

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie,
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften
(Leiter: Prof. Dr. Dr. Hermann Faller)
am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie
der Universität Würzburg
(Vorstand: Prof. Dr. Peter U. Heuschmann)

**Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität bzw. sozialer
Unterstützung und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme
von psychosozialer Unterstützung**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Johannes Tönsmann
aus Dortmund

Würzburg, Oktober 2018

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

Korreferent: Prof. Dr. phil. Martin Herrmann

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 24.05.2019

Der Promovend ist Arzt

1	Einleitung	1
2	Einführung in die Thematik	3
2.1	Psychische Belastung und Komorbiditäten bei Tumorpatienten.....	3
2.1.1	Psychische Erkrankungen bei Tumorpatienten	3
2.1.2	Subsyndromale psychische Belastungen	5
2.2	Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten	6
2.2.1	Prävalenzen und Prädiktoren eines Unterstützungsbedürfnisses	6
2.2.2	Bereiche der Unterstützungsbedürfnisse	8
2.2.3	Unterstützungsbedürfnisse im Krankheitsverlauf	9
2.2.4	Quellen psychosozialer Unterstützung	9
2.3	Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	9
2.3.1	Prävalenz der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	9
2.3.2	Prädiktoren der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung.....	10
2.3.3	Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung.....	11
2.4	Soziale Unterstützung bei Tumorpatienten	13
2.4.1	Einteilung der sozialen Unterstützung.....	13
2.4.2	Auswirkungen sozialer Unterstützung auf die körperliche und psychische Gesundheit	14
2.4.3	Soziale Unterstützung im Krankheitsverlauf.....	16
2.4.4	Soziodemographische Korrelate.....	16
2.4.5	Negative Auswirkungen sozialer Unterstützung	16
2.5	Lebensqualität.....	17
2.5.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	18
2.5.2	Messinstrumente der Lebensqualität	19
2.5.3	Lebensqualität in der Onkologie.....	19
2.5.4	Lebensqualität im Krankheitsverlauf.....	20
2.5.5	Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	21
2.5.6	Lebensqualität und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	24
3	Fragestellungen und Hypothesen	25

4	Methoden.....	28
4.1	Studiendesign	28
4.2	Einschluss- und Ausschlusskriterien	28
4.3	Durchführung	28
4.4	Erhebungsinstrumente	29
4.4.1	SF-12 – Fragebogen zum Gesundheitsstatus.....	30
4.4.2	Skalen zur sozialen Unterstützung bei körperlicher Krankheit (SSUK)	31
4.4.3	Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf.....	32
4.4.4	Fragebogen zur Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung	33
4.4.5	Medizinisches Datenblatt	33
4.4.6	Nichtteilnahmebogen.....	33
4.5	Statistische Analyse.....	34
5	Ergebnisse	35
5.1	Stichprobenbeschreibung.....	35
5.1.1	Soziodemographische Merkmale	35
5.1.2	Medizinische Merkmale	37
5.2	Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	41
5.2.1	Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen	42
5.2.2	Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und medizinischen Merkmalen	43
5.3	Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	45
5.3.1	Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen	45
5.3.2	Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung und medizinischen Merkmalen	46
5.4	Lebensqualität.....	48
5.4.1	Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und soziodemographischen Merkmalen.....	48

5.4.2	Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und medizinischen Merkmalen.....	49
5.4.3	Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung.....	52
5.4.4	Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung.....	54
5.5	Soziale Unterstützung.....	55
5.5.1	Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen	56
5.5.2	Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und medizinischen Merkmalen.....	57
5.5.3	Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	59
5.5.4	Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	60
6	Diskussion.....	62
6.1	Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	62
6.2	Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	64
6.3	Lebensqualität, Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung	65
6.4	Soziale Unterstützung, Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung.....	69
6.5	Limitationen	71
6.6	Ausblick.....	72
7	Zusammenfassung	73
8	Literaturverzeichnis	75

1 Einleitung

Verbesserungen im Bereich der Früherkennung und Therapie von Tumorerkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten zu einem verlängerten Überleben bei Tumorpatienten geführt. Handelte es sich noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts bei einer Tumorerkrankung um ein Akutereignis mit zeitnaher Todesfolge, so konnte die moderne Medizin in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verlängerung des Überlebens erreichen. Tumorerkrankungen wurden zunehmend zu chronischen Erkrankungen inklusive den sich daraus ergebenden Problemen (Bertz et al. 2010; Brenner et al. 2005).

Das Leben mit einer Tumorerkrankung bringt Probleme im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich mit sich. Etwaige Therapien führen zu dauerhaften Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit mit wiederum konsultierenden Einschränkungen der Arbeits- und Berufsfähigkeit. Dies zieht häufig auch Veränderungen im sozialen Leben nach sich. Dass all dies auch mit psychischen Problemen und Erkrankungen einhergehen kann, verwundert nicht (Stanton et al. 2015). In diesem Kontext entwickelte sich seit Mitte der 1970er Jahre die Psychoonkologie als Teilbereich der Onkologie. Sie versucht zum einen die mit einer Krebserkrankung einhergehenden psychischen und sozialen Veränderungen zu erforschen und zum anderen betroffenen Patienten durch entsprechende Unterstützungsangebote zu helfen (Weis et al. 2007). Eine zentrale Rolle nimmt hier der Lebensqualitätsbegriff ein, der auch in der onkologischen Forschung zunehmend Raum greift. Zahlreiche Untersuchungen haben bereits den Einfluss von Tumorerkrankungen auf die Lebensqualität der Patienten untersucht und teils deutliche Einschränkungen im körperlichen und psychischen Bereich festgestellt (Lee et al. 2014; Weaver et al. 2012).

Zur Krankheitsverarbeitung trägt in großem Maße auch die soziale Unterstützung der Patienten bei, deren Bedeutung ebenfalls in Studien bereits dargelegt wurde (Helgeson 2003). Soziale Unterstützung wird in erster Linie durch die eigene Familie und vor allem den Ehepartner geleistet (Salonen et al. 2013). Die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte gingen auch mit Veränderungen der Familienstruktur einher. Die Mehrgenerationenhaushalte vergangener Tage wurden und werden zunehmend durch Single-Haushalte ersetzt, langfristige Bindungen werden seltener. Daher interessiert

natürlich auch der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach professioneller psychosozialer Unterstützung.

Um Patienten mit einem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung besser zu identifizieren, beschäftigten sich bereits vorhergehende Arbeiten mit möglichen Prädiktoren eines Unterstützungsbedürfnisses (Ernstmann et al. 2009). Die vorliegende Arbeit möchte die Zusammenhänge zwischen erlebter sozialer Unterstützung bzw. Lebensqualität auf der einen und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von professionellen psychosozialen Unterstützungsangeboten auf der anderen Seite untersuchen.

Hierzu erfolgt im 2. Kapitel zunächst eine Einführung in die Thematik mit Darstellung des aktuell relevanten Forschungsstands. Im 3. Kapitel werden die der Arbeit zugrunde liegenden Fragestellungen erörtert. Die Darstellung der Methoden und Ergebnisse erfolgt dann in den Kapiteln 4 und 5. Eine Einordnung der erhobenen Daten in die bisherigen Forschungsergebnisse erfolgt im 6. Kapitel. Am Ende stehen eine Zusammenfassung und das Literaturverzeichnis.

2 Einführung in die Thematik

2.1 Psychische Belastung und Komorbiditäten bei Tumorpatienten

Im Rahmen ihrer Erkrankung sehen sich Krebspatienten nicht ausschließlich mit den direkten Folgen der Tumorerkrankung konfrontiert, sondern leiden häufig auch unter den psychischen und sozialen Folgen der Erkrankung.

Psychische Folgeerkrankungen haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten (Carlson et al. 2012; Mitchell et al. 2011; Walker et al. 2014). Untersuchungen haben ergeben, dass Patienten, die neben ihrer Tumorerkrankung noch unter einer oder mehreren psychischen Komorbiditäten leiden, höhere Schmerzlevel, eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit und eine stärker ausgeprägte Fatigue-Symptomatik aufweisen (Ryan et al. 2005; Walker et al. 2014). Die Therapienebenwirkungen sind bei Patienten mit psychischer Komorbidität stärker ausgeprägt und längere Krankenhausaufenthalte führen zudem zu höheren Gesundheitskosten (Ryan et al. 2005; Walker et al. 2014). Diese Umstände verdeutlichen die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnosestellung und Therapie (Ryan et al. 2005).

2.1.1 Psychische Erkrankungen bei Tumorpatienten

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten wird in Studien höchst unterschiedlich beziffert (Mitchell et al. 2011). Die Angaben schwanken zwischen 1% und 69%, liegen bei den meisten Studien jedoch im Bereich von ca. 30% (Mitchell et al. 2011; Singer et al. 2010; Vehling et al. 2012). Die Ursachen für diese große Varianz sind wahrscheinlich in unterschiedlichen untersuchten Tumorentitäten, in demographischen Einflussfaktoren und in der teils schwierigen Abgrenzung einzelner psychischer Erkrankungen voneinander zu suchen (Mehnert et al. 2013; Mitchell et al. 2011). Auch die Methodik zur Diagnose bzw. Erhebung psychischer Störungen hat einen Einfluss auf die gemessenen Prävalenzraten. So neigen Untersuchungen, die auf Selbstauskunftbögen basieren, dazu, die Prävalenz psychischer Störungen eher zu überschätzen, wohingegen strukturierte Interviews das Risiko für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung eher unterschätzen (Krebber et al. 2014). Entscheidend ist auch der Erhebungszeitpunkt im Krankheitsverlauf. Besonders hohe Prävalenzraten wurden bei Patienten während der

Diagnose- und Therapiephasen festgestellt (Krebber et al. 2014; Singer et al. 2010). Doch gerade die Diagnosestellung stellt im Bereich der Psychoonkologie häufig ein Problem dar. Es ist davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Krebspatienten mit komorbider psychischer Störung nicht diagnostiziert und daher auch nicht adäquat therapiert wird (Mitchell et al. 2011; Ryan et al. 2005). Eine Untersuchung aus Großbritannien kam zu dem Schluss, dass nur rund 29% der an einer psychischen Störung leidenden Patienten korrekt identifiziert wurden (Fallowfield et al. 2001; Ryan et al. 2005).

Die Gründe für den hohen Anteil an nichtdiagnostizierten Patienten sind vielschichtig. So bereitet es häufig Probleme, die Nebenwirkungen der Krebserkrankung bzw. der Tumortherapie von den Symptomen einer psychischen Erkrankung zu differenzieren und diese anhand der bestehenden Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen zu diagnostizieren (Mehnert et al. 2014; Vehling et al. 2012). Gewichtsabnahme, Appetitminderung und Müdigkeit können z.B. sowohl Symptome einer Depression als auch Folgen der Krebserkrankung oder eine Therapienebenwirkung sein (Mitchell et al. 2011). Bereits in den 1980er Jahren wurden von Endicott alternative Kriterien zur Diagnose einer Depression bei Krebspatienten erarbeitet (Endicott 1984). Anstatt eine Depression anhand somatischer Symptome wie z.B. Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit, Müdigkeit oder Schlaflosigkeit zu diagnostizieren, stellt Endicott psychische Symptome wie Angst, Pessimismus oder Interessenlosigkeit in den Vordergrund (Endicott 1984).

Es fällt oft schwer die hohe emotionale Belastung während einer Krebserkrankung scharf von einer Depression oder Angststörung zu trennen (Carlson et al. 2012; Mehnert et al. 2014; Ryan et al. 2005). Zu anderen psychischen Erkrankungen, wie z.B. der Dysthymie, gibt es, trotz einer durchaus zu erwartenden Relevanz, bisher kaum Untersuchungen (Mitchell et al. 2011). Erschwerend kommt zudem hinzu, dass die behandelnden Onkologen sich aufgrund ihrer Ausbildung primär auf somatische Leiden konzentrieren (Kuhnt et al. 2016; Mitchell et al. 2011).

Zu den häufigen psychische Erkrankungen bei Krebspatienten zählen Angststörungen, Anpassungsstörungen und affektive Störungen (Mehnert et al. 2014; Mehnert et al. 2013; Mitchell et al. 2011; Vehling et al. 2012). Eine auf internationalen Studien basierende Metaanalyse aus dem Jahr 2011 gibt bei Krebspatienten für Angststörungen eine

Prävalenz von 10,3%, für Anpassungsstörungen eine Prävalenz von 19,4% und für Depressionen eine Prävalenz von 16,3% an (Mitchell et al. 2011).

Andere Untersuchungen berichten von teilweise deutlich niedrigeren Prävalenzraten. So ergab eine deutsche Metaanalyse Prävalenzraten von 10,2% für Angststörungen und 11,1% für affektive Störungen (Vehling et al. 2012). Vor allem der Anteil an Depressionen war mit 8,2% deutlich niedriger als in der Untersuchung von Mitchell et al. (Vehling et al. 2012). Eine große deutsche Studie an Tumorpatienten mit verschiedenen Tumorentitäten identifizierte eine Prävalenz von 31,8% für das Vorhandensein einer psychischen Störung (Mehnert et al. 2014). Angststörungen lagen bei 11,5% und Anpassungsstörungen bei 11,1% der Patienten vor. Affektive Störungen wurden, im Vergleich zu anderen Studien, mit 6,5% relativ selten diagnostiziert (Mehnert et al. 2014). Unterschiede zwischen Patienten mit kurativem bzw. palliativem Behandlungskonzept konnten nicht festgestellt werden (Mitchell et al. 2011; Vehling et al. 2012; Walker et al. 2014). Der Vergleich zwischen Krebspatienten und der Allgemeinbevölkerung fällt hingegen ambivalent aus. Auf der einen Seite scheinen insbesondere Depressionen bei Krebspatienten häufiger aufzutreten (Krebber et al. 2014; Kuhnt et al. 2016; Walker et al. 2014), auf der anderen Seite ergeben sich für viele andere psychische Störungen, wie z.B. Anpassungsstörungen, kaum Unterschiede in der Häufigkeit zwischen Allgemeinbevölkerung und Krebspatienten (Mehnert et al. 2013; Vehling et al. 2012). Unterschiede im Hinblick auf die Tumorentität wurden bereits beschrieben. Eine deutsche Studie an Patienten mit verschiedenen Tumorentitäten zeigte beispielsweise mit 42% eine hohe Prävalenz für psychische Erkrankungen bei Brustkrebspatientinnen und mit 20-22% niedrige Raten für Patienten mit Pankreas- oder Prostatakarzinom (Mehnert et al. 2014).

2.1.2 Subsyndromale psychische Belastungen

Neben den Patienten mit ausgewiesener psychischer Störung gibt es noch eine große Gruppe an Patienten, die unter einer sogenannten subsyndromalen psychischen Belastung leiden. Diese Patienten zeigen ebenfalls Symptome psychischer Belastung, ohne jedoch die Kriterien einer psychischen Störung zu erfüllen. Zu den häufigen Ausdrucksformen der subsyndromalen Belastung zählen Ängste und Depressivität (Mahendran et al. 2016). Subsyndromale Belastungen können, insbesondere bei ausbleibender Therapie, in eine

behandlungsbedürftige und prognosebeeinflussende psychische Störung übergehen. Die Prävalenzraten subsyndromaler Belastungen liegen für Ängste im Bereich von ca. 40% und für Depressivität im Bereich von ca. 35% (Mahendran et al. 2016). Problematisch ist in diesem Zusammenhang die eingeschränkte Qualität der Diagnostik mittels der etablierten Fragebögen (z.B. HADS, GAD und PHQ-9). Im Vergleich zu einem standardisierten Interview sind, je nach Cut-off-Wert, insbesondere die Zahlen für falsch-positiv diagnostizierte Patienten hoch (Esser et al. 2018; Hartung et al. 2017). Dies muss bei der Beurteilung der Prävalenzen berücksichtigt werden.

2.2 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten

Im Rahmen einer Tumorerkrankung werden viele Patienten mit Ängsten, der Ungewissheit über ihre medizinische und soziale Zukunft und psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen und Angststörungen, konfrontiert (Merckaert et al. 2010; van Scheppingen et al. 2011). In Studien äußern zwischen 10% und 50% der Patienten hohe Stress- bzw. Belastungslevel (Merckaert et al. 2010). Die Patienten leiden unter psychosozialen Belastungen, deren Ursachen sowohl im psychischen und physischen als auch im familiären und sozialen Bereich zu finden sind (Ernstmann et al. 2009). Eine Nichtbehandlung der psychischen Begleiterkrankungen kann negative Auswirkungen auf Mortalität und Therapiecompliance haben und senkt zudem die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen (Merckaert et al. 2010; van Scheppingen et al. 2011). Psychosoziale Unterstützungsangebote können diesem entgegenwirken und sich positiv auf Lebensqualität, Compliance und körperliche Symptome auswirken (Jacobsen et al. 2012; Merckaert et al. 2010).

2.2.1 Prävalenzen und Prädiktoren eines Unterstützungsbedürfnisses

In einer deutschen Studie gab ca. 1/3 der Tumorpatienten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung an, 1/4 der Patienten hatte das starke Verlangen mit anderen über die eigenen Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit der Tumorerkrankung zu sprechen (Faller et al. 2016). In einer Studie an Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren äußerten 40% der Patientinnen ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Faller, Brahler, et al. 2017).

Das Bedürfnis bzw. der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung ist nicht unter allen Patienten gleichmäßig ausgeprägt. Es gibt deutliche interindividuelle Unterschiede im Hinblick auf Art und Ausmaß der Bedürfnisse (Swash et al. 2014). Zahlreiche Studien konnten Prädiktoren für das Bedürfnis nach und die Inanspruchnahme von psychosozialer bzw. psychoonkologischer Hilfe herausstellen.

