren. Vier davon nennen wir hier kurz:

Lerneffekte: Die Erfahrung des Operateurs spielt bei vielen Eingriffen eine Rolle, was einerseits Inhalt der chirurgischen Weiterbildung ist, andererseits auch nach der Facharztweiterbildung eine entscheidende Rolle spielt. Die patientenindividuelle Indikationsstellung ist Gegenstand der Facharztweiterbildung. Inwieweit dieses Wissen vermittelt und die Erfahrung erworben werden kann, hängt maßgeblich vom Behandlungsvolumen der Institution ab.

Risikofaktoren: Die Erfolgchancen chirurgischer Eingriffe sind in erheblicher Weise von patientenseitigen Risikofaktoren wie z. B. Alter, Stadium oder Vorerkrankungen abhängig. Für Qualitätsvergleiche zwischen Institutionen sind daher stratifizierte oder Case-Mix-adjustierte Auswertungen sinnvoll, die allerdings mit erheblichem Dokumentationsaufwand verbunden sind.

Fallzahl-Prävalenz-Problem: In der Routine erhobene, zeitnah messbare Ereignisse nach Eingriffen sind glücklicherweise bei vielen Eingriffen selten und damit aufgrund häufig kleiner Fall-

zahlen pro Operateur oder Krankenhaus für die Beurteilung der chirurgischen Qualität nur eingeschränkt geeignet.

Zielkonflikte: Schonende Interventionen können ein kürzeres Überleben bei gleichzeitig kurzfristig höherer Lebensqualität zur Folge haben. Dies muss bei der Definition von Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden, damit diese nicht Anreize für möglichst radikale Verfahren setzen, die im Einzelfall nicht indiziert sind.

Beispiele für onkochirurgische Qualitätsvergleiche in Deutschland

Qualitätsvergleiche widmen sich häufig zeitnah zu dokumentierenden Indikatoren, z. B. Komplikationen oder Krankenhaussterblichkeit.

Beispiel DRG-Statistik. Mit der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Abgabe des Datensatzes nach § 21 KHEntgG für jede Behandlung im System der diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) stehen Daten zur Verfügung, die eine aktuelle und deutschlandweite Analyse sowohl der Hospitalvolumina als auch der Hospitalletalität – als Surrogatparameter für die Ergebnisqualität – ermöglichen. Baum et al. [1] haben beispielhaft anhand der Daten der DRG-Statistik untersucht, wie sich die Versorgungssituation bei der chirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms in Deutschland darstellt und ob ein möglicher Zusammenhang zwischen Behandlungsvolumen der Krankenhäuser und der Krankenhausletalität besteht. Sie konnten dabei zeigen, dass sich die chirurgischen Lungenkrebsbehandlungen in Deutschland auf relativ wenige Kliniken mit großen Fallzahlen konzentrieren und dass in Krankenhäusern, die sehr wenige Eingriffe pro Jahr durchführen, die Krankenhausletalität doppelt so hoch ist wie in großen Zentren mit sehr hohen Fallzahlen. Ähnliche Leistungsmengen-Ergebnisqualitäts-Zusammenhänge lassen sich für viele chirurgische Indikationen finden. Die Stärke der Auswertung der DRG-Statistik liegt in der flächendeckenden vollständigen Erfassung aller Operationen im Gel-

tungsbereich. Dadurch hebt sich diese Auswertung klar von registerbasierten Auswertungen ab, die alle auf mehr oder weniger freiwilligen Meldungen der teilnehmenden Krankenhäuser beruhen. Allerdings ist die Möglichkeit zur Risikoadjustierung bei den DRG-Daten limitiert.

