

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

**Die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten
bei Krebskranken -
eine geschlechtsspezifische Untersuchung**

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

vorgelegt von

Moritz Merwart

aus **Ramsau bei Berchtesgaden**

Würzburg, August 2012

Referent: Prof. Dr. Dr. Hermann Faller

Korreferent: Prof. Dr. Michael Schmidt

Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12.2012

Der Promovend ist Zahnarzt

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Psychoonkologie	3
2.1 Definition	3
2.2 Aufgaben der Psychoonkologie	3
2.3 Emotionales Befinden bei Krebskranken	4
2.3.1 Prävalenz psychischer Belastungen und psychischer Störungen bei Tumorpatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung	5
2.3.2 Probleme in der Diagnose von emotionalen Störungen bei Tumorerkrankungen	7
2.4 Psychosoziale Unterstützungsangebote für Tumorpatienten	8
2.5 Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten	10
2.6 Versorgungsstand psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten	11
2.7 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	12
2.8 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung	13
3 Fragestellung und Hypothesen	16
4 Methode	19
4.1 Studiendesign	19
4.2 Ein- und Ausschlusskriterien	20
4.3 Studieninformation und Nichtteilnahme	20
4.4 Screening	21
4.5 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	22
4.5.1 Aufbau	22
4.5.2 Durchführung	23
4.6 Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote	24

4.7 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	27
5 Ergebnisse	28
5.1 Studienteilnehmer	28
5.2 Stichprobe	28
5.2.1 Soziodemografische Charakteristika der Studienteilnehmer	29
5.2.2 Tumorlokalisationen nach Diagnosegruppen und Metastasierung	31
5.3 Inanspruchnahme	33
5.3.1 Geschlecht und Inanspruchnahme	34
5.3.2 Psychische Störung und Inanspruchnahme	35
5.3.3 Grundeinstellung und Inanspruchnahme	37
5.3.4 Inanspruchnahme von Patienten, die bereits vor ihrer Erkrankung Angebote zur psychosozialen Unterstützung in Anspruch genommen haben	39
5.3.5 Depressivität und Inanspruchnahme	41
5.3.6 Nebenfragestellung	43
5.4 Multivariable Analysen	46
5.4.1 Inanspruchnahme irgendeines Unterstützungsangebotes	47
5.4.2 Inanspruchnahme von psychotherapeutisch orientierten Unterstützungsangeboten	48
5.4.3 Inanspruchnahme allgemeiner Beratungsangebote: sozialrechtliche Beratung, seelsorgerische Unterstützung und Selbsthilfegruppen	50
5.4.4 Inanspruchnahme unpersönlicher Unterstützungsangebote: Telefonberatung durch Experten, Internetberatung durch Experten und Internet-Foren mit Betroffenen	51
6 Diskussion	54

7 Zusammenfassung	61
8 Literaturverzeichnis	63
9 Anhang	72

1 Einleitung

Die Diagnose "Krebs" ist ein für jeden Menschen einschneidendes Ereignis. Von jetzt auf dann ändert sich das Leben schlagartig. Die emotionalen Reaktionen lassen sich beschreiben mit Schock, Angst, Verzweiflung, Ablehnung und Hilflosigkeit. Kritische Lebensereignisse gehören zum Alltag eines jeden Menschen. Trotzdem sind sie nichts Alltägliches. Sie gehören nicht zum Erfahrungsschatz, sie liegen meist außerhalb des normalen Erwartungshorizonts der meisten Menschen und sie bedeuten nichts Gutes. In den meisten Fällen ist eine Wende zu etwas Schlechterem damit verbunden. Häufig führen solch schwerwiegende Ereignisse zu heftigen Erschütterungen des Selbstbildes. Die Gefahr, in eine tiefe emotionale Krise zu stürzen, liegt nahe.

In unserer Gesellschaft stellt Krankheit eine Abweichung von sozialen Normen dar. Als Kranker kann man nicht mehr jede Rolle erfüllen. Ob die Betroffenen in ihrer Handlungsfähigkeit wie gelähmt sind oder aus der Krise sogar gestärkt hervorgehen, hängt im Wesentlichen von ihrem Bewältigungsverhalten ab. Wie soll man seinen Alltag in Zukunft bewältigen, was geschieht als nächstes, wie erklärt man es seinen Angehörigen, und vor allen Dingen, woher kommt die Hilfe? Die medizinische Versorgung ist sofort gewährleistet. Wie jedoch werden die emotionalen Probleme bewältigt werden können?

Aus dieser Problematik heraus entwickelte sich die Disziplin der Psychoonkologie, die versucht, eine Brücke zwischen medizinischer und psychologischer Therapie zu schlagen. Es existieren diverse psychosoziale Unterstützungsangebote für Krebspatienten. Neben den Hilfeleistungen, die von Experten angeboten und durchgeführt werden, existieren auch verschiedene Hilfeforen im Internet und Telefonberatungsstellen. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Inanspruchnahme der diversen Unterstützungsangebote; Wieviele Tumorpatienten nehmen psychoonkologische Hilfeangebote wahr und welche tun dies aus bestimmten Gründen nicht? Lassen sich Tendenzen erkennen, welche Art von Hilfeangebote bevorzugt genutzt werden und welche Patienten bestimmte Leistungen mehr nutzen als andere?

Insbesondere untersucht diese Arbeit die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Art der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei an Krebs Erkrankten. Lassen sich hier Erkenntnisse der Geschlechterforschung auf die möglicherweise

unterschiedliche Inanspruchnahme von Mann und Frau während einer Krebserkrankung übertragen?

Die Geschlechterforschung untersucht hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens die Unterschiede zwischen Mann und Frau auf verschiedenen Ebenen. So werden auf der einen Seite biologische Faktoren beleuchtet, auf der anderen Seite aber auch methodische Probleme und Artefakte und geschlechtsspezifische Lebensbedingungen, Körpersozialisation und unterschiedliche Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

Nach einem Überblick über den Stand der psychoonkologischen Forschung folgen Fragestellungen und Hypothesen. Im Methodenteil werden statistische Verfahren und die konkrete Durchführung der Studie beschrieben. Es folgt eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse bezüglich der geschlechterspezifischen Inanspruchnahme und anderen Einflussfaktoren auf das Wahrnehmen psychosozialer Unterstützungsangebote. Nach Diskussion und Zusammenfassung werden Schlussfolgerungen für die Verwendbarkeit in der Praxis gezogen.

2 Psychoonkologie

Nach den aktuellen Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) erkrankten im Jahr 2004 in Deutschland 230500 Männer und 206000 Frauen an Krebs. Im gleichen Jahr lebten 645000 Männer und 679000 Frauen in Deutschland, bei denen innerhalb der letzten fünf Jahre eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde. Für die Diagnosejahre 2000-2004 verbesserte sich die 5-Jahres-Überlebensrate der Männer auf 53% im Vergleich zu 38% Anfang der 1980er Jahre, bei Frauen im gleichen Zeitraum von 50% auf 60%. Seit 1990 ist die Inzidenzrate bei Frauen um 35%, bei Männern sogar um 80% angestiegen (Kolip et al., 2005).

Krebs zählt demnach immer noch zu den bedrohlichsten Erkrankungen. Durch Früherkennung und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten haben sich in den letzten Jahren die Überlebensraten für einige Tumorarten deutlich verbessert. Angestiegen jedoch sind behandlungsbedingte Morbidität und psychosoziale Belastungen (Pawils u. Koch, 2006). Hier soll nun die Fachdisziplin der Psychoonkologie ansetzen, die im Folgenden erläutert wird.

2.1 Definition

Die Entwicklung der Psychoonkologie begann in den 1970er Jahren. Es überschneidet sich das Feld der klinischen Psychosomatik mit dem der Sozialmedizin. Es bildete sich die neue wissenschaftliche Disziplin der "Psycho-Onkologie", die 1981 im deutschsprachigen Raum in Buchform von Fritz Meerwein vorgestellt wurde. In Anlehnung an Sellschopp et al. (2005) definieren Schwarz und Götze (2008) die Psychoonkologie als die Lehre von den Wechselwirkungen zwischen seelischen und sozialen Prozessen einerseits und Entstehung und Verlauf von Tumorerkrankungen und deren psychosozialen Begleiterscheinungen andererseits.

2.2 Aufgaben der Psychoonkologie

Bei vielen Krebspatienten mündet eine Krebserkrankung in schwere psychische Krisen.

Bei ca. einem Drittel der Betroffenen enden diese in klinisch relevanten psychischen Störungen. Die Psychoonkologie dient der Begleitung, Beratung und Behandlung von Tumorpatienten und deren Angehörigen (Schwarz u. Götze, 2008). Nach Koch und Weis (2009) ist es Aufgabe der Psychoonkologie, den Patienten in Bezug auf psychosoziale Aspekte in Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge zu begleiten (Koch u. Weis, 2009). Des Weiteren ist es Ziel, die Krankheitsverarbeitung, die Stabilisierung der Lebensqualität, soziale Reintegration und ggf. eine Verbesserung der Überlebensprognose zu erreichen (Schwarz u. Götze, 2008). Die Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie bewirken zwar einen Rückgang der Letalität, was jedoch eine Zunahme an chronischer Morbidität aufgrund der Krankheits- und Behandlungsnebenwirkungen zur Folge hat (Weis et al., 2007).

Dank der möglichen medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen bleibt die Lebensqualität lange erhalten und der Betroffene kann länger am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

2.3 Emotionales Befinden bei Krebskranken

Nach Faller und Weis (2005) sind Krebskranke mit diversen Belastungsquellen konfrontiert. Der Umgang mit dem eigenen Tod ändert sich nach der Diagnosestellung. Obwohl jedermann weiß, dass der Tod unausweichbare Realität ist, geht ein Gesunder davon aus, seine Todesstunde sei noch weit entfernt. Für den Krebskranken ist der eigene Tod jedoch unmittelbare psychische Realität geworden und eine Todesdrohung ist, zunächst unabhängig von der tatsächlichen Prognose, vorhanden. Eine weitere Belastungsquelle stellt der Verlust der körperlichen Integrität dar. Mit der Krebserkrankung geht die Selbstverständlichkeit verloren, mit der man sich als Gesunder auf das Funktionieren seines eigenen Körpers verlassen kann. Als Folge der körperlichen Beeinträchtigung und langwieriger Therapiemaßnahmen müssen nicht selten Alltagsaktivitäten aufgegeben werden. Die Gewohnheit der meisten Menschen, über ihr Leben selbst zu bestimmen, wird in Frage gestellt. Die Krebserkrankung zwingt sie nun, sich in eine Abhängigkeit von anderen zu begeben, da beispielsweise jetzt Ärzte Entscheidungen über Art und Ausmaß der Behandlung treffen. An Krebs

Erkrankte stellen häufig ihre Rolle in Beruf und Familie in Frage und haben Angst, ihre Familie nicht mehr versorgen zu können. Die Krebserkrankung kann außerdem mit einer gewissen sozialen Isolation einhergehen, beispielsweise wenn sich Angehörige nicht trauen, offen über die Krankheit zu sprechen, oder dieses Thema ganz vermieden wird. Dies kann zu einem Rückzug des Erkrankten oder sogar zur Stigmatisierung durch die Umgebung führen.

Im Folgenden wird nun der aktuelle Wissensstand im Hinblick auf die Prävalenz psychischer Belastungen und mögliche diagnostische Probleme dargestellt.

2.3.1 Prävalenz psychischer Belastungen und psychischer Störungen bei Tumorpatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Ein substantieller Anteil von Krebspatienten weist im Verlauf der Erkrankung und deren Behandlung psychische Belastungsreaktionen auf, die sich bis hin zu schweren psychischen Störungen und psychosozialen Krisen entwickeln können (Mehnert et al., 2008). Die häufigsten psychischen Störungen bei Tumorpatienten sind Anpassungsstörungen, Angststörungen und depressive Störungen (Mehnert et al., 2006).

Nach Härter et al. (2000) treten bei einem erheblichen Anteil der Krebspatienten mittlere bis starke psychische Beeinträchtigungen auf. Hier ergab sich mittels des General Health Questionnaire, dass fast die Hälfte der Patienten starke psychische Belastungen während der letzten Wochen aufwiesen. Außerdem lagen auf der Skala Depressivität und Ängstlichkeit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) über 20% der Patienten über dem empfohlenen Cut-off-Score >10.

Studien im Bereich der Prävalenzforschung von psychischen Begleiterscheinungen einer Tumorerkrankung gab es in den letzten 30 Jahren jedoch vor allem im anglo-amerikanischen Raum (Härter et al., 2000). Je nach Untersuchungsinstrument differieren die Ergebnisse stark. Noyes et al. (1998) berichten in ihrer Übersichtsarbeit (23 Studien), die Prävalenz von Angststörungen bei Krebskranken betreffend von Unterschieden zwischen 1 und 44%. Ähnliche Ergebnisse erzielten van't Spijker et al. (1997), in deren Übersichtsarbeit Prävalenzen zwischen 4,5 und 58 % für

Angststörungen beschrieben wurden. De Florio und Massie (1995) haben in einer Übersicht über 49 Prävalenzstudien zu Depression während einer Krebserkrankung Werte zwischen 1 und 53% gefunden.

Härter et al. (2000) führten in Deutschland die erste Studie zur Prävalenz komorbider psychischer Störungen an einer größeren Stichprobe onkologischer Patienten mittels eines standardisierten klinischen Interviews (CIDI) und einer Klassifikation der psychischen Störungen nach DSM-IV durch. In der 4-Wochen-Prävalenzrate für psychische Störungen ergaben sich 24% für die Akutversorgung und 34% für die Rehabilitationskliniken. Am häufigsten traten Angststörungen und affektive Störungen auf.

Weitere Prävalenzen zur Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen in deutschen Akutkrankenhäusern untersuchten Singer et al. (2007). Hier weist fast jeder dritte stationär behandelte Tumorpatient eine psychische Störung auf, wobei meist affektive Erkrankungen diagnostiziert wurden, insbesondere Depressionen. In der Studie von Mehnert und Koch (2007) ergeben sich je nach Erhebungszeitpunkt für Angststörungen Werte zwischen 39,6% und 32,7% und für Depressionen Werte zwischen 16% und 13,3%. Auch Heckl et al. (2012) beziffern die Prävalenz psychischer Komorbidität mit ca. 30%.

Die Prävalenzzahlen der Normalbevölkerung haben mit den Zahlen der Tumorpatienten die Streubreite der Prävalenzwerte gemeinsam. Nach Lieb et al. (2003) liegen die Lebenszeitprävalenzschätzungen für Angststörungen zwischen 5,6 und 28,7%. Als Ergebnis des German Health Interview und Examination Survey GHS-MHS (MHS =Zusatzsurvey für psychische Störungen), bei dem die Bevölkerung mit dem CIDI befragt wurde (Jacobi et al., 2004), liegt die 12-Monats-Prävalenz für Angststörungen nach DSM-IV bei 14,5 %.

Nach Wittchen (2004) sind Depressionen in der Allgemeinbevölkerung die dritthäufigste psychische Störung. Jeder Vierte wird im Laufe seines Lebens irgendwann depressiv. In der Studie litten 10,3 % der Normalbevölkerung an einer Depression (Jacobi et al., 2004). Auch hier trifft man ebenso wie bei den Angststörungen auf eine enorme Streubreite bei den Ergebnissen unterschiedlicher epidemiologischer Studien. Die Schätzungen für Lebenszeitprävalenzen streuen nach

Kessler et al. (1995) von 3 bis 18%. Singer et al. (2007) zeigten außerdem einen systematischen Einfluss des jüngeren Alters, des weiblichen Geschlechts, eines geringeren Einkommens und einer aktuell laufenden Chemotherapie auf das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich anhand der Befundlage von Studien im deutschen Gesundheitssystem Prävalenzwerte von ca. 30% für psychische Begleiterkrankungen ergeben (Härter et al., 2000; Mehnert u. Koch, 2007, Singer et al., 2007). Im Folgenden wird erläutert, welche Probleme sich in der Identifikation dieser Behandlungsbedürftigen ergeben.

2.3.2 Probleme in der Diagnose von emotionalen Störungen bei Tumorpatienten

Um den Patienten, die es am nötigsten haben, eine therapeutische Leistung zur Verfügung zu stellen, müssen die Patienten, bei denen eine emotionale Störung vorliegt, zuerst als behandlungsbedürftig identifiziert werden. Psychische Störungen bei Krebskranken sind nicht selten. Da jedoch somatische Aspekte der Tumorerkrankung zunächst im Vordergrund stehen, werden emotionale Störungen nicht sofort wahrgenommen oder in ihrer Bedeutung unterschätzt. Eine der Schwierigkeiten in der Diagnose von psychischen Störungen bei Krebspatienten resultiert aus der Komplexität sozialer, psychologischer und medizinischer Faktoren (McDaniel et al., 1995). Medizinisches Personal sieht in einer Depression oftmals lediglich eine angemessene emotionale Reaktionsweise angesichts einer tödlichen Bedrohung (Möller et al., 2005). Auch Kathol et al. (1990) sehen Schwierigkeiten in der Diagnose von Depressionen bei Tumorpatienten. Zum einen werden depressive Symptome im Zusammenhang mit ernsthaften Krankheiten wie Krebs bis zu einem gewissen Grad als angemessene Reaktion auf die Situation angesehen. Zum anderen wird die Problematik beschrieben, dass die Symptome einer Depression jener der Krebserkrankung oder deren Therapiefolgen ähneln können. Somatische Symptome wie Müdigkeit, Energieverlust, Appetitlosigkeit mit Gewichtsabnahme oder Antriebsschwäche können zum Beispiel sowohl auf eine depressive Verstimmung hinweisen, aber auch Folge der Tumorerkrankung sein. Um Beides voneinander abgrenzen zu können, muss eine

sorgfältige Exploration kognitiver und affektiver Symptome (zum Beispiel Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken) durchgeführt werden.

Außerdem nehmen viele Ärzte an, Patienten würden ihre psychosozialen Probleme zur Sprache bringen, dies tut jedoch nur ein Viertel (Ryan et al., 2005). Für den Kliniker gibt es nach Weisman und Worden (1976) bestimmte Anhaltspunkte, die bei Krebspatienten als prädisponierend für eine psychische Störung sein können und so bei der Identifikation helfen; gemeint sind damit u.a. soziale Isolation, kürzliche Todesfälle im eigenen Umfeld, eine Tendenz zum Pessimismus, das Vorhandensein von Schmerzen etc.. Auch Aschenbrenner et al. (2003) untersuchten Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen bei Tumorpatienten. Am häufigsten betroffen von allgemeiner psychischer Belastung, Depressivität und Ängstlichkeit sind Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium, mit geringer körperlicher Funktionsfähigkeit und starken Schmerzen. Außerdem weisen Frauen ein höheres Risiko für allgemeine psychische Belastung und Ängstlichkeit auf. Junge Patienten zeigen häufiger Symptome von Ängstlichkeit. Eine psychiatrische Vorerkrankung scheint ebenfalls depressive Episoden zu begünstigen, während soziale Unterstützung vor psychischer Komorbidität schützt. Ist der psychisch belastete Patient identifiziert, gilt es ihn in eine geeignete Unterstützungsmaßnahme einzugliedern. Im Folgenden wird das Spektrum der psychosozialen Unterstützungsangebote dargestellt.

2.4 Psychosoziale Unterstützungsangebote für Tumorpatienten

Häufig ist der erste Ansprechpartner für psychische Belastungen während einer Erkrankung der Lebenspartner bzw. Familienangehörige und Freunde, die im weiteren Sinne ebenso Teil der psychoonkologischen Versorgung sind wie psychologische Fachkräfte (Veronesi et al., 1999). Im Krankenhaus sollte dann der Arzt die Rolle des Ansprechpartners übernehmen. In der Untersuchung von Miller et al. (2003) äußerten 73% der Patienten den Wunsch, von ihrem Arzt gefragt zu werden, ob sie psychosoziale Hilfe benötigen. Dies ist im besonderen Maße wichtig, da der Patient das Gefühl haben muss, mit seinem Arzt nicht nur über die bloßen medizinischen Fakten, sondern auch über belastende Gefühle sprechen zu können. Eine negative Erfahrung hier kann dem

Patienten das Gefühl vermitteln, nun nach der Diagnose schon vor dem drohenden biologischen Tod einen "sozialen Tod" zu erleiden (Faller, 1998). Zusätzliche professionelle Hilfe in Form von Psychotherapeuten oder Beratungsstellen müssen dann bei einem Fortbestehen der psychischen Beschwerden hinzugezogen werden. Organisationen wie die Deutsche Krebshilfe e.V. oder der Krebsinformationsdienst des deutschen Krebsforschungszentrums vermitteln Ansprechpartner und helfen bei sozialrechtlichen Fragen, die den Alltag während und nach einer Krebserkrankung betreffen. Hier werden Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, aber auch Informationen zu Gesundheitsportalen im Internet und Telefonberatungen durch Experten vermittelt. Auch helfen die Organisationen bei der Suche nach einem durch den psychoonkologischen Fachverband PSO zertifizierten Psychoonkologen. Die psychoonkologische Forschung hat in den letzten Jahren wesentlich dazu beigetragen, das Angebot an psychosozialer Unterstützung auszubauen.

Heckl et al. (2012) beschreiben zwei traditionelle Versorgungsmodelle. Den Konsil- und den Liaisondienst. Beim Konsildienst bittet der betreuende Arzt den an einer anderen Abteilung angesiedelten Psychoonkologen um Diagnostik und/oder Mitbetreuung des Patienten. Beim Liaisondienst ist ein Psychoonkologe dauerhaft auf der somatischen Station und nimmt selbstständig Kontakt zu allen Patienten auf und kann so die Behandlungsbedürftigen identifizieren.

Außerdem beschreiben Heckl et al. (2012) die unterschiedlichen Versorgungsmodelle in der Psychoonkologie. So ist an manchen Standorten die Psychoonkologie an Fachabteilungen (Medizinische Psychologie, Psychosomatik, Psychiatrie) angegliedert. Auf der anderen Seite gibt es in manchen onkologischen Zentren eigenständige psychoonkologische Abteilungen. Vor allem im ländlichen Raum übernehmen oft niedergelassene Psychotherapeuten, die auf die Station kommen, die Betreuung.

Eine psychoonkologische Beratung für an Krebs erkrankte Patienten ist unverzichtbarer Bestandteil der heutigen Tumortherapie. Die psychoonkologische Versorgung in Deutschland ist jedoch in einigen Regionen noch schlecht repräsentiert, vor allem in ländlichen Regionen (Heckl et al., 2012). Eine gut funktionierende Versorgung ist jedoch von großer Bedeutung. Dies wird auch deutlich, wenn man den Bedarf der psychosozialen Unterstützung betrachtet, der im Folgenden dargestellt wird.

2.5 Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten

In der aktuellen Literatur gehen die Meinungen über das Ausmaß an psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Krebskranken weit auseinander (Rabe u. Braun, 2002).

Auf der einen Seite muss versucht werden, dem subjektiven Wunsch der Patienten nach Unterstützung nachzukommen, auf der anderen Seite geht es darum, möglichst ökonomisch diejenigen zu identifizieren, die psychosoziale Unterstützung benötigen (Herschbach, 2006). Auch Lehmann et al. (2009) betonen neben den objektiven Erfassungsmöglichkeiten des Bedarfs mittels Interviews und Fragebögen auch die Notwendigkeit, den subjektiven Unterstützungswunsch der Patienten zu erfragen.

Die meisten Studien gehen von einem Anteil von ca. 33 bis 50 % der Tumorpatienten als betreuungsbedürftig aus. Diese Patienten zeigen klinisch relevante Angst- und Depressionssymptome (Rabe u. Braun, 2002). Eine Studie von Miller et al. (2003) kommt hier sogar auf einen Wert von 57% der befragten Patienten, die angeben, sie benötigten Hilfe im Umgang mit emotionalen Problemen. In der Studie von Singer et al. (2007) wünschen sich 83% der Befragten Unterstützung durch einen Arzt, 77% vom Pflegepersonal, 30% vom Psychologen und 8% von einem Seelsorger. Auch die Untersuchungen von Sanson-Fisher et al. (2000) haben ergeben, dass die meisten Patienten mit der medizinischen Betreuung zufrieden waren, sich jedoch schlecht betreut fühlten in Hinblick auf Informationen zur Krankheit und deren Folgen. Außerdem waren sie mit der Betreuung nach Verlassen des Krankenhauses unzufrieden. Ähnliche Ergebnisse liefert die Studie von Faller, Olshausen und Flentje (2003). Hier gaben ein Drittel der Mammacarcinompatientinnen zu Beginn einer Strahlentherapie an, über ihre Krankheit sprechen zu wollen. 36% zeigten das Bedürfnis nach zusätzlicher psychosozialer Unterstützung, 75% würden ein solches Angebot nach eigenen Angaben annehmen.

Eine holländische Untersuchung von van Harten und van Noort (1998) zum Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung erbrachte, dass 26% der Befragten professionelle Unterstützung wünschen. Muthny und Küchenmeister (1998) fanden an einem deutschen Kreiskrankenhaus heraus, dass 42% der Krebspatienten psychologische Gespräche als sehr wichtig einschätzen.

Goerling et al. (2006) untersuchten an 406 Patienten ebenfalls den Beratungsbedarf bei stationären Tumorpatienten. Demnach hatten 41,4% der Patienten einen speziellen psychoonkologischen Beratungsbedarf. Ähnliche Werte beschreiben Baker- Glenn et al. (2011). 40,9% von 115 Brustkrebspatientinnen drückten ihr Interesse an psychosozialer Unterstützung aus, weniger waren es jedoch unter den Lungenkrebspatienten, hier wünschten sich nur 22,5% Unterstützung, 30% bei denen mit einer hohen psychischen Belastung.

Betrachtet man die Studienlage, lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Bedarfswerte je nach Studie schwanken, dies jedoch auf einem recht hohen Niveau. Somit ist der Anteil der Patienten, die Hilfe benötigen, keine Minderheit unter den Krebspatienten. Im folgenden Kapitel folgt die Darstellung, welche Angebote diesen Patienten zur Zeit zur Verfügung stehen.

2.6 Versorgungsstand psychosozialer Unterstützung bei Krebspatienten

In den letzten Jahren hat sich psychosoziale Betreuung in der Onkologie weiterentwickelt und wurde weiter ausgebaut (Weis et al., 1998). Weis et al. (1998) untersuchten 1998 den aktuellen Versorgungsstand in Deutschland. 91 % der erhobenen universitären Akutkrankenhäuser gaben an, ihren Patienten ein psychosoziales Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Unterschiede zeigen sich jedoch in der Art der Unterstützung: In 50,8 % erfolgte diese über eine Kooperation mit einer Abteilung für Psychosomatik, Psychiatrie oder Medizinische Psychologie. Eigene für diesen Zweck beschäftigte Fachkräfte stehen nur in 19,7% zur Verfügung, 29,5% der Universitätskliniken konnten hier keine genaue Differenzierung angeben. Kliniken außerhalb der universitären Versorgung greifen hauptsächlich auf Sozialdienste und die Klinikseelsorge als Ansprechpartner für psychosoziale Betreuung zurück. Der Prozentsatz der Versorgung liegt auch hier bei 84 % für kleine Kliniken und 98,7% für größere Kliniken. Eine Konsiliartätigkeit durch externe Einrichtungen, wie es bei den Universitätskliniken häufig der Fall ist, ist hier jedoch sehr selten. Desweiteren muss unterschieden werden zwischen Fachpersonal, das ausschließlich für die Betreuung von Tumorpatienten zuständig ist und Personal, das sich generell den Belangen aller

Patientengruppen annimmt. In Universitätskliniken sind in nur 16,9% der Fälle Fachkräfte ausschliesslich für Tumorpatienten zuständig. In lediglich 4,7% der restlichen Kliniken gab es Personal, das ausschliesslich für Tumorpatienten beschäftigt wurde. Es zeigt sich also, dass die psychosoziale Beratung größtenteils auf Sozialdienste und Klinikseelsorge beschränkt ist.

Bergelt et al. (2010) untersuchten die psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor. Im Akutkrankenhaus wird die psychoonkologische Versorgung vor allem durch den psychologischen und ärztlichen Dienst realisiert. Zwischen den Einrichtungen zeigt sich eine große Heterogenität mit Betreuungsraten von 2-100% (Median 32,5%). Im ambulanten Sektor wird psychoonkologische Hilfe vor allem von Psychologen (52%) durchgeführt. Ärzte haben hier einen Anteil von 31%.

Giesler und Weis (2009) untersuchten den psychoonkologischen Versorgungsstand in Brustzentren. Die Studie brachte hervor, dass es in der psychoonkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen verschiedene Organisationsformen gibt. 28% der Brustzentren verfügen über direkt angestellte psychoonkologische Fachkräfte, 36% der Zentren können im Bedarfsfall zusätzlich zu direkt angestellten Fachkräften auf externe Fachkräfte zurückgreifen. 17% der Zentren organisieren ihre psychoonkologische Beratung über eine Konsil-Liaison-Kooperation mit einer psychosomatischen oder psychiatrischen Einrichtung. 9% greifen ausschließlich auf niedergelassene Psychotherapeuten zurück. 10% lassen sich keiner der oben genannten Organisationsformen zuordnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass häufig auf eine Konsil-Kooperation zurückgegriffen wird. Nur in den wenigsten Fällen stehen Psychoonkologen zur Verfügung, die direkt in der onkologischen Klinik/Abteilung beschäftigt sind.

2.7 Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Zur Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten existiert eine Reihe von Veröffentlichungen, deren Ergebnisse zum Teil stark abweichen.

Sellick et al. (2006) untersuchten anhand von 3035 Tumorpatienten die Inanspruchnahme psychoonkologischer Leistungen. Demnach nahmen 83,7% der belasteten und 37,7% der unbelasteten Patienten psychoonkologische Angebote in Anspruch. Söllner et al. (2004) untersuchten 100 Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. 69% der Patienten, die entweder den Wunsch nach Unterstützung äußerten oder eine psychische Belastung zeigten, nahmen Unterstützungsangebote wahr. Eakin und Stryker (2001) fanden in ihrer Arbeit an 368 Tumorpatienten heraus, dass nur 12% der Mammakarzinompatientinnen an einer psychoonkologischen Hilfeleistung teilnahmen. Plass und Koch (2001) untersuchten 132 Tumorpatienten, darunter hauptsächlich Mammakarzinompatientinnen. 28% der Patienten nahmen an professionellen Hilfeangeboten und Selbsthilfegruppen teil. Schou et al. (2008) untersuchten die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Leistungen bei Mammakarzinompatientinnen. Von 165 Patientinnen wurden 88% zu einem Unterstützungsangebot eingeladen, es nahmen jedoch nur 66% tatsächlich an der Maßnahme teil. Nach Söllner et al. (2004) nahmen 69% von 58 Tumorpatienten, die entweder an erhöhter Belastung litten oder den Wunsch nach Unterstützung äußerten, an einer Beratung durch einen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter teil. In einer Studie mit über 13000 Tumorpatientinnen aus 15 Ländern wurden Frauen befragt, diejenigen zu benennen, von denen sie während ihrer Erkrankung am meisten Unterstützung erfuhren. In jeder Behandlungsphase waren Familienmitglieder, v.a. der Ehepartner und Kinder, aber auch Freunde führend. Professionelle Hilfeangebote seitens Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern, Selbsthilfegruppen, Krebshilfegruppen und anderen Spezialisten waren hier nur wenig vertreten (Veronesi et al., 1999). In der Studie von Giesler und Weis (2009) wurden 975 Patienten befragt. Unter der Gruppe der Inanspruchnehmer (n=447) nahmen 10% an Selbsthilfegruppen teil, 56% haben eine sozialrechtliche Beratung erhalten, 29% nahmen Entspannungsübungen sowie 20% Paar- oder Familientherapie in Anspruch.

2.8 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Folgende Aussagen sind im Wesentlichen entnommen aus Zenger et al. (2010).

Zahlreiche Studien untersuchten unterschiedliche soziodemografische und klinische Parameter als Prädiktoren für das Bedürfnis und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, wobei die Befundlage widersprüchlich ist. In einigen Studien wurde kein signifikanter Einfluss von Alter, Geschlecht, Tumorlokalisation, Erkrankungsdauer, Tumorstadium oder Therapieform gefunden (Eakin u. Stryker, 2001; Brix et al., 2008; Raabe u. Braun, 2002; Weisman u. Worden, 1980).

In anderen Untersuchungen wurde ein systematischer förderlicher Einfluss des jüngeren Alters (Steginga et al., 2008; Plass u. Koch, 2001), des weiblichen Geschlechts (Steginga et al., 2008; Sanson-Fisher et al., 2000), einer höheren Bildung (Steginga et al., 2008; Eakin u. Stryker, 2001), einer höheren psychischen Belastung (Steginga et al., 2008; Plass u. Koch, 2001; Söllner et al., 1996) und einer geringeren sozialen Unterstützung (Rabe u. Braun, 2002; Söllner et al., 1996) auf ein erhöhtes Bedürfnis nach Unterstützungsangeboten oder der Teilnahme an solchen gefunden.

Nach Weis et al. (1993) existieren bei Frauen eher Gefühle wie Unsicherheit und Angst und eine größere Bereitschaft, Hilfeangebote anzunehmen. Auch in der Studie von Merckaert et al. (2010) äußerten mehr Frauen (26%) als Männer (11%) den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung. Außerdem war kein Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung festzustellen.

Härter et al. (2001) interpretierten in der Untersuchung "Prävalenz psychiatrischer Störungen bei onkologischen Patienten" (n=517) die stark erhöhten Werte (im Vergleich zur Gesamtpopulation) mit dem hohen Frauenanteil (75%) der Untersuchungsgruppe.

Auch Addis und Mahalik (2003) beschreiben in ihrer Arbeit "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking" das Verhalten von Männern in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe. Demnach lehnen Männer eigentlich benötigte professionelle Hilfe konsequent ab. Außerdem nehmen Männer bei Problemen wie Drogenmissbrauch, Depressionen, körperlichen Behinderungen und belastenden Lebensereignissen weniger häufig professionelle Hilfe wahr.

Hinsichtlich des Geschlechts existiert eine Untersuchung des Robert Koch-Instituts zur unterschiedlichen Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Bei Frauen ist mit

knapp 20% eine psychische Störung Ursache für rehabilitative Maßnahmen, nur 4% der Männer befinden sich aufgrund einer psychischen Störung in rehabilitativen Maßnahmen. Männer nehmen jedoch aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen häufiger an einer medizinischen Rehabilitation teil. Dies hebt die unterschiedlichen Morbiditätsprofile zwischen Männern und Frauen hervor. Die Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit lassen sich jedoch häufig nicht ursächlich klären, sondern nur durch diverse Anhaltspunkte beschreiben. Zum einen werden biologische Faktoren beschrieben, aber auch geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen und Erfahrungen im Gesundheitssystem, die nicht für das andere Geschlecht übernommen werden können. Außerdem wird die bloße Kenntnis über die Existenz von Unterstützungsangeboten als entscheidender Faktor für deren Inanspruchnahme genannt (Mehnert u. Koch, 2008; Plass u. Koch, 2001). Hack et al. (2005) fanden heraus, dass Ärzte mögliche psychosoziale Probleme und Unterstützungsbedarf nicht selbst ansprechen, sondern warten, bis der Patient dies tut. Ein substantieller Teil der Patienten scheint außerdem anzunehmen, dass ihr behandelnder Arzt für psychosoziale Belastungen nicht zuständig ist (Lehmann et al., 2009). Desweiteren weisen Lehmann et al. darauf hin, dass sich der subjektive Unterstützungsbedarf aufgrund von fehlender Information über das Vorhandensein solcher Angebote oft nicht realisieren lässt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Patienten häufig nicht wissen, wer der richtige Ansprechpartner für ihre emotionalen Probleme ist. Außerdem wissen viele Krebspatienten nichts über die bloße Existenz der Unterstützungsangebote.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragen, wie die Prävalenzen der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen sind und welche möglichen Prädiktoren mit der Inanspruchnahme zusammenhängen.