Demnach scheint das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung insbesondere bei Frauen und jungen Patienten größer zu sein (Ernstmann et al. 2009; Faller et al. 2016; Holm et al. 2012; Mikkelsen et al. 2009; Pauwels et al. 2013; Stanton 2012; Swash et al. 2014; van Scheppingen et al. 2011). Ältere Patienten äußern zwar seltener ein Unterstützungs-Bedürfnis, weisen jedoch häufiger unbefriedigte Bedürfnisse auf (Holm et al. 2012).

Neben Geschlecht und Alter beeinflussen auch Tumordiagnose und Therapiemodalitäten die Ausprägung eines Unterstützungs-Bedürfnisses (van Scheppingen et al. 2011). Eine dänische Studie beschrieb in diesem Zusammenhang, dass Patienten mit kolorektalem Karzinom, Prostatakarzinom oder Melanom signifikant seltener ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußerten als Brustkrebspatientinnen (Faller et al. 2016; Holm et al. 2012). Auch Patienten, die ausschließlich strahlentherapeutisch behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten ein geringeres Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (van Scheppingen et al. 2011). Belastende und langwierige Therapien sowie späte Tumorstadien scheinen hingegen mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Unterstützung einherzugehen (Swash et al. 2014).

Erhöhte psychische Belastung ist hingegen kein sicherer Prädiktor für ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. In einer deutschen Studie äußerten 50% der Patienten mit erhöhter emotionaler Belastung kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Faller et al. 2016). Andererseits gaben auch ca. 25% der Patienten ohne Erhöhung des Belastungslevels einen Wunsch nach Unterstützung an. Diese Erkenntnis erschwert es, in der klinischen Praxis Patienten mit einem Unterstützungsbedürfnis zu identifizieren und schlussendlich zu therapieren. Häufig besteht eine Diskrepanz zwischen vermeintlicher medizinischer Indikation und Wunsch bzw. Bedürfnis des Patienten (Faller et al. 2016). In einer Studie an Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren wurde ein Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depression und dem Bedürfnis nach

psychosozialer Unterstützung gesehen. Patientinnen mit Angst bzw. Depression äußerten häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Faller, Brahler, et al. 2017). Des Weiteren scheinen psychosoziale Faktoren Einfluss auf das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu haben. So äußerten unverheiratete Patienten (Faller et al. 2016; Pauwels et al. 2013), Patienten mit niedrigem Einkommen (Pauwels et al. 2013) bzw. finanziellen Problemen und Patienten mit mangelhafter Wohnsituation durchschnittlich öfter ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Swash et al. 2014).

Ebenso gaben Patienten mit psychiatrischen Vorerkrankungen häufiger ein Unterstützungsbedürfnis an (Swash et al. 2014). Eltern mit kleinen Kindern scheinen ebenfalls ein gesteigertes Unterstützungsbedürfnis zu haben (Mikkelsen et al. 2008).

Eine deutsche Studie misst zudem der Fähigkeit zum *emotional functioning* eine besondere Bedeutung im Hinblick auf das Unterstützungsbedürfnis bei. Je schlechter die Patienten ihre Situation emotional verarbeiten konnten, desto stärker war ihr Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Ernstmann et al. 2009).

2.2.2 *Bereiche der Unterstützungsbedürfnisse*

Die wichtigsten Bedürfnisse betreffen die Bereiche psychische und physische Gesundheit (Pauwels et al. 2013). Häufige körperliche Probleme wie Schmerzen oder Müdigkeit ergeben sich sowohl aus den Krankheits- als auch aus den Therapienebenwirkungen (Stanton 2012). Im Bereich der psychischen Probleme stehen Rezidivangst und Depression an führender Stelle (Stanton 2012). Viele Patienten geben darüber hinaus ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis ihre Erkrankung und deren Therapie betreffend an (Swash et al. 2014). Zudem bestehen häufig Unterstützungsbedürfnisse im Hinblick auf eine Wiedereingliederung in den Beruf bzw. den Umgang mit einem Jobverlust oder verpassten Karrierechancen (Stanton 2012). Auch finanzielle Sorgen rücken im Rahmen einer Tumorerkrankung in den Fokus vieler Patienten (Stanton 2012; Yi et al. 2014).

Neben dem reinen Vorhandensein von Bedürfnissen interessiert insbesondere auch der Grad an Erfüllung bzw. Befriedigung dieser Bedürfnisse durch ärztliche, pflegerische, psychologische oder soziale Unterstützung. 80% der Befragten einer belgischen Studie gaben unbefriedigte oder nur zum Teil befriedigte Bedürfnisse an (Pauwels et al. 2013). Am häufigsten unbefriedigt waren Bedürfnisse aus dem sexuellen und

partnerschaftlichen Bereich (Holm et al. 2012; Pauwels et al. 2013). Auch Bedürfnisse aus dem finanziellen und spirituellen Bereich sowie das Bedürfnis nach praktischer Hilfe im Alltag scheinen häufiger unbefriedigt zu bleiben (Holm et al. 2012; Yi et al. 2014).

2.2.3 Unterstützungsbedürfnisse im Krankheitsverlauf

Im zeitlichen Krankheitsverlauf äußern Patienten vor allem in der Therapiephase Bedürfnisse nach Unterstützung (Pauwels et al. 2013; Yi et al. 2014). Während dieser Zeit stehen insbesondere Einschränkungen im physischen und sozialen Bereich sowie eine Veränderung des Selbstbilds im Vordergrund (Pauwels et al. 2013).

2.2.4 Quellen psychosozialer Unterstützung

Als beliebte Quellen für Informationen und Unterstützung werden insbesondere Broschüren, Gespräche mit Psychologen, Informationsveranstaltungen und Internetplattformen genannt (Pauwels et al. 2013). Körperliche Probleme werden von den Patienten jedoch bevorzugt im direkten Kontakt mit dem behandelnden Onkologen thematisiert (Pauwels et al. 2013).

2.3 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Wie bereits dargestellt, besteht bei einem nennenswerten Anteil der Tumorpatienten ein Bedarf oder zumindest ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Psychosoziale Unterstützungsangebote können Krebspatienten helfen, psychische Belastungen abzubauen und ihre Lebensqualität zu verbessern (Zeissig et al. 2015). Die Datenlage zur Inanspruchnahme psychosozialer bzw. psychoonkologischer Unterstützung zeichnet ein sehr heterogenes Bild mit deutlichen Schwankungen bei den Inanspruchnahmeraten.

2.3.1 Prävalenz der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Die Zahlen für die Inanspruchnahme psychosozialer bzw. psychologischer Unterstützung schwanken zwischen 2% und fast 70% der untersuchten Krebspatienten, je nach Behandlungssetting, Tumorentität und Krankenhaus (Azuerro et al. 2014; Singer et al.

2013; Zeissig et al. 2015). In einer deutschen Studie gaben 2/3 der Patienten an, sich eine Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen vorstellen zu können (Faller et al. 2016). Die tatsächlichen Inanspruchnahmeraten weichen indes teils stark ab. Eine deutsche Studie gab die Inanspruchnahmerate psychologischer und/oder psychotherapeutischer Hilfe unter Krebspatienten mit durchschnittlich 28,9% an (Faller, Weis, et al. 2017). Dabei erhielten 13,4% der Patienten eine Psychotherapie und 24,2% psychologische Unterstützung. Hervorzuheben sind hierbei die Unterschiede in Abhängigkeit vom Behandlungssetting, in dem die Hilfe geleistet wurde. So erhielten nur 22,1% der Krebspatienten in Akutkrankenhäusern, aber 27,8% der Patienten im ambulanten Bereich und sogar 42% der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen psychologische Hilfe. Vergleicht man die Inanspruchnahmeraten mit dem potenziellen Unterstützungsbedarf, so fällt auf, dass nur rund 44% der Patienten mit psychischer Störung auch psychologische Hilfestellungen nutzten (Faller, Weis, et al. 2017). Frühere Untersuchungen ermittelten jedoch teils deutlich niedrigere Inanspruchnahmeraten. Nur ca. 9% der Patienten in Akutkrankenhäusern gaben an, psychologische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (Zeissig et al. 2015).

2.3.2 Prädiktoren der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Untersucht man die Prädiktoren für eine Inanspruchnahme genauer, so fällt auf, dass insbesondere Frauen, junge Patienten und Patienten mit geringerer positiver Unterstützung durch ihr soziales Umfeld psychologische Hilfe häufiger nutzen (Faller, Weis, et al. 2017). Auch Arbeitslosigkeit, die Verantwortung für minderjährige Kinder, ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium und höhere Bildungsabschlüsse scheinen einen positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme zu haben (Zeissig et al. 2015).

Ein signifikanter Einfluss der Tumorentität auf die Inanspruchnahmeraten findet sich kaum (Faller, Weis, et al. 2017). Allenfalls Männer mit Prostatakarzinom nehmen psychologische Unterstützungsangebote signifikant seltener in Anspruch als Männer mit anderen Tumorentitäten (Faller, Weis, et al. 2017). Die signifikant häufigere Inanspruchnahme durch Brustkrebspatientinnen lässt sich v.a. durch einen Geschlechtseffekt erklären (Faller, Weis, et al. 2017). Zudem ist die Versorgung mit psychoonkologischen Diensten im Bereich der Brustkrebstherapie überdurchschnittlich gut ausgebaut (Zeissig et al. 2015). Niederschwellige Angebote und häufiger Kontakt zu

psychoonkologischem Fachpersonal gehen mit höheren Inanspruchnahmeraten einher (Azuero et al. 2014; Kadan-Lottick et al. 2005).

Die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe ist mit höheren Ausprägungen in den Bereichen emotionale Belastung, Angst und depressive Symptomatik assoziiert (Faller, Weis, et al. 2017).

Patienten, die sich in einer festen Partnerschaft befinden oder bereits ausreichende Unterstützung durch ihr Umfeld erfahren, nehmen psychologische Hilfe hingegen seltener in Anspruch (Eakin & Strycker 2001; Faller, Weis, et al. 2017). Einige Studien legen nahe, dass auch religiöse Überzeugungen Einfluss auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten haben (Eakin & Strycker 2001).

2.3.3 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sind vielfältig und werden zum Teil auch von gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Faktoren beeinflusst.

Manche Patienten geben an, keine ausreichende Information über mögliche Angebote erhalten zu haben (Azuero et al. 2014; Dilworth et al. 2014; Eakin & Strycker 2001; Whitney et al. 2015). Zeitliche und personelle Engpässe in der ärztlichen Versorgung tragen zu einer mangelhaften Information der Patienten bei. Dies wird durch eine nicht ausreichende ärztliche Ausbildung im Hinblick auf psychoonkologische Themen und fehlende Strukturen in den Therapieeinrichtungen verstärkt (Faller et al. 2016). Auch verzichten einige Patienten auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten aus Sorge um eine mögliche Überbelastung der Unterstützer oder weil sie den Eindruck haben, dem Behandler fehle die nötige Zeit, sich mit ihren Problemen zu beschäftigen (Brandes et al. 2015; Clover et al. 2015). Es wird deutlich, dass die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme zu einem großen Teil in Kommunikationsproblemen liegen (Brandes et al. 2015). Viele Ärzte scheinen zudem medikamentöse Therapien psychoonkologischen Ansätzen vorzuziehen und informieren ihre Patienten daher nicht ausreichend über mögliche Angebote (Azuero et al. 2014; Kadan-Lottick et al. 2005). Oftmals fehlen schlichtweg auch geeignete Angebote (Faller et al. 2016).

Einige Patienten nennen mangelndes Interesse an psychologischer Hilfe als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme (Whitney et al. 2015). Die Angst vor Stigmatisierung durch

Inanspruchnahme von Unterstützung scheint hingegen kein wichtiger Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme zu sein (Clover et al. 2015). Viele Patienten suchen Unterstützung vor allem außerhalb professioneller Strukturen bei Freunden und Familie oder lehnen Unterstützung durch Dritte generell ab, um etwaige Probleme allein für sich zu lösen (Clover et al. 2015; Faller et al. 2016). Ein weiterer Teil der Patienten ist aufgrund starker körperlicher Gebrechen nicht in der Lage, entsprechende Unterstützungsangebote zu nutzen (Azüero et al. 2014). Einige Patienten schätzen auch die eigene psychische Belastung als zu gering ein, um Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen zu müssen (Clover et al. 2015).

Ökonomische Aspekte haben ebenfalls einen Einfluss auf die Inanspruchnahmeraten, denn nicht in allen untersuchten Gesundheitssystemen sind Unterstützungsangebote für jeden Patienten kostenfrei verfügbar und somit, unabhängig von finanziellen Aspekten, für alle Patienten nutzbar (Azüero et al. 2014; Whitney et al. 2015). Probleme hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung insbesondere ländlicher Gebiete mit psychoonkologischen Diensten tragen zu niedrigeren Inanspruchnahmeraten bei (Azüero et al. 2014; Ernst et al. 2010).

Unterschiede in Bezug auf das Angebot und die Inanspruchnahme psychoonkologischer Dienste zeigen sich auch zwischen zertifizierten und nicht-zertifizierten Krankenhäusern. Fehlen solche spezialisierten Einrichtungen, reicht die Kompetenz der behandelnden Ärzte im Bereich psychoonkologische Versorgung oftmals nicht aus (Singer et al. 2013). So fällt die Inanspruchnahmerate in einem nicht zertifizierten großen deutschen Universitätsklinikum im Vergleich zu zertifizierten Zentren deutlich ab (Singer et al. 2013).

Alles in allem erhalten nur rund 50% der Patienten mit Unterstützungsbedarf auch adäquate psychoonkologische Hilfe (Azüero et al. 2014; Faller, Weis, et al. 2017; Kadan-Lottick et al. 2005).

Bezug nehmend auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist vor allem der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote interessant. Es hat sich in vorhergehenden Untersuchungen gezeigt, dass die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten insoweit von der sozialen Unterstützung abhängt, als dass

Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben und/oder anderweitig positive soziale Unterstützung erfahren, seltener professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung ist mit einer niedrigeren Lebensqualität assoziiert (Azuero et al. 2014).

2.4 Soziale Unterstützung bei Tumorpatienten

Bei der Bewältigung einer Tumorerkrankung nimmt auch der Faktor „soziale Unterstützung“ einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert ein. Soziale Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarn und Arbeitskollegen kann ein wichtiger Baustein bei der Bewältigung der mit einer Tumorerkrankung einhergehenden Probleme sein (Faghani et al. 2014; Salonen et al. 2013).

2.4.1 Einteilung der sozialen Unterstützung

Soziale Unterstützung lässt sich nach ihrer Qualität und Quantität einteilen (Helgeson 2003).

Mit der Quantität werden die Anzahl der sozialen Kontakte, der Beziehungsstatus oder die verschiedenen sozialen Rollen beschrieben (z.B. Vater/Mutter, Bruder/Schwester, Arbeitnehmer etc.). Auch die soziale Integration, beispielweise in Vereinen, fällt unter diesen Punkt (Helgeson 2003).

Die Qualität oder auch Funktionalität der sozialen Unterstützung umfasst die verschiedenen Formen der sozialen Unterstützung. Zu diesen zählen die emotionale Unterstützung, die instrumentelle Unterstützung und die informative Unterstützung (Boinon et al. 2014; Helgeson 2003). Die Qualität der sozialen Unterstützung ist stärker als die Quantität mit dem Wohlbefinden des Patienten assoziiert (Fong et al. 2017).

Instrumentelle Unterstützung umfasst praktische Unterstützung im Alltag wie Hilfe bei Tätigkeiten im Haushalt oder auch Formen der finanziellen Unterstützung.

Unter emotionaler Unterstützung werden zwischenmenschliche Interaktionen beispielsweise in Form von Gesprächen oder empathischem Verhalten zusammengefasst

(Helgeson 2003). Emotionale Unterstützung als Teilaspekt der sozialen Unterstützung wird sowohl durch das private Umfeld als auch durch medizinisches Fachpersonal geleistet (Helgeson 2003; Luszczynska et al. 2013; Salonen et al. 2013). Eine besondere Bedeutung kommt hierbei jedoch der Familie und insbesondere dem Ehepartner zu (Salonen et al. 2013). Freunde und Bekannte können die Unterstützung durch den Ehepartner meist nicht ersetzen (Dagan et al. 2011).

Emotionale Unterstützung scheint besonders in Krankheitsphasen mit hoher psychischer Belastung wichtig zu sein und einen großen Einfluss auf die Lebensqualität zu haben. Je größer die psychische Belastung, desto eher benötigen Patienten emotionale Unterstützung (Helgeson 2003), je niedriger die Lebensqualität desto eher profitieren Patienten von sozialer Unterstützung (Scholz et al. 2008). Daher hängt es auch von der Krankheitsphase ab, welche Form der Unterstützung benötigt wird (Helgeson 2003). Insbesondere zu Beginn einer (Tumor-) Erkrankung leiden die Patienten unter einer hohen psychischen Belastung, die vor allem emotionale Unterstützung nötig macht. Im Verlauf der Erkrankung nehmen andere Formen der Unterstützung wie z.B. informative oder instrumentelle Unterstützung an Bedeutung zu (Helgeson 2003). Die Qualität der Unterstützung ist in diesem Zusammenhang wichtiger als die reine Anzahl der Unterstützer (Leung et al. 2014).

Die Bereitstellung von Informationen über Erkrankung und Therapie wird als informative Unterstützung bezeichnet (Helgeson 2003). Informative Unterstützung wird eher von Seiten des medizinischen Fachpersonals gewünscht (Luszczynska et al. 2013; Salonen et al. 2013) und meist eher in späteren Krankheitsphasen benötigt (Helgeson 2003).

