

Aus dem Institut für Public Health
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Cancer Care and Cancer Patients' Experiences with Cancer

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Jennifer Engler

aus Frankfurt am Main

Datum der Promotion: 1.3.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abstrakt/Abstract	4
1. Einführung: Ärztliche Zusammenarbeit und Patientenperspektive in der Krebsversorgung	7
1.1. Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten	8
1.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen.....	9
1.3. Erwartungen zu und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten	9
2. Zielstellungen	10
3. Methodik	10
3.1. Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten	11
3.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen.....	12
3.3. Erwartungen und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten	12
4. Ergebnisse	13
4.1. Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten	13
4.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen.....	15
4.3. Erwartungen und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten	15
5. Diskussion	16
5.1. Gemeinsame Diskussion der Ergebnisse	16
5.2. Stärken und Limitationen	19
Literaturverzeichnis	21
Eidesstattliche Versicherung	26
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	27

Druckexemplare der ausgewählten Publikationen	28
Engler J, Güthlin C, Dahlhaus A, Kojima E, Müller-Nordhorn J, Weißbach L, Holmberg C. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. Eur J Cancer Care 2017; 26(6): e12675.....	28
Engler J, Koné I, Holmberg C, Baumann W, Siebenhofer A, Güthlin C. Oncologists’ views on the importance of general practitioners for cancer patients: A qualitative interview study from Germany. Fam Pract 2017; 34(6): 730–4.....	37
Engler J, Adami S, Adam Y, Keller B, Repke T, Fügemann H, Lucius-Hoene G, Müller-Nordhorn J, Holmberg C. Using others’ experiences. Cancer patients’ expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. Patient Educ Couns 2016; 99(8): 1325–32.....	43
Lebenslauf	52
Komplette Publikationsliste	53
Zeitschriftenartikel.....	53
Vorträge und Abstracts	54
Danksagung.....	56

Abkürzungsverzeichnis

DIPEx	Database' of Individual Patients' Experiences
GP	General Practitioner
IBuTu	Interdisziplinäre Behandlung urologischer Tumore
OHa	Onkologie in der Hausarztpraxis
WINHO	Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen

Abstrakt/Abstract

Hintergrund/Zielstellungen: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein Verständnis über die ärztliche Zusammenarbeit in der ambulanten Krebsversorgung zu erlangen sowie der Bedeutung von Krankheitserfahrungen anderer Betroffener für Krebspatienten nachzugehen. Hierzu wird (1) die Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten auf die ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung analysiert; (2) die Sicht von niedergelassenen Onkologen auf die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten analysiert; (3) eine Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs evaluiert, um die Erwartungen von Krebspatienten sowie die Nutzung der Website zu untersuchen.

Methodik: (1) In einer Sekundäranalyse qualitativer Daten wurden insgesamt 84 Interviewtranskripte mit niedergelassenen Onkologen, niedergelassenen Urologen und Hausärzten in einem Datensatz zusammengeführt und in MAXQDA mit thematischer Analyse ausgewertet. (2) In einer qualitativen Studie wurden mit 15 niedergelassenen Onkologen leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Die Interviews wurden transkribiert und in MAXQDA mit thematischer Analyse ausgewertet. (3) Für eine Mixed-Methods-Studie wurden 23 Prostatakrebspatienten, 20 Brustkrebspatientinnen und 13 Darmkrebspatienten rekrutiert. Studienteilnehmer erhielten zwei Wochen Zugang zum Modul ihrer jeweiligen Erkrankung auf krankheitserfahrungen.de, und ihre Aktivitäten auf der Website wurden gespeichert. Zudem wurden die Teilnehmer gebeten, den eHealth Impact Questionnaire (eHIQ) auszufüllen und an Fokusgruppendifkussionen teilzunehmen.

Ergebnisse: (1) Niedergelassene Onkologen, Urologen und Hausärzte betrachteten Kooperation als Voraussetzung guter Krebsversorgung. Onkologen und Urologen fokussierten dabei auf die bestmögliche Tumortherapie, wohingegen Hausärzte Patienten die Begleitumstände der Krebserkrankung erleichtern wollten. Urologen und Onkologen berichteten von gemeinsamen Fallbesprechungen, wohingegen Hausärzte Informationen zu ihren Patienten einfordern mussten. Anders als Urologen und Onkologen berichteten Hausärzte selten von der Zusammenarbeit in formalen Kooperationszusammenhängen wie Tumorboards. (2) Die interviewten niedergelassenen Onkologen verorteten den Hausarzt als Vertrauensperson des Patienten in einer eher freundschaftlichen Sphäre des Kümmerens und grenzten diese von ihrer eigenen Sphäre der evidenzbasierten Therapieentscheidungen ab. Ein Überlappen beider Sphären wurde sowohl mit Risiken als auch mit Möglichkeiten verbunden. (3) Die Studienteilnehmer schätzten die Vielfalt der präsentierten Krankheitserlebnisse sowie die wissenschaftliche Begleitung der Website. Mithilfe der Filteroptionen suchten sie nach

Personen, die ihnen in Alter und Krankheitsdauer ähnlich waren und deren Krankheitsgeschichten ihnen Mut machten.

Diskussion und Fazit: (1) Weitere Forschung sollte Möglichkeiten, den Hausarzt in die Krebsversorgung zu integrieren, beleuchten und der Frage nachgehen, ob dies durch die Einbindung in formale Kooperationszusammenhänge möglich ist. (2) Im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung sollten psychosoziale Unterstützung und evidenzbasierte Therapieentscheidungen Hand in Hand gehen und von den beteiligten Ärzten gefördert werden. (3) Patientenerfahrungen stellen eine wichtige Ressource für den alltäglichen Umgang mit der Erkrankung für andere Patienten dar.

Background/Aims: This doctoral thesis aims to contribute to an understanding of physician cooperation in outpatient cancer care and the meaning of others' illness experiences for cancer patients. For this purpose: (1) Oncologists', urologists' and general practitioners' (GPs) perspectives on physician cooperation in outpatient cancer care are analyzed; (2) oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients are analyzed; (3) a website presenting illness experiences of prostate, breast and colorectal cancer patients is evaluated, and users' expectations and navigation of the website are analyzed.

Methods: (1) In an amplified secondary analysis of qualitative interview data, eighty-four transcripts from interviews with oncologists, urologists and general practitioners were combined in one MAXQDA data set and analyzed using thematic analysis. (2) In a qualitative study, we conducted guideline-based telephone interviews with 15 oncologists. Interviews were transcribed and analyzed in MAXQDA using thematic analysis. (3) In a mixed methods study, twenty-three prostate cancer patients, 20 breast cancer patients and 13 colorectal cancer patients were granted access to krankheitserfahrungen.de for two weeks. Their website activities were tracked and analyzed. Participants were also asked to fill in the eHealth Impact Questionnaire (eHIQ) and to participate in focus group discussions.

Results: (1) All participants regarded cooperation as a prerequisite for good cancer care. Oncologists and urologists mainly reported cooperating for tumor-specific treatment tasks, while GPs' reasoning for cooperation was more patient-centered. While oncologists and urologists reported experiencing reciprocal communication with other physicians, GPs had to gather the information they needed. Different from specialists GPs seldom reported engaging in formal cooperation structures such as tumor boards. (2) Oncologists situated GPs as persons of trust for patients in a rather amicable sphere of caring in contrast to their own sphere of evidence-based treatment-decisions. An overlapping of these spheres was seen as

both risky and promising. (3) Participants appreciated the diversity of the presented illness experiences and the academic leadership of krankheitserfahrungen.de. They used filter options to search for similar patients whose experiences reassured them.

Discussion and conclusion: (1) Further research should explore ways to integrate general practitioners in cancer care and evaluate if this can be reached by incorporating GPs in formal cooperation structures. (2) To reach patient-centered care psychosocial support and evidence-based tumor-treatment should go hand in hand. The fulfillment of both patient needs should be supported by the involved physicians. (3) Patient narratives as presented on krankheitserfahrungen.de are a helpful contribution to existing patient information.

1. Einführung: Ärztliche Zusammenarbeit und Patientenperspektive in der Krebsversorgung

In dieser Dissertation mit dem Titel „Cancer Care and Cancer Patients’ Experiences with Cancer“ soll die Versorgung von Krebspatienten unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: 1) der Perspektive an der Versorgung beteiligter Ärzte; und 2) dem Krankheitserleben von Krebspatienten.

Multidisziplinarität und Multiprofessionalität werden als Standard guter Krebsversorgung betrachtet [1–3]. Die ärztliche Zusammenarbeit im stationären Sektor ist meist formal in Tumorboards organisiert [4, 5]. Auch im ambulanten Sektor sind an der Versorgung von Krebspatienten Ärzte multipler Disziplinen beteiligt. Abhängig von der jeweiligen Erkrankung betreuen organspezifische Fachärzte und Onkologen Patienten von der Diagnose über die kurative Therapie bis hin zur Palliativversorgung [6]. Hausärzte verabreichen keine Tumortherapien, aber betreuen Krebspatienten unterstützend während der gesamten Erkrankung von Screening bis zu End-of-Life-Care [7].

Die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte untereinander und mit stationären Kollegen ist wichtig, um die Behandlungskontinuität zu wahren, Mehrfachuntersuchungen sowie Neben- und Wechselwirkungen zu verhindern, die bestmögliche Therapie für den einzelnen Patienten zu finden und ihn bei der Verarbeitung seiner Erkrankung zu unterstützen [8, 9]. Aufgrund von verträglicheren Therapien und steigenden Überlebensraten erhöht sich die Beteiligung niedergelassener Ärzte an Prävention, Behandlung und Nachsorge [10, 11]. Anders als im stationären Sektor gibt es für die Zusammenarbeit im ambulanten Sektor jedoch kein einheitliches Modell [9] und nur wenige Studien, die sich mit Praktiken und Vorstellungen von Zusammenarbeit unterschiedlicher Arztgruppen beschäftigt haben [12–14]. Hier schließt diese Dissertation an. Mithilfe qualitativer Methoden sollen die unterschiedlichen Perspektiven niedergelassener Arztgruppen auf die Zusammenarbeit in der Krebsversorgung herausgearbeitet und somit ein Beitrag zum Verständnis ärztlicher Zusammenarbeit im ambulanten Sektor geleistet werden.

Gleichermaßen soll in dieser Dissertation die Bedeutung von Krankheitserfahrungen anderer für Krebspatienten näher betrachtet werden. Das Leben mit Krebs als potentiell lebensbedrohliche Erkrankung und die Notwendigkeit einer teilweise langwierigen Behandlung bedeuten nicht nur physischen, sondern auch psychischen Stress [15]. Zur Krankheitsbewältigung wünschen sich Patienten und Angehörige neben medizinischen Informationen auch Berichte zu den sozialen Auswirkungen und Umgangsweisen in Familie,

Beruf und Freundeskreis [16–18]. Diese Suche nach Gesundheitsinformationen findet zunehmend auch online statt [19, 20]. Daher geht diese Dissertation der Frage nach, wie Krankheitserfahrungen im Internet nutzerfreundlich präsentiert werden können. Mithilfe einer Mixed-Methods-Studie wird hierzu eine Website mit Erfahrungen von Brust-, Prostata- und Darmkrebspatienten evaluiert.

1.1. Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten

In der Literatur werden eine klare Rollenverteilung, geteilte Ziele und eine Vorstellung vom Beitrag anderer Versorger als Voraussetzung guter Zusammenarbeit in der Krebsversorgung beschrieben [21]. Ärztliche Zusammenarbeit im stationären Setting ist über Kommunikationszusammenhänge wie Tumorboards organisiert und ist relativ breit beforscht [4, 5]. Über die ärztliche Zusammenarbeit im ambulanten Setting ist weniger bekannt. Vorhandene Studien lassen Onkologen und Hausärzte in Fragebögen die Zuständigkeit für bestimmte Aspekte der Krebsversorgung abstimmen [13, 14] oder beschäftigen sich mit der Sicht von Hausärzten auf die Zusammenarbeit. Diese Artikel stellen meist eine unzureichende Informationsübermittlung durch Fachärzte fest [22–25]. Auch im Projekt „Onkologie in der Hausarztpraxis“ (OHa) des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt war die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und die unzureichende Übermittlung von Informationen ein wiederkehrendes Thema [26]. Das Projekt „Interdisziplinäre Behandlung urologischer Tumore“ (IBuTu) der Stiftung Männergesundheit und des Instituts für Public Health der Charité-Universitätsmedizin Berlin beschäftigte sich mit der Zusammenarbeit von Urologen und Onkologen sowie diese Zusammenarbeit behindernden und begünstigenden Faktoren. Ein Ergebnis der Studie war, dass die Zusammenarbeit sowohl über formale als auch informelle Zusammenhänge praktiziert wurde [12]. In einer erweiterten Sekundäranalyse, die die qualitativen Interviewdaten beider Projekte kombiniert, sollen nun die Blickwinkel von Urologen, Onkologen und Hausärzten auf Zusammenarbeit herausgearbeitet, miteinander verglichen und kontrastiert werden. Die Kombination beider Datensätze und die Integration der Perspektive von drei Arztgruppen soll ermöglichen, ein gleichermaßen umfangreiches und spezifisches Verständnis von ärztlicher Zusammenarbeit in der ambulanten Krebsversorgung zu erlangen.

1.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen

Hausärzte übernehmen zahlreiche Aufgaben in der Krebsversorgung: Sie können an der Krebsprävention, Screening und Diagnosestellung, Blutabnahmen und der Behandlung von Nebenwirkungen während der Therapie, der Nachsorge und der Palliativversorgung beteiligt sein [7]. Patienten schätzen an Hausärzten vor allem deren psychosoziale Unterstützung und patientenzentrierte Kommunikation: Sie beraten sich mit ihrem Hausarzt in Hinblick auf Therapieentscheidungen und das Ende von Therapien [27–29], schätzen die Möglichkeit, Gespräche beim Onkologen nach zu besprechen [30] und „andere“ Fragen stellen zu können als beim Onkologen [29]. Sie fühlen sich als „ganze Person“ gesehen [29, 31] und emotional unterstützt [28, 30, 32–34]. In Surveys bewerteten Onkologen die Bedeutung und Fähigkeiten von Hausärzten in der Krebsversorgung geringer als Hausärzte oder Patienten dies tun, etwa in Hinblick auf die Nachsorge [13, 14]. Allerdings wurde hier kaum nach den von Patienten hervorgehobenen psychosozialen Tätigkeiten von Hausärzten gefragt. Um die Zusammenarbeit zwischen Onkologen und Hausärzten besser zu verstehen, muss die Perspektive von Onkologen auf die Rolle des Hausarztes in der Krebsversorgung und auf das Verhältnis von hausärztlichen und onkologischen Tätigkeiten betrachtet werden.

1.3. Erwartungen zu und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten

Das Internet ist eine häufig genutzte Ressource von Krebspatienten, um sich über ihre Krankheit zu informieren [19, 20]. Oftmals fokussieren Websites auf medizinische Aspekte von Krebs und Krebstherapien; viele Patienten und deren Angehörige wünschen sich allerdings breitere Informationen zu ihrer Krankheit, den psychosozialen Effekten und dem Einfluss der Krankheit auf das alltägliche Leben [35]. Die genauen Informationsbedürfnisse von Krebspatienten variieren abhängig von der Krebsart [36], soziodemographischen Faktoren [37] sowie Krankheitsstadium und Behandlungsphase [38], so dass sich selbst Patienten der gleichen Krebsart hier stark unterscheiden können. Um die Informationsbedürfnisse aller Patienten bestmöglich zu befriedigen sind deshalb möglichst unterschiedliche und individualisierte Informationen notwendig. Hier setzt das internationale Projekt „Database’ of Individual Patients’ Experiences“ (DIPEX) an, bei dem Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen mithilfe der Maximum-variation-Samplermethode individuelle Krankheitserfahrungen von Patienten sammeln und als Video-, Audio-, oder Textmitschnitt online stellen [39, 40]. Auf der deutschen Website finden sich neben chronischem Schmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Epilepsie, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und

Medizinischer Reha auch Module zu den drei häufigsten Krebserkrankungen: Brustkrebs bei Frauen, Prostatakrebs und Darmkrebs [41]. Es gibt zwei Möglichkeiten, die Inhalte der Krebsmodule abzurufen: Entweder über Themenseiten, die Krankheitserfahrungen unterschiedlicher Patienten zu einem spezifischen Thema wie „Leben mit Krebs“ bündeln, oder über Personenseiten, die die individuelle Krankheitsgeschichte einer Person darstellen. Durch eine Filteroption können Personenseiten z.B. nach „Alter zum Zeitpunkt der Diagnose“ und „Dauer der Krankheitserfahrung“ sortiert werden. In einer Evaluation sollen die Erwartungen der Nutzer an die Website sowie ihr tatsächliches Nutzungsverhalten analysiert werden.

2. Zielstellungen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein Verständnis über die ärztliche Zusammenarbeit in der ambulanten Krebsversorgung zu erlangen sowie der Bedeutung von Krankheitserfahrungen anderer Betroffener für Krebspatienten nachzugehen. Dazu wurden folgende Punkte untersucht:

- (1) In einer erweiterten Sekundäranalyse qualitativer Daten aus zwei Forschungsprojekten soll die Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten auf die ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung herausgearbeitet werden (Publikation 1).
- (2) In einer qualitativen Studie soll die Sicht von niedergelassenen Onkologen auf die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten tiefergehend untersucht werden (Publikation 2).
- (3) Unter der Anwendung von Mixed Methods (log-file-Analysen, Fragebogenerhebung, Fokusgruppendifkussionen) soll eine Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata- und Darmkrebs evaluiert werden: Die Erwartungen von Krebspatienten sowie die tatsächliche Nutzung der Website sollen untersucht werden (Publikation 3).

3. Methodik

Diese Dissertation basiert auf zwei qualitativen und einer Mixed-Methods-Studie. Die Auswahl qualitativer Methoden liegt im Frageinteresse dieser Arbeit begründet. So sollte in der Publikation 1 zugrundeliegenden Sekundäranalyse qualitativer Daten herausgearbeitet werden, was Onkologen, Urologen und Hausärzte überhaupt unter Zusammenarbeit verstehen, in welchen Kontexten sie Zusammenarbeit verorten und welche Überschneidungen oder Unterschiede im Sprechen über Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Arztgruppen bestehen. Für diese offene, nicht hypothesengeleitete Fragestellung ist ein qualitatives Studiendesign passend. Publikation 2 baut auf einer Feststellung aus Publikation 1 auf,

nämlich der Abwesenheit von Hausärzten im Sprechen der Onkologen und Urologen über Zusammenarbeit. Um die Perspektive von Onkologen auf den Hausarzt in der Krebsversorgung zu beforschen, wurden in einer qualitativen Interviewstudie mit offenen Fragen Onkologen nach der Rolle des Hausarztes befragt. In Publikation 3 schließlich interessierten die Erwartungen und tatsächliche Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen von Krebspatienten. Hier war ein qualitativer Teil notwendig, um Erwartungen, Nutzungsweisen und Schwierigkeiten, die bei der Konzeption der Website womöglich nicht bedacht wurden, zu erfragen. Diese Erkenntnisse wurden mit Fragebogendaten zur Webseite und logfile-Analyse der tatsächlichen Bewegungen der Nutzer auf der Website ergänzt.

Die Forschungsprojekte wurden am Institute of Public Health, Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt nach Qualitätskriterien der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. durchgeführt [42] und nach dem COREQ-Standard publiziert [43]. Die Datenerhebungen wurden von den lokalen Ethikkommissionen der Charité bzw. des Universitätsklinikums Frankfurt genehmigt. Alle Studienteilnehmer gaben ihre mündliche und schriftliche Einwilligung.

3.1. [Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten](#)

In einer erweiterten Sekundäranalyse [44] wurden qualitative Interviewdaten aus den beiden voneinander unabhängigen Projekten IBuTu-Interdisziplinäre Behandlung urologischer Tumore [12], verortet an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, und OHa-Onkologie in der Hausarztpraxis [26, 45, 46], verortet am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt, zusammengeführt und gemeinsam neu ausgewertet. Aus beiden Projekten wurden diejenigen Interviews ausgewählt, in denen über ärztliche Zusammenarbeit gesprochen wurde und diese in einer MAXQDA-Datei zusammengeführt. Aus IBuTu wurden die pseudonymisierten Transkripte aller 21 face-to-face-Interviews mit Urologen und aller 21 face-to-face Interviews mit Onkologen zu interdisziplinärer Zusammenarbeit in den Datenkorpus integriert. Aus OHa wurden alle 42 pseudonymisierten Transkripte der Interviewserien zur allgemeine Rolle von Hausärzten bei der Betreuung von Krebspatienten, Multimorbidität und Komplementärmedizin sowie Patientenmanagement und Patientenwege integriert, da in diesen Gesprächen Zusammenarbeit mit Fachärzten eine Rolle spielte. Der Fokus der leitfadenbasierten IBuTu-Interviews lag auf der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten sowie auf den die Zusammenarbeit behindernden oder unterstützenden Faktoren. Die

OHa-Interviews orientierten sich an einem Leitfaden mit Fragen zu der generellen Rolle des Hausarztes in der Krebsversorgung, Komplementärmedizin, komorbiden Krebspatienten und Patientenpfaden. In einem ersten deduktiven Schritt wurden alle Segmente markiert, die Antwort auf die folgenden Fragen gaben: „Warum kooperieren Ärzte?“ und „Wie kooperieren Ärzte?“. In einem zweiten induktiven Schritt wurde auf Grundlage der ausgewählten Segmente mit thematischer Analyse [47] ein umfassendes Codesystem erstellt. Um die Plausibilität des Codesystems und die Vergleichbarkeit der codierten Segmente zu gewährleisten, wurden Codesystem und codierte Segmente regelmäßig in einer qualitativen Arbeitsgruppe an der Charité sowie mit an den Primärprojekten beteiligten Wissenschaftlerinnen diskutiert.

3.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen

Für diese qualitative Studie wurden mithilfe des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Onkologen (WINHO) niedergelassene Onkologen per Email rekrutiert und telefonisch interviewt. Grundlage der Interviews war ein Leitfaden mit offenen Fragen nach den von Hausärzten übernommenen Aufgaben in der Krebsversorgung, der Sinnhaftigkeit dieser Übernahme, der Kommunikation zwischen Onkologen und Hausärzten und der Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten. Die Rekrutierung wurde nach dem Prinzip der Sättigung solange fortgesetzt, bis in den Interviews keine neuen Aspekte mehr genannt wurden [42]. Dies war nach 15 Interviews der Fall. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und pseudonymisiert. Die Transkripte wurden, unterstützt durch die QDA-Software MAXQDA, induktiv mit thematischer Analyse [47] ausgewertet. Um die Plausibilität des Codesystems und die Vergleichbarkeit des Codierungsprozesses zu gewährleisten, waren mehrere Wissenschaftlerinnen an der Analyse der Daten beteiligt und diskutierten Codesystem und codierte Segmente. Das Konzept des Hausarztes als Vertrauensperson des Patienten war in den Daten besonders prominent. In einem zweiten Schritt wurden deshalb aus dem Codesystem diejenigen Codes ausgewählt, in denen über die Bedeutung des Hausarztes für Krebspatienten gesprochen wurde und diese einer tiefergehenden Analyse unterzogen [47].

3.3. Erwartungen und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten

In dieser Mixed-Methods-Studie wurden logfile-Analysen, Fragebogendaten, Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews zur Evaluation der Krebsmodule auf der

Website krankheitserfahrungen.de analysiert. Brust-, Prostata- und Darmkrebspatienten wurden über Selbsthilfegruppen und Aushänge in ambulanten Krebstherapiezentren rekrutiert. Ziel war ein möglichst diverses Sample in Hinblick auf Alter und Dauer der Krankheitserfahrung. Basierend auf Erfahrungen anderer qualitativer Studien zur Websitenevaluation [48] wurden ein Sample von insgesamt 60 Personen, 20 Personen je Krebsart, angestrebt. Studienteilnehmer erhielten zwei Wochen Zugriff auf die noch nicht öffentlich zugängliche Website ihrer Erkrankung.

Ihre Aktivitäten auf der Website wurden anhand der auf dem Webserver gespeicherten log Informationen in eine MySQL Datenbank ausgelesen und in Excel analysiert. Die kumulativen logfile-Daten wurden einzeln für jede Krebsart mit Hinblick auf die Häufigkeit der Klicks auf Themen- und Personenseiten und die Häufigkeit der Nutzung von Filteroptionen ausgewertet.

Nach der zweiwöchigen Testphase wurden die Studienteilnehmer gebeten, die deutsche Version des e-Health Impact Questionnaire (eHIQ) [49] auszufüllen. Die Teilnehmer wurden gebeten, auf einer fünfstufigen Skala ihre Zustimmung zu 11 allgemeinen Aussagen zu Gesundheitsinformationen im Internet und 26 spezifischen Aussagen zu krankheitserfahrungen.de anzugeben. Die Daten wurden in SPSS eingelesen und für jede Krebsart einzeln sowie für das gesamte Sample deskriptiv ausgewertet.

Nach Ausfüllen des Fragebogens nahmen die Studienteilnehmer an Fokusgruppendifkussionen mit anderen an der gleichen Krebsart erkrankten Patienten teil. Sie wurden gebeten, ihre Erfahrungen mit der Website zu schildern, und nach Verbesserungsvorschlägen gefragt. Zwei Patientinnen aus der Brustkrebsgruppe und eine Patientin aus der Darmkrebsgruppe konnten an den Fokusgruppen nicht teilnehmen und wurden einzelinterviewt. Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews wurden auditiv aufgezeichnet. Die Audiotapes wurden sorgsam angehört und wiederkehrende Diskussionspunkte zum Bereich Websitenavigation und Wahrnehmung der Website ermittelt. Die entsprechenden Stellen wurden transkribiert und es wurde ein Protokoll je Krebsart erstellt.

4. Ergebnisse

4.1. Ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung aus Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten

19 der der 42 interviewten Hausärzte, 2 der 21 interviewten Urologen und keiner der Onkologen waren weiblich. Im Durchschnitt arbeiteten die interviewten Hausärzte seit $15,2 \pm$

9,8 Jahren in ihrer eigenen Praxis, die Urologen seit $13,6 \pm 8,7$ Jahren und 19 der interviewten Onkologen seit $10,5 \pm 6,5$ Jahren; 2 der Onkologen arbeiteten in einer Klinik.

Ärzte aller interviewten Arztgruppen betrachteten Kooperation als Voraussetzung guter Krebsversorgung. Allerdings unterschieden sich Onkologen, Urologen und Hausärzte in ihren Vorstellungen, was „gute Krebsversorgung“ bedeutet und somit auch in den Vorstellungen davon, mit welchem Ziel Ärzte kooperieren sollten. Im Fokus von Onkologen und Urologen stand der Austausch von Expertenwissen um die bestmögliche Tumorthherapie zu erzielen, wohingegen Hausärzte stärker auf die Begleitumstände von Krankheit und Therapien abzielten und Patienten etwa durch die wohnortnahe Blutentnahme in der HA-Praxis entlasten wollten.

Kommunikation wurde von Mitgliedern allen Arztgruppen als die zentrale Komponente von Kooperation genannt. Onkologen und Urologen berichteten hier von der gemeinsamen Diskussion von Patienten, der gemeinsamen Entscheidung über Behandlungspläne sowie Absprachen darüber, wer welchen Therapieschritt durchführen soll. Ein Großteil der interviewten Onkologen und Urologen erhielt zudem verlässlich und zeitnah Informationen zum Patienten vom jeweils anderen Arzt. Hausärzte hingegen erzählten, selten in Therapieentscheidungen eingebunden zu werden und beschrieben sich als „Erfüllungsgehilfen“ von Krankenhäusern und niedergelassenen Spezialisten. Viele Hausärzte berichteten zudem, notwendige Informationen zum Patienten gar nicht oder nicht zeitnah zu erhalten und diese selbstständig nachfordern zu müssen.

Alle Arztgruppen sprachen (in unterschiedlichem Maße) über formale Strukturen wie Tumorboards sowie über informelle Wege wie Telefonanrufe, mit deren Hilfe sie Zusammenarbeit praktizieren. Niedergelassene Onkologen und Urologen berichteten, häufig an Tumorboards in Kliniken teilzunehmen und diese zu nutzen um Beziehungen zu anderen Ärzten aufzubauen und zu pflegen. Die in der Struktur des Tumorboards praktizierte Zusammenarbeit wurde dann auch in informelle Zusammenhänge wie Absprachen und Fallbesprechungen am Telefon übertragen. Hausärzte hingegen berichteten selten über die Teilnahme an Tumorboards und fühlten sich auch in informelle Kooperationszusammenhänge wenig integriert.

4.2. Die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten aus Sicht von niedergelassenen Onkologen

Das Sample bestand aus drei Onkologinnen und 12 Onkologen mit einer medianen Arbeitserfahrung von 23 Jahren, die alle in Gruppenpraxen in unterschiedlichen Teilen Deutschlands arbeiteten.

Der Begriff „Vertrauensperson“ zur Beschreibung der hausärztlichen Rolle in der Krebsversorgung wurde von zahlreichen Onkologen eingeführt und der Rolle des Onkologen als Spezialisten entgegengesetzt. Den besonderen Status als Vertrauensperson des Patienten erklärten die Interviewten mit hausärztlichem Wissen zu Krankengeschichte und Familiensituation der Patienten sowie der langjährigen Betreuungssituation. Als Vertrauensperson wurden Hausärzte in einer eher freundschaftlichen Sphäre des „Kümmerns“ verortet und von der onkologischen Sphäre der evidenzbasierten Therapieentscheidungen abgegrenzt.

Mit der Rolle des Hausarztes als Vertrauensperson des Patienten wurden von den interviewten Onkologen und Onkologinnen Potentiale und Risiken verknüpft. Als Potential wurde zum einen die Fähigkeit des Hausarztes, ängstliche Patienten zu beruhigen und psychosoziale Probleme zu behandeln, genannt. Zum anderen könne der Hausarzt als Vertrauensperson dem Patienten Therapieentscheidungen des Onkologen erklären und für Akzeptanz derselben werben. In diesen Interviewsegmenten werden Hausarzt und Onkologe in der Krebsversorgung als sich positiv ergänzend beschrieben. Als mögliches Risiko der besonderen Bedeutung des Hausarztes für Patienten wurde die Weitergabe veralteter Informationen und das Infrage stellen onkologischer Therapieentscheidungen genannt, was die Beziehung zwischen Onkologe und Patient belasten könne. Hier wurde der Hausarzt in der Krebsversorgung als eher störend empfunden.

4.3. Erwartungen und Nutzung einer Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata-, und Darmkrebs von Krebspatienten

Das Sample bestand aus 23 Prostatakrebspatienten, 20 Brustkrebspatienten und 13 Darmkrebspatienten im Alter von 32-79 Jahren und einer Krankheitserfahrung von wenigen Monaten bis über 20 Jahren. Aus technischen Gründen waren die logfile-Daten der Darmkrebspatienten unvollständig und konnten deshalb in einigen Fällen nicht in die Analyse einbezogen werden.

Vierundachtzig Prozent aller Studienteilnehmer bewerteten die Ratschläge, die auf krankheitserfahrungen.de gegeben werden, als nützlich und 92% fanden, die Website biete eine große Bandbreite an Informationen. Insgesamt wurde von Studienteilnehmern aller

Patientengruppen häufiger auf Personenseiten als auf Themenseiten zugegriffen und die Filterfunktion der Website genutzt, um Personen mit spezifischen Charakteristika zu finden. Sowohl Brust- als auch Prostatakrebspatienten filterten am häufigsten nach Alter, wobei Prostatakrebspatienten am häufigsten nach Personen über 50 und Brustkrebspatientinnen am häufigsten nach Personen unter 50 suchten. Die von Brust- und Darmkrebspatienten am häufigsten genutzte Themenseite beschäftigte sich mit „Leben mit Krebs“; bei Prostatakrebspatienten war die Themenseite „Diagnose“ am beliebtesten.

Die Analyse der Fokusgruppendifkussionen ergab, dass Studienteilnehmer aller Krebsarten gezielt nach Personen in einer ähnlichen Situation und mit ähnlichen Charakteristika wie sie selbst suchten. Die Erfahrungen und Entscheidungen dieser ihnen ähnlichen Patienten wurden als besonders hilfreich, übertragbar und Mut machend beschrieben. Ähnliche Patienten wurden von Teilnehmern der Darmkrebs- und Prostatakrebsgruppe vor allem über die Filteroptionen gesucht, wobei sich Prostatakrebspatienten eine zusätzliche Filteroption nach PSA und Gleason Scores wünschten. Teilnehmer aus der Brustkrebsgruppe suchten ähnliche Patientinnen auch über die Themenseiten. Teilnehmer aller Gruppen schätzten, dass krankheitserfahrungen.de mit wissenschaftlichen Standards erstellt wurde, und grenzten die Website von anderen „unseriösen“ Webformaten wie Internetforen ab. Die Informationen in Foren seien oft einseitig, wohingegen auf krankheitserfahrungen.de vielfältige Personen und Möglichkeiten, mit einer Krebserkrankung umzugehen, präsentiert würden. Dies gab den Teilnehmern Zuversicht, ebenfalls ihren eigenen Weg der Krankheitsbewältigung zu finden. Studienteilnehmer formulierten entweder eine Präferenz für Videobotschaften oder für das Lesen von Text, wohingegen Audiobotschaften generell selten genutzt wurden. Text lasse sich schneller aufnehmen als eine Videobotschaft, argumentierten diejenigen, die Text bevorzugten. Der Vorzug von Videobotschaften wurde mit der größeren Emotionalität und einem umfangreicheren Kennenlernen und Erfahren der erzählenden Person begründet. Einige Teilnehmer erlebten diese durch Videobotschaften evozierte Nähe allerdings als überfordernd.

5. Diskussion

5.1. Gemeinsame Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Dissertation wurde ein Beitrag zum Verständnis der ärztlichen Zusammenarbeit in der ambulanten Krebsversorgung sowie der Bedeutung von Krankheitserfahrungen anderer Betroffener für Krebspatienten geleistet: Hierzu wurde 1) in einer Sekundäranalyse qualitativer Daten die Sicht von niedergelassenen Onkologen, Urologen und Hausärzten auf die ärztliche Zusammenarbeit in der Krebsversorgung

herausgearbeitet; 2) in einer qualitativen Studie die Sicht von niedergelassenen Onkologen auf die Bedeutung von Hausärzten für Krebspatienten genauer untersucht; und 3) unter der Anwendung von Mixed Methods eine Website mit Krankheitserfahrungen zu Brust-, Prostata- und Darmkrebs evaluiert.

In der ersten Publikation wurde deutlich, dass niedergelassene Onkologen, Urologen und Hausärzte gleichermaßen Kooperation als Voraussetzung guter Krebsversorgung betrachten. Allerdings fokussierten Onkologen und Urologen dabei auf die bestmögliche Tumortherapie, wohingegen Hausärzte durch Zusammenarbeit mit anderen Ärzten den Patienten die Begleitumstände der Krebserkrankung erleichtern wollten. Urologen und Onkologen berichteten von gemeinsamen Fallbesprechungen und Absprachen, wohingegen HÄ sich eher als „Erfüllungsgehilfen“ der Spezialisten beschrieben und Informationen zu ihren Patienten einfordern mussten. Es ist anzunehmen, dass Onkologen und Urologen häufiger als Hausärzte von gelungener Zusammenarbeit berichten, da sie den gemeinsamen Fokus auf die Tumortherapie teilen. Die begleitenden Aufgaben des Hausarztes [7] fallen unter Umständen aus Sicht der Spezialisten nicht in die Kategorie „Krebsversorgung“, und der Hausarzt wird somit seltener integriert. Das geteilte Verständnis von Krebsversorgung und den Aufgaben des anderen entwickelte sich bei Urologen und Onkologen durch die Zusammenarbeit in formalen Kooperationszusammenhängen wie Tumorboards; die so etablierten Beziehungen konnten sie dann auch informell weiter nutzen. Übertragen könnte dies bedeuten, dass das Zusammentreffen mit Hausärzten den Blick von organspezifischen Fachärzten und Onkologen für den hausärztlichen Anteil an der Krebsversorgung schärfen und somit auch zu einer stärkeren informellen Integration von Hausärzten führen könnte. Allerdings ist fraglich, ob dies wie bei Urologen und Onkologen im Rahmen von Tumorboards geschehen kann. Es gibt kaum Literatur zur Prävalenz der Teilnahme von Hausärzten an Tumorboardmeetings, der Durchführbarkeit oder begünstigenden und hindernden Faktoren [2, 50, 51]. Um die Informationsweitergabe zwischen Spezialisten und Hausärzten zu fördern, scheinen standardisierte Berichte von Tumorboardmeetings [52] und Chemotherapieregimen [53] sowie Patientenausweise [54] hilfreich.

Als zweites Ergebnis der vorliegenden Dissertation konnte in Publikation 2 gezeigt werden, dass die interviewten Onkologen den Hausarzt als Vertrauensperson des Patienten beschreiben, der aufgrund der langwierigen Beziehung zum Patienten eine besondere Bedeutung für diesen hat und bei Fragen zur Lebensplanung und Krankheitsängsten herangezogen wird. Als Ansprechpartner für psychosoziale Belange wurde der Hausarzt allerdings in einer freundschaftlichen Sphäre des Kümmerns verortet und von der

onkologischen Sphäre der evidenzbasierten Therapieentscheidungen abgegrenzt. Die in Publikation 2 herausgearbeitete Aufteilung in eine Sphäre der evidenzbasierten Therapieentscheidungen und eine Sphäre des Kümmerns erklärt unter Umständen, weshalb Onkologen in einigen Surveys die hausärztliche Beteiligung zum Beispiel an der Nachsorge deutlich geringer einschätzen als Hausärzte [13, 55]. Wird die Rolle des Hausarztes in der Krebsversorgung auf die Aufgabe des „Kümmerns“ beschränkt und dieses nicht als Teil der eigentlichen Krebsversorgung verstanden, erscheint der Hausarzt als unbeteiligt. Ein Survey unter 256 Krebspatienten unter Chemotherapie deutet allerdings darauf hin, dass Patienten, die vom Hausarzt übernommenen Aufgaben als bedeutsamen Teil der Krebstherapie bewerten [56]: Zwar beschrieben nur 32% der Patienten ihren Hausarzt als fähig, medizinische Aspekte der Krebstherapie zu übernehmen; immerhin 58% betrachteten ihn aber als Teil ihrer Krebstherapie und 75% der Befragten war eine Beteiligung des Hausarztes wichtig [56]. Auch zahlreiche andere Studien belegen, dass Patienten die vom Hausarzt übernommenen psychosozialen Versorgungsaufgaben wert schätzen und diese aus Sicht der Patienten ein wichtiger Teil der Krebsversorgung sind [28–34]. Die Überlappung der hausärztlichen Sphäre des Kümmerns mit der onkologischen Sphäre der Therapieentscheidungen wurde von den interviewten Onkologen unterschiedlich diskutiert. Die wahrgenommenen Möglichkeiten wie das Erklären und Werben um Akzeptanz der Therapieentscheidung des Onkologen verweist auf den Wunsch, der Hausarzt möge als Mediator zwischen Onkologe und Patient fungieren, der auch auf Patientenseite besteht [29]. Wahrgenommene Risiken wie eine Belastung der Onkologen-Patientenbeziehung durch falsche Informationen zur Tumortherapie verweisen unter Umständen auf einen zusätzlichen Fortbildungsbedarf bei Hausärzten. Sie verweisen aber auch auf den hausärztlichen Bedarf an zusätzlichen Informationen zur Tumortherapie [25, 57], um Gespräche mit Krebspatienten fundierter führen zu können. Im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung ist zu hoffen, dass in zukünftigen Diskussionen über die Zusammenarbeit von Onkologen und Hausärzten der Fokus auf die Möglichkeiten, die eine Einbeziehung des Hausarztes eröffnet, gelegt wird. Denn letztendlich ist es der gleiche Krebspatient, der den Bedarf nach psychosozialer Unterstützung und evidenzbasierter Tumortherapie in sich vereint, auch wenn diese Aufgaben als unabhängig voneinander und auf unterschiedliche Ärzte verteilt betrachtet werden.

Die Bedeutung psychosozialer Aspekte einer Krebserkrankung für Patienten wurde auch in der dritten Publikation dieser Dissertation, der Evaluation einer Website mit Krankheitserfahrungen, deutlich. Die Studienteilnehmer schätzten die Vielfalt der präsentierten Krankheitserlebnisse und suchten mithilfe der Filteroptionen nach Personen, die

ihnen ähneln und deren Krankheitsgeschichten und Bewältigungsstrategien ihnen Mut machen. Die hohe Anzahl von Zugriffen auf das Thema „Leben mit Krebs“ verweist zudem auf das Interesse an Informationen, die auf Alltagserfahrungen mit Krebs Bezug nehmen und Patienten helfen, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren. Die positiven Effekte des Zugänglichmachens der Erfahrungen anderer Betroffener wurde auch in anderen Studien gezeigt: Krebspatienten fühlten sich durch online Peer Support ermutigt [58, 59], berichteten über eine höhere Lebensqualität [60, 61] und fühlten sich besser informiert [58, 60]. Videos und Tonmitschnitte als Vermittlungsformate erweckten bei den Studienteilnehmern ein Gefühl von Nähe und Authentizität; dieser Effekt wurde auch in anderen Studien zu Videonarrativen berichtet [62–66]. Gleichzeitig war den Studienteilnehmern aber auch die wissenschaftliche Begleitung der Website wichtig. Diese Begleitung förderte das Vertrauen in die Richtigkeit und Ausgewogenheit der bereitgestellten Informationen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer internationalen Studie, in der ein Großteil der befragten Krebspatienten angaben, dass sie Gesundheitsinformationen im Internet stärker vertrauen, wenn sie von einer anerkannten Organisation bereitgestellt werden [67].

Betrachtet man die drei Publikationen dieser Dissertation gemeinsam, so werden die unterschiedlichen Facetten der Behandlung einer Krebserkrankung sichtbar: Zum einen gibt es medizinische Aspekte wie die Tumorthherapie oder das Nebenwirkungsmanagement. Zum anderen gibt es psychosoziale Aspekte wie das Leben mit Krebs und den Umgang mit Ängsten und Einschränkungen in der Familie und im sozialen Umfeld. Eine Leistung der vorliegenden Dissertation ist es zu zeigen, wie Krebsversorgung von Ärzten und Patienten gedacht wird, welche Schwerpunkte sie setzen und wie die Beziehung psychosozialer und medizinischer Aspekte in der Krebsversorgung verhandelt wird.

5.2. Stärken und Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse von Publikation 1 und 2 sollte bedacht werden, dass diese auf Interviewdaten basieren. Die beiden Studien sagen uns demnach nichts über die tatsächliche Kontaktfrequenz von Urologen, Onkologen und Hausärzten, wohl aber über die Einschätzung der Zusammenarbeit und der Rolle des anderen.

Hier ist das Mixed-Methods-Design von Publikation 3 umfassender. Durch die Kombination von Fokusgruppeninterviews mit Fragebogendaten und logfile-Analysen, die die Bewegungen der Studienteilnehmer auf der Homepage wiedergeben, kann hier eine Datentriangulation [68] erfolgen: Das Sprechen über Erfahrungen und Nutzungsweisen kann so mit der quantitativen

Bewertung der Website, aber vor allem mit der tatsächlichen Nutzung der Website abgeglichen werden.

Weiterhin ist bei Publikation 3 vor allem das Sampling zu diskutieren. Die geplante Fallzahl von 20 Patienten je Krebsentität konnte für die Darmkrebsgruppe nicht erreicht werden. Die Rekrutierung von Studienteilnehmern musste hier in kurzer Zeit geschehen, da die Evaluation vor dem Start einer randomisierten kontrollierten Studie zum Effekt der Webseite durchgeführt werden sollte [69]. Aufgrund von Problemen bei der Datensicherung konnten zudem in einigen Fällen keine logfile-Daten der Darmkrebsgruppe in die Analyse einbezogen werden. Fokusgruppengespräche und eHIQ-Daten waren aber für alle Gruppen komplett. Das wichtigste Ziel der Zusammenstellung des Studiensamples wurde erreicht: Eine möglichst diverse Gruppe in Hinblick auf Krebsart, Alter, und Dauer der Krankheitserfahrung. Dieses diverse Sample ermöglichte es, die Website für eine breite potentielle Nutzergruppe zu evaluieren.

In Hinblick auf die erweiterte Sekundäranalyse qualitativer Daten in Publikation 1 ist wie bei jeder Sekundäranalyse und insbesondere Sekundäranalysen, für die Daten aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt werden, die Datenpassung zu diskutieren [70]. Ein mögliches Problem bei qualitativen Sekundäranalysen kann die unterschiedliche Fragestellung der Primärprojekte und der dadurch unterschiedliche Inhalt des Interviewmaterials sein. Umso wichtiger ist hier die Entwicklung eines umfassenden Codesystems, das sensitiv für die Daten aus beiden Projekten ist. Ein solches Codesystem wurde für die Auswertungen in Publikation 1 entwickelt. Nach einem ersten deduktiven Schritt wurde das Codesystem induktiv aus den Interviewdaten beider Projekte entwickelt. Somit wurden nicht Annahmen aus einem Projekt dem anderen „übergestülpt“ und an diesem getestet, sondern beide Projekte gleichermaßen in die Entwicklung des Analyseinstruments integriert.

Literaturverzeichnis

1. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, Griffith C, Trevatt P, Richards M, Ramirez AJ. Multidisciplinary team working in cancer: What is the evidence? *BMJ* 2010; 340(7749): c951.
2. Taplin SH, Weaver S, Salas E, Chollette V, Edwards HM, Bruinooge SS, Kosty MP. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract* 2015; 11(3): 239–46.
3. Prades J, Remue E, van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy* 2015; 119(4): 464–74.
4. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JSA, Sevdalis N. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann. Surg. Oncol.* 2011; 18(8): 2116–25.
5. Lamb BW, Green JSA, Benn J, Brown KF, Vincent CA, Sevdalis N. Improving decision making in multidisciplinary tumor boards: prospective longitudinal evaluation of a multicomponent intervention for 1,421 patients. *J. Am. Coll. Surg.* 2013; 217(3): 412–20.
6. Popescu RA, Schäfer R, Califano R, Eckert R, Coleman R, Douillard J-Y, Cervantes A, Casali PG, Sessa C, van Cutsem E, Vries E de, Pavlidis N, Fumasoli K, Wörmann B, Samonigg H, Cascinu S, Cruz Hernández JJ, Howard AJ, Ciardiello F, Stahel RA, Piccart M. The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: A position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO). *Ann Oncol* 2014; 25(1): 9–15.
7. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J, Fahey T, Grassi L, Grunfeld E, Gupta S, Hamilton W, Hiom S, Hunter D, Lyratzopoulos G, Macleod U, Mason R, Mitchell G, Neal RD, Peake M, Roland M, Seifert B, Sisler J, Sussman J, Taplin S, Vedsted P, Voruganti T, Walter F, Wardle J, Watson E, Weller D, Wender R, Whelan J, Whitlock J, Wilkinson C, Wit N de, Zimmermann C. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol.* 2015; 16(12): 1231–72.
8. Taplin SH, Clauser S, Rodgers AB, Breslau E, Rayson D. Interfaces across the cancer continuum offer opportunities to improve the process of care. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs* 2010; 2010(40): 104–10.
9. Taplin SH, Rodgers AB. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs* 2010; 2010(40): 3–10.
10. Kenyon M, Mayer DK, Owens AK. Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43(3): 382–98.
11. Evans JM, Qiu M, MacKinnon M, Green E, Peterson K, Kaizer L. A multi-method review of home-based chemotherapy. *Eur J Cancer Care* 2016; 25(5): 883–902.
12. Beermann S, Chakkalakal D, Muckelbauer R, Weißbach L, Holmberg C. “We talk it over” – mixed-method study of interdisciplinary collaborations in private practice among urologists and oncologists in Germany. *BMC Cancer* 2014; 14: 746.
13. Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, Cook EF, Earle CC. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. *J Clin Oncol* 2009; 27(15): 2489–95.
14. Potosky AL, Han PKJ, Rowland J, Klabunde CN, Smith T, Aziz N, Earle C, Ayanian JZ, Ganz PA, Stefanek M. Differences between primary care physicians’ and oncologists’ knowledge, attitudes and practices regarding the care of cancer survivors. *J Gen Intern Med* 2011; 26(12): 1403–10.

15. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11: CD007064.
16. Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2009; 77(2): 179–86.
17. Rozmovits L, Ziebland S. What do patients with prostate or breast cancer want from an Internet site? A qualitative study of information needs. *Patient Educ Couns* 2004; 53(1): 57–64.
18. Hawkins NA, Pollack LA, Leadbetter S, Steele WR, Carroll J, Dolan JG, Ryan EP, Ryan JL, Morrow GR. Informational Needs of Patients and Perceived Adequacy of Information Available Before and After Treatment of Cancer. *J Psychosoc Oncol* 2008; 26(2): 1–16.
19. Hesse BW, Arora NK, Burke Beckjord E, Finney Rutten LJ. Information support for cancer survivors. *Cancer* 2008; 112(S11): 2529–40.
20. Gaisser A, Stamatiadis-Smidt H. Die Bedeutung von Information für Krebspatienten und Erfahrungen aus der Arbeit des Krebsinformationsdienstes in Heidelberg. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004; 47(10): 957–68.
21. Taplin SH, Weaver S, Chollette V, Marks LB, Jacobs A, Schiff G, Stricker CT, Bruinooge SS, Salas E. Teams and teamwork during a cancer diagnosis: Interdependency within and between teams. *J Oncol Pract* 2015; 11(3): 231–8.
22. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med* 2000; 15(9): 626–31.
23. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford RAF. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J of Cancer Care* 2005; 14(4): 359–66.
24. Shen MJ, Binz-Scharf M, D'Agostino T, Blakeney N, Weiss E, Michaels M, Patel S, McKee MD, Bylund CL. A mixed-methods examination of communication between oncologists and primary care providers among primary care physicians in underserved communities. *Cancer* 2015; 121(6): 908–15.
25. Lizama N, Johnson CE, Ghosh M, Garg N, Emery JD, Saunders C. Keeping primary care “in the loop”: General practitioners want better communication with specialists and hospitals when caring for people diagnosed with cancer. *Asia Pac J Clin Oncol* 2015; 11(2): 152–9.
26. Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer A. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Fam Pract* 2014; 31(2): 209–14.
27. Kendall M, Boyd K, Campbell C, Cormie P, Fife S, Thomas K, Weller D, Murray SA. How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Fam Pract* 2006; 23(6): 644–50.
28. Coindard G, Barriere J, Vega A, Patrikidou A, Saldanha-Gomes C, Arnould P, Combessie P, Ourabah R. What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study. *Eur J Gen Pract* 2016; 22(2): 96–102.
29. Halkett GKB, Jiwa M, Lobb EA. Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis. *Eur J of Cancer Care* 2015; 24(5): 662–72.
30. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, Leduc Y, Bergeron R, Reinharz D, Morin D. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med* 2010; 8(6): 526–32.

31. Dalsted RJ, Guassora AD, Thorsen T. Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment. *Dan Med Bull* 2011; 58(1): A4222.
32. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2001; 47: 2009-16.
33. Bulsara C, Ward AM, Joske D. Patient perceptions of the GP role in cancer management. *Aust Fam Physician* 2005; 34(4): 299.
34. Mao JJ, Bowman MA, Stricker CT, DeMichele A, Jacobs L, Chan D, Armstrong K. Delivery of survivorship care by primary care physicians: the perspective of breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2009; 27(6): 933-8.
35. Warren E, Footman K, Tinelli M, McKee M, Knai C. Do cancer-specific websites meet patients' information needs? *Patient Educ Couns* 2014; 95(1): 126-36.
36. Nagler RH, Gray SW, Romantan A, Kelly BJ, DeMichele A, Armstrong K, Schwartz JS, Hornik RC. Differences in information seeking among breast, prostate, and colorectal cancer patients: Results from a population-based survey. *Patient Educ Couns* 2010; 81 (Suppl): S54-62.
37. Mistry A, Wilson S, Priestman T, Damery S, Haque M. How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. *JRSM Short Rep* 2010; 1(4): 30.
38. Rutten LJF, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: A systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns* 2005; 57(3): 250-61.
39. DIPEXinternational. <http://www.dipexinternational.org> (Accessed December 6, 2017).
40. Ziebland S, Herxheimer A. How patients' experiences contribute to decision making: Illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *J Nurs Manag* 2008; 16(4): 433-9.
41. Arbeitsgruppe krankheitserfahrungen.de. <https://www.krankheitserfahrungen.de/> (Accessed December 6, 2017).
42. Stamer M, Güthlin C, Holmberg C, Karbach U, Patzelt C, Meyer T. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. *Gesundheitswesen* 2015; 77(12): 966-75.
43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(6): 349-57.
44. Heaton J. Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview. *Historical Social Research* 2008; 33(3): 33-45.
45. Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C. Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2013; 21(12): 3293-300.
46. Dahlhaus A, Behrend J, Herrler C, Siebenhofer A, Kojima E, Gerlach FM, Güthlin C. Abwägungssache: der hausärztliche Umgang mit gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2013; 89(6): 267-71.
47. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2): 77-101.
48. Newman MA, Ziebland S, Barker KL. Patients' views of a multimedia resource featuring experiences of rheumatoid arthritis: Pilot evaluation of www.healthtalkonline.org. *Health Informatics J* 2009; 15(2): 147-59.
49. Kelly L, Jenkinson C, Ziebland S. Measuring the effects of online health information for patients: Item generation for an e-health impact questionnaire. *Patient Educ Couns* 2013; 93(3): 433-8.

50. Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 377.
51. Hong NJL, Wright FC, Gagliardi AR, Brown P, Dobrow MJ. Multidisciplinary cancer conferences: exploring the attitudes of cancer care providers and administrators. *J Interprof Care* 2009; 23(6): 599–610.
52. Penel N, Valentin F, Giscard S, Vanseymortier L, Beuscart R. General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. *Bull Cancer* 2007; 94(10): E23-E26.
53. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, Schofield P. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2008; 26(14): 2272–7.
54. Baudendistel I, Winkler EC, Kamradt M, Brophy S, Langst G, Eckrich F, Heinze O, Bergh B, Szecsenyi J, Ose D. Cross-sectoral cancer care: views from patients and health care professionals regarding a personal electronic health record. *Eur J of Cancer Care* 2017; 26(2): e12429.
55. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, Leduc Y, Bergeron R, Reinharz D, Morin D. Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *J Gen Intern Med* 2012; 27(1): 8–15.
56. Ben-Ami E, Merom H, Sikron F, Livneh J, Sadetzki S, Wolf I. Involvement of the family physician in the care of chemotherapy-treated patients with cancer: patients' perspectives. *J Oncol Pract* 2014; 10(5): 298–305.
57. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. “When patients have cancer, they stop seeing me”--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 19.
58. Shaw BR, McTavish F, Hawkins R, Gustafson DH, Pingree S. Experiences of women with breast cancer: Exchanging social support over the CHESS computer network. *J Health Commun* 2000; 5(2): 135–59.
59. Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, Dev P, Taylor CB. Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer* 2003; 97(5): 1164–73.
60. van Uden-Kraan CF, Drossaert CHC, Taal E, Seydel ER, van de Laar MAFJ. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Educ Couns* 2009; 74(1): 61–9.
61. Lieberman MA, Goldstein BA. Self-help on-line: An outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *J Health Psychol* 2005; 10(6): 855-62.
62. Pérez M, Sefko JA, Ksiazek D, Golla B, Casey C, Margenthaler JA, Colditz G, Kreuter MW, Jeffe DB. A novel intervention using interactive technology and personal narratives to reduce cancer disparities: African American breast cancer survivor stories. *J Cancer Surviv* 2014; 8(1): 21–30.
63. Taylor AM, Hutchings M. Using video narratives of women's lived experience of breastfeeding in midwifery education: Exploring its impact on midwives' attitudes to breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2012; 8(1): 88–102.
64. McQueen A, Kreuter MW, Kalesan B, Alcaraz KI. Understanding narrative effects: The impact of breast cancer survivor stories on message processing, attitudes, and beliefs among African American women. *Health Psychol* 2011; 30(6): 674–82.
65. Kreuter MW, Holmes K, Alcaraz K, Kalesan B, Rath S, Richert M, McQueen A, Caito N, Robinson L, Clark EM. Comparing narrative and informational videos to increase mammography in low-income African American women. *Patient Educ Couns* 2010; 81(Suppl): S6-14.

66. McQueen A, Kreuter MW. Women's cognitive and affective reactions to breast cancer survivor stories: A structural equation analysis. *Patient Educ Couns* 2010; 81(Suppl): S15-21.
67. Maddock C, Lewis I, Ahmad K, Sullivan R. Online information needs of cancer patients and their organizations. *Ecancermedicalsecience* 2011; 5: 235.
68. Flick U. *Triangulation: Eine Einführung*. 2nd ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; 2008.
69. Giesler JM, Keller B, Repke T, Leonhart R, Weis J, Muckelbauer R, Rieckmann N, Müller-Nordhorn J, Lucius-Hoene G, Holmberg C. Effect of a Website That Presents Patients' Experiences on Self-Efficacy and Patient Competence of Colorectal Cancer Patients: Web-Based Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2017; 19(10): e334.
70. Medjedović I, Witzel A. *Wiederverwendung qualitativer Daten: Archivierung und Sekundärnutzung qualitativer Interviewtranskripte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; 2010.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Jennifer Engler, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema *Cancer Care and Cancer Patients' Experiences with Cancer* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Jennifer Engler hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Engler J, Güthlin C, Dahlhaus A, Kojima E, Müller-Nordhorn J, Weißbach L, Holmberg C. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. *Eur J of Cancer Care* 2017; 26(6): e12675. **Impact Factor: 2,1**

Beitrag im Einzelnen: Entwicklung des deduktiven Teils des Codesystems mit CH, CG, EK; Entwicklung des induktiven Teils des Codesystems; Codieren von 3/4 der Interviews; Analyse der codierten Segmente; Verschriftlichung der Analyse; Recherche des Forschungsstands; Verfassen des Manuskriptentwurfs; Überarbeitung des Manuskripts.

Engler J, Koné I, Holmberg C, Baumann W, Siebenhofer A, Güthlin C. Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients: A qualitative interview study from Germany. *Fam Pract* 2017; 34(6): 730–4. **Impact Factor: 1,8**

Beitrag im Einzelnen: Entwicklung des Frageleitfadens mit IK und CG, Durchführung der Hälfte der Interviews; Entwicklung des Codesystems mit IK und CG; Codieren der Hälfte der Interviews; Analyse der codierten Segmente; Verschriftlichung der Analyse; Recherche des Forschungsstands; Verfassen des Manuskriptentwurfs; Überarbeitung des Manuskripts.

Engler J, Adami S, Adam Y, Keller B, Repke T, Fügemann H, Lucius-Hoene G, Müller-Nordhorn J, Holmberg C. Using others' experiences. Cancer patients' expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. *Patient Educ Couns* 2016; 99(8): 1325–32. **Impact Factor: 2,4**

Beitrag im Einzelnen: Analyse der Fokusgruppendifkussionen; Analyse der kumulierten logfile-Daten in Excel; Analyse der eHIQ-Surveydaten in SPSS; Verschriftlichung der Analysen; Recherche des Forschungsstands; Verfassen des Manuskriptentwurfs inklusive Grafiken und Tabellen; Überarbeitung des Manuskripts.

Unterschrift der Doktorandin

Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Engler J, Güthlin C, Dahlhaus A, Kojima E, Müller-Nordhorn J, Weißbach L, Holmberg C. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. *Eur J Cancer Care* 2017; 26(6): e12675. <https://doi.org/10.1111/ecc.12675>

Engler J, Koné I, Holmberg C, Baumann W, Siebenhofer A, Gütthlin C. Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients: A qualitative interview study from Germany. *Fam Pract* 2017; 34(6): 730–4. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz044>

Engler J, Adami S, Adam Y, Keller B, Repke T, Fügemann H, Lucius-Hoene G, Müller-Nordhorn J, Holmberg C. Using others' experiences. Cancer patients' expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. *Patient Educ Couns* 2016; 99(8): 1325–32. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.015>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Zeitschriftenartikel

- Siebenhofer A, Paulitsch MA, Pregartner G, Berghold A, Jeitler K, Muth C, **Engler J**. Cluster-randomised controlled trials evaluating complex interventions in general practices are mostly ineffective: A systematic review. *J Clin Epidemiol* 2018; 94: 85–96.
- Kendel F, Otto I, **Engler J**, Schrader M, Holmberg C. Leben mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom – Entscheidungsfindung und Krankheitsverarbeitung [Onlinepublikation vor Druck]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018.
- Engler J**, Koné I, Holmberg C, Baumann W, Siebenhofer A, Güthlin C. Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients: A qualitative interview study from Germany. *Fam Pract* 2017; 34(6): 730–4.
- Engler J**, Güthlin C, Dahlhaus A, Kojima E, Müller-Nordhorn J, Weißbach L, Holmberg C. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. *Eur J Cancer Care* 2017; 26(6): e12675.
- Engler J**, Dahlhaus A, Güthlin C. The readiness of German GPs to recommend and conduct cancer screening is associated with patient-physician gender concordance. Results of a survey. *Eur J Gen Pract* 2017; 23(1): 11–9.
- Engler J**, Ulrich L. Workshop „Karriere in der Allgemeinmedizin“. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2017; 93(4): 190.
- Engler J**, Güthlin C. Onkologen: Hausärzte sind wichtige Infoquelle. *Der Hausarzt* 2016; 13: 33–5.
- Engler J**, Adami S, Adam Y, Keller B, Repke T, Fügemann H, Lucius-Hoene G, Müller-Nordhorn J, Holmberg C. Using others' experiences. Cancer patients' expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. *Patient Educ Couns* 2016; 99(8): 1325–32.
- Plath J, **Engler J**, Koné I, Dahlhaus A, Güthlin C, Beyer M, Siebenhofer A. Hausärztliche Sicht auf die Darmkrebsfrüherkennung. Ein Vergleich von Forschungspraxen mit einer bundesweiten Zufallsstichprobe. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2016; 92(11): 461–5.

Vorträge und Abstracts

Engler J, Joos S, GÜthlin C. Addressing training needs of general practitioners working with cancer patients – trial protocol. Berlin: World Congress Integrative Medicine and Health 2017. 10th ECIM and 12th ICCMR Congress; 3.-5.5.2017.

Engler J, Koné I, Siebenhofer A, GÜthlin C. The significance of GPs in cancer care from the oncologists' perspective. Edinburgh, UK: 10th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International (Ca-PRI) Network; 18.-20.4.2017.

Koné I, **Engler J**, Klein G, Dahlhaus A, Siebenhofer A, GÜthlin C. Cooperation of GPs with other physicians in cancer care. Edinburgh, UK: 10th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International (Ca-PRI) Network; 18.-20.4.2017.

Engler J, Paulitsch M, Pregartner G, Berghold A, Jeitler K, Siebenhofer A. Wie häufig kann in cluster-randomisierten Studien in Hausarztpraxen ein signifikanter Effekt von komplexen Interventionen gezeigt werden? Erste Ergebnisse eines methodischen Reviews. Hamburg: 18. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: „Klasse statt Masse“; 9.-11.3.2017. Abstract publiziert in: German Medical Science 2017. doi:10.3205/17ebm067.

Paulitsch M, **Engler J**, Pregartner G, Berghold A, Klein G, Jeitler K, Siebenhofer A. Methodische Qualität von cluster-randomisierten Studien zu komplexen Interventionen in Hausarztpraxen: Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit. Hamburg: 18. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: „Klasse statt Masse“; 9.-11.3.2017. Abstract publiziert in: German Medical Science 2017. doi:10.3205/17ebm016.

Engler J, Baumann W, Koné I, Siebenhofer A, GÜthlin C. Die Bedeutung von Hausärzten bei der Versorgung von Krebspatienten aus Sicht niedergelassener Hämatologen und Onkologen. Berlin: 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 05.-07.10.2016. Abstract publiziert in: German Medical Science 2016. doi:10.3205/16dkvf015.

Koné I, **Engler J**, Klein G, Siebenhofer A, GÜthlin C. Zusammenarbeit von Hausärzten und anderen ärztlichen Leistungserbringern bei der Versorgung von Krebspatienten. Berlin: 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung; 05.-07.10.2016. Abstract publiziert in: German Medical Science 2016. doi:10.3205/16dkvf014.

Engler J, Koné I, Dahlhaus A, Siebenhofer A, GÜthlin C. Unterstützungsangebote für Hausärzte bei der Versorgung von Krebspatienten. Frankfurt am Main: 50. Kongress für

Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 29.09.-01.10.2016. Abstract publiziert in: German Medical Science 2016. doi:10.3205/16degam079.

Koné I, **Engler J**, Dahlhaus A, Siebenhofer A, GÜthlin C. Die Rolle des Hausarztes in der Betreuung seiner Krebspatienten – Eine deutschlandweite Befragung. Frankfurt am Main: 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 29.09.-01.10.2016. Abstract publiziert in: German Medical Science 2016. doi:10.3205/16degam086.

Engler J, Dahlhaus A, Koné I, GÜthlin C. Recommendation and performance of cancer screening examinations: Results from a nation-wide survey in Germany. Boston, USA: 9th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International (Ca-PRI) Network; 26.-28.05.2016. Abstract publiziert in: 9th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International Network Delegate Program 2016: 71.

Plath J, **Engler J**, Koné I, Dahlhaus A, GÜthlin C, Siebenhofer A. Studienergebnisse aus allgemeinmedizinischen Forschungspraxen: Analyse möglicher Verzerrungen durch die Teilnahme forschungsinteressierter Hausärzte. Köln: 17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin; 03.-05.03.2016. Abstract publiziert in: German Medical Science 2016. doi:10.3205/16ebm143.

Engler J, GÜthlin C, Dahlhaus A, Holmberg C. Cooperation of medical specialities in outpatient settings - a comparison of general practitioners, urologists, and oncologists. Aarhus, Denmark: 8th Annual Meeting of the Cancer and Primary Care Research International (Ca-PRI) Network; 20.-22.05.2015. Abstract publiziert in: Eur J of Cancer Care 2015; 24: 29-54. doi:10.1111/ecc.12374.

Danksagung

Meine Danksagung wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.