Im Speziellen wird untersucht, ob es einen Geschlechterunterschied hinsichtlich der Prävalenz gibt.

Desweiteren wird der mögliche Einfluss einer psychischen Diagnose auf die Prävalenz der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen eruiert.

Als weiterer Prädiktor soll die Grundeinstellung untersucht werden. Hat die Grundeinstellung in Bezug auf psychosoziale Unterstützungsangebote einen Einfluss auf die Prävalenz der Inanspruchnahme psychosozialer Angebote?

Außerdem wird geprüft, ob durch eine erhöhte psychische Belastung durch depressive Symptomatik die Prävalenz der Inanspruchnahme vorhergesagt wird.

Fragestellung 1

Die erste Fragestellung soll prüfen, wie häufig die verschiedenen psychosozialen Unterstützungsangebote genutzt werden.

- Wie hoch sind die Prävalenzen der Inanspruchnahme der verschiedenen Unterstützungsangebote?

Hypothese 1

In der ersten Hypothese soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote besteht.

- Männer nehmen Angebote zur psychosozialen Unterstützung seltener in Anspruch als Frauen.

Fragestellung 2

Die zweite Fragestellung soll prüfen, durch welche Prädiktoren die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote vorhergesagt werden kann.

Hypothese 2

In Hypothese 2 soll geprüft werden, ob das Vorliegen der Diagnose einer psychischen Störung Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote hat.

- Patienten mit Diagnose einer psychischen Störung nehmen psychosoziale Unterstützung häufiger in Anspruch als Patienten ohne Diagnose einer psychische Störung.

Hypothese 3

In Hypothese 3 soll untersucht werden, ob die aktuelle psychische Belastung durch depressive Symptome mit der Inanspruchnahme zusammenhängt.

- Patienten mit einem höheren Maß an aktueller psychischer Belastung durch depressive Symptome nehmen Angebote zur psychosozialen Unterstützung häufiger wahr als Patienten mit geringerer psychischer Belastung durch depressive Symptome.

Hypothese 4

In Hypothese 4 soll untersucht werden, wie die Grundeinstellung zu psychosozialen Unterstützungsangeboten mit der Inanspruchnahme zusammenhängt.

- Patienten, deren Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung positiv ist, nehmen die Angebote häufiger in Anspruch als Patienten mit negativer Grundeinstellung.

Nebenfragestellung

Es soll untersucht werden, wie die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen aussehen.

- Falls keine Unterstützung in Anspruch genommen wurde, welche Gründe geben die Patienten hierfür an?
- Falls keine Unterstützung in Anspruch genommen wurde, wie unterscheiden sich die Gründe hierfür zwischen Männern und Frauen?

4 Methode

Bei der vorliegenden Studie, die von der deutschen Krebshilfe (DKH) gefördert wurde, handelt es sich um eine multizentrische Untersuchung, bei der die Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf bei Tumorpatienten bestimmt werden sollten.

Die Studiendauer betrug drei Jahre (01.09.2007 bis 31.10.2010).

4.1 Studiendesign

Die Querschnittstudie sollte N=3600 Krebspatienten erfassen, mit allen Tumorlokalisationen anhand vorgegebener Quoten. Die errechnete Größe der Stichprobe resultierte aus 4-Wochen-Prävalenzraten psychischer Störungen bei Krebspatienten. Es waren drei für die Erhebung relevante Versorgungssektoren vorgesehen, um die gegenwärtige Versorgungssituation von Tumorpatienten realistisch widerzuspiegeln. Die Durchführung fand in Akutkliniken (universitäre Maximalversorgung), in onkologischen Schwerpunktpraxen/Klinikambulanzen und in onkologischen Rehabilitationskliniken statt. Das Verfahren sah sowohl eine Selbsteinschätzung mittels standardisierten Fragebögen als auch eine Fremdeinschätzung mit einem strukturiertem Interview für psychische Störungen (CIDI) vor. Die medizinischen Daten wurden in Form eines Datenblatts und Krankheitscharts aus den Krankenakten übernommen.

Die Studienzentren (Freiburg, Hamburg, Heidelberg, Leipzig und Würzburg) bezogen die Daten aus jeweils regionalen Versorgungseinrichtungen. In den Akutkliniken wurden Stationen einbezogen, auf denen primär onkologische Patienten behandelt wurden. Eine Übersicht der im Studienzentrum Würzburg besuchten Einrichtungen ist im Anschluss aufgeführt.

- stationäre Erhebungseinrichtungen (Universitätsklinikum Würzburg)

- Klinik für Strahlentherapie
- Frauenklinik

- Chirurgische Klinik
- Sektion für Pneumologie, Medizinische Klinik I

- ambulante Erhebungseinrichtungen:

- Klinik für Strahlentherapie
- Frauenklinik
- Sektion für Pneumologie, Medizinische Klinik I
- onkologische Schwerpunktpraxis

- Rehabilitationseinrichtungen:

- Rehaklinik ob der Tauber (Reha Zentren Baden-Württemberg), Bad Mergentheim
- Rehaklinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen
- Rehaklinik Bad Kissingen

Die vorliegende Arbeit beruht auf den Daten des Würzburger Zentrums.

4.2 Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Für die Teilnahme kamen grundsätzlich alle Patienten mit einer Krebserkrankung in Frage, die zum Erhebungszeitpunkt volljährig und nicht älter als 75 Jahre alt waren.

Ausschlusskriterien umfassten ungenügende Kenntnisse der deutschen Sprache und zu schlechter Gesundheitszustand. Erlaubte es die aktuelle Verfassung des Patienten nicht, das eigenständige Ausfüllen der Fragebögen und ggf. die Durchführung des Interviews zu gewährleisten, ergab sich hieraus eine individuell abzuwägende Einschränkung.

4.3 Studieninformation und Nichtteilnahme

Die Teilnahme an der Studie war für den Patienten freiwillig. Er musste aus datenschutzrechtlichen Gründen darüber aufgeklärt werden, dass die Ergebnisse studienbezogen ausgewertet und hierfür durch einen Code verschlüsselt gespeichert werden. Hierfür waren schriftliche Informationsblätter und schriftliche Einverständniserklärungen vorgesehen. Eine Durchschrift der Einverständniserklärung war dem Patienten auszuhändigen. Dieses Prozedere und die Durchführung wurde von

der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg genehmigt. Lag keine Einschränkung durch Alter oder sonstige Gründe vor, wurden die Patienten in die Studie aufgenommen. Der Patientenzugang wurde vom jeweiligen Studienzentrum in Zusammenarbeit mit den Kliniken organisiert.

Wollte ein Patient nicht an der Studie teilnehmen, lagen hierfür spezielle Nichtteilnahme-Bögen vor, die unter Angabe des entsprechenden Grundes mit Datum, Alter, Geschlecht und Diagnose des Patienten ausgefüllt wurden, sofern der Patient einverstanden war. Die Daten wurden für Non-Responder-Analysen verwendet.

4.4 Screening

Die in die Studie aufgenommenen Patienten füllten den Screening-Fragebogen Patient Health Questionnaire (PHQ-9) aus. Nach Ermittlung des individuellen PHQ-Scores wurde eine lokale Randomisierung durchgeführt. Das Programm fällt für jeden Patienten eine Entscheidung über die Zuordnung zu einem Interview: Bei einem PHQ-Wert ≥ 9 war die Entscheidung immer positiv, bei einem Wert < 9 wurden die Patienten mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit zufällig einem Interview zugeordnet.

Die folgende Abbildung zeigt die Zuteilung der Patienten zur Teilnahme am Interview. Grafik zum Verfahren:

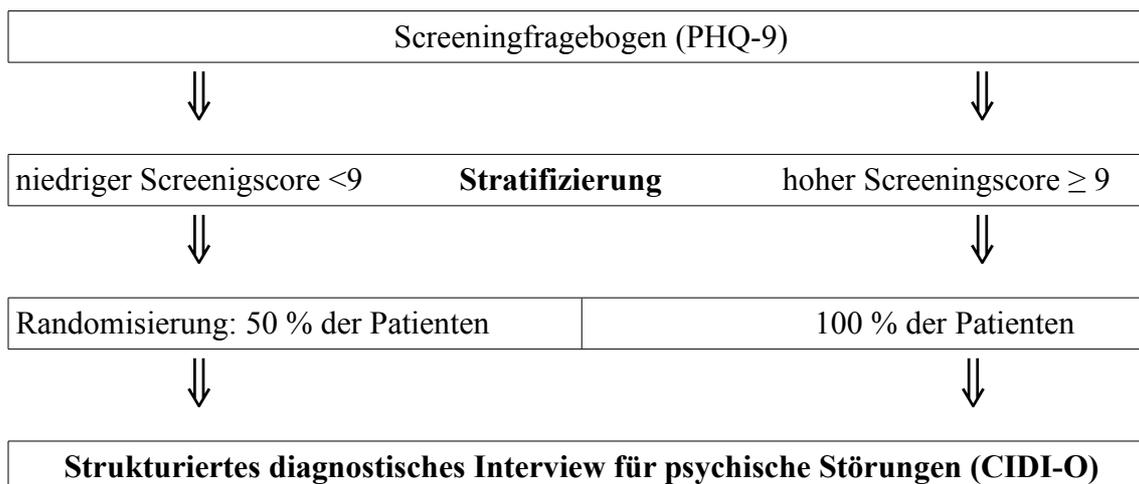


Abbildung 4-1 Stratifizierungsmodell der Patienten zur Teilnahme am diagnostischen Interview (CIDI)

4.5 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Bei dem Composite International Diagnostic Interview in der Dia-X Version (M-CIDI) handelt es sich um ein Verfahren, das von der WHO zusammen mit der Nordamerikanischen Alcohol, Drug, Abuse und Mental Health Administration (ADAMHA) entwickelt wurde. Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte im Auftrag der WHO von Wittchen et al. (1996).

Dieses umfassende standardisierte Interview zur Erfassung psychischer Störungen ermöglicht die Diagnosestellung nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV und erbringt Diagnosen bezogen auf die Lebenszeit-, die 12-Monats- und die 4-Wochenprävalenz.

Erfasst werden u.a. Angsterkrankungen und affektive Erkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit.

Es eignet sich zur Standarddokumentation in Kliniken sowie für den Einsatz bei epidemiologischen Forschungsprojekten und klinischen Studien. Mögliche Probanden sind Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 14 und 65 Jahren unterschiedlicher Kultur, Bildungstand und Intelligenzniveau. Empfohlen wird jedoch mindestens ein mittleres Intelligenzniveau.

Nicht möglich ist die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen, akuten Psychosen, Verhaltensstörungen des Kindes- und Jugendalters und schweren dementiellen Erkrankungen.

Für die Retest-Reliabilität werden Werte zwischen .45 und 1.00 angegeben (Wittchen et al., 1998). Die für die interne Konstistenz ermittelten Werten liegen zwischen .67 und .99 (Wittchen et al., 1997). Für die Validität ergeben sich je nach Modul Werte zwischen .39 bis .82.

4.5.1 Aufbau

Das Interview besteht aus insgesamt 11 Sektionen. Die verschiedenen Abschnitte sind in Tabelle 4-1 dargestellt.

Tabelle 4-1 Sektionen des CIDI Interviews

Sektion A	Soziodemographie
Sektion B	Tabak
Sektion C	Somatoforme Störungen
Sektion D	Angststörungen
Sektion E	Depressive Störungen
Sektion F	Manie und bipolare Störungen
Sektion G	Psychotische Störungen
Sektion H	Essstörungen
Sektion I	Störungen durch Alkohol
Sektion N	Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
Sektion P+X	Interviewerbeurteilungen

4.5.2 Durchführung

Zur Durchführung eines Interviews müssen neben dem Laptop mit CIDI-O-Software das Listenheft für den Patienten und die unterschriebene Einverständniserklärung vorhanden sein.

Folgende Daten müssen bekannt sein und am Anfang des Interviews eingegeben werden:

- Interviewercode
- Patientencode
- Patientenname und Geburtsdatum
- Aufenthaltsort (Klinik, Station, etc.)

Die Durchführung fand in den jeweiligen Erhebungseinrichtungen an einem hierfür geeigneten Ort statt. Es wurde darauf geachtet, dass die Dauer des Interviews ungestört von äußeren Einflüssen und in Form eines "eye to eye"-Gesprächs geführt wurde. Hierfür saßen sich Interviewer und Patient an einem Tisch gegenüber.

4.6 Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote

Um den Betreuungsbedarf und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung erfassen zu können, ist eigens für diese Studie ein multidimensionales Selbstbeurteilungsinstrument entwickelt worden. Der Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung umfasst 6 Items, die im Folgenden erläutert werden.

- Haben Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?

Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben:

- Psychotherapie
- psychologische Beratung/Unterstützung
- sozialrechtliche Beratung/Unterstützung
- seelsorgerische Unterstützung
- Selbsthilfegruppen
- Unterstützung durch Krebsberatungsstelle
- Telefonberatung durch Experten
- Internetberatung durch Experten
- Internet-Forum mit Betroffenen
- Sonstiges

Die vorgegebenen Leistungen waren mittels ja/nein-Antwort auszuwählen, Mehrfachantworten waren möglich. Unter "Sonstiges" war die Möglichkeit gegeben, nicht aufgeführte, jedoch vom Patienten in Anspruch genommene Leistungen zu ergänzen. Falls ein Angebot genutzt und mit "ja" vermerkt wurde, konnte angegeben werden, ob der Patient das Angebot als hilfreich empfunden hat. Hierfür reichte die Skala von "gar nicht" hilfreich, über "kaum", "etwas", "ziemlich" bis zu "sehr" hilfreich.

- Wo haben Sie psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen?

Das Item dient zur Erfassung des Ortes, an dem der Patient psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hat. Mögliche Antwortmöglichkeiten waren:

- im Krankenhaus
- während der Rehabilitation
- ambulant
- habe kein Angebot in Anspruch genommen
- Sonstiges

Auch hier war die Möglichkeit zu Mehrfachauswahl gegeben. Nicht aufgeführte Orte konnten unter "Sonstiges" vom Patienten ergänzt werden.

- Wie ist Ihre Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung?

Dieses Item fragt ab, wie die Grundeinstellung der Patienten zu psychosozialer Unterstützung ist. Patienten hatten die Möglichkeit, im Sinne einer fortlaufenden Skala von 0 (negative Grundeinstellung) bis 10 (positive Grundeinstellung) den für sie zutreffenden Wert anzukreuzen.

- Haben Sie vor der Krebserkrankung psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen?

Das Item fragt ab, ob Patienten vor ihrer aktuellen Krebserkrankung schon psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen haben. Es konnte "ja" oder "nein" angekreuzt werden. Falls der Patient "ja" angab, war die Möglichkeit gegeben, den Grund der damaligen Inanspruchnahme zu nennen und anzugeben, ob die damalige Maßnahme "eher erfolgreich" oder "eher nicht erfolgreich" war.

- Haben Sie von Ihrem Arzt im Verlauf Ihrer Krebserkrankung eine Empfehlung oder Überweisung für psychosoziale Unterstützung erhalten?

Dieses Item fragt ab, ob vom Arzt eine Empfehlung und/oder Überweisung für psychosoziale Unterstützung ausgesprochen wurde und falls ja, ob dies zu einer Inanspruchnahme führte. Hierfür standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

- nein
- ja, *wenn ja*
 - *eine Empfehlung*
 - *eine Überweisung*
 - *beides*

Falls eine Empfehlung oder Überweisung vorlag, wurde abgefragt, ob diese auch in Anspruch genommen wurde.

- Falls Sie keine psychosoziale Unterstützung aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Anspruch genommen haben, welches sind die Gründe dafür?

Dieses Item fragt mögliche Gründe einer Nicht-Inanspruchnahme ab. Vorgegebene Antwortmöglichkeiten waren:

- ich brauche keine Unterstützung
- ich weiß nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll
- ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt
- Sonstiges

Vom Patienten konnten mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden und unter "Sonstiges" weitere, nicht aufgeführte Gründe ergänzt werden.

4.7 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Im Gegensatz zum in Kapitel 5.4 beschriebenen M-CIDI handelt es sich im Folgenden um ein Selbstbeurteilungsinstrument in Form eines Fragebogens. Alle Fragebögen wurden dem Patienten in Form eines gebundenen Fragebogenkatalogs übergeben. Zuvor wurde die Codenummer des überreichten Fragebogens für Zuordnungszwecke festgehalten. Die Studienteilnehmer konnten sich für die Beantwortung der Fragen Zeit lassen und konnten den Katalog an verschiedenen Stellen abgeben.