2.4.2 Auswirkungen sozialer Unterstützung auf die körperliche und psychische Gesundheit

Im Kontext von (Tumor-) Erkrankungen konnten in zahlreichen Studien Auswirkungen sozialer Unterstützung auf Teilaspekte wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder die psychische Belastung gesehen werden (Applebaum et al. 2014; Ditzen & Heinrichs 2014; Faghani et al. 2014; Helgeson 2003; Leung et al. 2014).

Soziale Unterstützung verbessert sowohl die gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Wohlergehen von Tumorpatienten (Dagan et al. 2011; Ditzen & Heinrichs 2014; Faghani et al. 2014; Helgeson 2003; Leung et al. 2014; Mehnert et al. 2010; Salonen et al. 2013). Soziale Unterstützung hat einer südkoreanischen Studie zufolge bei Tumorpatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung einen deutlich größeren Einfluss auf das Wohlbefinden (Yoo et al. 2017). Eine schlechtere soziale Unterstützung ist hingegen mit einer höheren Mortalität, einem häufigeren Auftreten von Depressionen und weniger Lebensqualität assoziiert (Salonen et al. 2013; Yoo et al. 2017).

Laut dem Stress-Buffering-Modell senkt soziale Unterstützung insbesondere bei hohem Stress-Level die psychische Belastung und wirkt protektiv im Hinblick auf weitere psychische Belastungen (Applebaum et al. 2014; Helgeson 2003; Leung et al. 2014; Mehnert et al. 2010). Soziale Unterstützung hilft, mit den durch eine Tumorerkrankung hervorgerufenen psychischen und somatischen Problemen umzugehen, Gespräche über Probleme und Ängste reduzieren psychischen Stress (Boinon et al. 2014).

Soziale Unterstützung kann zudem durch einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten die Lebensqualität verbessern (Crookes et al. 2016; Helgeson 2003; Pinqart et al. 2007). Eine amerikanische Studie an Brustkrebspatientinnen konnte z.B. einen positiven Einfluss sozialer Unterstützung auf das Ernährungsverhalten der Patientinnen im Hinblick auf eine gesündere Ernährung nachweisen (Crookes et al. 2016). Durch Auswirkungen auf das autonome und zentrale Nervensystem sowie auf das Immun- und Hormonsystem senkt soziale Unterstützung die Mortalität (Applebaum et al. 2014; Faghani et al. 2014; Pinqart et al. 2007) und hat dabei einen ähnlich starken Effekt wie sportliche Aktivität und der Verzicht auf Nikotin und Alkohol (Ditzen & Heinrichs 2014). Soziale Unterstützung war in Studien auch mit einem selteneren Auftreten von psychischen Störungen assoziiert (Boinon et al. 2014; Salonen et al. 2013). Sozial wenig unterstützte Patienten litten hingegen häufiger unter einer depressiven Symptomatik (Boinon et al. 2014).

2.4.3 *Soziale Unterstützung im Krankheitsverlauf*

In einer Studie an Brustkrebspatientinnen konnte beobachtet werden, dass im Verlauf einer Tumorerkrankung die Quantität der sozialen Unterstützung abnahm, woraufhin es zu einer Zunahme von Depression und Stresssymptomen kam (Fong et al. 2017).

2.4.4 *Soziodemographische Korrelate*

Unterschiede sind hinsichtlich des Geschlechts auszumachen. Soziale Unterstützung wird häufiger durch Frauen geleistet (Helgeson 2003). Verheiratete werden häufig besser unterstützt und weisen daher auch eine bessere Lebensqualität auf (Faghani et al. 2014; Leung et al. 2014). Ein Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und sozialer Unterstützung konnte nicht beobachtet werden (Leung et al. 2014).

Von den positiven Effekten sozialer Unterstützung scheinen vor allem auch Patienten mit niedrigem Einkommen verstärkt zu profitieren (Jeong & An 2017). Eine südkoreanische Studie an Magenkarzinompatienten deutet darauf hin, dass bei Patienten mit niedrigem Einkommen soziale Unterstützung einen moderierenden Einfluss auf die Entwicklung von Angst hat. Bei Patienten mit starker sozialer Unterstützung hatte das Einkommen einen geringeren Einfluss auf die Ausbildung von Angstsymptomen (Jeong & An 2017).

2.4.5 *Negative Auswirkungen sozialer Unterstützung*

Nicht gewünschte soziale Unterstützung kann negative Folgen haben. So ist diese mit einer Zunahme an psychischer Belastung sowie einer Senkung des Wohlbefindens assoziiert und kann auch zur Ausbildung einer Depression beitragen (Boinon et al. 2014; Manne et al. 2014). Einige Untersuchungen gehen sogar von einem stärkeren Einfluss negativer sozialer Interaktionen auf das Wohlbefinden im Vergleich zur positiven sozialen Unterstützung aus (Reynolds & Perrin 2004). Ein Einfluss auf die Lebensqualität konnte ebenfalls bereits festgestellt werden (Figueiredo et al. 2004).

Die durch die unterstützende Person geleistete Unterstützung erfüllt nicht in jedem Fall die Anforderung bzw. den Bedarf der empfangenden Person. In einer Untersuchung von Reynolds zeigte sich, dass die Art der benötigten Unterstützung interindividuell stark

variiert und Differenzen zwischen erwarteter und erhaltener Unterstützung einen großen Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden haben (Reynolds & Perrin 2004). Je stärker die empfundene soziale Unterstützung den Erwartungen der Patientin entsprach, desto besser war das psychosoziale Wohlbefinden.

Beispiele für eine negative soziale Unterstützung können die Minimalisierung von Problemen, ein ausweichendes Verhalten oder auch Kritik an der Krankheitsverarbeitung sein (Manne et al. 2014; Reynolds & Perrin 2004).

Negative Interaktionen schränken die Krankheitsverarbeitung sowohl im kognitiven als auch sozialen Bereich ein. Die kognitive Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird eingeschränkt (Manne et al. 2014). Im sozialen Bereich kann negative soziale Unterstützung zu einem sozialen Rückzug führen und die Bereitschaft des Patienten, sich anderen zu öffnen, senken (Manne et al. 2014).

Bezug nehmend auf die Fragestellung nach einem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung kann konstatiert werden, dass Patienten mit schlechterer sozialer Unterstützung, so z.B. Unverheiratete und Alleinlebende, häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern.

2.5 Lebensqualität

Die Betrachtung der Lebensqualität hat in den letzten Jahrzehnten in der medizinischen Forschung, aber auch in der Patientenversorgung zunehmend Raum gegriffen. Als Folge der verbesserten Therapiemöglichkeiten, insbesondere auch in der Onkologie, kam und kommt es immer stärker zu einem verlängerten Leben, das jedoch von den körperlichen und psychischen Folgen einer chronischen Erkrankung und insbesondere auch ihrer Therapie überschattet wird (Weis & Faller 2012). In dieser Situation nimmt, neben der Lebensquantität, auch die Lebensqualität immer stärker an Bedeutung zu und beeinflusst immer stärker den Sinn und Nutzen von therapeutischen Maßnahmen.

2.5.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität findet nicht nur in der Medizin, sondern auch in vielen anderen Wissenschaften, wie z.B. der Soziologie, der Psychologie oder der Ökonomie Anwendung (Radoschewski 2000). Bei dieser doch recht breit gefächerten wissenschaftlichen Verwendung des Lebensqualitätsbegriffs scheint es nicht verwunderlich, dass es bisher nicht möglich war sich auf eine allgemeinverbindliche und eindeutige Definition zu einigen. Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) definierte Lebensqualität in einem Positionspapier von 1995 als „die Wahrnehmung von Individuen bezüglich ihrer Position im Leben im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen sie leben, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Interessen“ (Bullinger 2014). In den 1980er Jahre entwickelte sich daher ein auf die Medizin und Gesundheitsforschung hin ausgerichtetes Verständnis von Lebensqualität, das seitdem mit dem Begriff „Health-Related Quality of Life“ (HRQOL), d.h. gesundheitsbezogene Lebensqualität, umschrieben wird (Radoschewski 2000).

Im Laufe der Zeit hat sich eine operationale Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchgesetzt (Bullinger 2014). Diese umschreibt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein aus vielen Einzelkomponenten bestehendes Konstrukt. Dazu gehören eine körperliche, eine emotionale, eine mentale, eine soziale und eine funktionale Komponente. Ergänzt wird dies, je nach Modell, durch individuelle und ökonomische Faktoren (Bullinger 2014).

Die körperliche Komponente beschreibt dabei vor allem physische Symptome wie zum Beispiel Schmerzen, Atemnot, Übelkeit oder Müdigkeit (Deutschinoff et al. 2005). Die emotionale Komponente beschreibt die Stimmungslage, zum Beispiel Trauer oder Wut, aber auch Freude (Deutschinoff et al. 2005). Die mentale Dimension beinhaltet kognitive Fähigkeiten wie die Konzentrationsfähigkeit (Bullinger 2014). Unter der sozialen Komponente wird die Fähigkeit zu sozialer Interaktion und Kommunikation zusammengefasst. Die funktionale Komponente umfasst die Teilnahme am alltäglichen Leben und die Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltagsaufgaben (Deutschinoff et al. 2005). Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass alle Dimensionen sich untereinander bedingen und Einfluss aufeinander nehmen (Bloom et al. 2007).

Subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit tragen ebenfalls zum Konzept der Lebensqualität bei (Bullinger 2014). Daneben haben auch Rollenfunktions- und

Bedürfnismodelle Einzug in das Konstrukt Lebensqualität gehalten (Bullinger 2014). Diese postulieren eine hohe Lebensqualität bei Erfüllung der entsprechenden Bedürfnisse und sozialen Rollen.

Neben objektiv erfassbaren Einflussfaktoren umfasst Lebensqualität auch eine starke subjektive Komponente. Diese ist stark von den Erwartungen des Einzelnen an sein Leben und die eigene Lebensqualität geprägt (Bloom et al. 2007). Ein und dasselbe objektive Lebensqualitätsniveau kann von zwei Individuen subjektiv vollkommen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden (Bloom et al. 2007).

2.5.2 Messinstrumente der Lebensqualität

Die Erhebung der Lebensqualität erfolgt mittels verschiedener Messinstrumente. Hierzu gehörten zunächst strukturierte Interviews (Bullinger 2014). Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und einfacheren Durchführbarkeit entwickelte man im Verlauf strukturierte Fragebögen. Beispiele für solche Fragebögen sind der SF-36, der SF-12, der WHOQOL, der EORTC-QLQ C-30 oder auch der EQ-5D (Bullinger 2014).

2.5.3 Lebensqualität in der Onkologie

Eine Tumorerkrankung geht in vielen Fällen mit Einschränkungen der Lebensqualität einher. Tumorpatienten haben im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung eine signifikant schlechtere Lebensqualität (Ahmed-Lecheheb & Joly 2016; Lee et al. 2014; Weaver et al. 2012).

Allein die Diagnose einer Tumorerkrankung geht schon mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einher (Oh et al. 2014). Sowohl die Tumorerkrankung an sich als auch ihre Therapie tragen hierzu bei. Die mit der Tumorerkrankung einhergehenden Ängste, z.B. vor dem Tod oder einem Krankheitsrezidiv, und die Einschränkungen durch etwaige chirurgische, radiotherapeutische oder medikamentöse Therapien münden in einer psychischen Belastung und Verschlechterung der Lebensqualität (Montazeri 2008). Alltägliche Aufgaben können gegebenenfalls nicht mehr wie gewohnt erfüllt werden und auch sozialen wie beruflichen Rollenfunktionen werden die Patienten nicht mehr in gewohntem Maße gerecht. Teils müssen sogar ganze Lebensentwürfe verworfen und neu gedacht werden (Weis & Faller 2012).

Zu den psychischen Folgen einer Tumorerkrankung gehört, neben der ständig präsenten Angst vor einem Rezidiv oder Progress der Erkrankung, die intensivere Auseinandersetzung mit dem Tod (Weis & Faller 2012). Wird der Tod von Gesunden eher als etwas Abstraktes wahrgenommen, entwickelt er sich bei Tumorpatienten zu einem Teil der Lebenswirklichkeit. Das Grundvertrauen in den eigenen Körper und der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit schwinden. Ein Gefühl des Kontrollverlusts kommt hinzu. Viele Patienten beginnen an tiefgreifenden Überzeugungen zu zweifeln und stellen, früher oder später, die Frage nach dem weiteren Sinn des Lebens. Diese Sinnsuche ist mit intrusiven Gedanken, psychischer Belastung und einer allgemeinen Unzufriedenheit assoziiert. Gelingt es den Patienten hingegen, der Erkrankung auch positive Aspekte (z.B. Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen, Konzentration auf das Wesentliche etc.) abzugewinnen, kann dies als Barriere gegen negative Einflüsse wirken und den Umgang mit der Erkrankung vereinfachen. Dieser Effekt wird auch als posttraumatisches Wachstum bezeichnet (Weis & Faller 2012).

In der (Psycho-) Onkologie ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität zunehmend Gegenstand der klinischen Forschung. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird hier als Indikator für das allgemeine Wohlbefinden und als Spiegel der physischen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit der Tumorpatienten genutzt (Lee et al. 2014; Oh et al. 2014). Auch kann die Lebensqualität einen Hinweis auf die Therapieverträglichkeit geben (Nelke et al. 2014). Therapieeffekte, insbesondere auch im Hinblick auf psychoonkologische Interventionen, können besser erfasst werden. So kann die Lebensqualitätsforschung zur Verbesserung der Therapiequalität beitragen (Bullinger 2014; Damodar et al. 2014; Lee et al. 2014).

2.5.4 Lebensqualität im Krankheitsverlauf

Die Lebensqualität von Tumorpatienten verändert sich im Verlauf der Erkrankung. Für Brustkrebspatientinnen konnte gezeigt werden, dass es im zeitlichen Verlauf zu einer deutlichen Besserung der Lebensqualität kommt und sich diese in vielen Fällen sogar dem Niveau der Allgemeinbevölkerung angleicht (Weis & Faller 2012). In Teilbereichen konnte sogar eine bessere Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen festgestellt werden (Weis & Faller 2012). Eine Studie an Patienten mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich identifizierte besonders niedrige Level für die Lebensqualität in einem Zeitraum bis 3

Monate nach Diagnosestellung (Howren et al. 2013). Diagnose und Therapie gehen demnach mit besonders deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität einher. Im Verlauf verbesserte sich die Lebensqualität bis zum 1-Jahres-Follow-up wieder (Howren et al. 2013). Bei Patienten mit Prostatakarzinom wurde hingegen eine Verschlechterung der Lebensqualität im Krankheitsverlauf gesehen (Bloom et al. 2007; Weis & Faller 2012).

Einschränkungen müssen bei einigen körperlichen Dimensionen der Lebensqualität gemacht werden, die sich auch noch nach Jahren als gemindert darstellen. Unter anderem durch aggressive Therapieverfahren bleibt die körperliche Leistungsfähigkeit oft dauerhaft eingeschränkt. Dies wirkt sich auch negativ auf die Erfüllung beruflicher und sozialer Rollenfunktionen aus (Weis & Faller 2012).

Das dies nicht zu einer dauerhaft geminderten Lebensqualität führt, hängt mit einer Neuinterpretation des Lebensqualitätsbegriffs durch den Patienten zusammen. Im Rahmen eines so genannten „Response Shift“ kommt es zur Neubewertung und veränderten Gewichtung einzelner Dimensionen der Lebensqualität (Weis & Faller 2012). So definieren Betroffene ihre Lebensqualität beispielsweise weniger über berufliche Erfolge, dafür nehmen sie zwischenmenschliche Interaktionen oder Naturerfahrungen stärker wahr. Ähnlich der Lebensqualität gleichen sich auch die Prävalenzraten für psychiatrische Erkrankungen und psychische Belastung mit der Zeit an die Werte der Allgemeinbevölkerung an (Weis & Faller 2012).

2.5.5 Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Um psychoonkologische Hilfsangebote zielgerichteter und früher einsetzen zu können und so die Tumorthherapie insgesamt zu verbessern, ist es wichtig, die Patienten zu identifizieren, die unter einer Einschränkung der Lebensqualität leiden bzw. am ehesten leiden werden. Daher haben in der Vergangenheit zahlreiche Studien versucht, Prädiktoren für gute bzw. schlechte Lebensqualität bei Tumorpatienten zu finden.

In einigen Studien gingen beispielsweise weibliches Geschlecht und höheres Lebensalter mit einer niedrigeren Lebensqualität einher (Allart et al. 2013; Kim & Kim 2017). Andere Studien unterschieden zwischen psychischer und körperlicher Lebensqualität. So war in Studien an Ovarialkarzinom-Patientinnen jüngerer Lebensalter mit einer schlechteren psychischen Lebensqualität assoziiert, wohingegen ältere Patientinnen vor allem eine

schlechtere körperliche Lebensqualität aufwiesen (Ahmed-Lecheheb & Joly 2016). Jüngeren Patienten scheint es insgesamt schwerer zu fallen, eine Tumorerkrankung anzunehmen und mit dieser umzugehen (Reeve et al. 2016).

Auch sozioökonomische Faktoren konnten in einen Zusammenhang mit der Lebensqualität gebracht werden. So gingen in vielen Studien ein geringeres Einkommen, Arbeitslosigkeit und ein niedrigeres Bildungsniveau mit einer schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher (Allart et al. 2013; Fang et al. 2004; Weaver et al. 2012). Bessere soziale Unterstützung zu Beginn der Tumorerkrankung ging in einer Studie an Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren mit besserer Lebensqualität einher (Howren et al. 2013). Soziale Unterstützung verbessert insbesondere die psychische Lebensqualität (Bloom et al. 2007).

