

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaften

(Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller)

im

Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie
der Universität Würzburg

(Vorstand: Prof. Dr. med. Peter U. Heuschmann)

**Der Zusammenhang von soziodemografischen, krankheitsbezogenen und
psychosozialen Risikofaktoren mit der psychischen Belastung und dem Wunsch
nach psychosozialer Unterstützung bei Brustkrebspatientinnen**

Inaugural – Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Kristin Duelli

aus Würzburg

Würzburg, Januar 2018

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Korreferent: Prof. Dr. med. Achim Wöckel

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 09.10.2018

Die Promovendin ist Ärztin

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

1) Einleitung	01
2) Stand der Forschung	04
2.1 Psychische Komorbidität bei Krebs	04
2.1.1 Psychische Störung	04
2.1.2 Psychische Belastung	07
2.1.3 Risikofaktoren	10
2.1.3.1 Soziodemografische Risikofaktoren	10
2.1.3.2 Krankheitsbezogene Risikofaktoren	12
2.1.3.3 Psychosoziale Risikofaktoren	14
2.2 Psychoonkologische Versorgung	15
2.2.1 Definition und Ziel	15
2.2.2 Psychoonkologische Behandlungsansätze	16
2.2.3 Versorgungslage bei Brustkrebspatientinnen	19
2.3 Bedarf psychosozialer Unterstützung	20
2.3.1 Prävalenz	20
2.3.2 Prädiktoren	21
2.3.3 Barrieren der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	22
2.4 Fragestellungen und Hypothesen	25

3) Methode	27
3.1 Studiendesign	27
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	28
3.3 Studieninformation und Nicht-Teilnahme	28
3.4 Datenerhebung	29
3.5 Messinstrumente	30
3.5.1 PHQ-9	30
3.5.2 GAD-7	31
3.5.3 SSUK-8	32
3.5.4 Gesprächs- und Unterstützungsbedürfnis	33
3.5.5 Soziodemografische und medizinische Variablen	34
3.6 Statistische Analyse	34
4) Ergebnisse	35
4.1 Stichprobenbeschreibung	35
4.2 Prädiktoren bezüglich Schweregrad der psychischen Belastung und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung	43
4.2.1 Art der Erkrankung	45
4.2.2 Körperliche Funktionsfähigkeit	48
4.2.3 Funktionelle soziale Unterstützung	50
4.2.4 Familienstand und feste Partnerschaft	53
4.2.5 Vorhandensein von Kindern und junge Patientinnen mit Kindern	56

5) Diskussion	60
5.1 Ziel der Studie	60
5.2 Zusammenhänge mit der psychischen Belastung und dem Unterstützungswunsch	61
5.2.1 Art der Erkrankung	61
5.2.2 Karnofsky-Index	64
5.2.3 Funktionelle soziale Unterstützung	66
5.2.4 Familienstand und Partnerschaft	70
5.2.5 Vorhandensein von Kindern	74
5.3 Einschränkungen der Studie	76
5.3.1 Studiendesign	76
5.3.2 Selektionseffekte	77
5.3.3 Erhebungsmethodik	77
5.3.4 Repräsentativität und Power der Studie	78
5.4 Schlussfolgerungen und Ausblick auf die zukünftige Forschung	79
6) Zusammenfassung	82
7) Literaturverzeichnis	84
8) Anhang	93

1. Einleitung

Laut Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts ist Brustkrebs mit 30,8% (im Jahr 2012) die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Demnach liegt die Zahl der Neuerkrankungen jährlich bei 69.550 Frauen.

In den letzten 30 Jahren wurden in Bezug auf die Behandlung des Mamma-Karzinoms viele Fortschritte gemacht. Es verbesserte sich die Diagnostik; durch spezialisierte onkoplastische Chirurgen können schönere kosmetische Ergebnisse erzielt werden, weniger schädigende radiotherapeutische Techniken wurden entwickelt und neue Prozeduren, wie die intraoperative Strahlentherapie verkürzen nicht nur den Krankenhaus-Aufenthalt, sondern auch die Länge der Radiotherapie. Dennoch leiden die Patienten häufig unter Nebenwirkungen wie beispielsweise Lymphödeme, Fatigue, vasomotorische Beschwerden, sexuellen oder kognitiven Problemen (Fallowfield et al., 2015).

Doch nicht nur die Nebenwirkungen der Behandlung, sondern auch die Diagnose „Krebs“ an und für sich stellt für die Betroffenen ein äußerst belastendes Lebensereignis dar. So werden die erkrankten Patienten plötzlich mit der Todesdrohung, dem Verlust der körperlichen Integrität und der Selbstbestimmung, der Aufgabe von Alltagsaktivitäten, der Infragestellung der Rolle in Familie und Beruf, sowie mit der sozialen Isolierung konfrontiert (Faller & Weis, 2005).

Über diese komplexe Problemlage fand eine deutsche Studie heraus, dass die Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen von Brustkrebspatientinnen bei 63% liegt. Im Vergleich dazu sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung 43-45% mindestens einmal in ihrem Leben psychisch erkrankt (Kuhnt et al., 2016). In einer anderen Studie, die komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten untersuchte, wurde festgestellt, dass diese ein relevantes Problem aufgrund ihrer Häufigkeit und der Einschränkung der Lebensqualität sind. Am meisten kommen dabei Angst- und affektiven Störungen vor (Harter et al., 2000).

Ärzte und Patienten halten die Depressivität oft für eine natürliche Reaktion auf die Krebserkrankung (Fann et al., 2012). Infolgedessen forschen Ärzte bei psychisch belasteten Patienten häufig nicht immer gründlich nach (Hegel et al., 2006), und

Patienten glauben mit ihren Sorgen und Problemen alleine zurecht kommen zu müssen (Aschenbrenner et al., 2003). Doch eine nachvollziehbare Reaktion bedeutet nicht, dass sie nicht behandelbar ist (Fann et al., 2012). So sollte die psychosoziale Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte immer dann erfolgen, wenn das Ausmaß psychischer Belastung die individuelle Belastungskapazität übersteigt (Singer et al., 2007). Dabei können auch Patienten, die bereits innerhalb von wenigen Monaten ihr emotionales Gleichgewicht wieder gewinnen von kurzfristigen psychologischen Interventionen profitieren. Denn die psychosoziale Unterstützung reduziert die akute psychische Belastung (Bredart et al., 1999), und bessert nachweislich die Lebensqualität (Ernst et al., 2013).

Unbehandelte psychiatrische Komorbiditäten wiederum bewirken unter anderem eine reduzierte Lebensqualität und haben negativen Einfluss auf die Funktionalität im Alltag (Singer, et al., 2010). Außerdem führt eine unbehandelte Depressivität zu längeren Krankenhausaufenthalten, wachsender Morbidität, geringerer Compliance, und erhöht womöglich sogar das Mortalitätsrisiko (Bardwell et al., 2006).

Die psychologische Betreuung unterliegt zwei Versorgungskonzepten. Zum einen kann ein Arzt mittels Konsil einen Psychoonkologen um Diagnostik und Betreuung bitten zum anderen gibt es den Liaisondienst. Hierunter versteht man die dauerhafte Anwesenheit eines Psychologen auf der Station (Hecklet et al., 2012). Doch auch das medizinische Personal und vor allem die behandelnden Onkologen sind wichtige Quellen der Unterstützung für die Patienten und spielen eine wesentliche Rolle bei der Anpassung an die Krebserkrankung (Costa-Requena et al., 2015).

Um adäquate professionelle Hilfe anbieten zu können, ist es wiederum wichtig, jene Risikopatienten identifizieren zu können, die Unterstützungswünsche haben (Faller et al., 2016 a). Dabei ist das Erkennen von affektiven oder Angststörungen häufig schwierig. Denn Depressionssymptome können den Symptomen der Erkrankung und den Nebenwirkungen der Behandlung ähneln, wie z.B. Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Appetitlosigkeit (Aschenbrenner et al., 2003).

In Bezug auf die psychosoziale Betreuung der identifizierten Patienten wird zudem in einer Publikation empfohlen, sich mehr an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren und sich nicht nur auf die Behandlung der psychiatrischen Diagnosen zu konzentrieren (Faller & Weis, 2005).

Diesen Voraussetzungen und Empfehlungen leichter nachgehen zu können, und die Wünsche und Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen besser zu verstehen, dient diese Studie.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, bei Brustkrebspatientinnen soziodemografische, krankheitsbezogene und psychosoziale Variablen, die in Zusammenhang mit der psychischen Belastung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung stehen zu identifizieren. Dabei werden die Art der Erkrankung, die körperliche Leistungsfähigkeit, die funktionelle soziale Unterstützung, unterteilt in positive Unterstützung und belastende Interaktionen, der Familienstand bzw. die Partnerschaft und das Vorhandensein von Kindern als unabhängige Variablen näher untersucht.

Nach einem Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und den einzelnen Fragstellungen und Hypothesen in Kapitel 2, folgt die genaue Durchführung der Studie sowie die Erhebungsinstrumente und die Beschreibung der statistischen Analyse in Kapitel 3. Die Ergebnisse werden anschließend in Kapitel 4 dargestellt. Die Diskussion der einzelnen Resultate erfolgt in Kapitel 5. Zuletzt dient Kapitel 6 der inhaltlichen Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit.

2. Stand der Forschung

2.1 Psychische Komorbidität

Tumorpatienten leiden häufig unter psychischen Belastungen oder einer psychischen Störung (Aschenbrenner et al., 2003). Dabei ist es wichtig diese unterschiedlichen Konzepte voneinander zu unterscheiden (Horwitz, 2007). Die psychische Belastung, als dimensionales Konstrukt, wird anhand von Selbsteinschätzungsfragebögen, wie beispielsweise GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) oder PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) gemessen. Dabei ist die Einteilung in verschiedene Schweregrade möglich (Herrmann-Lingen et al., 2011; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006).

Die psychischen Störungen hingegen sind ein kategoriales Konstrukt. Eine Diagnose wird mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews gestellt und liegt entweder vor oder nicht (Ventura et al., 1998).

2.1.1 Psychische Störung

Krebs, als eine lebensbedrohende Erkrankung und deren psychologischer Einfluss auf den Patienten stellt einen wichtigen Aspekt der klinischen Onkologie dar (Akechi et al., 2004). Ersten Reaktionen der Patienten bei Diagnosestellung stellen erhöhte Angstsymptomatik, depressive Verstimmung und Rückgang der täglichen Aktivitäten dar. Im weiteren Verlauf sind die meisten Patienten dann entweder allein oder mithilfe von Familie und Freunden zur Verarbeitung und Anpassung fähig. Ein Teil der Patienten entwickelt allerdings psychische Störungen beziehungsweise leidet bereits prämorbid darunter, oder es ereignet sich ein Rückfall aufgrund der erhöhten Belastung als Folge der Erkrankung und deren Behandlung (Härter et al., 2001).

Die häufigsten Diagnosen psychischer Störungen stellen die Angst- und die affektiven Störungen dar (Bardwell et al., 2006; Härter et al., 2001; Härter et al., 2000; Singer, 2007), während sich die somatischen und post-traumatischen Belastungsstörungen kaum von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden (Mehnert et al., 2013). Dabei wird das Empfinden von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, das durch psychische Störungen oftmals hervorgerufen wird, nicht reduziert, selbst wenn sich die klinischen Umstände wieder zum Besseren wenden (Horwitz, 2007).

Im Verlauf der Krebserkrankung ändern sich die psychischen Störungen. Die Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Stimmung herrscht in der frühen Krankheitsphase vor, während Major Depression, ein höheres suizidales Risiko und organisch bedingte Störungen wie Delirium gehäuft in der fortgeschrittenen Phase auftreten (Ciaramella & Poli, 2001).

Mit dem CIDI (Composite International Diagnostic Interview), ein klinisches Interviewverfahren, ist eine reliable Erfassung psychischer Störungen nach den Kriterien der aktuellen Klassifikationssysteme für eine psychische Störung (ICD-10 und DSM-IV) möglich (Härter et al., 2000; Mehnert et al., 2014; Segal et al., 1994). Die Durchführung der Interviews ist jedoch sehr zeitaufwendig, erfordert Können und große Aufmerksamkeit auch für kleine Details. Es ist unrealistisch, alle Patienten zu interviewen. Darum wird mit verschiedenen Screening-Verfahren eine Vorauswahl getroffen und erst im Anschluss daran interviewt man eine Auswahl von Patienten (Bottomley, 1998).

Die Diagnose einer Major Depression bei Krebspatienten ist in manchen Fällen schwierig, denn viele Symptome einer Depression ähneln denen einer Krebserkrankung. So können unter anderem Symptome wie Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Schlafstörungen und verminderte Aktivität nicht eindeutig nur einer der beiden Erkrankungen zugeordnet werden (Ciaramella & Poli, 2001).

Die Prävalenzraten verschiedener Studien variieren stark.

Ein Review erhält in seinen Ergebnissen, bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen in der Akutbehandlung, Raten zwischen 23% (Brustkrebspatientinnen aus der Türkei) und 53% (ältere Krebspatienten aus Uganda). Dies entspricht im Mittel ungefähr 1/3 der Krebspatienten in der Akutbehandlung, die unter psychischen Störungen leiden (Singer et al., 2010).

Eine weitere Metaanalyse bezüglich psychischer Störungen bei Krebs unterscheidet zwischen den verschiedenen Prävalenzarten. So liegt die Punktprävalenz (in 89 untersuchten Studien zwischen 1995 und 2010) für affektive Störungen insgesamt bei 11,1% und die für Angststörungen bei 10,2%. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt für affektive Störungen 17,9% und für Angststörungen 19,3% und die Lebenszeitprävalenz wird für affektive Störungen mit 27,0% und für Angststörungen mit 21,3% angegeben (Vehling et al., 2012).

Walker et al. bildet in seinem Review Untergruppen. Demnach leiden unter den ambulanten Patienten 5 bis 16% , 4 bis 14 % von den stationären Patienten, 4 bis 11% der Patienten, bei denen nicht zwischen ambulant und stationär unterschieden wurde und 7 bis 49% der palliativen Patienten unter depressiven Störungen (Walker et al., 2013).

Auch in einer deutschen Studie von Mehnert et al. werden in den einführenden Worten Prävalenzraten verschiedener psychischer Störungen eingeschätzt. So liegt die Rate von Anpassungsstörungen - laut dieser Schätzung - zwischen 11 und 35%, von affektiven Störungen zwischen 11 und 37% und von Angststörungen zwischen 2,6 und 14%. Diese großangelegte Studie, mit insgesamt 4020 Teilnehmern, untersuchte die 4-Wochen-Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten in Deutschland. Insgesamt leiden 31,8% aller Krebspatienten dieser Studie unter mindestens einer psychischen Störung. Die höchste Prävalenz mit 11,5% liegt bei den Angststörungen vor, gefolgt von den Anpassungsstörungen mit 11% und affektiven Störungen mit 6,5%. 6% aller Patienten leiden unter 2 und 1,5% unter mehr als 3 psychischen Störungen (Mehnert et al., 2014). Um festzustellen, ob Krebspatienten unter mehr ängstlichen und depressiven Störungen leiden, werden die Prävalenzraten mit der Allgemeinbevölkerung verglichen. Im Vergleich zur deutschen Normalbevölkerung liegt in dieser Publikation sowohl eine höhere Prävalenz für die Angststörung (11,5% v. 9%), als auch die affektive Störung (6,5% v. 6%) vor (Mehnert et al., 2014). Eine weiter oben bereits genannte Metaanalyse stellt etwas niedrigere Punkt- und 12-Monatsprävalenzen für affektive und Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung dar (Vehling et al., 2012). Eine andere Studie liegt mit ihrer mittleren Prävalenzrate von 31,7% ebenso wesentlich höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (20%) (Singer et al., 2010). Eine weitere Publikation stellt noch größere Unterschiede fest. Sie kommt zum Ergebnis, dass die 4-Wochen-Prävalenz einer psychischen Störung bei Krebspatienten in einer Akutklinik ein Drittel höher und bei medizinischen Rehabilitationen bis zu doppelt so hoch liegt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Härter et al., 2000).

Analog zu der Studie von Härter et al. mit einer heterogenen Gruppe von Krebspatienten, kommt eine andere Studie zu ähnlichen Prävalenz-Ergebnissen, die bei Patientinnen mit Brustkrebserkrankung in einem frühen Stadium durchgeführt wurde. Diese gibt an, dass im ersten Jahr nach der Diagnosestellung von Brustkrebs die Prävalenz von depressiven Störungen und Angststörungen der Patientinnen doppelt so hoch war wie

in der weiblichen Allgemeinbevölkerung. Danach zeigten sie ähnliche Prävalenzraten, mit Ausnahme der Patientinnen mit Rückfall (Burgess et al., 2005). Ähnliche Schätzungen werden auch in dem Review von Reich et al. erwähnt. Außerdem zitiert dieser aus einer Studie, in der 50% der Brustkrebspatientinnen unter psychischer Belastung oder Störung leiden, davon 20% unter einer Major Depression (Reich et al., 2008).

Ein anderes Review über die Major Depression von Brustkrebspatienten gibt an, dass 5 bis 15% der Patientinnen unter depressiven Störungen leiden.

Dabei scheint in dieser Studie die Depressionsrate bei Brustkrebspatienten höher zu liegen als bei anderen Tumorentitäten (Fann et al., 2008). Absolut konträre Schlussfolgerungen werden in einer Publikation veröffentlicht, die feststellt, dass Brustkrebspatientinnen weniger psychische Probleme aufweisen, als eine heterogene Gruppe von Krebspatienten (van't Spijker et al., 1997).

Gründe für die hohe Spannweite der oben genannten Ergebnisse von Metaanalysen sind unter anderem die heterogenen Studien bezüglich des Designs, die Vielfalt der Nutzung verschiedener Messinstrumente mit unterschiedlichen Diagnosekriterien, Selection-Bias, schwankende methodische Qualität, die verschiedenen Untersuchungszeitpunkte und die Variabilität der untersuchten Patientengruppen (Singer et al., 2010; van't Spijker et al., 1997; Vehling et al., 2012; Walker et al., 2013).

2.1.2 Psychische Belastung

Das NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) definiert die psychische Belastung - auch Distress genannt - als eine unangenehme emotionale Erfahrung psychologischer, sozialer oder spiritueller Natur, die mit der Fähigkeit effektiv eine Krebserkrankung, deren Symptome und Therapie zu verarbeiten, interferieren kann. Dabei reicht die Spannweite von allgemeinen natürlichen Gefühlen der Vulnerabilität, Traurigkeit und Angst bis hin zu depressiven und panischen Symptomen, sozialer Isolation und spirituellen Krisen (Carlson et al., 2004). Diese natürliche Reaktion auf ein tragisches Ereignis hält nur so lange an, bis die Ursache der psychischen Belastung wegfällt. Die psychische Belastung beispielsweise eines Menschen, der seinen Arbeitsplatz verloren hat, wird reduziert, sobald dieser einen Neuen gefunden hat (Horwitz, 2007). 20 Jahre nach Diagnosestellung weisen nur noch 5% der Brustkrebspatientinnen erhöhte Werte für Distress auf. Der Einfluss der Krebserkrankung bezüglich der psychi-

schen Belastung scheint auf Langzeitüberlebende nur einen minimalen Einfluss darzustellen (Weis & Faller, 2012). Jedoch kann auch eine psychische Belastung zu lang anhaltenden, schwerwiegenden psychologischen Symptomen führen (Horwitz, 2007), und sich negativ auf die Lebensqualität und Verarbeitungsstrategien einer Krebsdiagnose auswirken (Senf et al., 2010). Vor allem die Angst vor einem möglichen Rezidiv kann den Patienten lebenslang begleiten (Weis & Faller, 2012). Allerdings schätzen Ärzte oft die emotionalen Symptome von Patienten als normale Folge der Krebserkrankung ein, und verfolgen diagnostisch nicht die Zeichen einer psychischen Belastung (Hegel et al., 2006).

Unter anderem aus diesem Grund, ist die Diagnostik mithilfe von Selbsteinschätzungsfragebögen zur Erfassung depressiver Symptome im klinischen Alltag etabliert (Buschet al., 2013). Eines dieser Messinstrumente stellt das Distress-Thermometer dar. Es ist ein kurzes Selbstbeurteilungs-Instrument und misst die Schwere der psychischen Belastung in den vergangenen Wochen. Es besteht aus einem einzigen Item auf einer Skala von 0 bis 10; 0: überhaupt nicht psychisch belastet, 10: extrem psychisch belastet. Zusätzlich ist eine Einteilung der Ursachen für die psychische Belastung in 5 Kategorien möglich: praktische, familiäre, emotionale, spirituelle beziehungsweise religiöse und physische Probleme (Hegel et al., 2006). Weitere Screening-Instrumente sind unter anderem der PHQ-9- (Patient Health Questionnaire) (Kroenke et al., 2001) und GAD-7-Fragebogen (Generalized Anxiety Disorder) (Spitzer et al., 2006), die im Kapitel „Methode“ näher erläutert werden.

Die Prävalenzraten der folgenden Studien verdeutlichen die Relevanz der psychischen Belastung im klinischen Alltag der Onkologie:

Eine Metaanalyse aus Holland verglich die Prävalenzraten depressiver Symptome mittels verschiedener Selbstbeurteilungsinstrumente und einem klinischen Interview. Die Prävalenz schwankte bei den Selbstbeurteilungsfragebögen zwischen 7% bei Hautkrebspatienten und 31% bei Krebserkrankungen im Verdauungstrakt. Explizit bei Brustkrebspatientinnen wurde die Prävalenz bei 20% gemessen. Die Prävalenzrate von Distress lag bei 17% der depressiven Symptome, die durch HADS-Fragebögen bei einem Cut-off-Score von 8 diagnostiziert wurden, bei 8% mit einem Cut-off-Wert von 11% und bei 24% der diagnostizierten Patienten mithilfe CES-D. Die höchste Prävalenz wurde in der akuten Phase der Diagnosestellung bei 27% gemessen, diese sank auf 21% während

des ersten Jahres der Behandlung und nach dem ersten Jahr sogar auf 15% (Krebber et al., 2014).

In einer Studie von Zabora et al. wird in den einführenden Worten berichtet, dass die geschätzte Rate der psychischen Belastung von Krebspatienten aus vorangegangenen Studien bei ungefähr 25 bis 30% liegt. Die Studie selbst kommt zu dem Ergebnis dass im Schnitt 35,1% der 4496 befragten Patienten unter einer psychischen Belastung litten. Dabei liegt die Prävalenzrate bei Lungenkrebspatienten bei 43,3% und Brustkrebspatienten bei 29,5% (Zabora et al., 2001).

Fast die Hälfte der Krebspatienten einer Studie geben in einem Screening mit GHQ (General Health Questionnaire) eine starke psychische Belastung in den vergangenen Wochen an, und mehr als 20% der Patienten liegen beim HADS-Screening (Hospital Anxiety and Depression Scale) über dem empfohlenen Cut-off Score von 10 (Härter et al., 2000). In einer Publikation aus Deutschland wird die Rate der psychischen Belastung mittels PO-Bado-SF (basic documentation for psycho-oncology short form) sogar auf 56,3% und 26% mittels HADS geschätzt (Senf et al., 2010). Etwas geringere Werte mittels HADS-Screening werden bei einer anderen Studie festgestellt. Hier geben 11,5% der insgesamt 504 befragten Patienten Symptome der Angst und 7,1% depressive Symptome an, bei einem Cut-off-Score von 11 (Pascoe et al., 2000).

Im Vergleich dazu hat eine Studie die Prävalenz von depressiver Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung mittels PHQ-Fragebogen gemessen. Diese Studie gibt an, dass bei 8,1% der befragten Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren unter depressiven Symptomen leiden (Busch et al., 2013)

Analog hierzu wurden einige Studien zur Erfassung der Prävalenzraten bezüglich der psychischen Belastung auch bei Brustkrebspatientinnen durchgeführt. Bleiker et al. berichten aus vergangenen Studien, dass ungefähr 20 – 30% der Brustkrebspatientinnen unter einer hohen psychischen Belastung litten. Die Studie selbst hat die Prävalenz der psychischen Belastung zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff und zwei Jahre nach Diagnosestellung gemessen. Zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff leiden ungefähr ein Fünftel der Brustkrebspatientinnen unter einer psychischen Belastung. 60% dieser Patienten, geben auch 2 Jahre nach Diagnosestellung immer noch eine hohe Belastung an (Bleiker et al., 2000). In einer anderen Studie wird festgestellt, dass 47% der befragten, neu diagnostizierten Brustkrebspatientinnen für mindestens eines der Screening-Instrumente den Schwellenwert übertreffen (Hegel et al., 2006). Ähnliche

Ergebnisse liefert auch eine Studie aus den USA, in der zwei Drittel der Lungenkrebspatienten und die Hälfte der Brustkrebspatientinnen unter psychischer Belastung litten. In dieser Studie wurden insgesamt 1134 Patienten in drei unterschiedliche Gruppen eingeteilt: Die Patienten in Gruppe 1 erhielten nur ein minimales Screening, Gruppe 2 ein umfangreiches Screening, das ebenso Gruppe 3 erhielt, mit dem zusätzlichen Angebot, mit einem Mitglied aus dem psychosozialen Team über ihre Sorgen sprechen zu dürfen. In Gruppe 2 war die Prävalenzrate von Distress mit 48,7% am höchsten, gefolgt von Gruppe 1 mit 46%. In Gruppe 3, die sowohl volles Screening als auch Beratung erhielten war die Prävalenzrate für psychische Belastung mit 36% deutlich niedriger (Carlson et al., 2010).