Beispiel Zertifizierung von Organkrebszentren. Zentrales Element aller Anforderungskataloge für die Zertifizierung von Organkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft ist die Erfassung von Kennzahlen, die die Qualitätsindikatoren der Leitlinien abbilden [9]. Diese Kennzahlen werden für jedes zertifizierte Zentrum jährlich ausgewertet und sowohl in einem anonymisierten Kennzahlenbericht mit einer Benchmark-Darstellung aller Zentren als auch in einem individualisierten vertraulichen Bericht für jedes Zentrum einzeln dargestellt (z. B. Lungenkrebszentren [4, 14]). In Lungenkrebszentren betrachteten die chirurgischen Kennzahlen beispielsweise die 30-Tages-Letalität nach Resektionen (■ **Abb. 1**), die postoperative Bronchustumpf- bzw. Anastomoseninsuffizienz, den Anteil der lokalen R0-Resektionen im Stadium IA/B u. IIA/B sowie getrennt im Stadium IIIA/B. Genutzt werden aggregierte Qualitätssicherungsdaten aller betreffenden Fälle. Teilweise werden die Kennzahlen risikostratifiziert angegeben, eine statistische Case-Mix-Adjustierung ist aber derzeit nicht möglich. Die Auswertungen ermöglichen einerseits den Vergleich der Kennzahlenergebnisse über alle Zentren im Zeitverlauf, andererseits eröffnet dies dem einzelnen Zentrum das Erkennen und die Verbesserung seines „Rankings“ im Vergleich zu anderen Zentren. In den Kennzahlenauswertungen über alle Zentren zeigten sich beispielhaft für die zertifizierten Lungenkrebszentren erfreuliche Verbesserungen in einigen Qualitätsindikatoren im Vergleich der Jahre 2011 bis 2019 [4].

Qualitätsentwicklung mit Patient-Reported Outcomes (PROs). Die Qualitätsdiskussion und die Beurteilung der chirurgischen Ergebnisqualität sollte nicht nur über die beschriebenen ra-

Forum 2021 · 36:35–39 <https://doi.org/10.1007/s12312-020-00888-8>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

H. Hoffmann · S. Wesselmann · C. Kowalski

Unterschiede in der onkochirurgischen Qualität

Zusammenfassung

Bei den meisten soliden Krebserkrankungen kommt der Operation im Rahmen der Behandlung eine zentrale Bedeutung zu. Studien zeigen teils deutliche Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Operateuren oder Versorgungsorganisationen. Wir beschreiben in dieser Arbeit eine Reihe von Herausforderungen bei der Messung von Versorgungsqualität in der (Onko-)Chirurgie. Hierzu zählen beispielsweise die Komplexität der Intervention, die aufgrund des vergleichsweise geringen Studiengeschehens schwache Evidenz für die Formulierung von Prozessqualitätsindikatoren sowie das Erfordernis zur Case-Mix-Adjustierung, das eine umfassende Dokumentation erfordert. Wir stellen unter den zahlreichen existierenden

Initiativen 3 Datenquellen und Programme vor, die derzeit Qualitätsvergleiche in der Onkochirurgie möglich machen: die Statistik der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG), die Qualitätssicherungsdaten zertifizierter Lungenkrebszentren und die PCO-Studie in Prostatakrebszentren. Aus Sicht der Autoren sollte künftig mehr in randomisierte kontrollierte Studien, in Qualitätsentwicklungsmaßnahmen wie das Lernen von „positiven Ausreißern“ und die Abbildung patientenberichteter funktionaler Outcomes in der Routine investiert werden.

Schlüsselwörter

Krebs · Chirurgie · Versorgungsqualität · Lungenkrebs · Prostatakrebs

Differences in the quality of surgical oncology

Abstract

For most solid tumors, surgery is central to treatment. Studies show significant differences in quality between individual surgeons or health care organizations. Herein, we describe several challenges in the measurement of quality in (cancer) surgery. These include, for example, the complexity of the intervention, the weak evidence for the development of process quality indicators due to the comparatively small number of studies, and the requirement for case-mix adjustment, which requires comprehensive documentation. Among the numerous existing initiatives, we present three data sources and programs that currently enable

quality comparisons in cancer surgery: German diagnosis-related groups (DRG) statistics, quality assurance data from certified lung cancer centers and the PCO study in prostate cancer centers. In our opinion, more should be invested in randomized controlled surgical trials, in quality development measures such as learning from “positive outliers”, and in the collection of patient-reported functional outcomes in routine cancer care.