Patienten in fortgeschrittenen Tumorstadien und mit mehr Begleiterkrankungen wiesen ebenfalls durchschnittlich schlechtere Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (Fang et al. 2004; Lee et al. 2014; Reeve et al. 2016). Insbesondere körperliche Schmerzen und Fatigue waren mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität assoziiert (Montazeri 2008), wobei insbesondere die Fatigue-Symptomatik häufig ohne Besserung im zeitlichen Verlauf blieb (Bloom et al. 2007). Fatigue hat Auswirkungen auf die körperliche und psychische Komponente der Lebensqualität und geht mit einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit einher (Weis & Faller 2012). Dabei ist Fatigue als multidimensionales Konstrukt aus körperlichen und psychischen Einschränkungen eine häufige Begleiterscheinung von Tumorerkrankungen – je nach Studie sind 20-50% der Tumorangzeitüberlebenden von Fatigue betroffen. Auch ist in Studien eine ausgeprägte Assoziation von Fatigue mit Schlafstörungen gesehen worden (Weis & Faller 2012).

Neben dem Tumorstadium konnten auch Zusammenhänge mit der Tumorentität gesehen werden (Damodar et al. 2014). So äußerten Patienten mit Ovarialkarzinom, Pankreaskarzinom, multiplem Myelom, Lungenkarzinom und Kopf-Hals-Tumoren eine schlechtere Lebensqualität, wohingegen Patienten mit Melanom oder Endometriumkarzinom eine der Normalbevölkerung vergleichbare Lebensqualität aufwiesen (Allart et al. 2013; Kent et al. 2015; Lee et al. 2014). In einer deutschen Studie konnten Unterschiede zwischen Brustkrebspatientinnen und Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren gesehen werden. Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren

wiesen im Vergleich eine signifikant schlechtere Lebensqualität auf (Faller, Brahler, et al. 2017). Einschränkungen betreffen meist die körperliche Dimension der Lebensqualität, die psychische Lebensqualität ist im Vergleich zur Normalbevölkerung häufig kaum beeinträchtigt (Kent et al. 2015).

Unterschiede zeigten sich auch im Hinblick auf die Tumortherapie. In einer koreanischen Studie war eine Radiotherapie mit schlechterer Lebensqualität assoziiert (Lee et al. 2014). Auch in Studien an Ovarialkarzinom-Patientinnen ging eine aggressivere Therapie mit schlechterer Lebensqualität einher (Ahmed-Lecheheb & Joly 2016). Je nach Therapieansatz werden verschiedene Dimensionen der Lebensqualität beeinträchtigt. Umfangreiche operative Maßnahmen gehen beispielsweise häufig mit einer starken Einschränkung der körperlichen Lebensqualität einher, die wiederum großen Einfluss auf die gesamte Lebensqualität hat (Bloom et al. 2007; Nelke et al. 2014).

Neben sozioökonomischen und physischen Faktoren scheinen auch Persönlichkeitseigenschaften einen Einfluss auf die Lebensqualität zu nehmen (Allart et al. 2013). Eigenschaften wie Extraversion, geringer Neurotizismus, Selbstvertrauen, externale Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl gingen in zahlreichen Studien mit einer besseren Lebensqualität einher (Allart et al. 2013). Aktive Bewältigungsstrategien waren mit einer besseren Lebensqualität assoziiert, wohingegen Patienten mit schlechterem Coping unter mehr Krankheitssymptomen, höherer psychischer Belastung und schlussendlich schlechterer Lebensqualität litten (Allart et al. 2013; Montazeri 2008). Auch die Diagnose einer Depression ging mit einer niedrigeren Lebensqualität einher, wie eine Studie an Brustkrebspatientinnen belegt (Reyes-Gibby et al. 2012). Ein kausaler Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depressivität und schlechterer Lebensqualität konnte in einer Studie von Hutter et al (2013) nicht gesehen werden, jedoch konnten Faller et al. (2017) Depressivität und Angst als Prädiktoren für die körperliche Lebensqualität identifizieren (Faller, Strahl, et al. 2017; Hutter et al. 2013). Eine stärkere depressive bzw. Angst-Symptomatik ging hier mit schlechterer körperlicher Lebensqualität einher (Faller, Strahl, et al. 2017). In einer Studie konnte zudem ein Zusammenhang zwischen Depressivität und der psychischen Lebensqualität gesehen werden (Faller et al. 2015).

2.5.6 Lebensqualität und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

In einer deutschen Studie wurde der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung untersucht. Hier war die Lebensqualität der einzige signifikante Prädiktor für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Brix et al. 2008). Eine Einschränkung der Lebensqualität ging mit einem gesteigerten Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung einher (Brix et al. 2008). Hieraus ergibt sich die Fragestellung nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die vier Hauptfragestellungen zum Zusammenhang zwischen Lebensqualität bzw. sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung dargestellt.

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?

Insbesondere eine erniedrigte psychische Lebensqualität ist ein Prädiktor für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Brix et al. 2008). Eine erniedrigte körperliche Lebensqualität war insbesondere zu Beginn einer (Radio-) Therapie ebenfalls mit einem gesteigerten Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung assoziiert (Brix et al. 2008).

Hypothese 1: Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern, berichten über eine geringere psychische und körperliche Lebensqualität als Patienten, die kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben.

2. Besteht ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?

Die entsprechende Forschungsliteratur ist in diesem Punkt nicht sonderlich umfangreich. In einer iranischen Studie ging eine stärkere soziale Unterstützung mit weniger Unterstützungsbedürfnis einher (Faghani et al. 2015).

Eine deutsche Studie sah hingegen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der sozialen Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Mehnert & Koch 2008).

Wir erwarten jedoch, dass Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben, über ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung berichten.

Hypothese 2: Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben, berichten über ein geringeres Maß an positiver sozialer Unterstützung als Patienten, die kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben.

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung?

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint einen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungs-Angebote zu haben. In der Forschungsliteratur lassen sich Hinweise finden, die darauf hindeuten, dass Patienten mit geringerer Lebensqualität häufiger psychosoziale Unterstützungs-Angebote in Anspruch nehmen (Ernst et al. 2013).

Hypothese 3: Patienten, die psychosoziale Unterstützungs-Angebote in Anspruch nehmen, berichten über eine geringere psychische und körperliche Lebensqualität als Patienten, die keine psychosozialen Unterstützungs-Angebote in Anspruch nehmen.

4. Besteht ein Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungs-Angeboten?

Auch in diesem Punkt ist die Forschungsliteratur nicht eindeutig. Einige Autoren sehen eine stärkere Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungs-Angebote bei Patienten mit geringerem Maß an sozialer Unterstützung (Ellis et al. 2009; Ernst et al. 2013; McDowell et al. 2011). Andere Studien sehen keinen Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung (Steginga et al. 2008).

Gleichwohl erwarten wir, dass Patienten, die psychosoziale Unterstützungs-Angebote in Anspruch nehmen, ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung angeben.

Hypothese 4: Patienten, die psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, geben ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung an als Patienten, die keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen.

4 Methoden

Die dieser Dissertationsarbeit zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen einer deutschlandweit durchgeführten Multicenterstudie erhoben. Die Leitung der Studie oblag der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg im Breisgau.

Ziel der Studie war es die psychoonkologische Beratung und Behandlung in den 13 von der Deutschen Krebshilfe geförderten Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center) zu evaluieren.

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie, deren Zielsetzung es war, die psychoonkologische Bedarfs- und Versorgungssituation in den deutschen Comprehensive Cancer Centern abzubilden. Auch das Comprehensive Cancer Center der Universität Würzburg nahm an der Studie teil und rekrutierte insgesamt 128 Patienten in der Universitätsfrauenklinik, der Chirurgischen Klinik I und der Klinik für Dermatologie und Venerologie. Ein positives Ethikvotum (165/13_z) der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg liegt vor.

4.1 Studiendesign

In diese Dissertation flossen ausschließlich Daten der 128 in Würzburg rekrutierten Patienten ein. In der Querschnittsstudie wurden das psychoonkologische Bedürfnis und die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützungsangebote erfasst.

4.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien waren Volljährigkeit und die Diagnose eines Tumorleidens. Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden Patienten, die aufgrund ihrer kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten nicht in der Lage waren, die Fragebögen auszufüllen.

4.3 Durchführung

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte am Studienstandort Würzburg sowohl in der Universitätsfrauenklinik, der Chirurgischen Klinik I und der Klinik für Dermatologie und Venerologie. In der Frauenklinik wurden Patientinnen mit Brustkrebs und

gynäkologischen Tumoren, in der Hautklinik nahezu ausschließlich Melanompatienten und in der chirurgischen Klinik vorwiegend Patienten mit gastrointestinalen Tumoren rekrutiert. Insgesamt hat der Standort Würzburg 128 Patienten in die Studie eingebracht. Der Verfasser dieser Arbeit war für die Rekrutierung in der Klinik für Dermatologie zuständig.

Die Patienten wurden während der Aufnahme durch die Stationsärzte auf die laufende Studie und die Möglichkeit einer Teilnahme hingewiesen. Bei Interesse seitens des Patienten wurde dieser durch den behandelnden Arzt über die Studie und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt und nach schriftlicher Einverständniserklärung in die Studie eingeschlossen. Jedem Patienten wurde zur Verschlüsselung eine individuelle Patienten-ID zugewiesen und diese auf dem Fragebogen vermerkt. Im Verlauf des stationären Aufenthalts wurden die teilnehmenden Patienten durch den Doktoranden erneut aufgesucht, um etwaige Fragen zu Studie und Prozedere zu klären und den Fragebogen zur Bearbeitung auszuhändigen. Die Bearbeitung des Fragebogens durch die Patienten erfolgte während des stationären Aufenthalts.

Vor bzw. bei Entlassung der Patienten wurden die Fragebögen durch das Pflegepersonal oder den Doktoranden eingesammelt. Das medizinische Datenblatt wurde durch den Doktoranden zeitnah ausgefüllt. Die medizinischen Daten wurden der Patientenakte entnommen und Unklarheiten mit den behandelnden Ärzten geklärt.

Für Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, wurde ein Nicht-Teilnahmebogen durch den Doktoranden ausgefüllt.

4.4 Erhebungsinstrumente

Zur Datenerhebung wurden Fragebögen genutzt. Der Fragebogen stellte eine Kombination aus vielen verschiedenen Einzelfragebögen dar. Verwendung für die vorliegende Arbeit fanden der „SF-12 Fragebogen zum Gesundheitsstatus“, die „Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit“ (SSUK-8), ein Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf, sowie ein Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung. Des Weiteren flossen soziodemografische Angaben und Daten aus dem medizinischen Datenblatt in die Auswertung ein.

4.4.1 SF-12 – Fragebogen zum Gesundheitsstatus

Beim SF-12-Fragebogen zum Gesundheitsstatus handelt es sich um ein Instrument zur Erhebung der gesundheitsabhängigen Lebensqualität.

Der SF-12 stellt eine gekürzte Form des Short Form-36 Health Survey (SF-36) Fragebogens (Kirchberger 2000) dar, der wiederum aus dem umfangreicheren NORC-Instrument der Medical-Outcome-Studie entstand (Bullinger & Kirchberger 1998). Von ehemals 100 Items konnte mit der Zeit eine Reduktion auf zunächst 36 Items und später auf 12 Items beim SF-12-Fragebogen erreicht werden (Kirchberger 2000). Ursprünglich in den USA und in englischer Sprache entwickelt, werden der SF-36 und seine Ableger mittlerweile weltweit und in über 50 Sprachen eingesetzt (Kirchberger 2000). Die Übersetzung aus dem Englischen erfolgte durch das „International Quality of life Assessment Project“ und die Normierung in Deutschland an mehreren tausend Patienten federführend durch Bullinger et al. (Kirchberger 2000). Anwendung findet der SF-36 in den unterschiedlichsten Bereichen der Medizin, angefangen bei Studien zur Wirksamkeit von Therapien über Vergleichsstudien zum Gesundheitszustand von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen bis hin zu Fragestellungen in den Bereichen Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Kirchberger 2000).

Die Bearbeitung des Fragebogens erfolgt in der Regel durch den Patienten. Für den SF-36 muss mit einer Bearbeitungszeit von durchschnittlich zehn Minuten gerechnet werden (Kirchberger 2000). Beim SF-12 konnte durch Reduktion der Item-Anzahl die Bearbeitungszeit auf circa drei Minuten gesenkt werden (Kirchberger 2000). Dabei ist darauf zu achten, dass der Bogen möglichst vollständig ausgefüllt wird. Der SF-36 kann im Gegensatz zum SF-12-Fragebogen auch bei wenigen fehlenden Items noch ausgewertet werden (Bullinger & Kirchberger 1998).

Sowohl SF-36 als auch SF-12 bilden acht Dimensionen der körperlichen und psychischen Lebensqualität ab. Aus diesen acht Dimensionen können eine körperliche und eine psychische Summenskala errechnet werden, die jeweils die körperliche und psychische Lebensqualität abbilden (Kirchberger 2000). Die Summenskala zur körperlichen Lebensqualität wird dabei aus den Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen, körperliche Rollenfunktion und allgemeine Gesundheitswahrnehmung gebildet. Fragen zu Vitalität, sozialer Funktionsfähigkeit, psychischem Wohlbefinden und zur emotionalen Rollenfunktion fließen in die

Summenskala zur psychischen Lebensqualität ein. Die Beantwortung der Fragen ist teils dichotom, teils anhand einer Likert-Skala zu leisten. Anwendung findet der SF-12/SF-36 als universeller, nicht krankheitsspezifischer Fragebogen zur Lebensqualität sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken (Kirchberger 2000). Einzige Voraussetzungen zur Anwendung sind ein Patientenalter größer oder gleich 14 Jahren und die geistigen und körperlichen Fähigkeiten zur Bearbeitung des Fragebogens.

Die Auswertung des SF-12 findet in mehreren Stufen statt. Zuerst müssen alle Werte außerhalb des zuvor festgelegten Wertebereichs eliminiert werden (Bullinger & Kirchberger 1998). Danach müssen die Items 1, 8, 9 und 10 umgepolt werden, um sicherzustellen, dass ein höherer Wert immer auch mit einer besseren Lebensqualität einhergeht. Dann werden aus den einzelnen Antwortmöglichkeiten der Items Indikator-Variablen gebildet. Die Antwortmöglichkeit, die den besten Gesundheitszustand ausdrückt, erhält keine Indikator-Variable (Bullinger & Kirchberger 1998). Die Indikator-Variablen werden mit Regressionskoeffizienten, die zuvor an der amerikanischen Normpopulation ermittelt wurden, multipliziert und die daraus entstehenden Produkte zu Summenskalen addiert. Eine Standardisierung der Summenskalen an die amerikanische Normstichprobe wird durch Addition einer weiteren Konstante erreicht (Bullinger & Kirchberger 1998). Sollte ein SF-12-Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt sein, so kann der gesamte Bogen nicht in die Auswertung einfließen (Bullinger & Kirchberger 1998).

4.4.2 Skalen zur sozialen Unterstützung bei körperlicher Krankheit (SSUK)

Bei den „Skalen zur sozialen Unterstützung bei körperlicher Krankheit“ (SSUK) handelt es sich um die deutsche Übersetzung der von Revenson und Schiaffino (1990) entwickelten „Illness-specific Social Support Scale“ (ISSS) (Müller et al. 2004). Die Adaptation und Übersetzung ins Deutsche erfolgte durch Ramm und Hasenbring (Ramm & Hasenbring 2003). Mittels des SSUK lassen sich anhand von 24 Items sowohl die positive soziale Unterstützung als auch negative soziale Interaktion erfassen (Müller et al. 2004). Die Items bilden verschiedene Ebenen der sozialen Unterstützung ab. Dazu zählen unter anderem die emotionale, die selbstwertbezogene, die informationale und die praktische Ebene (Ramm & Hasenbring 2003). Im Bereich der negativen sozialen Interaktionen hebt der SSUK unter anderem auf Überforderung, Überfürsorglichkeit und

übertriebenen Optimismus bzw. Pessimismus durch Angehörige ab (Ramm & Hasenbring 2003). Die Beantwortung durch den Patienten erfolgt über fünfstufige Likert-Skalen (Müller et al. 2004). Die Ergebnisse des Fragebogens werden in zwei Summenskalen für die positive soziale Unterstützung und negative Interaktionen zusammengefasst (Müller et al. 2004).

Die in der vorliegenden Studie zum Einsatz gekommene 8-Item-Kurzversion (SSUK-8) wurde von Ullrich und Mehnert aus der 24-Item Langversion entwickelt (Ullrich & Mehnert 2010). Die psychometrische Überprüfung des Messinstruments anhand zweier großer Stichproben ergab eine gute Validität und Reliabilität (Ullrich & Mehnert 2010). Der Vorteil des SSUK-8 besteht vor allem in seiner deutlich kürzeren Bearbeitungszeit und der sich daraus ergebenden geringeren Belastung für die Patienten (Ullrich & Mehnert 2010). Der SSUK-8 erbringt ebenfalls zwei Subskalen zur positiven sozialen Unterstützung und negativen sozialen Interaktion.

4.4.3 Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf

Der Fragebogen zum Unterstützungsbedarf wurde von Faller et al. (2002) im Rahmen der Studie „Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinom-Patienten zu Beginn der Strahlentherapie“ entwickelt. Er enthält Fragen zum Unterstützungsbedürfnis, zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und zum Personenkreis, von dem Unterstützung gewünscht wird. Des Weiteren wird erfragt, inwieweit die Patienten in der Lage sind, ihre Bedürfnisse gegenüber anderen Personen zu äußern.

Diesem Fragebogen wurden Daten zum subjektiven Bedürfnis der Patienten nach psychosozialer Unterstützung entnommen. Auf die Frage „Hatten Sie seit Beginn Ihrer Krebserkrankung ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?“ konnten die Patienten mit „Ja“ oder „Nein“ antworten.