Bei dem im Jahre 1999 von Spitzer entwickelten PHQ-9-Fragebogen mit 9 Items handelt es sich um das Depressionsmodul des vollständigen PHQ-Fragebogens mit insgesamt 72 Items. Es handelt sich hierbei um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung depressiver Symptome als Diagnostik und zur Verlaufkontrolle. Der PHQ-9 gibt neun Symptome vor und fragt, wie häufig diese Beschwerden innerhalb der letzten zwei Wochen, ausgehend vom Bearbeitungstag, vorkamen. Die Skala reicht von „überhaupt nicht“ (0) bis „beinahe jeden Tag“ (3). Dementsprechend sind Werte von 0 bis 27 möglich. Nach Hansson et al. (2009) zeigt ein Ergebnis von 5-9 eine leichte Depression an, 10-14 eine Depression mittleren Ausmaßes, 15-19 eine mittel-schwere Depression und Werte ab 20 weisen auf eine schwere Depression hin. Zu einer vergleichbaren Einteilung kamen Kroenke et al. (2001). Der Schwellenwert oder auch "Cutoff"-Wert, d.h. jener Wert, bei dem nach Auswertung des Tests eine Depression vermutet wird, wird kontrovers diskutiert. Nach Hansson et al. (2009) gibt es eine graue Zone bei Werten zwischen 10 und 15. Die Objektivität ist gegeben, da es bei Durchführung und Auswertung um ein standardisiertes Verfahren handelt. Die Retest-Reliabilität beträgt nach Kroenke et al. (2001) und Löwe et al. (2004) zwischen $r=.81-.96$. Nach Gräfe et al. (2004) und Löwe et al. (2004a) ergeben sich für die Validität folgende Werte: Sensitivität 83%, Spezifität 90% (Major Depression kategorial); Sensitivität 98% und Spezifität 80% für Major Depression bei Cut-off ≥ 11 . Hansson et al. (2009) berichten von einer Sensitivität von ca. 90 %, um eine Depression zu diagnostizieren und einer Spezifität von 77-88 % bei Verwendung eines Cut-Off-Wertes von ≥ 10 . Kroenke et al. (2001) weisen für den englischsprachigen PHQ-9 in einer Stichprobe von 6000 Patienten eine Sensitivität und Spezifität von 88% nach.

5 Ergebnisse

In Kapitel 5.1 erfolgt die Darstellung der Studienteilnehmer. Kapitel 5.2 beschreibt die soziodemografischen und medizinischen Daten. In Kapitel 5.3 werden für Inanspruchnahme der psychosozialen Leistungen mögliche Prädiktoren untersucht. Kapitel 5.4 behandelt schließlich die multivariable Überprüfung der Hypothesen bezüglich der Prädiktoren in Form von logistischen Regressionen.

5.1 Studienteilnehmer

Im Rahmen der multizentrischen Studie erfüllten im Zeitraum 2007 bis 2010 an fünf Studienzentren insgesamt N=5889 Patienten die Einschlusskriterien. Abzüglich der Patienten, die die Teilnahme verneinten und derjenigen, die aufgrund fehlender Daten nachträglich ausgeschlossen werden mussten, wurden n=4020 Patienten (68,3%) in die Studie eingeschlossen. Ein Großteil der Studienteilnehmer wurde in der Akutversorgung erhoben.

Im Studienzentrum Würzburg erfüllten N=935 Patienten die Einschlusskriterien laut Studiendesign. Davon verneinten n=165 Patienten die Teilnahme, was 17,6% der angesprochenen Patienten entspricht. Somit konnte am Studienzentrum Würzburg bei n=770 Patienten die eigentliche Datenerhebung stattfinden.

Im Folgenden wird zuerst ein Überblick über die gewonnenen Daten des Studienzentrums Würzburg gegeben.

5.2 Stichprobe

Im folgenden werden die soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe dargestellt. Für einen Teil der Fragestellung dieser Arbeit wird im speziellen auf die Daten zurückgegriffen, die im klinischen Interview (CIDI-O) gewonnen wurden, deshalb wird die Deskription dieser Patienten (n=451) getrennt von der Gesamtzahl der Studienteilnehmer (N=770) vorgenommen. Wie in Kapitel 4 ausgeführt, erfolgte die

Zuteilung zur Interviewteilnahme aufgrund des PHQ-Scores (≥ 9) und mittels Randomisierung. Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über die Versorgungseinrichtungen, in denen die Patienten befragt wurden.

Tabelle 5-1 Versorgungsbereich, in denen die Studienteilnehmer am Studienzentrum Würzburg rekrutiert wurden

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Versorgungsbereich				
stationär	334	43,4	186	41,2
ambulant	198	25,7	101	22,4
Rehabilitation	238	30,9	164	36,4
Gesamt	770	100	451	100

5.2.1 Soziodemographische Charakteristika der Studienteilnehmer

In Tabelle 5-2 werden die soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe für die Gesamtstudienteilnehmer und die Interviewteilnehmer beschrieben.

Etwas mehr Frauen als Männer nahmen an der Studie und am klinischen Interview teil. Ein Großteil der Studienteilnehmer sind verheiratete Patienten mit Kindern. Mehr als drei Viertel der Stichprobe haben als Schulabschluss die Mittlere Reife oder einen geringeren Schulabschluss erlangt. Die Mehrzahl der Patienten absolvierten als Berufsausbildung eine Lehre, in der Minderheit sind Studienteilnehmer mit Hochschulabschluss. Das Gros der Befragten sind zur Zeit der Erhebung berufstätig oder berentet, nur ein kleinerer Teil ist ohne Beschäftigung. Die Teilnehmer am Interview stimmen hinsichtlich der soziodemografischen Daten im Wesentlichen mit der Gesamtstichprobe überein.

Tabelle 5-2 Soziodemografische Daten der Stichprobe

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Geschlecht				
männlich	363	47,1	208	46,2
weiblich	407	52,9	243	53,8
Familienstand				
ledig	91	11,8	55	12,2
verheiratet	537	69,7	303	67,6
geschieden	64	8,3	41	9,1
verwitwet	48	6,2	31	6,9
keine Angabe	30	3,9	21	4,7
Kinder				
ja	602	78,2	351	77,8
nein	141	18,3	81	18,0
fehlende Werte	27	3,5	19	4,2
Schulabschluss				
Volksschul- oder Hauptschulabschluss	395	51,3	239	53,0
Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule	207	26,9	114	25,3
Fachhochschulreife	46	6,0	26	5,8
Abitur	119	15,5	71	15,7
keine Angabe	1	0,1	1	0,2
Berufsausbildung				
Lehre	402	52,2	225	49,9
Fachschule	106	13,8	70	15,5
Fachhochschule/Ingenieurschule	32	4,2	16	3,5
Universität/ Hochschule/ Abitur	63	8,2	37	8,2
andere Berufsausbildung	52	6,8	32	6,8
keine Berufsausbildung	72	9,4	43	9,4
keine Angabe	43	5,6	28	5,6

Fortsetzung Tabelle 5-2 Soziodemografische Daten der Stichprobe

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Arbeitssituation				
berufstätig	313	40,6	187	41,5
berentet/pensioniert	310	40,3	170	37,7
arbeitslos	37	4,8	23	5,1
Hausfrau/Hausmann	55	7,1	33	7,3
in Ausbildung	4	0,5	2	0,4
keine Angabe	51	6,6	36	8,0
monatliches Nettoeinkommen				
bis unter 500€	82	10,6	47	10,4
500 € bis unter 1000 €	129	16,8	72	16,0
1000 € bis unter 2000 €	228	29,6	140	31,3
2000 € bis unter 3000 €	72	9,4	43	9,5
3000 € bis unter 4000 €	28	3,6	13	2,9
4000 € und mehr	20	2,6	11	2,4
fehlende Werte	221	27,4	125	27,7

5.2.2 Tumorlokalisationen nach Diagnosegruppen und Metastasierung

Die folgende Tabelle stellt die Diagnosegruppen der bösartigen Neubildungen der Interviewteilnehmer dar.

Die Verteilung der Tumorlokalisationen zeigt entsprechend der vorgegebenen Quoten eine Häufung bei malignen Veränderungen der Brustdrüse und der Verdauungsorgane. Die Teilnehmer am Interview stimmen hinsichtlich der Tumorlokalisation im Wesentlichen mit den Gesamtteilnehmern überein.

Tabelle 5-3 Diagnosegruppen

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Diagnosegruppe				
Brustdrüse	203	26,4	111	24,6
Verdauungsorgane	213	27,7	131	29,0
männliche Genitalorgane	77	10,0	42	9,3
Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	57	7,4	39	8,6
weibliche Genitalorgane	55	7,1	36	8,0
lymphatisches und blutbildendes Gewebe	49	6,4	29	6,4
Harnorgane	34	4,4	24	5,3
Lippe, Mundhöhle, Pharynx	21	2,7	9	2,0
Haut und Melanom	22	2,9	11	2,4
Auge, Gehirn, ZNS	12	1,6	5	1,1
mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe	6	0,8	5	1,1
andere (Restkategorie)	21	2,7	9	2,0

Tabelle 5-4 Metastasierung der Tumoren bei den Stichprobenteilnehmern

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Metastasierung				
ja	122	15,8	77	17,1
nein	490	63,6	290	64,3
nicht beurteilbar	148	19,2	82	18,2
fehlend	10	1,3	2	0,4

Der Hauptteil der Befragten befinden sich in einem nicht metastasierten Krankheitsstadium.

5.3. Inanspruchnahme

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche psychosozialen Unterstützungsangebote Krebskranke in Anspruch genommen haben und von welchen Faktoren die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten während einer Krebserkrankung abhängt. Aus Tabelle 5.5 ist die Inanspruchnahme der einzelnen Leistungen der Gesamtteilnehmer und der Interviewteilnehmer ersichtlich.

Tabelle 5.5 Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

	Gesamtteilnehmer n=770		Interviewteilnehmer n=451	
	n	%	n	%
Psychotherapie	73	10,2	49	11,6
psychologische Beratung	142	19,9	90	21,6
sozialrechtliche Beratung	155	21,8	87	20,9
seelsorgerische Unterstützung	78	10,9	48	11,5
Selbsthilfegruppen	30	4,2	20	4,8
Krebsberatungsstelle	38	5,3	23	5,5
Telefonberatung	23	3,2	16	3,9
Internetberatung	39	5,5	27	6,5
Internet-Forum	65	9,1	46	11,0
sonstige	27	5,0	14	4,4

Die Inanspruchnahme der psychosozialen Unterstützungsangebote der Interviewteilnehmer und der Gesamtteilnehmer ist ähnlich, wobei psychologische Beratung und sozialrechtliche Beratung am häufigsten genutzt wurden. Am wenigsten wurden Selbsthilfegruppen und Telefonberatung in Anspruch genommen.

5.3.1 Geschlecht und Inanspruchnahme

In Abbildung 5-1 und Tabelle 5-6 wird der Unterschied der Inanspruchnahme diverser Unterstützungsangebote hinsichtlich des Geschlechts dargestellt.

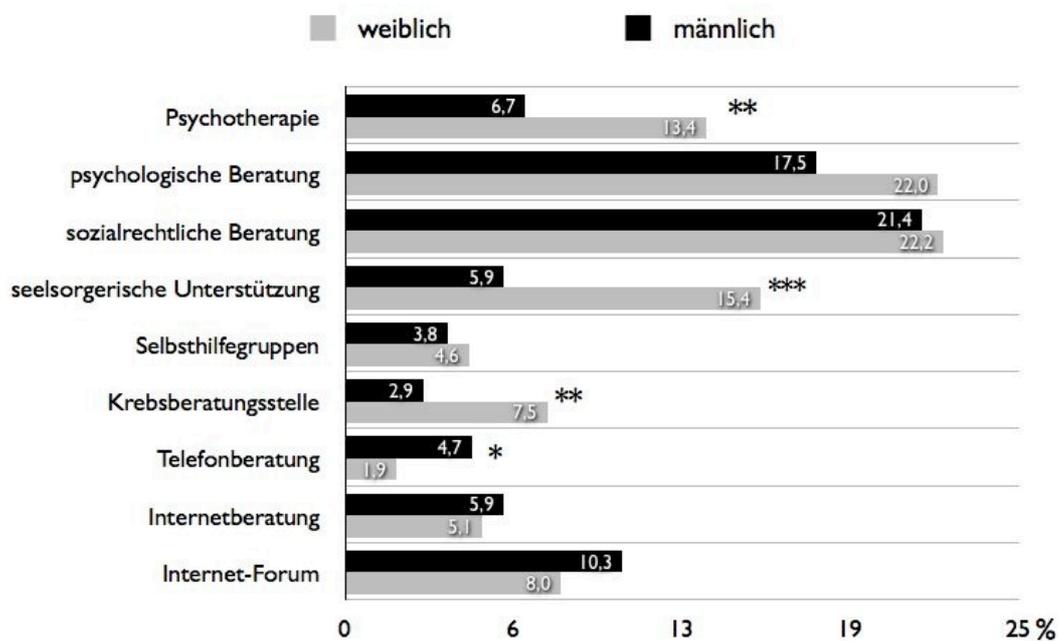


Abbildung 5-1 Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahme, * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Die Inanspruchnahme unterscheidet sich hinsichtlich des Geschlechts signifikant für die Angebote Psychotherapie, seelsorgerische Unterstützung, Telefonberatung und Krebsberatungsstelle. Männer nehmen signifikant häufiger eine Telefonberatung in Anspruch, Frauen signifikant häufiger Psychotherapie, seelsorgerische Unterstützung und Krebsberatungsstellen. So nehmen zum Beispiel doppelt so viele Frauen an psychotherapeutischen Leistungen teil als Männer.

Tabelle 5-6 Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahme (Chi²-Test)

	Männer n=269		Frauen n=374		p
	n	%	n	%	
Psychotherapie	23	6,7	50	13,4	,003
psychologische Beratung	60	17,5	82	22,0	,13
sozialrechtliche Beratung	72	21,4	83	22,2	,79
seelsorgerische Unterstützung	20	5,9	58	15,4	<,001
Selbsthilfegruppen	13	3,8	17	4,6	,63
Krebsberatungsstelle	10	2,9	28	7,5	,007
Telefonberatung	16	4,7	7	1,9	,031
Internetberatung	20	5,9	19	5,1	,63
Internet-Forum	35	10,3	30	8,0	,29

5.3.2 Psychische Störung und Inanspruchnahme

Die Fragestellung soll den Zusammenhang einer psychischen Diagnose mit der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten zeigen. Die psychischen Diagnosen wurden mittels standardisiertem klinischen Interview (CIDI-O) ermittelt. Alle Patienten, die mindestens eine psychische Diagnose nach ICD-10 erfüllen, wurden nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme der angebotenen Unterstützungsangebote untersucht.

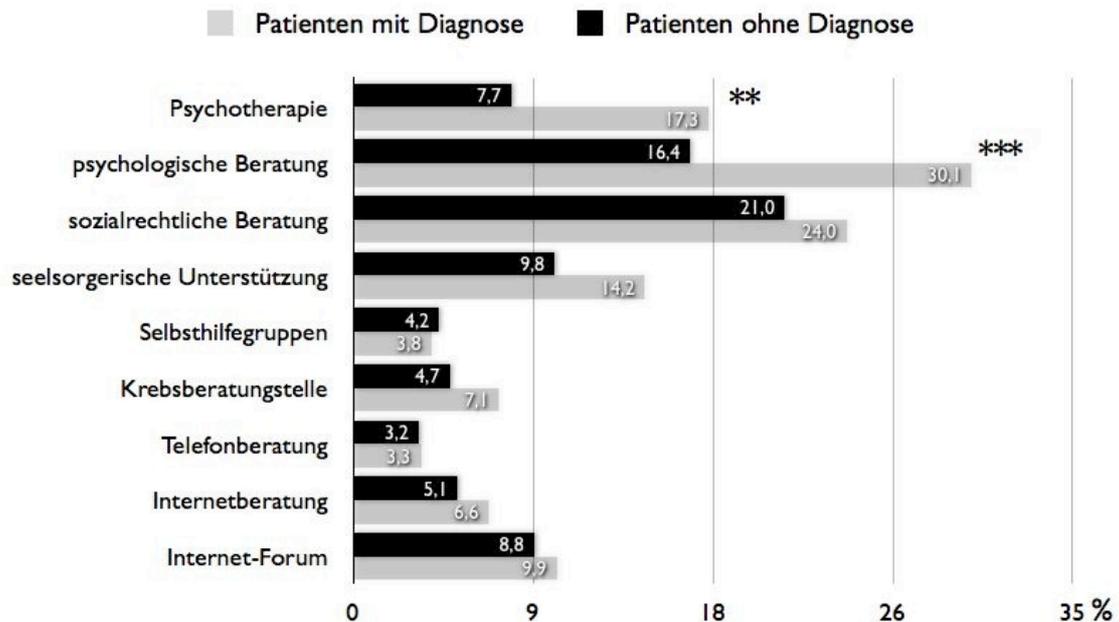


Abbildung 5-2 Vergleich der Inanspruchnahme von Patienten mit und ohne psychische Diagnose ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Tabelle 5-7 zeigt eine Gegenüberstellung der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen der Interviewteilnehmer, bei denen mindestens eine psychische Diagnose erfüllt ist, gegen die Interviewteilnehmer, auf die keine psychische Diagnose zutrifft. Die Abbildung 5-2 verdeutlicht die Unterschiede der Inanspruchnahme der zwei Patientengruppen.

Tabelle 5-7 Inanspruchnahme bei Patienten mit und ohne Diagnose einer psychischen Störung

	mit Diagnose n=185		ohne Diagnose n=236		p
	n	%	n	%	
Psychotherapie	32	17,3	17	7,2	,002
psychologische Beratung	55	30,1	35	15,0	<,001
sozialrechtliche Beratung	44	24,0	43	18,5	,18
seelsorgerische Unterstützung	26	14,2	22	9,4	,16
Selbsthilfegruppen	7	3,8	13	5,6	,44
Krebsberatungsstelle	13	7,1	10	4,3	,28
Telefonberatung	6	3,3	10	4,3	,80
Internetberatung	12	6,6	15	6,4	1
Internet-Forum	18	9,9	28	11,9	,53

Tabelle 5-7 zeigt deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme bestimmter Unterstützungsangebote mit und ohne Vorhandensein einer psychischen Diagnose. Das Ergebnis für Psychotherapie und für psychologische Beratung ist signifikant. Demnach nutzen Patienten mit einer psychischen Diagnose signifikant häufiger Psychotherapie und psychologische Beratung als Patienten ohne psychische Diagnose.

5.3.3 Grundeinstellung und Inanspruchnahme

Es soll untersucht werden, wie die Grundeinstellung zu psychosozialen Unterstützungsangeboten mit deren Inanspruchnahme zusammenhängt. Es fand eine Einteilung der Patienten hinsichtlich der von den Patienten angegebenen Grundeinstellung (Skala 0-10) in drei Gruppen statt:

- Gruppe 1: 0-3 = negative Grundeinstellung
 Gruppe 2: >3-6 = neutrale Grundeinstellung
 Gruppe 3: >6-10 = positive Grundeinstellung

Tabelle 5-8 und Abbildung 5-3 zeigen die unterschiedliche Inanspruchnahme der einzelnen Unterstützungsangebote bei negativer, neutraler und positiver Einstellung.

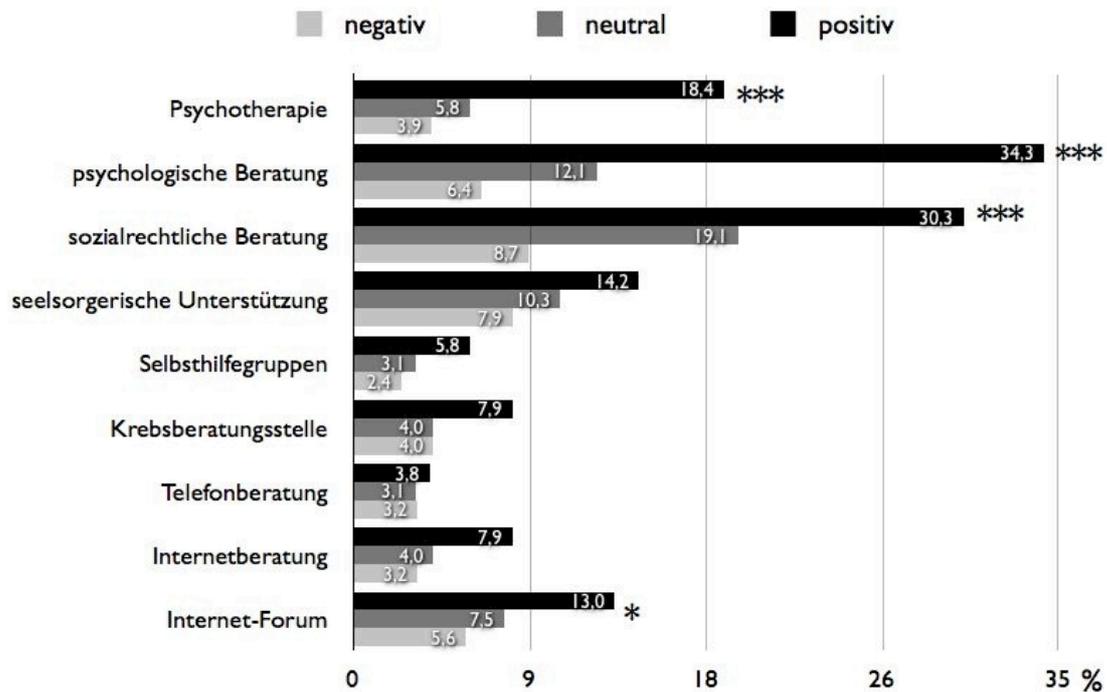


Abbildung 5-3 Inanspruchnahme bei unterschiedlicher Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung * $p < ,05$; *** $p < ,001$

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Grundeinstellung zu psychosozialen Unterstützungsangeboten und der Inanspruchnahme von

Psychotherapie, psychologischer Beratung, Internet-Forum und sozialrechtlicher Beratung. Je positiver die Grundeinstellung, desto stärker werden die Angebote in Anspruch genommen. Zum Beispiel nehmen Patienten mit positiver Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung eine psychologische Beratung mehr als fünf mal häufiger in Anspruch als Patienten mit negativer Grundeinstellung hierzu.

Tabelle 5-8 Inanspruchnahme bei unterschiedlicher Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung

	Grundeinstellung n=609						
	negativ n=57		neutral n=155		positiv n=397		p
	n	%	n	%	n	%	
Psychotherapie	5	3,9	13	5,8	54	18,4	<,001
psychologische Beratung	8	6,4	27	12,1	101	34,2	<,001
sozialrechtliche Beratung	11	8,7	43	19,1	88	30,3	<,001
seelsorgerische Unterstützung	10	7,9	23	10,3	42	14,2	,13
Selbsthilfegruppe	3	2,4	7	3,1	17	5,8	,17
Krebsberatungsstelle	5	4,0	9	4,0	23	7,9	,11
Telefonberatung	4	3,2	7	3,1	11	3,8	,91
Internetberatung	4	3,2	9	4,0	23	7,9	,07
Internet-Forum	7	5,6	17	7,5	38	13,0	,026

5.3.4 Inanspruchnahme von Patienten, die bereits vor ihrer Erkrankung Angebote zur psychosozialen Unterstützung in Anspruch genommen haben

Es soll geprüft werden, ob Patienten, die vor ihrer aktuellen Krebserkrankung schon psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, dies im Vergleich zu Patienten, die diesbezüglich noch keine Erfahrungen haben, auch während der Krebserkrankung häufiger Hilfe in Anspruch nehmen. Hierfür folgt eine

Gegenüberstellung der zwei Patientengruppen in Bezug auf die Inanspruchnahme der diversen Unterstützungsmöglichkeiten.

Bei fünf Unterstützungsangeboten (Psychotherapie, psychologische Beratung, sozialrechtliche Beratung, Krebsberatungsstelle, seelsorgerische Unterstützung) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Patientengruppe, die bereits Erfahrung mit psychosozialer Unterstützung hat, und der Gruppe, die vor der Erkrankung noch keine Angebote in Anspruch genommen hat. Patienten, die schon vor der Krebserkrankung psychosoziale Angebote in Anspruch genommen haben, nutzen Psychotherapie, psychologische Beratung, sozialrechtliche Beratung, seelsorgerische Unterstützung und Krebsberatungsstellen auch während der Krebserkrankung signifikant häufiger.

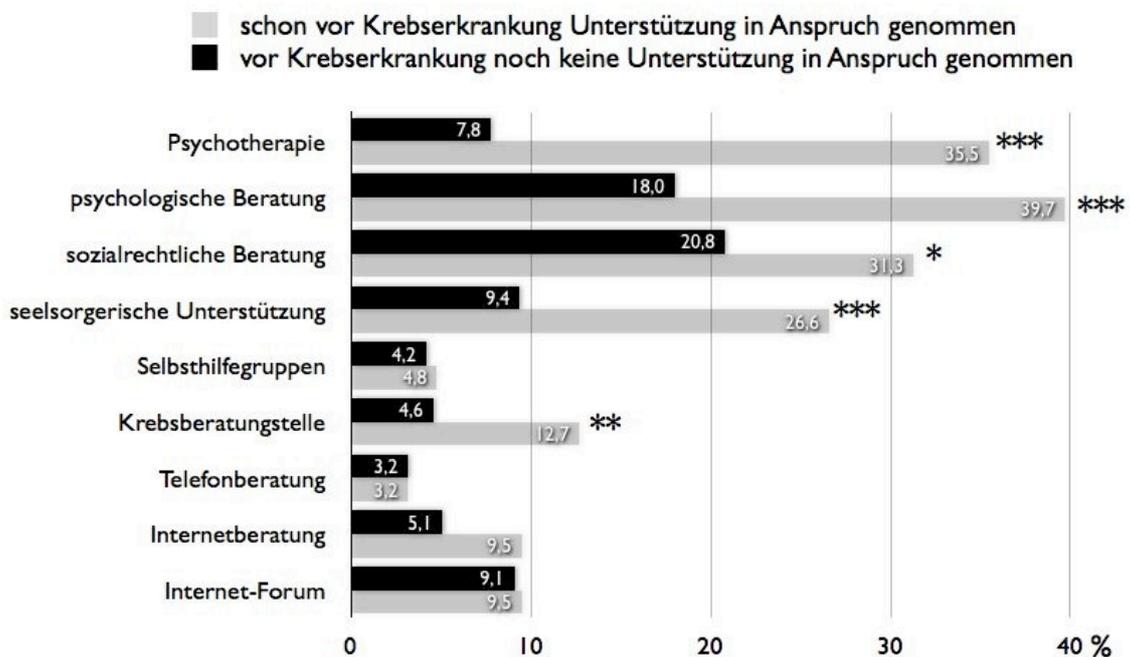


Abbildung 5-4 Inanspruchnahme von Patienten, die vor der Erkrankung Unterstützung in Anspruch genommen haben, und denen, die vor der Erkrankung noch keine Unterstützung in Anspruch genommen haben * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Tabelle 5-9 Inanspruchnahme und Vorerfahrung mit psychosozialer Unterstützung

	schon vor Krebserkrankung Unterstützung in Anspruch genommen n=109		vor Krebserkrankung noch keine Unterstützung in Anspruch genommen n=533		p
	n	%	n	%	
Psychotherapie	22	35,5	51	7,8	<,001
psychologische Beratung	25	39,7	117	18,0	<,001
sozialrechtliche Beratung	20	31,3	134	20,8	,05
seelsorgerische Unterstützung	17	26,6	61	9,4	<,001
Selbsthilfegruppe	3	4,8	27	4,2	,83
Krebsberatungsstelle	8	12,7	30	4,6	,007
Telefonberatung	2	3,3	21	3,2	1,0
Internet-Beratung	6	9,5	33	5,1	,14
Internet-Forum	6	9,5	59	9,1	,90

Deskriptiv zeigt sich bei allen Unterstützungsangeboten eine häufigere Inanspruchnahme der Patienten mit Erfahrung auf diesem Gebiet.

5.3.5 Depressivität und Inanspruchnahme

Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der Depressivität, erhoben durch den PHQ-Score, und der Inanspruchnahme. Für die Auswertung wurden die Interviewteilnehmer entsprechend ihres PHQ-Scores in zwei Gruppen unterteilt:

PHQ-Score 0-8

PHQ-Score 9-27

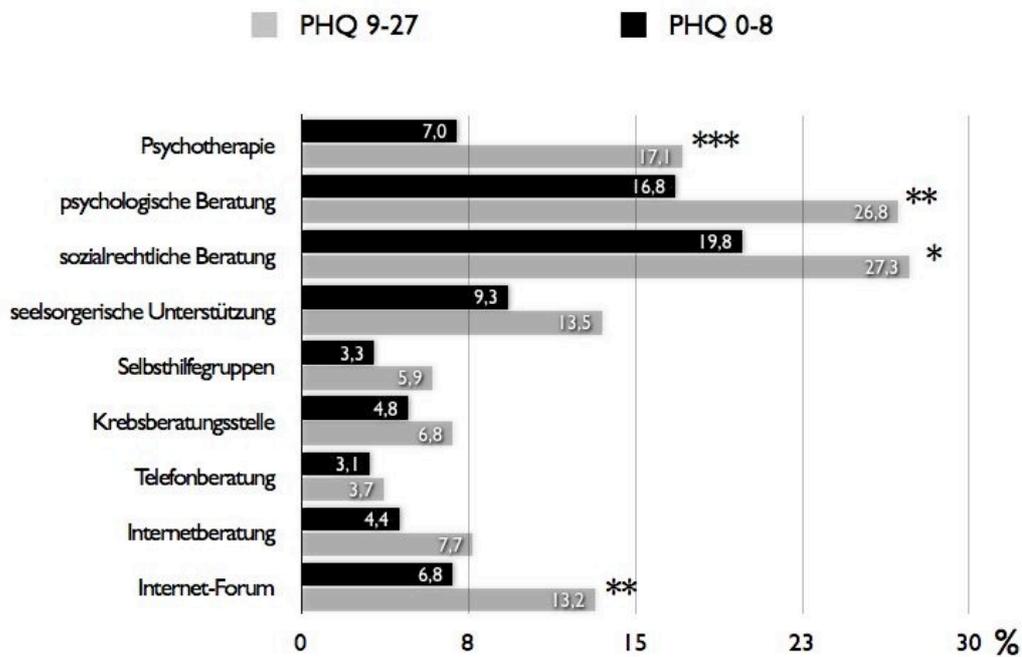


Abbildung 5-5 Inanspruchnahme je nach PHQ-Score *p <,05 ; **p <,01 ;***p<,001

Aus Tabelle 5-10 ist ersichtlich, dass die Depressivität einen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote hat. So nutzen Patienten mit einem PHQ ≥ 9 psychologische Beratung, sozialrechtliche Beratung und Internetforen signifikant häufiger als Patienten mit einem PHQ < 9.

Tabelle 5-10 Inanspruchnahme je nach PHQ-Score

	PHQ 0-8 n=364		PHQ 9-27 n=269		p
	n	%	n	%	
Psychotherapie	34	17,0	38	17,1	<,001
psychologische Beratung	81	16,8	59	26,8	,002
sozialrechtliche Beratung	95	19,8	60	27,3	,027
seelsorgerische Unterstützung	45	9,3	30	13,5	,10
Selbsthilfegruppe	17	3,5	13	5,9	,16
Krebsberatungsstelle	23	4,8	15	6,8	,27
Telefonberatung	15	3,1	8	3,7	,71
Internetberatung	21	4,4	17	7,7	,07
Internetforum	33	6,8	29	13,2	,006

5.3.6 Nebenfragestellung

Welche Gründe geben Patienten für eine Nicht-Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote an? Mittels des Fragebogens zur Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten hatten Patienten die Möglichkeit, den Grund für eine eventuelle Nicht-Inanspruchnahme anzugeben. In Tabelle 5-12 ist die prozentuale Verteilung der Gründe angegeben.

Aus Tabelle 5-12 ist ersichtlich, dass fast jeder zweite Patient als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote angibt, keine Hilfe zu benötigen. Immerhin fast jeder fünfte Patient gibt an, nicht zu wissen, an wen man sich diesbezüglich wenden könne.

Tabelle 5-12 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten

Gründe für Nicht-Inanspruchnahme	Gesamtteilnehmer n=693	
	n	%
Ich brauche keine Unterstützung	330	47,6
Ich weiß nicht, an wen ich mich wenden soll	130	18,8
Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt	98	14,2
sonstige	99	14,3

Tabelle 5-13 zeigt, wie sich die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen unterscheiden.

Tabelle 5-13 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Männern und Frauen

Gründe für Nicht-Inanspruchnahme	Männer n=330		Frauen n=363		p
	n	%	n	%	
Ich brauche keine Unterstützung	171	51,8	159	43,8	,035
Ich weiss nicht, an wen ich mich wenden soll	68	20,6	62	17,1	,24
Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt	44	13,4	54	14,9	,57
sonstige	45	13,6	54	14,9	,65

Mehr Männer als Frauen geben als Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten an, keine Hilfe zu benötigen.

Betrachtet man die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme, bleibt festzuhalten, dass

viele Patienten angeben, keine Hilfe zu benötigen. Außerdem existiert anscheinend ein Informationsdefizit. Fast jeder dritte Patient, der keine Hilfe in Anspruch genommen hat, wusste entweder nicht, an wen er sich wenden sollte, oder dass es überhaupt Unterstützungsangebote gibt.

5.4 Multivariable Analysen

Um die Frage zu beantworten, mit welchen Variablen die Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen zusammenhängt, wurden 4 Gruppen von Inanspruchnahme gebildet: (1) Inanspruchnahme irgend eines Angebotes, (2) psychotherapeutisch orientierte Hilfen, (3) Beratungsangebote und (4) Angebote ohne direkten Personenkontakt. Die Gruppe der psychotherapeutisch orientierten Hilfen (2) umfasst Psychotherapie, psychologische Beratung und die Unterstützung durch eine Krebsberatungsstelle. Bei diesen Angeboten handelt es sich also um professionelle Hilfeangebote, die nur im persönlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut/Berater möglich sind. Die Gruppe der allgemeinen Beratungsangebote befasst sich neben der psychischen Belastung als Folge der Krebserkrankung auch mit ganz alltäglichen Fragen wie Rentenansprüchen und Berufsunfähigkeit. Folgende Leistungen wurden hier zusammengefasst: sozialrechtliche Beratung, seelsorgerische Unterstützung, Selbsthilfegruppen und sonstige Angebote. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die meist auch nicht gänzlich ohne den persönlichen Kontakt ablaufen können, also auch den Augenkontakt zwischen Patient und Berater bedingen. Im Gegensatz hierzu stehen die Unterstützungsangebote Telefonberatung, Internetberatung und Internet-Forum (4). Hier können sich betroffene Patienten mehr oder weniger anonym informieren oder austauschen. Diese Leistungen sind also ohne viel Aufwand von zu Hause aus durchführbar.

Neben der Gruppe derjenigen, die irgendein Angebot in Anspruch genommen haben, wird auch für jede der drei unterteilten Gruppen eine logistische Regression gerechnet. Diese vier logistischen Regressionen modellieren die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Angebot in Anspruch genommen wird, in Abhängigkeit von verschiedenen anderen Variablen. Diese Variablen sind ebenfalls in Gruppen aufgeteilt: soziodemographische Variablen, medizinische Parameter, Ort bzw. Art der Behandlungseinrichtung, Grad der psychischen Belastung und die Einstellung zu psychosozialer Beratung. Diese Gruppen von Variablen wurden jeweils als Block in die Analyse aufgenommen. Block 1 beinhaltet die Prädiktoren Geschlecht, Alter und Bildung, Block 2 die aktuelle psychische Störung nach CIDI-Diagnose und den

Prädiktor Metastasierung. Block 3 prüft den Zusammenhang mit dem PHQ-Score und Block 4 beinhaltet die Prädiktoren Setting (Reha, stationär, ambulant) und Behandlungseinrichtung (Kliniken). Innerhalb jedes Blocks wurden die jeweils signifikanten Prädiktoren beibehalten (forward selection). Aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit bleibt der Prädiktor Geschlecht in allen Schritten Teil der Analyse.

5.4.1 Inanspruchnahme irgendeines Unterstützungsangebotes

Die folgende Auswertung in Form einer logistischen Regression soll zeigen, von welchen Faktoren die Inanspruchnahme irgendeines Unterstützungsangebotes abhängt.

Tabelle 5-14 Ergebnisse der logistischen Regression für die Inanspruchnahme irgendeines der Unterstützungsangebote.

	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	R ²	p Δ X ²
Schritt 1							,01	
Geschlecht (m)	-,406	,208	3,799	1	,051	,667		
Schritt 2							,04	<,01
Geschlecht (m)	-,275	,214	1,645	1	,200	,759		
Psych. Störung (ja)	,784	,256	9,404	1	,002	2,191		
Schritt 3							,08	<,01
Geschlecht (m)	-,230	,218	1,118	1	,290	,794		
Psych. Störung (ja)	,599	,265	5,119	1	,024	1,821		
PHQ Depression	,073	,024	8,930	1	,003	1,075		
Schritt 4							,15	<,001
Geschlecht (m)	-,229	,225	1,043	1	,307	,795		
Psych. Störung (ja)	,519	,272	3,624	1	,057	1,680		
PHQ Depression	,076	,029	9,004	1	,003	1,079		
Grundeinstellung	,190	,041	21,041	1	<,001	1,209		

Aus Tabelle 5-14 ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote mit mehreren Faktoren zusammenhängt: Personen mit einer positiveren Grundeinstellung nehmen häufiger Angebote wahr, ebenso Personen mit

einem höheren Grad an depressiver Symptomatik. Tendenziell gilt dies auch für Personen, die aktuell an einer psychischen Störung leiden.

Ein signifikanter Geschlechterunterschied in der Häufigkeit der Inanspruchnahme konnte nicht gezeigt werden. Des Weiteren war kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und soziodemografischen Daten (z.B. Alter, Bildungsstand, etc.) feststellbar.

Hypothese 1 kann somit nicht gestützt werden, ein signifikanter Geschlechterunterschied ist nicht vorhanden.

Hypothese 2 wird tendenziell bestätigt, es besteht ein nahezu signifikantes Ergebnis zwischen der Inanspruchnahme und einer psychischen Diagnose.

Hypothese 3 wird bestätigt, ein höherer Depressivitätswert im PHQ hängt signifikant mit der vermehrten Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen zusammen.

Hypothese 4 wird bestätigt, das Ergebnis ist hochsignifikant und zeigt einen Zusammenhang zwischen der positiven Grundeinstellung und der vermehrten Inanspruchnahme der Leistungen.

5.4.2 Inanspruchnahme von psychotherapeutisch orientierten Unterstützungsangeboten

Diese logistische Regression wertet aus, von welchen Faktoren die Inanspruchnahme psychotherapeutisch orientierter Leistungen abhängt. Die Gruppe der psychotherapeutisch orientierten Hilfen umfasst Psychotherapie, psychologische Beratung und die Unterstützung durch eine Krebsberatungsstelle.

Aus Tabelle 5-15 ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme von professionellen, psychotherapeutisch orientierten Angeboten von mehreren Faktoren abhängt. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depressivität (PHQ-Score) und der Inanspruchnahme von psychotherapeutisch orientierten Leistungen. Ebenso hängt die Grundeinstellung signifikant mit der Inanspruchnahme von Leistungen zusammen.

Tabelle 5-15 Ergebnisse der logistischen Regression für die Inanspruchnahme von psychotherapeutisch orientierten Unterstützungsangeboten

	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	R ²	p Δ X ²
Schritt 1							,007	>,05
Geschlecht (m)	-,313	,231	1,837	1	,175	,731		
Schritt 2							,037	<,01
Geschlecht (m)	-,176	,239	,545	1	,460	,838		
Psych. Störung (ja)	,735	,259	8,047	1	,005	2,084		
Schritt 3							,066	<,05
Geschlecht (m)	-,132	,242	,300	1	,584	,876		
Psych. Störung (ja)	,553	,268	4,241	1	,039	1,738		
PHQ Depression	,649	,234	7,708	1	,005	1,915		
Schritt 4							,162	<,001
Geschlecht (m)	-,131	,250	,275	1	,600	,877		
Psych. Störung (ja)	,474	,280	2,874	1	,090	1,607		
PHQ Depression	,655	,244	7,214	1	,007	1,925		
Grundeinstellung	,240	,049	24,229	1	<,001	1,272		

Demnach kann Hypothese 1 für die Gruppe der psychotherapeutisch orientierten Angebote nicht bestätigt werden. Es besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied. Hypothese 2 wird durch ein nahezu signifikantes Ergebnis tendenziell bestätigt, demnach besteht ein tendentieller Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und dem Vorliegen einer psychischen Diagnose.

Ebenso wird Hypothese 3 bestätigt, es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der aktuellen psychischen Belastung durch Depressivität und der Inanspruchnahme der Leistungen. Je höher die Belastung, umso mehr werden die Angebote genutzt.

Hypothese 4 wird durch ein hoch signifikantes Ergebnis bestätigt, es besteht ein Zusammenhang zwischen der positiveren Grundeinstellung und der vermehrten Inanspruchnahme psychotherapeutisch orientierter Leistungen.

5.4.3 Inanspruchnahme allgemeiner Beratungsangebote: sozialrechtlicher Beratung, seelsorgerischer Unterstützung und Selbsthilfegruppen

Es wurde eine logistische Regression für die Gruppe der allgemeinen Beratungsangebote gerechnet, in der folgende Leistungen zusammengefasst sind: sozialrechtliche Beratung, seelsorgerische Unterstützung, Selbsthilfegruppen und sonstige Angebote. Die Auswertung soll zeigen, von welchen Faktoren die Inanspruchnahme abhängt.

Tabelle 5-16 Ergebnisse der logistischen Regression für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der sozialrechtlichen Beratung, der seelsorgerischen Unterstützung und der Selbsthilfegruppen

	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	R^2	$\Delta \chi^2$
Schritt 1							,011	>,10
Geschlecht (m)	-,386	,226	2,932	1	,087	,680		
Schritt 2							,055	<,01
Geschlecht (m)	-,476	,235	4,104	1	,043	,621		
Bildung			11,858	3	,008			
Bildung (1)	-,591	,326	3,286	1	,070	,554		
Bildung (2)	-,552	,361	2,339	1	,126	,576		
Bildung (3)	,851	,521	2,669	1	,102	2,343		
Schritt 3							,092	<,001
Geschlecht (m)	-,377	,239	2,487	1	,115	,686		
Bildung			9,449	3	,024			
Bildung (1)	-,581	,331	3,076	1	,079	,559		
Bildung (2)	-,481	,366	1,729	1	,188	,618		
Bildung(3)	,717	,529	1,836	1	,175	2,048		
PHQ Depression	,719	,228	9,935	1	,002	2,052		
Schritt 4							,109	<,05
Geschlecht (m)	-,365	,241	2,304	1	,129	,694		
Bildung			8,474	3	,037			
Bildung (1)	-,525	,335	2,459	1	,117	,592		
Bildung (2)	-,419	,369	1,289	1	,256	,657		
Bildung(3)	,739	,532	1,924	1	,165	2,093		
PHQ Depression	,716	,230	9,669	1	,002	2,046		
Grundeinstellung	,095	,043	4,854	1	,028	1,100		

Tabelle 5-16 zeigt die Faktoren, die einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von sozialrechtlicher und seelsorgerischer Unterstützung sowie mit dem Angebot der Selbsthilfegruppen haben. Die Depressivität (PHQ-Score) und die Grundeinstellung der Patienten zeigen einen signifikanten Einfluss. Außerdem wird gezeigt, dass die Bildung mit der Inanspruchnahme der Angebote zusammenhängt. Je niedriger die Schulbildung, desto geringer fällt auch die Inanspruchnahme der Leistungen aus. Für das Geschlecht kann kein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden.

Hypothese 1 wird durch ein nicht signifikantes Ergebnis widerlegt, es kann kein signifikanter Geschlechterunterschied in der Inanspruchnahme gezeigt werden.

Ebenso kann Hypothese 2 durch ein nicht signifikantes Resultat nicht bestätigt werden, demnach steht die Inanspruchnahme nicht in signifikantem Zusammenhang zum Vorliegen einer psychischen Diagnose.

Hypothese 3 wird bestätigt, es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem höheren Grad an aktueller psychischer Belastung durch Depressivität und der vermehrten Inanspruchnahme der allgemeinen Beratungsangebote.

Hypothese 4 wird bestätigt, es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer positiveren Grundeinstellung und der vermehrten Nutzung der allgemeinen Beratungsangebote.

5.4.4 Inanspruchnahme unpersönlicher Unterstützungsangebote: Telefonberatung durch Experten, Internetberatung durch Experten, Internet-Forum mit Betroffenen

Die vierte logistische Regression untersucht die Inanspruchnahme unpersönlicher Unterstützungsangebote. Die Auswertung soll zeigen, von welchen Faktoren die Inanspruchnahme einer Telefonberatung oder Internetberatung durch Experten und dem Nutzen eines Internet-Forums mit Betroffenen abhängt.

Tabelle 5-17 Ergebnisse der logistischen Regression für die Inanspruchnahme von unpersönlichen Unterstützungsangeboten (Erhebungseinrichtung: Vergleichspunkt = Reha Bad Kissingen; 1=Reha Bad Mergentheim, 2=Reha Bad Oexen, 3=ambulante Praxis Dr. Schlag, 4=akut/ambulante Unikliniken Würzburg; Setting: Vergleichspunkt akut Unikliniken, 1=ambulante Unikliniken und Praxis Dr. Schlag, 2=erscheint nicht in der Tabelle, da die Reha-Kliniken durch "Erhebungseinrichtung" bereits vollständig erfasst wurden)

	B	SE	Wald	df	p	Exp(B)	R ²	p Δ	χ ²
Schritt 1							,015		
Geschlecht (m)	,526	,290	3,300	1	,069	1,692			
Schritt 2							,038	<,05	
Geschlecht (m)	,636	,296	4,627	1	,031	1,890			
Alter	-,030	,013	4,993	1	,025	,971			
Schritt 3							,063	<,05	
Geschlecht (m)	,781	,307	6,485	1	,011	2,184			
Alter	-,025	,013	3,534	1	,060	,975			
psychische Störung (ja)	,775	,324	5,725	1	,235	,398			
Schritt 4 (1)							,110	<,05	
Geschlecht (m)	,817	,317	6,662	1	,010	2,264			
Alter	-,028	,014	3,878	1	,049	,972			
psychische Störung (ja)	,734	,334	4,802	1	,028	2,078			
Erhebungseinrichtung			11,124	4	,025				
Erhebungseinrichtung (1)	-1,315	,619	4,522	1	,033	,268			
Erhebungseinrichtung (2)	-,449	,517	,754	1	,385	,638			
Erhebungseinrichtung (3)	-,364	,693	,275	1	,600	,695			
Erhebungseinrichtung (4)	-1,219	,430	8,051	1	,005	,296			
Schritt 4 (2)							,137	<,01	
Geschlecht (m)	,811	,319	6,446	1	,011	2,250			
Alter	-,032	,014	4,913	1	,027	,969			
psychische Störung (ja)	,747	,335	4,976	1	,026	2,111			
Setting			4,671	1	,031				
Setting (1)	-1,392	,644	4,671	1	,031	,248			
Erhebungseinrichtung			12,144	4	,016				
Erhebungseinrichtung (1)	-1,305	,620	4,425	1	,035	,271			
Erhebungseinrichtung (2)	-,944	,440	4,603	1	,032	,389			
Erhebungseinrichtung (3)	1,003	,941	1,135	1	,287	2,727			
Erhebungseinrichtung (4)	,318	,877	,131	1	,717	1,374			

Tabelle 5-17 zeigt, dass die Inanspruchnahme von unpersönlichen Unterstützungsangeboten von mehreren Faktoren abhängt. Das Alter spielt hier eine Rolle. Je jünger die Patienten, desto häufiger werden die Leistungen wahrgenommen. Patienten, bei denen aktuell eine psychische Störung vorliegt, nehmen die Angebote in etwa doppelt so häufig wahr wie Patienten ohne psychische Diagnose. Die Depressivität (PHQ-Score) spielt keine signifikante Rolle. Es besteht jedoch ein Unterschied im Setting. Die ambulant versorgten Patienten nehmen weniger häufig die unpersönlichen Unterstützungsangebote in Anspruch als Patienten der Akutversorgung. Außerdem ist ersichtlich, dass Patienten aus der Rehabilitationsklinik Bad Mergentheim und aus den Unikliniken weniger die unpersönlichen Angebote in Anspruch nehmen als Patienten aus Bad Kissingen.

Hypothese 1 kann für die Gruppe der unpersönlichen Leistungen nicht bestätigt werden, es kann kein signifikanter Geschlechterunterschied gezeigt werden.

Hypothese 2 wird bestätigt. Bei Vorhandensein einer psychischen Störung ist eine vermehrte Inanspruchnahme der Leistungen zu beobachten.

Hypothese 3 kann nicht bestätigt werden. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depressivität (PHQ-Score) und der Inanspruchnahme unpersönlicher Leistungen.

Hypothese 4 wird nicht bestätigt, die Grundeinstellung zu psychosozialen Angeboten hängt nicht signifikant mit der Inanspruchnahme von unpersönlichen Leistungen zusammen.

6 Diskussion

Hauptzielsetzung der Studie, aus der die hier analysierten Daten stammen, war die Erfassung der Prävalenz psychischer Belastungen und Störungen, sowie des Behandlungsbedarfs bei Krebspatienten.

In der vorliegenden Arbeit sollte die Frage erörtert werden, mit welchen Faktoren die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten zusammenhängt. Insbesondere sollte dem Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Inanspruchnahme von Leistungen nachgegangen werden. Des Weiteren wurde der Zusammenhang der Inanspruchnahme mit diversen anderen Faktoren untersucht: psychische Belastung, psychische Störung, Grundeinstellung gegenüber psychosozialen Unterstützungsangeboten, Alter, Bildung und Inanspruchnahme von psychosozialen Leistungen vor der aktuellen Erkrankung. Hierfür wurden die möglichen Prädiktoren Schritt für Schritt in die logistische Regression eingebracht und nur die signifikanten Variablen beibehalten.

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse der Analysen diskutiert. Die Gliederung der Diskussion orientiert sich an den einzelnen Hypothesen aus Kapitel 3.

6.1 Inanspruchnahme und Geschlecht

Für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sind für die angebotenen Leistungen unterschiedliche Ergebnisse zu vermerken. Die Hypothese, Frauen nutzen Angebote häufiger als Männer, stützt sich u.a. auf folgende Literaturangaben:

Nach Weis et al. (1993) lassen Frauen eher Gefühle wie Unsicherheit und Angst zu und sind daher tendenziell offener gegenüber Hilfeangeboten.

Steginga et al. (2008) und Sanson-Fisher et al. (2000) zeigen in ihren Untersuchungen ein erhöhtes Bedürfnis oder eine erhöhte Teilnahme von Frauen an Angeboten. Hingegen zeigen andere Studien (Eakin u. Stryker, 2001; Brix et al., 2008; Raabe u. Braun, 2002; Worden u. Weisman, 1980) keinen signifikanten Einfluss des Geschlechts auf die Inanspruchnahme.

Insgesamt ist also festzuhalten, dass die Studienlage recht heterogen erscheint.

Betrachtet man die univariaten Ergebnisse der hier vorliegenden Stichprobe, ist ebenfalls anzunehmen, dass es einen Geschlechterunterschied in der Inanspruchnahme gibt. Die Angebote Psychotherapie, seelsorgerische Unterstützung und Krebsberatungsstelle wurden signifikant häufiger von Frauen genutzt. Männer nutzten signifikant häufiger Telefonberatung (vgl. Kap. 5.3.1).

Die logistischen Regressionen bringen jedoch hervor, dass für die einzelnen Leistungen andere Einflussfaktoren wie die aktuelle psychische Belastung, die Grundeinstellung zu psychosozialen Angeboten oder das Alter die eigentliche Rolle spielen und den signifikanten Unterschied zwischen Inanspruchnahme und Nicht-Inanspruchnahme ausmachen.

Lediglich bei der Inanspruchnahme unpersönlicher Angebote zeigt sich auch multivariabel ein Geschlechtseffekt. Die höhere Technikaffinität der Männer kann ein Grund dafür sein, dass unpersönliche Angebote (Internet-Beratung, Telefonberatung und Internet-Forum) signifikant häufiger von Männern genutzt werden. Bei diesen Leistungen ist die Möglichkeit gegeben, mehr oder weniger anonym Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein persönliches Gespräch unter vier Augen oder die Initiative, aktiv nach Hilfe zu suchen und einen Therapeuten oder Berater persönlich zu kontaktieren, kann hier weitestgehend umgangen werden. Addis und Mahalik (2003) stellen in ihrer Arbeit "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking" das Verhalten von Männern in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe dar. Demnach lehnen Männer eigentlich benötigte professionelle Hilfe konsequent ab. Außerdem nehmen Männer bei Problemen wie Drogenmissbrauch, Depressionen, körperlichen Behinderungen und belastenden Lebensereignissen weniger häufig professionelle Hilfe wahr. Dies könnten u.a. Gründe dafür sein, warum Männer, wenn sie schon über ihren Schatten springen und Hilfe in Anspruch nehmen, dies vorerst unter anonymen Bedingungen tun.

6.2 Inanspruchnahme und psychische Störung

Es wurde die Hypothese aufgestellt, eine aktuelle psychische Störung hänge mit der Inanspruchnahme von Leistungen zusammen, und zwar insofern, als Patienten, bei

denen aktuell die Diagnose einer psychischen Störung vorliegt, auch häufiger Angebote in Anspruch nehmen.

Zahlreiche Studien untersuchten die Prävalenz psychischer Störungen bei Krebskranken. Die Studienlage ist recht heterogen und die Ergebnisse reichen von einer stark erhöhten Prävalenz bei Krebskranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bis zu geringen Unterschieden in der Prävalenz psychischer Störungen. Hypothese 2 stützt sich darauf, dass eine psychische Störung mit der erhöhten psychischen Belastung auch zu einer Behandlungsnotwendigkeit führt, die Patienten dazu veranlasst, Hilfe zu suchen.

Diverse Untersuchungen (Steginga et al., 2008; Plass u. Koch, 2001; Söllner et al., 1996) zeigen den Einfluss einer höheren psychischen Belastung auf die vermehrte Inanspruchnahme der Leistungen bzw. das erhöhte Bedürfnis nach Hilfeangeboten.

Die in Kapitel 5.3.2 aufgeführten univariaten Auswertungen zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychischen Störung und der häufigeren Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychologischer Beratung.

Die in Kapitel 5.4 ausgeführten multivariablen Analysen ergeben für die Gruppe jener, die irgendeine der angebotenen Leistungen in Anspruch genommen haben, ein nahezu signifikantes Ergebnis und für die Gruppe der unpersönlichen Angebote ein hochsignifikantes Ergebnis. Folglich kann man zumindest für die Gruppe der unpersönlichen Leistungen von einem Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und dem Vorliegen einer psychischen Störung sprechen. Patienten, die an einer psychischen Störung leiden, nehmen allerdings nach Kontrolle der aktuellen psychischen Belastung in der multivariablen Analyse psychotherapeutisch orientierte Angebote und Beratungsstellen nicht häufiger in Anspruch als Patienten ohne psychische Störung.

Für die Inanspruchnahme scheint die aktuellen Belastung durch Depressivität ausschlaggebender zu sein als die Diagnose einer psychischen Störung.

Newell (2002) beschreibt die Diskrepanz zwischen der Behandlungsnotwendigkeit und denjenigen, die tatsächlich psychoonkologische Unterstützung erfahren. Er geht hier von nur 10 % der tatsächlich Unterstützungsbedürftigen aus, die als Folge auch eine Leistung erhalten.

Neben den Patienten, die angeben, nicht zu wissen, dass es psychosoziale Unterstützungsangebote gibt (vgl. Kap. 5.3.6), ist ein weiterer Ansatzpunkt für die Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit und der Durchführung einer psychosozialen Unterstützung das Herausfiltern der Betreuungsbedürftigen durch geeignete Diagnostik. Wie in Kap. 2.4.2 ausgeführt, gibt es diverse Schwierigkeiten in der Diagnose von psychischen Störungen, die, wenn man die Datenlage der vorliegenden Studie betrachtet, immer noch bestehen.

6.3 Inanspruchnahme und psychische Belastung

Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass Patienten mit einer erhöhten psychischen Belastung Angebote zur psychosozialen Unterstützung häufiger in Anspruch nehmen als Patienten mit geringerer psychischer Belastung.

Steginga et al. (2008), Plass und Koch (2001) und Söllner et al. (1996) zeigen einen systematischen Einfluss einer höheren psychischen Belastung auf ein erhöhtes Bedürfnis nach Unterstützungsangeboten oder die Teilnahme an solchen. Diese Ergebnisse werden in der vorliegenden Arbeit bestätigt, mit der Einschränkung, dass die Inanspruchnahme unpersönlicher Angebote (vgl. Kap. 5.4.4) in keinem signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Belastung steht. D.h. professionelle Hilfe in Form von psychotherapeutisch orientierten Leistungen kommt auch vermehrt denen zugute, die aktuell eine erhöhte psychische Belastung aufweisen. Das Nutzen von Internetportalen o.ä. steht in keinem Zusammenhang mit der psychischen Belastung und wird von Patienten mit und ohne erhöhte psychische Belastung gleichermaßen genutzt. Zwei mögliche Erklärungen können ursächlich für die erhöhte Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen durch Patienten mit einer erhöhten psychischen Belastung sein: Die erhöhte psychische Belastung kann den Patienten dazu veranlassen, selbst aktiv nach Hilfeangeboten zu suchen. Eine andere Erklärung kann sein, dass hauptsächlich den Patienten, die einen erhöhten Depressionswert haben, professionelle Leistungen auch aktiv angeboten werden. Die erhöhte psychische Belastung kann auch den Effekt der Diagnose einer psychischen Störung auf die Inanspruchnahme vermitteln, so dass die psychische Störung bei Kontrolle der psychischen Belastung keinen Effekt mehr

ausübt.

6.4 Inanspruchnahme und Grundeinstellung

Es wurde die Hypothese aufgestellt, eine positive Grundeinstellung der Studienteilnehmer in Bezug auf psychosoziale Unterstützungsangebote wirkt sich positiv auf die Inanspruchnahme der Leistungen aus.

Die Hypothese konnte bis auf die Gruppe der unpersönlichen Angebote (vgl. Kap. 5.4.4) bestätigt werden. Interessant ist demnach nicht nur, dass der Zusammenhang zwischen der Grundeinstellung und der Inanspruchnahme besteht, sondern ebenso, dass die Grundeinstellung keinen signifikanten Einfluss auf Internet-Beratungen und Telefonberatung hat. Eine mögliche Erklärung ist, dass der Zugang zu den Internet-Portalen ohne großen Aufwand möglich ist. Hier kann man sich informieren und trotzdem eine kritische Haltung gegenüber psychotherapeutischen Angeboten und anderen Beratungsstellen haben.

6.5 Inanspruchnahme und andere Einflussfaktoren

Neben der Testung der Hypothesen waren noch andere mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungen Teil der Analyse.

So wird gezeigt, dass das Alter einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme unpersönlicher Angebote hat. Je jünger der Patient, desto häufiger werden die technikorientierten, unpersönlichen Angebote genutzt. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, wenn man sich vor Augen führt, dass ältere Patienten häufig keinen Internetzugang haben oder nicht das technische Know-How besitzen, um sich an Internet-Foren zu beteiligen oder sich im Internet zu informieren.

Der Bildungsstand der Studienteilnehmer spielt bei der Nutzung der Beratungsangebote eine Rolle. Je geringer der Bildungsstand, desto seltener werden die Leistungen genutzt. Gerade bei der Gruppe der Beratungsangebote handelt es sich jedoch um Leistungen, die für alle von Bedeutung sind. Greift man hier nur das Angebot der sozialrechtlichen Beratung heraus, das Patienten in wichtigen Fragen der Rentenansprüche und

Berufsunfähigkeit berät. Hier ist es als kritisch anzusehen, dass Patienten mit einem geringen Bildungsstand weniger häufig Beratungsangebote in Anspruch nehmen.

6.6 Nebenfragestellung

Die Nebenfragestellung (vgl. Kap. 5.3.6) sollte zeigen, welche Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen angegeben werden.

Erklärungen sind aus den Angaben der Patienten zu entnehmen, die keine Angebote in Anspruch genommen haben. Als Grund wird mit Abstand am häufigsten genannt, keine Hilfe zu benötigen. Außerdem geben Patienten an, nicht zu wissen, an wen sie sich wenden sollen und keine Kenntnis von der Existenz psychosozialer Unterstützungsangebote zu haben. Die Anzahl der Patienten, die nicht wissen, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können (vgl. Kap. 5.3.6), unterscheidet sich nicht besonders deutlich von den Ergebnissen der Untersuchung von Giesler und Weis (2009). Hier gibt eine Mehrzahl der Patienten an, über Möglichkeiten der psychoonkologischen Unterstützung (80%), der sozialrechtlichen Beratung (80%) und der Möglichkeit von Selbsthilfegruppen (60%) informiert worden zu sein.

Betrachtet man hingegen die Daten der vorliegenden Studie, besteht ein Informationsdefizit, das es zu schließen gilt. Unabhängig von der dann zu diagnostizierenden Notwendigkeit einzelner Leistungen sollte das Wissen über die Existenz psychosozialer Unterstützungsangebote beim Patienten vorhanden sein.

6.7 Methodische Einschränkungen der Studie

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie ohne Kontrollgruppe. Demnach sind keine kausalen Wirkungen prüfbar. Für die Klärung der Frage, welche Faktoren die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung beeinflussen, gibt es viele Möglichkeiten. Wenn z.B. die Inanspruchnahme signifikant mit einem Prädiktor (z.B. Mann/Frau, psychische Störung etc.) zusammenhängt, kann dies auch durch andere Faktoren begründet sein, die entweder nicht durch diese Arbeit getestet wurden oder aber durch das Studiendesign nicht erhoben wurden. Die Fragen, welche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen wurden und warum eventuell

nicht, wurden vom Patienten selbst ausgefüllt. Es handelt sich hierbei also nicht unbedingt um Fakten, sondern um Daten, die Patienten aus ihrer Erinnerung heraus abgaben.

Die Stichprobe ist in Hinsicht auf die Tumorverteilung in Deutschland nicht repräsentativ. Durch das Ausfüllen der Fragebögen und die eventuelle Interviewteilnahme war die Studienteilnahme mit Aufwand und unter Umständen auch mit körperlicher Anstrengung verbunden. Demnach wurden schwerer belastete Patienten eventuell nicht ausreichend in die Studie aufgenommen.

6.8 Schlussfolgerung für klinische Versorgung und zukünftige Forschung

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun für die zukünftige klinische Versorgung und Forschung ziehen?

Die Forschung sollte weiter an der Identifikation der Hilfebedürftigen durch geeignete Messinstrumente arbeiten. Hier muss unterschieden werden zwischen angemessenen psychischen Reaktionen auf die Ausnahmesituation einer Krebserkrankung und handfesten psychischen Erkrankungen. Ein Forschungsschwerpunkt sollte sein, welche Angebote von den Patienten bevorzugt genutzt werden und welche Angebote am meisten Erfolgsaussichten zeigen und daher gehäuft angeboten werden sollten. Durch die bessere Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen steigen die Überlebensraten, aber auch Neuerkrankungen steigen stetig an. In den nächsten Jahren wird der Behandlungsbedarf psychischer Begleiterkrankungen daher steigen, dies aufzufangen, bleibt Aufgabe der Psychoonkologie in Form einer adäquaten klinischen Versorgung.

Hierfür sollten in der klinischen Versorgung Experten zur Diagnostik der Hilfebedürftigen vorhanden sein. Außerdem muss das Informationsdefizit ausgeglichen werden. Ein großer Teil der Patienten weiß nicht von der Existenz psychosozialer Unterstützungsangebote oder an wen sie sich im Bedarfsfall wenden können. Hierfür sollten Patienten bei einer Neuerkrankung rechtzeitig über mögliche psychoonkologische Hilfestellungen informiert werden, um bei aufkommendem Leidensdruck auch durch Eigeninitiative aktiv werden zu können.

7 Zusammenfassung

In dieser Arbeit sollte der Frage nachgegangen werden, in welchem Ausmaß psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten in Anspruch genommen wird und von welchen Faktoren die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten abhängt. Im Speziellen sollte diese Arbeit untersuchen, ob es einen signifikanten Geschlechterunterschied gibt.

In der vorliegenden Arbeit wurde aus den Daten der multizentrischen Studie "Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf" eine Stichprobe des Studienzentrums Würzburg herangezogen.

Insgesamt konnten 770 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, bei 451 Studienteilnehmern wurde zusätzlich ein klinisches Interview geführt. Ein Großteil der Studienteilnehmer ist verheiratet und hat Kinder. Mehr als drei Viertel der Stichprobe haben als Schulabschluss die Mittlere Reife oder einen geringeren Abschluss erlangt. In der Minderheit sind Hochschulabsolventen. Zum Zeitpunkt der Befragung war die Mehrheit der Probanden berufstätig oder berentet, nur ein kleiner Teil war ohne Beschäftigung.

Die geschlechterspezifische Untersuchung der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen erbrachte meist keinen signifikanten Unterschied. Unpersönliche Angebote jedoch werden signifikant häufiger von Männern genutzt.

Neben der Fragestellung des Geschlechterunterschieds wurden andere mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote untersucht: psychische Störung, psychische Belastung, Grundeinstellung zu psychosozialen Angeboten, Alter, Bildungsstand und Versorgungssetting. Außerdem wurde berücksichtigt, ob Patienten vor ihrer aktuellen Krebserkrankung schon psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen haben und ob daraus eventuell ein Einfluss auf die Inanspruchnahme während der aktuellen Erkrankung resultiert.

Folgende Prädiktoren sagten eine höhere Inanspruchnahme der diversen Leistungen vorher: eine psychische Störung, eine erhöhte psychische Belastung, eine positive Grundeinstellung gegenüber Unterstützungsangeboten, das Alter und der Bildungsstand. In der Nebenfragestellung wurde der Frage nachgegangen, welche Gründe für eine

Nicht-Inanspruchnahme vorliegen. Durchaus überraschend ist, dass eine hohe Anzahl der Studienteilnehmer (22%) angeben, nicht zu wissen, an wen sie sich in Bezug auf psychosoziale Unterstützung wenden sollen. Außerdem geben 17% an, nicht zu wissen, dass es solche Angebote überhaupt gibt.

Es lässt sich das Resümee ziehen, dass die Frage, ob Männer oder Frauen während einer Krebserkrankung häufiger Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, differenziert betrachtet werden muss. Das Geschlecht, isoliert betrachtet, bringt zwar Unterschiede in der Inanspruchnahme hervor, berücksichtigt man jedoch andere Faktoren, wie psychische Belastung, psychische Störungen, Alter, Grundeinstellung und Bildungsstand, spielt der Geschlechterunterschied eine zu vernachlässigende Rolle.

Legt man die vorliegenden Zahlen zu Grunde, muss weiterhin an der Identifikation der psychischen Begleiterscheinungen gearbeitet werden. Außerdem scheitern Patienten oft am Nichtwissen über Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung. Dieses Informationsdefizit sollte ausgeglichen werden, um möglichst vielen Patienten einen Zugang zu psychosozialen Leistungen zu ermöglichen.

8 Literaturverzeichnis

Addis M.E., Mahalik J.R. (2003) Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist* 58:1, 5-14

Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K. & Bengel, J. (2003) Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen - Ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 15-28

Baker-Glenn E.A., Park B., Granger L., Symonds P., Mitchell A.J. (2011) Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology*, 20(5), 525-531

Bergelt C., Schölermann C., Hahn L., Weis J., Koch U. (2010) Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor. *Gesundheitswesen* 72, 700-706

Brix C., Schleussner C., Fuller J., Roehring B., Wendt T.G., Strauss B. (2008) The need for psychological support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 65, 541-548

DeFlorio M., Massie M.J. (1995) Review of depression in cancer - gender differences. *Depression* 3, 66-80

Eakin E.G., Strycker L.A. (2001) Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psychooncology* 10, 103-113

Faller H. (1998) Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Faller H., Olshausen B., Flentje M. (2003) Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53:229-235. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Faller, H., Weis, J. (2005) Bedarf psychosozialer Unterstützung und reale Versorgung. In: Faller, H. (Hrsg.), *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen*. 18 – 31, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Faller H., Lang H. (2010) *Medizinische Psychologie und Soziologie*, 3. Auflage, Springer Verlag Heidelberg

Giesler J.M., Weis J. (2009) Psychoonkologische Versorgung in Brustzentren. *Forum* 2009, 24, 49-52

Goerling U., Odebrecht S., Schiller G., Schlag P.M. (2006) Psychosozialer Betreuungsbedarf bei stationären Tumorpatienten. *Chirurg* 77, 41-46

Gräfe K., Zipfel S., Herzog W., Löwe B. (2004) Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica* 50, 171-181

Hack T.F., Degner L.F., Parker P.A. (2005) The Communication Goals And Needs Of Cancer Patients: A Review. *Psycho-Oncology*, 14, 831-845

Härter M., Reuter K., Schretzmann B., Hasenburg A., Aschenbrenner A., Weis J. (2000) Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 39, 317-323

Härter M., Reuter K., Aschenbrenner A., Schretzmann B., Marschner N., Hasenburg A., Weis J. (2001) Psychiatric disorders and associated factors in cancer. Results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer* 37, 1385-1393

Hansson M., Chotai J., Nordstöm A., Bodlund O. (2009) Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*, e283-e288

Heckl U., Singer S., Wickert M., Weis J. (2012) Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. *Onkologische Welt* 2012, 3, 53-60

Herschbach P. (2006) Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 12, 41-47

Jacobi F., Wittchen H.-U., Höltling C., Höfler M., Pfister H., Müller N., Lieb R. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34, 1-15

Kathol R.G., Mutgi A., Williams J., Clamon G., Noyes R. (1990) Diagnosis of Major Depression in Cancer Patients according to four sets of criteria. *American Journal of Psychiatry* 144, 1021-1024

Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1084-1060

Koch U., Weis J. (Hrsg.) (1998) Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken". Schattauer, Stuttgart

Koch U., Weis J. (Hrsg.) (2009) Psychoonkologie: Eine Disziplin in der Entwicklung. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. (2001) The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16, 606-613

Lehmann, C., Koch U., Mehnert A. (2009) Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59, 3-27

Lieb R., Schreier A., Müller N. (2003) Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie* 8:86-102

Löwe B., Unützer J., Callahan C.M., Perkins A.J., Kroenke K. (2004) Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Medical Care* 42, 1194-1201

Löwe B., Gräfe K., Zipfel S., Witte S., Loerch B., Herzog W. (2004a) Diagnosing ICD-10 Depressive Episodes: Superior Criterion Validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, 386-390

McDaniel J.S., Musselman D.L., Porter M.R., Reed D.A., Nemeroff C.B. (1995) Depression in Patients with Cancer. Diagnosis, Biology, and Treatment. *Archives of General Psychiatry* 52, 89-99

Mehnert A., Lehmann C., Koch U. (2006) Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. *Der Onkologe* 12, 18-26

Mehnert A., Koch U. (2007) Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology* 16, 181-8

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. *Journal of Psychosomatic Research* 64(4), 383-391

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, 141-149.

Miller B.E., Pittman N., Strong C. (2003) Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physicians role in meeting those needs. *International Journal of Gynecological Cancer*, 13(2), 111-9

Möller H.J., Laux G., Kapfhammer H.P. (Hrsg.) (2005) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag 2. Auflage. Springer Medizinverlag Heidelberg

Muthny F.A., Küchenmeister U. (1998) Patienten-Einschätzungen zum Bedarf der Patienten an psychosozialer Beratung und Therapie. In: Muthny FA (Hrsg), 1998. *Psychoonkologie-Bedarf. Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des Herforder Modells*. Lengerich, Pabst

Newell S.A., Sanson-Fisher R.W., Savolainen N.J. (2002) Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendation for future research. *Journal of National Cancer Institute* 17; 94, 558-84

Noyes Jr. R., Holt C.S., Massie M.J. (1998) Anxiety Disorders. In: Holland JC (Hrsg). *Psycho-oncology*. Oxford University Press. New York 47, 548-563

Pawils S., Koch U. (Hrsg.) (2006) Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Schattauer, Stuttgart

Plass A., Koch U. (2001) Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psycho-Oncology* 10, 511-520

Rabe C., Braun A. (2002) Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1, 35-43

Kolip P., Lademann J., Deitermann B., Buksch J., Schwarze M. (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Kapitel 7, 71-77. Robert Koch Institut

Ryan H., Schofield P., Cockburn J., Butow P., Tattersall M., Turner J., Girgis A., Bandaranayake D., Bowman D. (2005) How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 14, 7-15

Sanson-Fisher R., Girgis A., Boyes A., Bonevski B., Burton L., Cook P. (2000) The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 88, 226-237

Schou I., Ekeberg O., Karesen R., Sorensen E. (2008) Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care-who participates and does it help?. *Psycho-Oncology* 17, 716-720.

Schwarz R., Götze H. (2008) Psychoonkologie - CME Weiterbildung, Zertifizierte Fortbildung. *Psychotherapeut* 53 (3), 221-235

Sellick S. M., Edwardson A. D. (2006) Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology* 16, 6: 534-542

Sieverding M. (2007) Geschlecht und Gesundheit. *Querelles-Net-Forum*. <http://www.querelles-net.de/foorum/forum22/>

Singer S., Bringmann H., Hauss J., Kortmann R.-D., Köhler U., Krauß O., Schwarz R. (2007) Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132, 2071-2076

Söllner W., Mairinger G., Zingg-Schir M., Fritsch P. (1996) Krankheitsprognose, psychosoziale Belastung und Einstellung von Melanompatienten zu unterstützenden psychotherapeutischen Maßnahmen. *Hautarzt* 47, 200-205

Söllner W., Maislinger S., König A., Devries A., Lukas P. (2004) Providing Psychological Support For Breast Cancer Patients Based on Screening for Distress within a consultation-liaison service. *Psycho-oncology* 13: 893-897

Steginga S.K., Occhipinti S., Dunn J., Gardiner R.A., Heathcote P., Yaxley J. (2001) The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology* 10, 66-75

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, 997-1005

Van Harten W.H., van Noort O., Warmerdam R., Hendricks H., Seidel E. (1998) Assessment of rehabilitationneeds in cancer patients. *International Journal of Rehabilitation Research* 21, 247-257

Van't Spijker A., Trijburg R.W., Duivenvoorden H.J. (1997) Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-Analytical Review of 58 Studies After 1980. *Psychosomatic Medicine* 59, 280-293

Veronesi U., von Kleist S., Redmond K., Costa A., Delvaux N., Freilich G., Glaus A., Hudson T., McVie J.G., Macnamara C., Meunier F., Pecorelli S., Serin D. (1999) Caring about Women and cancer (CAWAC): A European survey of the perspectives and Experiences of women with female cancers. *European Journal of Cancer* 35, 12, 1667-1675

Weis J., Koch U., Matthey K. (1998) Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland - Ein Ist-Soll-Vergleich. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 48, 417-425

Weis J., Schumacher A., Blettner G., Determann M., Reinert G., Ruffer J.U., Werner A., Weyland G. (2007) Der Onkologe. *Psychoonkologie-Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin.* 2, 185-194

Weis J., Heckel U., Muthny F., Nowak C., Stump S., Kepplinger J. (1993) Erfahrungen mit einem psychosozialen Liaisondienst auf onkologischen Stationen einer Akutklinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 43, 21-29

Weis J. (1994) Psychosoziale Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung - erste Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. In: Schüssler G., Leibing E. (Hrsg.) (1994) *Coping.* Hogrefe-Verlag, Göttingen

Weisman A., Worden J. (1976) The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Psychiatrische Medizin* 7, 1-15

Wittchen, H.-U., Pfister, G. (1997) *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews.* Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services.

Wittchen H.-U., Lachner G., Wunderlich U. (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 568-578.

Wittchen H.-U. (2004) Continued needs for epidemiological studies of mental disorders in the community. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, 197-206

Worden J.W., Weisman A.D. (1980) Do cancer patients really want counseling? *General Hospital Psychiatry* 2, 100-103

Zenger M., Ernst J., Götze H., Stolzenberg J.U., Hinz A. (2010) Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom - eine Längsschnitterhebung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2, 51-59

9 Anhang

Anhang 1 Patienteninformation zur Studie

Anhang 2 Einverständniserklärung des Patienten zur Studienteilnahme

Anhang 3 Einverständniserklärung des Patienten zur Interviewteilnahme

Anhang 4 Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Anhang 5 Erfassung der Nichtteilnahme

Anhang 1 Patienteninformation zur Studie (Seite 1)

 <p>Julius-Maximilians- UNIVERSITÄT WÜRZBURG</p>	<p>Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie</p> <p>Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Faller (komm.)</p>	<p>Klinikstraße 3 97070 Würzburg Telefon: (0931) 31-2713 Telefax: (0931) 31-6080 psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de</p>
 <p>UFK Würzburg</p>	<p>Universitätsklinikum Würzburg Frauenklinik und Poliklinik Haus C15 Josef-Schneider-Str. 4, 97080 Würzburg</p>	<p>Ansprechpartner: Dr. phil. Matthias Richard 0931 - 312713 (Sokr.)</p>
<h2>PATIENTENINFORMATION ZUR STUDIE</h2>		
<h3>Auftretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung</h3>		
<p>Sehr geehrte Patientin,</p>		
<p>das Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg (IPMPW) führt in Kooperation mit vier weiteren universitären Zentren (Hamburg, Heidelberg, Freiburg und Leipzig) sowie der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg eine wissenschaftliche Studie zur Auftretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und dem Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung durch. Koordinationszentrum ist das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE). Die Studie wird von der Deutschen Krebshilfe gefördert.</p>		
<p>Hintergrund der Studie: Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung an verschiedenen körperlichen, emotionalen und sozialen Belastungen leiden. Diese können von normalen Sorgen, Ängsten und Gefühlen der Traurigkeit bis hin zu stärker beeinträchtigenden psychischen Belastungen reichen. Es kann sich dabei um kurzfristige Belastungen handeln, bei einem Teil der Patientinnen und Patienten können diese jedoch über längere Zeit bestehen bleiben und sich beeinträchtigend auf das familiäre, soziale oder berufliche Umfeld auswirken. In Deutschland besteht derzeit ein ungenügender Wissensstand über Art und Ausmaß dieser Belastungen und über den Bedarf an psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patientinnen und Patienten verschiedener Krebserkrankungen und Altersgruppen.</p>		
<p>Zielsetzungen der Studie: In diese Studie soll eine große Anzahl von Krebspatientinnen und Krebspatienten in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen einbezogen werden. Dazu gehören Akutkliniken, Rehabilitationskliniken sowie ambulante Nachsorgeeinrichtungen und Arztpraxen. Dabei ist es wichtig, dass die Stichprobe repräsentativ für Krebspatientinnen und Krebs-</p>		
<p>Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Gerichtsstand: Würzburg</p>	<p>Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Faller (komm.)</p>	<p>Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank BLZ: 790 906 24 Kto.-Nr.: 010 321 9135</p>

Patienteninformation zur Studie (Seite 2)

Seite 2

patienten in Deutschland ist. Aus diesem Grund möchten wir eine große Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen Tumorerkrankungen, in verschiedenen Tumorstadien und Altersgruppen befragen. Erfasst werden individuelle körperliche und psychosoziale Belastungsfaktoren im Krankheitsverlauf und Ihr psychisches Befinden. Darüber hinaus möchten wir von Ihnen erfahren, ob und ggf. welche psychosozialen Unterstützungsangebote Sie bislang in Anspruch genommen haben und ob Sie den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung haben.

Durchführung der Studie: Während Ihrer medizinischen Behandlung bzw. Nachsorge möchten wir Sie zum einen anhand eines Fragebogens, den Sie in Ruhe ausfüllen können, gezielt nach Belastungsfaktoren und nach Ihrer aktuellen Befindlichkeit befragen. Zum anderen führen wir in dieser Untersuchung ein klinisches Interview zur genaueren Erfassung von psychischen Belastungen wie Angst oder Depressivität bei einer Teilgruppe von Patientinnen und Patienten durch. Das Kriterium für die Durchführung des Interviews ist die im Fragebogen angegebene psychische Gesamtbelastung. Dabei sollen alle Patientinnen und Patienten mit einer hohen Belastung sowie die (durch statistische Zufallsauswahl ermittelte) Hälfte derjenigen Patientinnen und Patienten mit einer geringeren Belastung interviewt werden.

Die mit dem Fragebogen (und ggf. klinischem Interview) erhobenen Daten stellen wichtige Informationen dar, die dem Zweck dienen, uns im Rahmen der Studie ein Gesamtbild über Ihr Befinden und Erleben von erkrankungs- und behandlungsbezogenen Aspekten zu verschaffen. Übergreifendes Ziel dieser Studie ist die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Patienten mit einer Tumordiagnose in Deutschland auf der Grundlage einer umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung.

Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie

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

Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie dennoch, den kurzen Nichtteilnahmebogen auszufüllen. Diese Angaben sind für die Überprüfung der Repräsentativität und die Güte der Studie sehr wichtig.

Patienteninformation zur Studie (Seite 3)

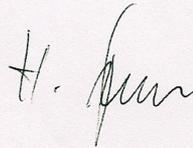
Seite 3

Datenschutz: Sie können sicher sein, dass alle von Ihnen im Rahmen der Studie gemachten Angaben nach **Bundesdatenschutzbestimmungen** vertraulich behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden. Die von Ihnen und vom jeweiligen Studienarzt erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch einen für jeden Patienten gültigen Nummern- und Buchstabencode) zur wissenschaftlichen Auswertung an das Koordinationszentrum (Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) weitergeleitet. Ihr Name und Ihre Adresse werden zwecks einer möglichen Terminvereinbarung für ein Interview – getrennt von Ihren Fragebogendaten und für Dritte unzugänglich – am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Würzburg, aufbewahrt. Nach Abschluss der Datenerhebung dieser Studie werden alle personenbezogenen Angaben wie Name und Adresse vernichtet, so dass eine persönliche Identifizierung Ihrer Angaben im Nachhinein ausgeschlossen ist. Alle an der Studie beteiligten Institutionen und Mitarbeiter/innen verpflichten sich zur Wahrung des **Daten- und Sozialgeheimnisses**.

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

Bei Rückfragen steht Ihnen als **Ansprechpartner** Herr **Dr. M. Richard** unter der Telefonnummer 0931-312713 (Sekretariat) gern zur Verfügung.

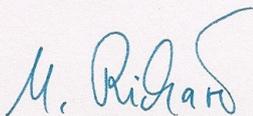
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. H. Faller
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie



Prof. Dr. Johannes Dietl
Frauenklinik und Poliklinik



Dr. phil M. Richard
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie

Anhang 2 Einverständniserklärung des Patienten zur Studienteilnahme

082009



**UNIVERSITÄT
WÜRZBURG**

**Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie**

Vorstand:
Prof. Dr. Dr. H. Faller (komm.)

Klinikstraße
97070 Würzburg
Telefon: (0931) 31-2713
Telefax: (0931) 31-6080
psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de
www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de



UFK Würzburg

Universitätsklinikum Würzburg
Frauenklinik und Poliklinik
Haus C15
Josef- Schneider- Str. 4,
97080 Würzburg

Ansprechpartner:
Dr. phil. Matthias Richard
0931 - 312713 (Sekt.)

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie
„Aufretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und Bedarf an psychosozialer
Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung“

gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V.

Ich habe das Merkblatt „Patienteninformation“ mit der Aufklärung über Hintergrund, Zielsetzungen, Datenschutz und die Beteiligten an der wissenschaftlichen Studie zur „Aufretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung“ erhalten und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis **jederzeit** und **ohne Angabe** von Gründen und ohne Einfluss auf die weitere ärztliche und Nachsorge-Behandlung widerrufen kann.

Ich bin unterrichtet, dass alle beteiligten Institutionen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Daten- und Sozialgeheimnis verpflichtet sind. Eine unbefugte Weitergabe oder Veröffentlichung meiner persönlichen Daten ist nicht zulässig.

Ich dokumentiere hiermit meine Entscheidung, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Fragebogendaten aufgezeichnet und ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch einen Nummerncode) projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich erkläre mich weiterhin zur Teilnahme an einem klinischen Interview bereit, das im Rahmen dieser Studie durchgeführt wird. Zu diesem Zweck dürfen mein Name und meine Adresse für eine Terminvereinbarung für Dritte unzugänglich am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg bis zum Ende der Datenerhebung dieser Studie aufbewahrt werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

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

Anhang 5 Erfassung der Nichtteilnahme

082009												
<h2 style="margin: 0;">Nichtteilnahme</h2> <p style="margin: 0;">an der wissenschaftlichen Studie „Aufretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung“</p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> <p style="margin: 0;">gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V.</p>												
<p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,</p> <p>Sie haben das Informationsblatt „Patienteninformation“ über die wissenschaftliche Studie „Aufretenshäufigkeit psychosozialer Belastungen und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung“ erhalten. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme hat für Sie keinerlei Auswirkungen auf aktuelle oder künftige ärztliche und Nachsorge-Maßnahmen.</p> <p>Wenn Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie trotzdem um einige wenige Informationen, die für die Repräsentativität, also die Aussagekraft der Gesamtergebnisse außerordentlich wichtig sind.</p>												
<p>BITTE nur bei NICHTTEILNAHME ausfüllen:</p>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Heutiges Datum:</td> <td style="padding: 5px;">Tag</td> <td style="padding: 5px;">Monat</td> <td style="padding: 5px;">Jahr</td> <td style="padding: 5px;">Alter: _____ Jahre</td> <td style="padding: 5px;">Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> </table>	Heutiges Datum:	Tag	Monat	Jahr	Alter: _____ Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich						
Heutiges Datum:	Tag	Monat	Jahr	Alter: _____ Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Was ist der Grund für Ihre Nichtteilnahme?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="radio"/> Zuviel körperliche Belastung <input type="radio"/> Zuviel psychische Belastung <input type="radio"/> Kein Interesse <input type="radio"/> Organisatorische Gründe <input type="radio"/> Sonstiges, nämlich _____ </td> </tr> </table>	Was ist der Grund für Ihre Nichtteilnahme?	<input type="radio"/> Zuviel körperliche Belastung <input type="radio"/> Zuviel psychische Belastung <input type="radio"/> Kein Interesse <input type="radio"/> Organisatorische Gründe <input type="radio"/> Sonstiges, nämlich _____										
Was ist der Grund für Ihre Nichtteilnahme?												
<input type="radio"/> Zuviel körperliche Belastung <input type="radio"/> Zuviel psychische Belastung <input type="radio"/> Kein Interesse <input type="radio"/> Organisatorische Gründe <input type="radio"/> Sonstiges, nämlich _____												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Aktuelle Diagnose: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(Art der Krebserkrankung, z.B. Brustkrebs)</td> </tr> </table>	Aktuelle Diagnose: _____	(Art der Krebserkrankung, z.B. Brustkrebs)										
Aktuelle Diagnose: _____												
(Art der Krebserkrankung, z.B. Brustkrebs)												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal diagnostiziert?</td> <td style="padding: 5px;">Monat</td> <td style="padding: 5px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal diagnostiziert?	Monat	Jahr									
Wann wurde die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal diagnostiziert?	Monat	Jahr										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Welchen höchsten Schul-/Bildungsabschluss haben Sie?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="radio"/> Hauptschul- oder Volksschulabschluss <input type="radio"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Abitur oder Fachabitur <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss <input type="radio"/> kein Schulabschluss/Sonstiges </td> </tr> </table>	Welchen höchsten Schul-/Bildungsabschluss haben Sie?	<input type="radio"/> Hauptschul- oder Volksschulabschluss <input type="radio"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Abitur oder Fachabitur <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss <input type="radio"/> kein Schulabschluss/Sonstiges										
Welchen höchsten Schul-/Bildungsabschluss haben Sie?												
<input type="radio"/> Hauptschul- oder Volksschulabschluss <input type="radio"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife), Polytechnische Oberschule <input type="radio"/> Abitur oder Fachabitur <input type="radio"/> Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss <input type="radio"/> kein Schulabschluss/Sonstiges												
<p>BITTE geben Sie diesen Fragebogen beim Pflegepersonal bzw. den Arzthelfer(inne)n ab!</p>												

Danksagung

Ich bedanke mich vielmals bei Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller für die geduldige Unterstützung in der Förderung dieser Arbeit und die Überlassung von zahlreicher Sekundärliteratur.

Bei Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Richard möchte ich mich vielmals für die unkomplizierte Zusammenarbeit während der Datenerhebung und Hilfestellungen zur Fertigstellung dieser Arbeit bedanken, insbesondere für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten.

Bei Herrn Prof. Dr. med. Michael Schmidt bedanke ich mich für die Übernahme des Korreferates.

Bei allen Patienten, die sich trotz gesundheitlicher Einschränkungen zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich während des Studiums der Zahnheilkunde und während dieser Arbeit stets unterstützt hat.