2.1.3 Risikofaktoren

Die Identifikation von Risikofaktoren ist wichtig, um die Möglichkeit zu haben im Sinne der primären Prävention bei den besonders gefährdeten Patienten frühzeitig einzugreifen und ihnen frühe adäquate Unterstützung anzubieten, bevor sich psychische Störungen manifestieren können. Für eine übersichtliche Darstellung, wird die Einteilung der Variablen in die drei verschiedenen Kategorien von van't Spijker und Mitarbeitern (1997) übernommen: soziodemografische, krankheitsbezogene und psychosoziale Faktoren (Aschenbrenner et al., 2003).

2.1.3.1 Soziodemografische Risikofaktoren

Zu den soziodemografischen Variablen gehören unter anderem das Alter, Geschlecht, Bildung, ökonomischer Status, Partnerschaft und Familie (Aschenbrenner et al., 2003). Bezüglich des Alters fühlen sich vor allem junge Krebspatienten stärker aus ihren sozialen und familiären Rollen, wie zum Beispiel Erziehung kleiner Kinder oder Aufbau einer Karriere herausgerissen (Carlson et al., 2004). Das erklärt die höhere Rate der psychischer Belastung oder Störung nach Diagnose einer Krebserkrankung vor allem bei jungen Patienten (Wenzel et al., 1999). Eine Studie aus Deutschland stellte fest, dass die Krebspatienten, bei denen eine psychische Belastung festgestellt wurde, ungefähr drei Jahre jünger waren, als die Patienten ohne psychische Komorbidität (Senf et al., 2010). Dabei ist vor allem der Zusammenhang mit Angst und psychischer Belastung signifikant, während in nur wenigen Studien ein Zusammenhang mit Depression gefunden werden konnte (Aschenbrenner et al., 2003).

Auch beim Geschlecht als Risikofaktor konnten Unterschiede gefunden werden. Eine Studie aus Deutschland stellte fest, dass die Belastung der Krebspatienten auf physischer Ebene vor allem für Männer hoch ist, während auf psychologischer Ebene mehr Frauen Distress angeben (Herschbach et al., 2008). Dass das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für die psychische Komorbidität bei Krebs darstellt, ist auch in einigen anderen Studien festgestellt worden (Bredart et al., 1999; Härter et al., 2001)

Dabei ist schon seit längerem bekannt, dass die Prävalenz von Depressionen bei Frauen höher liegt, als bei Männern. Halbreich et al. machen dafür Östrogen, als zentrale Rolle für Niedergeschlagenheit und Stimmungsschwankungen verantwortlich. Hormonelle Schwankungen und Östrogen-Instabilität führen zu einer erhöhten Vulnerabilität in Bezug auf Depressionen (Halbreich & Kahn, 2001).

Die Ergebnisse bezüglich der Risikofaktoren Alter und Geschlecht stimmen auch mit Studien überein, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden. Auch hier ist das junge Alter und weibliche Geschlecht signifikant häufiger mit psychischen Störungen assoziiert (Aschenbrenner et al., 2003).

Auch Lebenspartner spielen eine wichtige Rolle bei der Anpassung an die Krebserkrankung (Luszczynska et al., 2007). Eine Studie aus den USA fand heraus, dass verheiratete Krebspatienten am wenigstens Symptome einer psychischen Belastung angaben. Dies bestätigt den Einfluss der sozialen Unterstützung auf Patienten, die mit der Diagnose Krebs konfrontiert werden (Zabora et al., 2001). Demgegenüber stellte ein Review aus Deutschland fest, dass der Ehestatus keinen Einfluss auf die psychische Belastung hat. Vielmehr spielt die Ehezufriedenheit eine wichtige Rolle. Zieht man die Wohnsituation zusätzlich mit ein, stellt man jedoch fest, dass alleinstehende Patienten häufiger unter depressiven Symptomen leiden (Härter et al., 2001). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie aus den USA, die keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf depressive Symptome zwischen alleinstehenden, geschiedenen oder verwitweten und verheirateten Patientinnen feststellen konnte (Wong-Kim & Bloom, 2005).

Zudem wird - wie bereits weiter oben erwähnt - vor allem bei jungen Krebspatienten, die stärker aus ihren sozialen und familiären Rollen, wie zum Beispiel die Erziehung kleiner Kinder herausgerissen werden, eine erhöhte psychische Belastung vermutet (Carlson et al., 2004). Eine Publikation über die Angst vor Progression bei Krebspatienten 6 Monate nach der Rehabilitation kommt zu dem Schluss, dass vor allem Patienten mit kleinen Kindern signifikant ängstlicher sind als Patienten ohne das

Vorhandensein von Kindern. (Hinz et al., 2015). Vor allem bei dem Gedanken die Kinder könnten unter der Situation leiden, fühlen sich Krebspatientin in ihrer Rolle als Eltern unsicher und belastet (Gotze et al., 2015).

Auch die Bildung und der ökonomische Status wurden als Risikofaktoren in vielen Studien thematisch behandelt. Der Einfluss auf die psychische Komorbidität ist bis jetzt jedoch noch weitgehend unklar (Aschenbrenner et al., 2003). Eine Studie aus den USA konnte einen schwachen inversen Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und dem Einkommen feststellen. Allerdings handelte es sich nicht um einen linearen Zusammenhang. Weitere Untersuchungen diesbezüglich sind noch notwendig (Zabora et al., 2001). Eine andere Studie aus Japan stellte fest, dass eine zeitlich längere Bildung einen signifikanten Risikofaktor im Zusammenhang mit psychischer Belastung darstellt (Akechi et al., 2004).

2.1.3.2 Krankheitsbezogene Risikofaktoren

Symptome der Erkrankung oder als Folge der Behandlung können einen Einfluss auf die psychische Verfassung haben. So stellt eine Studie aus Italien fest, dass die Patienten mit Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fatigue erhöhte HADS-Werte angeben. Die psychische Belastung steigt signifikant bei den Patienten aus der Studie, die ihren eigenen Gesundheitsstatus als niedrig einschätzen (Bredart et al., 1999). Eine andere Studie stellt die wichtige Rolle von Schmerz in Zusammenhang mit depressiven Symptomen fest. Patienten mit depressiver Symptomatik, deren psychische Komorbidität mittels klinischem Interview und Selbstbeurteilungsfragebögen beurteilt wurden, gaben mehr Schmerzen an, als unauffällige Patienten (Ciaramella & Poli, 2001).

Die onkologische Behandlung für sich alleine als Risikofaktor betrachtet, wird kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite stehen Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Therapie und der psychischen Verfassung sehen (Aschenbrenner et al., 2003; Burgess et al., 2005; Ciaramella & Poli, 2001). Man könnte annehmen, dass zum Beispiel Brustkrebspatientinnen, die einer Strahlen- und oder Chemotherapie unterzogen werden und deren Nebenwirkungen ertragen müssen, auch erhöht über eine psychische Belastung klagen. Doch eine Studie aus den USA kommt zu dem Schluss, dass weder die unterschiedlichen chirurgischen Therapieformen, noch Strahlen- oder Chemotherapie und deren Nebenwirkungen mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Komorbidität assoziiert sind (Wong-Kim & Bloom, 2005).

Auf der anderen Seite existieren Studien, die annehmen, dass spezifische Behandlungsformen durchaus Einfluss auf die psychische Komorbidität haben. So kommt ein Review zu dem Schluss, dass Brustkrebspatientinnen mit einer adjuvanten Chemotherapie über mehr depressive Symptome berichten im Vergleich zu den Patientinnen ohne die oben genannte Behandlung. Dabei spielen die Effekte der Chemotherapie auf die Fertilität und Sexualität, sowie menopausale Symptome eine Rolle, ebenso wie Tamoxifen, das eine Wirkung auf die Stimmung zeigt und sekundär zu Depressionen führen kann (Fann et al., 2008). Auch der chirurgische Eingriff der Mastektomie führt zu einem veränderten Körperbild bei Brustkrebspatientinnen und kann die psychische Verfassung beeinflussen (Reich et al., 2008).

Eine deutsche Studie berichtet, dass Krebspatientinnen, die einer palliativen Therapie unterzogen werden, höhere Werte für Distress angeben. Wobei dies womöglich weniger aufgrund der Therapie sondern viel mehr wegen der Schwere der Erkrankung festgestellt wurde (Herschbach et al., 2008).

Ein signifikanter Einfluss des Stadiums und der Art der Krebserkrankung auf die psychische Verfassung wurde in den wenigsten Studien festgestellt (Aschenbrenner et al., 2003). Lediglich eine lange Erkrankungszeit (Carlson et al., 2004), eine stark fortgeschrittene Erkrankung (Pascoe et al., 2000) und das Vorliegen von Fernmetastasen gilt bei manchen Studien als Risikofaktor (Ciaramella & Poli, 2001). Eine deutsche Studie berichtet, dass von den 6365 von ihnen untersuchten Krebspatienten, die Patienten mit gynäkologischen Tumoren und Tumoren aus dem Respirationstrakt die höchste psychische Belastung angaben (Herschbach et al., 2008).

Der einzige Faktor unter den krankheitsbezogenen Risikofaktoren, der in vielen Studien als gesichert gilt, stellt die Funktionsfähigkeit dar (Akechi et al., 2004; Härter et al., 2001; Pascoe et al., 2000; Wilson et al., 2007). Die Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit spielt eine wesentliche Rolle bezüglich der psychischen Verfassung von Krebspatienten (Bredart et al., 1999). Zur Erfassung dieses Risikofaktors wurde in vielen Studien der Karnofsky-Index verwendet. Eindeutig ist hierbei vor allem der Zusammenhang zwischen der eingeschränkten funktionellen Aktivität und der psychischen Belastung sowie den Symptomen von Angst. Für die Depressivität ist ein weniger starker Zusammenhang ersichtlich (Aschenbrenner et al., 2003).

2.1.3.3 Psychosoziale Risikofaktoren

Unter diese letzte Kategorie fallen unter anderem Faktoren wie soziale Unterstützung, prämorbid Erkrankungen und belastende Life Events.

Die psychische Belastung ist unter anderem abhängig von der sozialen Unterstützung, die der Patient erhält (Walker et al., 2006). Dabei scheint es vor allem einen Zusammenhang mit Depressivität zu geben. Dass mangelnde Unterstützung auch die Ängstlichkeit und psychische Belastung beeinflusst, konnte nicht festgestellt werden. Prinzipiell kann man eine quantitative (Anzahl der vertrauten Personen) von einer qualitativen Unterstützung (Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung) unterscheiden (Aschenbrenner et al., 2003). Eine Studie aus Japan bestätigt, dass die Unzufriedenheit mit Angehörigen einen signifikanten Faktor im Zusammenhang mit der Anwesenheit von psychologischem Distress darstellt (Akechi et al., 2004). Und auch die quantitative Unterstützung spielt eine Rolle. So stellte eine Studie aus Deutschland fest, dass Brustkrebspatientinnen mit einem Bedürfnis nach zusätzlicher Unterstützung höhere Werte auf der Angstskala des HADS und auf dem Hornheider-Fragebogen angeben (Faller et al., 2003). Zeitgleich kann jedoch zu viel erhaltene Unterstützung zur Senkung des Selbstwertgefühls führen, die persönliche Selbstständigkeit stören und folglich mehr depressive Symptomatik verursachen (De Leeuw et al., 2000).

Näheres zur psychosozialen Unterstützung folgt im Gliederungspunkt 2.3.

Auch prämorbid psychiatrische Erkrankungen zeigen einen Zusammenhang mit aktueller Depressivität. Diese Assoziation ist in Bezug auf die psychische Belastung und Ängstlichkeit noch weitgehend unklar (Aschenbrenner et al., 2003). Der Zusammenhang mit aktueller Depressivität bestätigt auch eine deutsche Studie mit ihren Ergebnissen. Demnach ist eine vorangegangene psychologische Behandlung mit mehr psychischer Belastung bei Krebspatienten assoziiert. Patienten mit einer Prädisposition bezüglich affektiver Störungen scheinen stärker auf die Diagnose zu reagieren oder besitzen weniger Ressourcen zur Bewältigung (Senf et al., 2010). Die Ergebnisse stimmen mit einer Studie an Brustkrebspatientinnen überein, die eine frühere depressive Episode als Risikofaktor identifiziert hat (Burgess et al., 2005).

Zuletzt wurden auch belastende Life-Events in der Vorgeschichte als mögliche Risikofaktoren bezüglich der Anpassung an die Tumorerkrankung behandelt. Bis jetzt ist der Einfluss auf die psychische Verfassung weitgehend unklar (Aschenbrenner et al.,

2003). Eine Studie aus den USA konnte Life Events aus der Vergangenheit als signifikanter Risikofaktor identifizieren (Bardwell et al., 2006).

2.2 Psychoonkologische Versorgung

Noch in den sechziger Jahren wurde wenig Interesse bezüglich der Lebensqualität von Überlebenden mit einer Krebserkrankung gezeigt. Doch danach sorgten mehrere Veränderungen für eine aufgeklärtere Sicht. Denn zum einen führte eine wachsende Anzahl von Patienten, die ihre Diagnose und deren Behandlungsmöglichkeiten verstehen wollten, zu ausführlichen Arzt-Patienten-Gesprächen, und zum anderen sorgten Fortschritte in der Behandlung für ein verlängertes Überleben und die Lebensqualität rückte in den Vordergrund (Greer, 1994). In der heutigen Zeit ist die Psychoonkologie ein unverzichtbarer Bestandteil der Onkologie und wird in die Entwicklung von interdisziplinären Leitlinien mit einbezogen (Heckl et al., 2012).

2.2.1 Definition und Ziel

Seit Mitte der siebziger Jahre ist die Psychoonkologie eine eigenständige Fachdisziplin (Mehnert et al., 2003). Sie ist ein interdisziplinärer Ansatz mit der Intention die psychosozialen Aspekte in Entstehung, Behandlung und Verlauf einer Krebserkrankung wissenschaftlich zu untersuchen und die Erkenntnisse in der Praxis umzusetzen (Weis, 2001). Forschungsthemen beinhalten Fragestellungen zu psychosozialen Belastungen, zur Krankheitsverarbeitung und zu individuellen, familiären und sozialen Ressourcen. Die psychoonkologischen Unterstützungsangebote dienen dem Patienten, den Familienangehörigen und dem medizinischen Personal (Mehnert et al., 2003). Aufgabe der Psychoonkologie ist es, die Effekte, die Krebs und deren Behandlung auf den mentalen Status und das emotionale Wohlbefinden haben, zu erkennen (Jacobsen et al., 2012) und dagegen zu wirken durch die psychische Stabilisierung des Patienten, Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und Förderung der personalen und sozialen Ressourcen (Heckl et al., 2012). Konkrete Ziele stellen dabei die Reduktion der belastenden Symptome, die Verbesserung der Lebensqualität und ein adäquates Copingverhalten dar (Haeck et al., 2012). Die Bezeichnung „Psychoonkologe“ ist bis jetzt noch nicht geschützt (Haeck et al., 2012), dennoch muss eine Person, um qualifiziert für eine solche Arbeit zu sein, einige Voraussetzungen erfüllen. Eine Ausbildung als Mediziner, Psychologe oder

Sozialwissenschaftler, eine Weiterbildung in Psychotherapie, sowie 100 Stunden einer Psychoonkologie- Zusatzausbildung ist vonnöten (Singer et al., 2013). Es gab auch Bemühungen, Standards für die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten zu entwickeln, um einerseits eine angemessene Betreuung von Krebspatienten mit psychischer Komorbidität sicherzustellen und andererseits das notwendige Wissen und Können zur adäquaten Betreuung zu spezifizieren (Mehnert et al., 2003). Und so gibt es seit 2014 eine S3-Leitlinie psychoonkologischer Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie: psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, 2014).

2.2.2 Psychoonkologische Behandlungsansätze

Viele randomisierte und kontrollierte Studien, mit Schwerpunkt auf die Lebensqualität, bestätigen die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen (Faller et al., 2013; Mehnert et al., 2003). Vor allem ein frühzeitiges Angebot verbessert die Lebensqualität, erhöht die Compliance des Patienten und kann womöglich zu einer Überlebenszeitverlängerung beitragen (Haeck et al., 2012). Ein Patient erlebt im Verlauf seiner Krebserkrankung viel verschiedene Phasen und Situationen, wie die Diagnose an und für sich, die Therapie, die Nachsorge bzw. Rehabilitation, womöglich ein Rezidiv-Ereignis oder eine palliative Situation, in denen Behandlungsbedarf besteht (Heckl et al., 2012). Wichtig scheint die psychosoziale Unterstützung gerade auch in der Re-Entry-Phase zu sein. Die Re-Entry-Phase bezeichnet die Phase wenige Monate nach Abschluss der Therapie, in der die Patienten die sichere Umgebung der Behandlung verlassen und plötzlich auf sich alleine gestellt sind (Jacobsen et al., 2012).

Es gibt zwei verschiedene Versorgungskonzepte: Zum einen das Konzept des Konsils und zum anderen das des Liaisondienstes. Beim Konsil bittet der behandelnde Arzt den Psychoonkologen um Diagnostik und Betreuung, beim Liaisondienst ist der Psychoonkologe entweder regelmäßig oder dauerhaft auf der Station und nimmt selbstständig Kontakt zu allen Patienten auf (Heckl et al., 2012).

Die psychoonkologische Unterstützung kann in mehreren Bereichen stattfinden, unter anderem in der stationären onkologischen Rehabilitation, in der ambulanten Versorgung und in Krebsberatungsstellen. Es wurde allerdings festgestellt, dass in zertifizierten Krebszentren die Prozentzahl aller Patienten, die psychoonkologische Unterstützung erhalten, höher ist als in nicht-zertifizierten Krankenhäusern (Singer et al., 2013). Und

auch in den Rehabilitationskliniken ist der Anteil der psychoonkologisch versorgten Patienten durch die Integration der Psychoonkologie in die Behandlungskonzepte hoch (Bergelt et al., 2010).

Ziel der psychoonkologischen Rehabilitation ist die Verminderung der emotionalen Belastung und die Verbesserung der Lebensqualität. Dabei sind die unterschiedlichen Behandlungsansätze, breit gefächert: Es gibt reine Informationsveranstaltungen, Entspannungstechniken, wie zum Beispiel autogenes Training, progressive Muskelentspannung oder psychoedukative Unterstützungsangebote, sowie Paar- und Gruppentherapie, aber auch individuelle psychoonkologische Einzelgespräche sind möglich (Faller et al., 2013; Heckl et al., 2012).

Im Gruppenkonzept werden die Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern gestärkt für eine gemeinsame Auseinandersetzung mit existenziellen Problemen (Haack et al., 2012). Dabei gilt die Gruppentherapie als kosteneffektiv und bessert das psychosoziale Outcome unter anderem durch die Unterstützung bei der Entwicklung erfolgreicher Verarbeitungsstrategien (Nissim et al., 2012). Des Weiteren belegen mehrere Studien, dass Patienten, die regelmäßig an psychosozialen Gruppeninterventionen teilnehmen, über weniger Anspannungs- und Angstgefühle und einen Rückgang der Fatigue-Symptomatik berichten im Vergleich zu Krebserkrankten, die diese Form der psychoonkologischen Betreuung nicht wahrgenommen haben (Clark et al., 2003). Einzelgespräche sind meist bei großer, individueller Belastung vonnöten (Heckl et al., 2012), bieten jedoch auch eine Alternative für Patienten, die aus zeittechnischen bzw. logistischen Gründen sowie aufgrund physischer Symptomatik, wie Übelkeit und Fatigue, erschwerte Bedingungen für die Teilnahme an Gruppentherapien haben (Clark et al., 2003).

Dabei können durch individuelle Sitzungen die Stärken der einzelnen Patienten identifiziert werden und die Selbstwertschätzung erhöht werden, um Angstgefühle und depressive Symptome zu verringern (Clark et al., 2003). Diese Form der psychoonkologischen Unterstützung zeigt vor allem in der sechsmonatigen Phase posttherapeutisch den größten Effekt auf die Lebensqualität (Faller et al., 2013).

Der Vergleich von Gruppen- und Einzeltherapien zeigt: in beiden Fällen wird die Angst- und depressive Symptomatik verbessert mit erfolgreicher Reduktion der emotionalen Belastung und Verbesserung der Lebensqualität (Clark et al., 2003).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Studie, die bestätigt, dass - mit Ausnahme einer rein informativen Veranstaltung - alle oben genannten möglichen psychoonkologischen Behandlungsansätze kleine bis mittlere Effekte in Bezug auf die Verbesserung der emotionalen Belastung, Angst- und Depressions-Symptomatik, sowie die Lebensqualität haben. Außerdem kommt dieselbe Studie zu dem Schluss, dass eine längere Dauer der Behandlung vermutlich mit größeren und länger anhaltenden Effekten einhergeht (Faller et al., 2013).

Außerdem gibt es auch die Möglichkeit künstlerischer Therapien, wenn es zum Beispiel Patienten schwerfällt, emotionale Betroffenheit zu verbalisieren (Heckl et al., 2012).

Auch eine psychopharmakologische Behandlung bei Patienten mit mittel- bis schwergradigen Depressionen, kann manchmal indiziert sein (Reuter, 2010). Es werden auch Fortbildungen für das medizinische Personal angeboten zur Schulung psychosozialer Kompetenzen (Heckl et al., 2012), wie zum Beispiel verbesserter Kommunikationsfähigkeit (Jacobsen et al., 2012). Darüberhinaus spielt die Supervision für das medizinische Personal eine wichtige Rolle für die individuelle Entlastung und eine hohe Arbeitszufriedenheit (Weis, 2001).

In der ambulanten Versorgungssituation ist, im Sinne der supportiven Psychotherapie vor allem die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten notwendig, um die Diagnose, die Therapiemöglichkeiten und deren Aus- beziehungsweise Nebenwirkungen dem Patienten verständlich vermitteln, und der inadäquaten Krankheitsverarbeitung entgegensteuern zu können (Heckl et al., 2012). Die Patienten werden über bereitstehende Unterstützungsangebote informiert, die sie in Anspruch nehmen können (Weis, 2001).

Krebsberatungsstellen wurden für Patienten und deren Angehörigen eingerichtet, die sich nicht in stationärer Behandlung befinden. Auch sie besitzen ein breit gefächertes Aufgabenspektrum. Es werden Informationsvermittlung und Beratung, psychoedukative Maßnahmen bis hin zu Kriseninterventionen angeboten, und auch die Vermittlung weiterführender Hilfsangebote gehört zu den Aufgaben dieser Institutionen (Heckl et al., 2012). Eines dieser weiteren Hilfsangebote stellen die Selbsthilfegruppen dar, die psychosoziale Nachsorgeaufgaben mittragen können (Weis, 2001).

Die Krebsberatungsstellen sind niedrigschwellig konzipiert, das heißt Wohnortnähe, kurze Wartezeiten und gute Erreichbarkeit stehen im Vordergrund (Heckl et al., 2012).

Bundesweit ist jedoch noch keine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Vor allem ländliche Regionen sind, was Krebsberatungsstellen betrifft, bis jetzt unterversorgt (Heckl et al., 2012). Eine deutsche Studie hat herausgefunden, dass es auch große Unterschiede in den verschiedenen Krankenhäusern bezüglich der psychoonkologischen Versorgung gibt. In manchen Krankenhäusern der Studie erhielt kein einziger Patient psychoonkologische Unterstützung, in anderen wiederum jeder einzelne Patient (Singer et al., 2013). Und auch eine andere Studie kommt zu der Feststellung, dass immer noch viele Patienten die psychoonkologische Unterstützung nicht erreicht, die jedoch davon profitieren könnten (Jacobsen et al., 2012).

Nichtsdestotrotz konnte 2012 deutschlandweit auch ein Wachstum der psychoonkologischen Versorgung festgestellt werden (Singer et al., 2013).