4.4.4 Fragebogen zur Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung

Der Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung wurde im Rahmen einer epidemiologischen Multicenterstudie entwickelt (Mehnert et al. 2012). Er erfasst die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung in den unterschiedlichsten Formen und erfragt zudem, wie hilfreich diese Unterstützung für den Patienten war.

Mit Hilfe dieses Fragebogens wurden Informationen zur Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsleistungen erhoben. Die Patienten konnten die Frage „Haben Sie seit Beginn Ihrer Krebserkrankung aufgrund Ihrer Krankheit Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?“ mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten. Zur Auswahl standen verschiedene Formen und Institutionen der Unterstützung, wobei in die Auswertung für diese Arbeit nur die Antwortmöglichkeiten „Psychotherapie“ und „psychologische Beratung/Unterstützung“ eingeflossen sind.

4.4.5 Medizinisches Datenblatt

Im medizinischen Datenblatt wurden die medizinischen Merkmale der Patienten festgehalten. Dokumentiert wurden die Tumordiagnose und die Tumorlokalisierung, die ICD-10-Verschlüsselung, die Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Zweittumor oder Rezidiv), der Zeitpunkt der aktuellen Diagnose, der Zeitpunkt der Erstdiagnose, der TNM-Schlüssel, der aktuelle Krankheitsstatus, der Metastasierungsstatus, das UICC-Stadium, der Funktionsstatus nach ECOG und Karnofsky, die aktuelle Behandlungssituation (kurativ oder palliativ), bereits erfolgte oder geplante Therapiemaßnahmen und weitere relevante nicht onkologische Diagnosen.

4.4.6 Nichtteilnahmebogen

Im Nichtteilnahmebogen wurden Alter und Geschlecht, Grund der Nichtteilnahme, aktuelle Diagnose, Zeitpunkt der Erstdiagnose und der höchste Bildungsabschluss der nicht teilnehmenden Patienten festgehalten.

4.5 Statistische Analyse

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm IBM SPSS Statistics Version 21 durchgeführt.

Verwendet wurden deskriptive statistische Verfahren (Mittelwert, Standardabweichung) sowie t-Tests und Chi-Quadrat-Tests zur Hypothesentestung. Das Signifikanzniveau lag jeweils bei $p < 0,05$.

Im Bereich der deskriptiven Statistik wurde für das Patientenalter der Mittelwert mit Standardabweichung berechnet, für soziodemographische und medizinische Merkmale wurden jeweils die absoluten und prozentualen Werte genannt.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurde zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen bzw. medizinischen Merkmalen einerseits und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung andererseits verwendet.

Der t-Test wurde zur Hypothesentestung hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Lebensqualität bzw. sozialer Unterstützung einerseits und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung andererseits eingesetzt. Die Ergebnisse der t-Tests wurden mit Mittelwerten, Standardabweichungen, p-Wert, Effektstärke und dem 95%-Konfidenzintervall der Effektstärke angegeben.

Die Effektstärken und 95%-Konfidenzintervalle wurden mit Hilfe der Internetseite <http://www.campbellcollaboration.org/escalc/html/EffectSizeCalculator-SMD1.php> berechnet. Die Effektstärke wurde durch Subtraktion der Mittelwerte für Patienten ohne Bedürfnis/Inanspruchnahme nach/von psychosozialer Unterstützung von den Mittelwerten für Patienten mit Bedürfnis/Inanspruchnahme nach/von psychosozialer Unterstützung errechnet. Daraus ergab sich das entsprechende Vorzeichen der Effektstärke.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

Am Studienstandort Würzburg wurden im Zeitraum von Oktober 2013 bis Mai 2014 insgesamt 128 Patienten in die Studie eingeschlossen. Insgesamt wurden 219 Patienten um Teilnahme gebeten, wovon jedoch 91 Patienten eine Teilnahme ablehnten. Dies entspricht einer Teilnehmerrate von rund 58%. Die Rekrutierung erfolgte an Kliniken des Universitätsklinikums Würzburg. Zu diesen zählte die Universitätsfrauenklinik, die Chirurgische Klinik I und die Klinik für Dermatologie und Venerologie.

5.1.1 Soziodemographische Merkmale

Es wurden die soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft und Schulabschluss erhoben (Tab. 5.1).

Der Altersdurchschnitt lag bei 57,7 Jahren (SD 11,8), wobei der jüngste Patient 32 und der älteste Patient 94 Jahre alt war. Die große Mehrheit der Patienten war zwischen 40 und 80 Jahre alt (92,7%).

Von den Befragten waren 59,1% weiblich und 40,9% männlich. Der hohe Anteil an weiblichen Patienten liegt vor allem darin begründet, dass zu ca. 1/3 Brustkrebspatientinnen in die Studie eingeschlossen wurden.

2/3 der Patienten waren verheiratet.

Der überwiegende Teil der Patienten verfügte entweder über einen Haupt- (40,6%) oder Realschulabschluss (28,1%) als höchsten Schulabschluss (Tab. 5.1). Damit überwiegen in der untersuchten Stichprobe Patienten mit eher niedrigen Schulabschlüssen.

Tabelle 5.1 Soziodemographische Merkmale

	N	%
Geschlecht (fehlend =1)		
weiblich	75	59,1
männlich	52	40,9
Familienstand (fehlend=5)		
ledig	15	12,2
verheiratet	86	69,9
geschieden/getrennt	17	13,8
verwitwet	5	4,1
Partner (fehlend=9)		
ja	93	78,2
nein	26	21,8
Schulabschluss (fehlend=6)		
kein Schulabschluss	1	0,8
Hauptschule / Volksschule	52	42,6
Realschule / mittlere Reife	36	29,5
Polytechnische Oberschule	1	0,8
Fachhochschulreife	9	7,4
Abitur / allgemeine Hochschulreife	22	18,0
anderer Schulabschluss	1	0,8

5.1.2 Medizinische Merkmale

Es wurden jeweils 40 Patienten mit Hauttumoren und gynäkologischen Tumoren und 45 Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in die Studie eingeschlossen (Tab. 5.2). Drei weitere Patienten litten unter Tumoren mit anderer Lokalisation.

Tabelle 5.2 Tumorlokalisationen und Tumorentitäten

	N	%
Tumorlokalisation		
Hauttumore	40	31,3
Gastrointestinale Tumore	45	35,2
Gynäkologische Tumore	40	31,3
andere Lokalisation	3	2,3
Tumorentität		
Melanom	40	31,3
Mammakarzinom	27	21,1
andere gynäkologische Tumore	13	10,2
kolorektales Karzinom	25	19,5
andere gastrointestinale Tumore	20	15,6
sonstige Tumore	3	2,3

andere gynäkologische Tumore: Endometriumkarzinom (2), Vulvakarzinom (1), Zervixkarzinom (2), Ovarialkarzinom (7), Uteruskarzinom (1)

andere gastrointestinale Tumore: Magenkarzinom (8), Pankreaskarzinom (4), Ösophaguskarzinom (2), Hepatozelluläres Karzinom (3), Chloangiozelluläres Karzinom (1), Pseudomyxoma Peritonei (1), gastrointestinaler Stromatumor (1)

sonstige Tumore: Nebennierenrindencarzinom (1), epitheloides Beckensarkom (1), Mycosis fungoides (1)

Im Hinblick auf die UICC-Klassifikation lässt sich bezogen auf die gesamte Studienpopulation keine auffällige Häufung in einzelnen Stadien erkennen (Tab. 5.3). Lediglich dem Stadium 0 nach UICC-Klassifikation lassen sich relativ wenige Patienten zuordnen (1,6%).

Tabelle 5.3 UICC-Stadien

	N	%
UICC Stadium (fehlend=4)		
0	2	1,6
1	27	21,8
2	21	16,9
3	24	19,4
4	27	21,8
unklar	23	18,5

Differenziert man jedoch nach Tumorentität, ergeben sich Häufungen bei bestimmten UICC-Stadien und Tumordiagnosen (Tab. 5.4). So befanden sich 45% der Melanompatienten im UICC-Stadium 1, wohingegen nur 4% der Mammakarzinom-Patienten diesem Stadium zuzuordnen waren. Im Gegensatz dazu konnten 52% der Patienten mit kolorektalem Karzinom dem Stadium 4 zugeordnet werden. 44% der Mammakarzinom-Patienten konnten keinem UICC-Stadium zugeordnet werden.

Tabelle 5.4 Verteilung der UICC-Stadien nach Tumorentitäten

Diagnosen	UICC-Stadium						N
	0	1	2	3	4	unklar	
Melanom	3%	45%	10%	18%	25%	0%	40
Mammakarzinom	4%	4%	32%	16%	0%	44%	25
andere gynäkologische Tumore	0%	0%	18%	55%	18%	9%	11
kolorektales Karzinom	0%	16%	16%	8%	52%	8%	25
andere GI-Tumore	0%	20%	15%	25%	5%	35%	20
sonstige Tumore	0%	0%	0%	0%	33%	67%	3
Gesamt	2%	22%	17%	19%	22%	19%	124

UICC: Union internationale contre le cancer

Durch Rundung summieren sich nicht alle Einzelwerte zu 100%.

Die Mehrheit der Patienten war zudem frei von Metastasen (58,6%), im Stadium der Remission (57,0%) und in einer kurativen Behandlungssituation (64,1%) (Tab. 5.5).

Tabelle 5.5 Metastasierung, Krankheitsstatus und aktuelle Behandlungssituation

	N	%
Metastasierung (fehlend=3)		
Ja	29	23,2
Nein	75	60,0
nicht beurteilbar	21	16,8
Krankheitsstatus (fehlend=2)		
Remission	73	57,9
Teilremission	22	17,5
Progress	12	9,5
stabile Erkrankung	3	2,4
nicht beurteilbar	16	12,7
aktuelle Behandlungssituation (fehlend=10)		
nicht entscheidbar	11	9,3
palliativ	25	21,2
kurativ	82	69,5

Die Indikatoren für den Funktionsstatus, ECOG und Karnofsky-Index, deuten auf keine bzw. relativ geringe Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Alltagsaktivitäten bei den untersuchten Patienten hin (Tab. 5.6). 78,9% der Patienten wurden mit einem Karnofsky-Index von 90 oder 100% und 69,5% der Patienten mit einem ECOG-Wert von 0 bewertet.

Tabelle 5.6 Funktionsstatus

	N	%
ECOG		
0	89	69,5
1	26	20,3
2	8	6,3
3	5	3,9
Karnofsky-Index		
40	3	2,3
50	1	0,8
60	3	2,3
70	5	3,9
80	15	11,7
90	30	23,4
100	71	55,5

5.2 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

Im Rahmen der Studie wurde das Bedürfnis der Patienten nach psychosozialer Unterstützung erhoben (Tab. 5.7). 73,6% der Patienten äußerten kein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. 26,4% der Patienten äußerten ein Bedürfnis.

Tabelle 5.7 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

	n	%
Bedürfnis (fehlend=3)		
Ja	33	26,4
Nein	92	73,6

5.2.1 Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen

Für den Faktor Alter ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung feststellen (Tab. 5.8).

Tabelle 5.8 Alter und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (t-Test)

	Alter					
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Bedürfnis						
Ja	30	54,58	10,41	0,11	-0,36	-0,76 bis 0,07
Nein	90	58,61	12,07			

Auch für den Faktor Geschlecht ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung feststellen (Tab. 5.9).

Tabelle 5.9 Geschlecht und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Chi-Quadrat-Test)

	Geschlecht			p
	Männer (n=51)	Frauen (n=73)		
Bedürfnis				
Ja (n=33)	n	11	22	0,29
	%	21,6%	30,1%	
Nein (n=91)	n	40	51	
	%	78,4%	69,9%	

5.2.2 Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und medizinischen Merkmalen

Für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ließen sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen Tumorlokalisationen feststellen (Tab. 5.10). Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren äußerten häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung.

Tabelle 5.10 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und Tumorlokalisation (Chi-Quadrat-Test)

		Tumorlokalisation			p
		Melanom (n=38)	gynäkologische Tumore (n=40)	gastrointestinale Tumore (n=45)	
Bedürfnis					
Ja (n=33)	n	6	17	10	0,02
	%	15,8%	42,5%	22,2%	
Nein (n=90)	n	32	23	35	
	%	84,2%	57,5%	77,8%	

Zwischen Metastasierung und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (Tab. 5.11).

Tabelle 5.11 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und Metastasierung (Chi-Quadrat-Test)

		Metastasierung			p
		Ja (n=29)	Nein (n=72)	nicht beurteilbar (n=21)	
Bedürfnis					
Ja (n=32)	n	6	19	7	0,60
	%	20,7%	26,4%	33,3%	
Nein (n=90)	n	23	53	14	
	%	79,3%	73,6%	66,7%	

Für den Funktionsstatus ließen sich weder bezüglich des ECOG noch des Karnofsky-Index signifikante Unterschiede im Hinblick auf das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung finden (Tab. 5.12 und 5.13).

*Tabelle 5.12 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und ECOG-Status
(Chi-Quadrat-Test)*

		ECOG-Index		p
		0 (n=87)	>0 (n=38)	
Bedürfnis				
Ja (n=33)	n	23	10	0,99
	%	26,4%	26,3%	
Nein (n=92)	n	64	28	
	%	73,6%	73,7%	

*Tabelle 5.13 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und Karnofsky-Index
(Chi-Quadrat-Test)*

		Karnofsky-Index		p
		100% (n=56)	<100% (n=69)	
Bedürfnis				
Ja (n=33)	n	14	19	0,75
	%	25%	27,5%	
Nein (=92)	n	42	50	
	%	75%	72,5%	

5.3 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

5.3.1 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen

Der überwiegende Teil der Patienten (78,9%) gab an, keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen zu haben. Lediglich 14,1% der Befragten hatten bereits ein solches Angebot genutzt.

Für das Merkmal Alter lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung finden (Tab. 5.14).

Tabelle 5.14 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Alter (t-Test)

	Alter			p	d	95%-Konfidenzintervall
	n	M	SD			
Inanspruchnahme						
Ja	18	53,44	8,67	0,08	-0,38	-0,88 bis 0,13
Nein	100	57,63	11,45			

Auch für das Merkmal Geschlecht fand sich kein signifikanter Unterschied in der Inanspruchnahmerate zwischen Männern und Frauen (Tab. 5.15).

Tabelle 5.15 Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung und Geschlecht (Chi-Quadrat-Test)

		Geschlecht		p
		Männer (n=51)	Frauen (n=67)	
Inanspruchnahme				
Ja (n=18)	n	5	13	0,15
	%	9,8%	19,4%	
Nein (n=100)	n	46	54	
	%	90,2%	80,6%	

5.3.2 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung und medizinischen Merkmalen

Für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung ließ sich hinsichtlich der verschiedenen Tumorlokalisationen kein signifikanter Unterschied finden (Tab. 5.16).

Tabelle 5.16 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Tumorlokalisation (Chi-Quadrat-Test)

		Tumorlokalisation			p
		Melanom (n=39)	gynäkologische Tumore (n=34)	gastrointestinale Tumore (n=43)	
Inanspruchnahme					
Ja (n=18)	n	3	8	7	0,17
	%	7,7%	23,5%	16,3%	
Nein (n=98)	n	36	26	36	
	%	92,3%	76,5%	83,7%	

Zwischen Metastasierung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (Tab. 5.17).

Tabelle 5.17 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Metastasierung (Chi-Quadrat-Test)

		Metastasierung			p
		Ja (n=27)	Nein (n=71)	nicht beurteilbar (n=18)	
Inanspruchnahme					
Ja (n=17)	n	5	8	4	0,41
	%	18,5%	11,3%	22,2%	
Nein (n=99)	n	22	63	14	
	%	81,5%	88,7%	77,8%	

Zwischen Funktionsstatus und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung konnte weder für den ECOG- noch für den Karnofsky-Index ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (Tab. 5.18 und 5.19).

Tabelle 5.18 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Funktionsstatus (ECOG) (Chi-Quadrat-Test)

		ECOG-Index		p
		0 (n=85)	>0 (n=34)	
Inanspruchnahme				
Ja (n=18)	<i>n</i>	12	6	0,63
	%	14,1%	17,6%	
Nein (n=101)	<i>n</i>	73	28	
	%	85,9%	82,4%	

Tabelle 5.19 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Funktionsstatus (Karnofsky-Index) (Chi-Quadrat-Test)

		Karnofsky-Index		p
		100% (n=51)	<100% (n=68)	
Inanspruchnahme				
Ja (n=18)	<i>n</i>	44	57	0,71
	%	86,3%	83,8%	
Nein (n=101)	<i>n</i>	7	11	
	%	13,7%	16,2%	

5.4 Lebensqualität

Der SF-12 Fragebogen zur Lebensqualität erlaubt die Differenzierung in eine körperliche und eine psychische Summenskala, anhand derer eine Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Lebensqualität gemacht werden kann.

Für die körperliche Lebensqualität ergab sich ein Durchschnittswert von 36,93 (SD 9,07) und für die psychische Lebensqualität ein durchschnittlicher Wert von 36,11 (SD 11,28). Die Werte für die körperliche Lebensqualität lagen zwischen einem Maximalwert von 55 und einem Minimalwert von 19. Die Werte auf der Summenskala zur psychischen Lebensqualität verteilten sich zwischen einem Maximum bei 62 und einem Minimum bei 14.

5.4.1 Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und soziodemographischen Merkmalen

Alter und körperliche Lebensqualität korrelieren nicht signifikant miteinander, wohl aber Alter und psychische Lebensqualität (Tab. 5.20). Mit zunehmendem Alter steigt die psychische Lebensqualität.