Keywords

Neoplasms · Surgery · Quality of health care · Lung neoplasms · Prostatic neoplasms

tenbasierten Qualitätsindikatoren oder Mindestmengen erfolgen, sondern muss als konsequente Weiterentwicklung auch die Patientenperspektive als zentralen Ergebnisqualitätsparameter einbeziehen. Ebenfalls in zertifizierten Zentren werden die PCO-Studie [10] und die EDIUM-Studie [3] durchgeführt, die das patientenberichtete funktionale Outcome 12 Monate nach Behandlung betrachten. Beispielsweise beim lokal behandelten Prostatakarzinom (PCO-Studie) ist dies von erheblicher Bedeutung, da bei insgesamt erfreulich langem Überleben die Folgen der Therapie (u. a.

Inkontinenz, erektile Dysfunktion) teilweise drastisch sind. Anders als bei den DRG- oder Zertifizierungsdatenauswertungen erfolgt ein studienspezifischer Einschluss mit prospektiver Datenerhebung. Dies erlaubt einen Case-Mix-adjustierten Vergleich zwischen den Zentren. Bislang wurden über 25.000 Patienten eingeschlossen. Die Ergebnisberichte [5] werden von den Zentren zur Qualitätsentwicklung genutzt. Den adjustierten Wert des EPIC-26-Domänenscores [13] „Inkontinenz“ 12 Monate nach radikaler Prostatektomie veranschaulicht beispielhaft ■ **Abb. 2**. Höhere

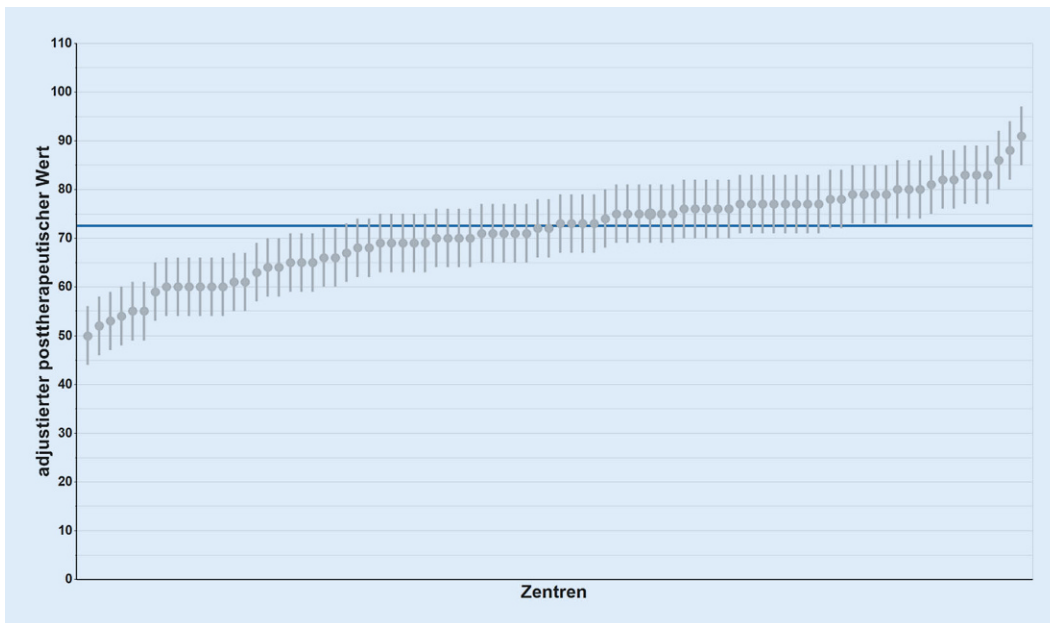


Abb. 2 ◀ EPIC-26-Domänenscore „Inkontinenz“ 12 Monate nach radikaler Prostatektomie. Ergebnisse der PCO-Studie [5]

Werte zeigen eine bessere Funktion. Die Intervalle um die adjustierten Zentrums-mittelwerte stellen „minimal important differences“ dar, also die kleinsten Unterschiede, die Patienten als relevant wahrnehmen.