2.2.3 Versorgungslage bei Brustkrebspatientinnen

Eine deutsche Studie stellte fest, dass der größte Anteil von Patienten, die psychoonkologisch betreut werden, in Brustkrebszentren gefunden werden (Singer et al., 2013) und auch ambulante Krebsberatungsstellen allgemein werden mehr von Frauen genutzt (Singer et al., 2011).

Voraussetzung für die Anerkennung eines zertifizierten Brustkrebszentrums ist unter anderem das Angebot psychoonkologischer Versorgung für alle Brustkrebspatientinnen (Giesler & Weis, 2009). Die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) ist ein Beispiel für die Entwicklung der Psychoonkologie in der Frauenheilkunde (Haack et al., 2012) und speziell für Brustkrebs wurden auch bereits Leitlinien formuliert. Ziel dieser Leitlinien ist es, eine angemessene Betreuung von Krebspatienten mit psychischen Belastungen oder Störungen sicherzustellen.

Allerdings sind bis jetzt nur wenige Leitlinien entwickelt worden. Probleme, die dabei eine Rolle spielen, sind die Unterschiedlichkeit in Diagnose, Behandlung und Verlauf der verschiedenen Tumorerkrankungen und die vielfältigen Angebotsmöglichkeiten psychosozialer Versorgung. Auch die Frage nach der Verantwortlichkeit bei der Leitlinienentwicklung muss gestellt werden (Mehnert et al., 2003).

Eine deutsche Studie machte sich unter anderem zum Ziel die aktuelle psychoonkologische Versorgung der Brustkrebspatienten in den Krankenhäusern darzustellen (Bergelt et al., 2010). Bei den meisten Einrichtungen, die in der Studie untersucht wurden, handelte es sich um Brustkrebszentren. Stationär wurden 2-100% (im median: 32,5%) der

Patienten psychoonkologisch betreut. Dabei wurden vorzugsweise Verhaltens- (81%) und Entspannungstherapien (72%) in Anspruch genommen. Außerdem wurde eine zunehmende Professionalisierung für die psychoonkologische Versorgung bei Brustkrebspatienten festgestellt.

2.3 Bedarf psychosozialer Unterstützung

2.3.1 Prävalenz

Das Bedürfnis wird unter anderem definiert als der Wunsch nach Mitteln oder Handlungen, die von Nutzen beziehungsweise erwünscht sind, um optimales Wohlbefinden zu schaffen (Sanson-Fisher et al., 2000). Dabei können verschiedene Bedeutungen für das Wort „Bedürfnis“ unterschieden werden: der Wunsch eines Patienten, das „empfundene Bedürfnis“, oder dessen Nachfrage nach Unterstützung, „das ausgedrückte Bedürfnis“ oder zum anderen die professionelle fachliche Einschätzung, der sogenannte „normative Bedarf“ (Faller et al., 2016 a).

In einer australischen Studie berichteten 37% aller befragten Krebspatienten sechs Monate nach Diagnosestellung über verschiedenste Bedürfnisse. Insgesamt 25 % wünschten sich dabei psychosoziale Unterstützung (Boyes et al., 2012). Ähnliche Ergebnisse werden auch in einer englischen Studie veröffentlicht. Demnach haben 30% aller befragten Krebspatienten unabhängig der Tumorentität fünf oder mehr Bedürfnisse zu den verschiedensten Themen am Ende der Therapie. Bei 60% dieser Patienten bestehen diese Bedürfnisse auch noch 6 Monate später (Armes et al., 2009). Eine belgische Studie, die ebenfalls die Prävalenz der Bedürfnisse von Krebspatienten untersuchte, unterscheidet dabei zwischen den Geschlechtern.

26 % der weiblichen und nur 11 % der männlichen Patienten äußern den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung (Merckaert et al., 2010). Sehr viel höhere Prävalenz-Zahlen für das Bedürfnis psychosozialer Unterstützung werden in einer belgischen Studie veröffentlicht, die Brustkrebspatienten unter sechs Monate nach erfolgter Therapie befragen. Demnach äußern 55,9 % der Brustkrebspatientinnen den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung (Pauwels et al., 2013).

Neben der psychosozialen Unterstützung gehören zu den Bereichen mit den höchsten Bedürfnissen außerdem die Hilfe im Rahmen der Patientenversorgung, die Informationsvermittlung, und Hilfe in der zwischenmenschlichen Kommunikation, so-

wie körperliche Unterstützung vor allem im Alltag (Armes et al., 2009; Lindop & Cannon, 2001).

2.3.2 Prädiktoren

Eine Studie aus Deutschland analysiert unter anderem Prädiktoren für das Bedürfnis psychosozialer Unterstützung und teilt diese dazu in drei Gruppen ein: die soziodemografische Variablen, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Ausbildung und Familienstand, der Karnofsky-Index, sowie Distress-Indikatoren, in dieser Studie gemessen anhand des Distress-Thermometers, mittels PHQ-9-Fragebogen oder mithilfe der Diagnosestellung einer psychischen Störung durch ein Interview. 32,1% der Krebspatienten in dieser Studie berichten über das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Davon sind jüngere Patienten, mit höherer Bildung, sowie mehr Frauen als Männer betroffen. Die Befragten, die verheiratet sind oder mit einem Partner zusammen leben, äußern im Gegensatz dazu seltener das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Auch die verminderte Leistungsfähigkeit, gemessen mittels der Karnofsky-Index, und alle oben genannten Distress-Indikatoren stellen sich in dieser Studie als signifikante Prädiktoren des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung heraus (Faller et al., 2016 a). Ähnliche Prädiktoren werden auch in einer englischen Studie beschrieben. Jüngerer Alter, lediger Familienstand, Anwesenheit von mehr Symptomen der Depressivität, Angst und Hoffnungslosigkeit, sowie weniger soziale Unterstützung, reduziertes Selbstwertgefühl und weniger geistiges Wohlbefinden führen zu höheren Bedürfnissen nach psychosozialer Unterstützung (Baker-Glenn et al., 2011). Weitere Einflussfaktoren sind schädliche Interaktionen mit dem Umfeld, schwere körperliche Symptome, Fatigue und eine verminderte Lebensqualität. Aber auch leugnende oder selbstvorwerfende Verarbeitungsstrategien sind assoziiert mit dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, ebenso wie die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, hohe psychosoziale Belastung und komorbide Depressivität oder Angstsymptome. Das Gefühl unzureichend über die Erkrankung informiert zu sein kommt noch wesentlich dazu (Fischbeck et al., 2015). Ebenso zeigt sich auch eine positive Einstellung zu psychosozialen Unterstützungsangeboten als wichtiger Einflussfaktor für das Bedürfnis und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Faller et al., 2016 b).

Eine weitere deutsche Studie wiederum erzielt lediglich für den reduzierten psychischen Gesundheitszustand und Mangel an Informationen über Unterstützungsangebote signifikante Ergebnisse als Prädiktoren des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung (Mehnert & Koch, 2008).

Auch eine andere Publikation kann keinen Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung feststellen, doch sie kommt zu dem Schluss, dass die Lebensqualität der stärkste Prädiktor zu sein scheint (Brix et al., 2008). Ebenso stellt die Anwesenheit von psychologischen Symptomen und psychischen Störungen keinen zwingenden Zusammenhang mit dem subjektiven Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung dar (Mehnert et al., 2012). Das wahrgenommene subjektive Bedürfnis an psychosozialer Unterstützung kann von der professionellen Einschätzung abweichen (Fischbeck et al., 2015). So stellt eine Studie aus Deutschland fest, dass 9 % der befragten Patienten einen normativen Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben, jedoch ungefähr 50% der Patienten, die unter dem Cut-Off-Wert liegen, berichten dennoch von einem subjektiven Bedürfnis. Demzufolge teilen Winzer et al. die Patienten in 4 Gruppen ein: die erste Gruppe ohne normativen Bedarf und ohne subjektives Bedürfnis, die zweite Gruppe mit normativen Bedarf und subjektiven Bedürfnis, eine dritte Gruppe mit subjektivem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, jedoch ohne normativen Bedarf und eine vierte Gruppe mit normativen Bedarf jedoch ohne subjektiven Bedürfnis nach psychosozialer Hilfeleistung (Winzer et al., 2009). Ähnliche Ergebnisse werden auch in einer anderen deutschen Studie veröffentlicht. Demnach nimmt etwa nur die Hälfte der befragten Patienten, die unter erhöhte psychische Belastung über dem Cut-off Wert leiden, ein subjektives Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung wahr. Während im Vergleich dazu ungefähr ein Fünftel bis ein Viertel der Patienten, die als nicht belastet eingestuft werden, dennoch ein subjektives Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern (Faller et al., 2016 b).

2.3.3 Barrieren der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung unterliegt einer komplexen, mehrstufigen Entscheidungsprozedur, die von der Wahrnehmung eines Problems bis zum Zugang professioneller Hilfe reicht (Fischbeck et al., 2015). Dabei können verschiedene Barrieren diesen Prozess behindern (Winzer et al., 2009).

Eine deutsche Studie findet heraus, dass 18,9% der befragten Krebspatienten den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angeben, jedoch lediglich 9,5 % psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen (Ernstmann et al., 2009). Auch eine andere Publikation aus Deutschland stellt fest, dass 59% der befragten Patienten ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen würden, zwei Drittel würden auch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, dennoch nutzt nur ein kleiner Teil der Patienten das Angebot (Faller et al., 2016 a). In einer anderen Studie, die die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten mit jungen Kindern untersucht, berichten sogar 73% der Befragten über ein subjektives Bedürfnis und dennoch nehmen tatsächlich nur 9% familienzentrierte Unterstützungsangebote in Anspruch (Ernst et al., 2013). Eine weitere Studie von Faller et al. gibt an, dass 30 - 50% der Patienten mit erhöhter Belastung den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung aussprechen. Nur 20 – 30% der befragten Patienten scheinen jedoch tatsächlich die Unterstützungsangebote wahrzunehmen (Faller et al., 2016 b).

Einige Barrieren von Seiten der onkologischen Ärzte und von Seiten der Patienten hindern die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung. So fehlt den Ärzten häufig die Zeit, das Wissen, die Fertigkeit sowie Mittel und Wege für eine adäquate Behandlung (Faller et al., 2016 a). Des Weiteren stehen vor allem in Akutkrankenhäusern die Akutbehandlung und der kritische Gesundheitszustand im Vordergrund, sodass die Integration der psychosozialen Betreuungs- und Unterstützungsangebote meist vernachlässigt wird (Mehnert et al., 2003). Außerdem wird der Bedarf der Patienten durch das medizinische Behandlungsteam häufig unterschätzt und infolgedessen werden die verschiedenen psychosozialen Behandlungsangebote den Patienten gegenüber nicht kommuniziert. Auch der Ablauf bezüglich der Überweisung an einen Psychoonkologen ist häufig unklar und die Mittel zur Finanzierung und Förderung möglicherweise nicht immer gegeben (Fischbeck et al., 2015).

Aber auch Barrieren von Seiten der Patienten können die Inanspruchnahme verhindern. So lehnen sie einige Patienten ab, weil sie aus ihrer Sicht adäquate Hilfestellung außerhalb der professionellen psychosozialen Unterstützungsangebote erhalten. Einige Patienten berichten von ihrem Gefühl von den Ärzten mit ihren Ängsten und Sorgen nicht wahrgenommen zu werden (Faller et al., 2016 a). Auch die Angst vor Stigmatisierung hält einige Patienten von der Inanspruchnahme ab (Fann et al., 2012). Aber auch

das Leben in einer Partnerschaft bzw. viel soziale Unterstützung im Umfeld senkt die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Faller et al., 2016 b).

Als weitere Barriere gilt auch die mangelnde Informationsvermittlung, die die Patienten über die Existenz psychosozialer Unterstützungsmöglichkeiten aufklärt (Eakin & Strycker, 2001). So berichtet eine amerikanische Studie darüber, dass ein Sechstel der befragten Patienten eine psychosoziale Hilfeleistung nicht in Anspruch genommen hat aufgrund des fehlenden Wissens über diese Angebote. Andere Studien berichten, dass sogar nur 10% der Befragten von ihrem Arzt über psychosoziale Unterstützungsangebote unterrichtet werden (Forsythe et al., 2013). Außerdem berichten Studien unter anderem davon, dass einige Patienten auch kein Vertrauen darin setzen, dass die Interventionen hilfreich sind, einige Patienten haben Probleme Zugang zu den Unterstützungsangeboten zu finden (Fischbeck et al., 2015; Winzer et al., 2009). Zuletzt bevorzugen einige Patienten jedoch auch das Gespräch mit ihrem behandelnden Arzt anstatt psychosoziale Unterstützungsangebote wahrzunehmen (Ernst et al., 2013).

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung I: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Zweittumor, oder Rezidiv) und dem Schweregrad der psychischen Belastung (GAD-7,PHQ-9) sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?

Hypothese I a): Patienten mit einem Zweittumor oder Rezidiv weisen einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung auf als Patienten mit einem Ersttumor.

Hypothese I b): Patienten mit einem Zweittumor oder Rezidiv geben häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an als Patienten mit einem Ersttumor.

Fragestellung II: Besteht ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index) und dem Schweregrad der psychischen Belastung (GAD-7,PHQ-9) sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?

Hypothese II a): Je niedriger der Karnofsky-Index ist umso höher ist der Schweregrad der psychischen Belastung.

Hypothese II b): Je niedriger der Karnofsky-Index ist umso größer ist der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung.

Fragestellung III: Besteht ein Zusammenhang zwischen der funktionellen sozialen Unterstützung, (SSUK 8), und dem Schweregrad der psychischen Belastung (GAD7,PHQ-9) sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?

Hypothese III a): Je geringer die funktionelle soziale Unterstützung ist, desto höher ist der Schweregrad der psychischen Belastung.

Hypothese III b): Je geringer die funktionelle soziale Unterstützung ist, desto größer ist der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung.

Fragestellung IV: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand bzw. dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und dem Schweregrad der psychischen Belastung(GAD-7,PHQ-9) sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?

Hypothese IV a): Nicht-verheiratete Patienten weisen einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung auf als verheiratete Patienten.

Hypothese IV b): Nicht-verheiratete Patienten geben häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an als verheiratete Patienten.

Hypothese IV c): Patienten ohne feste Partnerschaft weisen einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung auf als Patienten mit einer festen Partnerschaft.

Hypothese IV d): Patienten ohne feste Partnerschaft geben häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an als Patienten mit einer festen Partnerschaft.

Fragestellung V: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem Schweregrad der psychischen Belastung (GAD-7, PHQ-9) sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?

Hypothese V a): Patienten ohne Kinder weisen einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung auf als Patienten mit Kindern.

Hypothese V b): Patienten ohne Kinder geben häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an als Patienten mit Kindern.

Hypothese V c): Junge Patientinnen unter 40 Jahre mit Kindern weisen einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung auf.

Hypothese V d): Junge Patientinnen unter 40 Jahre mit Kindern geben häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an.

3. Methode

3.1 Studiendesign

Bei dem Forschungsprojekt aus dem die Daten für die vorliegende Bearbeitung der Fragestellungen erhoben werden, handelt es sich um die Baseline-Erhebung einer Längsschnittstudie.

Diese dient, unter anderem, der Erfassung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes, der Art und des Ausmaßes psychosozialer Belastungen, sowie der sozialen Unterstützung durch Familie und Angehörige. Zudem sollen Zusammenhänge zwischen erkrankungsbezogenen, soziodemografischen, psychosozialen und strukturellen Faktoren und der Inanspruchnahme, bzw. Ablehnung psychoonkologischer Betreuung erkannt werden.

Hintergrund der Studie ist die Etablierung einer strukturierten psychoonkologischen Versorgung in den Comprehensive Cancer Centers.

Finanziell gefördert wird das Forschungsprojekt von der deutschen Krebshilfe e.V. Die folgende Darstellung orientiert sich am unveröffentlichten Studienprotokoll der CCC-MC-Studie:

An dem Forschungsprojekt, das von der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg, unter der Leitung von Herrn Prof. J. Weis, geleitet wird, beteiligen sich insgesamt 12 Universitätskliniken in ganz Deutschland. Unter anderem nehmen die Universitäts-Frauenklinik, das Darmzentrum und die dermatologische Klinik in Würzburg mit jeweils vierzig Patienten teil. Die Probanden aus der Universitäts-Frauenklinik werden von der Verfasserin rekrutiert.

Es handelt sich hierbei um eine mehrzeitige Befragung. Der Patient erhält am Tag der Aufnahme (T0), bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt (T1), ein halbes Jahr (T2) und ein Jahr (T3) nach der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie, standardisierte Fragebögen. Die vorliegende Arbeit beruht lediglich auf den Daten der T1-Bögen bei Patientinnen mit Mamma-Karzinom, sowie 202, bereits in der Vergangenheit rekrutierte Brustkrebspatientinnen, aus Würzburg.

Diese Daten wiederum gehen aus einer multizentrischen Querschnittsstudie hervor, die die 4-Wochen-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz komorbider psychischer Störungen von Krebspatienten mit den häufigsten Tumorentitäten untersucht, sowie psychi-

schen Distress und das Bedürfnis an psychosozialer Unterstützung einschätzt. Rekrutiert werden die Patienten aus Akut-Krankenhäusern, ambulanten Versorgungszentren für Krebspatienten, sowie Rehabilitationszentren in Freiburg, Hamburg, Heidelberg, Leipzig und Würzburg. Das Koordinationszentrum dieser Studie sitzt in Hamburg. Ein weiteres Ziel dieser Studie ist das Untersuchen der Zusammenhänge zwischen der psychischen Komorbidität, dem psychosozialen Distress, den spezifischen Unterstützungsbedürfnissen, der Lebensqualität und der medizinischen Entscheidungsfindung der Krebspatienten. Außerdem wird in dieser Studie ebenso der Einfluss von demografischen, funktionellen sowie krankheits- und therapiebezogenen Risikofaktoren für das Auftreten von psychischer Komorbidität, psychosozialen Distress, spezifischen Unterstützungsbedürfnissen und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote näher betrachtet (Mehnert et al., 2012).

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Teilnahme zugelassen sind alle Patienten über 18 Jahre mit einer malignen Krebserkrankung. Dabei spielt die pathologische Entität und die Art der Erkrankung keine Rolle. Es kann sich hierbei sowohl um eine Erst- und Zweiterkrankung oder um ein Rezidiv handeln.

Zu den Ausschlusskriterien zählen - unter anderem - ungenügende Deutschkenntnisse und ein - zu diesem Zeitpunkt - kritischer Gesundheitszustand. Erlaubt die gesundheitliche Verfassung kein eigenständiges Ausfüllen der Fragebögen, so wird individuell abgewogen und gegebenenfalls Unterstützung durch die Verfasserin angeboten.

3.3 Studieninformation und Nicht-Teilnahme

Die Durchführung der Studie wird von der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg befürwortet mit folgender Referenznummer: 165/13-2.

Zu Beginn der Rekrutierung an der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg, erhielt jeder Patient, der die Einschlusskriterien erfüllte, am Tag der Aufnahme von den jeweiligen Stationsärzten ein Informationsblatt. In dieser Patienteninformation stehen wichtige Details über die Teilnahmebedingungen, den Inhalt und das Vorgehen der Befragung, sowie der Hinweis über die Möglichkeit des Patienten, jederzeit die Studie abubrechen. Eine mündliche Aufklärung erfolgte nach Aushändigung der Patienteninformation durch

die Verfasserin, und die Fragen der Patientinnen zu dieser Studie werden umfangreich beantwortet.

Bei Interesse unterschrieben die Patientinnen die Einverständniserklärung und gaben sie direkt ab, bzw. ließen diese nach kurzer Bedenkzeit von den Pflegekräften in ein, für die Studie vorgesehenes, Fach legen. Eine Kopie wurde in der jeweiligen Patientenakte hinterlegt.

Bei Ablehnung der Befragung dienten Nicht-Teilnahme-Bögen für den Vermerk. Diese wurden - bei Einverständnis des Patienten - unter Angabe der Begründung für die Ablehnung, der Tumorentität und des Datums der Ersterkrankung, sowie des Schulabschlusses der Patienten mit dem aktuellen Datum ausgefüllt.

3.4 Datenerhebung

Die Rekrutierung beschränkte sich am Anfang auf die postoperative Station der Frauenklinik. Diese erhielten noch am Tag der stationären Aufnahme, nach Ausfüllen der Einverständniserklärung, den ersten Fragebogen (T0). Beide Unterlagen wurden, auf den Patienten bezogen, entsprechend codiert und aufbewahrt.

In Absprache mit den Pflegekräften und Stationsärzten wurden die Patienten an dem Tag, an dem die Entlassung vorgesehen war, gebeten den zweiten Fragebogen (T1) zu beantworten und diesen im Arztzimmer hinterlegen zu lassen. Dort fand die Überprüfung der T1-Bögen auf Vollständigkeit und die Zuordnung der restlichen dazugehörigen Unterlagen statt. Komplettiert wurden die Unterlagen mit einem medizinischen Datenblatt, das von der Verfasserin ausgefüllt wurde. Dieses beinhaltet neben den medizinischen Daten bezüglich der Tumordiagnose aus den Krankenakten, den aktuellen Krankheits- und Funktionsstatus, sowie den Karnofsky Index und die aktuelle Behandlungssituation. Zudem wurde bei Beanspruchung des Psychoonkologischen Dienstes die Begründung für diesen Zugang vermerkt und der Bedarfs-Cut-off-Wert ermittelt.

Nach wenigen Wochen wurde die Patientenbefragung auf die gynäko-onkologische Station ausgeweitet. Diese dient unter anderem der Betreuung von Krebspatienten, die stationär einer Chemotherapie unterzogen werden. Die Aushändigung der Fragebögen erfolgte entsprechend wie oben beschrieben.

Zur Auswertung wurden die Unterlagen anschließend nach Freiburg versandt.

3.5 Messinstrumente

3.5.1 PHQ-9

PHQ (Patient Health Questionnaire) ist ein Messinstrument zum Screening von Depressivität und wurde 1999 von Spitzer et al. als eine neue Version des PRIME-MD (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders) für die Primärversorgung und für nicht psychiatrische Einrichtungen entwickelt (Gilbody et al., 2007).

Prime-MD war das erste diagnostische Instrument, das spezifische Störungen wie Depressionen, Angstzustände, Alkohol-Abusus, somatoforme Störungen und Essstörungen, anhand der DSM-III-R - (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition) und DSM-IV-Kriterien (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) feststellte. Während PRIME-MD ursprünglich die zwei Komponenten ‚Fragebogen‘ und ‚klinische Evaluation‘ beinhaltet, besteht PHQ lediglich aus einem Fragebogen (Spitzer et al., 1999).

PHQ-9 stellt einen Fragebogen mit 9 Items dar, der auf den DSM-IV-Kriterien bezüglich depressiver Störungen beruht und kann innerhalb weniger Minuten von dem Patienten selbst ausgefüllt werden. (Kroenke et al., 2001). Es beinhaltet folgende Themen:

Anhedonie, depressive Stimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit, Appetitveränderungen, Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Unruhe bzw. Verlangsamung, und Suizidgedanken (Gilbody et al., 2007).

Die Fragen werden für den Zeitraum der letzten zwei Wochen beantwortet. Jede Frage bietet 4 Antwortmöglichkeiten an: 0: überhaupt nicht, 1: an einzelnen Tagen, 2: an mehr als 50% der Tage, 3: jeden Tag. Insgesamt sind Summenscores von 0-27 zu erreichen. Bei einem Score von 0-4 liegen keine Anzeichen für Depressivität vor, bei Scores zwischen 5 und 9, bzw. 10 und 14 ist von geringfügigen bzw. mittelschweren depressiven Symptomen auszugehen, und Scores >15 zeigen Hinweise auf eine Major Depression. Je höher die Scores, desto geringer der funktionelle Status, desto mehr Krankheitstage und desto mehr Spätkomplikationen (Kroenke et al., 2001).

Der Cut-off-Wert wird kontrovers diskutiert. Die meisten Studien schlagen einen Cut-off-Wert von 10 vor, bei einer Sensitivität von 88 bis 98% und einer Spezifität von 80 bis 88% (Gilbody et al., 2007; Gilbody et al., 2007; Kroenke et al., 2001; Rief et al., 2004), andere wiederum zum Beispiel einen Wert von 11 (Löwe et al., 2004 b) oder 12 (Hansson et al., 2009).

PHQ gilt in vielen Studien als ein zuverlässiges und valides Instrument (Hansson et al., 2009; Lowe et al., 2004 c) mit einer internen Konsistenz von Cronbach's α 0,89 (Kroenke et al., 2001) bzw. 0,88 (Löwe et al., 2004 b).

