

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie,  
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften  
am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie

Leiter: Professor Dr. Dr. H. Faller

**Psychosoziales Unterstützungsbedürfnis bei Patienten mit maligner  
Krebsdiagnose ermittelt im Rahmen einer multizentrischen  
Querschnittsstudie**

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

vorgelegt von

Katharina Blässer  
aus Würzburg

Würzburg, August 2012

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

Koreferent: Prof. Dr. med. Arnd Hönig

Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 22. Februar 2013

Die Promovendin ist Ärztin

*Meinen Eltern und Stephan gewidmet.*

1	Einleitung	1
2	Psychoonkologie	6
2.1	Psychoonkologische Versorgungssituation	7
2.2	Krebserkrankungen und psychische Belastung	8
2.2.1	Gedanken an das Sterbenmüssen	9
2.2.2	Aspekte der eingeschränkten Funktionsfähigkeit	9
2.2.3	Krankheitsbedingt reduzierte Autonomie	10
2.2.4	Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls	10
2.2.5	Soziale Aspekte der Krebserkrankung	10
2.2.6	Ärztliche Kommunikation über das Thema Krebs	11
2.3	Psychische Störungen bei Krebserkrankungen	13
2.4	Die Rolle subjektiver Krankheitstheorien bei der psychischen Anpassung an eine Krebserkrankung	14
2.5	Informationsbedürfnis bei Krebskranken	15
2.6	Psychosoziale und soziale Unterstützung bei Krebskranken	18
2.6.1	Definition sozialer und psychosozialer Unterstützung	18
2.6.2	Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei onkologischen Patienten	19
2.6.3	Ausmaß des psychosozialen Unterstützungsbedürfnisses	22
2.6.4	Negative Aspekte sozialer und psychosozialer Unterstützung	24
2.6.5	Psychische Komorbidität und psychosoziale Unterstützung	25
2.6.6	Psychoonkologische Betreuung als psychosoziale Unterstützung	26
2.6.7	Wirkung psychosozialer Unterstützung	27
2.6.8	Inanspruchnahme psychosozialer Interventionen	30
2.7	Folgerungen für die Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgung	34
3	Fragestellung und Hypothesen	38
4	Methode	41
4.1	Zielsetzungen	41
4.2	Durchführung der Studie	41
4.3	Messinstrumente	44
4.3.1	Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf	44
4.3.2	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	48
4.3.3	Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	49
4.3.4	Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK)	50
4.3.5	National Comprehensive Cancer Network Distress-Thermometer	52
4.3.6	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C30)	53
4.3.7	Fragen zu Schmerzen	54
5	Statistische Analyse	56
6	Ergebnisse	58
6.1	Stichprobenbeschreibung	58
6.2	Häufigkeit des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung	63
6.2.2	Geschlechterspezifisches Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	64
6.2.3	Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	65
6.2.4	Zusammenhang zwischen Setting und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	66

6.2.5 Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	67
und der wahrgenommenen Unterstützung durch Freunde und Familie	67
6.3 Vorhersage des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung	70
<b>7 Diskussion</b>	<b>73</b>
<b>7.1 Unterstützungsbedürfnis</b>	<b>73</b>
<b>7.2 Multivariable Zusammenhänge mit dem Unterstützungsbedürfnis</b>	<b>74</b>
7.2.1 Psychische Belastung	74
7.2.2 Frühere Unterstützung	75
7.2.3 Metastasierung	75
7.2.4 Soziodemografische Parameter	76
7.2.5 Setting	77
<b>7.3 Einschränkungen der Studie</b>	<b>77</b>
7.3.1 Selektionseffekte	77
7.3.2 Erhebungsmethodik	78
7.3.3 Repräsentativität der Stichprobe	78
7.3.4 Design	79
<b>7.4 Ausblick auf die zukünftige Forschung</b>	<b>79</b>
<b>8 Zusammenfassung</b>	<b>81</b>
<b>9 Literaturverzeichnis</b>	<b>82</b>

# 1 Einleitung

*Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung, und sie gedeiht mit der Freude am Leben.”*

Thomas von Aquin (1225-1274)

Krebs stellt nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache weltweit dar (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010). Der Begriff „Krebs“ steht nicht für eine einheitliche Krankheit; vielmehr bedeutet „Krebs“ oder „krebsartig“, dass mutierte, d. h. veränderte Zellen sich in unkontrollierter Art und Weise vermehren und dadurch den Körper schädigen können. Krebserkrankungen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf die Dignität, die etwas über die biologische Veränderung in den betroffenen Zellen aussagt, sondern auch hinsichtlich der Früherkennung, der Behandlungsmöglichkeiten und Prognose. Das Spektrum ist groß; so ist es auf der einen Seite möglich, zu einem frühen Diagnosezeitpunkt der Erkrankung vollständige Heilung und ein beschwerdefreies Leben zu erlangen, wohingegen auf der anderen Seite bei einigen Krebserkrankungen, die lange symptomfrei bleiben und erst spät erkannt werden, eine palliative, das heißt schmerzlindernde und Lebensqualität erhaltende, aber nicht mehr heilende Therapie im Vordergrund steht.

Betrachtet man die Todesursachenstatistik für Deutschland für das Jahr 2010, so sieht man, dass Krebserkrankungen der Bronchien und der Lunge an zweiter Stelle nach ischämischen Erkrankungen des Herzens stehen (Robert-Koch-Institut 2010). Insgesamt starben im Jahr 2008 99572 Frauen und 115870 Männer an einer Krebserkrankung. Im Jahr 2010 erkrankten nach aktuellen Schätzungen des Robert-Koch-Institutes 246200 Männer und 204000 Frauen neu an Krebs. Die im Folgenden aufgeführte Tabelle veranschaulicht die Daten des Robert-Koch-Institutes für das Jahr 2010 in Bezug auf die Lokalisation der Krebserkrankungen. Es wird deutlich, wie unterschiedlich die Zahl der Neuerkrankungen je nach befallener Körperstelle ist; bevorzugt werden Darm, Brustdrüse und Lunge befallen, Schilddrüse und blutbildendem System sind weniger betroffen. Ursachen für die ungleiche Verteilung der Erkrankungsorte sind unter anderem der westliche Lebensstil und eine ungünstige genetische Prädisposition.

Tabelle 1: Anzahl der Krebsneuerkrankungen im Jahr 2010, bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland (Robert-Koch-Institut 2010)

Lokalisation	Zahl der Neuerkrankungen
Darm	73030
Prostata	64370
Lunge	50330
Harnblase	29900
Brustdrüse der Frau	29510
Magen	19230
Niere und ableitende Harnwege	17400
Malignes Melanom der Haut	16230
Bauchspeicheldrüse	14230
Non-Hodgkin-Lymphome	13400
Gebärmutterkörper	11460
Mundhöhle- und Rachen	11400
Eierstöcke	9960
Leukämie	9790
Nervensystem	7400
Gebärmutterhals	5500
Speiseröhre	5480
Schilddrüse	5350
Hoden	4700
Kehlkopf	4110
Morbus Hodgkin	1840

Die Zahlen des Robert-Koch-Institutes verdeutlichen die Erfordernis, sich mit dem Thema Krebs zu beschäftigen, und das nicht ausschließlich im Bereich der Krebsforschung. Es besteht ganz offensichtlich die Notwendigkeit, alle Folgen zu betrachten, die eine Krebserkrankung für jeden einzelnen Patienten mit sich bringt. Krebserkrankungen beeinträchtigen nicht nur den körperlichen, sondern auch den seelischen Gesundheitszustand, was das Leben des betroffenen Patienten negativ beeinflussen kann. Es ergibt sich der Anspruch, die optimale Versorgung eines jeden Einzelnen zu gewährleisten, und dies nicht nur im physischen, sondern auch im psychischen Sinne.

Schon nach dem italienischen Theologen Thomas von Aquin ist der Begriff Gesundheit an sich nicht allein definiert durch das Fernbleiben körperlicher oder seelischer Störungen, sondern sie ist auch gekennzeichnet durch die Lebensfreude. Die Haltung eines Menschen zum Leben ist in großem Maße abhängig davon, ob sein Leben zum Beispiel durch den Einbruch einer schweren Erkrankung wie Krebs erschüttert wurde oder ob er davon verschont geblieben ist. Ist die Haltung eines Menschen zum Leben

positiv und optimistisch, so vermag er mit großen Schwierigkeiten eher umzugehen und wird versuchen, diese zu bewältigen, als wenn der Blick pessimistisch in die Zukunft gerichtet ist. Die individuellen Bewältigungsstrategien eines Menschen spiegeln diese Grundhaltung wider. Thomas von Aquin stellt mit seinem Zitat die Verantwortung des Menschen für seine eigene Stimmung und seine Gesundheit in den Vordergrund; Gesundheit kann man sich seiner Meinung nach schaffen, indem man Sorge für das eigene psychische Wohlbefinden trägt; man kann sich also trotz körperlicher Gebrechen „gesund“ fühlen.

Die psychische Stabilität des Patienten spielt eine große Rolle bei der Krankheitsverarbeitung. Der Patient ist durch die Tumorerkrankung körperlich und seelisch schwer beeinträchtigt und aus dem normalen Leben gerissen worden. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen hier ein frühzeitiges Angebot entsprechender psychosozialer Unterstützungsmöglichkeiten (Berend, Küchler 2010). Die psychische Reaktion auf ein Ereignis, das über das zu Erwartende hinausgeht (wie zum Beispiel die Mitteilung darüber, an einer unheilbaren, bösartigen Krankheit zu leiden) kann in ihrer Ausprägung oder in ihren Folgen für den Patient Krankheitswert annehmen. Die Leistungsfähigkeit, soziale Rollen und das emotionale Erleben an sich können durch diese Reaktion negativ beeinträchtigt werden (Möller et al. 2009).

Der Einbruch einer Krebserkrankung wird als ein extrem schwerer, andauernder psychosozialer Belastungsfaktor bei Erwachsenen besonders im Hinblick auf Anpassungsstörungen beschrieben (Möller et al. 2009). Anpassungsstörungen wiederum können eine Vorläufererkrankung der Depression darstellen. Psychoonkologische Interventionen können solche Belastungsformen effektiv reduzieren und tragen zur Verbesserung der Lebensqualität bei (Faller 2009; Berend, Küchler 2010). Hierzu liegen heute einige Studien sowie Reviews und Metaanalysen vor, die kleine bis mittlere statistische, aber klinisch durchaus relevante Effekte psychoonkologischer Interventionen bei Krebspatienten nachweisen (Reuter 2010). Darüber hinaus gibt es in der Literatur einzelne Hinweise darauf, dass psychologische Interventionen das Überleben positiv beeinflussen können (Berend, Küchler 2010).



Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, inwieweit krebskranke Patienten in Anhängigkeit von verschiedenen Umgebungsfaktoren wie medizinischer Einrichtung, Alter, Geschlecht und Krankheitsstadium ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußern.

Als Diagnoseinstrument für psychische Störungen kam das Composite International Diagnostic Interviews zur Erfassung psychischer Störungen bei Krebskranken zum Einsatz. In den einzelnen Unterbereichen dieses Interviews werden Symptome der Störungsbilder somatoforme Störungen, Angststörungen, depressive Störungen, Manie, Essstörungen, Störungen durch Alkohol, Störungen in der Soziobiographie, Nikotinabhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörungen abgefragt. Die Ergebnisse des Interviews spiegeln den aus ärztlich-diagnostischer Sicht vorhandenen Bedarf der Patienten nach psychosozialer Unterstützung wider. Diese durch das Interviewprogramm objektiv ermittelten Diagnosen entsprechen jedoch nicht immer dem vom Patienten subjektiv empfundenen Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Dieses Unterstützungsbedürfnis wurde im zum Interview gehörigen Patientenfragebogenheft erfragt.

Um das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis von Patienten zu befriedigen, ist ein umfassendes Hilfsangebot sinnvoll; kundige Ansprechpartner im stationären und im ambulanten Versorgungsbereich sowie die Vermittlung einer Sicherheit und Zuflucht bietenden Anlaufstelle, die dem Patient Gehör schenkt. Für eine bedarfsgerechte Ausrichtung der Versorgung von Krebspatienten ist eine psychoonkologische Betreuung der Patienten ebenso wie deren medizinische und pflegerische Behandlung unerlässlich und in ihrer Bedeutung heute unbestritten (Thielking-Wagner 2006). Die Notwendigkeit von Maßnahmen, die geeignet sind, Belastungen, die durch emotionale Betroffenheit, durch berufliche und persönliche Zweifel und durch die Konfrontation mit dem Thema Sterben entstehen, zu reduzieren, ist evident (Herschbach, Brandt 1998).

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf wird beschrieben als ein kritisch erhöhtes, aktuelles Ausmaß an Problemen und Symptomen von Krebspatienten, denen eine Behandlung angeboten werden sollte (Pouget-Schors, Degner 2002). Bedarf ist dabei jedoch kein Äquivalent für Inanspruchnahme. Ob und wann Patienten ein Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen, hängt von einer Reihe von Variablen ab,

die über die psychische Belastung hinausgehen. Diese Variablen sind zum Beispiel die Verfügbarkeit und Informationen über Betreuungsangebote. Es konnte gezeigt werden, dass der psychosoziale Unterstützungsbedarf, gemessen an der Inanspruchnahmerate, bei einem einfachen Aushang eines psychosozialen Angebots auf zwei Prozent, bei Kooperationsabsprachen mit den Ärzten auf fünf Prozent und bei persönlicher Bekanntheit des Psychoonkologen auf 20 Prozent steigen kann (Muthny 2000).

Die vorliegende Arbeit enthält sieben Kapitel. Nach der Einleitung folgen im Kapitel 2 theoretische Hintergründe zur Psychoonkologie. Weiterhin werden Grundlagen psychischer Anpassungsvorgänge unter einer Krebserkrankung beschrieben und verschiedene Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung mit Darstellung des derzeitigen Forschungsstandes erläutert. Fragestellungen und Hypothesen werden in Kapitel 3 behandelt. In Kapitel 4 erfolgt die Beschreibung der Methodik der Studie mit Erläuterungen zu Studiendesign, Messinstrumenten und erhobenen Daten. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse dargestellt und in Kapitel 6 diskutiert. In Kapitel 7 wird die Arbeit abschließend inhaltlich zusammengefasst.

## **2 Psychoonkologie**

Die Psychoonkologie als relativ junge Fachdisziplin hat sich aus Teilgebieten der klinischen Psychosomatik und der Sozialmedizin im Laufe der 70-er Jahre herausgebildet und zur Aufgabe gemacht, psychosoziale Aspekte der Entstehung, Behandlung und des Verlaufs von Krebserkrankungen wissenschaftlich zu untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse in die klinische Versorgung und Betreuung von Patienten umzusetzen (Holland et al. 2010).

Ziel psychoonkologischer Interventionen ist, die durch die Krebserkrankung entstandene psychische Belastung zu lindern und Patienten auf ihrem Behandlungsweg zu unterstützen. Weiterhin soll psychischen Fehlentwicklungen im Zuge der persönlichen Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit präventiv entgegengetreten werden und gemeinsam neue Perspektiven in der veränderten Lebenssituation erarbeitet werden (Schwarz, Götze 2008). Die Lebensqualität des Patienten soll erhalten oder wiederhergestellt werden. Konkrete Aufgaben im klinischen Alltag bestehen einerseits in einer gezielten, psychoonkologischen Diagnostik, der differenzialdiagnostischen Abklärung psychischer Störungen und der gezielten Feststellung des Behandlungsbedarfs. Dazu bieten die in unterschiedlichen Settings integrierten Angebote einen niederschweligen Zugang zu Beratungsgesprächen oder zu einer Psychotherapie. Die Therapiekonzepte sind zumeist supportiv und ressourcenorientiert ausgelegt (Reuter 2010).

Wichtig für eine patientenorientierte, psychoonkologische Versorgung ist die Integration der behandelnden Psychoonkologen in ein interdisziplinäres Team. Hierzu werden psychoonkologische Versorgungsstandards zunehmend in den medizinischen Versorgungsleitlinien verankert (Reuter 2010). Von der deutschen Krebsgesellschaft werden daneben regelmäßig fachspezifische Leitlinien für Psychoonkologen publiziert. Sie enthalten Ergebnisse neuer Interventionsstudien sowie Diskussionen über wichtige psychosoziale Gesichtspunkte für die Therapie (Schwarz, Götze 2008). Seit den 80-er Jahren existieren Fachverbände für psychoonkologisch tätige Personen, die eine berufsübergreifende Fort- und Weiterbildung anbieten. Für die Anerkennung als

psychoonkologische Fachkraft ist inzwischen eine Zusatzqualifikation nötig (Schwarz, Götze 2008).

## **2.1 Psychoonkologische Versorgungssituation**

In den letzten Jahren sind deutliche Fortschritte in der psychoonkologischen Versorgung und Forschung zu verzeichnen (Mehnert et al. 2003). Betrachtet man die gesamten Rahmenbedingungen für psychoonkologische Versorgung und Forschung in Deutschland vor einigen Jahren, so gab es in Teilbereichen gut ausgebaute Strukturen, in der Mehrzahl aber war der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis noch ungenügend (Mehnert et al. 2003). Betroffen war vor allem die psychosoziale Betreuung von Patienten in der medizinischen Akutversorgung. Die Integration psychosozialer Betreuungs- und Unterstützungsangebote in die medizinische Akutbehandlung war mit einer Reihe von Schwierigkeiten verbunden wie beispielsweise dem Vorrang der medizinischen Behandlung, einem oft kritischen oder sich schnell verändernden Gesundheitszustand der Patienten und Vorbehalten gegenüber einer psychologischen Unterstützung (Keller 2000). Eine weitere Barriere stellte und stellt die Finanzierung und Organisation psychosozialer Dienste dar, insbesondere in Anbetracht verkürzter Verweildauern in Akutkliniken durch die Vergütung auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs).

Einen entscheidenden Fortschritt in der Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgungssituation sieht man in der Einrichtung von Organzentren bzw. onkologischen Zentren. Diese hat die deutsche Krebsgesellschaft zusammen mit anderen Fachgesellschaften etabliert. Der wesentliche Vorteil der Organzentren sind bessere strukturelle Voraussetzungen für eine angemessene psychoonkologische Versorgung (Giesler, Weis 2009). Im Bereich der Organzentren sind vor allem Brustzentren in der Entwicklung weit fortgeschritten; die Zertifizierung eines Brustzentrums erfolgt durch das Angebot einer umfassenden psychoonkologischen Versorgung für alle Brustkrebspatientinnen, die durch vielfältige therapeutische Angebote realisiert wird. Weiterentwicklungsbedarf besteht nach Ansicht von Experten in der Informationsweitergabe zu psychoonkologischen Unterstützungsangeboten durch

die behandelnden Ärzte sowie in einem standardmäßig etablierten Screening der Patienten in Bezug auf den psychosozialen Unterstützungsbedarf (Giesler, Weis 2009).

## **2.2 Krebserkrankungen und psychische Belastung**

Der Einbruch einer Krebserkrankung stellt ein sehr belastendes Lebensereignis dar. Sowohl die Krankheit selbst als auch die zum Teil beträchtlichen Nebenwirkungen der chirurgischen, Strahlen- und Chemotherapie schränken den Kranken in vielen Bereichen ein.

Das Ausmaß an psychosozialer Belastung als Folge einer Tumorerkrankung hängt von mehreren Variablen ab; so zum Beispiel von der Behandlungsart, dem Stadium der Krebserkrankung und der Unterstützung durch Freunde, Angehörige und Bekannte (Söllner et al. 1999). Das Auftreten psychischer Belastungsreaktionen steht zudem in engem Zusammenhang mit besonders belastenden Ereignissen im Krankheitsverlauf wie Diagnosestellung, Beendigung der Primärbehandlung, Erwartung eines Rezidivs, dem Fortschreiten der Krebserkrankung sowie einer palliativen Behandlung. In jeder Phase der Krebserkrankung kann es zu einer existenziellen Krise des Patienten kommen, wenn er sich mit dem Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung, mit Themen wie Patientenverfügung oder dem eigenen Lebensende auseinandersetzen muss. Jüngere Patienten sehen den Einbruch einer Krebserkrankung belastender als ältere Menschen. Auch geschlechterspezifisch ergeben sich Unterschiede; so fühlen sich Frauen mehr durch ihre Erkrankung belastet als Männer. Auch psychische Vorerkrankungen wirken sich auf die Krankheitsverarbeitung und die individuelle Anpassung an die neue Situation aus (Sanson-Fisher et al. 1999).

Etwa 30 bis 50 % aller Krebspatienten gelten als psychisch belastet (Zabora et al. 2001). Ungefähr 30 % der Patienten sind psychoonkologisch behandlungsbedürftig, davon benötigen 5 - 10 % akute psychoonkologische Hilfe (Zabora et al. 2001). Studienergebnissen nach nimmt ca. ein Drittel aller Krebspatienten im Laufe ihrer Erkrankung eine spezifische psychoonkologische Behandlung in Anspruch (Strittmatter 1997). Dennoch werden insgesamt nur etwa 10 % aller behandlungsbedürftigen Patienten tatsächlich psychoonkologisch behandelt (Newell 2002).

Der Patient sieht sich bei Einbruch einer Krebserkrankung mit folgenden Einschränkungen konfrontiert:

### ***2.2.1 Gedanken an das Sterbenmüssen***

Durch die Beschäftigung mit der Krankheit und ihrem möglichen Verlauf drängt sich immer wieder die Möglichkeit des Sterbenmüssens auf, die beim Gesunden eher unbewusst bleibt (Faller 2005). Die Integrität des eigenen Daseins ist plötzlich gefährdet und man muss sich gezwungenermaßen mit dem eigenen Tod auseinandersetzen. Die natürliche Selbstverständlichkeit des Seins ist mit dem Einbruch der Krebserkrankung verloren gegangen (Faller 2009). Dies birgt die dem Mensch ureigene Todesangst. Allein die gedankliche Auseinandersetzung mit den möglichen Konsequenzen der eigenen Erkrankung ist zutiefst quälend und stellt einen Belastungsfaktor neben der Krankheit an sich dar. Häufig sind die Gedanken der Patienten überladen von katastrophisierenden Fantasien und volksweisheitlichen Vorstellungen von der Krebserkrankung. Überlieferte Weisheiten in der Laienmedizin gehen zum Beispiel dahin, verschiedene Umwelteinflüsse wie die vermeintlich schädigende Wirkung von Baustoffen oder von schulmedizinischen Medikamenten für die Entstehung einer Krebserkrankung verantwortlich zu machen. Auch die Vorstellung, Krebserkrankungen seien die Strafe für moralisch fehlerhaftes Handeln, ist in der Bevölkerung weit verbreitet (Meerwein, Bräutigam 2000).

### ***2.2.2 Aspekte der eingeschränkten Funktionsfähigkeit***

Die Funktionsfähigkeit des Körpers ist durch die Krankheit oder die Therapie in vielen Fällen beeinträchtigt. Der Patient sieht sein eigenes Körperbild verletzt. Er muss dieses neue, fehlerhafte Bild in sein Bewusstsein integrieren. Dies erfordert eine hohe psychische Anpassungsfähigkeit. Gerade in Zeiten von Bodykult, Schlankeitswahn und vermeintlich ewiger Jugend ist es besonders schwierig, körperliche Mängel und offensichtliche Anzeichen einer Krebserkrankung zu akzeptieren und sich mit diesen Mängeln selbstbewusst in der Öffentlichkeit zu bewegen. Trotz der Bemühungen, die

eigene Krankheit zu akzeptieren, kommen häufig Gefühle von Hilflosigkeit, Scham und Abhängigkeit auf (Faller 2005).

### ***2.2.3 Krankheitsbedingt reduzierte Autonomie***

Die Krankheit zwingt den Patienten, seine Autonomie zumindest teilweise aufzugeben und andere Menschen entscheiden zu lassen, was im Moment der eigenen Entscheidungsunfähigkeit das Beste ist. Der Patient legt sein wichtigstes Gut - seine Gesundheit - in die Hände eines Arztes oder in die eines Angehörigen in dem Vertrauen, derjenige möge die für ihn beste Entscheidung treffen. Um gerade das Gegenteil, nämlich Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu demonstrieren, weisen manche Patienten gut gemeinte Hilfsangebote durch Ärzte und Pfleger zurück (Faller 2005).

### ***2.2.4 Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls***

Aus psychoanalytischer Sicht stellen die genannten psychischen Belastungen eine narzisstische Kränkung für den Patient dar. Das bedeutet, dass der Patient in dem, was er als stolzes, unabhängiges und fähiges Selbst erlebt, verletzt wurde. Das Selbstwertgefühl wird zudem dadurch geschmälert, dass äußerliche Schönheit und Unversehrtheit nicht mehr in dem Maße bestehen wie vor der Krankheit. Die Persönlichkeit jedes Einzelnen spielt hierbei eine wichtige Rolle. Festzuhalten bleibt, dass das Individuum sensibler wird für Affekte wie Wut, Trauer, Schmerz und Angst (Faller 2005).

### ***2.2.5 Soziale Aspekte der Krebserkrankung***

Durch eine Krebserkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen werden ganze Lebensentwürfe infrage gestellt. Vor allem dadurch, dass Alltagstätigkeiten nicht mehr oder nur noch in begrenztem Umfang ausgeführt werden können, müssen Familien- und Berufsplanung nach der Diagnosemitteilung häufig drastisch verändert

werden. Patienten hadern in dieser Situation häufig mit der Ungerechtigkeit des Schicksals. Die Vorstellung, im Leben benachteiligt worden zu sein, verbunden mit Schuldgefühlen, verschlechtert die Stimmung und kann sich in gereiztem und aggressivem Verhalten äußern (Faller 2005).

Zwischenmenschliche Kontakte können sich in Folge dessen als schwierig gestalten. Das Thema Krebs stellt in der zwischenmenschlichen Kommunikation immer noch ein Tabu dar. Angehörige trauen sich nicht, die Erkrankung offen anzusprechen; mitunter wird das Thema auch völlig vermieden. Mangelnde Kommunikation wiederum kann zu sozialem Rückzug führen, ebenso wie eine soziale Stigmatisierung. Die noch immer deutlich vorhandene Stigmatisierung Krebskranker steht in Verbindung mit der Negativbehaftung des Wortes „Krebs“. Sowohl Laien als auch Ärzte und andere medizinisch Fachkundige assoziieren Krebs mit Schmerzen, Leid und Tod (Senn, Glaus 1997). Daneben spielt die vermeintliche Unheilbarkeit der Erkrankung eine große Rolle und erzeugt Befangenheit auf beiden Seiten. Verbunden damit ist die Angst des Patienten vor einer möglichen ärztlichen Ohnmacht, in der es letztlich von medizinischer Seite aus nicht mehr möglich sein könnte, die Erkrankung zu heilen oder am Progress zu hindern (Glaus et al. 1997).

### ***2.2.6 Ärztliche Kommunikation über das Thema Krebs***

In der Kommunikation zwischen Patient und Arzt gestaltet sich das Thema Krebs als sehr schwierig. Vor 20 Jahren war es im stationären Bereich üblich und wurde auch in der universitären Ausbildung gelehrt, Patienten ihre Diagnose nicht mitzuteilen (Meerwein, Bräutigam 2000). Dies sollte nach Ansicht der Ärzte dem Schutz des Patienten und seiner Angehörigen dienen. Mitunter wurde sogar die „gnädige Lüge“ angewandt, wobei histologische Befunde gezielt fehlinterpretiert wurden und dem Patient in Bezug auf seine gesundheitliche Zukunft irrationale Aussichten vermittelt wurden. Man war der Ansicht, im vermeintlichen Interesse des Patienten zu handeln und so einem möglichen Suizid vorbeugen zu können. Studien weisen auf eine erhöhte Suizidrate unter Krebskranken hin; dem wollte man durch eine Abschirmung des Kranken vor unangenehmen Erlebnissen vorbeugen (Stiefel et al. 1989).



Das gezielte „Nicht-Informieren“ von Patienten, die unter einer Tumorerkrankung leiden, gilt heute als überholt und wird kaum noch praktiziert. Es ist üblich und selbstverständlich, den Patienten in angepasster Art und Weise über seine Erkrankung, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären (Senn, Glaus 1991). Das Verhältnis Patient-Arzt wird hierbei partnerschaftlich gestaltet (Faller, Lang 2010).

Eine Orientierungshilfe für ein Aufklärungsgespräch (Zum Beispiel zum Mitteilen einer Diagnose) ist, zunächst das Informationsbedürfnis des Patienten zu erfragen. Der Arzt sollte sich hierbei an den Präferenzen des Patienten orientieren. Es ist sinnvoll, sich im vornherein zu erkundigen, wie der Informationsstand des Patienten ist und wo man ihn mit den eigenen Fachinformationen „abholen“ kann. Im Gespräch sollte in verständlicher Alltagssprache auf alle Gesichtspunkte der Erkrankung eingegangen werden. Auch peinliche Themen sollten nicht ausgeklammert, sondern direkt und feinfühlig angesprochen werden. Zwischendurch sollte der Arzt sicherstellen, dass der Patient inhaltlich folgen kann und alle Informationen verstanden hat. Gegebenenfalls kann man den Patient bitten, die Information in seinen eigenen Worten zu wiederholen. Darüber hinaus sollte im Gespräch genug Raum für Rückfragen sein. Beim schwierigen Punkt der Prognoseeinschätzung sollte dem Patient ein breiter Zeitrahmen vermittelt werden, der es ihm ermöglicht, seine persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Zumeist ist aus medizinischer Sicht keine genaue Einschätzung der verbleibenden Überlebenszeit möglich. Für den Patienten wichtig zu wissen ist, dass er nach ausreichender Informationsvermittlung die Möglichkeit hat, über seine Behandlungsmöglichkeiten mit zu entscheiden. Diese Möglichkeit sollte im Gespräch deutlich vermittelt werden. Es sollte weiter abgeklärt werden, ob der Patient diese Möglichkeit überhaupt in Anspruch nehmen möchte. Im Gesprächsverlauf sollte der Arzt zuerst auf die Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen zu sprechen kommen, dem Patienten dadurch Hoffnung vermitteln und dem Gespräch insgesamt einen optimistischen Tenor verleihen. Der Patient sollte dazu ermuntert werden, seine Gefühle zu äußern. Negative Gefühle sollten ebenfalls thematisiert werden, evtl. kann zu diesem Zeitpunkt eine Information über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten stattfinden (Faller, Lang 2010).

### 2.3 Psychische Störungen bei Krebserkrankungen

Das Ausmaß des emotionalen Distress bei Krebspatienten ist unterschiedlich groß. Die Spannweite reicht vom Auftreten normaler Gefühle wie Trauer, Verletzlichkeit und Angst bis hin zum voll ausgeprägten Bild einer psychischen Störung (Faller 2009). Eine US-amerikanische Konsensuskonferenz zum Thema Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen kam zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl betroffenen Patientinnen die Krankheit gut bewältigt (Hewitt et al. 2004). Gelingt die psychische Anpassung eines Patienten an die Krankheit jedoch nicht, können sich unterschiedliche psychische Störungsbilder manifestieren. In der psychoonkologischen Forschung wurde in den vergangenen Jahren vor allem international eine Reihe von Studien zur Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Krebspatienten durchgeführt (Sellick, Crooks 1999; Stark, House 2000; Massie 2004; Härter et al. 2007; Berger 2009).

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Krebserkrankten zeigen, dass die häufigsten Störungsbilder im Bereich der Anpassungsstörungen, Angst und Depression liegen (Tabelle 2; Hund et al. 2008). Seltener treten posttraumatische Belastungsstörungen auf. Insgesamt gesehen ist das Auftreten psychischer Störungen unter einer Krebserkrankung deutlich höher als in der Normalbevölkerung. Es wird geschätzt, dass 35 bis 40 Prozent aller stationären Patienten zusätzlich zu ihrer somatischen Erkrankung psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen (Bengel et al. 2003). Psychische Belastungen, die nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, werden bei 20 bis 40 Prozent der Betroffenen festgestellt (Faller 2009). Bei einem großen Anteil psychisch beeinträchtigter Patienten werden in der medizinischen Versorgung diese Probleme aber weder hinreichend erkannt noch adäquat behandelt (Mehnert et al. 2006).

Tabelle 2: Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen bei Krebskranken (Hund et al. 2008)

Störungsbild	Prävalenzen
Anpassungsstörungen	2 – 52 %
Angststörungen	1 – 49 %
Depression	0 – 58 %
PTSD	0 – 32 %

Bislang kaum untersucht wurden somatoforme Störungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen bei Krebspatienten. Diese werden im Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 Kategorien systematisch erfasst und diagnostiziert.

## **2.4 Die Rolle subjektiver Krankheitstheorien bei der psychischen Anpassung an eine Krebserkrankung**

Grundsätzlich unterscheidet man in Bezug auf die Ursache einer Erkrankung eine subjektive und eine wissenschaftliche Krankheitstheorie. Viele Krebskranke erleben die Diagnose ihrer Erkrankung als existenzielle Bedrohung. Sie stellt das sinnhafte Erleben und die Selbstwirksamkeit, mit der das Leben aus eigener Kraft bewältigt werden kann, infrage. In einer so bedrohlichen Situation entwickeln Betroffene eigene Vorstellungen darüber, wie es zu der Erkrankung gekommen sein könnte und wie ihr Verlauf und ihre Folgen sein werden. Diese Vorstellungen werden als „subjektive Krankheitstheorien“ bezeichnet. Nach der subjektiven Krankheitstheorie ergibt sich bei 40 Prozent der Patienten die schicksalhafte Frage: „Warum gerade ich?“. Häufig geht die Auseinandersetzung mit der Krankheit auch mit vorwurfsvoller und schuldhafter Verarbeitung einher, gerade bei psychosomatischen Krankheitsvorstellungen (Faller 1993; Faller, Jelitte 2010). Selbstverursachungsüberzeugungen sind Symptom eines vorwiegend depressiven Krankheitserlebens und Zeichen einer maladaptiven Krankheitsauseinandersetzung. Patienten dagegen, die Umwelteinflüsse für die Entstehung ihres Leidens verantwortlich machen, also externen Bedingungen die Verantwortung für das eigene Leid zuschreiben, gelingt die Krankheitsanpassung besser (Faller et al. 1996; Wolf 1995).

Eine subjektive Krankheitstheorie gibt dem Patient ein Gefühl von Sicherheit gegen Unvorhersehbares und Schicksalhafteres, dem er ansonsten hilf- und schutzlos ausgeliefert wäre. Häufig bietet die selbst geschaffene Theorie dem Patienten nur vermeintlich Sicherheit, denn sie lässt die Schuld beziehungsweise die Eigenverantwortlichkeit für die Erkrankung beim Patienten und schafft damit eine psychische Belastung. Der Patient wird im ärztlichen Gespräch das selbst konstruierte Modell der Krankheitsentstehung gegen empirisch gesicherte wissenschaftliche

Ergebnisse verteidigen. Hierbei spielt die Sicht jedes Kranken auf seine Zukunftsaussichten eine wichtige Rolle. Wenn die Prognose schlecht ist und der Patient davon vollständig in Kenntnis ist, klammert er sich noch fester an seine Krankheitstheorie. Subjektive Krankheitstheorien sind dadurch, dass sie eine vermeintliche Sicherheitsfunktion für den Patienten erfüllen, hochgradig änderungsresistent. Wichtig ist bei der Betrachtung subjektiver Krankheitstheorien, dass sie nicht als Ursache, sondern als Folge der Erkrankung einzuordnen sind. Die Ursachenzuschreibungen, die Kranke für sich selbst vornehmen, finden Sinn in dem Schutz, den sie vor bedrohlichen Vorstellungen über onkologische Leiden und in der Verhinderung einer sozialen Aussonderung bieten (Meerwein 2000).

Positive Aspekte subjektiver Krankheitstheorien sind auf der anderen Seite Sinnfindungsprozesse, die zu einer Neuorientierung der Lebensziele führen können. Dieser Prozess wird als „benefit finding“ bezeichnet. Krebskranke ändern ihre Maßstäbe, anhand derer sie ihre Lebensqualität bewerten (sogenannte „response shift“). Krebskranke bewerten ihre Lebensqualität oft besser als Gesunde (Herschbach 2002; Faller, Jelitte 2010).

Für Krebskranke ist darüber hinaus das Gefühl bzw. die Fähigkeit, durch ihr Verhalten im Rahmen der Krankheitsbewältigung ihr Wohlbefinden verbessern zu können, wesentlich. Dies nennt man Selbstwirksamkeit. Das Selbstwirksamkeitserleben kann gefördert werden durch psychoedukative Interventionen, die so die Lebensqualität von Krebskranken nachweislich verbessern (Faller, Jelitte 2010).

## **2.5 Informationsbedürfnis bei Krebskranken**

Der Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient stellt im Rahmen jeder therapeutischen Intervention einen wesentlichen Bestandteil dar (Mossman et al. 1999). Das Informationsbedürfnis krebskranker Patienten ist unterschiedlich ausgeprägt. Zu Beginn der Behandlung betreffen Fragen vor allem den klinischen Bereich und die dort verfügbaren medizinischen Informationen über die Erkrankung und die Therapiemöglichkeiten. Im Status der Remission oder Rehabilitation reichen sie bis zu Fragen zu praktischen Alltagstätigkeiten, die unter der Erkrankung oder später nicht mehr durchgeführt werden können und professioneller Unterstützung bedürfen.

Um mit der bedrohlichen, unvorhersehbaren Situation fertig werden zu können, ist es für Krebskranke im Rahmen der Krankheitsbewältigung wichtig, sich über die eigene Erkrankung zu informieren. Dies spiegelt sich im großen Informationsbedürfnis von Krebskranken wider (Harrison et al. 1999). Indem Patienten Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten erhalten, wird ihnen ermöglicht, das verlorengegangene Erleben von Kontrolle wiederzugewinnen (Faller 2009). Weitere Funktionen der Informationsvermittlung sind die Reduktion von Angst, Vermittlung von Sicherheit, Entwicklung realistischer Erwartungen, eine Verbesserung der Compliance und Förderung von Partizipation und Krankheitsmanagement des Patienten (Mills, Sullivan 1999). Untersuchungen haben gezeigt, dass der Großteil krebskranker Patienten vollständig über Erkrankung, Behandlung und Prognose informiert sein möchte - egal, ob diese gut oder schlecht ist (Fallowfield et al. 1995; Meredith et al. 1996; Jenkins et al. 2001; Faller, Weis 2005; Vogel et al. 2007). Viele Patienten wünschen sich mehr Informationen und unterstützende Zuwendung, obwohl sie mit der klinischen Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zufrieden sind (Sanson-Fisher et al. 2000). Ein Drittel psychisch beeinträchtigter Tumorpatienten mit praktischen und sozialen Problemen in der Familie oder am Arbeitsplatz klagt über einen Mangel an Information über ihre Erkrankung (Houts et al. 1986; Moorey, Greer 1989; Strittmatter et al. 1998).

Krebspatienten schätzen Untersuchungen nach krankheitsspezifische Informationen, Informationen über die Behandlung und bezüglich einer Rehabilitation als am wichtigsten ein (Rutten et al. 2005). Frauen haben in der Regel ein höheres Informationsbedürfnis als Männer mit einer gleichartigen Krebserkrankung (Rabe, Braun 2002). Dennoch ist das Informationsbedürfnis bei jedem Patienten unterschiedlich ausgeprägt und sollte im Vorfeld erfragt werden. Es variiert in Anhängigkeit von Zeit, persönlicher Einstellung zur Krankheit, soziodemografischen Variablen wie Alter und weiteren kontrovers diskutierten Faktoren wie dem Krankheitsstadium (Mossman et al. 1999). Zu Beginn steht das Informationsbedürfnis nach Behandlung, Erfolgsaussicht, aber auch der Krankheit an sich im Vordergrund, während sich Patienten in der Nachsorge Informationen über das Erkrankungsrisiko für Familienmitglieder und Möglichkeiten des Selbstmanagements wünschen (Vogel et al. 2008).

Auf der Grundlage der Informationen, die ein Patient über seine Erkrankung erhalten hat, geht man je nach Studienlage von einem Mitentscheidungsbedürfnis von 35% bis zu 85% aus (Faller 2005). Das Bedürfnis, an Entscheidungen über Behandlung und Nachsorge beteiligt zu werden, steht an zweiter Stelle nach dem Informationsbedürfnis (Faller, Weis 2005). Informationen über die Erkrankung geben Patienten Sicherheit, sich im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung ein Urteil zu bilden, mit dem Arzt eigene Präferenzen zu besprechen und gemeinsam eine Therapie zu beschließen (Hamann et al. 2005). Der Weg der gemeinsamen, gleichberechtigten Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient wird als „shared decision making“ bezeichnet. Nach dem Informationsbedürfnis und der Möglichkeit, an Therapieentscheidungen mitbeteiligt zu werden, folgen patientenseitig Bedürfnisse nach professioneller psychosozialer Unterstützung (Faller 2009).

Der aktuelle Stand der Forschung geht dahin, Selbsteinschätzungsverfahren als Standardmessinstrument für das Bedürfnis nach Information in den klinischen Alltag zu integrieren, da es bei dem Wunsch nach Information um ein subjektives Bedürfnis des Erkrankten geht, das am besten durch ihn selbst beurteilt werden kann. Es hat sich herausgestellt, dass Fremdeinschätzungen durch Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige nicht immer den Wünschen des Erkrankten entsprechen. Selbst- und Fremdeinschätzung entsprechen sich nur teilweise und sind nicht gegeneinander ersetzbar, sondern sollten sich eher gegenseitig ergänzen, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen (Faller 2005).

Der Arzt sollte dem Patienten, besonders wenn dieser ein Informationsbedürfnis bezüglich seiner Erkrankung äußert, in jeder Phase der Krankheitsverarbeitung freundlich und akzeptierend gegenüberzutreten. Gerade bei Patienten, die im ärztlichen Kontakt schwierig sind, erfordert der Umgang Zurückhaltung, Geduld und Selbstbeherrschung. Es ist wichtig, das Vertrauensverhältnis aufrechtzuerhalten und zu fördern, denn nur so kann in der Rolle als medizinisch Verantwortlicher für den Patienten entschieden werden, was das Beste ist, sollte der Patient aufgrund der Erkrankung nicht oder nicht mehr in der Lage sein, selbst zu entscheiden. Je intensiver Angst, Panik und das Gefühl der Hilflosigkeit beim Patienten sind, umso stärker wird der Wunsch werden, in der Beziehung zum Arzt Ruhe, Sicherheit und ein intaktes

Selbstgefühl wiederzufinden. Empathie und verständnisvolle Präsenz am Krankenbett dienen dazu, dieses Gefühl zu vermitteln, wo es verloren gegangen ist, oder zu stärken, wo es beeinträchtigt worden ist. Das Einfühlen hat damit nicht nur diagnostische, sondern auch therapeutische Funktion (Meerwein 2000).

Viele Krebspatienten klammern sich in der Hoffnungslosigkeit ihrer Erkrankung an paramedizinische Heilverfahren und opfern für diese Art von Behandlungen enorme finanzielle Summen. Es ist Aufgabe des betreuenden Arztes, den Patient über die Effektivität solcher auf der Basis von Placebo-Effekten wirksamen Mittel hinzuweisen. Der Patient sollte in seiner physisch und psychisch geschwächten Situation vor Ausbeutung und Betrug abgeschirmt werden oder zumindest wahrheitsgetreu informiert sein. Zahlreiche Patienten schämen sich nämlich, dieses Problem dem Arzt gegenüber anzusprechen (Meerwein 2000).

## **2.6 Psychosoziale und soziale Unterstützung bei Krebskranken**

### ***2.6.1 Definition sozialer und psychosozialer Unterstützung***

Die psychosoziale und die soziale Unterstützung unterscheiden sich dahingehend, dass soziale Unterstützung durch das Umfeld mit Angehörigen, Freunden und anderen, nicht psychologisch oder ärztlich geschulten Personen erfolgt, während psychosoziale Unterstützung durch professionell geschulte Kräfte wie Psychotherapeuten oder Psychiater stattfindet und unter dem Begriff „psychoonkologische Betreuung“ zusammengefasst wird (Cohen et al. 1984).

#### Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein multidimensionales Konstrukt, das in der medizinspsychologischen Forschung in den vergangenen Jahren vielfach untersucht wurde (Bloom 1986; Winemiller et al. 1993). Diese Form der Unterstützung ist das Produkt aus Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk, aus Kommunikation und gegenseitigen Verpflichtungen, die dem Einzelnen das Gefühl gibt, umsorgt, geliebt, geschätzt und anerkannt zu werden (Cobb 1976). In der Literatur wird zwischen

wahrgenommener und tatsächlich erhaltener, sozialer Unterstützung differenziert. Die unterschiedlichen Ansätze beinhalten Quellen, Häufigkeit, Gestaltung, Qualität und Aspekte wie emotionale, instrumentelle, informative und evaluative Formen der sozialen Unterstützung (Barrera 1986; Dunkel-Schetter, Bennet 1990; Winemiller et al. 1993; Schulz et al. 1998).

### Psychosoziale Unterstützung

In der Literatur existiert eine Vielzahl von wissenschaftlichen Definitionen für das Konstrukt „psychosoziale Unterstützung“; die unterschiedlichen Ansichten dazu sind entsprechend heterogen (Cohen et al. 1984). Basale psychosoziale Unterstützung umfasst alle Hilfen, die die emotionale und kognitive Orientierung des Patienten fördern. Sie erleichtert besonders in der Initialphase einer Tumorerkrankung den schrittweisen Wiedergewinn von Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Zukunftsperspektive. Angewandte psychosoziale Unterstützung findet häufig durch kurzfristiges Krisenmanagement statt, das sich an aktuellen Problemen des Patienten orientiert (Keller 2001).

In Angaben von Patienten zum Thema psychosoziale Unterstützung finden sich vor allem positive Zusammenhänge, die überwiegend mit der subjektiv wahrgenommenen Verfügbarkeit psychosozialer „Ressourcen“ genannt werden (Cohen et al. 1984).

#### ***2.6.2 Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei onkologischen Patienten***

Psychosoziale Unterstützungsbedürfnisse von Patientenseite umfassen ein breites Spektrum. Dazu gehören Bedürfnisse nach Unterstützung in Bezug auf psychische Belastungen, körperliche, soziale und sexuelle Probleme, Alltagsbewältigung und medizinische Versorgung. Weitere Unterstützungsbedürfnisse betreffen spirituelle Belange sowie die Arzt-Patient-Kommunikation (Mehnert 2011). Das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ist sehr hoch und reicht, ungeachtet untersuchter Versorgungsbereiche und Patientengruppen in Übersichtsarbeiten bis zu 93% (Harrison et al. 2009). In einer australischen Studie, die die Patienten zu ihren Wünschen in den Bereichen Alltagsaktivitäten, psychosoziale Unterstützung, Informationsbedürfnis und



sexuelle Bedürfnisse befragte, stellte sich heraus, dass in allen Bereichen der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an erster Stelle stand (Sanson-Fisher et al. 1999).

Weitere Studienergebnisse zum Wunsch nach psychosozialer Unterstützung lassen darauf schließen, dass ein Großteil der Patienten nicht von sich aus das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußert. Die Gründe dafür können in einem stabilen sozialen Netz oder in dem ausdrücklichen Wunsch, kein Gespräch über die Krankheit und deren Folgen führen zu wollen, begründet sein. Studiendaten zufolge äußerte beispielsweise nur ein Drittel eines Kollektivs von Mammakarzinompatientinnen den Wunsch, überhaupt über ihre Erkrankung sprechen zu wollen (Faller et al. 2003). In einer holländischen Stichprobe gaben lediglich 26 Prozent der befragten Krebspatienten an, über ihr Erkrankung sprechen zu wollen (van Haarten, van Noort 1998). Andere Studien ließen bei der Befragung von Tumorpatienten eines deutschen Kreiskrankenhauses erkennen, dass 42 Prozent der stationären Patienten psychologische Gespräche als sehr wichtig erachteten (Muthny, Küchenmeister 1998). Patienten wünschen sich, von ihrem behandelnden Arzt gefragt zu werden, ob sie psychosoziale Unterstützung brauchen und möchten, dass der Arzt eine aktive Rolle in der Bewältigung psychosozialer Probleme einnimmt (Miller, Pittman 2003). Wie stark das Unterstützungsbedürfnis bei jedem einzelnen Patienten ausgeprägt ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab; so kann der Bedarf an Art und Umfang der Unterstützung sich im Verlauf der Erkrankung verändern: Steht im Rahmen der Diagnose und Primärbehandlung eine rein informative, sachliche Unterstützung im Vordergrund, kann im weiteren Krankheitsverlauf die emotionale Unterstützung an Bedeutung gewinnen (Nelles et al. 1991). Die signifikante Zunahme der Bedürfnisse nach emotionaler Unterstützung mit der Dauer der Erkrankung wird durch weitere Studien bestätigt (Dowell et al. 2010).

In anderen Studien scheint das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zeitkonstant; dort wird kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung seit der Erstdiagnose und den vorhandenen psychosozialen Bedürfnissen des Patienten gesehen (Rabe, Braun 2002). Weiterhin spielt das Geschlecht bei dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung eine Rolle; Frauen weisen auf die Frage nach dem psychosozialen Unterstützungsbedürfnis hin höhere Werte auf als Männer (Sanson-Fisher et al. 1999). Dies bestätigen aktuelle Studien, dort äußert im Schnitt

einer von vier weiblichen Patienten das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, während es bei männlichen Patienten nur einer von zehn tut (Merckaert et al. 2010). Dieses Phänomen mag zum Teil im traditionellen Rollenverhalten begründet sein, in dem es Frauen eher als Männern gestattet ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen, während es unter Männern als schwach gilt. Auch haben Frauen in der Familie meist eine unterstützende, Hilfe leistende Rolle inne und tendieren eher dazu, sich außerhalb der Familie Hilfe zu suchen (Merckaert et al. 2010).

Ältere Patienten tun sich offensichtlich schwerer damit als jüngere Patienten, den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung offen auszusprechen und in der ärztlichen Kommunikation anzubringen. Ältere Erkrankte gehen auf Nachfrage oft von dem Gefühl aus, selber mit ihrer Erkrankung fertig werden zu müssen und behalten ihre psychosozialen Bedürfnisse für sich (Sanson-Fisher et al. 1999; Merckaert et al. 2010).

Das Unterstützungsbedürfnis wird daneben beeinflusst durch die Therapiemodalität; Patienten unter einer Hormontherapie äußern häufiger das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung als Patienten, die eine Chemotherapie machen (Merckaert et al. 2010). In weiteren Studien wird deutlich, dass Patienten mit unklarem Krankheitsstatus oder Patienten, die sich nicht in Remission befinden, häufiger das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung äußern. Sie leiden unter der höchsten psychischen Belastung durch die schlechte Prognose und die hohe Mortalität. Dies ist vor allem der Fall bei Tumoren der Lunge, der Bauchspeicheldrüse und des Gehirns (Zabora et al. 2001). Diese Patienten nehmen vorhandene Ressourcen durch Familie und Freunde weniger wahr als Remissionspatienten. Patienten, die ihre Diagnose zu einem bereits fortgeschrittenen Krankheitsstadium erhalten oder bereits psychisch erkrankt sind, verlangen ebenfalls in höherem Maß nach professioneller Hilfe als Patienten, bei denen dies nicht zutrifft. Patienten, die über ein Jahr Therapiepause hatten, bevor sie erneut eine Klinik aufsuchten, gaben auf Nachfrage weniger Bedarf an psychosozialer Unterstützung an als diejenigen, die sich durchgehend in Therapie befanden (Sanson-Fisher et al. 2000).

### ***2.6.3 Ausmaß des psychosozialen Unterstützungsbedürfnisses***

Eine Reihe von Studien im deutschsprachigen Raum hat in den letzten Jahrzehnten versucht, das Ausmaß an psychosozialen Unterstützungsbedürfnis unter Krebspatienten zu ermitteln. Die Untersuchungsergebnisse zeigen übergreifend ein großes Maß an Unterstützungsbedürfnis von onkologischen Patienten.

Die Studienlage um das Jahr 2000 ging von einem Missverhältnis zwischen dem wachsenden Kenntnisstand in der Psychoonkologie und der eingeschränkten Verfügbarkeit psychoonkologischer Versorgungsangebote für Patienten und deren Angehörige aus (Holland 1998; Tschuschke 2002).

Die Ergebnisse einer an der Universität Innsbruck zum Thema „Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung“ zeigten, dass 73,3 Prozent der Patienten sich zusätzliche unterstützende Gespräche mit einem Arzt wünschten (de Vries et al. 1998). 41,6 Prozent der Patienten waren an zusätzlicher psychotherapeutischer oder sozialrechtlicher Beratung interessiert, wobei insgesamt mehr Frauen als Männer Interesse äußerten. Patienten mit rezidivierender oder metastasierender Erkrankung zeigten mehr Interesse an Unterstützung durch Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter als Patienten, die sich in Remission befanden. Patienten mit Malignomen des Gehirns und im HNO-Bereich hatten insgesamt den stärksten Unterstützungswunsch. Neben diesen beiden Diagnosegruppen äußerten Mammakarzinompatientinnen am häufigsten Interesse an psychotherapeutischen Gesprächen. Patienten, die sich unterstützende Gespräche wünschten, fühlten sich insgesamt stärker belastet als Patienten, die kein Interesse daran hatten. Dabei gaben die Patienten Angst vor einem Fortschreiten des Tumors, mehr bedrückte Stimmung und mehr Sorgen um die Wiederaufnahme der Arbeit an als Patienten, die keine ärztliche Unterstützung wünschten.

Fast 37 Prozent der Patienten gaben eine über den Schwellenwerten des Hornheider Fragebogens liegende Belastung an. Mit diesem Selbstbeurteilungsfragebogen werden anhand einer Verknüpfung aus Selbsteinschätzungen und expertendefinierten Schwellenwerten Tumorpatienten mit psychischer Belastung identifiziert, von denen angenommen wird, dass sie psychoonkologische Unterstützung benötigen. Allerdings

wird die Zulässigkeit des Schlusses, dass das subjektive Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und der von außen festgestellte Betreuungsbedarf übereinstimmen, kontrovers diskutiert. Denn wie bereits beschrieben gehen das tatsächliche Bedürfnis des Patienten und der expertendefinierte Betreuungsbedarf, der über die Höhe der Belastung definiert wird, nicht immer miteinander einher (Söllner et al. 1999; Weiß et al. 1998; Kasper, Kollenbaum 2001). Die Patienten, die im Hornheider Fragebogen auffällige Werte aufwiesen, äußerten jedoch auch häufiger einen Unterstützungswunsch als Patienten mit unerschwerter Belastung. 60 Prozent der belasteten Patienten wünschten sich neben psychosozialer Unterstützung durch den behandelnden Onkologen auch Unterstützung durch Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter (de Vries et al. 1998).

Eine weitere Studie beschäftigte sich mit dem Thema „Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie“ (Faller et al. 2003). 37 Prozent der im Rahmen der Studie befragten Patientinnen zeigten sich im Hornheider Fragebogen auffällig. Die Patientinnen verfügten ihren Angaben nach über gute bis sehr gute Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb der Familie, dennoch beantwortete mehr als ein Drittel der Frauen die Frage nach dem Bedürfnis nach zusätzlicher seelischer Unterstützung mit „Ja“. Drei Viertel der Patientinnen gaben an, ein Angebot seelischer Unterstützung anzunehmen. Auch der Großteil der Patientinnen, der kein Bedürfnis nach zusätzlicher Unterstützung geäußert hatte, würde trotzdem zusagen, wenn er ein konkretes Unterstützungsangebot erhalten würde. Die Diskussion der Studie zeigte großen Entwicklungsbedarf sowohl im Bereich der Screeninginstrumente als auch bei der Einrichtung psychosozialer Unterstützungsangebote (Faller et al. 2003).

Weiteren Studienergebnissen zufolge geben weniger Patienten einen direkten Betreuungsbedarf an, als es aufgrund des gemessenen Ausmaßes an berichteter Belastung zu erwarten wäre (Kasper, Kollenbaum 2001).

In einer weiteren, an der Universität Leipzig zum Thema „Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus“ durchgeführten Studie äußerte insgesamt ein

Drittel der stationär behandelten Tumorpatienten den Wunsch, Unterstützung durch einen Psychotherapeuten erhalten zu wollen. Deutlich wurde, dass nicht nur Patienten mit weit fortgeschrittener Tumorerkrankung Unterstützung wünschten, sondern Patienten in anfänglichen Tumorstadien am häufigsten um Unterstützung baten. 83 Prozent der Patienten äußerten im diagnostischen Interview SKID den Wunsch, vom Stationsarzt oder der Stationsärztin psychosozial unterstützt zu werden. Der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung durch den behandelnden Arzt wurde dann häufiger geäußert, wenn sich Patienten Hilfe bei Sorgen und Ängsten erhofften, sich nicht genug sozial unterstützt fühlten und ärgerlich oder unzufrieden waren. Hinsichtlich des Unterstützungswunsches durch Psychologen gab es Unterschiede bei Patienten mit unterschiedlicher Tumorlokalisation. Am häufigsten wünschten sich Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren psychosoziale Unterstützung, gefolgt von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Bronchialkarzinom. Zeitlich gesehen wollten Patienten vor allem in der Diagnostikphase und während der Chemotherapie mit einem Psychologen sprechen (Singer et al. 2007).

Basierend auf den Ergebnissen der Studie ergibt sich die These, dass nicht die unmittelbare Lebensbedrohung durch die Erkrankung zu einem psychoonkologischen Betreuungsbedürfnis führt, sondern Gefühle von Angst und Niedergeschlagenheit. Diese wiederum stehen nur bedingt in Zusammenhang mit der objektiven Gefährlichkeit der Tumorerkrankung. Weiterhin wurde deutlich, dass im klinisch-onkologischen Alltag der zeitliche und finanzielle Aufwand einer gründlichen Psychodiagnostik für jeden Patienten oftmals als zu hoch eingeschätzt wurde. In diesem Fall scheinen insbesondere Fragebögen geeignet, im Sinne eines weniger aufwändigen Screenings belastete Tumorpatienten herauszufiltern (Singer et al. 2007).

#### ***2.6.4 Negative Aspekte sozialer und psychosozialer Unterstützung***

Soziale Beziehungen unter einer Krebserkrankung können nicht nur als hilfreich, sondern auch als belastend erlebt werden. Verfügbarkeit und Ausmaß sozialer Unterstützung während der Erkrankung können eingeschränkt sein, wenn Nicht-Betroffene sich durch das onkologische Leiden bedroht und hilflos fühlen. Dies kann seitens des Patienten enttäuschte Erwartungen nach sich ziehen (Wortman, Dunkel-

Schetter 1987). Studien zeigen, dass ein höheres Ausmaß an sozialer Zuwendung in einer Erkrankungssituation mit einer Verschlechterung des Befindens und einem höheren Ausmaß psychischer Belastungen einhergehen kann (Faller 1998). Im Falle unangemessener Unterstützung können durch ein Übermaß an Unterstützung eine Blockierung von Bewältigungsversuchen und eine durch Abhängigkeit und Angst gekennzeichnete, problematische und belastende Beziehung zwischen Unterstützer und Unterstütztem entstehen (Laireiter 1993). Untersuchungen an Mammakarzinompatientinnen zeigen, dass zum Beispiel unangemessenes Mitleid und Aufheiterung als belastende Interaktion erlebt werden können (Peters-Golden 1982). Weitere, negative Aspekte psychosozialer Unterstützung sind in Studien über die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Mammakarzinompatientinnen deutlich geworden. Patientinnen, die in einer stabilen, emotional unterstützenden Partnerschaft lebten, erfuhren eine Zunahme von krebspezifischer Belastung und negativer Interaktionen in Folge der Intervention (Helgeson et al. 2000). Die sogenannte „peer discussion“, die Diskussion mit Mitpatientinnen über das gemeinsame Thema Krebs, erwies sich nicht nur als ineffektiv in Bezug auf Verbesserung der Lebensqualität, des Körperbildes und des Selbstwertgefühls, sondern sie verursachte für manche Teilnehmerinnen den schädlichen Effekt einer Labilisierung des sozialen Netzwerks (Faller 2009).

### ***2.6.5 Psychische Komorbidität und psychosoziale Unterstützung***

Überschreitet die Belastungssituation unter der Krebserkrankung die Bewältigungsmöglichkeiten eines Patienten, so können sich in Folge verschiedene psychische Störungsbilder manifestieren. Für die Behandlung psychischer Störungen unter einer Krebserkrankung ist es wichtig, das jeweilige Störungsbild frühzeitig erfassen zu können, damit eine Therapie eingeleitet werden kann und dadurch eine Chronifizierung mit Folgeschäden verhindert wird. Gerade bei Patienten mit nachgewiesener hoher psychischer Belastung sind sich Experten darüber einig, dass eine frühe Identifikation entscheidend für eine adäquate psychosoziale Unterstützung ist (Worden, Weisman 1984; Strittmatter et al. 1998). Komorbide psychische Störungen erschweren nicht nur die Behandlung der Patienten, sondern wirken sich auch nachteilig

auf die Compliance aus und können zu schlechteren medizinischen Behandlungsergebnissen führen (Faller et al. 2003). In den meisten Fällen liegen ängstliche oder depressive Symptome vor; es können aber auch Somatisierungsstörungen auftreten, bei denen sich psychischer Schmerz in komplexen körperlichen Symptomen äußert, für die sich kein adäquates medizinisch erklärbares Korrelat finden lässt (Faller et al. 2003).

Krebspatienten sind primär als psychisch Gesunde anzusehen, die sich aufgrund der Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung als kritisches Lebensereignis in einer psychisch sehr belastenden Situation befinden (Moorey, Greer 1989; Stein et al. 2000). Viele krebskranke Patienten erfüllen die in Studien verwendeten Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung nach DSM IV oder ICD-10 nicht (Cooper 1999). Kommt das medizinische Personal dennoch zu dem Schluss, ein Patient sei behandlungsbedürftig, so stimmt dies nicht immer mit dem Wunsch des Patienten überein (Söllner et al. 1999; Weiß et al. 1998; Kasper, Kollenbaum 2001). Studien zufolge variieren die Einschätzungen von Angehörigen und professionellen Helfern in Bezug auf die emotionale Belastung des Patienten und die dadurch resultierende Hilfsbedürftigkeit stark (Faller et al. 1995). Seitens der Ärzte- und Pflugschaft wird das Bedürfnis des Patienten nach psychosozialer Unterstützung zum Teil höher eingeschätzt, als es tatsächlich ist (Kasper, Kollenbaum 2001).

### ***2.6.6 Psychoonkologische Betreuung als psychosoziale Unterstützung***

Um für jeden Patienten eine umfassende psychoonkologische Behandlung gewährleisten zu können, arbeiten verschiedene Versorgungssysteme zusammen. Im ambulanten Bereich sind dies psychosoziale Krebsberatungsstellen, Hausärzte und psychotherapeutische Praxen. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung gliedern sich die Angebote in Akutkrankenhäuser mit onkologischem Schwerpunkt, Rehabilitationskliniken mit onkologischer Indikation und stationäre Hospize und Palliativstationen (Faller et al. 2005).

Für die Betroffenen bieten sich Möglichkeiten psychoonkologischer Einzeltherapie, psychoonkologischer Gruppentherapie, Verfahren der Imagination und Entspannung und kunsttherapeutischer Verfahren. Diese Therapiemaßnahmen gehören in den Bereich

der längerfristigen Behandlungsmöglichkeiten. In der Klinik wird häufig als kurzfristige Therapiemaßnahme ein psychiatrischer bzw. psychosomatischer Konsildienst eingesetzt, bei dem neben einer kurzen Anamnese meist die Psychopharmakotherapie zum Einsatz kommt. Patientenseitige Probleme zu diesem Zeitpunkt beziehen sich oft auf die Verarbeitung der Diagnose und Schwierigkeiten mit der Behandlung (Faller et al. 2005).

Wenn es um die Kategorisierung von Patientengruppen geht, damit therapeutische Optionen entsprechend strukturiert werden können, empfiehlt es sich, nach der Behandlungssituation zu entscheiden. Dabei wird unterschieden, ob kurativ oder palliativ behandelt wird, sowie danach, ob ein Rezidiv vorliegt und ob der Patient sich in der terminalen Phase der Erkrankung befindet (Faller 2005). Bei einer Behandlung mit kurativer Absicht wird mehr Wert auf aktive Lebensführung und -gestaltung gelegt, wobei es häufig darum geht, Dinge konkret zu verändern. Diese Veränderungen kosten Kraft und Zeit, die Patienten in einem heilbaren Krankheitsstadium im Gegensatz zu Palliativpatienten überwiegend noch besitzen. Patienten in der Palliativphase wird dagegen zum Beispiel angeboten, verwaltungsrechtliche Dinge zu klären; der Fokus liegt hier in der Förderung von Lebensqualität in der dem Patienten verbleibenden Zeit. Es geht bei einem palliativen Behandlungsansatz nicht mehr ausschließlich darum, bestehende Probleme sofort zu lösen, sondern die Akzeptanz des Patienten in der Hinsicht zu fördern, dass manche der aktuellen Schwierigkeiten nicht mehr lösbar sein werden.

#### ***2.6.7 Wirkung psychosozialer Unterstützung***

Die positiven Auswirkungen psychosozialer Unterstützung auf das Erleben krankheitsbezogener Belastungen, auf Krankheitsverarbeitung und psychisches Befinden wurden in einer Vielzahl empirischer Studien nachgewiesen. Studien, die sich mit Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich Psychoonkologie befassen, nennen übergreifend Stärkung von Hoffnung und Zuversicht, Erholung von Belastungen, kognitive Verarbeitung der Erkrankung, Wiedergewinn seelischen Gleichgewichts, Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und Unterstützung bei einer Verhaltens- und



Lebensumstellung als Ziel (Laireiter 1993; Spiegel et al. 1989; Schwarzer, Leppin 1992; Koopman et al. 1998; Devine et al. 2003; Schroevers et al. 2003).

Psychosoziale Interventionen im Sinne einer psychoonkologischen Versorgung werden in Studien als „generell effektiv“ beschrieben, um die Lebensqualität und das psychische Befinden zu verbessern (Anderson 2002). Trotzdem wird die Evidenz zur Wirksamkeit noch immer intensiv diskutiert; psychoonkologischen Interventionen wurde einer US-amerikanischen Konsensuskonferenz der höchste Evidenzgrad I zugesprochen (Hewitt et al. 2004).

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Studien durchgeführt, die übergreifend zu dem Ergebnis kam, dass es durch psychosoziale Unterstützung zu einer Verbesserung der Lebensqualität und zu einer Reduktion psychischer und psychosozialer Belastungen kommt (Newell et al. 1999). Dennoch erscheint es unwahrscheinlich, dass durch psychologische Interventionen der körperliche Krankheitsverlauf beeinflusst werden kann (Faller 2009). In mehreren Studien konnte bei Patienten in der Behandlungsgruppe keine längere Überlebenszeit als in der Kontrollgruppe festgestellt werden (Faller 2009). Als gesichert gilt jedoch, dass psychosoziale Interventionen eine langfristige positive Auswirkung auf die Psyche Krebskranker haben (Schou et al. 2008). Eine im Ullevål Hospital in Norwegen durchgeführte Studie ergab bei der Befragung von Brustkrebspatientinnen, dass nach einem Jahr Teilnahme an einer gemeinsamen Therapiegruppe die Auftretenshäufigkeit von Angst signifikant gesunken war. Es war eine direkte Assoziation zwischen der Teilnahme an der Therapiegruppe und der Reduktion der Angst erkennbar. Die Befragten gaben nach einem Jahr Teilnahme an, weniger als zuvor unter der seelischen Belastung der Erkrankung zu leiden. Die Patientinnen der Therapiegruppe profitierten insbesondere davon, über Nebenwirkungen ihrer Therapie, Angst vor einem Rezidiv und die von Unsicherheit geprägte Lebenssituation sprechen zu können (Schou et al. 2008).

### Therapeutische Methoden psychosozialer Interventionen

Für die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten stehen unterschiedliche therapeutische Methoden zur Verfügung, deren Wirksamkeit empirisch gesichert ist. Es existiert eine große Zahl randomisierter kontrollierter Studien, in denen die

Wirksamkeit unterschiedlicher, psychoonkologischer Interventionen geprüft wurde (Faller 2009).

Alle unterschiedlichen Verfahren haben das Ziel einer Auseinandersetzung mit den durch die Krebserkrankung hervorgerufenen Problemen. Trauer über Verluste sollen durchgearbeitet, Sinnfindungsprozesse angestoßen, Beziehungen in der Gruppe gestärkt und ein stützendes Netzwerk für die Patienten gebildet werden (Faller 2009). Darüber hinaus kommen Entspannungstechniken wie progressive Muskelentspannung, autogenes Training oder Selbsthypnose zum Einsatz. Sie tragen zur Verbesserung von Stimmung und Lebensqualität bei und reduzieren gleichzeitig Distress und Therapienebenwirkungen. Die am häufigsten untersuchten psychologischen Interventionen sind supportiv-expressive, kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien und strukturierte psychoedukative Interventionen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Methoden bestehen in der angewandten Technik und Strukturierung. Supportiv-expressive Therapien erfolgen über einen Zeitraum von einem Jahr oder länger, sind durch den Therapeuten weitgehend unstrukturiert und fördern lediglich die Diskussion und den Gefühlsausdruck. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren sind zeitlich kürzer angelegt und legen den Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutische Strategien wie Problemlösetechniken, die im Alltag angewandt werden können. Für beide Therapieformen stehen Studien mit Hinweisen auf die Wirksamkeit anderen Studien gegenüber, die keinen oder zumindest keinen langfristigen Wirksamkeitsnachweis aufzeigen (Faller 2009).

Den besten Erfolg erzielen psychoedukative Interventionen wie Patientenschulungen. Die Teilnehmer zeigen einen klaren Benefit bei Lebensqualität, psychischer Belastung, Selbstwertgefühl und Körperbild, wobei die Effekte auch 3 Jahre nach der Intervention noch nachweisbar sind (Helgeson et al. 2001). Bei der Psychoedukation stehen durch eine interaktive Vorgehensweise vermittelte Lerninhalte wie Krankheitsbewältigung und Kommunikation im Vordergrund. Die Patienten erleben in der offenen Diskussion und Wissensvermittlung über ihre Krankheit, Behandlung, Gesundheitsverhalten und Lebensstil die Möglichkeit des Empowerments, der kompetenten und freien Entscheidung, zwischen alternativen Zielen und Behandlungsmaßnahmen auszuwählen (Faller 2003). Zusätzlich findet eine Ressourcenorientierung statt, im Rahmen derer Patienten konkrete Strategien für die Alltagsbewältigung vermittelt und neben der

Konfrontation mit bestehenden Problemen Lösungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeit entwickeln können (Faller 2009).

### ***2.6.8 Inanspruchnahme psychosozialer Interventionen***

Die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote wird einerseits durch das mittels Interview- oder Fragebogenverfahren erfasste objektive Vorhandensein von psychischen Belastungen und Unterstützungsbedarf, vor allem aber durch den subjektiven Wunsch des Patienten nach Unterstützung bestimmt (Lehmann et al. 2009). Dies setzt voraus, dass Patienten über Unterstützungsangebote informiert sind. Als vorrangige Informationsquelle wird von der Mehrzahl der Patienten der behandelnde Arzt angesehen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass im Hinblick auf Bedarf und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten die Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle spielt (Vogel et al. 2006). Der Einfluss des ärztlichen Kommunikationsverhaltens auf die Inanspruchnahme von psychologischer/psychiatrischer Unterstützung oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist empirisch jedoch noch wenig untersucht (Lehmann et al. 2009).

Weitere Determinanten zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote sind junges Alter, lange Krankheitsdauer, hohe psychische Belastung, ein eingeschränkter Funktionszustand und eine stark ausgeprägte Krankheitsverarbeitung (Plass, Koch 2001). Eine Studie der Frauenklinik und des Brustzentrums in Olpe erforschte das Inanspruchnahmeverhalten von Brustkrebspatientinnen in einer kleinstädtischen Frauenklinik. Diejenigen Patientinnen, die eine Intervention in Anspruch nahmen, waren signifikant jünger, hatten ein höheres Bildungsniveau, waren berufstätig, insgesamt ängstlicher, depressiver und psychisch belasteter als diejenigen, die keine psychoonkologische Intervention in Anspruch genommen hatten und zeichneten sich weiterhin durch einen eher internalen Attributionsstil sowie ein geringeres Kohärenzgefühl aus (Rehse et al 2008). Der Zusammenhang des Inanspruchnahmeverhaltens psychosozialer Unterstützungsangebote mit den genannten Faktoren wurde daneben bereits in vielen anderen Studien beschrieben (Roness et al. 2005; Tjihuis et al. 1990; Brandberg et al. 1995; Akechi et al. 1998; Galdas et al. 2005; Rickwood, Braithwaite 1994).

Von wissenschaftlicher Seite her scheint sich ein differenziertes Versorgungsangebot zu bewähren, wobei sich die selektive Zuordnung der Patienten zu spezifischen psychoonkologischen Unterstützungsangeboten am individuellen Krankheitsbewältigungsverhalten und nicht ausschließlich am Belastungsgrad orientieren sollte. Offensichtlich spielen Kontakte in der Akutphase quantitativ die größte Rolle, da zu diesem Zeitpunkt erfahrungsgemäß hohe emotionale Belastungszustände bei einem Großteil der Patienten vorliegen und Kontakte ohne starke Initiative der Patienten noch während des stationären Aufenthaltes stattfinden können (Rehse et al. 2008).

### **Entwicklung der psychoonkologischen Versorgungssituation in Deutschland**

Studienergebnisse aus den vergangenen Jahren zeigen, dass in der psychoonkologischen Versorgung psychische Belastungen nur zum Teil oder zu spät erkannt und angemessen behandelt werden (Mehnert et al. 2006). Patienten erleben in einer spärlichen Informationsvermittlung, einer problematischen ärztlichen Gesprächsführung und einer zu geringen emotionalen Unterstützung zentrale Mängel in der onkologischen Versorgung in Deutschland (Kruse 2003). Bei vielen Erkrankten spielt zudem Unwissenheit über den inhaltlichen Umfang und die Möglichkeiten eines therapeutischen Hilfsangebots eine Rolle dabei, dass die eigene Bedürftigkeit herabgespielt oder ungenügend wahrgenommen wird (Mehnert et al. 2006).

Dennoch ist psychoonkologische Betreuung heute integrativer Bestandteil patientenorientierter Versorgung. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie niederschwellig, ressourcenorientiert, supportiv und interdisziplinär ausgerichtet ist (Bergelt et al. 2010). Als Berufsgruppen sind an der psychoonkologischen Versorgung Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Kunsttherapeuten beteiligt. Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung sehen vor, dass psychoonkologische Unterstützungsmöglichkeiten in allen Versorgungssektoren berücksichtigt werden und integraler Bestandteil von Prävention und Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge sein sollten (Bergelt et al. 2010). Auch die aktuellen onkologischen Leitlinien enthalten Empfehlungen zum Einbezug psychosozialer und psychoonkologischer Betreuung (Heilmann 2006; Kreienberg 2008; Schmiegel 2008).

In den Versorgungssektoren Akutversorgung, Rehabilitation, ambulante Versorgung und Nachsorge finden sich unterschiedliche institutionelle und strukturelle Bedingungen und damit unterschiedliche Anforderungen für die Realisierung psychoonkologischer Versorgung (Bergelt et al. 2010).

Trotz der verbesserten Versorgungssituation entsprechen sich der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und das vorhandene Angebot in Deutschland nicht. Bisher ermittelte Daten stützen sich auf die Evaluation bereits bestehender Angebote oder wurden aus deren Inanspruchnahme geschlossen. Solche Untersuchungsansätze sind geeignet, um die Notwendigkeit des Ausbaus psychologischer Dienste argumentativ zu unterstützen, sie stellen aber keine Daten für eine zukünftige psychoonkologische Versorgungsplanung dar (Bergelt et al. 2010).

### **Der Stand der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland 1998 am Beispiel eines Ist-Soll-Vergleiches**

Betrachtet man anhand einer Ist-Soll-Studie den Stand der psychoonkologischen Versorgung der Akutkrankenhäuser in Deutschland 1998, so lässt sich nach Angaben mehrerer Universitätskliniken feststellen, dass 91 Prozent der Kliniken über ein psychosoziales Versorgungsangebot verfügten. Allerdings waren nur in 20 Prozent der befragten Abteilungen eigene Fachkräfte im Bereich Psychoonkologie angestellt. Auf die Frage, wer die psychosoziale Betreuung durchführe, gaben Universitätskliniken vor allem Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter und Psychologen an, während kommunale Kliniken vorwiegend Sozialdienste und Seelsorger einsetzten. Psychoonkologische Betreuungsarbeit unter Einbeziehung neuerer Interventionsansätze war in Einzelfällen vorhanden, machte jedoch zahlenmäßig einen geringen Teil aus (Weis et al. 1996; Schlömer-Doll et al. 1998). Bei der personellen Ausstattung im Bereich der psychoonkologischen Rehabilitation ergab sich bei Dreiviertel der Kliniken ein Stellenschlüssel von 1: 90. Die Akutkrankenhäuser verfügten zum Großteil nicht über Psychologenstellen oder entsprechend fachpsychotherapeutisch ausgebildetes Personal. Es entstand der Gesamteindruck, dass die Arbeits- und Gestaltungsmöglichkeiten der Psychoonkologie im Bereich der Akutversorgung deutlich ungünstiger waren als in der stationären Rehabilitation. In Bezug auf die Angebote stand sozialrechtliche Betreuung

an erster Stelle, gefolgt von Einzeltherapie und Sterbebegleitung. Die ambulante Patientenbetreuung wurde in der Mehrzahl der Fälle bei in der Klinik behandelten Patienten im Rahmen der Nachsorge durchgeführt. Der Vergleich der Ist-Soll-Analyse zeigte 1998 somit insbesondere im Bereich der Akutversorgung und der ambulanten Nachsorge Defizite auf (Weis et al. 1998).

### **Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgung am Beispiel von Brustzentren**

Im Zuge der Bemühungen, die psychoonkologische Versorgung zu verbessern, hat die deutsche Krebsgesellschaft zusammen mit anderen Fachgesellschaften eine umfangreiche Zertifizierung von Organzentren bzw. onkologischen Zentren etabliert. Hierdurch konnten bessere strukturelle Voraussetzungen für eine angemessene psychoonkologische Versorgung geschaffen werden. Die Neuerungen basieren im exemplarischen Fall der Zertifizierung von Brustkrebszentren zu einem Teil auf dem empirisch gesicherten Erkenntnis, dass etwa die Hälfte aller Patientinnen mit Brustkrebs psychosoziale Beratung und/oder Orientierungshilfen benötigt (Giesler, Weis 2009). Zentrales Kriterium für die Anerkennung als zertifiziertes Organzentrum, in der folgenden Studie am Beispiel des Mammakarzinoms geschildert, ist das Angebot einer umfassenden psychoonkologischen Versorgung für alle Brustkrebspatientinnen. Realisiert wird die psychoonkologische Versorgung in den Brustkrebszentren durch Information und Beratung, Krisenintervention, Einzel-, Paar- und Familiengespräche sowie durch Entspannungstechniken und Sterbebegleitung. Die Hälfte der Zentren gab bei der Befragung an, durch das Erreichen der Zertifizierung habe sich die psychoonkologische Versorgung „deutlich verbessert“. Die Mehrheit aller befragten Patientinnen gab an, über Möglichkeiten psychoonkologischer Unterstützung, sozialrechtlicher Beratung und des Kontakts mit Mitgliedern von Selbsthilfegruppen informiert worden zu sein. An Zukunftsperspektiven sieht die Studie noch immer Bedarf an Information einer größeren Zahl von Patientinnen und an der standardisierten Erkennung von psychosozialen Unterstützungsbedarf. Weiterhin soll die Berufsgruppe der Ärzte stärker in den Prozess der Information über psychoonkologische Angebote eingebunden werden (Giesler, Weis 2009).

## **Psychoonkologische Versorgung am Beispiel von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor 2010**

Eine Studie der Universitäten Hamburg-Eppendorf und Freiburg, die sich mit psychoonkologischer Betreuung von Brustkrebspatientinnen befasste, zeigte, dass psychoonkologische Betreuung im Akutkrankenhaus vor allem durch den psychologischen und ärztlichen Dienst realisiert wird und im Mittel 32,5% aller Tumorpatienten betreut werden (Bergelt et al. 2010). Der Betreuungsanteil des psychologischen Dienstes steigt in größeren Einrichtungen und in Einrichtungen, die Teil eines Brustzentrums sind. Im ambulanten Sektor wird psychoonkologische Behandlung zum Großteil durch Psychologen durchgeführt, die Interventionen finden meistens im Einzelsetting statt. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor eine große Heterogenität der psychoonkologischen Versorgungssituation besteht. Für den stationären Behandlungsbereich weisen die Ergebnisse auf eine zunehmende Professionalisierung und Orientierung an neuen Zertifizierungskriterien und Leitlinien hin. Die Vielgestaltigkeit der ambulanten Versorgung kann als dahingehend positiv betrachtet werden, dass durch sie den unterschiedlichen Bedürfnissen von Patientengruppen mit verschiedenen Diagnosen, Krankheitsstadien und Behandlungen Rechnung getragen werden kann (Bergelt et al. 2010).

### **2.7 Folgerungen für die Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgung**

Expertenschätzungen zufolge besteht noch immer großer Entwicklungsbedarf im Bereich der Psychoonkologie (Mehnert et al. 2006; Giesler, Weis 2009; Bergelt et al. 2010). Darüber hinaus gibt es einzelne Aspekte im Bereich der bereits bestehenden psychoonkologischen Versorgungsangebote, die noch verbessert werden können.

In Bezug auf die erweiterten, diagnostischen Methoden zur Identifizierung belasteter Patienten mit Screeninginstrumenten wie Fragebögen ist es sinnvoll, den Aspekt einer persönlichen Betreuung des Patienten zu beachten. Für schwerkranke Patienten ist es wohlthuender, direkt mit einem anderen Menschen ins Gespräch zu kommen, um

Probleme und Ängste zu schildern, statt lediglich einen Fragebogen auszufüllen. Die Ausgabe von Screeninginstrumenten sollte von konkreten Gesprächsangeboten durch psychoonkologische Fachkräfte begleitet sein. Ein Screening erscheint in diesem Kontext also nur dann sinnvoll, wenn auch eine entsprechende Versorgung angeboten wird (Faller 2009).

Weiterhin ist es für eine optimale psychosoziale Versorgung sehr wichtig, dass der Patient ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinem behandelnden Arzt aufbauen und mit ihm seine persönlichen Sorgen und Ängste besprechen kann. An Universitätskliniken, wo die Patienten von häufig wechselndem medizinischem Personal betreut werden, scheint dies im Routinebetrieb oft nicht realisierbar. Die psychosoziale Versorgung sollte nicht allein auf den Schultern eines überlasteten Assistenzarztes lasten und ebenfalls nicht ausschließlich an Psychologen delegiert werden; sie sollte Sache des gesamten, interdisziplinären, onkologischen Teams sein (Singer et al. 2007).

Die Ergebnisse unterstreichen weiterhin den Bedarf nach einer gezielten psychosozialen Fortbildung onkologischer Fachärzte, damit diese psychosoziale Belastungen der Patienten besser erkennen und adäquate Unterstützung anbieten können. Studienergebnisse legen nahe, dass onkologische Fortbildungen in ärztlicher Gesprächsführung besonders die Kommunikation mit weniger gebildeten Patienten berücksichtigen sollen (de Vries et al. 1998). Für den Erfolg einer Psychotherapie mit Krebspatienten ist es daneben hilfreich und teilweise notwendig, dass auch nicht-ärztliche Psychotherapeuten über Grundkenntnisse onkologischer Erkrankungen und deren Behandlung verfügen, zusätzlich aber auch über psychoonkologische Angebote und sozialrechtliche Unterstützungsmöglichkeiten informieren können. Wichtig ist bei Therapeuten aller Professionen eine offene und positive Haltung zu interdisziplinärem Denken und Arbeiten (Schwarz, Singer 2006; Singer et al. 2010). Fachleuten erscheint es wünschenswert, dass ein psychosoziales Team von Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengesetzt ist und das Tätigkeitsfeld der Psychoonkologie ein interdisziplinäres Arbeitsfeld darstellt (Singer et al. 2007).

Bezogen auf die ambulante Versorgungssituation in Deutschland sind sich Experten einig, dass großer Bedarf an psychosozialer Unterstützung besteht. Studiendaten nach besteht immer noch eine erhebliche Unterversorgung, da nicht genügend Psychotherapeuten zur Verfügung stehen und Wartezeiten auf einen Therapieplatz in



der Regel sehr lang sind (Weis et al. 2000). Die klinische Erfahrung zeigt, dass Krebspatienten besonders in ländlichen Gebieten oder in kleineren Städten zum Teil unzumutbar lange auf einen Therapieplatz warten müssen (Singer et al. 2010). Weitere Gründe für die geringe Präsenz onkologischer Patienten in Psychotherapiepraxen sind eine nicht als ausreichend erachtete spezifische Kompetenz des Therapeuten, eine Scheu vieler Psychotherapeuten, sich mit der Problematik schwer körperlich Kranker zu befassen sowie eine ungenügend entwickelte Organisationsstruktur von psychotherapeutischen Praxen in Zusammenspiel mit weiteren betreuenden Einrichtungen, meist dem Akutkrankenhaus oder dem ambulant behandelnden Onkologen. Problematisch erscheinen daneben psychogenetische Krebstheorien und Heilungsvorstellungen, die im Widerspruch zur vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz stehen. Hierbei soll erneut auf die Dringlichkeit einer onkologischen Fort- und Weiterbildung psychotherapeutisch Tätiger hingewiesen werden (Schwarz, Singer 2006).

Psychoonkologische Versorgung im Bereich der stationären Rehabilitation sollte nach Expertenmeinung ein breiteres Spektrum an psychosozialen Angeboten im Vergleich zur Akutversorgung enthalten. Als gleichermaßen wichtig erachtet werden Informationsveranstaltungen, psychologische Einzelberatung, Entspannungsgruppen, Imaginationsverfahren, themenzentrierte Gruppen, sozialrechtliche Beratung und Angehörigengespräche (Weis et al. 1998). Vergleicht man die für erforderlich gehaltene Personalkapazität der Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter, so wird deutlich, dass der Personalbedarf für die Gruppe der Psychologen deutlich höher eingeschätzt wird als für die anderen beiden Berufsgruppen (Weis et al. 1998). Dies sollte bei der Personalplanung zur psychoonkologischen Versorgung berücksichtigt werden.

Als schwierig gestaltet sich, dass die vorhandenen psychoonkologischen Unterstützungsangebote nicht alle Patienten erreichen, bei denen ein psychosoziales Unterstützungsbedürfnis besteht. Für die Inanspruchnahme spielt neben einem höheren Bildungsstand die ärztliche Überweisung eine sehr wichtige Rolle (Eakin, Strycker 2001). Es werden unzureichend viele Überweisungen von den behandelnden Onkologen oder Hausärzten ausgestellt. Der Mangel an Überweisungen ist dadurch zu begründen, dass nur ein geringer Prozentsatz von Patienten mit psychischen Störungen auch von den behandelnden Onkologen oder Hausärzten als behandlungsbedürftig identifiziert

wird und ein noch geringerer Teil weiter überwiesen wird (Newell et al. 1999). Hier ist eine empathische und sensible, im klinischen Alltag aufmerksame und aktive Haltung des behandelnden Arztes unerlässlich.

Die Zusammenschau der bisherigen Forschungsergebnisse verdeutlicht den Entwicklungsbedarf im Bereich der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland.

Die vorliegende Studie versucht in Bezug auf die Frage nach dem Unterstützungsbedürfnis der Patienten im Einzelnen darzustellen, welche Variablen das Unterstützungsbedürfnis beeinflussen. In Anbetracht der hohen Probandenzahl mit über zweitausend Patienten und der sehr großen Zahl an Items, die pro Patient erhoben wurde, wird es mithilfe der Ergebnisse möglich sein, neue Zusammenhänge mit dem patientenseitigen Unterstützungsbedürfnis zu erkennen und daraus Schlüsse für die künftige Planung der psychoonkologischen Versorgung zu ziehen. Durch die Vielfalt der Daten, die für jeden Patienten erhoben wurde, wird die Beleuchtung vieler unterschiedlicher Aspekte für jeden einzelnen Patient möglich. Das war bei den meisten vorangegangenen Studien mit ähnlicher oder gleicher Thematik nicht in diesem ausführlichen Maße möglich.

### **3 Fragestellung und Hypothesen**

Die wissenschaftliche Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie häufig ein Unterstützungsbedürfnis durch die Probanden geäußert wurde. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang des Unterstützungsbedürfnisses mit Geschlecht, Alter, der medizinischen Einrichtung, in der sich der Patient zum Zeitpunkt der Befragung befand und bereits vorhandener Unterstützung durch Freunde und Angehörige untersucht.

*Fragestellung 1: Wie viele Patienten geben im Fragebogen den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an?*

Wie in Kapitel 2.6.3 beschrieben, äußert ungefähr ein Drittel bis dreiviertel der befragten Krebspatienten auf die konkrete Frage hin den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung (de Vries et al. 1998; Faller et al. 2003; Singer et al. 2007). In einem ersten Schritt überprüfen wir, ob sich diese Daten in der vorliegenden Arbeit replizieren lassen. Die entsprechende Hypothese lautet:

#### 1. Hypothese:

In der vorliegenden Studie äußert weniger als die Hälfte der befragten Patienten das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung.

*Fragestellung 2: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?*

In Kapitel 2.6.2 und 2.6.3 wird beschrieben, dass im Vergleich der Geschlechter Männer signifikant weniger als Frauen den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angeben (Sanson-Fisher et al. 1999; Merckaert et al. 2010). Wir untersuchen im

Folgenden, wie sich das Unterstützungsbedürfnis in der vorliegenden Studie geschlechterspezifisch unterscheidet. Die zweite Hypothese lautet:

### 2. Hypothese:

Männer geben im Vergleich zu Frauen weniger häufig den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an.

*Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und dem Alter?*

Wie in Kapitel 2.6.2 aufgezeigt wird, neigen ältere Menschen eher dazu als Jüngere, Belastungen für sich zu behalten und selbst verarbeiten zu wollen (Sanson-Fisher et al. 1999; Merckaert et al. 2010). Jüngeren Patienten fällt es leichter, sich und ihre bestehenden Probleme im klinischen Alltag mitzuteilen. Die dritte Hypothese lautet:

### 3. Hypothese:

Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit des geäußerten Unterstützungsbedürfnisses ab.

*Fragestellung 4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und der medizinischen Einrichtung, in der sich der Patient befindet?*

Ist-Soll-Studien zeigen, dass Patienten in verschiedenen medizinischen Einrichtungen unterschiedlich viel psychosoziale Unterstützung erfahren (Weis et al. 1998, s. Kapitel 2.6.8). Neben der Abhängigkeit von der persönlichen Einstellung des Patienten zu psychosozialer Betreuung spielt die Umgebung, in der er sich befindet, eine Rolle dabei, wie stark das Unterstützungsbedürfnis ausgeprägt ist. Daraus folgt die vierte Hypothese:

#### 4. Hypothese

Das Unterstützungsbedürfnis von Patienten hängt mit dem Behandlungssetting zusammen.

*Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und sozialer Unterstützung, die der Patient erfährt?*

Viele Patienten verweisen auf die Frage hin, ob sie sich psychosoziale Unterstützung wünschen, auf die Ressourcen ihres privaten Umfeldes (Faller et al. 2003). Sie sehen sich durch Zuwendung von Freunden und Familie ausreichend versorgt und äußern weniger häufig ein Unterstützungsbedürfnis als Patienten, die keine Unterstützung durch Freunde und Familie erfahren. Die fünfte Hypothese lautet:

#### 5. Hypothese:

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und sozialer Unterstützung: Je höher der Grad an sozialer Unterstützung durch das persönliche Umfeld ist, desto geringer ist das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung.

## **4 Methode**

### **4.1 Zielsetzungen**

Die Daten, die für die Untersuchung der Fragestellung dieser Arbeit herangezogen wurden, basieren auf einer Querschnittsuntersuchung einer repräsentativen Stichprobe von insgesamt 3600 Patienten und sollen einen breiten Überblick über die Prävalenz psychischer Belastungen, psychischer Störungen und den Unterstützungsbedarf krebskranker Patienten in Deutschland bieten. Die Stichprobe umfasste Krebspatienten aller Tumorlokalisationen. In Bezug auf die Prävalenz psychischer Belastungen und Störungen sollten in der vorliegenden Studie Unterschiede der Prävalenzraten in den unterschiedlichen Settings Akutversorgung, rehabilitative und ambulante Versorgung herausgearbeitet werden. Zudem sollten Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Art, Häufigkeit und Schwere psychosozialer Belastungen sowie komorbider psychischer Störungen erkannt werden (Koch et al. 2005). Die Feststellung des psychosozialen Unterstützungsbedürfnisses wurde über das Bedürfnis der Patienten nach psychosozialen Unterstützungsangeboten wie Information, Beratung, Krisenintervention und psychologischer Therapie in unterschiedlichen onkologischen Behandlungssettings ermittelt. Weiterhin wurden Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme solcher Angebote aus Sicht der Patienten aufgefunden gemacht (Koch et al. 2005). Es wurde untersucht, ob und welche psychosozialen Unterstützungsangebote die Patienten vor der Befragung in Anspruch genommen hatten. Weiter wurde überprüft, inwiefern Bedarf, Akzeptanz und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote abhängig sind von soziodemografischen, krankheits- und behandlungsspezifischen Faktoren.

### **4.2 Durchführung der Studie**

Die Studie wurde in Hamburg, Heidelberg, Leipzig, Freiburg und Würzburg als Studienzentren durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit wurden die im Studienzentrum Würzburg erhobenen Daten verwendet. Neben vom Untersucher selbst erhobenen Daten wurden auch Daten anderer Doktoranden derselben Studiengruppe miteinbezogen, um

die Aussagekraft der Studie zu erhöhen. Übergreifendes Koordinationszentrum für alle Studienzentren war das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Pro Studienzentrum sollten jeweils das Universitätsklinikum, ein weiteres Krankenhaus der Maximalversorgung, Rehabilitationskliniken sowie onkologische Schwerpunktpraxen oder onkologische Ambulanzen an Kliniken und Krebszentren miteinbezogen werden. Der Zugang zu den Patienten fand über die onkologischen Versorgungseinrichtungen Akutkliniken, onkologische Schwerpunktpraxen und onkologische Rehabilitationskliniken statt. Unterstützt wurde die Studie durch die Deutsche Krebshilfe.

Die Studie wurde im Studienzentrum Würzburg in mehreren Einrichtungen durchgeführt: Es beteiligten sich die Frauenklinik, die pneumologische Abteilung der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und die Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Visceralchirurgie. Die Stationen ermöglichten es den Untersuchern, für die Studie geeignete Patienten zu finden, indem sie die Patientendaten der vorgesehenen und aktuellen Aufnahmen an die Untersucher übermittelten. Teilnehmende onkologische Rehabilitationskliniken waren die Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung in Bad Oexen (Dr. König) und die Rehaklinik ob der Tauber (Dr. Zipse) als Fachklinik für Stoffwechsel-, Verdauungs- sowie onkologische Erkrankungen in Bad Mergentheim. Die Erhebung ambulanter Patientendaten fand in einer kooperierenden Praxis mit onkologischem Schwerpunkt in Würzburg statt. Für jedes Studienzentrum, das an der Studie beteiligt war, sollten planungsgemäß im dafür vorgesehenen Zeitraum von September 2007 bis August 2010 in den drei Versorgungseinrichtungen per Fragebogen 720 Patienten, davon jeweils 40 Prozent im stationären, 40 Prozent im ambulanten Setting und 20 Prozent in den Rehabilitationskliniken erhoben werden. Von 720 Patienten sollten pro Zentrum 480 Interviews durchgeführt werden; insgesamt lagen somit Daten von etwa 2400 Interviews für die gesamte Studie vor.

## **Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie**

An der Studie teilnehmen konnten alle Patienten, die unter einer malignen Krebserkrankung litten und zwischen 18 und 75 Jahre alt waren. Die Probanden waren alle Patienten der jeweiligen teilnehmenden Versorgungseinrichtungen. Sie mussten über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Auch musste der gesundheitliche Zustand der Patienten ausreichend stabil sein, um für die Zeit des Interviews genügend Aufmerksamkeit und Konzentration aufbringen zu können. Die Patienten wurden anhand eines Depressionsscreenings, des PHQ 9 (Patient Health Questionnaire), als belastet oder nicht belastet identifiziert. Alle Patienten, deren PHQ-Wert 9 oder mehr als 9 Punkte betrug, nahmen zusätzlich zur Fragebogenerhebung am Composite International Diagnostic Interview teil. Die Hälfte derjenigen Patienten, deren PHQ-Wert unter 9 lag, nahm ebenfalls an einem Interview teil; diese Patienten wurden von einem computerbasierten Randomisierungsprogramm zufällig zu einem Interview ausgewählt. Insgesamt erreichten 33 Prozent der in der gesamten Studie befragten Probanden im PHQ einen hohen Screening-Score und wurden interviewt, während 67 Prozent einen niedrigen Screening-Score erreichten (Koch et al. 2005).

Die Patienten beantworteten nach dem Interview entweder in der Klinik oder später zu Hause zusätzlich ein Patientenfragebogenheft. Zum Ausfüllen des Hefts hatten die Patienten unbegrenzt Zeit. Die Messinstrumente des Patientenfragebogenhefts, die für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit eine Rolle spielen, sind in den folgenden Abschnitten ausführlich erläutert. Das Patientenfragebogenheft enthielt einen eigens für die Studie konzipierten Fragebogen zum psychosozialen Unterstützungsbedarf, weiterhin den PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), die GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale), den SSUK-8 (Skalen zur sozialen Unterstützung bei Krankheit), das NCCN-Distress Thermometer, den European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ C30) und einen Fragebogen zu Schmerzen.



## 4.3 Messinstrumente

### 4.3.1 Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf

Der ersten 4 Fragen des Fragebogens zum psychosozialen Unterstützungsbedürfnis stellen das Kernstück der vorliegenden Arbeit dar und sind im Folgenden dargestellt (s. Tab. 1-6). Sie bilden die Grundlage für die 5 aufgestellten Hypothesen. Der Fragebogen gliedert sich in sechs Unterpunkte, die jeweils ein bis drei Fragen enthalten. Im ersten Unterpunkt wird auf den Wunsch des Patienten nach psychosozialer Unterstützung eingegangen, in dem nach dem Vorhandensein eines Unterstützungsbedürfnisses gefragt wird. Danach wird der Proband gefragt, ob er ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen würde. Im Falle der Bejahung wird der Proband aufgefordert, aus einer Liste von acht professionellen Helfern wie behandelnder Arzt in der Klinik, Hausarzt, Seelsorger und Psychotherapeut diejenigen Personen anzugeben, von denen er sich psychosoziale Unterstützung wünscht. Es besteht daneben die Möglichkeit, im Punkt „sonstige“ andere unterstützende Personen zu nennen. Im zweiten Unterpunkt soll der Proband die Frage beantworten, ob er nach einer ärztlich festgestellten psychischen Beeinträchtigung wie etwa einer Depression oder einer Angsterkrankung auf Empfehlung seines Arztes hin psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würde. Die Antwortmöglichkeiten sind „Ja“, „Nein“ und „Vielleicht“. Der dritte Unterpunkt erfasst, ob der Patient mit anderen Personen, unter anderem Familienangehörigen, Freunden, dem Hausarzt oder einem Psychologe über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen kann. Trifft keine der acht genannten Personen für den Patienten zu, so kann unter der Rubrik „andere“ eine andere Person notiert werden. Die Antwortmöglichkeiten sind „Ja“ oder „Nein“. Der Unterpunkt 4 besteht aus zwei Fragen. Als Erstes wird gefragt, ob der Wunsch besteht, mit jemandem über die psychische Belastung durch die Erkrankung zu sprechen, als Zweites, ob die Möglichkeit besteht, mit jemandem über die psychische Belastung durch die Erkrankung zu sprechen. Der Patient kann auf einer fünfstufigen Skala zwischen „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ seinen Wunsch und seine vorhandenen Gesprächsmöglichkeiten beurteilen. Bei Bejahung der ersten Frage von Unterpunkt 4 ermittelt Unterpunkt 5 in Folge, ob der Patient bei vorhandenem Gesprächswunsch über

die psychische Belastung durch die Erkrankung diesen Wunsch seinem behandelnden Arzt vermitteln kann. Die Antwortmöglichkeiten sind „Ja“, „Nein“ und „kann ich nicht sagen“. Im sechsten Unterpunkt wird der Proband gebeten anzugeben, ob er über die Themen seelische Belastung, familiäre Probleme, Fragen bezüglich Partnerschaft und Sexualität und Gedanken zu Tod und Sterben mit seinem behandelnden Arzt sprechen kann. Der Patient soll dies auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ ankreuzen, es besteht daneben auch die Möglichkeit, „trifft nicht zu“ anzukreuzen.

Der Fragebogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf wurde als eigens für die Studie entwickeltes, multidimensionales Instrument eingesetzt. Er ermittelt sowohl den Betreuungsbedarf und die Inanspruchnahme professioneller sowie nicht professioneller Unterstützungsangebote durch den Patienten als auch das Wissen über die entsprechenden Versorgungsangebote (Koch et al. 2005). In weiteren Fragen, die hier nicht beschrieben werden, wurden das vom Patienten wahrgenommene Unterstützungsbedürfnis und die Inanspruchnahme einer Psychotherapie sowie anderer psychosozialer Unterstützungsangebote erfasst. Weiterhin wurde auf die Akzeptanz der verschiedenen Angebote und eventuell vorhandene Barrieren der Inanspruchnahme eingegangen. Als Basis für die Erstellung des Fragebogens dienten in verschiedenen Studien bereits erprobte Module, die sehr gute psychometrische Kenntnisse aufwiesen.

Tabelle 1-6: Fragen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf

1. Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?		JA	NEIN			
1.	Haben Sie ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.	Würden Sie ein Angebot psychosozialer Unterstützung annehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.	Wenn ja, von wem wünschen Sie sich zusätzliche psychosoziale Unterstützung? (Mehrfachnennungen sind möglich)					
3a.	vom behandelnden Arzt in der Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3b.	von einem niedergelassenen Facharzt (z.B. Frauenarzt)					
3c.	von Ihrem Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3d.	von einer Pflegekraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3e.	vom Seelsorger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3f.	von einem Psychologen/Psychotherapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3g.	von einem Sozialarbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3h.	von einer Selbsthilfegruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3i.	sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2. Angenommen, Ihre Arzt stellt bei Ihnen eine psychische Belastung/Beeinträchtigung wie z.B. eine Angsterkrankung oder eine Depression fest: Würden Sie auf Empfehlung Ihres Arztes psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen?						
	Ja	Vielleicht	Nein			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3. Mit wem können Sie über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen?						
		JA	NEIN			
a.	Familienangehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
b.	Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
c.	Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
d.	Arzt/Ärztin in der Klinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
e.	Pflegekraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
f.	sonstiges Stationspersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3f.	Psychologe/Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
g.	Seelsorger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
h.	andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4. Wunsch nach Gesprächen über die Belastung durch die Erkrankung						
		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
a.	Haben Sie zur Zeit den <b>Wunsch</b> , mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Haben Sie zur Zeit die <b>Möglichkeit</b> , mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>5. Falls Sie den Wunsch haben, mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen, können Sie Ihrem behandelnden Arzt diesen Wunsch vermitteln?</b>						
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> kann ich nicht sagen						
<b>6. Fragen zum Gesprächsbedarf</b>	<b>überhaupt nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>ziemlich</b>	<b>stark</b>	<b>sehr stark</b>	<b>trifft nicht zu</b>
Können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt sprechen über:	0○	1○	2○	3○	4○	5○
a seelische Belastungen (z.B. Sorgen, Ängste, Niedergeschlagenheit)?	0○	1○	2○	3○	4○	5○
b familiäre Probleme?	0○	1○	2○	3○	4○	
c Fragen bezüglich Partnerschaft und Sexualität?	0○	1○	2○	3○	4○	5○
d Gedanken zu Tod und Sterben?	0○	1○	2○	3○	4○	5○

### **4.3.2 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

Der „Patient Health Questionnaire“ (PHQ), dt. Gesundheitsfragebogen für Patienten, ist ein klinisch-psychologisches Fragebogenverfahren zur syndromalen Screening-Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Der PHQ-9 ist das Depressionsmodul des PHQ. Theoretischer Hintergrund des PHQ-9 ist das „Diagnostische und Statistische Manual für psychische Störungen“ (DSM-IV). Jedes der 9 Items des PHQ-9 erfasst ein diagnostisches Kriterium der Major Depression nach DSM-IV und ICD-10. Die Items werden jeweils für den Zeitraum der letzten zwei Wochen beantwortet und auf einer 4-stufigen Antwortskala bewertet (0 = überhaupt nicht, 1 = an einzelnen Tagen, 2 = an mehr als der Hälfte der Tage, 3 = beinahe jeden Tag). Der Verdacht auf eine depressive Episode liegt vor, wenn mehr als 4 der 9 Items des PHQ-9 mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet werden.

Nach vollständigem Ausfüllen durch den Probanden erfolgt die Bildung eines Summenscores über alle 9 Items. Je höher der Summenwert, desto schwerer ist die Depressivität ausgeprägt (Kroenke et al. 2001). Bezüglich der Cut-off-Werte wurden in der vorliegenden Studie 0-4 Punkte als keine Depression, 5-9 Punkte als minimale Depression, 10-14 Punkte als moderate Depression und über 15 Punkte als schwere Depression gewertet (Löwe et al 2004). Expertenschätzungen nach sind vor allem Werte über 10 oder über 15 Punkte klinisch relevant (Löwe et al. 2002). Bei onkologischen Patienten ist zu erwarten, dass bei dem Cut off von über 10 Punkten etwa 25% der Fälle screening-positiv sind; bei über 15 Punkten etwa 8% (Löwe et al. 2004).

Der PHQ bzw. dessen Kurzform sind die autorisierten deutschen Versionen des amerikanischen „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“ bzw. des „Prime MD Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ (Spitzer et al. 2001). Anwender sind vorrangig praktisch tätige Ärzte. Hintergrund dieser Zielgruppenwahl ist, dass auch bei psychischen Problemen zunächst oft ein niedergelassener Arzt konsultiert wird oder bei somatischen Erkrankungen wie Tumorleiden häufig eine psychische Komorbidität besteht. Der PHQ ist zur Status- und Verlaufsdagnostik sowohl für den Praxiseinsatz als auch bei Forschungsfragestellungen geeignet. Die amerikanische Version hat vielfachen Einsatz in verschiedenen Studien gefunden, wie zahlreiche Publikationen

zeigen (Goodwin, Olfson 2002; Rollman et al. 2002). Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt durch den Patienten selbständig. Die interne Konsistenz des PHQ-9 liegt bei Cronbach's  $\alpha = .88$ , die Retest-Reliabilität beträgt zwischen  $r = .81 - .96$  (Kroenke et al. 2001; Löwe et al. 2004). Die deutsche Version des PHQ-9 wurde von Rief et al. (2004) an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung normiert (Cronbach's  $\alpha = .89$ ). Weiterhin wurde die Kriteriumsvalidität des PHQ-9 in Vergleichsstudien unter Bezug auf das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV“ belegt. Dabei ergaben sich sehr gute Klassifikationseigenschaften (Gräfe et al. 2004; Löwe et al. 2004). Die Konstruktvalidität des deutschsprachigen Instrumentes wird dadurch belegt, dass Patienten mit auffälligen Werten im PHQ-9 signifikant häufiger arbeitsunfähig und stärker psychosozial beeinträchtigt sind (Gräfe et al. 2004). Validitätshinweise für die amerikanischen Vorläufer des PHQ liegen ebenfalls mehrfach vor (Kroenke et al. 2002).

#### ***4.3.3 Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)***

Der GAD-7 (Generalisierte Angst und andere Angststörungen – „Generalized Anxiety Disorder Scale“) ist ein im Original englischsprachiger Fragebogen und gehört zur Instrumentenfamilie des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ) (Spitzer et al. 2006).

Der GAD-7 wurde 2006 als validierte Skala zur Messung der generalisierten Angst in den PHQ integriert (Spitzer et al. 2006; Kroenke et al. 2007). Die deutsche Version des GAD-7 wurde auf Basis der amerikanischen Originalversion erstellt (Löwe et al. 2008). Der Selbstbeurteilungsfragebogen wurde zur Anwendung in der klinischen Routine und Forschung entwickelt. Mit dem GAD-7 liegt ein Kurzinstrument zur Erfassung der Generalisierten Angststörung vor, das speziell für den Einsatz im Bereich der Medizin entwickelt wurde und eine hohe diagnostische Aussagekraft bei geringem Bearbeitungs- und Auswertungsaufwand besitzt. Der GAD-7 kann zu Diagnostik, Screening und Messung des Schweregrades sowie zur Verlaufsmessung der Generalisierten Angststörung eingesetzt werden (Spitzer et al. 2006).

Der wissenschaftliche Ursprung des GAD-7 ist wie beim PHQ das „Diagnostische und Statistische Manual für psychische Störungen“ (DSM-IV). Die 7 Items des GAD-7

fragen die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Generalisierten Angststörung nach den DSM-IV- und ICD-10-Kriterien ab. Alle Items werden jeweils für den Zeitraum der letzten zwei Wochen beantwortet und auf einer 4-stufigen Antwortskala bewertet (0 = überhaupt nicht, 1 = an einzelnen Tagen, 2 = an mehr als der Hälfte der Tage, 3 = beinahe jeden Tag). Die Auswertung des GAD-7 erfolgt durch Bildung eines Summenscores über alle 7 Items. Der GAD-7-Summenwert dient der Einschätzung der Schwere der Ängstlichkeit und der Verlaufsmessung. Je höher der Summenwert, desto schwerer ist die Ängstlichkeit ausgeprägt, wobei 0 – 4 Punkte für minimale Ängstlichkeit, 5 – 9 Punkte für geringe Ängstlichkeit, 10 – 14 Punkte für mittelgradige Ängstlichkeit und 15 – 21 Punkte für schwere Ängstlichkeit sprechen (Spitzer et al. 2006). Der empfohlene Cut-off-Wert für eine mögliche Generalisierte Angststörung liegt bei einem GAD-7-Summenwert von über 10 Punkten. Der empfohlene Cut-off-Wert für eine wahrscheinliche Generalisierte Angststörung liegt bei einem Wert von über 15 Punkten. Hinsichtlich Durchführung und Auswertung ist die GAD-7-Skala standardisiert und kann als objektiv gelten (Spitzer et al. 2006). Die Interne Konsistenz des GAD-7 beträgt Cronbach's  $\alpha = .89 - .92$ , die Retest-Reliabilität  $r = .83$  (Kroenke et al. 2001; Spitzer et al. 2006). Die deutsche Version des GAD-7 wurde von Löwe et al. (2008) an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung validiert (Cronbach's  $\alpha = .89$ ). Die Validität konnte bisher sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Setting nachgewiesen werden (Spitzer et al. 2006; Kroenke et al. 2007; Löwe et al. 2008).

#### ***4.3.4 Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK)***

Die „Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit“ (SSUK) ist eine deutschsprachige, modifizierte Version der Illness-Specific Social Support Scale, die im Original von Revenson und Schiaffino (1990) als Selbstbeurteilungsverfahren für chronische erkrankte Patienten entwickelt wurde. Die SSUK zur Erfassung wahrgenommener Unterstützung bei Krankheit wurde von Ramm und Hasenbring (2003) für den deutschsprachigen Raum an einer Stichprobe von 154 Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen vor und nach Knochenmarkstransplantation

adaptiert. Die SSUK ist geeignet für den Einsatz in klinischen Studien wie auch im klinischen Alltag, sie kann sowohl generisch als auch krankheitsspezifisch bei erwachsenen Patienten angewendet werden. Die 8-Item-Kurzversion wurde durch Item- und Faktorenanalysen auf der Basis von Konstruktionsstichproben verschiedener onkologischer Studien des Instituts für Medizinische Psychologie in Hamburg Eppendorf (UKE) aus der 24-Item Langform entwickelt (Ullrich, Mehnert 2009). Die SSUK-8 ist ein Kurzinstrument, das spezifisch für chronisch erkrankte Personen geeignet ist und sowohl die positiven Aspekte sozialer Unterstützung als auch die vom Patienten erlebte Belastung, die durch das soziale Umfeld entstehen kann, erfasst. Gemessene Funktionen der Unterstützungsskala sind emotionale, selbstwertbezogene, informationale und praktische Unterstützung. Die Kurzform umfasst 8 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nie“ (=0) bis „immer“ (=4) beantwortet werden. 2 Subskalen sind jeweils 4 Items zugeordnet. „Positive Unterstützung“ enthält die Item-Nr. 1, 3, 6, 8; zum Beispiel: „Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der/die für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen.“ „Belastende Interaktion“ (Item-Nr. 2, 4, 5, 7; zum Beispiel: „Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der/die zuviel Sorge oder Pessimismus in Bezug auf Ihre Erkrankung zeigt.“) schließt belastende Verhaltensweisen wie Überforderung, Überfürsorglichkeit, Pessimismus, Bagatellisieren, Einmischung und negative emotionale Reaktionen der Interaktionspartner ein. Für beide Skalen wird jeweils der Summenscore gebildet. Ein höherer Wert auf der Unterstützungsskala repräsentiert eine günstigere Einschätzung des Patienten in Bezug auf die von ihm wahrgenommene soziale Unterstützung. Ein höherer Wert auf der Belastungsskala steht dagegen für eine ungünstigere Einschätzung der belastenden Interaktionen mit dem sozialen Umfeld (Ullrich, Mehnert 2009).

Hinsichtlich der Objektivität sind eine einheitliche Instruktion und Auswertung des Instruments gegeben. Zur Testung der Reliabilität wurde der SSUK-8-Fragebogen an einer Stichprobe von 1704 Krebspatienten getestet. Die Skalen „Positive Unterstützung“ (Cronbach's  $\alpha=.88$ ) und „Belastende Interaktion“ (Cronbach's  $\alpha=.68$ ) verfügen über interne Konsistenzen, die vergleichbar mit denen der validierten Langform ausfallen (Frick et al. 2006; Müller et al. 2004).

Die 2-Faktorenstruktur der validierten SSUK-Langform konnte auch für den SSUK-8-Fragebogen mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse bestätigt werden.



Korrelationen mit sozialer Funktionsfähigkeit, Angst, Depressivität und Krankheitsverarbeitungsstilen lassen auf eine gute Konstruktvalidität der SSUK-8 schließen (Ullrich, Mehnert 2009).

#### ***4.3.5 National Comprehensive Cancer Network Distress-Thermometer***

Weiterhin kam im Patientenfragebogenheft das „National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer“ (NCCN) zum Einsatz. Das Distress-Thermometer wurde durch ein interdisziplinäres Gremium des National Comprehensive Cancer Network in den USA im Rahmen der Erarbeitung von Leitlinien zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten entwickelt (Mehnert et al. 2006). Die englische Originalversion von Roth und Mitarbeitern (1998) ist inzwischen in mehreren Sprachen verfügbar. Ziel ist die Erfassung von Ausmaß und Ursache bestehender psychosozialer Belastungen bei onkologischen Patienten. Der Begriff Distress wurde gewählt, weil er nicht stigmatisierend ist und eine große Bandbreite von Belastungen abdeckt (Herschbach, Weiß 1998). Das Distress-Thermometer ist ein Ultrakurzscreening. Ultrakurzscreenings enthalten 1 bis 4 Items, mit denen im Fall des NCCN Depression, Distress oder Angst erfasst werden und die es den in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen erleichtern sollen, psychosoziale Belastungen mit geringem Zeitaufwand im klinischen Alltag zu erfassen (Herschbach, Weiß 1998). Die Bearbeitungszeit für das Distress Thermometer beträgt 2 bis 3 Minuten. Es ist geeignet für Patienten aller Tumordiagnosegruppen, Tumorstadien und Behandlungsarten (Mehnert et al. 2006). Es vermittelt in Kürze Informationen darüber, ob und in welchem Ausmaß ein Patient belastet ist (Mehnert et al. 2006). Es enthält gleichzeitig ein Schema für die Überweisung belasteter Patienten zu den entsprechend zuständigen psychosozialen oder onkologischen Berufsgruppen (Holland 2000; NCCN 2003). Das Distress-Thermometer ist ein Selbstbeurteilungsinstrument. Es besteht aus einer numerischen Analogskala in Form eines Thermometers, die von 0 („gar nicht belastet“) bis 10 („extrem belastet“) reicht, sowie einer Problemliste mit insgesamt 34 Items. Der Patient kreuzt auf dem Thermometer an, wie stark belastet er sich in der letzten Woche einschließlich desselbigen Tages gefühlt hat. Die Problemliste umfasst mögliche

Gründe für die Belastung auf praktischer, familiärer, emotionaler, spiritueller und körperlicher Ebene, die mit 0 (=nein) und 1 (=ja) beantwortet werden. Die Auswertung liefert Hinweise auf die Ursachen einer bestehenden psychischen Belastung. Es lassen sich so Aussagen darüber treffen, wie Art und Häufigkeit von spezifischen Problemen mit der Belastung in Zusammenhang stehen. Ein Wert auf dem Distress-Thermometer von 5 oder höher sollte als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und psychosoziale Unterstützung benötigt. Ist die Belastung eher gering ausgeprägt (Werte von 0 bis 4), handelt es sich um „normale“ Belastungen, die im Kontext einer Krebserkrankung auftreten können und keiner zusätzlichen psychosozialen Unterstützung bedürfen. Hinsichtlich Durchführung und Auswertung ist das Distress-Thermometer standardisiert und kann als objektiv gelten (Mehnert et al. 2006). Da es sich bei dem Distress-Thermometer um ein Einzelitem handelt, existieren keine Angaben zur internen Konsistenz des Instruments. Bezüglich der Konstruktvalidität entsprechen sich die Ergebnisse einer Validierungsstudie zur deutschen Version des Distress-Thermometer und die Ergebnisse internationaler Studien: Zwischen dem Distress-Thermometer und den Variablen Angst und Depressivität konnten signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden (Mehnert et al. 2006). Die Sensitivität des Distress-Thermometers reicht, abhängig von den zur Validierung eingesetzten Instrumenten von 65% bis 84% (Akizuki et al. 2003; Gil et al. 2005); die Spezifität weist studienübergreifend Werte von 61% bis 82% auf. Die Sensitivität der deutschen Version liegt je nach Ausmaß der Belastung zwischen 84% und 97% (Mehnert et al. 2006).

#### ***4.3.6 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C30)***

Ursprünglich wurde das European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ C30) für den Einsatz in klinischen Studien mit erwachsenen Tumorpatienten entwickelt, die Anwendung des Fragebogens ist aber auch im klinischem Alltag erprobt (Schwarz, Hinz 2001).

Der Selbstbeurteilungsfragebogen ist ein krankheitsspezifisches Instrument zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Krebspatienten. Der 30 Items umfassende Fragebogen setzt sich aus fünf Funktionsskalen („Körperliche Funktion“, „Rollenfunktion“, „Kognitive Funktion“, „Emotionale Funktion“ und „Soziale Funktion“), einer Skala „Globaler Gesundheitszustand“, drei Symptomskalen („Fatigue“, „Übelkeit“ und „Schmerz“) sowie sechs Einzelitems („Kurzatmigkeit“, „Schlafstörungen“, „Appetitlosigkeit“, „Verstopfung“, „Durchfall“ und „Finanzielle Schwierigkeiten“) zusammen. Die Items sind auf einer vierstufigen Likertskala von „überhaupt nicht“ bis „sehr“ bzw. auf einer siebenstufigen Skala von „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“ zu beantworten. Bei der Auswertung des Fragebogens repräsentieren höhere Funktionsscores höhere Funktionsniveaus bzw. ein höherer Wert der Skala „Globaler Gesundheitszustand“ eine bessere Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Probanden. Höhere Symptom- und Itemscores bedeuten hingegen, dass der Patient hohe Symptomausprägungen beschreibt und seine gesundheitsbezogene Lebensqualität niedriger einschätzt. Objektivität liegt durch standardisierte Instruktion, Durchführung, Auswertung und Interpretation des Fragebogens vor. Die Reliabilität ergibt sich durch die internen Konsistenzen der Skalen mit mindestens zwei Items, die bei Cronbach's Alpha  $> .80$  liegen, ausgenommen die Skalen „Kognitive Funktion“ und „Übelkeit“ mit Cronbachs Alpha  $> .70$ . Die Skalenzugehörigkeit der Items wurde in mehreren Validierungsstudien faktorenanalytisch bestätigt. Klee et al. (1997) konnten zudem mit Werten von Kappa =  $.85$  eine hohe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigen. Vergleichswerte des EORTC QLQ C30 liegen für verschiedene Krebserkrankungen und Krankheitsstadien vor und wurden von der Quality of Life Group zusammengefasst (Fayers et al. 1998). In einer klinischen Studie wurden im Jahr 2001 Normwerte für die deutsche Allgemeinbevölkerung generiert (Schwarz, Hinz 2001).

#### ***4.3.7 Fragen zu Schmerzen***

Der Fragebogen zum Thema „Schmerzen“ im Patientenfragebogenheft orientiert sich am „Brief Pain Inventory“ (Cleeland, Ryan 1994). Verwendet wurde ein

Selbstbeurteilungsverfahren, bestehend aus fünf Items. Die Items erfassten die vom Patienten im Durchschnitt empfundene Schmerzintensität und Schmerzbeeinträchtigung auf einer Skala von eins bis zehn. Gemessen wurden die empfundenen Schmerzen in der letzten Woche sowie das aktuelle Schmerzempfinden. Daneben wurden die Auftretenshäufigkeit der Schmerzen, die vom Patienten empfundene Beeinträchtigung, die Behandlung mit Schmerzmitteln und die Wirksamkeit der medikamentösen Schmerztherapie erfasst (Koch et al. 2005).

## 5 Statistische Analyse

Die statistische Analyse der Daten der vorliegenden Arbeit wurden mit dem Programm SPSS 18.0 für Windows (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) durchgeführt.

In der deskriptiven Analyse wurden für die kontinuierlichen Daten der Stichprobe wie Alter und Karnofsky-Index Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Kategoriale Variablen wie aktuelle Arbeitssituation, Schulabschluss oder Familienstand wurden als absolute Fallzahl mit der relativen Prozentangabe in Bezug zur Gesamtstichprobe in Klammern dahinter dargestellt.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden der t-Test und der Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Für die wichtigsten Variablen der Fragestellungen wurden zunächst Kreuztabellen erstellt (zum Beispiel das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und die schon vorhandene Unterstützung durch Freunde und Familie), um einen ersten Eindruck über mögliche Zusammenhänge zu bekommen. Die Ergebnisse wurden jeweils als absolute Fallzahl und als Prozentangabe dargestellt.

Zur endgültigen Überprüfung der statistischen Bedeutsamkeit aller Variablen im Zusammenspiel wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Unter logistischer Regression oder Logit-Modell versteht man ein Verfahren zur multivariaten Analyse diskreter, abhängiger Variablen. In dieser Arbeit wurde das Vorliegen bzw. das Nicht-Vorliegen eines Unterstützungsbedürfnisses modelliert. Mit der logistischen Regression kann bestimmt werden, mit welchen unterschiedlichen Variablen die Wahrscheinlichkeit für ein Unterstützungsbedürfnis zusammenhängt. Die Variablengruppen der vorliegenden Arbeit bestanden aus psychosozialen, soziodemografischen und krankheitsspezifischen Variablen.

Die Prädiktorvariablen wurden blockweise in die Analyse einbezogen, wobei die Reihenfolge der Analyse so festgelegt wurde, dass mit den Variablen, die aus inhaltlichen Überlegungen und aus der Literatur heraus einen engen Zusammenhang zeigen sollten, begonnen wurde.

In Block 1 wurde zunächst die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung in der Vergangenheit als Prädiktor überprüft; sie zeigt an, ob ein Proband schon einmal psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hat. In Block 2 wurde die

psychische Belastung, gemessen mit Distressthermometer, Fragen zu Schmerzen, PHQ-9 und GAD-7 in Zusammenhang mit dem Unterstützungsbedürfnis untersucht. In Block 3 gingen soziodemografische Variablen wie Familienstand, Schulabschluss, Berufsausbildung und Arbeitstätigkeit in die Analyse ein. In Block 4 wurden medizinische Variablen wie Karnofsky-Index, Erkrankungsart, Diagnose eines Ersttumors oder Rezidiv, Metastasierung, Komorbidität und Krebslokalisation untersucht. Im letzten Block gingen weitere soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht und psychosoziale Unterstützung mit ein, hierbei wurden auch beide SSUK-Skalen miteinbezogen, deren Vorhersagekraft als Hypothese unter Kontrolle der vorigen Variablen geprüft wurde.

## **6 Ergebnisse**

### **6.1 Stichprobenbeschreibung**

Im Zeitraum von September 2007 bis September 2009 wurden insgesamt 617 Patienten im Rahmen der Querschnittsstudie im Studienzentrum Würzburg befragt. In den Akutkliniken wurden 294 (47,6%) Patienten befragt, in der onkologischen Schwerpunktpraxis 215 (34,8%) Patienten und in den onkologischen Rehabilitationskliniken 108 (17,6%) Patienten befragt. Teilnehmende Abteilungen der Universitätsklinik Würzburg waren die Frauenklinik, die pneumologische Abteilung der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und die Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Visceralchirurgie. Teilnehmende onkologische Rehabilitationskliniken waren die Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung in Bad Oexen und die Rehaklinik ob der Tauber als Fachklinik für Stoffwechsel-, Verdauungs- sowie onkologische Erkrankungen in Bad Mergentheim. Weiterhin erfolgte eine Zusammenarbeit mit einer onkologischen Praxis in Würzburg, wo ambulante Patienten rekrutiert wurden.

Zum Zeitpunkt der Datenauswertung dieser Arbeit konnte noch nicht auf alle Daten der Studie zugegriffen werden, da bis zum Studienende noch weitere Interviews durchgeführt wurden und die Studie über den August 2010 hinaus verlängert wurde.

157 Patienten lehnten im Vorherein die Teilnahme an der Studie ab. Die Gründe dafür waren mangelndes Interesse, gesundheitliche Belastung und zu wenig Zeit. Voraussetzung für die Auswertung der Patientendaten war die Vollständigkeit der Studienunterlagen. Der PHQ, das medizinische Datenblatt mit Angaben zu Art, Größe und Stadium des Tumors sowie das Patientenfragebogenheft mussten vorliegen, was bei insgesamt 386 Patienten der Fall war. Die Patientenzahl mit vollständigen Unterlagen entspricht damit 62,6% der ursprünglichen Patientenkohorte. Der hohe Anteil unvollständiger Datensätze erklärt sich einerseits durch eine große Zahl unvollständig ausgefüllter Patientenfragebogenhefte und andererseits durch fehlende medizinische Angaben der Patienten, die vom jeweiligen Untersucher im Stationsalltag mangels Zeit und Dokumentation der behandelnden Onkologen nicht immer zu erheben waren. Die

teilnehmenden Probanden waren zu 60,2 % weiblich und zu 39,8 % männlich. Zum weiteren Überblick über die Patientenstichprobe dienen die nachfolgenden Tabellen.

Tabellen 3-14: Stichprobenbeschreibung

<b>Familienstand (n= 376)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
ledig	12,5	47
verheiratet	72,9	274
geschieden	8,0	30
verwitwet	6,6	25

<b>Partnerschaft (n=350)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
in fester Partnerschaft	75,9	293
allein	13,9	52
sonstiges	1,3	5

<b>Kinder (n=381)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
ja	78,0	301
nein	20,7	80

<b>Höchster Schulabschluss (n=378)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Volksschule/Hauptschule	49,9	186
Polytechnische Oberschule	29,9	113
Mittlere Reife	5,6	21
Abitur	13,8	52
Anderer Schulabschluss	1,6	6

<b>Häufigkeit der Lokalisation der malignen Neubildungen (n=386)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Brustdrüse	36,0	139
Verdauungsorgane	26,2	101
Weibliche Genitalorgane	7,3	28
Männliche Genitalorgane	7,0	27
Atmungsorgane und intrathorakale Organe	6,7	26
Lymphatisches und blutbildendes Gewebe	4,4	17
Lippe, Mundhöhle, Pharynx	3,4	13
Haut	1,8	7
Harnorgane	1,8	7
Schilddrüse, endokrine Drüsen	1,8	7
Auge, Gehirn, ZNS	1,8	7
Nicht näher bezeichnete Lokalisation	0,5	2
Mesothelien, Weichgewebe	0,5	2
Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten	0,3	1
Knochen, Gelenkknorpel	0,3	1
Nicht näher bezeichnete, sekundäre Lokalisation	0,3	1



<b>TNM-Status Tumorgröße (n=318)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Tis*	1,6	5
T1	26,7	85
T2	32,1	102
T3	29,6	94
T4	8,5	27
TX**	1,6	5

\*= in situ; keine Infiltration der Basalmembran; \*\*=TX:keine Aussage über den Primärtumor möglich

<b>Befallene Lymphknoten (n=308)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
N0	33,4	129
N1	23,8	92
N2	9,3	36
N3	4,1	16
NX	9,1	35

<b>Metastasen (n=293)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
M0	66,6	195
M1	14,0	41
MX	19,5	57

<b>UICC-Stadium* (n=242)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Stadium 0	1,7	4
Stadium 1	15,3	37
Stadium 2	12,0	29
Stadium 3	25,2	61
Stadium 4	15,3	37
Unklares Stadium	30,6	74

\*Union internationale contre le cancer

<b>Aktuelle Arbeitssituation (n=372)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
berufstätig	42,7	159
berentet/pensioniert	41,9	156
Hausfrau/Hausmann	8,6	32
arbeitslos	5,1	19
sonstiges	1,6	6

<b>Derzeitige Krankschreibung (=216)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
nein	35,6	77
ja	64,4	139

<b>Merkmal</b>	<b>n</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>
Alter	386	55,66	11,21
Karnofsky-Index	242	91,82	10,51
PHQ-9	386	0,70	0,47
GAD-7	378	0,72	0,54
SSUK			
<i>Positive Unterstützung</i>	359	3,33	0,81
<i>Belastende Interaktion</i>	355	0,92	0,79
Distressthermometer	373	4,26	2,54
EORTC QLQ C30			
<i>Rollenfunktion</i>	381	58,49	22,03
<i>Körperliche Funktion</i>	384	74,42	19,98
<i>Kognitive Funktion</i>	383	75,63	27,06
<i>Emotionale Funktion</i>	382	65,74	24,55
<i>Soziale Funktion</i>	383	63,71	31,47

Der Unterschied in der Altersverteilung der Probanden ist in Abb.1 dargestellt; er ist signifikant ( $t=2.58$ ,  $df=376$ ,  $p=0,01$ ) und beträgt im Mittel 3 Jahre. Der Altersunterschied ist jedoch nicht von klinischer Relevanz. Die weiblichen Probanden hatten ein mittleres Alter von 55,10 Jahren ( $SD=10,2$ ), die männlichen Probanden ein mittleres Alter von 58,00 Jahren ( $SD=11,3$ ). Der Altersdurchschnitt insgesamt beträgt im Mittel 56 Jahre. Die Patientengruppen gingen in Altersabstandsschritten von 5 Jahren in die Analyse ein.

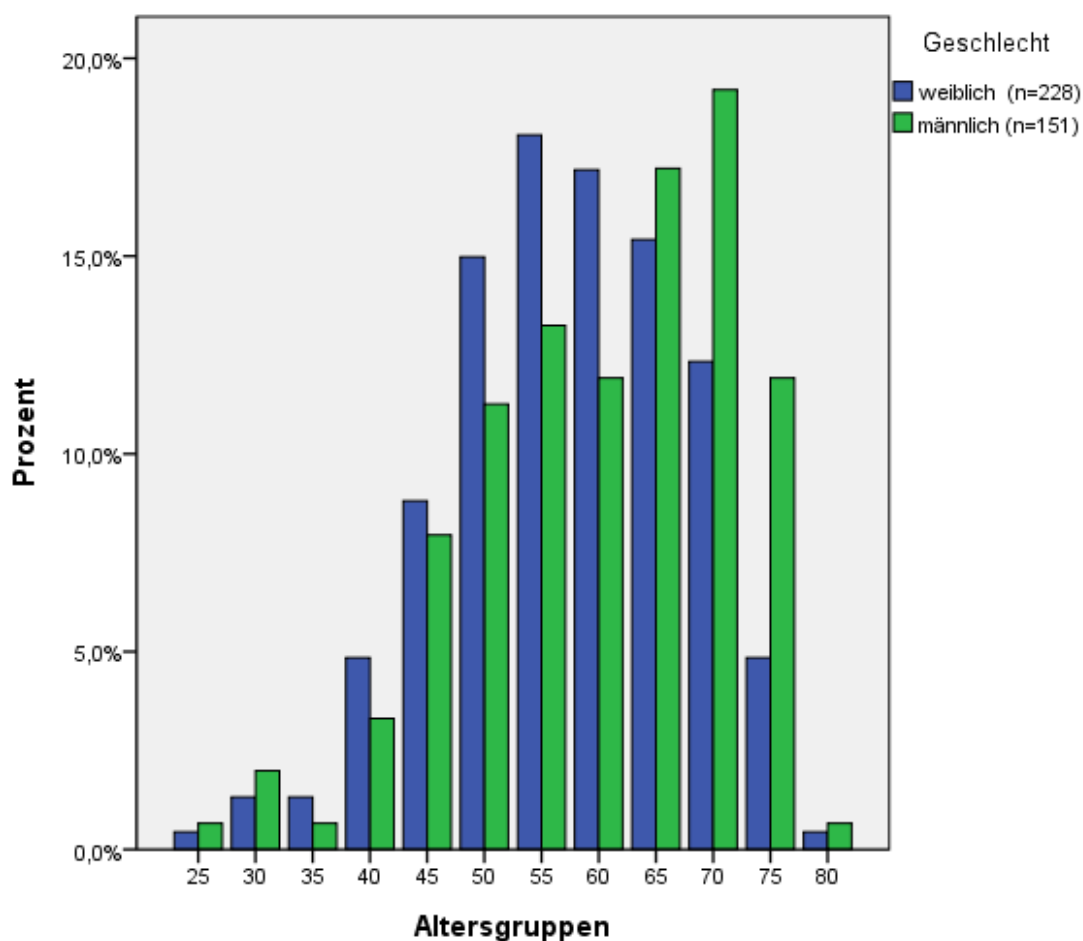


Abb. 1: Altersverteilung aufgeteilt nach Geschlecht

In der Gesamtcharakterisierung der Stichprobe zeigt sich ein körperlich nicht zu sehr beeinträchtigt Patientenkollektiv (Mittelwert Karnofsky-Index: 91,82), mit eher älteren Patienten (mittleres Alter: 56 Jahre) und einem relativ niedrigen Bildungsniveau (ca. 50 Prozent der Patienten haben als höchsten Bildungsabschluss den

Hauptschulabschluss). Die Stichprobe ist, was die Tumorlokalisationen angeht sehr heterogen, wobei der Schwerpunkt auf Brustkrebserkrankungen liegt (36 % der Patienten); urologische Patienten kommen fast gar nicht vor (1,8% der Patienten).

## 6.2 Häufigkeit des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung

261 von 361 befragten Patienten verneinten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Damit gab eine deutliche Mehrheit der Patienten kein Unterstützungsbedürfnis an. 27,7 % der Patienten gaben ein Unterstützungsbedürfnis an. Das 95%-Konfidenzintervall des Prozentwertes von 27,7% liegt bei +/- 4.62%, also zwischen den Werten 23,1 % und 32,2 %.

9,1 % der Patienten erhielten bereits zum Zeitpunkt der Befragung psychosoziale Unterstützung. Bei dieser wie auch bei den folgenden Fragestellungen gilt es zu berücksichtigen, dass bei der Formulierung: „Haben Sie den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?“ nicht darauf eingegangen wurde, ob die Patienten bereits zuvor ein Angebot psychosozialer Unterstützung angenommen hatten und deshalb kein weiteres Bedürfnis bestand oder ob aus anderen Gründen kein Unterstützungsbedürfnis vorhanden war. Das bedeutet, dass der Grund der Verneinung mit dieser Fragestellung nicht eindeutig geklärt werden konnte.

Weniger als die Hälfte (27,7% der Befragten) äußerten den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung, es ergibt sich eine Drittel-Verteilung, wobei knapp zwei Drittel der Befragten die Frage nach dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung verneinten und ungefähr ein Drittel die Frage bejahte. Der entsprechende Chi<sup>2</sup>-Test auf Gleichverteilung beider Kategorien ergibt:  $\chi^2=71,8$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ . Hypothese 1 kann somit bestätigt werden.

Tabelle 15: Häufigkeit des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung

Unterstützungsbedürfnis	%	n
nein	72,3	261
ja	27,7	100
gesamt	100,0	361

Von 25 Patienten fehlten die Angaben.

## 6.2.2 Geschlechterspezifisches Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

Tabelle 16: Häufigkeit des angegebenen Unterstützungsbedürfnisses, bezogen auf das Geschlecht

Geschlecht	Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung					
	nein		ja		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
weiblich	145	70,4	61	29,6	206	100,0
männlich	112	75,2	37	24,8	149	100,0
gesamt	257	72,4	98	27,6	355	100,0

355 von 386 Patienten machten vollständige Angaben bezüglich Geschlecht und Unterstützungsbedürfnis. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Unterstützungsbedürfnisses: 61 (29,6%) von 206 Frauen und 37 (24,8%) von 149 Männern wünschten sich psychosoziale Unterstützung ( $\chi^2=0,99$ ;  $df=1$ ;  $p=0,32$ ).

Tabelle 17: Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung in Abhängigkeit von Geschlecht und Versorgungssetting

Versorgungseinrichtung			Unterstützungsbedürfnis				
			nein		ja		n
			n	%	n	%	
Akutklinik	Geschlecht	weiblich	80	75,5	26	24,5	106
		männlich	61	77,2	18	22,8	79
	gesamt		141	76,2	44	23,8	185
onkologische Schwerpunktpraxis	Geschlecht	weiblich	38	66,7	19	33,3	57
		männlich	27	79,4	7	20,6	34
	gesamt		65	71,4	26	28,6	91
onkologische Rehabilitationsklinik	Geschlecht	weiblich	27	62,8	16	37,2	43
		männlich	24	66,7	12	33,3	36
	gesamt		51	64,6	28	35,4	79
gesamt	Geschlecht	weiblich	145	70,4	61	29,6	206
		männlich	112	75,2	37	24,8	149
	gesamt		257	72,4	98	27,6	355

Bei der vorliegenden Tabelle ist die unterschiedliche Probandenzahl von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Etwas mehr Frauen als Männer hatten an der Studie teilgenommen. 355 von 386 Patienten machten vollständige Angaben zu Geschlecht, Versorgungsrichtung und Unterstützungsbedürfnis.

Frauen äußerten in jedem Setting häufiger als Männer ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung. Es zeigte sich, dass im Vergleich mehr Frauen als Männer das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angegeben hatten, der Unterschied ist mit 4,8 % Differenz jedoch als gering einzuschätzen und nicht signifikant. Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests für die Akutklinik ergaben  $\chi^2=0,67$ ;  $df=1$ ;  $p=0,78$ , für die onkologische Schwerpunktpraxis  $\chi^2=1,7$ ;  $df=1$ ;  $p=0,19$  und für die onkologische Rehabilitationsklinik  $\chi^2=0,13$ ;  $df=1$ ;  $p=0,72$ . Insgesamt konnte in keinem Setting ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Probanden festgestellt werden: Die zweite Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.

### 6.2.3 Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung

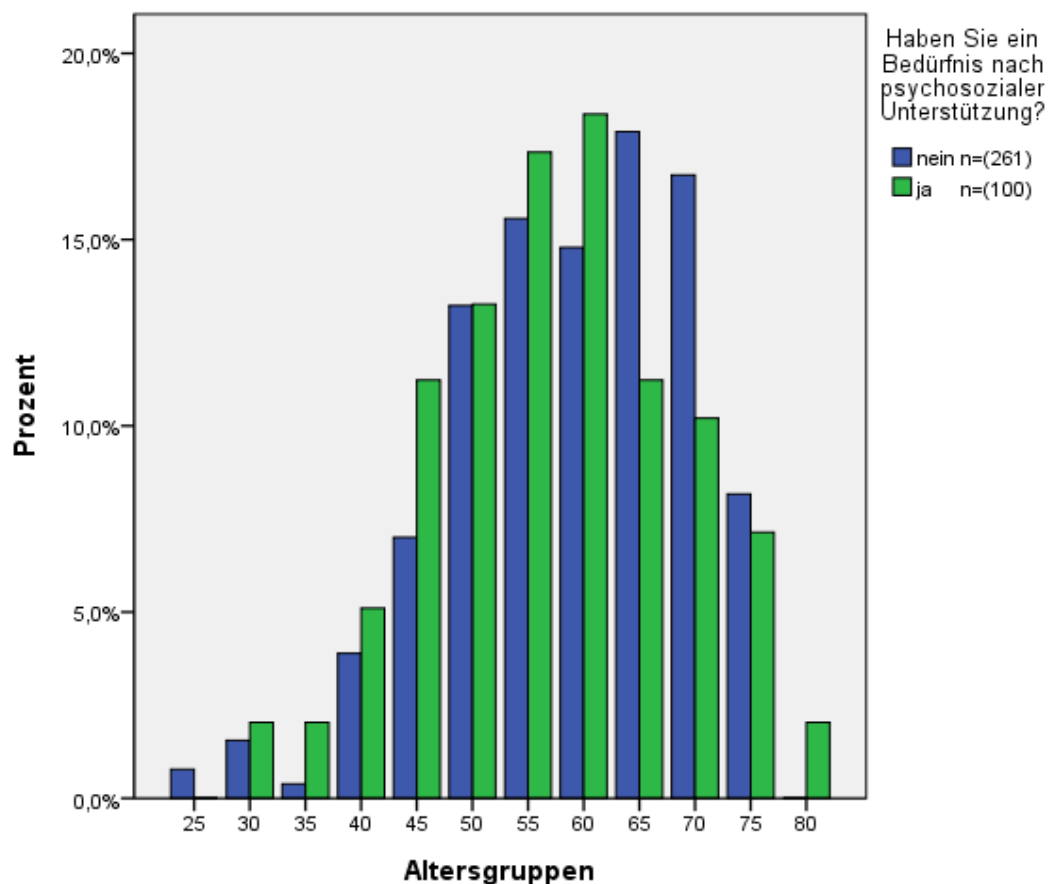


Abb. 2: Altersverteilung des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung

Die gruppierte Balkengrafik veranschaulicht das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis der Patienten, aufgegliedert nach Altersgruppen. Die Patientengruppen gehen in Altersabstandsschritten von 5 Jahren in die Analyse ein. Ein psychosoziales Unterstützungsbedürfnis gab es am häufigsten bei Patienten im Alter von 50-60 Jahren; bei älteren Patienten überwogen Patienten ohne Unterstützungswunsch deutlich. ( $t=1,7$ ;  $df=353$ ,  $p=0,09$ ). Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Alter und Unterstützungsbedürfnis beträgt (ohne Kontrolle der anderen Variablen)  $r=-.10$ , was keinen ausgeprägten Zusammenhang darstellt.

Hypothese 3 konnte somit aufgrund der Ergebnisse (kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und dem Alter der Patienten) nicht bestätigt werden.

#### ***6.2.4 Zusammenhang zwischen Setting und dem Bedürfnis nach psychosozialer***

##### ***Unterstützung***

Tabelle 17 (siehe 6.2.2) veranschaulicht neben den Unterschieden zwischen den Geschlechtern, in welchem medizinischen Setting die Probanden am häufigsten den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angaben. Es zeigte sich, dass sowohl weibliche Patientinnen mit 16 von 43 Frauen (37,2%) als auch männliche Teilnehmer mit 12 von 36 Probanden (33,3%) in der onkologischen Rehabilitationsklinik am häufigsten einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angaben. Somit äußerten insgesamt die Patienten am häufigsten in der onkologischen Rehabilitation den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung; es gaben 28 von 79 Patienten (35,4%) an, ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu haben. Anhand der Ergebnisse zeigt sich, dass es auch geschlechterunabhängig keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Unterstützungsbedürfnisses in den unterschiedlichen Settings gibt ( $\chi^2= 4,13$ ;  $df=2$ ;  $p=0,13$ ). Hypothese 4 konnte somit nicht bestätigt werden.

### 6.2.5 Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung und der wahrgenommenen Unterstützung durch Freunde und Familie

In Tabelle 18 wird deutlich, dass weniger als die Hälfte der Probanden die Frage nach einem Unterstützungsbedürfnis bejaht. Dieses Ergebnis ist bei wahrgenommener Unterstützung durch Familie und Freunde durchaus zu erwarten. „Wahrgenommene, positiv empfundene Unterstützung“ wurde bei den Patienten durch die Beantwortung von mehr als der Hälfte der SSUK-Items 1, 3, 6 und 8 („Unter den Menschen die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der für Sie da ist, wenn Sie ihn brauchen (1), der Sie aufmuntert oder tröstet (3), wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht (6), einen Teil seiner Zeit opfert, um etwas für Sie zu erledigen (8)“) mit „Ja“ und durch die Beantwortung der Frage „Mit wem können Sie über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen?“ definiert, wenn die Probanden „Angehörige“ und „Freunde“ angekreuzt hatten. Ungefähr ein Drittel der Patienten mit positiv wahrgenommener Unterstützung durch Freunde und Angehörige beantwortete die Frage nach einem psychosozialen Unterstützungsbedürfnis mit „Ja“. Die Gruppe der Probanden, die weniger als die Hälfte der SSUK-Items 1,3,6, und 8 mit „Ja“ beantwortet hatte und „Freunde“ und „Angehörige“ auf die Frage „Mit wem können Sie über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen?“ nicht genannt hatte, wurde als nicht positiv unterstützt gewertet, wobei bei dieser Frage nicht explizit darauf eingegangen wurde, ob die Probanden statt über positiv wahrgenommene Unterstützung über belastend wahrgenommene Interaktionen verfügten. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen waren nicht signifikant.

Tabelle 18: Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung je nach wahrgenommener Unterstützung durch Freunde und Familie

		wahrgenommene Unterstützung					
		ja		nein		gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	ja	67	27,9	31	27,7	98	27,6
	nein	173	72,1	81	72,3	254	72,2
gesamt		240	68,1	112	31,8	352	100

Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich ein Wert von  $\chi^2=0,002$  nach Pearson,  $p=0,963$ .



In Tabelle 19 ist die geringe Anzahl der Patienten auffällig, die in der Befragung angaben, nicht über positiv wahrgenommene Unterstützung, sondern über belastende Interaktion zu verfügen. Sie wurden durch die Beantwortung von mehr als der Hälfte der Items 1, 3, 6 und 8 („positiv wahrgenommene“ Unterstützung) mit „Nein“ und die Beantwortung von mehr als der Hälfte der Items 2,4,5 und 7 (belastende Interaktion) mit „Ja“ definiert. Die betreffenden Items für „belastende Interaktion“ lauteten „Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der zu viel Sorge oder Pessimismus in Bezug auf Ihre Erkrankung zeigt (2), Ihnen Informationen oder Vorschläge macht, die Sie nicht hilfreich oder gar beunruhigend finden (4), Ihnen das Gefühl gibt, dass Sie sich nicht um sich selbst kümmern können (5), versucht, Sie auf unangenehme Art und Weise dazu zu bewegen, ihre Form der Krankheitsbewältigung zu ändern (7)“. Ein weiteres Kriterium war, dass die Patienten „Angehörige“ und „Freunde“ auf die Frage „Wie gut können Sie mit den unten genannten Personen über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen?“ nicht genannt hatten. Von insgesamt 354 befragten Patienten gaben 13 Probanden an, weniger über positiv wahrgenommene Unterstützung, sondern mehr über belastend wahrgenommene Interaktion zu verfügen. Von denjenigen Patienten, die die Zuwendung von Familienangehörigen und Freunden als belastend wahrnahmen, gaben 46 Prozent an, ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung zu verspüren. Dies ist ein höherer Prozentsatz als in den bisherigen Ergebnissen. Über 96 Prozent der befragten Patienten gaben jedoch an, zumindest einzelne Aspekte der sozialen Unterstützung aus dem privaten Umfeld als positiv wahrzunehmen.

Tabelle 19: Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei fehlender Unterstützung durch Freunde und Familie

		<i>fehlende psychosoziale Unterstützung</i>					
		ja		nein		gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	ja	6	46,2	94	27,6	100	28,2
	nein	7	53,8	247	72,4	254	71,8
gesamt		13	3,7	341	96,3	354	100,0

Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich ein Wert von  $\chi^2=2,135$  nach Pearson,  $p=0,144$ .

Weiterhin wurde untersucht, inwieweit Patienten, die eigenen Angaben nach nicht über positiv wahrgenommene Unterstützung, sondern ausschließlich über belastend wahrgenommene Interaktionen mit Freunden oder Familie verfügten, ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angaben. Die Selektion der Patienten erfolgte über die Beantwortung der Items 1, 3, 6 und 8 des SSUK (positiv wahrgenommene Unterstützung) mit „Nein“ sowie die Frage „Wie gut können Sie mit den unten genannten Personen über die seelische Belastung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und ihrer Behandlung sprechen?“, wenn die Patienten „Angehörige“ und „Freunde“ nicht genannt hatten. Belastende Interaktionen wurden über die Beantwortung der Items 2,4,5 und 7 der SSUK (belastend wahrgenommene Interaktion) mit „Ja“ definiert. Unter den befragten Patienten gab es keinen Probanden, der alle Kriterien erfüllte, weshalb zu dieser Fragestellung keine weitere Auswertung erfolgen konnte. Es wurde deutlich, dass nur bei einer kleinen Minderheit der Probanden fehlende psychosoziale Unterstützung bzw. mehrheitlich belastend wahrgenommene Interaktionen berichtet wurden.

Tabelle 20 veranschaulicht die Mittelwerte der SSUK-Skalen der Patienten mit positiv wahrgenommene Unterstützung und mit belastend wahrgenommener Interaktion; positiv wahrgenommene Unterstützung wurde hierbei durch die Beantwortung eines oder mehrerer der SSUK-Items 1, 3, 6 und 8 („Unter den Menschen die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der für Sie da ist, wenn Sie ihn brauchen (1), der Sie aufmuntert oder tröstet (3), wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht (6), einen Teil seiner Zeit opfert, um etwas für Sie zu erledigen (8)“) mit „Ja“ definiert. Belastend wahrgenommene Interaktion wurde durch die Beantwortung eines oder mehrerer der SSUK-Items 2,4,5 und 7 („Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der zu viel Sorge oder Pessimismus in Bezug auf Ihre Erkrankung zeigt (2), Ihnen Informationen oder Vorschläge macht, die Sie nicht hilfreich oder gar beunruhigend finden (4), Ihnen das Gefühl gibt, dass Sie sich nicht um sich selbst kümmern können (5), versucht, Sie auf unangenehme Art und Weise dazu zu bewegen, ihre Form der Krankheitsbewältigung zu ändern (7)“) mit „Ja“ definiert. Zusätzlich wird dargestellt, ob Patienten mit positiv empfundener Unterstützung oder mit belastender Interaktion ein Unterstützungsbedürfnis angeben.

Tabelle 20: Mittelwert der SSUK-Skalen

	Unterstützungs- bedürfnis	n	Mittelwert
SSUK positiv wahrgenommene Unterstützung*	nein	259	3,36
	ja	100	3,27
	gesamt	359	3,33
SSUK belastend wahrgenommene Interaktion**	nein	257	,86
	ja	98	1,02
	gesamt	355	,91

\*= Beantwortung eines oder mehrerer der SSUK-Items 1, 3, 6 und 8 („positiv“ wahrgenommene Unterstützung: „Unter den Menschen die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der für Sie da ist, wenn Sie ihn brauchen (1), der Sie aufmuntert oder tröstet (3), wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht (6), einen Teil seiner Zeit opfert, um etwas für Sie zu erledigen (8)“) mit „Ja“

\*\*= Beantwortung eines oder mehrerer der SSUK-Items 2,4,5 und 7 („belastend“ wahrgenommene Interaktion: „Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der zuviel Sorge oder Pessimismus in Bezug auf Ihre Erkrankung zeigt (2), Ihnen Informationen oder Vorschläge macht, die Sie nicht hilfreich oder gar beunruhigend finden (4), Ihnen das Gefühl gibt, dass Sie sich nicht um sich selbst kümmern können (5), versucht, Sie auf unangenehme Art und Weise dazu zu bewegen, ihre Form der Krankheitsbewältigung zu ändern (7)“) mit „Ja“.

Im t-Test für unabhängige Stichproben unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen den Gruppen nicht signifikant ( $p=0,963$  bzw.  $p=0,144$ ). Die Signifikanz beträgt für positive empfundene Unterstützung 0,33; für belastende Interaktion 0,09.

Der Unterschied bezüglich des psychosozialen Unterstützungsbedürfnisses zwischen den Patienten, die über positiv wahrgenommene Unterstützung verfügen und den Patienten, die nicht über positiv wahrgenommene Unterstützung oder zusätzlich über belastende Interaktionen in Freundes- und Familienkreis verfügen, ist somit nicht signifikant, weshalb die fünfte Hypothese nicht bestätigt werden konnte.

### 6.3 Vorhersage des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung

Tabelle 21 veranschaulicht die Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und mehreren anderen Variablen. Die anderen Variablen gingen wie im Abschnitt „Statistische Analyse“ beschrieben in 5 Blocks in die logistische Regressionsanalyse ein. Block 1 überprüft die Vorhersagekraft der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung in der Vergangenheit, Block 2 untersucht Variablen zur psychischen Belastung, Block 3 soziodemografische Variablen

und Block 4 medizinische Variablen. In Block 5 wurden weitere soziodemographische Variablen und beide SSUK-Skalen ohne automatische Auswahl miteinbezogen, da diese als Hypothese unter Kontrolle der vorigen Variablen geprüft wurden.

Tabelle 21: Logistische Regressionsanalyse: Modellierung des Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung

	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Δ p</b>
<b>Schritt 1</b>							<b>0,15</b>	<b>&lt;.001</b>
Frühere Unterst.	1,52	,29	28,53	1	<,001	4,61		
<b>Schritt 2</b>							<b>0,33</b>	<b>&lt;.001</b>
Frühere Unterst.	1,41	,31	20,48	1	<,001	4,12		
Distress	,20	,07	9,07	1	,003	1,23		
Depressivität (PHQ)	,79	,39	4,18	1	,041	2,21		
Angst (GAD)	1,42	,31	20,48	1	<,001	4,12		
<b>Schritt 4*</b>							<b>0,36</b>	<b>0,03</b>
Frühere Unterst.	1,52	,32	22,07	1	<,001	4,57		
Distress	,23	,07	10,80	1	,001	1,26		
Depressivität (PHQ)	,90	,38	5,16	1	,023	2,46		
Angst (GAD)	,56	,34	2,71	1	,099	1,75		
Metastasierung			6,46	2	,039			
<i>Ja</i>	-1,06	,43	6,17	1	,013	,35		
<i>Unklar</i>	-,48	,44	1,16	1	,281	,62		
<b>Schritt 5</b>							<b>0,38</b>	<b>0,15</b>
Frühere Unterst.	1,66	,34	23,54	1	<,001	5,26		
Distress	,24	,07	10,75	1	,001	1,27		
Depressivität (PHQ)	,84	,40	4,38	1	,036	2,31		
Angst (GAD)	,56	,35	2,44	1	,118	1,75		
Metastasierung			7,12	2	,028			
<i>ja</i>	-1,10	,43	6,41	1	,011	,33		
<i>unklar</i>	-,65	,46	1,94	1	,164	,53		
Geschlecht (m)	,49	,34	1,99	1	,158	1,63		
Alter	-,02	,02	1,76	1	,184	,98		
SSUK: SU**	,112	,21	,28	1	,598	1,12		
SSUK: BI**	,369	,22	2,81	1	,094	1,45		

\*= in Schritt 3 wurden keine neuen Variablen ausgewählt; die Schätzung wurde bei der vierten Iteration beendet, weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten. Durch die automatische Auswahl der Variablen wurde generell nur dann eine Variable beibehalten, wenn es signifikante Unterschiede bei ihr gab.

\*\*SSUK: SU= positiv wahrgenommene Unterstützung; SSUK: BI= belastend wahrgenommene Interaktion

Aus den Odds-Ratios von Tabelle 21 wird die Größe des Zusammenhanges zwischen den einzelnen Variablen und der Häufigkeit eines berichteten Unterstützungsbedürfnisses ersichtlich (Spalte "OR"). Patienten mit bekannter Metastasierung berichteten ca. 3 mal weniger häufig über ein Unterstützungsbedürfnis im Vergleich zu Patienten ohne Metastasierung (Odds-Ratio = 0,33); Patienten mit unklarer Metastasierung berichteten ca 2 mal weniger häufig über ein Unterstützungsbedürfnis (Odds-Ratio = 0,53), wobei der letztgenannte Unterschied nicht mehr statistisch bedeutsam ist. Das Ergebnis für den Zusammenhang zwischen psychosozialem Unterstützungsbedürfnis und dem Wert des Distress-Thermometers zeigt, dass Patienten, die mehr Beschwerden in diesem Fragebogen angaben, auch häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung äußerten. Der Odds-Ratio von 2,3 für den PHQ besagt, dass Patienten, deren PHQ-Wert um 1 Punkt höher lag als bei anderen Patienten, die Patienten mit dem höheren PHQ-Wert 2,3 mal so häufig ein Unterstützungsbedürfnis angaben. Anders ausgedrückt erhöhte sich das Unterstützungsbedürfnis um mehr als das Doppelte für Patienten, die im PHQ einen um einen Punkt höheren Wert aufwiesen.

Vergleicht man die Patienten, die in der Vorgeschichte schon einmal psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen haben mit den Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung noch keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten, so gaben die Patienten, die bereits psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten, mehr als 5 mal so häufig ein Unterstützungsbedürfnis an (Odds-Ratio = 5,3) als Patienten, die bislang keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten. Für diesen Zusammenhang fand sich ein durchgängiger Effekt, der signifikant ist und im Vergleich zu den anderen Variablen den größten Unterschied zur Vergleichsgruppe darstellt.

Geschlecht, Alter, soziale Unterstützung sowie andere soziodemografische und medizinische Variablen zeigten nach Berücksichtigung aller vorigen Variablen keinen Zusammenhang mehr zum Unterstützungsbedürfnis; lediglich Patienten mit mehr belastenden Interaktionen zeigten eine Tendenz zu mehr Unterstützungsbedürfnis. Jedoch konnte der gesamte letzte Block keinen signifikanten Beitrag mehr zur Verbesserung des Modells beitragen.

## **7 Diskussion**

### **7.1 Unterstützungsbedürfnis**

Das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis der Probanden, ermittelt durch Selbsteinschätzung mittels Fragebogen, wurde in seinem Ausmaß untersucht. Es zeigte sich, dass ungefähr ein Drittel der Patienten die Frage nach einem psychosozialen Unterstützungsbedürfnis mit „Ja“ beantwortete. Die Hypothese, dass weniger als die Hälfte der befragten Patienten die Frage nach dem Unterstützungsbedürfnis bejaht, wurde damit bestätigt. Diese Ergebnisse stimmen zum Teil mit bisherigen Studienergebnissen überein (Singer et al. 2007; Faller et al. 2003), dennoch sehen andere Studien abhängig vom Belastungsausmaß der Patienten ein höheres Unterstützungsbedürfnis (de Vries et al. 1998; Plass, Koch 2001; Rehse et al. 2008; Roness et al. 2005; Tjihuis et al. 1990; Brandberg et al. 1995; Akechi et al. 1998; Galdas et al. 2005; Rickwood, Braithwaite 1994). Bei den Ergebnissen dieser Arbeit zeigten sich gleiche Tendenzen; Patienten mit mehr belastenden Interaktionen gaben häufiger ein Unterstützungsbedürfnis an als Patienten, die sich nicht belastet fühlten. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Weiterhin stellten wir fest, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Unterstützungsbedürfnis und Geschlecht, Versorgungssetting, Alter und wahrgenommener Unterstützung durch Freunde und Familie gab. Die Hypothese, dass mehr weibliche als männliche Probanden ein Unterstützungsbedürfnis angeben, wurde somit nicht bestätigt, ebenso wie die Hypothese, dass das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis mit dem Setting zusammenhängt. Die Hypothese, dass ältere Patienten weniger häufig ein Unterstützungsbedürfnis äußern als jüngere Patienten konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die Hypothese, dass ein negativer Zusammenhang zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und der vorhandenen Unterstützung durch Freunde und Familie besteht (dass also Patienten, die bereits Unterstützung durch Freunde und Familie erfahren, weniger häufig ein Bedürfnis nach Unterstützung äußern) konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Die Beeinflussung des Unterstützungsbedürfnisses durch die genannten Variablen wird in Studien zum Teil

anders bewertet; Patienten äußerten hier im Akutkrankenhaus am häufigsten ein Unterstützungsbedürfnis wie auch ältere Patienten weniger häufig ein Unterstützungsbedürfnis äußerten als jüngere Patienten und mehr Frauen als Männer sich psychosoziale Unterstützung wünschten (de Vries et al. 1998; Sanson-Fisher et al. 1999; Merckaert et al. 2010). Die Gesamtschau der Ergebnisse zeigt einen relativ konstant geäußerten Unterstützungsbedarf von ungefähr einem Drittel der Patienten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es unterschiedliche Zusammenhänge zwischen dem Unterstützungsbedürfnis und anderen Faktoren gibt, diese Zusammenhänge jedoch nur schwach ausgeprägt und in der statistischen Überprüfung nicht signifikant sind. Dennoch scheint es im Hinblick auf eine zukünftig verbesserte psychoonkologische Versorgungssituation in Deutschland sinnvoll, unterschiedliche Zusammenhänge und beeinflussende Faktoren in ihrer für jeden Patienten individuellen Tragweite zu erkennen und auf dieser Grundlage therapeutisch aufzubauen. Konkrete Betreuungswünsche von Tumorpatienten sollten zu Behandlungsbeginn erfragt werden und die familiäre bzw. soziale Situation der Betroffenen in den Behandlungsverlauf miteinbezogen werden (Ernst et al. 2009).

## **7.2 Multivariable Zusammenhänge mit dem Unterstützungsbedürfnis**

### **7.2.1 Psychische Belastung**

Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung der Patienten und dem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung untersucht. Es zeigte sich, dass ein erhöhter psychischer Belastungsgrad in den Selbstbeurteilungsfragebögen tendenziell mit einem häufigeren Wunsch nach psychosozialer Unterstützung einherging. Dies stimmt mit vorangegangenen Studienergebnissen überein. Die vorliegende Arbeit erhält ähnliche Ergebnisse wie die Arbeit von Faller et al. (2003) an Mammakarzinompatientinnen in Bezug auf den Unterstützungswunsch und die selbst eingeschätzte psychische Belastung der Patientinnen. In beiden Arbeiten zeigte sich, dass stärker belastete Patienten eher den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußern als solche, die sich für nicht belastet halten. Auffällige Werte in den psychometrischen Fragebögen, die zum Großteil als Screeninginstrumente eingesetzt

werden, gehen also zum Teil mit einem von den Patienten selbst eingeschätzten erhöhten Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung einher. Bestätigt wird dies auch durch zahlreiche vorangegangene Studien (de Vries et al. 1998; Plass, Koch 2001; Rehse et al 2008; Roness et al. 2005; Tjihuis et al. 1990; Brandberg et al. 1995; Akechi et al. 1998; Galdas et al. 2005; Rickwood, Braithwaite 1994). In der vorliegenden Arbeit war der Zusammenhang jedoch wie beschrieben nur tendenziell erkennbar und nicht signifikant.

### ***7.2.2 Frühere Unterstützung***

Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass Patienten, die bereits vor dem Zeitpunkt der Befragung psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten, häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angaben als Patienten, die zuvor noch kein Angebot psychosozialer Unterstützung in Anspruch genommen hatten. Der Zusammenhang war signifikant. Mögliche Erklärungen für diesen Zusammenhang sind einerseits, dass Patienten, die bereits psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen haben, diese als heilsam und wohltuend erlebt haben und weniger Hemmungen verspüren, erneut Hilfe anzunehmen. Darüber hinaus bauen Patienten, die bereits den Schritt gegangen sind, psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, Vorurteile ab, die dazu führen könnten, psychosoziale Unterstützung im Vorherein abzulehnen (Märtens 2005).

### ***7.2.3 Metastasierung***

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Metastasierung und dem Unterstützungsbedürfnis zeigte mehrere Effekte: Patienten mit unklarem Metastasierungsstatus und Patienten mit bereits diagnostizierten Metastasen gaben weniger häufig ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung als Patienten ohne Metastasen. Dies stellt einen Unterschied zu Vorergebnissen aus diesem Bereich dar. Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen, dass Patienten das Auftreten eines Tumorrezidivs als kritischste Phase der Erkrankung werten und sich gerade in dieser Situation mehr Unterstützung wünschen als vorher (de Vries 1998; Kaufmann, Ernst



2000). Auch von Expertenseite her wurde bislang der Unterstützungsbedarf beim Auftreten eines Rezidivs höher eingeschätzt als in anderen Krankheitsphasen (Reuter, Weis 2007).

Weitere Ansatzpunkte für eine Erklärung des Zusammenhangs von Metastasierungsstatus und Unterstützungsbedürfnis sind eine längere Erkrankungsdauer der Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung und die damit gegebene Möglichkeit und Notwendigkeit, sich mit dem Progress der Erkrankung zu arrangieren. Daten zur Erkrankungsdauer der Patienten bestätigen, dass die Patienten mit Metastasierung im Schnitt länger erkrankt waren als Patienten mit lokalisierter Tumorerkrankung. Darüber hinaus hatten die Patienten, die bereits über die Diagnose einer Metastasierung Bescheid wussten, diagnostische Klarheit und mussten nicht länger in einem Zustand der Unsicherheit und Angst leben, waren also im Vergleich möglicherweise psychisch stabiler.

#### ***7.2.4 Soziodemografische Parameter***

Weiterhin zeigten die Ergebnisse, dass der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung nicht mit den soziodemografischen Variablen der Probanden korreliert. Hier finden sich Unterschiede zu vorangegangenen Studienergebnissen, die belegen, dass Patienten mit höherem Bildungsniveau und jüngerem Alter häufiger den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußern als ältere Patienten mit einem niedrigeren Bildungsniveau (Rehse et al. 2008). Hinsichtlich des Alters fand sich in den Ergebnissen kein signifikanter Unterschied im Zusammenhang mit dem Unterstützungsbedürfnis. Dies deckt sich zum Teil mit bisherigen Forschungsergebnissen (Singer et al. 2007). Weiterhin zeigte sich, dass Frauen zwar tendenziell häufiger als Männer den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung angaben, der geschlechtsspezifische Unterschied war jedoch gering und nicht signifikant, was ebenfalls einigen vorangegangenen Forschungsergebnissen entspricht (Singer et al. 2007; Ernst et al. 2009).

Eine große Zahl Studien kommt in ihren Ergebnissen im Gegenzug dazu überein, dass Frauen nicht nur ein größeres Bedürfnis nach Information bezüglich ihrer Erkrankung haben als Männer (Rabe, Braun 2002), sondern auch eher den Wunsch nach

psychosozialer Unterstützung äußern (de Vries et al. 1998; Sanson-Fisher et al. 1999; Merckaert et al. 2010).

### **7.2.5 Setting**

Die Ergebnisse zeigen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Setting und dem Unterstützungsbedürfnis der Patienten gibt. Allerdings gaben sowohl weibliche als auch männliche Patienten in der onkologischen Rehabilitationsklinik tendenziell am häufigsten den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an. Dies steht im Gegensatz zu Studienergebnissen, die aussagen, dass Patienten in der Akutklinik deutlich häufiger als in der onkologischen Rehabilitation den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußern (Weis et al. 1998). Der Stellenschlüssel Arzt – Patient ist im stationären Setting am ungünstigsten bemessen; in der Rehabilitation gibt dagegen generell mehr therapeutische Gesprächsangebote. Da sich jedoch in der Zwischenzeit die Möglichkeiten der psychoonkologischen Versorgung besonders im Bereich der Akutkrankenhäuser deutlich verbessert haben, mag ein weniger deutlicher Unterschied zwischen den einzelnen Settings auch durch die Bemühungen, in allen klinischen Bereichen ein möglichst umfassendes, psychoonkologisches Versorgungsangebot zu gewährleisten, bedingt sein.

## **7.3 Einschränkungen der Studie**

### **7.3.1 Selektionseffekte**

Ein limitierender Faktor der vorliegenden Studie war zunächst der hohe zeitliche Aufwand, der viele Probanden abschreckte und zur Nichtteilnahme veranlasste. Von insgesamt 617 Patienten lehnten 157 die Teilnahme wegen zu hohem Zeitaufwand und zu hoher Belastung ab. Die Interviewzeit dauerte im Schnitt über eine Stunde, das Ausfüllen der gesamten Unterlagen inklusive Patientenfragebogenheft noch einmal eine Stunde. Der dazu nötige Zeitaufwand konnte von vielen Patienten nicht gewährleistet werden, gerade wenn sie sich in ambulanter Behandlung und nicht im stationären Setting befanden. Im stationären Setting dagegen fand durch den hohen zeitlichen Aufwand eine Selektion motivierter und körperlich belastbarer Patienten statt. Die

Probanden, die sich zur Teilnahme bereit erklärten und im stationären Setting befanden, mussten sich mindestens eine Stunde lang auf das Interview konzentrieren können. Das war bei einem Teil der Patienten, der sich durch die Nebenwirkungen der laufenden Chemo- und Strahlentherapie in einem schlechten bis sehr schlechten Allgemeinzustand befand, nicht möglich. Es besteht die Vermutung, dass bei Erhebung der Daten eine Selektion motivierter Patienten vorliegt, die eher optimistisch gestimmt waren und der Befragung positiv gegenüber standen als diejenigen, die die Teilnahme wegen mangelndem Interesse ablehnten.

### ***7.3.2 Erhebungsmethodik***

Die vorliegenden Daten dieser Arbeit wurden den von den Patienten ausgefüllten Patientenfragebogenheften gewonnen.

Während der Erhebungen gestaltete es sich immer wieder als schwierig, die Patientenfragebogenhefte von den Patienten nach dem Ausfüllen zurückgesandt zu bekommen. Ein Teil der Probanden war durch die Therapie und die Krankheitssymptome physisch wie psychisch beeinträchtigt und sah sich nicht in der Lage, das Patientenfragebogenheft noch im stationären Setting auszufüllen, sodass es den Patienten mit nach Hause gegeben wurde. Die Patienten wurden, wenn sie das Fragebogenheft nicht innerhalb von einem halben Jahr zurücksandten, durch die Studienmitarbeiter telefonisch oder schriftlich gebeten, das Patientenfragebogenheft zurückzusenden. Einige Probanden erklärten nach dem Ausfüllen, das Heft enthalte zu viele Fragen und das Ausfüllen sei zu anstrengend. Aufgrund dieser Aussagen gilt es bei der Bewertung der erhobenen Daten darauf zu achten, dass nicht alle Fragen mit hoher Konzentration und Geduld beantwortet wurden.

### ***7.3.3 Repräsentativität der Stichprobe***

Die für die vorliegende Arbeit benutzte Stichprobe ( $n = 386$ ) stellt ein verhältnismäßig kleines Kollektiv im Vergleich zu 395000 Krebskranken deutschlandweit dar und ist deshalb nur eingeschränkt repräsentativ. Die reduzierte Patientenzahl kam durch

unvollständig ausgefüllte Unterlagen sowie fehlende Daten in einzelnen Bereichen zustande.

Darüber hinaus sind in Bezug auf die Lokalisation der Tumorerkrankung die Ergebnisse dieser Arbeit vorsichtig zu interpretieren. So wurden, wie in den Tabellen 3-14 zur Charakterisierung der Stichprobe deutlich wird, im Verhältnis sehr viele Brustkrebspatientinnen interviewt. Natürlich sind diese Zahlen auch in Bezug auf die Häufigkeiten der jeweiligen Tumorentitäten in der Allgemeinbevölkerung zu sehen: Hier steht Brustkrebs an dritter Stelle der durch Malignome verursachten Sterbefälle und ist damit durchaus häufig. Die Ergebnisse sind jedoch mit 139 Brustkrebspatientinnen von 386 Krebspatienten insgesamt in diesem Bereich eingeschränkt repräsentativ, obwohl die Vielfalt der Lokalisationen und Krankheitsstadien eine breitere Aussage als eine spezielle Stichprobe erlaubt.

#### **7.3.4 Design**

Eine weitere Einschränkung der Studie ist darin zu sehen, dass aufgrund des Querschnitt-Designs keine kausalen Aussagen getroffen werden können. In Bezug auf die Fragestellung unterschiedlicher Zusammenhänge mit dem Unterstützungsbedürfnis der Patienten lässt sich somit nichts darüber aussagen, welche Parameter ursächlich mit dem Unterstützungsbedürfnis der Patienten zusammenhängen.

#### **7.4 Ausblick auf die zukünftige Forschung**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass ungefähr ein Drittel der Patienten ein psychosoziales Unterstützungsbedürfnis äußert. Wichtig ist das Wissen darüber, dass bei vielen Krebspatienten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung besteht, dieses aber aus unterschiedlichen Gründen nicht formuliert wird. Gerade im stationären Setting besteht ein durchschnittlich erhöhter Bedarf an psychosozialer Unterstützung durch schwerere Krankheitsverläufe und damit einhergehende erhöhte psychische Belastung. Wenn nur ein Teil der behandlungsbedürftigen Patienten den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußert, ergibt sich die Gefahr einer

psychoonkologischen Unterversorgung sowohl im stationären als auch in anderen Bereichen. Hierbei soll auf die Notwendigkeit eines routinemäßig integrierten, psychoonkologischen Screenings aller Patienten hingewiesen werden, da hierdurch eine Mehrzahl psychisch belasteter Patienten herausgefiltert werden und einem psychosozialen Unterstützungsangebot zugeführt werden kann (Singer et al. 2007).

Weiterhin zeigte sich, dass Patienten nicht unbedingt die Notwendigkeit sehen, mit psychoonkologischen Fachkräften über ihre Erkrankung und psychische Belastung zu sprechen. Ein im Rahmen der Studie befragter Patient aus Würzburg schrieb zu dieser Frage in einem Brief, für ihn seien Freunde und Familie schon früher und auch jetzt seine wichtigsten Ansprechpartner, wenn es um das Leid ginge, dass seine Erkrankung ihm verursache. Dieser Gesichtspunkt wurde bereits in einer Studie von Faller et al. (2003) deutlich, in der sich zeigte, dass die befragten Mammakarzinompatientinnen nur zu einem Drittel überhaupt den Wunsch äußerten, über ihre Erkrankung sprechen zu wollen und sich durch ihre sozialen Ressourcen ausreichend versorgt sahen. Ein künftiger Forschungsschwerpunkt könnte hier auf der Ausgestaltung einer persönlichen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und behandelndem Arzt oder Psychologen liegen, in der es Patienten gelingen kann, über persönliche Probleme und Belastungen zu sprechen. Aus dieser Erkenntnis heraus sollte auch zukünftig weiter daran gearbeitet werden, gerade im stationären Setting die Möglichkeit einer persönlichen psychosozialen Unterstützung zu gewährleisten und dafür entsprechende personelle Kapazitäten einzuplanen.

Trotz der bestehenden Mängel ist in den letzten beiden Jahrzehnten ein deutlicher Fortschritt in der Weiterentwicklung von psychoonkologischen Versorgungsangeboten zu verzeichnen, gerade im Bereich der Akutversorgung. Es gibt inzwischen mehr und differenziertere Angebote für Krebspatienten als früher (Weis et al. 1998). Erschwerend für die zukünftige Planung ist, dass sich Nutzerbedürfnisse in relativ kurzer Zeit wandeln und schwer vorherzusehen sind (Weis et al. 1998). In Anbetracht der derzeitigen finanziellen Lage unseres Gesundheitssystems bleibt anzuhängen, inwiefern ein weiterer Ausbau psychosozialer Angebote für Krebspatienten realisierbar ist.

## 8 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es darzustellen, wie groß das psychosoziale Unterstützungsbedürfnis von Patienten mit maligner Krebsdiagnose ist und welche multivariablen Zusammenhänge mit diesem Bedürfnis bestehen. Die dazu nötigen Daten wurden mit einem Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben, der im Rahmen einer multizentrisch angelegten Querschnittsstudie zum Thema „Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf bei Tumorpatienten“ in fünf Zentren in Deutschland entwickelt wurde. Die Stichprobe umfasste 386 Patienten im Alter von 18 bis 75 Jahren, die ausreichend deutsch sprachen und an einer malignen Krebserkrankung litten. Das Unterstützungsbedürfnis der Patienten wurde in Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede, Alter, Setting und vorhandene psychosoziale Unterstützung durch Freunde und Familie untersucht.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit denen der bisherigen Forschung. So gab ungefähr ein Drittel der Patienten einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an. Weiterhin gaben Patienten, die sich psychisch belastet fühlten, häufiger einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung an als Patienten, die sich nicht belastet fühlten. Patienten mit bekannter Metastasierung oder unklarem Metastasierungsstatus äußerten im Vergleich zu Patienten mit lokalisierter Tumorerkrankung weniger häufig den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung. Patienten, die bereits vor dem Zeitpunkt der Befragung psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten, äußerten signifikant häufiger ein Unterstützungsbedürfnis als Patienten, die bislang keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen hatten. Alter, Geschlecht, Setting und vorhandene Unterstützung durch Freunde und Familie zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Unterstützungsbedürfnis.

Insgesamt äußert mit ungefähr einem Drittel der Patienten ein großer Anteil des Kollektivs ein Unterstützungsbedürfnis. Dies sollte die Konsequenz nach sich ziehen, dass Patienten, die durch ihre Tumorerkrankung nicht nur körperlich, sondern auch seelisch belastet sind, eine entsprechende Behandlung zuteil oder zumindest angeboten wird. Es bleibt zu hoffen, dass die stetigen Veränderungen unseres Gesundheitssystems darauf hinzielen, Tumorpatienten im Rahmen psychoonkologischer Versorgung umfassend zu unterstützen.

## 9 Literaturverzeichnis

- Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Yamawaki S, Uchitomi Y;  
“Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients.” *Support Care Cancer* 1998; 6(3):281–286.
- Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, Murakami Y, Uchitomi Y; „Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer.” *Cancer* 2003, 97, 2605–2613.
- Anderson B; “Biobehavioral Outcomes Following Psychological Interventions For Cancer Patients.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 590–610.
- Bammer K; “Krebs und Psychosomatik” Kohlhammer-Verlag; Stuttgart, Berlin, Köln, 1987.
- Barrera M; “Distinctions between social support concepts, measures, and models.” *American Journal of Community Psychology* 1986, 14, 413–445.
- Bengel J, Beutel M, Broda M, Haag G, Härter M, Lucius-Hoene G, Muthny F, Potreck-Rose F, Stegie R, Weis J; „Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin.“ *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2003; 53(2): 83-93.
- Berend M, Küchler T; „Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik.“ *Psychotherapeutenjournal* 4/2010, Psychotherapeuten Verlag, Heidelberg.

- Bergelt C, Schölermann C, Hahn I, Weis J, Koch U; „ Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor.“ *Gesundheitswesen* 2010; 72(10): 700-706 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.
- Berger M; “Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie.” Elsevier, Urban und Fischer Verlag, 2009.
- Bijani J; „Erleben der Diagnoseeröffnung bei einer Krebserkrankung.“ Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; 2005.
- Bloom J; “Social support and adjustment to breast cancer. In B.L. Anderson (Hrsg.)” *Women with cancer: psychological perspectives* ; 204–229; New York, Springer-Verlag, 1986.
- Brandberg Y, Mansson-Brahme E, Ringborg U, Sjoden P; “Psychological reactions in patients with malignant melanoma.” *Eur J Cancer* 1995;31A(2):157–162.
- Brown F; “The relationship between cancer and personality.” *Annals of the New York Academy of Sciences* 125, 865 – 875, 1966.
- Burke S, Kissane D; “Psychosocial support for breast cancer patients provided by members of the treatment team – a summary of the literature 1976 – 1996” Sydney; NHMRC (National Health and Medical Research Council) National Breast Cancer Centre, 1998.
- Carver C, Scheier M, Weintraub J; „Assessing coping strategies: A theoretically based approach.” *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 267-283, 1989.



- Cleeland C, Ryan K; "Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory." *Ann Acad Med Singapore* 23, 129–138, 1994.
- Cobb S; "Social support as a moderator of life stress." *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314, 1976.
- Cohen L, McGowan J, Fooksas S, Rose S; "Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder." *American Journal of Community Psychology*, 12, 567–587, 1984.
- Cooper J; "Pocket book to ICD-10 classification of mental and behavioural disorder." Huber-Verlag, Toronto, 1999.
- De Vries A, Söllner W, Steixner E, Auer V, Schiessling G, Stzankay A, Iglseider W, Lukas P; „Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung.“ *Strahlentherapie und Onkologie* Volume 174, Nummer 8, 408-414, Springer Verlag, 1998.
- Devine D, Parker P, Fouladi R, Cohen L; "The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment." *Psycho-Oncology* 12, 453–462, 2003.
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R; „Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients." *Psychosomatic Medicine*, 63, 679–686, 2001.
- Dowell M, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers S; "Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer." *Psycho-Oncology* 19: 508-516, 2010.

- Dunkel-Schetter C; "Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications." *Journal of Social Issues* 40, 77–98, 1984.
- Dunkel-Schetter C, Bennett T; „Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support" In B. Sarason, I. Sarason and G. Pierce (Hrsg.); *Social Support: An Interactional View* (87–95). New York: Wiley Interscience, 1990.
- Eakin E, Strycker L; "Awareness of and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: Patient and provider perspectives." *Psycho-Oncology* 10, 103 – 113, 2001.
- Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U; „Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 – Eine Normstichprobe für Deutschland.“ *Bundesgesundheitsblatt* 48 (12): 1330-1337, 2005.
- Ernst J, Lehmann A, Krauß O, Köhler U, Schwarz R; „Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patienten - Geschlechtsspezifische Unterschiede.“ *Tumor Diagnostik und Therapie* 2009; 30(5): 269-274 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.
- Faller H; „Subjektive Krankheitstheorien: Determinanten oder Epiphänomene der Krankheitsverarbeitung?“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 1993; 39: 356–374.
- Faller H; „Krebs.“ in „*Psychologische Gesundheitsförderung*“ Jerusalem M, Weber H (Hrsg.), Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2000.

- Faller H; „Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation.“ Rehabilitation 2003; 42(3): 129-135  
© Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- Faller H; „Subjektive Gesundheit und Patientenorientierung – Gesundheit aus rehabilitationsmedizinischer Sicht“ in „Gesundheit – Gesundheit?“ Ilona Biendarra, Marc Weeren (Hrsg.) Königshausen & Neumann-Verlag, 2008, Seite 231 – 236.
- Faller H; „Erfolg psychologischer Interventionen- ein Review.“ In Koch U, Weis J (Hrsg.) Psychoonkologie, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 22, 185 - 189 Hogrefe, Göttingen 2009.
- Faller H, Bülzebruck H; “Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up.“ American Journal of Psychiatry; 12/2002; 159(12):2105-7.
- Faller H, Bülzebruck H, Drings P, Lang H; „Coping, distress, and survival among patients with lung cancer.“ Archiv of General Psychiatry 1999 Aug; 56(8):756-62.
- Faller H, Jelitte M; „Was denken Krebspatienten über ihre Erkrankung? Subjektive Krankheitstheorien und ihre Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung.“ PiD - Psychotherapie im Dialog 2010; 11(2): 155-158.
- Faller H, Kraus M, Burth E, Zeigert B;“ Emotionales Befinden, Krankheitsverarbeitung und klinischer Status bei Morbus Hodgkin-Patienten” Zeitschrift für medizinische Psychologie 8, 19 – 28, 1999.
- Faller H, Lang H, Schilling H; „Emotional distress and hope in lung cancer, as perceived by patients, relatives, physicians, nurses and interviewers.” Psycho-Oncology 4; 21 – 31, 1995.

- Faller H, Lang H, Schilling S; “ Kausalattribution Krebspersönlichkeit – ein Ausdruck maldaptiver Krankheitsverarbeitung?” Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 44, 104 – 116, 1996.
- Faller H, Lang H; „Medizinische Psychologie und Soziologie.“ Springer-Verlag 2010.
- Faller H, Lang, H, Schilling S, Otteni M; „Positive und negative Effekte sozialer Unterstützung bei Krebserkrankung.“ In U. Koch und J. Weis (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung (161–171) Stuttgart: Schattauer-Verlag, 1998.
- Faller H, Olshausen B, Flentje M; „Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie.“ Psychotherapy and Psychosomatic Medicine 2003; 53: 229 – 235 Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- Faller H, Weis J; „ Bedarf psychosozialer Unterstützung und reale Versorgung.“ Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen; Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 2005.
- Fallowfield L, Ford S, Lewis S; “No news is good news: information preferences of patients with cancer.“ Psycho-Oncology 1995; 4:197-202.
- Fayers P, Weeden S, Curran D; “EORTC-QLQ Reference Values.” Brüssel: EORTC 1998.
- Frick E, Ramm G, Bumeder I, Schulz-Kindermann F, Tyroller M, Fischer N, Hasenbring M; “Social support and quality of life of patients prior to stem cell or bone marrow transplantation.” British Journal of Health Psychology. 11(3):451-62, 2006.

- Galdas P, Cheater F, Marshall P; „Men and health help-seeking behaviour: literature review.” J Adv Nurs 2005;49(6):616–623.
- Giesler J, Weis J; „Psychoonkologische Versorgung in Brustzentren.“ FORUM 6, 49-52, 2009.
- Gil F, Grassi L, Travado L, Tomamichel M, Gonzalez J in “Southern European Psycho-Oncology Study Group”; “Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients.” Supportive Care in Cancer 2005, 13, 600–606.
- Glaus A, Jungi W, Senn H; „Onkologie für Krankenpflegeberufe“ Thieme-Verlag; Stuttgart, 1997.
- Goodwin R, Olfson M; “Self-perception of poor health and suicidal ideation in medical patients.” Psychological Medicine 2002, 32, 1293–1299.
- Gräfe K, Quenter A, Buchholz C, Wild B, Zipfel S, Herzog W, Löwe B.; „Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) – Wie gut diagnostiziert ein Screeningfragebogen psychische Störungen?“ Nervenheilkunde, 20 (Suppl. 3), S99, 2001.
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B; „Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie.“ Diagnostica 2004, 50, 171-181.
- Groddeck G; „Von der psychischen Bedingtheit der Krebserkrankung.” In Groddeck G „psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik“ Limes Verlag, Wiesbaden, 1966.

- Hall A, Fallowfield L, A'Hearn T; "When breast cancer recurs: A 3-year prospective study of psychological morbidity." *The Breast Journal*, 2, 197-203, 1996.
- Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M, Heesen C; „Partizipative Entscheidungsfindung - Implikationen des Modells des Shared Decision Making für Psychiatrie und Neurologie.“ *Nervenarzt* 2005 · 77:1071–1078 © Springer Medizin Verlag.
- Harrison D, Galloway S, Greydon J, Palmer-Wickahm R, Rich-van der Bij L; „Information need and preference for information of women with breast cancer over a first course of radiation therapy“ *Patient Education and Counseling* 38; 217 - 225; Elsevier-Verlag, München, 1999.
- Harrison J, Young J, Price M, Butow P, Solomon M; "What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review." *Support Cancer Care*, 2009.
- Härter M, Baumeister H, Bengel J; „Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.“ Springer-Verlag, Heidelberg, 2007.
- Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Stauber M; „Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Körpererleben und Angst bei Brustkrebspatientinnen im Langzeitverlauf.“ *Geburtsh Frauenheilk* 2003; 63(5): 446-452 Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York.
- Heilmann V, Kreienberg R; „S3-Leitlinie Mamma-Karzinom.“ In: Kreienberg, Jonat, Volm, Möbus, Alt (Hrsg.) *Management des Mamma-Karzinoms*. Berlin: Springer ; 2006 ; S7 – S11.

Helgeson S, Cohen S, Schulz R, Yasko J; "Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What?" Health Psychology 2000. Vol. 19. No.2. 107-114 Copyright 2000 by the American Psychological Association. Inc. 0278-6133/001\$5.00.

Helgeson S, Cohen S, Schulz R, Yasko J; "Long-Term Effects of Educational and Peer Discussion Group Interventions on Adjustment to breast cancer." Health Psychology 2001, Vol. 20, No. 5, 387-392 Copyright 2001 by the American Psychological Association, Inc. 0278-6133/01/\$5.00.

Herrmann C; "International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results." Journal of Psychosomatic Research 42 (1), 17-41, 1997.

Herrmann C, Buss U, Snaith, R; "HADS-D: Hospital anxiety and depression scale – Deutsche Version." Bern, Huber-Verlag, 1995.

Herschbach P; „Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab?“. Psychotherapie und medizinische Psychologie 2002; 52: 141-150.

Herschbach P, Brandt U; „Belastungen des medizinischen Personals und Bedarf für psychosoziale Fortbildung.“ In: Koch U und Weis J (Hrsg.): „Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung.“ Stuttgart New York. Schattauer: 253-260, 1998.

Herschbach P, Weiß J (Hrsg.); „Screeningverfahren in der Psychoonkologie – Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten.“ Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis. Deutsche Krebshilfe e.V. 1998.

- Hewitt M, Herdman R, Holland J (Hrsg.); "Meeting psychosocial needs of women with breast cancer." National Academies Press, 2004.
- Holland J; "An algorithm for rapid assessment and referral of distressed patients." In MC Perry (Hrsg.) "American Society of Clinical Oncology educational book" 129–138, 2000.
- Holland J, Breitbart W, Jacobson P (Hrsg.); „Psychooncology“ 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010.
- Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, Lederberg B, Loscalzo M, Massie M, McCorkle R (Hrsg.); "Psychooncology". University Press, Oxford 1998.
- Holland J, Romano J, Heiligenstein J, Tepner R, Wilson M; „ A controlled trial of fluoxetine and desipramin in depressed women with advanced cancer. " Psychooncology 7; 291 – 300, 1998.
- Holland J, Rowland J (Hrsg.); "Handbook of Psychooncology" Oxford University Press, New York, Oxford, 1989.
- Houts P, Jasko J, Kahn S, Schelzel G, Marconi K; "Unmet psychological, social and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania" Cancer 59, 2355 – 2361, 1986.
- Hürny C; "Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen" in Uexküll T (Hrsg.) „Psychosomatische Medizin" Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 5. Auflage 1996, 953 – 969.
- Hund B, Reuter K, Härter M; „Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf bei Tumorpatienten – eine multizentrische psychoonkologisch-epidemiologische Untersuchung.“ Leitfaden für die Interviewdurchführung und Studiendesign, 2008.



- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J; "Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers." *Br J Cancer* 2001;84: 48-51.
- Kasper J, Kollenbaum V; „Indikation zur psychoonkologischen Intervention“ *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 1, 15 – 22, 2001.
- Kaufmann M, Ernst B; „Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen.“ *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97: A 3191–3196 [Heft 47]
- Keller M; „Psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus.“ *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 15, 26–29.
- Keller M; „Effekte psychosozialer Interventionen auf Lebensqualität und Krankheitsverlauf von Krebspatienten.“ *Der Onkologe*, Volume 7, Number 2, 133-142.
- Kissane D, Grabsch B, Love A, Clark D, Bloch S, Smith G; „Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer – a comparative analysis.“ *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 320 – 326, 2004.
- Klee M, Groenvold M, Machin D; "Quality of life of Danish women: Population-based norms for the EORTC QLQ-C30." *Quality of Life Research* 1997, 6, 27-34.
- Knoll N, Kienle R; „Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16 (2007), 57 – 71.
- Koch U, Mehnert A, Schulz K; „Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf bei Tumorpatienten. Eine multizentrische psychoonkologisch-epidemiologische Untersuchung“ Hamburg, 2005.

- Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, David-Spiegel D;  
„Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer.” *Psycho-Oncology* 7, 101–111, 1998.
- „Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends.“ 6. überarbeitete Auflage. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg). Berlin, 2008.
- Kreienberg R (Hrsg.); „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Wien, New York: Zuckschwerdt; 2008.
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J; „The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure.” *Journal of General Internal Medicine* 16, 606 – 613, 2001.
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J; „The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms.” *Psychosomatic Medicine* 64, 258–266, 2002.
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B; „Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection.” *Annals of Internal Medicine* 146, 317-325, 2007.
- Kruse J, Grinschgl A, Wöller W, Söllner W, Keller M; „Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs.“ *Psychotherapeut* Volume 48, Number 2, 93-99.
- Laireiter A (Hrsg.); „Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung.“ Hans Huber-Verlag, Bern, 1993.

- Lehmann C, Koch U, Mehnert A; „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* 2009; 59(7): e3-e27 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.
- Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellber D, Herzog W, Herzberg P; „Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population.“ *Medical Care* 46, 266-74, 1998.
- Löwe B, Spitzer R, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfe S, Buchholz C, Witte S, Herzog W; “Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses.” *Journal of Affective Disorders*, 2002.
- Löwe B, Spitzer R, Zipfel S, Herzog W; „PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten.“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2/2003 Pfizer GmbH, Karlsruhe.
- Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W; “Diagnosing ICD-10 Depressive Episodes: Superior Criterion Validity of the Patient Health Questionnaire.” *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, 386–390, 2004.
- Märtens M; “Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie.” *Psychotherapie im Dialog* 2005, 6(2), 145 – 149.
- Massie M; „Prevalence of Depression in Patients with Cancer. “ *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; 57 – 71.

- Massie M, Popkin M; „Depressive Disorders“ in Holland J (Hrsg.)  
Psychooncology, New York, Oxford University Press 52, 518 – 540, 1998.
- Meerwein F, Bräutigam W; “Einführung in die Psychoonkologie.” Hans  
Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Toronto, 2000.
- Mehnert A; „Psychosoziale Probleme von Langzeitüberlebenden einer  
Krebserkrankung - Bedarf an psychosozialer Unterstützung.“ Der Onkologe;  
Volume 17, Number 12, 1143-1148.
- Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2006). „Prävalenz und Diagnostik psychischer  
Störungen in der Onkologie.“ Der Onkologe 2006 · 12:18–26 © Springer  
Medizin Verlag 2005.
- Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U; „ Die deutsche Version des  
NCCN Distress-Thermometers – Empirische Prüfung eines Screening-  
Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten.“  
Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 54, 213-223, 2006.
- Mehnert A, Petersen C, Koch U; „Empfehlungen zur Psychoonkologischen  
Versorgung im Akutkrankenhaus.“ Zeitschrift für medizinische Psychologie, 12  
(2003), 77–84.
- Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmylder J, Razavi D; “Cancer  
patients’ desire for psychological support: prevalence and implications for  
screening patients’ psychological needs.” Psycho-Oncology 19: 141-149, 2010.
- Meredith C, Symonds S, Webster L, Douglas L, Pyper E, Gillis C, Fallowfield L;  
“Information need of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of  
patients views.” Br Med J 1996; 313:724-6.

- Miller B, Pittman B, Strong C; "Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physicians role in meeting those needs." *Int J Gynecol Cancer*, 2003, Mar-Apr; 13(2):111-9.
- Mills M. und Sullivan K; „The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature." *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631–642 1999.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skummy A, Dutcher J; "Seeking meaning and hope, self-reported spiritual and existential needs among a ethnically diverse cancer patient population" *Psycho-Oncology* 8(5), 378 – 385, 1999.
- Möller HJ, Laux G, Deister A (2009) "Psychiatrie und Psychotherapie" 4. Auflage Duale Reihe, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Moorey S, Greer S; "Psychological therapy for patients with cancer – a new approach " Oxford, Heinemann Medical Books, 1989.
- Mossman J, Boudioni M, Slevin M; "Cancer information: a cost-effective intervention." *Eur J Cancer* 1999;35:1587-91.
- Müller D, Mehnert A, Koch U; „Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) –Testtheoretische Überprüfung und Validierung an einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen.“ *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 13 (2004), 155–164.
- Muthny F; „Implementierung psychoonkologischer Leistungen in der Akutversorgung am Beispiel des "Herforder Modells".“ In: Härter M & Koch U (Hrsg.): „Psychosoziale Dienste im Krankenhaus.“ Göttingen. Verlag für angewandte Psychologie: 139-154, 2000.

- Muthny F, Küchenmeister U; „Patienteneinschätzungen zum Bedarf der Patienten an psychosozialer Beratung und Psychotherapie.“ In Muthny FA (Hrsg.) Psychoonkologie, Bedarf, Maßnahmen und Wirkung am Beispiel des „Herforder Modells.“ Lengerich: Pabst 41 – 58, 1998.
- National Comprehensive Cancer Network NCCN; “Distress management clinical practice guidelines.” Journal of the National Comprehensive Cancer Network 344–374, 2003.
- Nelles W, McCaffrey R, Blanchard, C, Ruckdeschel, J; „Social support and breast cancer: a review.” Journal of Psychosocial Oncology 9, 21–34, 1991.
- Newell S, Sanson-Fisher R, Girgis A; “ The physical and psychosocial experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study.” European Journal of Cancer Care 8, 73 – 82, 1999.
- Newell S, Sanson-Fisher R, Savolainen N; “Systematic review of psychological Therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research.” Journal of the National Cancer Institute 94, April 17 2002, 558 – 584.
- Peters-Golden H; “Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience.” Social Science and Medicine, 16, 483–491, 1982.
- Plass A, Koch U; „ Participation of oncological outpatients in psychosocial support.” Psycho-Oncology 10, 511 – 520, 2001.
- Pouget-Schors D, Degner H; „Erkennen des psychosozialen Handlungsbedarfs bei Tumorpatienten.“ In: Sellschopp A, Fegg M, Frick E, Gruber U, Pouget-Schors D, Theml H, Vodermaier A., Vollmer T (Hrsg.); „Manual Psychoonkologie.“ München, Zuckschwerdt: 30-36, 2002.

- Rabe C, Braun A; "Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie nach sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey." Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1/2002.
- Ramm G, Hasenbring M; „ Die deutsche Adaptation des Illness-specific Social Support Scale und ihre teststatistische Überprüfung beim Einsatz an Patienten vor und nach Knochenmarktransplantation.“ Zeitschrift für Medizinische Psychologie 12, 29–38, 2003.
- Rehse B, Reuter E, Schneider B, Schwickerath J; „Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebots bei von Brustkrebs betroffenen Frauen.“ Geburtsheilkunde Frauenheilkunde 2008; 68(9): 907-914 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York, 2008.
- Reuter K; „Psychoonkologie: Stellenwert, Prinzipien und Behandlungsansätze.“ Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2010;60:486-497.
- Reuter K, Weis J; „Behandlung psychischer Belastungen und Störungen bei Tumorerkrankungen.“ in Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen Springer-Verlag 2007, 125-137.
- Revenson T, Schiaffino K; "Development of a contextual social support measure for use with arthritis populations." Paper presented at the Convention of the Arthritis Health Professionals' Association, 1990.
- Rickwood D, Braithwaite V; "Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems." Soc Sci Med 1994; 39(4):563–572, 1994.
- Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E; "Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study." Journal of Affective Disorders 2004, 82, 271–276.

- