

Neun Regeln für Gespräche mit Krebspatienten

Mit den rechten Worten auf den Weg zur Therapieentscheidung führen

ANDREAS S. LÜBBE



Das Gelingen von Gesprächen mit Patienten setzt auf Seiten des Arztes zwei wichtige Kompetenzen voraus: zum einen die Kenntnis um die Wahrscheinlichkeiten der Heilung, des Ansprechens auf die Therapie, der voraussichtlichen Lebenszeit etc., zum anderen die Fähigkeit, sich mit der Sprache und eigenem Wissen auf die Sprache und das Wissen des Patienten einzulassen.

Onkologische Therapieverfahren dienen dem Patienten, indem sie ihn von seiner Krankheit auf Dauer befreien, sein Leben verlängern oder seine Beschwerden lindern. Ob eine Heilung erreicht werden kann, erweist sich erst im Laufe der Zeit. Diese Ungewissheit führt bei vielen Patienten zu Angst und Sorge. Wir Ärzte können nur abschätzen, wie wahrscheinlich eine dauerhafte Beseitigung des Tumorleidens oder der Sinn einer Therapie ist. Das Stadium der Erkrankung, molekularbiologische Marker, Alter und Multimorbidität des Patienten, all diese Parameter bestimmen am Ende, wie wir auf Fragen des Patienten

zu seiner Lebensperspektive antworten. Die medizinische Ausbildung lehrt nicht, professionell zu kommunizieren, schon gar nicht, wenn es um das Übermitteln schlechter Nachrichten geht. Dieser Artikel soll ein paar Botschaften vermitteln, die beim Gespräch mit den nicht selten verzweifelten Patienten (und Angehörigen) hilfreich sein können.

Denn für den einzelnen Patienten geht es um Leben oder Tod. Wo nicht, da hängen Fragen seiner zukünftigen Lebensführung von unserer Informationsvermittlung ab. „Wenn nur einer von 8 Patienten von einer adjuvanten Chemotherapie profitiert, warum soll ich mich

ihr dann unterwerfen, statt meiner Arbeit nachzugehen?“ Adjuvante Therapieverfahren haben gezeigt, dass sie einen „Benefit“ für bestimmte Patientengruppen bringen. Das „mittlere Überleben“ lässt sich durch adjuvante Maßnahmen verbessern, heißt es; nach 3 Jahren leben 10 % mehr Patienten [1–3]. Aber was bedeutet das für den einzelnen Patienten? Profitiert er selbst davon? Herr Schulze will ja von uns wissen, was er davon hat, wenn er sich einer adjuvanten Behandlung unterzieht. Wüsste er, dass die NNT (Number Needed to Treat – die Anzahl von Patienten, die behandelt werden müssen, damit einer von diesen Maßnah-

men profitiert) bei 10 liegt, würde sich Herr Schulze vielleicht überlegen, sich diesen Prozeduren nicht zu unterziehen. Herrn Schulze wird stattdessen nicht selten mitgeteilt, er würde sein „Leben aufs Spiel setzen“, unterzöge er sich adjuvanten Therapieverfahren nicht.

Andere (gesunde) Mitbürger entscheiden sich für die Umsetzung radikaler präventiver Maßnahmen, wie die prophylaktische Entfernung der Brüste oder Ovarien, ohne genau darüber informiert worden zu sein, oder zu verstehen, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie tatsächlich eine Krebserkrankung erleiden werden. Und auch wir Ärzte werden immer wieder verwirrt, wenn uns Zahlen vorgelegt werden, anhand derer wir im Alltag entscheiden sollen. Sollen wir gesunden Frauen zwischen 50 und 70 Jahren zur Mammografie raten, oder ist der Nutzen für die einzelne Frau begrenzt? Daraus ergibt sich, dass uns selbst der erste Aspekt (die Kenntnis der Wahrscheinlichkeiten eines Erfolges) nicht immer leicht von der Hand geht [4–6].

Evidence-based Medicine

Die Grundlage für Ärzte, diagnostische und therapeutische Verfahren einzusetzen und diese ihren Patienten zu empfehlen, basiert in Teilen auf der „Evidence-based Medicine“, also Daten aus Studien, in denen häufig Tausende von Patienten behandelt worden sind, deren persönliche Charakteristika nicht bekannt sind. Vor allen Dingen finden keinerlei individuelle Lebensperspektiven und Werteanahmen Berücksichtigung; sie werden zu Datenpunkten reduziert. Aus diesen Datenpunkten lässt sich anschließend eine Positivauswahl potenzieller prognostischer oder prädiktiver Faktoren ermitteln, aus denen am Ende Richtlinien, Leitlinien oder zumindest Empfehlungen und Behandlungsalgorithmen abgeleitet werden.

Unseren fiktiven Patienten, Herrn Schulze, wollen wir dazu befähigen, die beste Behandlung mit auszuwählen oder diese bestmöglich mitzutragen. Für ihn bedeutet dieser Anspruch: Er muss zwangsläufig die sich aus den Studien ergebenden prognostischen und prädiktiven Faktoren mit seinen individuellen Besonderheiten und Wünschen abgleichen (und mit jenen seiner Angehörigen).

Lebensqualität, QUALIS

Gelegentlich können uns Risiko-Benefit-Analysen über Nomogramme helfen, eine rationale Entscheidung zu erarbeiten, bevor Herrn Schulze in seiner Individualität entsprochen werden kann. Aber wie werden die Ziele einer Therapie von Herrn Schulze und seinen Angehörigen definiert? Grundlage für eine gelingende Arzt-Patienten-Interaktion ist ganz sicherlich, diese Ziele der Behandlung von Herrn Schulze zu erfragen und zu besprechen. Ist die Krankheit frühzeitig diagnostiziert worden und ist die Chance auf Heilung hoch und besteht durch Gesten und Äußerungen darüber Klarheit unter den Gesprächsteilnehmern, so ist hier vielleicht schnell Einvernehmen herzustellen. Doch noch immer versterben über 50 % der Krebspatienten an den Folgen ihrer Erkrankung, und nicht selten weiß der Fachmann anhand der vorliegenden Daten, dass die Aussichten auf eine Heilung ungünstig sind. So zu tun, als wäre es hochwahrscheinlich, die Krankheit beseitigen zu können, hieße Herrn Schulze zu belügen – wenn man es besser weiß. Es damit zu rechtfertigen, dem Patienten nicht die Hoffnung (worauf – Heilung?) nehmen zu wollen, ist eine Schutzbehauptung. Das Prinzip: „Hoping for the best and/but preparing for the worst“, berücksichtigt, dass man sich selbst unsicher ist, ob es gelingen kann, die Krankheit zu besiegen [7–9].

Wie würden Sie entscheiden?

Um diese Frage bestmöglich beantworten zu können, können die folgenden Empfehlungen helfen, um aus den oben genannten Dilemmata eine persönliche Lösung herauszuarbeiten.

Regel 1: Nimm den Patienten (und seine Angehörigen) mit und sprich ihn persönlich an.

Effektive und damit erfolgreiche Kommunikation setzt normalerweise einen gleichen Status zwischen Arzt und Patient voraus, auch wenn der Arzt Experte und der Patient Betroffener ist. Dieser gleiche Status sollte sich in Symbolen und Signalen zum Ausdruck bringen lassen (Ablegen des weißen Kittels, gleiche Augenhöhe, angemessene Distanz, [10–13]). Der Patient kann sich auf diese Situation einlassen, in dem er eine Vertrauensperson

zur Konsultation mitbringt. Auch der Arzt darf einen Psychologen oder eine Krankenschwester mit an seiner Seite haben. Das muss der Patient entscheiden. Eine körperliche Untersuchung verbietet sich im Rahmen eines wichtigen Gesprächs. Das Ausstrahlen von Ruhe ist eine Gabe, die nicht jeder von uns gut beherrscht, die aber erforderlich ist, um dem Patienten zu signalisieren, man sei jetzt für ihn da.

Regel 2: Benutze eine einfache Sprache – aber sei ehrlich.

Wenn nach einer Therapie noch immer eine Raumforderung sichtbar ist, hat es keinen Sinn, von „Vernarbung“ zu sprechen. Man kann darauf hinweisen, dass man nicht genau weiß, ob noch bösartiges Gewebe dort ist. Was Patienten unter Heilung verstehen, ist unterschiedlich. Heilung kann auch bedeuten, dass die Krankheit verbleibt, man aber dennoch mit ihr ein normales Leben führen kann. Nicht allen Patienten ist die Natur einer bösartigen Erkrankung verständlich. Krebs wird mitunter wie ein chronisches Leiden behandelt, ähnlich der Zuckerkrankheit, mit dem man alt werden kann. Euphemismen sollten unterlassen werden.

Regel 3: Bleibe persönlich.

Nicht alle unerwünschten Wirkungen einer Maßnahme müssen auftreten. Wichtiger vielleicht, als alle Nebenwirkungen herunterzudeklinieren, ist es, darauf hinzuweisen, was man im Falle unerwünschter Nebenwirkungen tut, und zu betonen, dass es dem Arzt wichtig ist, den Lebensstil des Patienten, seine Prioritäten und Vorlieben zu berücksichtigen. Als Arzt versteht man die Begriffe Unfruchtbarkeit, Inkontinenz, Fatigue-Syndrom, Neuropathie etc. in einer bestimmten Art und Weise. Aber was bedeuten diese Begriffe für den jeweiligen Patienten? Der Verlust einer Brust oder des Kopfhaars, Hitzewallungen, Inkontinenz oder erektiler Dysfunktion können verheerende Auswirkungen auf die Lebensqualität eines Patienten haben.

Regel 4: Präsentiere Statistik leicht verdaulich.

Die Entscheidung für die individuell beste Therapie beinhaltet komplexe Entscheidungen zwischen den Alternativen. Eine adjuvante Therapie wird beispiels-

weise dann besonders attraktiv, wenn das Rezidivrisiko hoch ist. Damit wird auch das Risiko, Nebenwirkungen zu ertragen, relativiert. Aber nur manche Patienten möchten in die Statistik einsteigen [3, 14, 15].

Risikofaktoren und Wahrscheinlichkeiten können in unterschiedlicher Form den Patienten präsentiert werden. 20 % bedeutet einer von 5, 20 von 100 oder ein Verhältnis von 1 : 4. Es empfiehlt sich, bei einer Ausdrucksform zu bleiben. Patienten empfinden es als einfacher, höhere Zahlen als Basis für einen Vergleich heranzuziehen („20 von 1.000, verglichen mit 70 von 1.000“). Prozentangaben werden dann besonders gut verstanden, wenn es um verschiedene Risikokonstellationen geht (beispielsweise ein 70%iges Rückfallrisiko und eine 20%ige Wahrscheinlichkeit, dass dieser Rückfall tödlich enden wird). Prozentangaben von unter 1 werden kaum verstanden. Weitere Daten zeigen, dass manche Menschen die Häufigkeit von 1 in 10 höher einschätzen als die Häufigkeit von 1 in 5, weil sie das Risiko mit der höheren Zahl assoziieren. Dann kann man mit gleichen Nennern (Denominatoren) operieren und 2 von 10 mit 5 von 10 vergleichen, anstelle von 1 in 5 und 1 in 2.

Manche können grafische Abbildungen besser verstehen als Zahlen. Entschei-

dungsbäume können hilfreich sein, um Wahlmöglichkeiten zum Ausdruck zu bringen. Kästchen- oder Liniendarstellungen können Überlebensvorteile über einen Zeitverlauf besser darstellen. Sie können auch fehlinterpretiert werden, beispielsweise bei Grafiken, die lediglich die obere Hälfte einer Überlebenskurve zum Ausdruck bringen, also nur 50 von 100 % einer Gesamtstichprobengröße berücksichtigen [16, 17].

Das relative Risiko ist eine häufige Ursache für Verwirrung, sowohl auf Seiten der Ärzte als auch der Patienten, und kann insofern das empfundene Niveau eines Risikos oder einer Risikoreduktion vergrößern. Wenn das Risiko einer unerwünschten Nebenwirkung von 1 in 1.000 auf 2 in 1.000 ansteigt, hat sich zwar das (relative) Risiko verdoppelt, doch sind die Wahrscheinlichkeiten absolut gesehen immer noch extrem gering.

Ein realistisches Beispiel: Die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs nach einer adjuvant durchgeführten Herceptin-Therapie bei Patientinnen mit früh diagnostiziertem Brustkrebs verglichen mit der Nichtdurchführung wird um etwa die Hälfte gesenkt. Die Wahrscheinlichkeit jedoch, dass ohne Herceptin ein Rezidiv innerhalb von 5 Jahren auftritt, liegt bei 20 %, so dass die absolute Risikoreduktion durch eine Herceptintherapie bei 10 Prozentpunkten liegt. Das bedeutet, dass

die Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit die 50%ige relative Risikoreduktion als wichtig ansehen und nicht die 10%ige absolute Reduktion. Unter der Internetadresse www.adjuvantonline.com ist es für Patienten mit Brust-, Lungen- oder Darmkrebs möglich, Informationen von unterschiedlichen Datenbanken und Literaturquellen zu akquirieren, um dann individuelle Risiken für Positiv- oder Negativergebnisse kalkulieren und besser abschätzen zu können.

Regel 5: Verwende abstrakte Begriffe und Zahlen.

Versuchen Sie auch hier, menschlich zu bleiben. „In einer Gruppe von 100 Frauen mit Ihrer Diagnose werden vermutlich innerhalb von 5 Jahren 20 einen Rückfall bekommen, 80 jedoch nicht. Wir wissen nicht, ob Sie zu den 20 oder zu den 80 Frauen gehören werden. Wenn alle Patientinnen eine adjuvante antihormonelle Therapie durchführen würden, werden von 100 Frauen nur 10 ein Wiederauftreten haben und bei 90 wird das nicht der Fall sein.“

Vergleiche mit anderen schicksalhaften Ereignissen können manchmal helfen, Zahlen besser einzuordnen. Zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit, von einem Blitz getroffen oder von einem Bus überfahren zu werden. Aber diese Informationen haben ihre Grenzen und sind mit-

unter weniger informativ als sie zunächst klingen. Denn Patienten haben ihre eigenen Vorstellungen davon, wie wahrscheinlich es ist, von einem Blitz erschlagen oder einem Bus überrollt zu werden.

Und auch in der individuellen Arzt-Patienten-Situation kommen nicht selten sehr persönliche Sichtweisen zum Ausdruck. Wenn die Wahrscheinlichkeit einer kompletten Remission durch eine experimentelle Therapie extrem gering ist und deutlich gegen den Patienten steht, mag der Patient seine persönliche Chance beispielsweise mit 1:1 ansehen (entweder die Therapie hilft oder sie hilft nicht), insofern für sich eine Art binäres System anwenden. Dies gilt es ärztlicherseits prinzipiell zu respektieren, auch wenn die Daten, mathematisch gesehen, anders interpretiert werden müssten und wir uns bemühen könnten, die Situation anders zu verdeutlichen.

Andere Patienten können mit Entscheidungsbäumen rational gut umgehen und für sich dann die beste Entscheidung treffen. Statt einer Knochenmarktransplantation mit erhöhtem, in sich bedingtem Mortalitätsrisiko kann für eine weniger invasive, vielleicht etwas weniger wahrscheinlich Heilung bringende, nicht derart invasive Therapie optiert werden.

Obwohl Phrasen wie „hochwahrscheinlich“, „nicht sehr wahrscheinlich“ oder „ziemlich wahrscheinlich“ unspezifisch und insofern offen für jeweilige Interpretationsnotwendigkeiten sind, eignen sie sich im Gegensatz zu nackten Daten oder Zahlen häufig besser, Gefühlen Raum einzuräumen. Es liegt ganz offenbar in der menschlichen Natur, Ereignisse, die einen ernsten Charakter haben oder ein schlechtes Endergebnis beinhalten, als „eher wahrscheinlich“ anzunehmen oder zu empfinden als günstige Ereignisse oder freudige Vorkommnisse. Insofern ist die Wahrscheinlichkeit von 1 in 8 zwar vordergründig objektiv. Aber sie fühlt sich für den jeweiligen Patienten ganz anders an, je nachdem ob es sich um die Wahrscheinlichkeit handelt, Metastasen zu bekommen oder einen banalen Schnupfen.

Auch wohnt uns Menschen etwas inne, das kaum begründbar und rational zu beschreiben ist. Beispielsweise neigen

wir dazu zu glauben, etwas werde uns eher widerfahren, wenn jemandem, den wir kennen, bereits etwas Ähnliches zugefallen ist. Das führt dazu, dass zwei Frauen mit der identischen Diagnose einer Brustkrebserkrankung vollkommen unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die wahrscheinliche Krankheitsgeschichte haben, wenn die eine eine Mutter hat, die an der gleichen Krankheit verstorben ist und die andere zwei Freundinnen hat, die diese Krankheit überlebt haben.

Also akzeptieren wir, dass die Nachricht und Übermittlung einer statistischen Größe unterschiedlich von den Patienten bewertet werden kann. Die Frage: „Was wissen Sie über diese Krebserkrankung oder die vorgeschlagenen Therapiemöglichkeiten?“, ist eine Möglichkeit, Kenntnisse zu erfragen. Das hat drei Vorteile:

1. Man hilft dem Patienten dabei, seine Erfahrungen auszudrücken.
2. Der Arzt kann darauf persönlich, individuell und empathisch Bezug nehmen. „Ihre Mutter ist also zu einem Zeitpunkt diagnostiziert worden, als die Krankheit weit fortgeschritten war. Glücklicherweise hat man Ihre Krebserkrankung frühzeitig entdeckt...“
3. Man kann Zeit sparen.

Die Unmittelbarkeit der Präsentation einer Risikokonstellation kann die Wahrnehmung des Patienten deutlich beeinflussen. Die Diagnosemitteilung: „Sie haben Krebs“, kann zu einer panischen Reaktion beim Patienten und seinen Angehörigen führen. In dieser Situation bleibt nicht viel mehr, als sich darüber auszutauschen, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, diese Krankheit loszuwerden. Alle weiteren, längerfristig ausgerichteten Themenkomplexe spielen zu diesem Zeitpunkt keine Rolle. Eine zeitliche Aufteilung der Informationsvermittlung ist daher ratsam.

Regel 6: Setze die eigene Zeit sinnvoll ein.

Zeitmangel wird häufig als Hauptgrund für unzureichende Kommunikation angeschuldigt. Und es geht kein Weg daran vorbei, dass man sich Zeit nehmen muss. Das zu Besprechende ist komplex. Die Patienten sind überwältigt von der Situation und der Menge an Informati-

onen. Tatsächlich will man in aller Regel auch nicht zu lange warten, um eine Behandlung zu beginnen. Und doch ist es wichtig, mitunter Tage vergehen zu lassen, damit der Patient die Situation begreifen, das Therapiekonzept „verdauen“ und insofern auch mittragen kann, sonst spart man am falschen Ende Zeit.

Viel Zeit wird damit vergeudet, Informationen zu vermitteln, die dem Patienten schon bekannt sind, während andere, die notwendigerweise weitergegeben werden müssten, sträflich außer Acht gelassen werden. Den Patienten danach zu fragen, was er bereits weiß, spart Zeit. Die Notizen des Patienten zu lesen (die man vorher erbeten hat) vermeidet, bestimmte Fragen zwei- oder dreimal zu stellen (eine häufige Beschwerde von Patienten).

Mehr als 70 % der Informationsmenge, die einem Patienten zunächst mitgeteilt wird, wenn er die Diagnose erhält, kann typischerweise nicht behalten werden [18–20]. Insofern empfiehlt es sich, Familienmitglieder oder enge Freunde zum Aufklärungsgespräch hinzuzuziehen, so dass ein zweites Paar Ohren mithören kann. Zuhören kann am Ende deutlich Zeit sparen. Denn wenn man die Patienten nicht zu Wort kommen lässt, werden sie immer wieder Fragen stellen und immer wieder zu den gleichen Sachpunkten zurückkommen [8, 13].

Regel 7: Beziehe andere mit ein.

Es ist sehr schwierig für einen einzelnen Arzt, alle Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen. Geschulte Psychoonkologen, mitunter Krankenschwestern und andere Mitarbeiter des Teams, können hier helfen. Gerade gut ausgebildete Krankenschwestern können aufgrund ihrer körperlichen Nähe zum Patienten zusätzlich Akzente setzen und die emotionale Befindlichkeit des Patienten besser auffangen. Nicht wenige von uns haben erlebt, dass, nachdem wir den Raum verlassen haben, die Schwestern umso mehr Fragen zu schultern hatten.

Regel 8: Verweise auf andere Informationsquellen.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, dem Patienten Informationen zu vermit-

teln und ihn dabei zu unterstützen, seine Lage besser zu verstehen. Einige Ärzte empfehlen ihren Patienten, Gespräche aufzuzeichnen. Schriftliche Informationen können unterbreitet werden, damit sich der Patient damit beschäftigt, bevor man sich erneut zur Konsultation verabredet. Patienten- und Selbsthilfegruppen eignen sich ebenso dazu, Unterstützung zu liefern, wenn dies auch in deutschsprachigen Ländern noch eine weniger große Rolle spielt. Internetquellen oder anderen Informationsmaterialien können hilfreich sein, doch gilt es hier, die Qualität der Informationen vorher genau zu untersuchen.

Wir empfehlen das Einholen einer Zweitmeinung, damit ein anderer Spezialist in vergleichbarer Art und Weise den Patienten informiert, auch wenn man Gefahr läuft, dass die zweite Meinung von der eigenen abweicht. Das gibt dem Patienten das wichtige Signal, dass er ernst genommen wird, und man verschafft sich selbst Rückendeckung. Es ist einfacher, mit jemandem über die schmerzvollen und ängstigenden Situationen und Probleme zu sprechen, wenn dieser Jemand alles schon einmal hinter sich hatte und insofern aus Erfahrung sprechen kann.

Regel 9: Akzeptiere eine falsche Entscheidung.

Ärzte haben die Verantwortung sicherzustellen, dass sie nach bestem Wissen und Gewissen dem Patienten eine Behandlung anbieten, die sich auf die erhebbaren medizinischen Daten und Fakten stützt. Im Nachhinein ist es unmöglich zu sagen, ob eine Entscheidung tatsächlich richtig oder falsch war. Kein Mensch weiß, was passiert wäre, wenn man eine Sache anders gemacht hätte. Keiner kann vorhersagen, ob Patienten von einer Behandlung tatsächlich profitieren oder nur durch sie gelitten haben. Patienten mit ähnlichen Diagnosen treffen unterschiedliche Entscheidungen. Doch es ist immer der Kranke selbst, der mit seinen Entscheidungen und ihren Konsequenzen leben oder sterben muss.

Literatur:

1. Early Breast Cancer Trialists Group. Effects of Chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365 (9472): 1687.
2. Holmes EC. Surgical adjuvant therapy of non-small-cell lung cancer. *Chest* 1986; 89 (4 Suppl): 295S.
3. Leighl N, Gattelari M, Butow R, Tattersall MHN. Discussing Adjuvant Cancer Therapy. *JCO* 2001; 19 (6): 1768-78
4. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L et al.: Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ* 2006; 332: 689-92.
5. Zahl PH, Strand BH, Maehlen J: Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328: 921-4.
6. Gotzsche P, Nielsen M: Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
7. Kaplowitz SA, Campo S, Chiu W. Cancer Patients' Desires for Communication of Prognosis Information. *Health Communication* 2002; 14 (2): 221-41.
8. Fallowfield L et al. International Giving sad and bad news. *Lancet* 1993; 341 (2): 476-8.
9. Gigeris A, Sanson-Fischer RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *JCO* 1995; 13 (9): 2449-56.
10. Audrey S, Abel J, Blazey JM, Falk S, Campbell R. What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. *BMJ* 2008; 337: a752.
11. Baile WF, Buckman R, Lanzi R, Glover G, Beale EA, Kudelka AP. Spikes – A Six Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000; 5: 302-11.
12. Bucka-Lassen E. Das Schwere Gespräch. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2005.
13. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001; 84: 48-51.
14. Gigerenzer G: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Bvt Berliner Taschenbuch Verlag 2004.
15. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277: 1485-92.
16. Thorne S, Hislop TG. Hope and probability: patient perspectives of the meaning of numerical information in cancer communication. *Qual Health Res* 2006; 16: 318-36.
17. Munday D. Does the evidence or the doctor have the greater influence. *BMJ* 2001; 322: 232.
18. Butow PN, Kazemi JN, Nbeeney LJ et al. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77: 2630-7.
19. Lobb EA, Butow PN, Kenny DT et al. Communication prognosis in early breast cancer: Do women understand the language used? *Med J Australia* 1999; 171: 290-4.
20. Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' Perceptions of Receiving Bad News About Cancer. *JCO* 2001; 19 (21): 4160-4164.

Prof. Dr. Andreas S. Lübke PhD

Cecilienklinik
Lindenstraße 26
Palliativstation Karl-Hansen-Klinik
Antoniusstraße 19
33175 Bad Lippspringe
E-Mail: cec-luebke@medizinisches-zentrum.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der deutschen Krebsgesellschaft (ASORS).
Internet: www.asors.de



1. ASORS-Jahreskongress Supportive Therapie und Rehabilitation bei Krebs – State of the Art 2009

Veranstalter:

Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)

Wann: 30. – 31. Oktober 2009

Wo: Sheraton München
Arabellapark Hotel
Arabellastraße 5, 81925 München

Wissenschaftliche Koordination:

POMME-med GmbH
Dr. rer. nat. Petra Ortner
Von-Erckert-Str. 48
81827 München
Tel.: 089/45 45 66-25
E-Mail: ortner@pomme-med.de

Kontaktadresse und Anmeldung:

EMC Event & Meeting Company
GmbH; Frau Isabell Daniels
Neumarkter Str. 21
81673 München
Tel.: 089/54 90 96-40
E-Mail: daniels@emc-event.com

Infos im Internet:

www.kongresseonline.de/
ASORS_2009