Verglichen mit anderen Screening-Instrumenten weist PHQ-9 unter anderem bessere Spezifität und prädiktive Eigenschaften auf als GHQ-12 (General Health Questionnaire) oder WHO-5 (WHO well-being Index) (Rief et al., 2004).

Von ähnlichen Ergebnissen berichtet eine Studie, die bezüglich des Vergleichs von PHQ und HADS herausfand, dass PHQ allgemein depressive Störungen tendenziell besser und Hinweise auf eine Major Depression signifikant besser aufzeigt, als HADS (Löwe et al., 2004 b). In einer anderen Studie stuft PHQ im Schnitt 30% mehr Patienten als depressiv ein als HADS (Hospital Anxiety and Health Scale) (Hansson et al., 2009).

PHQ-9 kann nicht nur zum Screening auf eine Depression verwendet werden, sondern ist auch in der Lage den zeitlichen Verlauf zu beurteilen. Denn Veränderungen in den Scores korrelieren mit Veränderungen in der Depressionsdiagnostik. Somit kann PHQ-9 auch effizient zur Therapieüberwachung angewendet werden. (Löwe et al., 2004 a).

3.5.2 GAD-7

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 7 Fragen, die sich auf die DSM-IV- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) und ICD-10-Kriterien (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) für generalisierte Angststörungen beziehen (Spitzer et al., 2006) .

Es gibt für jede Frage - vergleichbar mit PHQ-9 - 4 Antwortmöglichkeiten: 0: Gar nicht, 1: an manchen Tagen, 2: über 50% des Tages, 3: fast jeden Tag. Dementsprechend sind Werte von 0-21 zu erreichen. Durch diese Art der Auswertung ist nicht nur ein Screening auf eine generalisierte Angststörung möglich, sondern auch die Beurteilung des Schweregrades. Spitzer et al., 2006 schlägt hierfür folgende Einteilung vor: Bei einem Score von 0-4 ist von einer geringen Ausprägung auszugehen, ein Score von 5-9, bzw. 10-14 spricht für eine mild bzw. moderat ausgeprägte Angst, Werte über 15 sind ein Indiz für schwere Angst. Die gleiche Studie schlägt auch einen Cut-Off-Point von 10 vor bei einer Sensitivität von 89 % und einer Spezifität von 82%. Die Reliabilität liegt bei Cronbach's α 0,92 und die Test-Retest-Reliabilität bei 0,83. (Spitzer et al., 2006).

Der Fragebogen ist im Original englischsprachig (Spitzer et al., 2006), deswegen beschäftigte sich Löwe et al., 2008 unter anderem mit der Validierung in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Reliabilität liegt bei Cronbach's α 0,89. GAD-7 kann somit auch als valides und effizientes Messinstrument in der Allgemeinbevölkerung angesehen werden (Löwe et al., 2008), das nicht nur zuverlässig Hinweise eine generelle Angststörungen gibt, sondern sich auch für das Screening auf posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen und soziale Angststörungen eignet (Kroenke et al., 2007).

3.5.3 SSUK- 8

Revenson et al. stellten 1991 fest, dass es nicht nur hilfreiche Unterstützung von Freunden und Familie gibt, sondern auch problembehaftete Interaktionen, die zu zunehmender Depressivität führen können. Deshalb bedarf es einer Messmethode, die sowohl die positiven, als auch negativen Aspekte der sozialen Unterstützung erfasst (Revenson et al., 1991). Ein derartiges Screeninginstrument wurde 1990 von Revenson und Schiaffino für chronisch erkrankte Patienten entwickelt: der Illness-specific Social Support Scale (ISSS), bestehend aus zwei Skalen mit 20 Items, die 1992 auf 37 Items durch Weiterentwicklung erweitert wurden.

2003 erfolgte eine deutschsprachige Adaptation des ISSS, genannt SSUK (Skalen zur sozialen Unterstützung bei Krankheit) (Müller et al., 2004), mit dem Ziel, dass dieser Fragebogen sowohl die positive Unterstützung, als auch die belastenden Interaktionen in einer eigenen Skala beinhalten sollte. Die 8-Item-Kurzversion davon wird in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Mit Rücksicht auf die geringe Belastung der chronisch erkrankten Patienten, sollte der Fragebogen leicht und schnell zu bearbeiten sein. Die SSUK-Langversion besteht aus 24 Items, die aus der Kurz- und Langfassung des Originalfragebogens entnommen wurden (Ramm & Hasenbring, 2003). 15 Items stellen die emotionale, selbstwertbezogene, informationale und praktische Unterstützung dar, 9 Items schließen Überforderung, Überfürsorglichkeit, Pessimismus, Herunterspielen, Einmischung und negative emotionale Reaktionen der Interaktionspartner mit ein (Ullrich & Mehnert, 2010). Die Items werden auf einer 5-stufigen Linkert-Skala: „nie, selten, manchmal, häufig, immer“ beantwortet (Müller et al., 2004).

Die Reliabilität des SSUK liegt für die positiven Interaktionen bei Cronach's α 0,91 – 0,94 und für die belastenden Interaktionen bei Cronbach's α 0,73 – 0,76, mit guter kriteriums- und konstruktbezogener Validität (Frick et al., 2006; Müller et al., 2004; Ramm & Hasenbring, 2003).

Müller et al., 2004 geben Hinweise, dass der SSUK-Fragebogen auch in einer gekürzten Version für den praktischen Klinikalltag geeignet sein könnte. Ullrich et al., 2010 beschäftigte sich unter anderem mit der psychometrischen Validierung einer 8-Item-Kurzversion der SSUK. Die 8 Items wurden aus der 24-Item-Langform mit Inhalten der unterstützenden und belastenden Interaktionen mit wenig inhaltlichen Überschneidungen entnommen. Die Reliabilität liegt bei Cronbach's α 0,9 für positive und Cronbach's α 0,68 für negative Interaktionen. Auch wenn SSUK-8 schlechtere Kennwerte für die belastenden Interaktionen aufweist, so wird der Grenzwert von Cronbach's α 0,7 nur minimal unterschritten. Die Belastung für den Patienten ist mit der gekürzten Version jedoch geringer und die Teilnahmebereitschaft dadurch vergrößert.

Demnach ist das Gesamtergebnis laut dieser Studie akzeptabel und SSUK-8 als valides und reliables Messinstrument wird für den Einsatz im klinischen Alltag empfohlen (Ullrich & Mehnert, 2010).

3.5.4 Gesprächs- und Unterstützungsbedürfnis

Um den Betreuungsbedarf der Patienten aus der hier vorliegenden Studie näher erfassen zu können, wurden folgende 3 Fragen an die Studienteilnehmer gerichtet, die sich bereits in früheren Studien bewährt haben (Faller et al., 2003; Mehnert et al., 2012):

Zu der ersten Frage „Haben Sie zur Zeit den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen?“ gab es 5 verschiedene

Antwortmöglichkeiten. Diese Variable wurde während der Auswertung der Ergebnisse in eine dichotome Variable, namens „Gesprächswunsch“ transformiert. Dabei wurden die Antworten „überhaupt nicht“, und „ein wenig“ zu „kein Gesprächswunsch (0)“ und „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“ zu „Gesprächswunsch“ (1) zusammengefasst.

Die Antwortmöglichkeiten der beiden anderen Fragen: „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ und „Hatten Sie seit Beginn Ihrer Krebserkrankung ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“ lauteten von Beginn an „ja“ oder „nein“.

3.5.5 Soziodemografische und medizinische Variablen

Medizinische Informationen über die Tumordiagnose, unter anderem die Art der aktuellen Erkrankung, ob es sich um eine Erst-, Zweiterkrankung oder ein Rezidiv handelt, wurden aus der Krankenakte entnommen und auf einem medizinischen Datenblatt erfasst. In demselben Dokument wurde auch der Karnofsky-Index festgehalten. Es handelt sich dabei um ein weit verbreitetes Messinstrument, das unter anderem die Leistungsfähigkeit in Bezug auf Alltagsaktivitäten somatisch erkrankter Patienten beurteilt, und auch posttherapeutische Fortschritte evaluiert.

Die Einschätzung erfolgt über Werte von 0-100% . Dabei gilt der Wert von 0 als „tot“ und der Wert von 100 als „normale Aktivität ist möglich, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung“(Mehnert et al., 2012).

Die soziodemografischen Variablen Alter, Familienstand, Partnerschaft und Kinder wurden mithilfe eines Fragebogens, auf Selbsteinschätzung basierend, ermittelt.

3.6 Statistische Analyse

Die statistische Auswertung erfolgt über das Statistikprogramm IBM SPSS Statistic Standards 23.0 (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) für die MacOS-Version.

Für die Hypothesen, die dichotome Variablen enthalten, werden deskriptiv absolute und prozentuale Häufigkeiten angegeben und zur Überprüfung des Zusammenhangs der Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Zusammenhänge zwischen kontinuierlichen Variablen werden mit bivariaten Korrelationen geprüft (Korrelationskoeffizient nach Pearson).

Gruppenunterschiede auf kontinuierlich abhängigen Variablen werden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft. Außerdem wird die Effektstärke (Cohen's d) und ihr 95%-Konfidenzintervall der Gruppenunterschiede berichtet.

Das Signifikanzniveau wird auf $p < 0,05$ festgesetzt.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

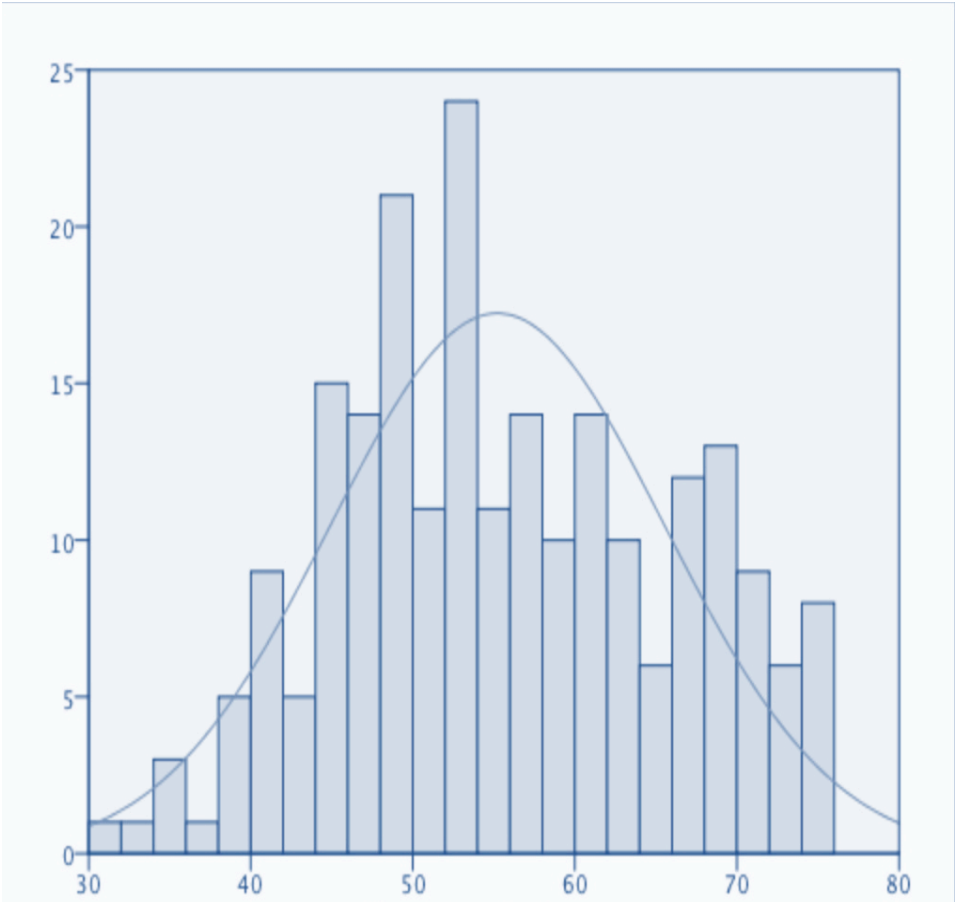
Im Zeitraum von November 2013 bis Mai 2014 wurde im Rahmen einer multizentrischen Studie, die von der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg aus geleitet wurde, 41 Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren von der Verfasserin an der Universitätsfrauenklinik in Würzburg rekrutiert. Davon flossen Ergebnisse, unter der Voraussetzung der Vollständigkeit der Daten und der Diagnose „Brustkrebs“, von 27 Patientinnen in die Auswertung mit ein, sowie Resultate von 202, bereits in der Vergangenheit rekrutierte Brustkrebspatientinnen aus Würzburg.

Im Folgenden wird die Gesamtstichprobe näher beschrieben. Da nicht alle der insgesamt 229 Patienten zu jeder Variable lückenlose Antworten gegeben haben, variieren die Gesamtzahlen der Stichprobe.

Die Mehrheit der Patienten (80,6%) ist zwischen 41 und 69 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt liegt bei 55,22 Jahren (Abbildung 1).

Abbildung 1: Alter der Patienten

**Anzahl
der
Patientinnen**



Alter der Patientinnen

Weitere soziodemografische Charakteristika sind in den Tabellen 1 bis 4 dargestellt.

Tabelle 1: Höchster Schulabschluss

	n	Prozent
Volksschul- oder Hauptschulabschluss	99	43,2
Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule	87	38,0
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)	10	4,4
Abitur (Hochschulreife)	29	12,7
kein/anderer Schulabschluss	1	0,4

Tabelle 2: Familienstand

	n	%	
Gültig	ledig	20	8,7
	verheiratet	164	71,6
	geschieden	18	7,9
	verwitwet	15	6,6
	Gesamt	217	94,8
Fehlend	12	5,2	
Gesamt	229	100,0	

Tabelle 3: Partnerschaft

	n	%	
Gültig	nein	35	15,3
	ja	170	74,2
	Gesamt	205	89,5
Fehlend	24	10,5	
Gesamt	229	100,0	

Tabelle 4: Vorhandensein von Kindern

	n	%	
Gültig	nein	44	19,2
	ja	175	76,4
	Gesamt	219	95,6
Fehlend	10	4,4	
Gesamt	229	100,0	

Zusammengefasst sind die meisten Befragten verheiratet, bzw. leben in einer Partnerschaft und haben Kinder. Lediglich 7 (3,1%) der 220 Patientinnen sind unter 40 Jahre alt und haben Kinder. Zudem sind vor allem Patientinnen mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss und Mittlerer Reife vertreten.

Krankheitsbezogene Eigenschaften sind in den Tabellen 5 bis 9 zusammengefasst.

Tabelle 5-1 TNM-Klassifikation: Tumorgröße

	n	%
Tis	6	2,9
T1	91	43,6
T2	82	39,2
T3	9	4,3
T4	9	4,3
keine Beurteilung möglich	12	5,7
Gesamt	209	100
Fehlende Angaben:	20	

Tabelle 5-2 TNM-Klassifikation: Lymphknotenbefall

	n	%
N0	91	45,0
N1	72	35,6
N2	24	11,9
N3	8	4,0
NX	7	3,5
Gesamt	202	100
Fehlende Angaben	27	

Tabelle 5-3 TNM-Klassifikation: Metastasierung

	n	%
M0	162	81,8
M1	21	10,6
MX	15	7,6
Gesamt	198	100
Fehlende Angaben	31	

Tabelle 6: UICC-Klassifikation

	n	%
0	7	3,1
1	40	17,9
2	85	37,9
3	31	13,8
4	21	9,4
unklar	40	17,8
Gesamt	224	100
Fehlende Angaben	5	

Tabelle 7: aktueller Krankheitsstatus

	n	%
Remission/tumorfrei	140	61,6
Teilremission/nicht tumorfrei	14	6,2
Progress	27	11,9
stabile Erkrankung	17	7,5
nicht beurteilbar	29	12,8
Gesamt	227	100
Fehlende Angaben	2	

Tabelle 8: Aktuelle Behandlungssituation

	n	%
kurativ	182	82,7
palliativ	22	10,0
derzeit nicht beurteilbar	16	7,3
Gesamt	220	100
Fehlende Angaben	9	

Tabelle 9: Behandlung

	abgeschlossen in %	laufend in %	geplant in %	nicht zutreffend in %	n	Fehlende Angaben (n)
Operation	87,6	-	1,8	10,6	217	12
Chemotherapie	29	38,8	8,4	23,8	214	15
Strahlentherapie	31,9	34,3	14,1	19,7	213	16
Antihormonelle Therapie	4,7	28,6	8,5	58,2	213	16
Andere	1,5	8,7	2,5	87,2	195	34

Bezüglich der Art der aktuellen Erkrankung leiden 177 Patientinnen (78,0%) unter einer Ersterkrankung, lediglich 17 Patientinnen (7,5%) geben einen Zweittumor, bzw. 33 Patientinnen (14,5%) ein Rezidiv an. Angaben von 2 Patientinnen fehlen.

Aufgrund der ungleichen Verteilung der Anzahl und demzufolge der geringen Aussagekraft, wird die Variable „Art der Erkrankung“ in eine dichotome Variable „Ersterkrankung“ umgewandelt. Dabei werden „Rezidiv“ und „Zweiterkrankung“ zu „keine Ersterkrankung“ (0) zusammengefasst, und die Kategorie der Ersterkrankung bleibt bestehen.

Demzufolge leiden 78% unter einer Ersterkrankung, und nur 22 % unter einem Rezidiv bzw. einer Zweiterkrankung.

Ähnliches gilt für den Karnofsky-Index: Bei der Verteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index) und Schweregrad der psychischen Belastung, fällt auf, dass eine vergleichsweise geringe Anzahl an Patienten Werte des Karnofsky-Index unter 80% angegeben haben. Lediglich für 3 Patientinnen (1,3%) trifft der Karnofsky-Index von 50%, für 1 Patientin (0,5%) der Index von 60%, und für 5 Patientinnen der Index von 70% (2,2%), zu. 29 Patientinnen (12,8%) haben einen Karnofsky-Index von 80%, 89 Patientinnen (39,2%) einen Index von 90% und 100 Patientinnen (44,0%) den Karnofsky-Index von 100%. Fehlende Angaben sind bei 2 Patientinnen zu vermerken.

Aufgrund der ungleichen Verteilung wird auch hier eine neue dichotome Variable geschaffen. Dabei werden die Indizes 50%, 60%, 70% und 80% zusammengefasst zu „verminderte Leistungsfähigkeit“ (0), dies trifft für 16,8% aller Patienten zu, und die Indizes 90% und 100% zu „keine verminderte Leistungsfähigkeit“. (83,2% aller Patienten).

Die Verteilung der positiven Unterstützung und belastenden Interaktionen im sozialen Umfeld der befragten Patientinnen sind in Tabelle 10 zusammengefasst:

Tabelle 10: Verteilung der positiven Unterstützung und belastenden Interaktionen

	n	M	SD
SSUK Positive Unterstützung	225	13,10	3,36
SSUK Belastende Interaktionen	224	4,08	3,44

SSUK: Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit

Der Wert für positive soziale Unterstützung (M = 13,1) ist deutlich höher als derjenige für belastende Interaktionen in ihrem sozialen Umfeld. (M = 4,08).

4.2 Prädiktoren bezüglich Schweregrad der psychischen Belastung und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung

Tabelle 11 stellt die durchschnittliche psychische Belastung, gemessen anhand des PHQ-9- und GAD-7-Fragebogens dar.

Tabelle 11: Schweregrad der psychischen Belastung bei den befragten Patientinnen

	n	M	SD
PHQ-9	222	7,12	4,83
GAD-7	223	5,97	4,51

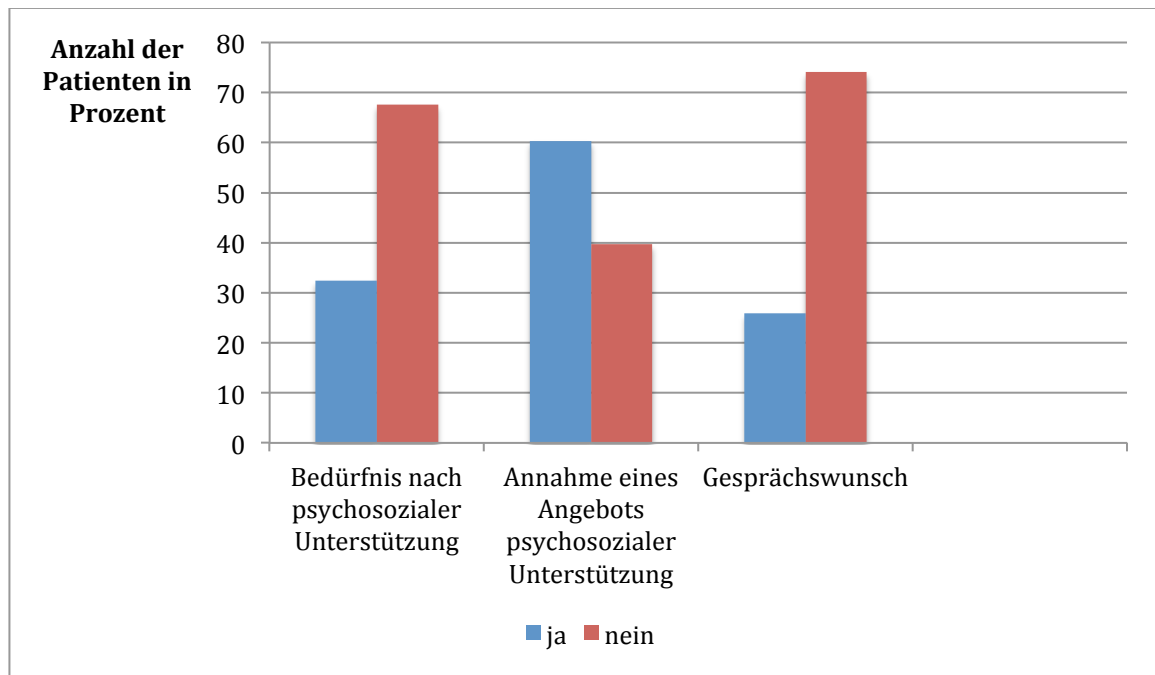
PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Aus der oben genannten Tabelle geht hervor, dass - bei einem Mittelwert des PHQ-9-Fragebogens über Depressionen von 7,12 - von einer durchschnittlich leichtgradigen Depressivität auszugehen ist. Der Mittelwert des GAD-7-Fragebogens über Angst weist auf eine im Durchschnitt mild ausgeprägte Angstsymptomatik hin (M = 5,96).

Um den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei den Patientinnen zu ermitteln, werden hierzu 3 verschiedene Fragen gestellt: Die erste Frage lautet: „Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“, die zweite Frage bezieht sich darauf, ob Patienten ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen würden. Die dritte Frage „Haben Sie den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen?“, ist die einzig kontinuierliche Variable, mit fünf Antwortmöglichkeiten. Diese Variable wird in eine dichotome Variable, namens „Gesprächswunsch“ transformiert. Dabei werden die Antworten „überhaupt nicht“, und „ein wenig“ zu „kein Gesprächswunsch (0)“ zusammengefasst, und „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“ zu „Gesprächswunsch“(1).

Die Angaben über die Häufigkeiten in Prozent sind in Abbildung 2 ersichtlich:

Abbildung 2: Prozentuale Angaben über den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung



4.2.1 Art der Erkrankung

Wie bereits in der Stichprobenbeschreibung erwähnt, erfolgte aufgrund zu geringer Einzelwerte die Transformation der Variable „Art der Erkrankung“ in eine dichotome Variable mit dem Namen „Ersterkrankung“. Diese neue umgewandelte Variable wird nun auch für die Fragestellung des Zusammenhangs zwischen der Art der Erkrankung und dem Schweregrad der psychischen Belastung verwendet (Tabelle 12).

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Schweregrad der psychischen Belastung

	Ersterkrankung	n	M	SD	p	d	95% KI
Depressivität PHQ-9	ja	171	7,06	4,72	0,59	0,09	-0,23 bis 0,40
	nein	49	7,48	5,24			
Angst GAD-7	ja	173	5,82	4,22	0,34	0,18	-0,14 bis 0,50
	nein	48	6,65	5,45			

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Der Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Schweregrad der psychischen Belastung ist nicht signifikant.

Auch bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Art der Erkrankung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung wird mit der transformierten Variable „Ersterkrankung“ gerechnet.

Für die Frage „Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung“, liegen die Ergebnisse in Tabelle 13 vor.

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

		Ersterkrankung			p
		Nein	Ja	Gesamt	
Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?	Nein	29	108	137	0,95
		67,4%	67,9%	67,8%	
	Ja	14	51	65	
		32,6%	32,1%	32,2%	
		100%	100%	100%	

Der Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant.

Bei der Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ liegen Daten von insgesamt 151 Patienten mit Ersterkrankung vor. Davon bejahten 90 Patienten (59,6%) die Frage, 61 Patienten (40,4%) verneinten sie. 26 (63,4%) von insgesamt 41 Patienten ohne Ersterkrankung würden das Angebot annehmen, die restlichen 15 (36,6%) nicht. Der Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und der Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant ($p=0,66$).

Wie Abschnitt „Stichprobenbeschreibung“ erwähnt, erfolgte die Transformierung der kontinuierlichen Variablen bezüglich des Wunsches, mit Jemandem über die psychische Belastung durch die eigene Erkrankung zu sprechen in die dichotome Variable „Gesprächswunsch“. Hierzu liegen folgende Ergebnisse vor (Tabelle 14):

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Art der Erkrankung und dem Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung durch die eigene Erkrankung zu sprechen

		Ersterkrankung		Gesamt	p
		Nein	Ja		
Gesprächs- wunsch	Nein	33	128	161	0,36
		68,8%	75,3%	73,9%	
	Ja	15	42	57	
		31,2%	24,7%	26,1%	
		100%	100%	100%	

Der Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Wunsch mit Jemandem über die psychische Belastung zu reden, ist nicht signifikant

4.2.2 Körperliche Funktionsfähigkeit

Wie in der Stichprobenbeschreibung erwähnt, wird für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Karnofsky-Index und dem Schweregrad der psychischen Belastung statt der Variable „Karnofsky-Index“ die dichotome Variable „Karnofsky_Index“ verwendet (Tabelle 15).

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen der Alltagsaktivität und dem Schweregrad der psychischen Belastung

	Karnofsky_Index	n	M	SD	p	d	95% KI
PHQ-9	nein	38	9,74	5,19	0,00	0,68	0,33 bis 1,04
	ja	182	6,52	4,58			
GAD-7	nein	36	7,36	5,32	0,08	0,37	0,02 bis 0,73
	ja	185	5,68	4,32			

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Der p-Wert von $<0,001$ weist auf einen signifikanten, negativen Zusammenhang zwischen der Alltagsaktivität und PHQ-9-Fragebogen über Depression hin, mit einer mittleren bis großen Effektstärke.

Der Zusammenhang zwischen der Alltagsaktivität und dem GAD-7-Fragebogen über Angst ist zwar nicht signifikant (p-Wert = 0,08), jedoch ist von einem gewissen Trend zum negativen Zusammenhang mit kleinerer bis mittelgroßer Effektstärke auszugehen.

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index) und der Frage nach dem Bedürfnis psychosozialer Unterstützung liegen in Tabelle 16 vor. Auch hier, sowie in den folgenden zwei Fragen, wird mit der transformierten Variable „Karnofsky_Index“ gerechnet.

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen der Alltagsaktivität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

		Alltagsaktivität			p
		Nein	Ja	Gesamt	
Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?	Nein	19	117	136	0,19
		57,6	69,2%	67,3%	
Ja	14	52	66		
	42,4%	30,8%	32,7%		
		100%	100%	100%	

Der Zusammenhang zwischen der körperlichen Funktionsfähigkeit (Karnofsky-Index) und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant.

Ähnliches gilt für die Frage „Würden Sie in Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“.

Von den insgesamt 33 Patienten mit einem Karnofsky-Index < 90% würden 21 Patienten (63,3%) dieses Angebot annehmen, die restlichen 12 Patienten (36,4%) nicht. Bei den insgesamt 159 Patienten, deren Karnofsky-Index > 90% liegt, bejahen 95 Patienten (59,7%) die Frage, 64 Patienten (40,3%) verneinen diese.

Der Zusammenhang zwischen der körperlichen Funktionsfähigkeit (Karnofsky-Index) und der Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant (p= 0,68).

Zuletzt wurde der Zusammenhang zwischen der körperlichen Funktionsfähigkeit (Karnofsky-Index), gerechnet mit der transformierten Variable Karnofsky_Index, und dem Wunsch mit Jemandem über die psychischen Belastung zu sprechen, gerechnet mit der transformierten Variable „Gesprächswunsch“, beschrieben.

10 (29,4%) der insgesamt 34 Patienten mit einem Karnofsky-Index < 90% geben das Bedürfnis mit Jemandem über die psychische Belastung zu sprechen an, 24 Patient (70,6%) nicht. Dagegen bejahen lediglich 47 Patienten (25,5%) der insgesamt 184

Patienten mit einem Karnofsky-Index > 90% den Gesprächswunsch, während 137 Patienten (74,5%) ihn verneinen.

Der Zusammenhang zwischen der körperlichen Funktionsfähigkeit (Karnofsky-Index) und dem Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen ist nicht signifikant ($p = 0,64$).

4.2.3 Funktionelle soziale Unterstützung

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen der funktionellen Unterstützung (SSUK 8) und dem Schweregrad der psychischen Belastung liegen in Tabelle 17 vor.

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen der funktionellen sozialen Unterstützung und dem Schweregrad der psychischen Belastung

		SSUK Positive Unterstützung	SSUK Belastende Interaktionen
PHQ-9 Depressivität	r	-0,06	0,21
	p	0,35	0,002
	n	219	218
GAD-7 Angstsymptomatik	r	-0,17	0,14
	p	0,01	0,04
	n	221	220

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder, SSUK: Skalen zur sozialen Unterstützung bei Krankheit

Es ist ein signifikanter, schwach bis mittelstarker Zusammenhang zwischen den belastenden Interaktionen in der funktionellen Unterstützung und dem PHQ-9-Fragebogen bezüglich Depression, sowie ein signifikanter, schwacher Zusammenhang zwischen den belastenden Interaktionen und dem GAD-7-Fragebogen über Angst festzustellen. Der Zusammenhang zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und dem PHQ-9-Fragebogen über Depression hingegen ist nicht signifikant mit einer negativen, sehr schwachen Korrelation. Jedoch ist zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und dem GAD-7-Fragebogen über Angst ein signifikanter, negativer Zusammenhang mit schwach bis mittelstarker Effektstärke vorhanden.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung stellt sich kein signifikantes Ergebnis heraus ($p = 0,25$). 138 Patienten verneinen ein Bedürfnis ($M = 13,26$, $SD = 3,49$), 64 Patienten bejahen. ($M = 12,67$, $SD = 3,16$, $d = 0,17$, $KI = -0,12$ bis $0,47$). Ähnliches gilt auch für den Zusammenhang zwischen den negativen Interaktionen der funktionellen sozialen Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. 138 Patienten haben kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ($M = 3,78$, $SD = 3,66$) und lediglich 64 Patienten geben ein Bedürfnis an ($M = 4,62$, $SD = 3,17$, $d = 0,24$, $95\% KI = -0,06$ bis $0,54$). Das Ergebnis ist nicht signifikant ($p = 0,12$).

Tabelle 18 stellt den Zusammenhang zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und deren negativen Interaktionen mit der Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ dar.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und deren negativen Interaktionen mit der Annahme eines Angebotes zur psychosozialen Unterstützung

	Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?	n	M	SD	p	d	95% KI
SSUK Positive Unterstützung	Nein	77	13,08	3,88	0,72	0,05	-0,24 bis 0,34
	Ja	115	13,26	3,01			
SSUK Belastende Interaktionen	Nein	77	3,83	3,94	0,37	0,13	-0,16 bis 0,42
	Ja	113	4,31	3,41			

SSUK: Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit

Der Zusammenhang ist sowohl für die positive funktionelle Unterstützung als auch für die negativen Interaktionen der funktionellen Unterstützung nicht signifikant.

56 Patienten mit positiver funktioneller Unterstützung äußern den Wunsch mit jemandem zu sprechen (M = 12,96, SD = 3,63) und 161 Patienten verneinen (M = 13,12, SD = 3,29, d = 0,05, 95%-KI = -0,26 bis 0,35). Es ist von einem nicht-signifikanten Zusammenhang auszugehen (p = 0,77).

Bei Patienten mit belastenden Interaktionen in der funktionellen Unterstützung geben 56 Patienten den Wunsch an mit Jemandem über die psychische Belastung zu sprechen, (M = 4,28, SD = 3,33), 161 Patienten lehnen dies ab (M = 4,05, SD = 3,48, d = 0,07, 95% KI: -0,24 bis 0,37).

Eine Signifikanz ist nicht festzustellen (p = 0,66).

4.2.4 Familienstand und feste Partnerschaft

Der Zusammenhang zwischen dem Familienstand und dem Schweregrad der psychischen Belastung ist nicht signifikant. Sowohl bei dem GAD-7-Fragebogen über Angst ($p = 0,68$) als auch bei dem PHQ-9-Fragebogen über Depression ($p = 0,96$). (Tabelle 19).

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen dem Familienstand und dem Schweregrad der psychischen Belastung

	Verheiratet	n	M	SD	p	d	95% KI
PHQ-9	Nein	51	7,06	4,11	0,96	0,01	-0,31 bis 0,32
	Ja	159	7,02	4,79			
GAD-7	Nein	52	6,21	4,29	0,68	0,07	-0,25 bis 0,38
	Ja	160	5,91	4,51			

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Die Frage „Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“ wurde auf verheiratete Patienten, im Vergleich zu unverheirateten Patienten hin untersucht. 99 (67,3%) der verheirateten Patienten verneinten ein Bedürfnis, 48 (32,7%) bejahten. Im Vergleich dazu gaben 14 unverheiratete Patienten (29,2%) ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung an und 34 (70,8%) lehnten dieses Bedürfnis ab. Der Zusammenhang zwischen dem Familienstand und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant ($p = 0,65$).

Die Ergebnisse bezüglich der Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ im Zusammenhang mit dem Familienstand sind in Tabelle 20 zusammengefasst.

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Annahme des Angebots psychosozialer Unterstützung

		Verheiratet		Gesamt	p
		Nein	Ja		
Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung?	Nein	17	56	73	0,90
		38,6%	39,7%	39,5%	
	Ja	27	85	112	
		61,4%	60,3%	60,5%	
		100%	100%	100%	

Eine Signifikanz ist nicht festzustellen ($p = 0,90$).

In Bezug auf den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung wurde zuletzt die Frage „Haben Sie den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen?“, mit verheirateten und unverheirateten Patienten verglichen. 119 verheiratete Patienten (75,3%) verneinten, lediglich 39 (24,7%) bejahten den Wunsch.

Im Vergleich dazu, äußerten 16 unverheiratete Patienten (30,2%) den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen, 37 (69,8%) lehnten dies ab. Auch hier ist der Zusammenhang nicht signifikant ($p = 0,43$).

Neben dem Familienstand, wurde auch die dichotome Variable „Partnerschaft“ in Zusammenhang mit der psychischen Belastung überprüft (Tabelle 21).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und dem Schweregrad der psychischen Belastung

	Partnerschaft	n	M	SD	p	d	95% KI
PHQ-9	Nein	35	6,94	4,47	0,91	0,02	-0,34 bis 0,39
	Ja	163	7,05	4,89			
GAD-7	Nein	34	6,59	4,29	0,27	0,21	-0,16 bis 0,58
	Ja	166	5,68	4,42			

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und dem Schweregrad der psychischen Belastung ist nicht signifikant.

Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung untersucht.

Auf die Frage „Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“ antworteten 22 (66,7%) von den insgesamt 33 Patienten ohne feste Partnerschaft mit nein, 11 (33,3%) mit ja. 104 Patienten in einer festen Partnerschaft (69,8%) lehnten das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ab, 45 Patienten (30,2%) bestätigten dieses Bedürfnis. Eine Signifikanz ist nicht festzustellen ($p = 0,72$).

Die Ergebnisse der Antworten auf die Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ in Bezug auf das Vorhandensein einer Partnerschaft liegen in Tabelle 22 vor.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und der Annahme des Angebots psychosozialer Unterstützung

		Partnerschaft		Gesamt	p
		Nein	Ja		
Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?	Nein	11	57	68	0,63
		35,5%	40,1%	39,3%	
	Ja	20	85	105	
		64,5%	59,9%	60,7%	
		100%	100%	100%	

Der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Partnerschaft und der Annahme des Angebots psychosozialer Unterstützung ist nicht signifikant.

Die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Partnerschaft und dem Wunsch mit Jemandem über die psychische Belastung zu sprechen besteht, wird im Folgenden untersucht.

12 (34,3%) der insgesamt 35 Patienten ohne feste Partnerschaft geben einen Gesprächswunsch an, 23 (65,7%) nicht. Von den insgesamt 164 Patienten in einer festen Partnerschaft bejahen 37 (22,6%) die Frage, 127 (77,4%) verneinen diese.

Bei einem p-Wert von 0,14 liegt kein signifikanter Zusammenhang vor.

4.2.5 Vorhandensein von Kindern

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem Schweregrad der psychischen Belastung sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem Schweregrad der psychischen Belastung

	Kinder	n	M	SD	p	d	95% KI
PHQ-9	Nein	42	7,89	4,85	0,17	0,23	-0,10 bis 0,57
	Ja	170	6,80	4,61			
GAD-7	Nein	44	6,75	4,55	0,12	0,27	0,07 bis 0,60
	Ja	170	5,60	4,20			

PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder

Der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem PHQ-9-Fragebogen über Depression ist nicht signifikant ($p = 0,17$).

Ähnliches ist auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem GAD-7-Fragebogen über Angst festzustellen. Auch hier ist von keiner Signifikanz auszugehen ($p = 0,12$).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und dem Vorhandensein von Kindern gaben 27 (69,2%) von den insgesamt 39 Patienten ohne Kinder an, kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu haben, lediglich 12 (30,8%) bestätigten dieses Bedürfnis. Ähnliche Zahlen liegen für die Patienten mit Kindern vor: 108 (68,8%) von den insgesamt 157 Patienten verneinen, 49 Patienten (31,2%) bejahen die Frage.

Der Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und dem Vorhandensein von Kindern ist demnach nicht signifikant ($p = 0,96$).

In Tabelle 24 sind die Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und der Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ zusammengefasst.

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und der Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung

		Kinder			p
		Nein	Ja	Gesamt	
Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?	Nein	10	65	75	0,09
		27,8%	43,3%	40,3%	
	Ja	26	85	111	
		72,2%	56,7%	59,7%	
		100%	100%	100%	

Der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und der Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung ist zwar nicht signifikant, dennoch kann von einer schwachen Tendenz ausgegangen werden ($p < 0,1$).

Zuletzt wurden die Unterschiede des Wunsches mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen zwischen den Patienten mit und ohne Kinder näher untersucht. Von den insgesamt 43 Patienten ohne Kinder verneinten 32 Patienten (74,4%) einen Gesprächswunsch, 11 (25,6%) bejahten diesen. Ähnliche prozentuale Ergebnisse ergaben sich bei den 170 Patienten mit Kindern. 127 Patienten (74,7%) lehnten einen Gesprächswunsch ab, 43 (25,3%) gaben an, gerne mit Jemandem über die psychische Belastung zu sprechen.

Der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und dem Wunsch mit Jemandem über die psychische Belastung zu sprechen ist nicht signifikant ($p = 0,97$).

Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von jungen Patienten unter 40 Jahren mit Kindern und dem Schweregrad der psychischen Belastung näher untersucht. Bezüglich des PHQ-9-Fragebogens erreichten die oben genannten Patientinnen einen durchschnittlichen Gesamtscore von 6. Dies spricht für eine geringfügige depressive Symptomatik. Auch im Rahmen des GAD-7-Fragebogens schei-

nen die Patientinnen unter 40 Jahren mit Kindern lediglich unter einer gering ausgeprägten Angstsymptomatik zu leiden (M=8,10).

Zuletzt wurde ermittelt ob der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei jungen Patienten unter 40 Jahren mit Kindern größer ist als bei jüngeren Patienten unter 40 Jahren ohne Kinder bzw. älteren Patienten.

Auf die Frage „Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“ bestätigten 3 der insgesamt 6 jungen Patienten mit Kindern dieses Bedürfnis, die restlichen 3 verneinten. Auf die Frage „Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?“ antworteten 2 der Patientinnen unter 40 Jahren mit ja, 4 würden das Angebot einer solchen Unterstützung nicht annehmen.

Bei der Frage „Haben Sie den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung zu sprechen?“ lehnen 4 der insgesamt 7 jungen Patienten unter 40 Jahre mit Kindern einen Gesprächswunsch ab, 3 bestätigen diesen.

Angesichts der zu kleinen Fallzahlen von jungen Patientinnen unter 40 Jahren mit Kindern konnten diesbezüglich die Hypothesen nicht geprüft werden.

5. Diskussion

5.1 Ziel der Studie

In der vorliegenden Arbeit sollen in Bezug auf Brustkrebspatientinnen die Zusammenhänge zwischen der Art der Erkrankung, der körperlichen Leistungsfähigkeit, der funktionellen sozialen Unterstützung, dem Familienstand und dem Vorhandensein von Kindern mit dem Schweregrad der psychischen Belastung, sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung untersucht werden.

Hierfür dienen als Messinstrumente der PHQ-9-Fragebogen zum Screening von Depressivität, das GAD-7-Selbstbeurteilungsinstrument in Bezug auf generalisierte Angststörungen, SSUK-8 zur Erfassung der sozialen Unterstützung im Umfeld, sowie Fragen zum Betreuungs- und Unterstützungsbedürfnis. Medizinische Daten werden aus der Krankenakte entnommen.

Bezüglich der Stichprobenbeschreibung liegt der Altersdurchschnitt der 229 befragten Patientinnen bei 55,22 Jahren. Davon leben 74,2% in einer Partnerschaft und 76,4% haben Kinder. Bei 77,3% der befragten Patientinnen handelt es sich um eine Ersterkrankung, bei 21,8% entweder um ein Rezidiv oder eine Zweiterkrankung. 83,3% berichten, dass eine Alltagsaktivität noch möglich sei, lediglich 16,7% leiden unter einer mangelnden Funktionalität. Insgesamt wird mehr positive Unterstützung mit einem Mittelwert von 13,10 als belastende Interaktionen im sozialen Umfeld wahrgenommen ($M=4,08$).

Bezüglich der abhängigen Variablen liegen folgende deskriptive Statistiken vor:

Die Ergebnisse des GAD-7-Fragebogens über Angst weisen bei den befragten Brustkrebspatientinnen auf eine im Durchschnitt mild ausgeprägte Angstsymptomatik hin ($M = 5,96$), mit einer Standardabweichung von 4,83. Bei einem Mittelwert des PHQ-9-Fragebogens von 7,12, ist von einer durchschnittlich leichtgradigen Depressivität auszugehen ($SD= 4,51$).

32,4% aller befragten Patientinnen bejahen das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, 67,7% verneinen. Wohingegen 60,3% ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen würden, lediglich 39,7 lehnen ab. Den Wunsch mit Jemandem über die psychische Belastung durch die Brustkrebserkrankung zu sprechen, geben 25,9% an, 74,1% äußern dieses Bedürfnis nicht.

Signifikante Ergebnisse werden lediglich für die verminderte Leistungsfähigkeit, d.h. Karnofsky-Index unter 90%, bzw. die nicht verminderte Leistungsfähigkeit, d.h. Kar-

nofsky Index von 90 bis 100% und dem PHQ-9-Fragebogen zur Erfassung der Depressivität festgestellt.

Außerdem zeigen auch die belastenden Interaktionen aus dem SSUK-8-Fragebogen einen signifikanten, schwachen bis mittleren Zusammenhang mit dem PHQ-9-Fragebogen zur Erfassung der Depressivität. Zudem kann auch ein signifikanter, schwacher Zusammenhang mit dem GAD-7-Fragebogen zur Erfassung generalisierter Angststörungen festgestellt werden.

Alle anderen untersuchten Variablen: die Art der Erkrankung, der Familienstand, die Partnerschaft oder das Vorhandensein von Kindern weisen weder zur psychischen Belastung noch zum Unterstützungsbedürfnis einen signifikanten Zusammenhang auf. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen im Einzelnen diskutiert.

5.2 Zusammenhänge mit der psychischen Belastung und dem Unterstützungsbedürfnis

5.2.1 Art der Erkrankung

Die erste Fragestellung beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung, ob es sich um eine Ersterkrankung, einen Zweittumor oder ein Rezidiv handelt und dem Schweregrad der psychischen Belastung, sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung. Aufgrund der geringen Prozentzahl an Patienten, die unter einem Zweittumor mit 7,4%, beziehungsweise einem Rezidiv mit 14,4%, leiden, wird die Variable „Art der Erkrankung“, wie in der Stichprobenbeschreibung näher erläutert, in die dichotome Variable „Ersterkrankung“ mit „ja vs. nein“ umgewandelt und für die Berechnungen verwendet. Weder auf den Schweregrad der psychischen Belastung noch auf den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung kann ein signifikanter Einfluss festgestellt werden. Damit werden die Hypothesen, dass Patienten mit einem Zweittumor, beziehungsweise Rezidiv einen höheren Schweregrad der psychischen Belastung aufweisen und häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angeben, widerlegt.

Diese Ergebnisse stimmen mit einer Studie überein, die in krebsbezogenen Variablen keine signifikanten Prädiktoren für Depressivität feststellen kann (Bardwell et al., 2006). Und auch ein Review kommt zu dem Ergebnis, dass medizinische Variablen, wie zum Beispiel die Tumorbehandlung oder das Stadium der Erkrankung, keinen

signifikanten Einfluss auf die Depressivität und die Lebensqualität haben (Reich et al., 2008).

Ebenso stellt ein systematischer Überblick empirischer Studien aus Deutschland fest, dass doppelt so viel Studien keinen signifikanten Einfluss des Krankheitsstadiums auf die psychische Belastung gefunden haben wie Studien, die für einen solchen Zusammenhang sprechen (Aschenbrenner et al., 2003).

Dennoch gibt es auch einige Studien, die die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigen. In einer Publikation von Cohen et al., in der unter anderem die psychische Belastung von Brustkrebspatientinnen mit einer Erstdiagnose im Vergleich zu Rezidiv-Patientinnen untersucht wird, erzielt die Rezidiv-Gruppe insgesamt signifikant höhere Werte für Depressivität und Angstsymptome. Dabei scheint die Wahrnehmung der Patientinnen, dass man aufgrund des Rezidivs eine schlechtere Überlebenschance hat, eine zentrale Rolle zu spielen (Cohen, 2002). Die genannte Studie nutzte jedoch einen anderen Fragebogen zur Erfassung der psychischen Belastung als die vorliegende Arbeit, wodurch ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich ist. Außerdem ist die Verteilung der Werte mit 39 Patienten, die unter einer Ersterkrankung leiden und 41 Patienten mit einem Rezidiv mit den Werten der vorliegenden Arbeit nicht zu vergleichen. Zudem kommt auch eine deutsche Publikation zu dem Schluss, dass unter anderem das Rezidiv zu den signifikanten Prädiktoren in Bezug auf die psychische Belastung, genannt werden kann (Singer et al., 2012). Auch in dieser Studie wurde mit anderen Messmethoden, dem HADS-Fragebogen, die psychische Belastung der befragten Patienten ermittelt (abweichend zur vorliegenden Arbeit). Zudem sind auch hier die Populationen in Bezug auf die Tumorentität unterschiedlich. In der genannten Arbeit wurden Patienten mit Hals- und Kopftumoren befragt, im Gegensatz zu Brustkrebspatienten. Ähnliche Ergebnisse werden von einer japanischen Studie veröffentlicht, die die Prävalenz psychischer Störungen bei Brustkrebspatientinnen mit einem ersten Rezidiv untersucht hat. Demnach erfüllen 42% der Patientinnen die Kriterien einer depressiven Störung oder Anpassungsstörung, womit die Rate laut ihren Angaben höher liegt als bei Patientinnen mit einer Ersterkrankung. Ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten psychischer Störungen scheint ein erkrankungsfreies Intervall unter 24 Monaten zu sein (Okamura et al., 2000). Allerdings wurde die psychische Störung mithilfe eines Interviews untersucht. Wohingegen in der vorliegenden Arbeit die psychische Belastung mittels PHQ-9- und GAD-7-Fragebogen ermittelt wird.

Zusammenfassend scheinen die medizinischen Variablen insgesamt bezüglich des Einflusses auf die psychische Belastung zu widersprüchlichen Ergebnissen zu kommen, sodass weitere Studien notwendig sein werden.

In Bezug auf den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung deckt sich das Ergebnis der vorliegenden Arbeit mit mehreren Studien. Eine deutsche Studie kann keinen Zusammenhang zwischen der fortgeschrittenen Tumorerkrankung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Melanom-Patienten feststellen (Fischbeck et al., 2015). Zudem kann eine Publikation, die das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis bei Brustkrebspatienten untersucht, die Art der Erkrankung nicht als signifikanten Prädiktor für den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung identifizieren (Siedentopf et al., 2010).

Auch eine andere Arbeit kommt zu dem Schluss, dass ein Rezidiv oder multiple Krebserkrankungen keinen Einfluss auf den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Patienten jeglicher Tumorentität haben (Forsythe et al., 2013). Und während eine fortgeschrittene Erkrankung als signifikanter Prädiktor für die psychische Komorbidität festgestellt werden konnte, fehlte in derselben Studie dennoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung (Mehnert & Koch, 2008). Außerdem äußern nicht nur Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung einen psychosozialen Betreuungswunsch. Es entspricht viel mehr der Tatsache, dass Patienten in einem frühen Tumorstadium am häufigsten nach psychosozialer Unterstützung fragen (Singer et al., 2007).

Eine Studie aus Deutschland wiederum kommt - im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit - zu dem Ergebnis, dass Patienten, die sich nicht in Remission befinden, höhere psychosoziale Bedürfnisse haben. (Rabe & Braun, 2002). Allerdings wurde mit anderen Messmethoden der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung der Patienten erfasst, sodass ein direkter Vergleich mit der vorliegenden Arbeit nur mit Vorsicht vorzunehmen ist. Zudem werden in dieser Publikation Patienten jeglicher Tumorentität befragt. In der vorliegenden Arbeit beschränkt sich die Population jedoch nur auf Brustkrebspatientinnen, von denen über 75% unter einer Ersterkrankung leiden. Damit ist die Variabilität stark eingeschränkt und die Ergebnisse dadurch nur bedingt aussagekräftig.

Eine Überprüfung unter anderem auch dieser Variable in Bezug auf den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung wäre in größerem Rahmen wünschenswert (Rabe & Braun, 2002).

5.2.2 Karnofsky-Index

Die zweite Fragestellung der vorliegenden Arbeit behandelt den Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit, gemessen mithilfe des Karnofsky-Indexes und dem Schweregrad der psychischen Belastung beziehungsweise dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung. Auch hier wird für die Berechnungen aufgrund zu geringer Einzelwerte für die jeweiligen Wertungen des Karnofsky-Indexes die ursprüngliche Variable „Karnofsky-Index“ in die dichotome Variable „Karnofsky_Index“ mit „Alltagsaktivität möglich“ für alle Patienten mit dem Index 90% beziehungsweise 100% vs. „mangelnde Funktionalität im Alltag“ mit den Patientinnen, die in den Wertungen 50%, 60%, 70% oder 80% erhalten, umgewandelt.

Ein signifikant negativer Zusammenhang kann zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem PHQ-9-Fragebogen über Depressivität mit $p < 0,01$ von mittlerer bis großer Effektstärke festgestellt werden. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem GAD-7-Fragebogen über ängstliche Symptome ist keine Signifikanz nachzuweisen, jedoch von einem gewissen Trend mit einem p-Wert von 0,08 zu berichten.

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Depressivität und dem Karnofsky-Index stimmen mit einer Studie überein, die ebenfalls die psychische Belastung von Krebspatienten mittels des PHQ-9-Fragebogens untersucht. Sie stellt signifikant häufiger eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit höherer Belastung fest (Ell et al., 2005), auch ein systematisches Review kommt zu einem ähnlichen Schluss. Wesentlich mehr Studien bezüglich Depressivität und Angst-Symptomen schätzt die eingeschränkte Funktionsfähigkeit als signifikanten Risikofaktor ein, als Studien, die keine signifikante Zusammenhänge feststellen können (Aschenbrenner et al., 2003). Ähnliche Ergebnisse stellt eine Studie vor, die die Validität des PHQ-9-Fragebogens überprüft. Auch diese Arbeit sieht einen signifikanten starken Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und den PHQ-9-Werten (Kroenke et al., 2001). Doch nicht nur bei psychischen Belastungen, sondern auch bei der Untersuchung der psychischen Störungen wird in mehreren Studien ein signifikanter Zusammenhang

zur körperlichen Funktionsfähigkeit festgestellt (Akechi et al., 2004; Wilson et al., 2007). Außerdem konnte in einer Studie, die unter anderem die psychische Belastung bei Lungenkrebspatienten untersucht, festgehalten werden, dass der Karnofsky-Index nicht nur invers mit der psychischen Störung korreliert, sondern auch positiv mit einer aktiven Verarbeitungsstrategie (Faller et al., 1999). Eine andere Publikation kann keinen Zusammenhang zwischen der körperlichen Funktionsfähigkeit und dem Grad der Depressivität feststellen. Allerdings ist ein direkter Vergleich dieser Studie mit der vorliegenden Arbeit nur eingeschränkt möglich, da für die Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit dem ECOG-Score gearbeitet wurde, anstatt - wie in der vorliegenden Arbeit - mit dem Karnofsky-Index (Walker et al., 2006). Zudem wurden Patienten mit Lungenkrebs nach einer chirurgischen Behandlung befragt, während in der vorliegenden Arbeit Brustkrebspatientinnen herangezogen wurden. Diese unterschiedlichen Populationen lassen nur bedingt einen direkten Vergleich zu. Eine andere Studie untersuchte die generalisierte Angststörung mittels eines strukturierten klinischen Interviews. Sie stellte fest, dass Patienten mit einer diagnostizierten generalisierten Angststörung signifikant geringere Karnofsky-Wertungen erhalten (Spencer et al. 2010). In der vorliegenden Arbeit ist hierzu nur ein gewisser Trend zu beobachten. Allerdings wird in der besagten Studie die psychische Störung gemessen und nicht die psychische Belastung, des weiteren werden bei jener Befragung Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung hinzugezogen. Diese Selektion wird in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen.

Die Hypothese, dass umso größer der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung ist, desto niedriger der Karnofsky-Index, kann nicht bestätigt werden. Weder für den Wunsch, mit jemandem zu reden, noch für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, noch für die Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung kann ein signifikanter Zusammenhang mit der körperlichen Leistungsfähigkeit festgestellt werden.

Eine Studie aus Deutschland berichtet ebenfalls, dass der Karnofsky-Index als unabhängige Variable für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung nicht signifikant ist (Faller et al., 2016 b).

Auch eine Publikation aus Spanien untersucht unabhängige Variablen für 4 verschiedene Arten von Unterstützung. Weder mit der instrumentalen, noch mit der affektiven oder der strukturellen Unterstützung und entgegen der Erwartungen auch nicht mit der

emotionalen Unterstützung korreliert der Karnofsky-Index signifikant (Costa-Requena et al., 2015). Ähnliche Ergebnisse werden in einer deutschen Studie beschrieben, die die psychosozialen Bedürfnisse bei stationären Tumorpatienten untersucht. Auch hier ist der Karnofsky-Index kein signifikanter Prädiktor für die emotionale Unterstützung (Rabe & Braun, 2002).

Eine andere Arbeit untersuchte Prädiktoren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung von Frauen im Vergleich zu Männern. Auch in diesem Fall ist der Karnofsky-Index weder bei den weiblichen noch bei den männlichen Patienten ein signifikanter Prädiktor (Merckaert et al., 2010).

Jedoch gibt es auch Studien, die durchaus einen signifikanten Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem wahrgenommenen Bedürfnis an psychosozialer Unterstützung beschreiben (Faller et al., 2016 a). Jedoch ist ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich. Während in der Publikation von Faller et al. eine gemischte Population befragt wird, werden in der vorliegenden Arbeit lediglich Brustkrebspatientinnen einbezogen. Im Vergleich zu einer gemischten Population liegt bei den Brustkrebspatientinnen in der vorliegenden Arbeit eine geringere Varianz des Karnofsky-Index vor. Denn die meisten Patientinnen sind körperlich wenig beeinträchtigt.

Ein weiterer möglicher Grund für den fehlenden Zusammenhang stellt eine deutsche Studie dar. Sie stellt fest, dass depressive Symptome sowohl mit der psychischen als auch mit der physischen Lebensqualität korreliert, während bei dem Karnofsky-Index ein wesentlich stärkerer Zusammenhang mit der physischen und geringer mit der psychischen Lebensqualität besteht (Faller et al., 2015).

5.2.3 Funktionelle soziale Unterstützung

Auch der Zusammenhang zwischen der funktionellen sozialen Unterstützung und dem Schweregrad der psychischen Belastung sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung wird in der vorliegenden Arbeit untersucht. Aufgeteilt wird die soziale Unterstützung in die positive Unterstützung und belastende Interaktionen und mithilfe des SSUK-Fragebogens gemessen. Die Ergebnisse stimmen mit der Hypothese, dass je höher die psychische Belastung umso geringer die soziale Unterstützung ist, nur bedingt überein.

Lediglich in Bezug auf die belastenden Interaktionen besteht sowohl für die depressiven Symptome - gemessen mithilfe des PHQ-9-Fragebogens - ein schwach bis mittelstarker, als auch die Ängstlichkeit - gemessen mittels des GAD-7-Fragebogens - ein schwacher signifikanter Zusammenhang.

Ähnliche Ergebnisse stellt eine Studie dar, die den SSUK-Fragebogen an einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen testtheoretisch überprüft und validiert. Auch hier wird unter anderem eine hohe Korrelation mit mittlerer Effektstärke zwischen den belastenden Interaktionen und den Variablen Angst, depressiver Verarbeitungsstil und psychischer Gesundheit festgestellt (Müller et al., 2004). Eine andere Publikation untersuchte die positive und negative Unterstützung - ebenfalls gemessen mithilfe des SSUK-Fragebogens - an Patienten mit Stammzell- oder Knochenmarktransplantationen. Diese Studie kam zu dem Schluss, dass vor allem belastende Interaktionen in Zusammenhang stehen mit geringerer emotionaler Belastbarkeit (Frick et al., 2006). Eine Publikation, in der die Angststörungen bei Krebspatienten näher behandelt wird, berichtet ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit den negativen Aspekten der sozialen Unterstützung (Stark et al., 2002).

Allgemein berichten sehr viele Studien von der sozialen Unterstützung als signifikanter Prädiktor für die psychische Belastung bzw. die psychische Störung. Alle diese Arbeiten unterscheiden allerdings nicht zwischen der positiven sozialen Unterstützung und den belastenden Interaktionen (Bardwell et al., 2006; Burgess et al., 2005; Huang & Hsu, 2013; Reich et al., 2008; Singer et al., 2012; Wilson et al., 2007).

Einen möglichen Grund für den Zusammenhang zwischen den belastenden Interaktionen und der psychischen Belastung beschreibt eine Publikation aus Frankreich. Sie vermutet, dass die belastenden Interaktionen der sozialen Unterstützung die schädigenden krebsbezogenen Gedanken erhöhen (Boinon et al., 2014).

Auch mit der ursächlichen Wirkung der sozialen Unterstützung an sich beschäftigen sich einige Studien. Dabei wird vermutet, dass die soziale Unterstützung möglicherweise wie ein Puffer pathogene Effekte von Stressoren auflöst (Carpenter et al., 2010) beziehungsweise schädigende Gedanken und die Suche nach dem Grund der Krebserkrankung vermindert (Roberts et al., 2006).

Einige Studien bestärken diese Hypothesen mit ihren Ergebnissen, so auch eine deutsche Publikation. Denn sie beschreibt nicht nur einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Angst, Depressivität, posttraumatischen Belastungsstörungen

und den belastenden Interaktionen, sondern auch einen inversen Zusammenhang mit der positiven Unterstützung (Mehnert et al., 2010). Allerdings liegen die Mittelwerte für die positive soziale Unterstützung im Vergleich zu den belastenden Interaktionen nicht so weit auseinander wie in der vorliegenden Arbeit. Die Variabilität ist damit deutlich höher in dieser Studie. Zudem werden lediglich Patienten mit einer Prostata-Krebserkrankung befragt, wodurch ein direkter Vergleich mit der vorliegenden Arbeit, die sich auf Brustkrebspatientinnen beschränkt, nur bedingt möglich ist.

Eine andere Publikation stellt ebenfalls nicht nur die belastenden Interaktionen, sondern auch die positive soziale Unterstützung als signifikanten Prädiktor für die psychische Belastung dar (Mehnert & Koch, 2008). In dieser Studie werden lediglich Brustkrebspatientinnen mit einer Langzeitüberlebensrate befragt. Diese Selektion wird in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen, sodass auch diese Populationen nur bedingt vergleichbar sind.

Ein systematisches Review, das Prädiktoren für die psychische Beeinträchtigung und Störung bei Patienten mit Tumorerkrankungen untersucht, kann lediglich in der Hälfte der näher betrachteten Studien einen signifikanten Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung feststellen. Der systematische Überblick zieht daraus das Fazit, dass der Zusammenhang insgesamt hiermit unklar bleibt (Aschenbrenner et al., 2003).

Die Hypothese wiederum, dass je geringer die funktionelle soziale Unterstützung desto größer der Betreuungswunsch, kann durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Weder für den Gesprächswunsch, noch für das Bedürfnis mit jemandem zu reden, noch für die Annahme eines Angebots nach Unterstützung, kann ein signifikanter Zusammenhang mit der funktionellen Unterstützung festgestellt werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Studie, die verschiedene Prädiktoren für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei Patienten jeglicher Tumorentität untersucht hat. Auch diese konnte keinen signifikanten Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung feststellen (McDowell et al., 2011). Zudem kommt eine deutsche Publikation, die unter anderem den Wunsch und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung untersucht, zu ähnlichen Ergebnissen. Auch hier wird die soziale Unterstützung nicht als signifikanter Prädiktor für den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung identifiziert (Mehnert & Koch, 2008).

Im Gegensatz dazu gibt es jedoch auch einige Studien, die durchaus signifikante Zusammenhänge feststellen können. So beispielsweise eine Arbeit, die psychosoziale

Bedürfnisse bei Melanom-Patienten untersucht. Hier steigt der Bedarf psychosozialer Unterstützung mit schädigenden Interaktionen. Nicht signifikant wiederum ist der Zusammenhang mit der positiven sozialen Unterstützung (Fischbeck et al., 2015). Allerdings wird ein anderer Fragebogen zur Erfassung des Bedarfs nach psychosozialer Unterstützung verwendet, wodurch ein direkter Vergleich mit der vorliegenden Arbeit nur eingeschränkt möglich ist. Zudem werden - wie oben angemerkt - Patienten mit einer anderen Tumorentität als in der vorliegenden Arbeit befragt.

Zu genau gegensätzlichen Ergebnissen als die Studie von Fischbeck et al. gelangt eine deutsche Publikation, die die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung untersucht. Dabei wird eine negative signifikante Korrelation zwischen der Inanspruchnahme und der positiven sozialen Unterstützung beschrieben. Allerdings kann ein signifikanter Zusammenhang mit den schädigenden Interaktionen nicht festgestellt werden (Faller et al., 2016 b). Die unterschiedlichen Ergebnisse der Studie mit der vorliegenden Arbeit können auf die unterschiedliche Population zurückgeführt werden. In dieser untersuchten Population werden nicht nur Brustkrebspatientinnen befragt, sondern Patienten jeglicher Tumorentität. Dadurch ist ein direkter Vergleich mit der vorliegenden Arbeit nur mit Vorsicht vorzunehmen.

Eine deutsche Studie untersucht den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. Sie kommt zu dem Schluss, dass der Betreuungswunsch vor allem dann existiert, wenn das Ausmaß an psychosozialen Belastungen die individuelle Verarbeitungskapazität übersteigt und nicht genügend soziale Unterstützung vorherrscht (Singer et al., 2007). Die unterschiedlichen Ergebnisse mit der vorliegenden Arbeit könnten auf die unterschiedlichen Populationen bezüglich der Tumorentitäten zurückgeführt werden. Dennoch kommt zu ähnlichen Ergebnissen auch eine Studie, die unter anderem die psychosozialen Bedürfnisse bei stationären Tumorpatienten untersucht. Auch hier wird die wahrgenommene soziale Unterstützung als signifikanter Prädiktor für den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung identifiziert (Rabe & Braun, 2002). Allerdings wird in dieser Studie mit anderen Messmethoden die funktionelle soziale Unterstützung erfasst und infolgedessen nicht zwischen den positiven Aspekten und den belastenden Interaktionen der sozialen Unterstützung unterschieden. Ähnliches gilt für eine Publikation, die das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei Melanom-Patienten näher betrachtet. Auch hier steht die soziale Unterstützung in Zusammenhang mit dem Betreuungswunsch. Und auch hier

wird nicht zwischen den belastenden Interaktionen und den positiven Aspekten der funktionellen sozialen Unterstützung unterschieden (Sollner et al. , 1998). Zudem stimmen, wie in den meisten oben genannten Studien, auch hier die untersuchten Tumorentitäten nicht überein. In der vorliegenden Arbeit fällt auf, dass sich überwiegend alle befragten Brustkrebspatientinnen meist sehr gut unterstützt fühlen. Mit einem Mittelwert von 13,1 für die Items der positiven Unterstützung und einem Mittelwert von 4,08 für die Items der belastenden Interaktionen ist womöglich - ähnlich wie beim Karnofsky-Index - die Verteilung der Werte zu einseitig, um eine adäquate Untersuchung auf Zusammenhänge mit der psychischen Belastung und den Wunsch nach psychosozialer Belastung vorzunehmen.

5.2.4 Familienstand und Partnerschaft

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich auch mit der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand bzw. dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und dem Schweregrad der psychischen Belastung, sowie dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung besteht. Es wird vermutet, dass nicht-verheiratete Patienten bzw. Patienten ohne feste Partnerschaft einen höheren Grad der psychischen Belastung aufweisen. Doch die Ausarbeitung der Daten kann diese Hypothese weder für den PHQ-9- noch für den GAD-7-Fragebogen bestätigen. In beiden Fällen wird kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Familienstand bzw. dem Vorhandensein einer festen Partnerschaft und der psychischen Belastung nachgewiesen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie, die Depressivität bei jungen, erst kürzlich diagnostizierten Brustkrebspatientinnen untersucht. Hier kann ebenfalls weder für den Familienstand noch für das Vorhandensein einer festen Partnerschaft ein signifikanter Zusammenhang mit depressiven Symptomen bestätigt werden (Wong-Kim & Bloom, 2005). Auch eine Publikation über Depression und Anpassungsstörungen von terminal erkrankten Krebspatienten kann den Familienstand nicht als signifikanten Prädiktor für psychische Störungen identifizieren (Akechi et al., 2004). Dasselbe zeigt sich in einer anderen Studie, die unter anderem den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und psychischer Belastung bei Patienten mit jeglicher Tumorentität untersucht. Auch hier ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Bredart et al., 1999). Bei einem systematischen Review über die Prädiktoren für psychische Belastungen wurde von 15

nur in 2 Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ehestatus und der psychischen Belastung festgestellt (Aschenbrenner et al., 2003).

Dennoch gibt es auch Theorien, dass die Partnerschaft eine wichtige Quelle der sozialen Unterstützung ist (Dagan et al., 2011) und der Familienstand als ein wichtiger Faktor bezüglich der Wahrnehmung der psychischen Belastung bei Krebspatienten zu sein scheint (Mystakidou et al., 2008). Diese Theorien decken sich mit den Ergebnissen einer Arbeit, die festgestellt hat, dass der Familienstand ein signifikanter Prädiktor für die psychische Belastung ist (Bardwell et al., 2006). In dieser Publikation geben verheiratete Patienten eine geringere psychische Belastung an. Allerdings wird in dieser Studie die Depressivität nicht mit dem PHQ-9-Fragebogen gemessen, weshalb ein direkter Vergleich der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist. Des Weiteren werden nur Brustkrebspatientinnen in einem frühen Stadium befragt. Diese Selektion wird in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen. Eine andere Publikation, die unter anderem die Prävalenz psychischer Belastung bei Krebspatienten untersucht, kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass der Familienstand in signifikantem Zusammenhang mit der psychischen Belastung steht (Zabora et al., 2001). Allerdings handelt es sich hierbei um eine gemischte Population bezüglich der Tumorentität, weshalb ein direkter Vergleich nur mit Vorsicht vorzunehmen ist. Außerdem können die Unterschiede der Studien auch auf die verschiedenen Messmethoden bezüglich der psychischen Belastung zurückgeführt werden. Zudem kommt eine Publikation, die psychosoziale und demografische Prädiktoren für die Lebensqualität bei Krebspatienten jeglicher Tumorentität untersucht, zu dem Schluss, dass mehr unverheiratete Patienten über depressive Symptome berichten als Patienten in einer Ehe (Parker et al., 2003). Jedoch steht in dieser Studie nicht die psychische Belastung im Vordergrund, sondern vielmehr die Lebensqualität. Außerdem handelt es sich um eine gemischte Population und auch die Messmethoden in Bezug auf die psychische Belastung sind andere als in der vorliegenden Arbeit, sodass ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich ist. Zudem sind die einzelnen Werte für die Variablen ‚verheiratet‘, ‚verwitwet‘, ‚geschieden‘ und ‚alleinstehend‘ noch geringer als in der vorliegenden Arbeit. So sind beispielsweise in der Publikation von Parker et al. 79% verheiratet, die wenigen übrig gebliebenen Werte verteilen sich auf den Status ledig, geschieden oder verwitwet. In der vorliegenden Arbeit sind stattdessen nur 71,6% verheiratet, mit mehr prozentualen Werten für die restlichen Variablen.

Eine weitere Hypothese lautet, dass nicht-verheiratete Patienten bzw. Patienten ohne feste Partnerschaft häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angeben. Dies kann anhand der Ergebnisse nicht bestätigt werden. Weder für die Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung, noch für den Wunsch mit jemandem zu reden, noch für das Bedürfnis nach Unterstützung ist ein signifikanter Zusammenhang mit der Variable Partnerschaft oder Familienstand festzustellen.

Eine Studie die den Wunsch psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten untersucht, schildert ähnliche Ergebnisse. Weder die Partnerschaft noch der Familienstand lassen sich als signifikante Prädiktoren identifizieren (Merckaert et al., 2010). Und auch eine Publikation, die unter anderem die Unterstützungsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach der ersten Behandlung untersucht, kann keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Familienstand und psychosozialen Unterstützungsbedürfnis feststellen (Pauwels et al., 2013). Dieselbe Variable wird unter anderem auch in einer Studie über Melanom-Patienten und deren Unterstützungsbedürfnisse untersucht. Auch hier wird der Familienstand nicht als signifikanter Prädiktor identifiziert (Winzer et al., 2009).

Ähnliche Ergebnisse werden von einer Publikation aus Deutschland über die Variable Partnerschaft berichtet. Auch hier kann die Partnerschaft nicht als signifikanter Prädiktor für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung identifiziert werden (Faller et al., 2016 b). Genauso wenig wie in einer Studie, die sich unter anderem mit den psychosozialen Bedürfnissen von stationären Tumorpatienten beschäftigt. Hier steht ebenfalls die Partnerschaft nicht signifikant in Zusammenhang mit der Ausprägung psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse (Rabe & Braun, 2002). Ebenso wie in einer Studie über Melanom-Patienten, in der die Partnerschaft kein signifikanter Prädiktor für den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung ist (Fischbeck et al., 2015).

Doch es gibt auch Publikationen, die durchaus einen signifikanten Zusammenhang zwischen Familienstand bzw. Partnerschaft und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung feststellen. Als Beispiel sei eine deutsche Studie genannt über die Inanspruchnahme und den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung von Krebspatienten. Diese Publikation kann die Partnerschaft als signifikanten Prädiktor identifizieren (Ernst et al., 2013). Unterschiede der Studien können auf die unterschiedlichen Populationen zurückgeführt werden. Zudem sind die Messmethoden nur bedingt miteinander zu vergleichen. In der Studie wird hierzu ein Fragebogen einge-

setzt, der vor allem auf Familie und Kinder fokussiert ist. Dieser Schwerpunkt wird in der vorliegenden Arbeit nicht gesetzt

Ähnliche Ergebnisse werden auch von einer Studie vorgestellt, die unter anderem den Wunsch psychosozialer Unterstützung bei langzeitüberlebenden Brustkrebspatientinnen untersucht hat. Auch hier wird die psychosoziale Unterstützung signifikant häufiger von geschiedenen und alleinstehenden Patienten in Anspruch genommen (Mehnert & Koch, 2008). Allerdings wird in dieser Studie die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung mit anderen Messmethoden untersucht. Zudem wird in der vorliegenden Arbeit keine Selektion der Brustkrebspatientinnen in Bezug auf die Langzeitüberlebensrate vorgenommen wie in der Publikation von Mehnert et al. Dadurch ist ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich.

Eine andere Publikation, die unter anderem Unterstützungsbedürfnisse bei Brustkrebspatientinnen untersucht, stellt ebenfalls fest, dass es signifikante Unterschiede zwischen verheirateten bzw. Patientinnen in einer Partnerschaft und alleinstehenden, verwitweten oder geschiedenen Patientinnen gibt (Lindop & Cannon, 2001). Allerdings wird in dieser Publikation der Unterstützungswunsch mithilfe eines Interviews evaluiert und nicht mithilfe von Fragebögen. Damit ist ein direkter Vergleich nur mit Vorsicht vorzunehmen.

Zuletzt sei eine Studie genannt, die das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis von Männern und Frauen mit einer Krebserkrankung untersucht hat. In dieser Publikation wird der Unterstützungswunsch bei verheirateten Patienten, bzw. Patienten in einer Partnerschaft signifikant weniger häufig angegeben (Faller et al., 2016 a). Dabei fällt auf, dass die Messmethoden bezüglich des Wunsches nach psychosozialer Unterstützung mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmen. Auch der Anteil der verheirateten, bzw. Patienten in einer Partnerschaft ist ähnlich. Lediglich die Populationen unterscheiden sich. In der vorliegenden Arbeit werden Brustkrebspatientinnen herangezogen, im Vergleich dazu liegt in der Publikation von Faller et al. eine gemischte Population vor. Allerdings scheint bei den befragten Brustkrebspatientinnen insgesamt der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung geringer zu sein, als in der gemischten Population. Denn in der Studie von Faller et al. äußern 32% das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung anstatt 28,8% in der vorliegenden Arbeit und 59% würden in jener Publikation ein Angebot annehmen, anstatt nur 51,1%. Außerdem äußern 87,1% einen starken bis sehr starken Wunsch mit jemandem zu sprechen. In den hier vorliegenden Ergebnissen sind

es lediglich 71,2%. Vielleicht spielen vor diesem Hintergrund in der vorliegenden Arbeit das Vorhandensein einer Partnerschaft oder der Familienstand keine bedeutsame Rolle.

5.2.5 Vorhandensein von Kindern

Aufgrund der nicht ausreichend großen Fallzahl der Variable „Junge Patientinnen unter 40 Jahren mit Kindern“ konnte kein Zusammenhang in Bezug auf die psychische Belastung bzw. dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung geprüft werden.

Es wurde in der vorliegenden Arbeit aufgrund dessen lediglich die Variable „Vorhandensein von Kindern“ näher untersucht.

Die Hypothese, dass Patienten ohne Kinder einen höheren Grad der psychischen Belastung aufweisen, kann in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Weder für den PHQ-9- noch für den GAD-7-Fragebogen ist das Vorhandensein von Kindern ein signifikanter Prädiktor.

Diese Ergebnisse decken sich mit einer Publikation, die unter anderem die Depressivität von jungen und früh diagnostizierten Brustkrebspatientinnen untersucht. Auch hier kann kein signifikanter Unterschied zwischen dem Vorhandensein von jüngeren Kindern, die noch zu Hause leben und Patientinnen ohne Kinder festgestellt werden (Wong-Kim & Bloom, 2005). Eine Studie über die Prävalenz von Angst und Depressivität bei Krebspatienten - gemessen mittels PHQ-9-Fragebogen - berichtet ähnliches. Auch hier kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von jüngeren Kindern, in diesem Fall unter 14 Jahren, und dem Grad der psychischen Belastung beschrieben werden (Rief et al., 2004).

Allerdings gibt es auch Studien, die zu gegensätzlichen Ergebnissen kommen. So unter anderem eine Publikation über die Angst vor Progression bei Krebspatienten 6 Monate nach der Rehabilitation. Diese berichtet, dass Patienten mit kleinen Kindern signifikant ängstlicher sind als Patienten ohne das Vorhandensein von kleinen Kindern. Dies trifft in diesem Fall vor allem auf die weiblichen Krebspatienten zu (Hinz et al., 2015). Eine Theorie, die dieses Ergebnis bestärkt, vermutet eine erhöhte psychische Belastung unter anderem durch den Ausriss aus den sozialen und vor allem familiären Rollen, wie die Erziehung kleiner Kinder (Carlson et al., 2004). Zudem scheinen sich Eltern von Kindern mit einer Krebserkrankung in ihrer Rolle als Eltern unsicher und belastet zu fühlen, vor allem bei dem Gedanken ihre Kinder könnten unter dieser Situation leiden (Gotze et al., 2015). Dennoch lassen sich die Ergebnisse der Studie von Hinz et al. nicht direkt mit der

vorliegenden Arbeit vergleichen. Zwar wird die Ängstlichkeit mit einer abgekürzten Version des GAD-7- und somit einer ähnlichen Messmethode festgestellt, die Depressivität jedoch wird mithilfe des HADS- anstelle des PHQ-9-Fragebogens gemessen (Hinz et al., 2015). Außerdem können die Unterschiede der Studien auch auf die unterschiedlichen Populationen zurückgeführt werden. Neben der Befragung von Patienten jeglicher Tumorentität, anstelle von ausschließlich Brustkrebspatientinnen, wie in der vorliegenden Arbeit, liegt auch der Anteil der Patienten mit jüngeren Kindern in der Studie von Hinz et al. wesentlich höher. Hier berichten 9% aller Krebspatienten, und sogar 16,7% aller weiblichen Tumorpatienten jüngere Kinder zu haben. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der jungen Brustkrebspatientinnen unter 40 mit Kindern in der vorliegenden Arbeit bei 3,1 % und ist damit nicht ausreichend groß um einen Zusammenhang prüfen zu können.

Die Hypothese, dass Patienten ohne das Vorhandensein von Kindern häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angeben, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse ebenfalls nicht bestätigt werden. Weder für das Bedürfnis psychosozialer Unterstützung noch für den Gesprächswunsch. Lediglich in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und der Annahme eines Angebots psychosozialer Unterstützung ist ein gewisser Trend ($p = 0,09$) zu beobachten. Nicht-signifikante Ergebnisse werden unter anderem auch in einer Studie beschrieben, die den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten näher untersucht. Auch hier ist weder bei Männern noch bei Frauen das Vorhandensein von Kindern ein signifikanter prädiktiver Faktor in Bezug auf den Unterstützungswunsch (Merckaert et al., 2010). Diese Ergebnisse decken sich auch mit einer Publikation, die unter anderem die Barrieren der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung näher beschreibt. Auch hier spielt das Vorhandensein von Kindern, die noch zu Hause wohnen, keine signifikante Rolle (Eakin & Strycker, 2001). Jedoch gibt es auch Studien, die zu gegensätzlichen Ergebnissen kommen, wie zum Beispiel eine Publikation über die unerfüllten Bedürfnisse von Krebspatienten während der Rehabilitation. Demnach steigt bei Patienten mit Kindern, die zu Hause leben der unerfüllte Wunsch nach psychosozialer Unterstützung signifikant an. Ein signifikanter Zusammenhang bei Kindern, die bereits ausgezogen sind, kann wiederum nicht festgestellt werden (Veloso et al., 2013). Allerdings wird in dieser Studie der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung mit anderen Messmethoden erhoben, zudem unterscheidet diese Publikation zwi-

schen Patienten mit Kindern, die zu Hause leben und Kindern, die bereits ausgezogen sind. Diese Unterscheidung erfolgt in der vorliegenden Arbeit nicht.

Eine weitere Studie, die den Wunsch und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten untersucht, kommt zu ähnlich gegensätzlichen Ergebnissen. Diesbezüglich liegen in dieser Publikation zwei signifikante Prädiktoren vor: Zum einen viele Personen unter 18 Jahren im Haushalt lebend und zum anderen mindestens ein psychisch belastetes Kind in der Familie (Ernst et al., 2013). Doch auch in dieser Studie werden die Inanspruchnahme und der Unterstützungswunsch mit anderen Messmethoden erfasst. Außerdem können die Unterschiede der Studien auf die unterschiedlichen Variablen zurückgeführt werden. In der vorliegenden Arbeit wurden weder psychisch belastete Kinder erfasst, weshalb darüber auch keine Aussage getroffen werden kann, noch die Anzahl der unter 18-jährigen Personen im Haushalt erfragt. Somit ist auch hier ein direkter Vergleich mit der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Zudem handelt es sich in der Publikation von Ernst et al. um eine gemischte Population bezüglich der Tumorentitäten. In der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich Brustkrebspatientinnen befragt. Diese Tatsache erklärt womöglich auch die großen Unterschiede bezüglich dem Wunsch psychosozialer Unterstützung. In der Publikation von Ernst et al. liegt der Unterstützungswunsch bei 73%, wohingegen das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung in der vorliegenden Arbeit bei 28,8% und damit deutlich niedriger liegt. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass bei diesem niedrigen Unterstützungswunsch auch das Vorhandensein von Kindern vielleicht nur eine untergeordnete Rolle spielt.

5.3 Einschränkungen der Studie

5.3.1 Studiendesign

Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittsstudie. Damit können Zusammenhänge zwischen Variablen gut erfasst werden und auch Vergleiche zwischen Populationsgruppen sind möglich. Allerdings lässt sich damit keine Aussage über die zeitliche Entwicklung treffen. Demzufolge sind Veränderungen der psychischen Belastung oder des Wunsches nach psychosozialer Unterstützung, sowie der mögliche sich wandelnde Einfluss der untersuchten Variablen nicht festzustellen. Außerdem kann man bei einer Studie im Querschnittsdesign etwaige Zusammenhänge die festgestellt werden

nicht kausal interpretieren. Hierzu ist eine randomisierte kontrollierte Studie von Nöten.

5.3.2 Selektionseffekte

Nach Aushändigung eines Informationsblattes über die Studie durch das Pflegepersonal der jeweiligen Station erfolgen eine mündliche Aufklärung und die Rekrutierung der Patienten durch die Verfasserin. Eine Selektion derjenigen Patientinnen, die offen sind für Studien, die der Forschung dienen und eine positive Grundeinstellung gegenüber der Psychoonkologie entgegenbringen, kann dadurch nicht vermieden werden. Zudem ist nicht ganz auszuschließen, dass Patienten, die weniger psychisch belastet sind bzw. von vornherein den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußern, eher dazu neigen an solch einer Studie teilzunehmen. Wohingegen Patienten mit einer hohen psychischen Belastung bzw. ablehnenden Haltung gegenüber psychoonkologischen Unterstützungsangeboten womöglich dazu tendieren, die Teilnahme an der Studie zu verweigern. Des Weiteren können diese Selektionseffekte auch bezüglich körperlicher Belastung auftreten. Dabei lehnen womöglich Patientinnen mit einem niedrigen Karnofsky-Index und dementsprechendem Defizit in der Alltagsaktivität bzw. körperlicher Erschöpfung eher die Teilnahme an einer Studie ab. Dies erklärt vielleicht auch den hohen prozentualen Anteil der befragten Patienten (83,3%) mit einem Karnofsky-Index von 90 oder 100%.

5.3.3 Erhebungsmethodik

Die Daten der Patientinnen inklusive der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung sowie alle soziodemografischen Variablen werden mithilfe eines Selbstbeurteilungsfragebogens erhoben. Damit handelt es sich nicht um objektivierbare und nachvollziehbare Fakten. Lediglich die medizinischen Variablen werden aus den Krankenakten durch die Verfasserin selbst recherchiert. Ähnliches gilt auch für die Erfassung der psychischen Belastung. Auch hierfür werden Fragebögen verwendet und damit die subjektive Empfindung der Patientinnen erfasst anstelle einer Diagnostik durch einen unabhängigen Untersucher, z.B. mithilfe eines Strukturierten Klinischen Interviews (SKID). Dabei handelt es sich um ein psychodiagnostisches Interview, das in strukturierter Weise Symptome, die den Kriterien des Diagnostischen Statistischen Manuals Psychischer Erkrankungen entsprechen, durch einen Untersucher erfragt

(Singer et al., 2007). Das Interview hat dabei eine bessere diagnostische Reliabilität im Vergleich zu weniger strukturierten psychosozialen Aufnahmebögen (Segal et al., 1994).

5.3.4 Repräsentativität und Power der Stichprobe

Während der Verarbeitung der Daten ist zudem in einigen Bereichen eine ungleiche Verteilung der Werte aufgefallen. So leiden 77,3% der befragten Brustkrebspatientinnen unter einer Ersterkrankung, während lediglich 14,4 % ein Rezidiv und 7,4% eine Zweiterkrankung haben. Dennoch scheinen die Daten in Bezug auf Brustkrebspatientinnen repräsentativ zu sein. In einer anderen Studie ist die Verteilung der Werte noch geringer. In dieser Publikation leiden 88% unter einer Ersterkrankung, lediglich 4,5% unter einer Zweiterkrankung und 7,5% unter einem Rezidiv (Siedentopf et al., 2010). Das gleiche gilt auch für die Werte des Karnofsky-Index. Es liegt ein vergleichsweise hoher Anteil der Patienten (82,6%) bei Werten von 80% und 90%. Eine deutsche Studie allerdings ermittelt sogar einen Karnofsky-Index im Mittel von 94% (Faller et al., 2003). Zudem liegt in der vorliegenden Arbeit der Wert für die positive soziale Unterstützung, im Mittel bei 13,1 und ist deutlich größer als im Vergleich zu den belastenden Interaktionen mit einem Mittelwert von 4,08. Diese starke Ungleichheit der Verteilung ist jedoch auch in einer Publikation von Mehnert et al. festzustellen. In dieser Publikation liegt der Mittelwert für positive soziale Unterstützung bei 15,5 und der Wert für die belastenden Interaktionen im Mittel bei 5,97 (Müller et al., 2004). In Anbetracht der Vergleiche mit den anderen Studien scheint die Repräsentativität der Stichprobe wohl doch gegeben.

In Bezug auf die Gesamtstichprobe reicht die Power aus um kleine bis mittelgroße Zusammenhänge zu entdecken. Allerdings können für die Variablen Art der Erkrankung, die Partnerschaft bzw. den Familienstand und das Vorhandensein von Kindern keine signifikanten Ergebnisse berichtet werden. Mit lediglich 17 der befragten Patientinnen, die unter einem Zweittumor, und 33 die unter einem Rezidiv leiden, ist die Fallzahl recht gering und die Power reicht nicht aus um kleine oder mittelgroße Zusammenhänge festzustellen. Dasselbe gilt auch für die Partnerschaft. Auch hier leben lediglich 35 Patienten nicht in einer Partnerschaft, wohingegen 170 der Befragten eine Partnerschaft angeben.

Zudem liegen in der vorliegenden Arbeit die Daten von nur 7 jungen Patientinnen unter 40 mit Kindern unter den befragten Brustkrebspatientinnen vor. Diese geringe Prozent-

satz (3,1 %) führt dazu, dass ein Zusammenhang mit der psychischen Belastung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung nicht geprüft werden kann.

5.4 Schlussfolgerungen und Ausblick auf die zukünftige Forschung

Die Ergebnisse und auch deren Diskussion in der vorliegenden Arbeit zeigen einige Schlussfolgerungen und Ausblicke für mögliche Ziele und Schwerpunkte der zukünftigen Forschung auf.

So fällt beispielsweise in der Diskussion auf, dass die Ergebnisse verschiedenster Studien häufig nicht direkt bzw. nur bedingt miteinander zu vergleichen sind aufgrund verschiedener Messmethoden. Diese Vielfalt zeigt sich insbesondere bei der Ermittlung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der psychischen Belastung, und des Wunsches nach psychosozialer Unterstützung. Hier wäre für einen besseren Vergleich und auch für die Ausarbeitung der Ergebnisse eine Vereinheitlichung der Messmethoden wünschenswert.

Außerdem kann mit dem vorliegenden Design der Querschnittsstudie lediglich der Einfluss der untersuchten Variablen auf den gemessenen Zeitpunkt bestimmt werden. Dabei wären jedoch auch mehr Longitudinalstudien, die den zeitlichen Verlauf bezüglich der psychischen Belastung, des Unterstützungswunsches und des Einflusses der Variablen aufzeigen, sinnvoll. Denn bereits eine Publikation von Singer et al. zeigt auf, dass der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung im frühen Tumorstadium am höchsten ist (Singer et al., 2007). Und auch die psychischen Störungen verändern sich im zeitlichen Verlauf. Vor allem Anpassungsstörungen mit depressiver und ängstlicher Stimmung treten in der frühen Krankheitsphase auf, wohingegen unter anderem Depressionen und suizidales Risiko in der fortgeschrittenen Krankheitsphase beobachtet werden (Ciaramella & Poli, 2001). Weitere nähere Untersuchungen, ob beispielsweise auch die Einflussfaktoren einem zeitlichen Wandel unterliegen, wäre wünschenswert.

Außerdem sollten die Bedeutung der verschiedenen Einflussfaktoren und der genaue Grund für den signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen zukünftig näher untersucht werden, um besser auf die Wünsche und Sorgen der Patienten eingehen zu können. So spielt zum Beispiel weniger das Status des Verheiratetseins an und für sich, sondern viel mehr die Ehezufriedenheit eine Rolle (Härter et al., 2001). Auch bei Publikationen, die signifikante Ergebnisse in Bezug auf das Vorhandensein von Kindern festgestellt haben, ist dabei womöglich das Herausgerissenwerden des

Patienten aus der familiären Rolle der eigentliche Grund für die psychische Belastung. Zudem unterscheiden einige Studien in Bezug auf die soziale Unterstützung nicht zwischen positiver Unterstützung und schädigenden Interaktionen. Letztere erhöhen womöglich schädigende krankheitsbezogene Gedanken (Boinon et al., 2014). Allerdings kann auch zu viel positive Unterstützung das Selbstwertgefühl senken und damit die psychische Belastung erhöhen (De Leeuw et al., 2000).

Wenn man die Einfluss- und Risikofaktoren auf diese Weise näher durchleuchtet, kann man womöglich mit diesen Erkenntnissen schneller und effektiver eingreifen, um einer psychischen Mehrbelastung entgegenzusteuern und adäquate darauf angepasste psychoonkologische Unterstützung anbieten. Denn psychotherapeutische Interventionen haben schon einen positiven Effekt bei Patienten mit Angst und Depression auch im subklinischen Level (Akechi et al., 2004).

In der vorliegenden Arbeit lassen sich keine Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen, psychosozialen, krankheitsbezogenen Variablen und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung feststellen. Auch hier wären mehr Untersuchungen wünschenswert, um das Bedürfnis der Patienten und die Einflussfaktoren besser zu verstehen. So stellt eine Publikation zum Beispiel fest, dass der normative Bedarf der befragten Patienten bei 9% liegt, jedoch geben ungefähr 50% derselben Population ein subjektives Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung an (Winzer et al., 2009). Um in Zukunft besser auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können, sollte daher vor allem in Bezug auf die Screening-Methoden und die Untersuchung der Einflussfaktoren noch weiter geforscht werden.

Zuletzt muss auch die zentrale Rolle des medizinischen Personals hervorgehoben werden. Denn die Erwartung der Patienten an den Arzt ist nicht nur die optimale onkologische medizinische Therapie, sondern auch die psychosoziale Unterstützung (Schuth, 2004). Eine andere Publikation berichtet, dass 83% der befragten Tumorpatienten in einem Akutkrankenhaus einen Unterstützungswunsch von ihrem Arzt äußern (Singer, 2007). Zudem kommt eine Publikation zu dem Ergebnis, dass Interventionen durch spezialisierte Brustpflegekräfte signifikant Angst und Depressionen bei den Patienten senkt (Sanson-Fisher et al., 2000).

In der S3-Leitlinie Psychoonkologie wird gefordert allen Krebspatienten ein bedarfsgerechtes Angebot an psychoonkologischer Versorgung zu machen, d.h. sie darüber zu informieren, deren Belastung und Unterstützungswunsch durch ein Screening

herauszufinden und daran orientiert psychologische Beratung und Therapie anzubieten. Um den Ärzten im klinischen Alltag zu helfen die psychische Belastung von Patienten und deren Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu erkennen, gibt es bereits formulierte Leitlinien zum Thema Brustkrebs. Für die Mehrzahl der anderen Tumorentitäten fehlen diese jedoch noch größtenteils (Mehnert et al., 2003). Dementsprechend wäre die Etablierung weiterer Leitlinien für andere Tumorentitäten in der zukünftigen Forschung wünschenswert.

Außerdem bereitet die Integration psychosozialer Betreuungs- und Unterstützungsangebote in den klinischen Alltag der Akutbehandlung Schwierigkeiten, da die medizinische Versorgung im Mittelpunkt steht (Mehnert et al., 2003). Auch hier wäre für die zukünftige Forschung ein weiteres wichtiges Ziel das medizinische Personal noch mehr auf das Erkennen psychischer Belastungen der Patienten und deren Betreuungswünsche zu sensibilisieren.

6. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es soziodemografische, krankheitsbezogene und psychosoziale Variablen, die in Zusammenhang mit der psychischen Belastung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung stehen, von Brustkrebspatientinnen zu identifizieren. Dabei werden in der vorliegenden Arbeit die Art der Erkrankung, die körperliche Leistungsfähigkeit, die funktionelle soziale Unterstützung, unterteilt in positive Unterstützung und belastende Interaktionen, der Familienstand bzw. die Partnerschaft und das Vorhandensein von Kindern als unabhängige Variablen näher untersucht.

Aus einer Baseline-Erhebung einer Längsschnittstudie aus Deutschland, die unter anderem auch Patienten in der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg rekrutiert hat, gehen 27 Brustkrebspatientinnen in die Auswertung der vorliegenden Arbeit mit ein. Zudem entstammen weitere Daten von 202 Brustkrebspatienten aus einer vorangegangenen multizentrischen Querschnittsstudie, deren Rekrutierung ebenfalls in der Frauenklinik stattfand. Die Stichprobe umfasst insgesamt 229 Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 55,22 Jahren. Die Erfassung des Wunsches nach psychosozialer Unterstützung erfolgte mittels 3 spezifischen Fragen.

Diese beinhalten das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und erfragen die Akzeptanz eines solchen Angebots sowie den Wunsch, mit jemandem über die psychische Belastung durch die Erkrankung zu sprechen.

Die psychische Belastung wurde mit dem PHQ-9-Fragebogen zur Erfassung der Depressivität und dem GAD-7-Fragebogen zur Erfassung der Angst, gemessen.

Die Untersuchung brachte folgende Ergebnisse: Die belastenden Interaktionen der sozialen Unterstützung stehen in signifikantem Zusammenhang mit dem Schweregrad der psychischen Belastung, sowohl im PHQ-9-Fragebogen über Depressivität als auch beim GAD-7- Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Angst. Ebenso ist ein signifikanter negativer Zusammenhang mit schwach bis mittelstarker Effektstärke zwischen der positiven funktionellen Unterstützung und dem Ausmaß der Angstsymptomatik vorhanden.

Auch der Karnofsky-Index weist einen signifikanten Zusammenhang mit der Depressivität auf und einen nicht-signifikanten Trend bezüglich Angstsymptomen. Keine Zusammenhänge finden sich mit der Art der Erkrankung, dem Familienstand bzw. dem Vorhandensein einer Partnerschaft, sowie dem Vorhandensein von Kindern. In Bezug auf das Bedürfnis, die Akzeptanz und den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung konnten ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge mit den oben genannten soziodemografischen, psychosozialen und krankheitsbezogenen Variablen festgestellt werden.

Die Ergebnisse stimmen teilweise mit bisherigen Studien überein. Die Abweichungen, die zu anderen Publikationen bestehen, sind weitestgehend auf Unterschiede im Rahmen der Stichproben und der Messinstrumente zurückzuführen.

Zukünftige Publikationen sollten in Form von Longitudinalstudien den zeitlichen Verlauf der Einflussfaktoren auf die abhängigen Variablen näher untersuchen. Zudem wäre eine Vereinheitlichung der Messmethoden für einen besseren Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Studien untereinander ratsam.

Außerdem sollte auch für den klinischen Bereich zukünftige Bestrebungen sein, weitere Leitlinien zum Thema psychoonkologische Unterstützung zu etablieren, Wege zu finden dem medizinischen Personal das Erkennen psychischer Belastung bei Patienten und deren Bedürfnis nach Unterstützung zu erleichtern und die Integration psychosozialer Betreuungs- und Unterstützungsangebote im klinischen Alltag zu verstärken.

7. Literaturverzeichnis

- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*, 22(10), 1957-1965. doi: 10.1200/JCO.2004.08.149
- Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., . . . Richardson, A. (2009). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *J Clin Oncol*, 27(36), 6172-6179. doi: 10.1200/JCO.2009.22.5151
- Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K., & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen Ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12(1).
- Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P., & Mitchell, A. J. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology*, 20(5), 525-531. doi: 10.1002/pon.1759
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., & Pierce, J. P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*, 24(16), 2420-2427. doi: 10.1200/JCO.2005.02.0081
- Bergelt, C., Scholermann, C., Hahn, I., Weis, J., & Koch, U. (2010). [Psychooncological care for breast cancer patients in hospitals and in the outpatient sector]. *Gesundheitswesen*, 72(10), 700-706. doi: 10.1055/s-0029-1242771
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W., & Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Educ Couns*, 40(3), 209-217.
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology*, 23(3), 291-298. doi: 10.1002/pon.3420
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 7(3), 181-191.
- Boyes, A. W., Girgis, A., D'Este, C., & Zucca, A. C. (2012). Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study. *BMC Cancer*, 12, 150. doi: 10.1186/1471-2407-12-150
- Bredart, A., Didier, F., Robertson, C., Scaffidi, E., Fonzo, D., Costa, A., . . . Autier, P. (1999). Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology*, 57(4), 297-302. doi: 12064
- Brix, C., Schleussner, C., Fuller, J., Roehrig, B., Wendt, T. G., & Strauss, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *J Psychosom Res*, 65(6), 541-548. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.010
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year

- observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733-739. doi: 10.1007/s00103-013-1688-3
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., . . . Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*, 90(12), 2297-2304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
- Carlson, L. E., Groff, S. L., Maciejewski, O., & Bultz, B. D. (2010). Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 28(33), 4884-4891. doi: 10.1200/JCO.2009.27.3698
- Carpenter, K. M., Fowler, J. M., Maxwell, G. L., & Andersen, B. L. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med*, 39(1), 79-90. doi: 10.1007/s12160-010-9160-1
- Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*, 10(2), 156-165.
- Clark, M. M., Bostwick, J. M., & Rummans, T. A. (2003). Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clin Proc*, 78(12), 1538-1543. doi: 10.4065/78.12.1538
- Cohen, M. (2002). Coping and Emotional Distress in Primary and Recurrent Breast Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3).
- Costa-Requena, G., Ballester Arnal, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 20, 25-32.
- Dagan, M., Sanderman, R., Schokker, M. C., Wiggers, T., Baas, P. C., van Haastert, M., & Hagedoorn, M. (2011). Spousal support and changes in distress over time in couples coping with cancer: the role of personal control. *J Fam Psychol*, 25(2), 310-318. doi: 10.1037/a0022887
- De Leeuw, J. R., De Graeff, A., Ros, W. J., Hordijk, G. J., Blijham, G. H., & Winnubst, J. A. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study. *Psychooncology*, 9(1), 20-28.
- Eakin, E. G., & Strycker, L. A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psychooncology*, 10(2), 103-113.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., . . . Russell, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol*, 23(13), 3052-3060. doi: 10.1200/JCO.2005.08.041
- Ernst, J. C., Beierlein, V., Romer, G., Moller, B., Koch, U., & Bergelt, C. (2013). Use and need for psychosocial support in cancer patients: a population-based sample of patients with minor children. *Cancer*, 119(12), 2333-2341. doi: 10.1002/cncr.28021
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., . . . Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer*, 17(11), 1417-1423. doi: 10.1007/s00520-009-0605-7
- Faller, H., Braehler, E., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., . . . Mehnert, A. (2015). Performance status and depressive symptoms as predictors of quality of

- life in cancer patients. A structural equation modeling analysis. *Psychooncology*, 24(11), 1456-1462. doi: 10.1002/pon.3811
- Faller, H., Bülzebruck, H., Drings, P., & Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 56(8), 756-762.
- Faller, H., Olshausen, B., & Flentje, M. (2003). [Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53(5), 229-235. doi: 10.1055/s-2003-38864
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Kuffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*, 31(6), 782-793. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922
- Faller, H., & Weis, J. (2005). Bedarf psychosozialer Unterstützung und reale Versorgung. In Thieme (Ed.), *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen* (First ed., pp. 18-31): Faller, H.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., . . . Mehnert, A. (2016 a). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res*, 81, 24-30. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., . . . Mehnert, A. (2016 b). Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.4197
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2015). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *J Natl Cancer Inst*, 107(1), 335. doi: 10.1093/jnci/dju335
- Fann, J. R., Ell, K., & Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *J Clin Oncol*, 30(11), 1178-1186. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7398
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(2), 112-126. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008
- Fischbeck, S., Imruck, B. H., Blettner, M., Weyer, V., Binder, H., Zeissig, S. R., . . . Beutel, M. E. (2015). Psychosocial Care Needs of Melanoma Survivors: Are They Being Met? *PLoS One*, 10(8), e0132754. doi: 10.1371/journal.pone.0132754
- Forsythe, L. P., Kent, E. E., Weaver, K. E., Buchanan, N., Hawkins, N. A., Rodriguez, J. L., . . . Rowland, J. H. (2013). Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. *J Clin Oncol*, 31(16), 1961-1969. doi: 10.1200/JCO.2012.46.2101
- Frick, E., Ramm, G., Bumeder, I., Schulz-Kindermann, F., Tyroller, M., Fischer, N., & Hasenbring, M. (2006). Social support and quality of life of patients prior to stem cell or bone marrow transplantation. *Br J Health Psychol*, 11(Pt 3), 451-462. doi: 10.1348/135910705X53849
- Giesler, J. M., & Weis, J. (2009). Psychoonkologische Versorgung in Brustzentren. *Forum*, 24(6).
- Gilbody, S., Richards, D., & Barkham, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract*, 57(541), 650-652.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 22(11), 1596-1602. doi: 10.1007/s11606-007-0333-y
- Gotze, H., Ernst, J., Brahler, E., Romer, G., & von Klitzing, K. (2015). Predictors of quality of life of cancer patients, their children, and partners. *Psychooncology*, 24(7), 787-795. doi: 10.1002/pon.3725

- Greer, S. (1994). Psycho-Oncology: its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology*, 3(2), 87-101. doi: 10.1002/pon.2960030203
- Haeck, M., Franke, S., Wiskemann, J., & Mathiak, K. (2012). [Psycho-oncology]. *Nervenarzt*, 83(11), 1468-1476. doi: 10.1007/s00115-012-3669-4
- Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2001). Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *CNS Drugs*, 15(10), 797-817.
- Hansson, M., Chotai, J., Nordstom, A., & Bodlund, O. (2009). Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract*, 59(566), e283-288. doi: 10.3399/bjgp09X454070
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A., & Weis, J. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 37(11), 1385-1393.
- Harter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., & Weis, J. (2000). [Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)*, 39(6), 317-323. doi: 10.1055/s-2000-8948
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., & Weis, J. (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation1. *Rehabilitation Die*, 39(06), 317-323.
- Heckl, U., Singer, S., Wickert, M., & Weis, J. (2012). Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. *Onkologische Welt*, -(2).
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., . . . Ahles, T. A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-2931. doi: 10.1002/cncr.22335
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). *Hospital anxiety and depression scale HADS-D; deutsche Version; Manual (Vol. Bern): Huber*
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Lindena, G., Neuwohner, K., & Marten-Mittag, B. (2008). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. *Br J Cancer*, 99(1), 37-43. doi: 10.1038/sj.bjc.6604420
- Hinz, A., Mehnert, A., Ernst, J., Herschbach, P., & Schulte, T. (2015). Fear of progression in patients 6 months after cancer rehabilitation-a- validation study of the fear of progression questionnaire FoP-Q-12. *Support Care Cancer*, 23(6), 1579-1587. doi: 10.1007/s00520-014-2516-5
- Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England : 1997)*, 11(3), 273-289.
- Huang, C. Y., & Hsu, M. C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*, 17(6), 767-774. doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.011
- Jacobsen, P. B., Holland, J. C., & Steensma, D. P. (2012). Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *J Clin Oncol*, 30(11), 1151-1153. doi: 10.1200/JCO.2011.41.4078
- Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., . . . Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*, 23(2), 121-130.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, *16*(9), 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, *146*(5), 317-325.
- Kuhnt, S., Brahler, E., Faller, H., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom*, *85*(5), 289-296. doi: 10.1159/000446991
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/0510L, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, (Stand: Januar, 2014)
- Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *J Adv Nurs*, *34*(6), 760-771.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*, *46*(3), 266-274.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Grafe, K. (2004 a). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord*, *81*(1), 61-66. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00198-8
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Grafe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., . . . Herzog, W. (2004 b). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*, *78*(2), 131-140.
- Löwe, B., Unutzer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Kroenke, K. (2004 c). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care*, *42*(12), 1194-1201.
- Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U., & Schwarzer, R. (2007). Emotional support for men and women with cancer: do patients receive what their partners provide? *International journal of behavioral medicine*, *14*(3), 156-163.
- McDowell, M. E., Occhipinti, S., Ferguson, M., & Chambers, S. K. (2011). Prospective predictors of psychosocial support service use after cancer. *Psychooncology*, *20*(7), 788-791. doi: 10.1002/pon.1774
- Mehnert, A., Brahler, E., Faller, H., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, *32*(31), 3540-3546. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*, *64*(4), 383-391.
- Mehnert, A., Koch, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Faller, H., . . . Harter, M. (2012). Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients - study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry*, *12*, 70. doi: 10.1186/1471-244X-12-70
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*, *19*(6), 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x

- Mehnert, A., Petersen, C., & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12(2).
- Mehnert, A., Vehling, S., Scheffold, K., Ladehoff, N., Schon, G., Wegscheider, K., . . . Koch, U. (2013). [Prevalence of adjustment disorder, acute and posttraumatic stress disorders as well as somatoform disorders in cancer patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 63(12), 466-472. doi: 10.1055/s-0033-1347197
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19(2), 141-149. doi: 10.1002/pon.1568
- Müller, D., Mehnert, A., & Koch, U. (2004). Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) - Testtheoretische Überprüfung und Validierung an einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 13(4).
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast*, 17(4), 382-386. doi: 10.1016/j.breast.2008.01.006
- Nissim, R., Freeman, E., Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., . . . Rodin, G. (2012). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med*, 26(5), 713-721. doi: 10.1177/0269216311425096
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., . . . Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*, 61(2), 131-137.
- Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology*, 12(2), 183-193. doi: 10.1002/pon.635
- Pascoe, S., Edelman, S., & Kidman, A. (2000). Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(5), 785-791.
- Pauwels, E. E., Charlier, C., De Bourdeaudhuij, I., Lechner, L., & Van Hoof, E. (2013). Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors' associated sociodemographic and medical characteristics. *Psychooncology*, 22(1), 125-132. doi: 10.1002/pon.2069
- Rabe, C., & Braun, A. (2002). Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 11(1).
- Ramm, G. C., & Hasenbring, M. (2003). Die deutsche Adaptation der Illness-specific Social Support Scale und ihre teststatistische Überprüfung beim Einsatz an Patienten vor und nach Knochenmarktransplantation. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12(1).
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110(1), 9-17. doi: 10.1007/s10549-007-9706-5
- Reuter, K. (2010). [Psychooncology: utility, principles and therapeutic options]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(12), 486-497. doi: 10.1055/s-0030-1265937

- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science & medicine (1982)*, 33(7), 807-813.
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2004). Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord*, 82(2), 271-276. doi: 10.1016/j.jad.2003.11.006
- Robert-Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten:
http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/krebsarten_node.html
http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html
- Roberts, K. J., Lepore, S. J., & Helgeson, V. (2006). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psychooncology*, 15(3), 183-192. doi: 10.1002/pon.934
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Schuth, W. (2004). Gynäkologische Psychoonkologie. Die Patientin mit Krebs und ihr Arzt. *Der Gynäkologe*, 37(1).
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry*, 35(4), 316-327.
- Senf, B., Brandt, H., Dignass, A., Kleinschmidt, R., & Kaiser, J. (2010). Psychosocial distress in acute cancer patients assessed with an expert rating scale. *Support Care Cancer*, 18(8), 957-965. doi: 10.1007/s00520-010-0850-9
- Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H., & Dinkel, A. (2010). Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 148(2), 166-171. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.014
- Singer, S. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift - DMW*, 132(40), 2071-2076.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Kohler, U., Krauss, O., & Schwarz, R. (2007). [Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital]. *Dtsch Med Wochenschr*, 132(40), 2071-2076. doi: 10.1055/s-2007-985643
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Köhler, U., Krauß, O., & Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(40), 2071-2076.
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Braehler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol*, 21(5), 925-930. doi: 10.1093/annonc/mdp515
- Singer, S., Dieng, S., & Wesselmann, S. (2013). Psycho-oncological care in certified cancer centres--a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology*, 22(6), 1435-1437. doi: 10.1002/pon.3145
- Singer, S., Hohlfeld, S., Müller-Briel, D., Dietz, A., Brähler, E., Schröter, K., & Lehmann-Laue, A. (2011). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Versorgungsdichte und -bedarf. Psychosocial care for cancer patients. Care provided and requirements. *Psychotherapeut*, 56(5).

- Singer, S., Krauss, O., Keszte, J., Siegl, G., Papsdorf, K., Severi, E., . . . Kortmann, R. D. (2012). Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck, 34*(2), 180-187. doi: 10.1002/hed.21702
- Sollner, W., Zingg-Schir, M., Rumpold, G., Mairinger, G., & Fritsch, P. (1998). Need for supportive counselling--the professionals' versus the patients' perspective. A survey in a representative sample of 236 melanoma patients. *Psychother Psychosom, 67*(2), 94-104.
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer, 116*(7), 1810-1819. doi: 10.1002/cncr.24954
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA, 282*(18), 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092-1097.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol, 20*(14), 3137-3148.
- Ullrich, A., & Mehnert, A. (2010). Psychometrische Evaluation und Validierung einer 8-Item-Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) bei Krebspatienten. *Klin. Diagnostik u. Evaluation, 3*, 359-381.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine, 59*(3), 280-293.
- Vehling, S., Koch, U., Ladehoff, N., Schon, G., Wegscheider, K., Heckl, U., . . . Mehnert, A. (2012). [Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis]. *Psychother Psychosom Med Psychol, 62*(7), 249-258. doi: 10.1055/s-0032-1309032
- Veloso, A. G., Sperling, C., Holm, L. V., Nicolaisen, A., Rottmann, N., Thayssen, S., . . . Hansen, D. G. (2013). Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory--a nationwide patient survey. *Acta Oncol, 52*(2), 372-381. doi: 10.3109/0284186X.2012.745648
- Ventura, J., Liberman, R. P., Green, M. F., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Res, 79*(2), 163-173.
- Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Sawhney, A., Thekkumpurath, P., Beale, C., . . . Sharpe, M. (2013). Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol, 24*(4), 895-900. doi: 10.1093/annonc/mds575
- Walker, M. S., Zona, D., & Fisher, E. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology, 15*(8), 684-693. doi: 10.1002/pon.997
- Weis, J. (2001). [Psychooncology and its importance in oncology: actual trends and future tasks of research]. *Onkologie, 24 Suppl 1*, 74-79. doi: 55168
- Weis, J., & Faller, H. (2012). Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 55*(4), 501-508.
- Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., Brady, M. J., Cella, D., Garrett, K. M., Kluhsman, B. C., . . . Marcus, A. C. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer, 86*(9), 1768-1774.

- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., . . . Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*, *33*(2), 118-129. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016
- Winzer, A., Hoppe, A., Altenhoff, J., Kuwert, C., Koch, U., & Schulz, H. (2009). Interest in a psycho-educational group intervention among out-patients with malignant melanoma in relation to their need: which patients are likely to participate? *Psychooncology*, *18*(11), 1179-1188. doi: 10.1002/pon.1164
- Wong-Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, *14*(7), 564-573. doi: 10.1002/pon.873
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, *10*(1), 19-28.

8. Anhang

Anhang 1 Patienteninformation zur Studie (Seite 1)



Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

„Psychoonkologische Beratung und Behandlung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC): Multizentrische Studie zur Erfassung des psychoonkologischen Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme“

gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V.

Ich habe das Merkblatt „Patienteninformation“ mit der Aufklärung über Hintergrund, Zielsetzungen, Datenschutz und die Beteiligten an der wissenschaftlichen Studie zur *„Psychoonkologische Beratung und Behandlung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC): Multizentrische Studie zur Erfassung des psychoonkologischen Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme“* erhalten und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis **jederzeit** und **ohne Angabe von Gründen** widerrufen kann; aus einem Widerruf resultieren keinerlei Nachteile.

Geltende Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Bitte wenden!

**BITTE geben Sie ein unterschriebenes Exemplar der Einverständniserklärung ab!
Das andere Exemplar verbleibt zusammen mit der Patienteninformation bei Ihnen.**

Vergleich zu den Betroffenen, die psychoonkologischen Dienstleistungen nicht für sich nutzen möchten. Weiterhin soll untersucht werden, welche Faktoren die Inanspruchnahme einer psychoonkologischen Behandlung beeinflussen. Es soll untersucht werden, welchen Einfluss erkrankungsbezogene, soziodemographische, psychosoziale sowie strukturelle Faktoren auf die Nutzung psychoonkologischer Angebote haben. Weiterhin wird untersucht, wie der Erfolg der psychoonkologischen Betreuung seitens der Patienten bewertet wird, welche Barrieren und Schwellen die Inanspruchnahme beeinflussen und welche Bedeutung die Selbsthilfegruppen für die psychosoziale Betreuung haben.

Durchführung der Studie: Die Studie umfasst vier Messzeitpunkte:

1. Messzeitpunkt: kurze Einschätzung der psychosozialen Belastung nach erfolgter Diagnosestellung vor oder während laufender Behandlung, ca. 5 Minuten;
2. Messzeitpunkt: ausführliche Erfassung der psychosozialen Belastungen im Zeitraum zwischen 1-2 Tagen und 2 Wochen nach 1. Messzeitpunkt, ca. 30 Minuten;
3. Messzeitpunkt: schriftliche Nachbefragung 6 bis 8 Monate nach 1. Messzeitpunkt mit Bewertung der psychoonkologischen Beratung bzw. möglicher Veränderung der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung, ca. 30 Minuten;
4. Messzeitpunkt: schriftliche Nachbefragung mit Bewertung der zwischenzeitlichen Änderungen der Inanspruchnahme im Verlauf 12 Monate nach dem 1. Messzeitpunkt, ca. 30 Minuten.

Es werden standardisierte Fragebögen zur psychosozialen Belastung, psychischen Befindlichkeit, Lebensqualität und sozialen Unterstützung sowie selbstentwickelte Instrumente zur Erfassung der Erwartungen und Wünsche an eine psychoonkologische Betreuung eingesetzt. Außerdem möchten wir die Zufriedenheit mit der Informationsvermittlung und den zur Verfügung stehenden psychoonkologischen Angeboten erfassen. Auch die Art, wie Sie über Möglichkeiten der psychoonkologischen Unterstützung informiert wurden und, falls Sie keine solche Betreuung in Anspruch genommen haben, was die Gründe dafür waren, ist wichtig für uns zu wissen. Weiterhin wird im Verlauf die spätere Inanspruchnahme der psychosozialen, medizinischen und rehabilitativen Angebote sowie die Nutzung von Angeboten der Selbsthilfe erfasst. Darüber hinaus sollen soziodemographische sowie medizinische Basismerkmale erhoben werden.

Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

Ihre **Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist freiwillig**. Die Zustimmung zur Studie kann jederzeit widerrufen werden. Eine Nichtteilnahme hat für Sie keinerlei Auswirkungen auf die aktuelle oder künftige medizinische Behandlung. Nach gesetzlichen Bestimmungen setzt die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien Ihre schriftliche **Einverständniserklärung** voraus. Beiliegend erhalten Sie das entsprechende Formular in zweifacher Ausfertigung. Mitarbeiter der Studie stehen Ihnen für Fragen zur Einverständniserklärung gern zur Verfügung. Bei Studienteilnahme bitten wir Sie, ein unterzeichnetes Formular beim **Studienmitarbeiter oder Pflegepersonal abzugeben**. Das zweite Exemplar verbleibt bei Ihnen.

Datenschutz: Sie können sicher sein, dass alle von Ihnen im Rahmen der Studie gemachten Angaben nach **Bundesdatenschutzbestimmungen** vertraulich behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden. Die von Ihnen erhobenen Daten sowie die genauen medizinischen Angaben aus Ihrer Patientenakte werden in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt

Anhang 3 Patienteninformation zur Studie (Seite 3)

Seite 3

durch einen für jeden Patienten gültigen Nummern- und Buchstabencode) zur wissenschaftlichen Auswertung an das Koordinationszentrum (Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg) weitergeleitet. Ihr Name und Ihre Adresse werden für die Befragungen sechs und zwölf Monate nach Behandlungsbeginn – getrennt von Ihren Fragebogendaten und für Dritte unzugänglich – ebenfalls in der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg aufbewahrt. Eine dadurch zwar prinzipiell mögliche Zuordnung Ihrer Daten zu Ihrer Person wird zu keinem Zeitpunkt erfolgen. Unmittelbar nach Abschluss der Datenerhebung dieser Studie werden alle personenbezogenen Angaben wie Name und Adresse vernichtet, so dass eine persönliche Identifizierung Ihrer Angaben im Nachhinein ausgeschlossen ist. Alle an der Studie beteiligten Institutionen und Mitarbeiter/innen verpflichten sich zur Wahrung des **Daten- und Sozialgeheimnisses**.

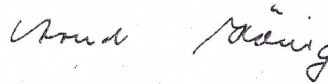
Wir möchten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit an dieser wichtigen Studie bitten, um eine möglichst große Anzahl von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Erfahrungen im Krankheitsverlauf und unterschiedlichen Belastungen einbeziehen zu können.

Bei Rückfragen steht Ihnen als **Ansprechpartnerin** Frau **Elisa Matos May** unter der Telefonnummer 0931-201 35871 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. H. Faller
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie, Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaften
Universität Würzburg



Prof. Dr. A. Hönig
stellvertr. Direktor der Universitäts-Frauenklinik,
Universitätsklinikum Würzburg

Anhang 4 Einverständniserklärung (Seite 1)



Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

„Psychoonkologische Beratung und Behandlung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC): Multizentrische Studie zur Erfassung des psychoonkologischen Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme“

gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V.

Ich habe das Merkblatt „Patienteninformation“ mit der Aufklärung über Hintergrund, Zielsetzungen, Datenschutz und die Beteiligten an der wissenschaftlichen Studie zur *„Psychoonkologische Beratung und Behandlung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC): Multizentrische Studie zur Erfassung des psychoonkologischen Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme“* erhalten und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis **jederzeit** und **ohne Angabe von Gründen** widerrufen kann; aus einem Widerruf resultieren keinerlei Nachteile.

Geltende Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Bitte wenden!

**BITTE geben Sie ein unterschriebenes Exemplar der Einverständniserklärung ab!
Das andere Exemplar verbleibt zusammen mit der Patienteninformation bei Ihnen.**

Anhang 5 Einverständniserklärung (Seite 2)

Ich dokumentiere hiermit meine Entscheidung, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Fragebogendaten aufgezeichnet und ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch einen Nummern- und Buchstabencode) projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich erkläre mich weiterhin einverstanden damit, dass notwendige medizinische Daten (z.B. Diagnose) aus meiner Krankenakte entnommen und ebenfalls pseudonymisiert an das Studienzentrum (Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg) weitergegeben und projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden. Mein Name und meine Adresse dürfen für die Zusendung des Fragebogens sechs und zwölf Monate nach Behandlungsbeginn in der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg bis zum Ende der Datenerhebung dieser Studie aufbewahrt werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

Name des/der Aufklärenden

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung:

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller für die Überlassung meines Themas und die exzellente Betreuung. Innerhalb kürzester Zeit erhielt ich bei Bedarf Ratschläge, hilfreiche Anregung und zahlreiche Sekundärliteratur.

Weiterhin möchte ich den Mitarbeitern der Frauenklinik in Würzburg für die tatkräftige Unterstützung bei der Rekrutierung für die Studie danken.

Mein Dank gilt vor allem auch den Patienten, die sich trotz gesundheitlicher Beschwerden die Zeit genommen haben an der Studie teilzunehmen.

Zuletzt möchte ich mich auch ganz herzlich bei meiner Familie bedanken. Sie haben durch ihre jahrelange tatkräftige Unterstützung und Geduld nicht nur zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen sondern mir vor allem auch zum Abschluss meines Studiums verholfen.

Lebenslauf:

I.) Persönliche Daten:

Name: Kristin Duelli
Geburtsdaten:
Anschrift:
E-Mail: kristin.duelli@googlemail.com

II.) Schulbildung und Studium:

09/2000 – 06/2009 Valentin-Heider-Gymnasium, Lindau
Abschluss: Abitur
04/ 2010 – 12/ 2016 Humanmedizin- Studium an der Julius- Maximilians-
Universität, Würzburg

III.) Klinische Erfahrung:

Famulaturen 09/2012 Gastroenterologie, Ravensburg
02/2013 Kardiologie, Ravensburg
08/2013 Gynäkologie, Ravensburg
03/2014 Gynäkologie, Würzburg

Praktisches Jahr Innere Medizin, Juliuspital Würzburg
Chirurgie, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney und
Klinikum Aschaffenburg
Gynäkologie, Universitätsklinikum Frauenklinik
Würzburg

Seit 04/2017: Assistenzärztin der Universitäts-Frauenklinik
Würzburg