Fazit

Es gibt bereits zahlreiche vielversprechende Ansätze zum Vergleich der chirurgischen Qualität in der Onkologie. Neben den hier genannten existieren weitere wichtige Initiativen, darunter die klinischen Krebsregister [15, 16], fachgesellschaftsgetriebene Register wie StuDoQ für gastrointestinale Tumoren [7] oder die Qualitätssicherungsverfahren des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), z. B. zur Mammachirurgie [8].

Aus unserer Sicht sind bei der Qualitätsdiskussion in der Onkochirurgie v. a. 3 Bereiche zu bearbeiten:

- Der Mangel an Wissen auf S3-Leitlinien-Niveau schlägt sich auch auf die Entwicklung von (Prozess-)Qualitätsindikatoren nieder. Deshalb sind auch in der Chirurgie mehr randomisiert-kontrollierte Studien wünschenswert.
- Aktuelle Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Varianz zwischen den Leistungserbringenden auch unter Kontrolle des Case Mix hoch ist, es

also einen großen Unterschied machen kann, wo Patienten behandelt werden. Besonders offensichtlich wird dies bei Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses. Es muss deshalb an Ansätzen gearbeitet werden, diese Varianz zum Besseren zu verringern. Derlei Quality-Improvement-Maßnahmen können beispielsweise das Lernen von „positiven Ausreißern“ [2] oder Coaching-Programme beinhalten.

- Bislang fehlen wichtige Parameter zur Abbildung der Qualität in der Fläche. Hierzu gehören relevante Kovariaten zur Case-Mix-Adjustierung und die Messung von PROs für das patientenberichtete funktionale Outcome.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hans Hoffmann
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaninger Straße 22, 81675 München, Deutschland
hans.hoffmann@mri.tum.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Hoffmann, S. Wesselmann und C. Kowalski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Baum P, Diers J, Haag J et al (2020) Nationwide effect of high procedure volume in lung cancer surgery on in-house mortality in Germany. *Cancer Treat Res* 149:78–83. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2020.08.018>
2. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S et al (2009) Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci* 4:25. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-25>
3. Breidenbach (2019) Das Potenzial von Patient-Reported Outcomes – Nutzen und Umsetzung der EDIUM-Studie. *OP 9:50–53*. <https://doi.org/10.4486/j.op.2019.02.08>
4. Deutsche Krebsgesellschaft (2020) Kennzahlenauswertung 2020. Jahresbericht der zertifizierten Lungenkrebszentren. Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin
5. Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg) (2020) Prostate Cancer Outcome (PCO) Studie – Ergebnisbericht an die Studienzentren Dezember 2020. Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin
6. Fox N, Bauer T (2008) CALGB 140503: a randomized phase III trial of lobectomy versus sublobar resection for small (< 2 cm) peripheral non-small cell lung cancer. *Oncology* 23:20–21. <https://doi.org/10.1080/10463356.2008.11883733>
7. Hardt J, Buhr H-J, Klinger C et al (2018) Quality indicators for colon cancer surgery: Evidence-based development of a set of indicators for the

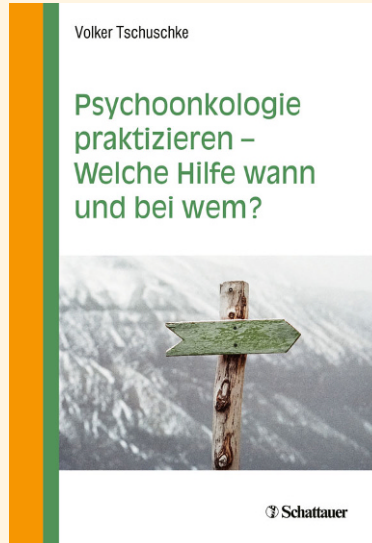
outcome quality. *Chirurg* 89:17–25. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0559-0>

8. IQTiG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Mammachirurgie Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
9. Kowalski C, Graeven U, von Kalle C et al (2017) Shifting cancer care towards Multidisciplinary: the cancer center certification program of the German cancer society. *BMC Cancer* 17:850. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3824-1>
10. Kowalski C, Roth R, Carl G et al (2020) A multicenter paper-based and web-based system for collecting patient-reported outcome measures in patients undergoing local treatment for prostate cancer: first experiences. *J Patient Rep Outcomes* 4:56. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00224-7>
11. Lim E, Batchelor T, Shackcloth M et al (2019) Study protocol for VIdeo assisted thoracoscopic lobectomy versus conventional Open LobEcTomy for lung cancer, a UK multicentre randomised controlled trial with an internal pilot (the VIOLET study). *BMJ Open* 9:e29507. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029507>
12. Nakamura K, Saji H, Nakajima R et al (2010) A phase III randomized trial of Lobectomy versus limited resection for small-sized peripheral non-small cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L). *Jpn J Clin Oncol* 40:271–274. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyp156>
13. Sibert NT, Dieng S, Oesterle A et al (2019) Psychometric validation of the German version of the EPIC-26 questionnaire for patients with localized and locally advanced prostate cancer. *World J Urol.* <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02949-7>
14. Ukena D, Hoffmann H, Bischofsberger A et al (2017) Lungenkrebszentren – Entwicklung und aktueller Status. *Pneumologie* 14:61–73. <https://doi.org/10.1007/s10405-016-0087-5>
15. Völkel V, Draeger T, Gerken M et al (2019) Langzeitüberleben von Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen: Ein Vergleich von Darmkrebszentren und nicht zertifizierten Krankenhäusern. *Gesundheitswesen* 81:801–807. <https://doi.org/10.1055/a-0591-3827>
16. Völkel V, Draeger T, Schnitzbauer V et al (2019) Surgical treatment of rectal cancer patients aged 80 years and older—a German nationwide analysis comparing short- and long-term survival after laparoscopic and open tumor resection. *Eur J Surg Oncol* 45:1607–1612. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.05.005>

Kein Buch mit sieben Siegeln

Psychoonkologie praktizieren – Welche Hilfe wann und bei wem?

Stuttgart: Schattauer-Verlag 2020, 496 S., (ISBN: 978-3-608-43209-1), 68,00 EUR



Hier wird ein Buch vorgelegt – trotz seiner fast 500 Seiten in noch handlicher Form – das immer dabei sein kann. Oder es liegt im Dienstzimmer und verleitet den neuen Besitzer auch zwischendurch zur Lektüre, wenn der Kopf glüht vor emotionaler Inanspruchnahme, hervorgerufen durch die Nöte der Patienten.

Patientin M. offenbarte mir heute, dass ihr Mann es nicht mehr aushalten würde – er wolle gehen, auf dem Gang hielt mich der Geschäftsführer an, es müsse wieder am Stellenplan nach unten korrigiert werden, und der eine Chefarzt beschwert sich, weil er meint, die Betreuung seiner Patienten sei personell nicht gewährleistet. Ich habe 10 Minuten Zeit und finde eine Lektüre, die mir wieder den Kopf geraderückt – ich finde praktische, sachlich orientierte Werkzeuge vor, die bei Anwendung gleich draußen am Bett tatsächlich zu helfen scheinen – nicht nur unseren Patienten, sondern auch mir. Nach der Lektüre dieses Buches bin ich deutlich klarer und gehe auch so nach Hause, „ich hab’s heute gut gemacht“ – all diese Patienten mit den schlimmen Sorgen und Nöten – „ich hab deren Kopf auch klarer gemacht!“ – gut gemacht für heute.

Die gute Strukturierung vieler Fragestellungen und die klare Sprache dieses Buches helfen den Durchblick zu behalten oder wieder

zu erlangen – nicht nur bei Psychoonkologinnen, sondern auch Schwestern, Pflegern und Ärzten, die sonst nicht viel mit den Nöten von Patienten und Angehörigen anfangen können – nach diesem Buch wissen alle viel mehr, verstehen ihre Patienten besser, wissen, was getan werden muss oder kann. Das wohl umfassendste und praktischste Fachbuch auf dem Gebiet der Psychoonkologie – ein Muss für alle in der Onkologie Tätigen.

*Prof. Dr. med. Hans-Joachim Muhs, MBA
Facharzt für Allgemeinmedizin u. Frauenheilkunde, Gyn. Onkologie, Senologie, Palliativmedizin u. Psychoonkologie, Gemeinschaftspraxis Muhs & Partner GmR, Nordhorn*