*Tabelle 5.20 Körperliche/psychische Lebensqualität und Alter
(Korrelation nach Pearson)*

	körperliche Lebensqualität			Psychische Lebensqualität		
	SF-12 Summenskala			SF-12 Summenskala		
	n	r	p	n	r	p
Alter	123	-0,18	0,054	123	0,24	0,007

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und psychischer Lebensqualität festgestellt werden (Tab. 5.21). Männer hatten demnach eine höhere psychische Lebensqualität als Frauen. Die Effektstärke lag im Bereich eines mittleren Effekts. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und körperlicher Lebensqualität festgestellt werden (Tab. 5.21).

Tabelle 5.21 Körperliche/psychische Lebensqualität und Geschlecht (t-Test)

		körperliche Lebensqualität				
		SF-12 Summenskala				
		n	M	SD	p	d 95%-Konfidenzintervall
Geschlecht						
männlich	52	37,75	9,67	0,38	0,16	-0,21 bis 0,51
weiblich	74	36,31	8,70			
		psychische Lebensqualität				
		SF-12 Summenskala				
		n	M	SD	p	d 95%-Konfidenzintervall
männlich	52	45,89	10,86	0,029	0,41	0,05 bis 0,77
weiblich	75	41,27	11,45			

5.4.2 Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und medizinischen Merkmalen

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher Lebensqualität und der Tumorlokalisation festgestellt werden (Tab. 5.22).

Eine Post-hoc-Untersuchung ergab für Melanompatienten eine höhere körperliche Lebensqualität als für Patienten mit gynäkologischen oder gastrointestinalen Tumoren.

Tabelle 5.22 Körperliche Lebensqualität und Tumorlokalisation (einfaktorielle ANOVA)

		körperliche Lebensqualität			
		SF-12 Summenskala			
		n	M	SD	p
Tumorlokalisation					
Melanom		40	41,33	8,46	<.001
gynäkologische Tumore		40	36,85	8,69	
gastrointestinale Tumore		44	33,61	8,79	

Auch konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischer Lebensqualität und der Tumorlokalisation festgestellt werden (Tab. 5.23). Eine Post-hoc-Untersuchung ergab für Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren eine niedrigere psychische Lebensqualität als für Patienten mit Melanom oder gastrointestinalen Tumoren.

*Tabelle 5.23 Psychische Lebensqualität und Tumorlokalisation
(einfaktorielle ANOVA)*

	psychische Lebensqualität			
	SF-12 Summenskala			
	n	M	SD	p
Tumorlokalisation				
Melanom	40	45,61	9,01	
gynäkologische Tumore	40	38,39	11,91	0,004
gastrointestinale Tumore	45	45,59	11,52	

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der körperlichen Lebensqualität und dem Metastasierungsstatus festgestellt werden (Tab. 5.24). Patienten ohne Metastasierung zeigten eine signifikant höhere körperliche Lebensqualität als Patienten, bei denen Metastasen nachzuweisen waren. Die Effektstärke lag mit $d=0,76$ im Bereich eines großen Effekts.

Tabelle 5.24 Körperliche Lebensqualität und Metastasierungsstatus (t-Test)

	körperliche Lebensqualität					
	SF-12 Summenskala					
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Metastasierung						
Ja	29	31,93	7,66	0,001	0,76	0,32 bis 1,20
Nein	74	38,45	8,94			

Es ließ sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der psychischen Lebensqualität und dem Metastasierungsstatus feststellen (Tab. 5.25).

Tabelle 5.25 Psychische Lebensqualität und Metastasierungsstatus (t-Test)

		psychische Lebensqualität					
		SF-12 Summenskala					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Metastasierung							
	Ja	29	41,98	11,28	0,49	0,15	-0,28 bis 0,58
	Nein	75	43,74	11,69			

Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen körperlicher bzw. psychischer Lebensqualität und dem Funktionsstatus festgestellt werden (Tab. 5.26 und 5.27). Patienten mit einem Karnofsky-Index von 100% bzw. einem ECOG-Index von 0 hatten demnach eine signifikant höhere psychische und körperliche Lebensqualität als Patienten mit einem Karnofsky-Index von <100% bzw. einem ECOG-Index von >0. Die Effektstärken lagen für die körperliche Lebensqualität im Bereich eines starken Effekts und für die psychische Lebensqualität im Bereich eines mittleren Effekts.

Tabelle 5.26 Körperliche Lebensqualität und Funktionsstatus (t-Test)

		körperliche Lebensqualität					
		SF-12 Summenskala					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
ECOG-Index							
	0	88	39,59	8,06	<0,001	1,06	0,66 bis 1,46
	>0	39	30,93	8,41			
Karnofsky-Index							
	100%	71	40,18	8,12	<0,001	-0,88	-1,25 bis -0,52
	<100%	56	32,80	8,56			

Tabelle 5.27 Psychische Lebensqualität und Funktionsstatus (t-Test)

		psychische Lebensqualität					
		SF-12 Summenskala					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
ECOG-Index							
0	89	44,95	10,81	0,007	0,55	0,17 bis 0,94	
>0	39	39,14	11,44				
Karnofsky-Index							
100%	71	45,74	10,27	0,004	-0,55	-0,90 bis -0,19	
<100%	57	40,00	10,75				

5.4.3 Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

Im Rahmen der Studie wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung untersucht.

Hypothese 1 besagt, dass Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern, eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität angeben als solche, die dies nicht tun.

Der t-Test ergab für die körperliche Lebensqualität keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Tab. 5.28). Die erste Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.

Tabelle 5.28 Körperlicher Lebensqualität und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (t-Test)

körperliche Lebensqualität						
SF-12 Summenskala						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Bedürfnis						
Ja	33	36,09	8,94	0,48	-0,11	-0,54 bis 0,25
Nein	91	37,41	9,21			

Die Zusammenhänge zwischen psychischer Lebensqualität und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tab. 5.29).

Tabelle 5.29 Psychische Lebensqualität und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (t-Test)

psychische Lebensqualität						
SF-12 Summenskala						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Bedürfnis						
Ja	33	36,01	11,70	<0,001	-0,92	-1,32 bis -0,50
Nein	92	45,66	10,10			

Patienten mit Bedürfnis wiesen eine signifikant niedrigere psychische Lebensqualität im Vergleich zu Patienten ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung auf. Die Effektstärke ist als hoch einzuschätzen.

Daher kann die Nullhypothese abgelehnt werden und es ist von einem signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung in Hinblick auf die psychische Lebensqualität auszugehen.

Hypothese 1 muss somit in Bezug auf die körperliche Lebensqualität abgelehnt, jedoch in Bezug auf die psychische Lebensqualität angenommen werden.

5.4.4 Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung

Hypothese 3 besagt, dass Patienten, die psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen, eine niedrigere körperliche und psychische Lebensqualität angeben als Patienten, die keine Unterstützung in Anspruch nehmen.

Tabelle 5.30 körperliche Lebensqualität und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (t-Test)

		körperliche Lebensqualität				
		SF-12 Summenskala				
		n	M	SD	p	d 95%-Konfidenzintervall
Inanspruchnahme						
Ja	18	32,53	7,16	0,009	-0,59	-1.11 bis -0,09
Nein	100	37,94	9,30			

Der t-Test ergab für die körperliche Lebensqualität einen signifikanten ($p=0,02$) Unterschied zwischen Patienten, die psychosoziale Unterstützungsangebote genutzt hatten, und jenen, die dies nicht getan hatten (Tab. 5.30). Patienten, die Unterstützungsangebote in Anspruch genommen hatten, zeigten durchschnittlich eine signifikant niedrigere körperliche Lebensqualität als Patienten, die darauf verzichtet hatten. Die Nullhypothese muss abgelehnt werden. Die Effektstärke lag im Bereich eines mittleren bis großen Effekts.

Tabelle 5.31 psychische Lebensqualität und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (t-Test)

		psychische Lebensqualität					
		SF-12 Summenskala					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Inanspruchnahme							
Ja	18	37,77	12,83	0,019	-0,61	-1,12 bis -0,10	
Nein	101	44,49	10,67				

Der t-Test ergab auch für die psychische Lebensqualität einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten (Tab. 5.31). Die Lebensqualität der Patienten, die Unterstützungsangebote in Anspruch genommen hatten, lag somit signifikant niedriger als die der Patienten, die dies nicht getan hatten. Bei einer Effektstärke muss von einem mittelstarken bis starken Effekt nach Cohen ausgegangen werden.

Zusammenfassend kann daher Hypothese 3 angenommen werden.

5.5 Soziale Unterstützung

Der SSUK-8-Fragebogen erlaubt die Unterteilung in zwei Summenskalen für die positive soziale Unterstützung einerseits und negative soziale Interaktionen andererseits.

Für die positive soziale Unterstützung ergab sich ein Mittelwert von 13,7 (SD 2,6) auf der Summenskala. Die negative soziale Interaktion wurde im Mittel mit 4,3 (SD 3,3) angegeben. Die Werte für die positive soziale Unterstützung bewegten sich zwischen einem Maximum von 16 und einem Minimum von 5. Für die negative soziale Interaktion konnten Werte zwischen maximal 16 und minimal 0 verzeichnet werden.

5.5.1 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und soziodemographischen Merkmalen

Alter und soziale Unterstützung korrelieren nicht signifikant (Tab. 5.32 und 5.33).

Tabelle 5.32 Positive soziale Unterstützung und Alter (Korrelation nach Pearson)

positive soziale Unterstützung			
	n	r	p
Alter	122	-0,05	0,60

Tabelle 5.33 Negative soziale Interaktion und Alter (Korrelation nach Pearson)

negative soziale Interaktion			
	n	r	p
Alter	122	-0,06	0,55

Auch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Geschlecht festgestellt werden (Tab. 5.34 und 5.35).

Tabelle 5.34 Positive soziale Unterstützung und Geschlecht (t-Test)

positive soziale Unterstützung						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Geschlecht						
männlich	52	13,76	2,18	0,79	0,05	-0,31 bis 0,41
weiblich	74	13,63	2,87			

Tabelle 5.35 Negative soziale Interaktion und Geschlecht (t-Test)

negative soziale Interaktion						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Geschlecht						
männlich	52	4,46	3,74	0,56	0,11	-0,25 bis 0,47
weiblich	74	4,10	2,89			

5.5.2 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und medizinischen Merkmalen

Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der Tumorlokalisation finden (Tab. 5.36 und 5.37).

Tabelle 5.36 Positive soziale Unterstützung und Tumorlokalisation (einfaktorielle ANOVA)

	positive soziale Unterstützung			p
	n	M	SD	
Tumorlokalisation				
Melanom	40	13,75	2,59	
gynäkologische Tumore	40	13,89	2,29	0,90
gastrointestinale Tumore	44	13,64	2,65	

Tabelle 5.37 Negative soziale Interaktion und Tumorlokalisation (einfaktorielle ANOVA)

	negative soziale Interaktion			p
	n	M	SD	
Tumorlokalisation				
Melanom	40	4,07	3,32	
gynäkologische Tumore	40	4,58	3,04	0,79
gastrointestinale Tumore	44	4,38	3,57	

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Metastasierungsstatus festgestellt werden (Tab. 5.38 und 5.39).

Tabelle 5.38 Positive soziale Unterstützung und Metastasierungsstatus (t-Test)

		positive soziale Unterstützung					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Metastasierung							
	Ja	28	14,04	1,84	0,36	-0,17	-0,61 bis 0,26
	Nein	75	13,61	2,70			

Tabelle 5.39 Negative soziale Interaktion und Metastasierungsstatus (t-Test)

		negative soziale Interaktion					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Metastasierung							
	Ja	28	5,11	3,63	0,13	-0,34	-0,78 bis 0,09
	Nein	75	3,99	3,13			

Auch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem Funktionsstatus gefunden werden (Tab. 5.40 und 5.41).

Tabelle 5.40 Positive soziale Unterstützung und ECOG/Karnofsky-Index (t-Test)

		positive soziale Unterstützung					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
ECOG-Index							
	0	88	13,73	2,66	0,86	0,04	-0,34 bis 0,41
	>0	39	13,64	2,48			
Karnofsky-Index							
	100%	71	13,68	2,69	0,90	0,02	-0,33 bis 0,37
	<100%	56	13,73	2,50			

Tabelle 5.41 Negative soziale Interaktion und ECOG/Karnofsky-Index (t-Test)

negative soziale Interaktion						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
ECOG-Index						
0	88	3,95	3,13	0,07	-0,35	-0,73 bis 0,03
>0	39	5,09	3,57			
Karnofsky-Index						
100%	71	3,87	3,04	0,10	0,30	-0,07 bis 0,68
<100%	45	4,85	3,55			

5.5.3 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

Hypothese 2 besagt, dass Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben, im Vergleich zu Patienten, die kein Bedürfnis angeben, über ein geringeres Maß an positiver sozialer Unterstützung berichten.

Tabelle 5.42 Positive soziale Unterstützung und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (t-Test)

positive soziale Unterstützung						
SSUK Summenskala						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Bedürfnis						
Ja	33	13,57	2,73	0,73	-0,07	-0,47 bis 0,33
Nein	91	13,75	2,29			

Der durchgeführte t-Test ergab einen p-Wert von 0,73 (Tab. 5.42). Somit ist kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der positiven sozialen Unterstützung zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gegeben. Hypothese 2 muss abgelehnt und die Nullhypothese beibehalten werden.

Tabelle 5.43 negative soziale Interaktion und Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (t-Test)

negative soziale Interaktion						
SSUK Summenskala						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Bedürfnis						
Ja	33	5,30	3,44	0,05	0,40	-0,01 bis 0,80
Nein	91	4,00	3,23			

Der t-Test ergab für die negative soziale Interaktion einen grenzwertig signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Tab. 5.43). Patienten mit einem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung geben mehr negative soziale Interaktionen an als Patienten ohne Unterstützungsbedürfnis. Die Effektstärke liegt mit einem Wert von $d=0,40$ im niedrigen bis mittleren Bereich.

5.5.4 Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Hypothese 4 besagt, dass Patienten, die psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, weniger positive soziale Unterstützung angeben als Patienten, die keine Unterstützungsangebote nutzen.

Tabelle 5.44 positive soziale Unterstützung und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (t-Test)

positive soziale Unterstützung						
SSUK Summenskala						
	n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Inanspruchnahme						
Ja	18	14,28	2,24	0,44	0,20	-0,30 bis 0,70
Nein	100	13,79	2,47			

Der t-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten im Hinblick auf die positive soziale Unterstützung (Tab. 5.44).

Hypothese 4 muss abgelehnt werden.

Tabelle 5.45 negative soziale Interaktion und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (t-Test)

		negative soziale Interaktion					
		SSUK Summenskala					
		n	M	SD	p	d	95%-Konfidenzintervall
Inanspruchnahme							
	Ja	18	5,11	3,79	0,24	0,3	-0,20 bis 0,80
	Nein	100	4,12	3,21			

Der t-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung hinsichtlich der negativen sozialen Interaktion (Tab. 5.45).

6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Lebensqualität bzw. sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Tumorpatienten mit gastroenterologischen sowie gynäkologischen Tumoren und Melanom. Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen während der stationären Behandlung.

Für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ergab sich eine Prävalenz von 26,4%, die Inanspruchnahmerate lag lediglich bei 14,1%. Ein Zusammenhang konnte zwischen psychischer Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gesehen werden. Eine niedrigere psychische Lebensqualität ging mit einem gesteigerten Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung einher. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Hier konnte ein Zusammenhang jedoch auch für die körperliche Lebensqualität gefunden werden.

6.1 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

In der Stichprobe äußerten 26,4% der Patienten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Dies entspricht in etwa dem bisher festgestellten Niveau in einem deutschen Studienkollektiv. In dieser Studie gaben ca. 1/3 der Patienten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung an (Faller et al. 2016).

Für die soziodemographischen Faktoren Alter und Geschlecht ließ sich kein Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung finden.

Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen vorhergehender Studien, die junges Alter und weibliches Geschlecht in einen Zusammenhang mit häufigerem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung brachten (Ernstmann et al. 2009; Faller et al. 2016). Ein Grund hierfür kann in der kleinen Stichprobe liegen, die mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht als signifikant erscheinen lässt.

Ebenso verhält es sich im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und dem Funktionsstatus bzw. dem Vorhandensein einer

Metastasierung. Große Studien an Patienten mit hämatologischen Tumoren haben gezeigt, dass ein fortgeschrittenes Tumorstadium mit einem verstärkten Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung einhergeht (Swash et al. 2014).

Anders verhält es sich beim Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und der Tumorlokalisierung bzw. der Tumorentität. Hier konnte für Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren im Vergleich zu Melanompatienten ein häufigeres Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gesehen werden. Unterschiede zwischen Tumorentitäten bezüglich des Unterstützungsbedürfnisses wurden auch in vorhergehenden Untersuchungen bereits gesehen. In einer dänischen Studie äußerten Melanompatienten ebenfalls seltener ein Bedürfnis nach Unterstützungsangeboten, als Brustkrebspatientinnen dies taten (Holm et al. 2012).

Eine mögliche Ursache hierfür könnte im unterschiedlichen Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung liegen. Viele Melanompatienten, insbesondere im Fall von niedrigen Tumorstadien, fühlen sich nicht als Krebspatienten und schätzen die Erkrankung als weniger bedrohlich als z.B. Patienten mit Brust-, Darm- oder Lungenkrebs ein. Dies wurde auch während der Patientenrekrutierung in der Hautklinik deutlich. Einige Patienten konnten mit dem Begriff „Krebs“ in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung nichts anfangen und verharmlosten die Erkrankung zu einem Leberfleck, der einfach nur entfernt werden muss. Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren und insbesondere Brustkrebspatientinnen hingegen beschäftigen sich häufig deutlich eingehender mit ihrer Erkrankung und sehen nicht zuletzt einen Teil ihrer Weiblichkeit durch die Krankheit bedroht (Rezaei et al. 2016). Zudem gehen die therapeutischen Maßnahmen bei einer Brustkrebserkrankung in der Regel mit stärkeren körperlichen Einschränkungen, z.B. einer Mammaablation oder Chemotherapie, einher, als dies bei einer Melanomtherapie der Fall ist (Rezaei et al. 2016).

6.2 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Lediglich 14,1% der Studienteilnehmer gaben an, bereits psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen zu haben. Im Vergleich zu einigen anderen deutschen Studien erscheint dies zunächst wenig. In einer Studie von Faller, Weis et al. (2017) lag der Anteil an Patienten, die eine Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten berichteten, bei 28,9%. Es muss an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass die Inanspruchnahmerate in der Literatur stark schwankt – von 2% bei Prostatakarzinom-Patienten in nicht zertifizierten Tumorzentren bis hin zu 67% bei Brustkrebspatientinnen in zertifizierten Tumorzentren (Singer et al. 2013). Hier wird deutlich, wie stark die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung von Faktoren wie Tumorentität und Unterstützungsangebot abhängt.

Auch für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote ließen sich hinsichtlich des Alters und des Geschlechts keine Unterschiede finden. In früheren Untersuchungen wurde eine höhere Inanspruchnahmerate bei Frauen und jungen Patienten festgestellt (Azuero et al. 2014; Faller, Weis, et al. 2017).

Im Gegensatz zum Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung konnte bei der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung kein Zusammenhang mit der Tumorentität gesehen werden. In der Literatur wurde ein Zusammenhang ebenfalls lediglich für Männer mit Prostatakarzinom gesehen, die signifikant seltener Unterstützungsangebote nutzten (Faller, Weis, et al. 2017; Singer et al. 2013). Eine höhere Inanspruchnahmerate bei Brustkrebspatientinnen ist am ehesten auf einen Geschlechtssfaktor und die gute Versorgung mit Unterstützungsangeboten in diesem Bereich zurückzuführen (Faller, Weis, et al. 2017; Zeissig et al. 2015). Bei Patienten mit Prostatakarzinom hingegen handelt es sich in der Regel um ältere Männer, die einer psychosozialen Unterstützung mutmaßlich weniger aufgeschlossen gegenüber stehen. Zudem kann vermutet werden, dass Unterstützungsangebote in diesem Bereich noch deutlich ausbaufähig sind.

Auch konnte kein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und dem Metastasierungs- bzw. Funktionsstatus gefunden werden.

Vergleicht man die Prävalenzen für das geäußerte Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung mit der tatsächlichen Inanspruchnahmerate, so fällt eine deutliche Diskrepanz auf. Nur rund die Hälfte der Patienten, die ein Bedürfnis äußern, nimmt dann auch tatsächliche Hilfe in Anspruch. Welche Ursachen könnten hier zugrunde liegen?

Eine australische Studie sieht vor allem drei Hauptgründe für eine Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Einige Patienten geben an, die Erkrankung allein und ohne fremde Hilfe bewältigen zu wollen, andere fühlen sich bereits ausreichend unterstützt oder schätzen die eigene psychische Belastung als nicht schwerwiegend genug ein, um Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (Clover et al. 2015). Die Angst vor einer möglichen Stigmatisierung durch Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung scheint indes keine bedeutende Barriere darzustellen (Clover et al. 2015). Auch auf Seiten der Ärzte und Pfleger können Ursachen für eine nicht zufriedenstellende Inanspruchnahmerate bei Unterstützungsangeboten liegen. Mangelhafte Kommunikationsstrategien, unzureichendes Empathievermögen und Zeitmangel wurden als Hindernisse auf dem Weg zu einer besseren psychoonkologischen Versorgung gesehen (Brandes et al. 2015). Viele Patienten wünschten sich, Ort, Zeit und unterstützende Person selbst wählen zu können (Brandes et al. 2015).

Dilworth et al. arbeiteten in einem systematischen Review die Bedeutung einer umfassenden Information der Patienten über verfügbare Unterstützungsangebote heraus und sahen in einer unzureichenden Information der Patienten einen wichtigen Grund für die Nichtinanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung (Dilworth et al. 2014).

6.3 Lebensqualität, Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung

In der vorliegenden Studie wurde die Lebensqualität mittels dem SF-12-Fragebogen erhoben. Dieser lässt eine Unterteilung in eine körperliche und psychische Dimension der Lebensqualität zu.

Für das Merkmal Alter wurde ein Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität gesehen. Mit zunehmendem Alter stieg die durchschnittliche psychische Lebensqualität – ein Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität bestand nicht.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Studie an Ovarialkarzinompatientinnen – auch hier wurde eine bessere psychische Lebensqualität bei älteren Patientinnen gesehen (Ahmed-Lecheheb & Joly 2016).

Auch für den Faktor Geschlecht konnte ein Zusammenhang mit der Lebensqualität nur für die psychische Dimension beobachtet werden. Männer wiesen eine höhere psychische Lebensqualität auf. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Studie an Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren (Zimmermann et al. 2011).

Ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Lebensqualität und der Tumorentität konnte ebenfalls gefunden werden. Melanompatienten wiesen im Vergleich zu Patienten mit gastrointestinalen oder gynäkologischen Tumoren eine höhere körperliche Lebensqualität auf. Dies könnte auf die weniger invasiven Therapien bei vielen Melanompatienten zurückzuführen sein. Vorhergehende Untersuchungen haben bereits den starken Einfluss von aggressiven Therapien auf die körperliche Lebensqualität gezeigt (Nelke et al. 2014). So konnte beispielsweise bei Brustkrebspatientinnen mit brusterhaltender Therapie eine bessere Lebensqualität im Vergleich zu Patientinnen nach Mastektomie gesehen werden (Sun et al. 2014). Insbesondere für Melanompatienten wurde bereits in einer früheren Studie gezeigt, dass diese eine bessere körperliche Lebensqualität im Vergleich zu Patienten mit anderen Tumoren aufweisen (Reeve et al. 2009).

Für die psychische Lebensqualität konnten niedrigere Werte bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren im Vergleich zu Patienten mit Melanom oder gastrointestinalen Tumoren festgestellt werden. Auch in einer weiteren Untersuchung wiesen Patienten mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren ein niedrigeres emotionales Wohlbefinden auf (Zimmermann et al. 2011).

Im Hinblick auf den Metastasierungsstatus fiel auf, dass Patienten ohne Metastasierung eine höhere körperliche Lebensqualität aufwiesen. Unterschiede bei der psychischen Lebensqualität lagen nicht vor.

Metastasierung ist ein Indiz für eine fortgeschrittene Tumorerkrankung. Bereits in vorhergehenden Studien konnte bei Patienten in fortgeschrittenen Tumorstadien ebenfalls eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität beobachtet werden (Reeve et al. 2016).

Unterschiede fielen auch im Hinblick auf den Funktionsstatus auf. Patienten mit einem Karnofsky-Index von 100% bzw. einem ECOG-Index von 0 äußerten eine bessere körperliche wie auch psychische Lebensqualität als Patienten mit eingeschränktem Funktionsstatus. Das Ergebnis steht im Einklang mit der bisherigen Forschung, die eine Assoziation von schlechtem Funktionsstatus mit eingeschränkter Lebensqualität beschreibt (Zimmermann et al. 2011).

Die erste Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen psychosozialer Unterstützung und Lebensqualität. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine niedrigere psychische und körperliche Lebensqualität mit einem stärkeren Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung einhergeht.

Die Hypothese kann anhand der vorliegenden Daten und der statistischen Auswertungen nur zum Teil bestätigt werden. Bezüglich der körperlichen Lebensqualität ließ sich kein Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung feststellen. Daher muss die Hypothese für diesen Teilbereich abgelehnt werden.

Im Fall der psychischen Lebensqualität stellt sich dies jedoch anders dar. Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußerten, wiesen eine niedrigere psychische Lebensqualität auf. Die Effektstärke ist als hoch einzuschätzen. In diesem Fall ist die erste Hypothese daher anzunehmen.

Eine Studie an Patienten, die eine Strahlentherapie erhielten, untersuchte ebenfalls den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Neben einem Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität wurde hier jedoch auch ein Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität gesehen (Brix et al. 2008). Auch in einer Untersuchung an Brustkrebspatientinnen wurde ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gesehen (Wiegard et al. 2012). Eine deutsche Studie hingegen stellte nur einen Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität fest. Die körperliche

Lebensqualität wurde nicht als Prädiktor für das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung identifiziert (Ernst et al. 2013).

Wie ist der Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu erklären?

Vergleicht man die in der Forschung beschriebenen Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit denen, die in Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung stehen, fallen etliche Übereinstimmungen auf. Sowohl das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung als auch eine erniedrigte Lebensqualität sind beispielsweise mit weiblichem Geschlecht und sozioökonomischen Einschränkungen, wie z.B. niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit, assoziiert (Allart et al. 2013; Faller et al. 2016; Fang et al. 2004; Pauwels et al. 2013). Auch ein fortgeschrittenes Tumorstadium und psychische Begleiterkrankungen sind sowohl mit einer schlechteren Lebensqualität als auch mit einem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung assoziiert (Faller, Strahl, et al. 2017; Fang et al. 2004; Lee et al. 2014). Gleiches gilt auch für besonders aggressive und belastende Therapien (Ahmed-Lecheheb & Joly 2016; Swash et al. 2014).

Patienten, die neben einer Tumorerkrankung noch mit anderen Widrigkeiten umgehen müssen, scheinen ein stärkeres Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu haben. Diese Beeinträchtigungen führen zudem auch zu einer geminderten Lebensqualität, was wiederum den Zusammenhang zwischen einem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und geminderter Lebensqualität erklärt.

Die dritte Fragestellung der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten und der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten. Die zugehörige Hypothese postuliert, dass Patienten, die psychosoziale Unterstützungsangebote nutzen, eine niedrigere körperliche und psychische Lebensqualität aufweisen.

Dies konnte durch die erhobenen Daten bestätigt werden. Bei Patienten, die eine Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten äußerten, konnte eine niedrigere körperliche und psychische Lebensqualität festgestellt werden. Die Effektstärke lag

jeweils im Bereich eines mittelstarken bis starken Effekts. Hypothese 3 muss daher angenommen werden.

Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2013 kommt zum gleichen Ergebnis. Auch hier konnte ein Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Lebensqualität und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote gesehen werden (Ernst et al. 2013). Eine amerikanische Studie an Tumorpatienten unterschiedlicher Entität bestätigt diesen Zusammenhang ebenfalls (Azuero et al. 2014).

Ähnlich dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung fallen auch bei der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung Überschneidungen mit der Lebensqualität im Hinblick auf die Prädiktoren auf. Auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten war in Studien gleich der Lebensqualität mit Arbeitslosigkeit, weiblichem Geschlecht und fortgeschrittenem Krankheitsstadium assoziiert (Zeissig et al. 2015). Daher liegt es auch hier nahe, dass Patienten mit erniedrigter Lebensqualität auch eine erhöhte Inanspruchnahmerate aufweisen.

6.4 Soziale Unterstützung, Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung

Neben der Lebensqualität wurde auch die soziale Unterstützung der Patienten mittels SSUK-8-Fragebogen erfasst. Das verwendete Instrument erlaubt eine Unterteilung in positive soziale Unterstützung und negative soziale Interaktion.

Ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und den soziodemographischen Merkmalen Alter und Geschlecht wurde nicht gesehen. Auch ein Zusammenhang mit medizinischen Merkmalen konnte nicht beobachtet werden.

Die zweite Fragestellung beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach professioneller psychosozialer Unterstützung. In der zugehörigen Hypothese wird postuliert, dass Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern, ein geringeres Maß an positiver sozialer Unterstützung angeben.

In der vorliegenden Arbeit konnte kein Unterschied hinsichtlich der positiven sozialen Unterstützung zwischen Patienten mit und ohne Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gesehen werden. Hypothese 2 muss daher abgelehnt werden.

Ein grenzwertig signifikanter Unterschied ergab sich jedoch im Hinblick auf negative soziale Interaktionen. Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angaben, äußerten häufiger negative soziale Interaktionen. Dies lässt vermuten, dass vor allem negative soziale Einflüsse ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung fördern und fehlende positive Unterstützung allein nicht ausreicht, um derlei Bedürfnisse zu wecken.

In einer iranischen Arbeit fiel auf, dass Patienten mit besserer sozialer Unterstützung signifikant seltener ein Unterstützungsbedürfnis äußerten (Faghani et al. 2015). Eine deutsche Studie konnte hingegen keinen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Unterstützungsbedürfnis finden (Mehnert & Koch 2008).

Die vierte Fragestellung der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass Patienten, die Unterstützungsangebote annehmen, weniger positive soziale Unterstützung erfahren.

In der durchgeführten Untersuchung konnten keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Inanspruchnahme sozialer Unterstützungsangebote im Hinblick auf die soziale Unterstützung gesehen werden. Daher muss diese Hypothese abgelehnt werden.

In der verfügbaren Forschungsliteratur wird die Frage nach einem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nicht einheitlich beantwortet. In einer britischen Studie wurden Tumorpatienten, die ein Unterstützungsangebot in Anspruch nahmen, schlechter sozial unterstützt (Grande et al. 2006). In einer deutschen Untersuchung an Patienten mit verschiedenen Tumorentitäten wiesen Patienten, die Unterstützungsangebote genutzt hatten, eine schlechtere positive soziale Unterstützung und mehr negative soziale Interaktionen auf (Faller, Weis, et al. 2017). Eine amerikanische Studie konnte hingegen keinen Zusammenhang zwischen

sozialer Unterstützung und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten finden (Bui et al. 2002).

6.5 Limitationen

Die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Studie wird durch einige Limitationen eingeschränkt.

Zunächst einmal ist die vergleichsweise geringe Zahl von 128 Studienteilnehmern zu nennen. Dies hat unter anderem zur Folge, dass nur besonders ausgeprägte Unterschiede Signifikanz aufweisen und nicht jede Fragestellung hinreichend beantwortet werden kann.

Auch die Anlage der Studie als Querschnittsstudie schränkt die Aussagekraft ein. Es können keine Kausalitäten nachgewiesen werden. Im Hinblick auf die Fragestellungen lassen sich demnach nur Zusammenhänge darstellen und keine Ursachen benennen. Veränderungen im zeitlichen Verlauf können nicht beurteilt werden.

Sicherlich liegt auch eine Stichprobenverzerrung vor. Die Erhebung der Daten mittels Fragebögen setzt eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit voraus. Dies umfasst auch ein gewisses Maß an Konzentrationsfähigkeit und Motivation. Gerade Patienten in fortgeschrittenen Tumorstadien oder unter laufender Chemotherapie können in den genannten Fähigkeiten beeinträchtigt sein. Dies kann entweder zur Ablehnung der Studienteilnahme geführt oder die Gewissenhaftigkeit der Bearbeitung beeinträchtigt haben. Daher ist es möglicherweise zu einer ungewollten Selektion weniger stark beeinträchtigter Patienten gekommen.

Die Komplexität der Fragebögen kann zudem zu einer Beantwortung der Fragen geführt haben, die nicht im Sinne der Fragestellung war. Es ist davon auszugehen, dass nicht jeder Patient bei Unklarheiten während der Bearbeitung ein klärendes Gespräch gesucht hat.

Weitere Einschränkungen ergeben sich für die Übertragbarkeit auf andere Länder, da die Untersuchungen an einem deutschen Patientenkollektiv erfolgten. Möglicherweise ist auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen innerhalb Deutschlands nur eingeschränkt möglich. Die Nationalität und ein möglicher Migrationshintergrund der Studienteilnehmer wurden nicht erfasst. Aufgrund der Patientenrekrutierung im Bereich Würzburg/Unterfranken ist jedoch von einem im Vergleich zu anderen deutschen Regionen niedrigen Anteil an Studienteilnehmern mit nicht deutschem Kulturhintergrund

auszugehen. Zudem wurden Patienten mit fehlenden oder nicht ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen von der Studienteilnahme ausgeschlossen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund bleibt daher fraglich.

Des Weiteren muss erwähnt werden, dass nicht alle verwendeten Messinstrumente durch vorhergehende Studien systematisch validiert sind. Die Fragebögen zu den Teilbereichen Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung wurden bisher nicht validiert.

In der untersuchten Studienpopulation waren Frauen mit Anteil von 59,1% überproportional häufig vertreten. Dies liegt vor allem an dem großen Anteil an Brustkrebspatientinnen, die in die Studie eingeschlossen wurden. Ein möglicher Geschlechtseffekt z.B. im Hinblick auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote muss hier beachtet werden.

Auffallend ist auch, dass Patienten mit höheren Schulabschlüssen in der Untersuchung unterrepräsentiert sind, was die Generalisierbarkeit einschränkt.

6.6 Ausblick

Weiterer Forschungsbedarf besteht im Hinblick auf bessere Screening-Verfahren zur Identifizierung von Patienten mit einem Unterstützungsbedürfnis. Hilfreich könnten hier prospektive Studien zur Evaluation eines longitudinalen Zusammenhangs zwischen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung sein.

Das Ziel muss sein, Tumorpatienten mit einem Unterstützungsbedürfnis bzw. -bedarf die entsprechenden Unterstützungsangebote anzubieten. Hierzu müssen auch mögliche Hemmschwellen im klinischen Alltag weiter abgebaut werden, wie die Diskrepanz zwischen Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten gezeigt hat. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Behandler im stationären und ambulanten Bereich flächendeckend und ausreichend psychoonkologisch weitergebildet werden. Eine psychoonkologische Versorgung sollte elementarer Bestandteil der onkologischen Versorgung in jedem Krankenhaus werden. Wie in der bisherigen Forschung bereits dargelegt, liegt der Schlüssel zu einer besseren Versorgung in einer besseren Kommunikation mit dem Patienten und vor allem in einer besseren finanziellen, personellen und zeitlichen Ausstattung.

7 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, bei Tumorpatienten den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und sozialer Unterstützung auf der einen und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung auf der anderen Seite zu untersuchen.

In der bisherigen Forschung wurden das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten wie auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bereits untersucht. Der Zusammenhang mit Lebensqualität und sozialer Unterstützung war hingegen bisher kaum Gegenstand der Forschung.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer Multicenterstudie am Studienstandort Würzburg. Eingeschlossen wurden 128 stationär behandelte Tumorpatienten mit Melanom, gynäkologischen und gastroenterologischen Tumoren.

Die Studiendaten wurden sowohl mittels etablierter als auch selbst entwickelter Fragebögen erhoben. Zu diesen zählten u.a. der SF-12-Fragebogen zur Erhebung der körperlichen und psychischen Lebensqualität, der SSUK-Fragebogen zur Erhebung positiver sozialer Unterstützung bzw. negativer sozialer Interaktionen sowie selbst entwickelte Fragebögen zum Bedürfnis und zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung. Medizinische Daten wurden den Krankenakten der Patienten entnommen.

Auffällig ist die deutliche Diskrepanz zwischen geäußertem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und der tatsächlichen Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten. In der untersuchten Stichprobe gaben 26,4 % der Patienten ein Bedürfnis nach Unterstützung an, aber nur 14,1% der Befragten gaben an, psychosoziale Unterstützungsangebote wahrgenommen zu haben.

Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen der psychischen, nicht aber der körperlichen Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Patienten, die ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußerten, wiesen eine signifikant niedrigere psychische Lebensqualität auf. Die Hypothese, dass Patienten, die

psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, eine niedrigere körperliche und psychische Lebensqualität aufweisen, konnte bestätigt werden.

Ein Zusammenhang zwischen positiver sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung konnte nicht gefunden werden. Für die soziale Unterstützung ergab sich ein Zusammenhang nur zwischen negativer sozialer Interaktion und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Patienten, die ein Bedürfnis äußerten, wiesen mehr negative soziale Interaktionen auf. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der sozialen Unterstützung finden.

Die Ergebnisse stehen weitestgehend in Einklang mit der bisherigen Forschung. Neben einem Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität sahen einige Studien aber auch signifikante Zusammenhänge zwischen körperlicher Lebensqualität und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Auch beim Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten kamen vorhergehende Untersuchungen zum selben Ergebnis wie die vorliegende Arbeit.

Beim Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Bedürfnis nach bzw. der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung ist die vorliegende Literatur nicht eindeutig. Einige Studien sahen eine negative Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und Bedürfnis/Inanspruchnahme, andere Studien konnten keine signifikanten Zusammenhänge erkennen.

Zukünftige Untersuchungen sollten sich auf eine bessere Identifizierung unterstützungsbedürftiger Patienten konzentrieren, um so eine Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung einer mutmaßlich auch in Zukunft steigenden Anzahl von Tumorpatienten zu erreichen. Das Ziel muss sein, möglichst allen Patienten mit einem Unterstützungsbedürfnis auch entsprechende Angebote zukommen zu lassen.

8 Literaturverzeichnis

- Ahmed-Lecheheb, D. & Joly, F. (2016). Ovarian cancer survivors' quality of life: a systematic review. *J Cancer Surviv*, *10*(5), 789-801
- Allart, P., Soubeyran, P. & Cousson-Gélie, F. (2013). Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, *22*(2), 241-249.
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *23*(3), 299-306.
- Azuero, C., Allen, R. S., Kvale, E., Azuero, A. & Parmelee, P. (2014). Determinants of psychology service utilization in a palliative care outpatient population. *Psycho-Oncology*, *23*(6), 650-657.
- Bertz, J., Dahm, S., Haberland, J., Kraywinkel, K., Kurth, B.-M. & Wolf, U. (2010). Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland ; Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin Robert Koch-Institut (Hrsg.)
- Bloom, J. R., Petersen, D. M. & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *16*(8), 691-706.
- 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. *Psycho-Oncology*, *23*(3), 291-298.
- Brandes, K., Linn, A. J., Smit, E. G. & van Weert, J. C. (2015). Patients' reports of barriers to expressing concerns during cancer consultations. *Patient Educ Couns*, *98*(3), 317-322.
- Brenner, H., Stegmaier, C. & Ziegler, H. (2005). Long-term survival of cancer patients in Germany achieved by the beginning of the third millenium. *Ann Oncol*, *16*(6), 981-986.
- Brix, C., Schleussner, C., Füller, 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.
- Bui, L. L., Last, L., Bradley, H., Law, C. H., Maier, B. A. & Smith, A. J. (2002). Interest and participation in support group programs among patients with colorectal cancer. *Cancer Nurs*, *25*(2), 150-157.
- Bullinger, M. (2014). [The concept of quality of life in medicine: its history and current relevance]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, *108*(2-3), 97-103.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand Handanweisung* (Vol. Göttingen [u.a.]): Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Carlson, L. E., Waller, A. & Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol*, *30*(11), 1160-1177.
- Clover, K. A., Mitchell, A. J., Britton, B. & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, *24*(7), 812-818.

- Crookes, D. M., Shelton, R. C., Tehranifar, P., Aycinena, C., Gaffney, A. O., Koch, P., . . . Greenlee, H. (2016). Social networks and social support for healthy eating among Latina breast cancer survivors: implications for social and behavioral interventions. *J Cancer Surviv, 10*(2), 291-301.
- 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. *Journal of Family Psychology, 25*(2), 310-318.
- Damodar, G., Gopinath, S., Vijayakumar, S. & Rao, A. Y. (2014). Reasons for low quality of life in South Indian cancer patient population: a prospective observational study. *Indian J Pharm Sci, 76*(1), 2-9.
- Deutschinoff, G., Friedrich, C., Thiem, U., Voigtmann, R. & Pientka, L. (2005). Lebensqualität in der Onkologie. Status Quo und Ausblick. *Der Onkologe, 11*(2).
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology, 23*(6), 601-612. :10.1002/pon.3474
- Ditzen, B. & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: the social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience, 32*(1), 149-162.
- 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. *Psycho-Oncology, 10*(2), 103-113.
- Ellis, J., Lin, J., Walsh, A., Lo, C., Shepherd, F. A., Moore, M., . . . Rodin, G. (2009). Predictors of referral for specialized psychosocial oncology care in patients with metastatic cancer: the contributions of age, distress, and marital status. *J Clin Oncol, 27*(5), 699-705.
- Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer, 53*(10 Suppl), 2243-2249.
- Ernst, J., Zenger, M., Schmidt, R., Schwarz, R. & Brahler, E. (2010). [Medical and psychosocial care needs of cancer patients: a systematic review comparing urban and rural provisions]. *Dtsch Med Wochenschr, 135*(31-32), 1531-1537.
- 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.
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., . . . Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Supportive Care in Cancer, 17*(11), 1417-1423.
- Esser, P., Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., . . . Mehnert, A. (2018). The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. *Psycho-Oncology, 27*(6), 1509-1516.
- Faghani, S., Mohammadian, R., Rahmani, A., Mohajjel-Aghdam, A. R., Hassankhani, H. & Azadi, A. (2015). Supportive Care Needs of Iranian Cancer Survivors and Relationships with Social Support. *Asian Pac J Cancer Prev, 16*(15), 6339-6345.
- Faghani, S., Rahmani, A., Parizad, N., Mohajjel-Aghdam, A. R., Hassankhani, H. & Mohammadpoorasl, A. (2014). Social support and its predictors among Iranian cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev, 15*(22), 9767-9771.

- Faller, H., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns*, 100(10), 1934-1942.
- Faller, H., Brahler, 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. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1456-1462.
- Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Niehues, C. & Meng, K. (2017). Symptoms of depression and anxiety as predictors of physical functioning in breast cancer patients. A prospective study using path analysis. *Acta Oncol*, 56(12), 1677-1681.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., . . . Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res*, 81, 24-30.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., . . . Mehnert, A. (2017). Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26, 537-543
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84(8), 1011-1015.
- Fang, F. M., Tsai, W. L., Chien, C. Y., Chiu, H. C. & Wang, C. J. (2004). Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy. *Jpn J Clin Oncol*, 34(11), 641-646.
- Figueiredo, M. I., Fries, E. & Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(2), 96-105.
- Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C. & Sabiston, C. M. (2017). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(5), 664-671.
- Grande, G. E., Myers, L. B. & Sutton, S. R. (2006). How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not? *Psycho-Oncology*, 15(4), 321-334.
- Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., Koch, U., . . . Mehnert, A. (2017). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *Cancer*, 123(21), 4236-4243.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 Suppl 1, 25-31.
- Holm, L. V., Hansen, D. G., Johansen, C., Vedsted, P., Larsen, P. V., Kragstrup, J. & Sondergaard, J. (2012). Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer*, 20(11), 2913-2924.
- Howren, M. B., Christensen, A. J., Hynds Karnell, L., Van Liew, J. R. & Funk, G. F. (2013). Influence of pretreatment social support on health-related quality of life in head and neck cancer survivors: results from a prospective study. *Head Neck*, 35(6), 779-787.
- Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A. & Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 412-419.

- 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.
- Jeong, A. & An, J. Y. (2017). The moderating role of social support on depression and anxiety for gastric cancer patients and their family caregivers. *PLoS One*, 12(12), e0189808.
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12), 2872-2881.
- Kent, E. E., Ambs, A., Mitchell, S. A., Clauser, S. B., Smith, A. W. & Hays, R. D. (2015). Health-related quality of life in older adult survivors of selected cancers: data from the SEER-MHOS linkage. *Cancer*, 121(5), 758-765.
- Kim, K. & Kim, J. S. (2017). Factors influencing health-related quality of life among Korean cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(1), 81-87.
- Kirchberger, I. (2000). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Anwendung, Auswertung und Interpretation - aus Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*: Ecomed. Landsberg/Lech
- Krebber, A. M., 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. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.
- 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.
- Lee, J. A., Kim, S. Y., Kim, Y., Oh, J., Kim, H. J., Jo, D. Y., . . . Park, J. H. (2014). Comparison of health-related quality of life between cancer survivors treated in designated cancer centers and the general public in Korea. *Jpn J Clin Oncol*, 44(2), 141-152.
- Leung, J., Pachana, N. A. & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N. & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168.
- Mahendran, R., Lim, H. A., Tan, J. Y., Kua, E. H. & Griva, K. (2016). The prevalence and predictors of subsyndromal anxiety and depression in adult Asian cancer patients across the first year of diagnosis. *Asia Pac J Clin Oncol*, 12(4), 476-489.
- Manne, S., Kashy, D. A., Siegel, S., Myers Virtue, S., Heckman, C. & Ryan, D. (2014). Unsupportive partner behaviors, social-cognitive processing, and psychological outcomes in couples coping with early stage breast cancer. *J Fam Psychol*, 28(2), 214-224.
- McDowell, M. E., Occhipinti, S., Ferguson, M. & Chambers, S. K. (2011). Prospective predictors of psychosocial support service use after cancer. *Psycho-Oncology*, 20(7), 788-791.
- 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.

- 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., . . . Härter, 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.
- 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.
- 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.
- 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. *Psycho-Oncology*, 19(2), 141-149.
- Mikkelsen, T., Sondergaard, J., Sokolowski, I., Jensen, A. & Olesen, F. (2009). Cancer survivors' rehabilitation needs in a primary health care context. *Fam Pract*, 26(3), 221-230.
- Mikkelsen, T. H., Sondergaard, J., Jensen, A. B. & Olesen, F. (2008). Cancer rehabilitation: psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital? *Scand J Prim Health Care*, 26(4), 216-221.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12(2), 160-174.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research : CR*, 27.
- 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), 155-165.
- Nelke, K. H., Pawlak, W., Gerber, H. & Leszczyszyn, J. (2014). Head and neck cancer patients' quality of life. *Adv Clin Exp Med*, 23(6), 1019-1027.
- Oh, M. G., Han, M. A., Park, C. Y., Park, S. G. & Chung, C. H. (2014). Health-related quality of life among cancer survivors in Korea: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Jpn J Clin Oncol*, 44(2), 153-158.
- 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. *Psycho-Oncology*, 22(1), 125-132.
- Pinquart, M., Hoffken, K., Silbereisen, R. K. & Wedding, U. (2007). Social support and survival in patients with acute myeloid leukaemia. *Support Care Cancer*, 15(1), 81-87.

- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualitaet - Konzepte und Masse, Entwicklungen und Stand im Ueberblick. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43(3), 165-189.
- 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), 29.
- Reeve, B. B., Cai, J., Zhang, H., Weissler, M. C., Wisniewski, K., Gross, H. & Olshan, A. F. (2016). Factors that impact health-related quality of life over time for individuals with head and neck cancer. *Laryngoscope*, 126(12), 2718-2725.
- Reeve, B. B., Potosky, A. L., Smith, A. W., Han, P. K., Hays, R. D., Davis, W. W., . . . Clauser, S. B. (2009). Impact of cancer on health-related quality of life of older Americans. *J Natl Cancer Inst*, 101(12), 860-868.
- Reyes-Gibby, C. C., Anderson, K. O., Morrow, P. K., Shete, S. & Hassan, S. (2012). Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Women's Health (2002)*, 21(3), 311-318.
- Reynolds, J. S. & Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychol*, 23(4), 425-430.
- Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M. & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors Influencing Body Image in Women with Breast Cancer: A Comprehensive Literature Review. *Iran Red Crescent Med J*, 18(10), e39465.
- Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., . . . Bowman, D. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care*, 14(1), 7-15.
- Salonen, P., Tarkka, M. T., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Koivisto, A. M., Aalto, P. & Kaunonen, M. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scand J Caring Sci*, 27(2), 396-405.
- Scholz, U., Knoll, N., Roigas, J. & Gralla, O. (2008). Effects of provision and receipt of social support on adjustment to laparoscopic radical prostatectomy. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(3), 227-241.
- 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.
- Singer, S., Dieng, S. & Wesselmann, S. (2013). Psycho-oncological care in certified cancer centres--a nationwide analysis in Germany. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1435-1437.
- Stanton, A. L. (2012). What happens now? Psychosocial care for cancer survivors after medical treatment completion. *J Clin Oncol*, 30(11), 1215-1220.
- Stanton, A. L., Rowland, J. H. & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. *Am Psychol*, 70(2), 159-174.
- Steginga, S. K., Campbell, A., Ferguson, M., Beeden, A., Walls, M., Cairns, W. & Dunn, J. (2008). Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 17(10), 997-1005.
- Sun, Y., Kim, S. W., Heo, C. Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C. K. & Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 44(1), 22-27.

- Swash, B., Hulbert-Williams, N. & Bramwell, R. (2014). Unmet psychosocial needs in haematological cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*, 22(4), 1131-1141.
- Ullrich, A. & Mehnert, A. (2010). Psychometrische Evaluation and Validierung einer 8-Item-Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) bei Krebspatienten. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 359-381.
- van Scheppingen, C., Schroevers, M. J., Smink, A., van der Linden, Y. M., Mul, V. E., Langendijk, J. A., . . . Sanderman, R. (2011). Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 20(6), 655-663.
- 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.
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G. & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350.
- Weaver, K. E., Forsythe, L. P., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Rodriguez, J. L., Sabatino, S. A., . . . Rowland, J. H. (2012). Mental and physical health-related quality of life among U.S. cancer survivors: population estimates from the 2010 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 21(11), 2108-2117.
- Weis, J. & Faller, H. (2012). [Psychosocial issues of long-term cancer survivors]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(4), 501-508.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Ruffer, J. U., . . . Weyland, P. (2007). Psychoonkologie. Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe*, 13(2).
- Whitney, R. L., Bell, J. F., Bold, R. J. & Joseph, J. G. (2015). Mental health needs and service use in a national sample of adult cancer survivors in the USA: has psychosocial care improved? *Psycho-Oncology*, 24(1), 80-88.
- Wiegand, K., Albert, U. S., Zemlin, C., Lubbe, D., Kleiber, C., Kolb-Niemann, B., . . . Herrmann-Lingen, C. (2012). [Psychological distress of breast cancer patients: screening and patients' request for psycho-oncological care as indicators of health-related quality of life]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(3-4), 129-135.
- Yi, M., Park, K. & Park, E. Y. (2014). Psychosocial needs of low-income people with cancer in Korea. *Eur J Oncol Nurs*, 18(6), 549-556.
- Yoo, H., Shin, D. W., Jeong, A., Kim, S. Y., Yang, H. K., Kim, J. S., . . . Park, J. H. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population. *Jpn J Clin Oncol*, 47(8), 728-734.
- Zeissig, S. R., Singer, S., Koch, L., Blettner, M. & Arndt, V. (2015). Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 65(05), 177-182.
- Zimmermann, C., Burman, D., Swami, N., Krzyzanowska, M. K., Leighl, N., Moore, M., . . . Tannock, I. (2011). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 19(5), 621-629.

Danksagung

Zunächst gilt mein ausgesprochener Dank Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller für die herausragende Betreuung in allen Phasen der Promotionsarbeit. Seine Unterstützung und Beratung trug maßgeblich zur Vollendung der vorliegenden Arbeit bei.

Auch möchte ich meinen Dank an die Universitätshautklinik Würzburg und vor allem an Frau Dr. Anja Gesierich richten, die mir die Patientenrekrutierung ermöglichte. Mein Dank richtet sich selbstverständlich auch an alle Patienten, die durch ihr Mitwirken an der Studie den Grundstein für die vorliegende Arbeit gelegt haben.

Schlussendlich danke ich auch meinen Eltern für die jahrelange emotionale und finanzielle Unterstützung während Studium und Promotion.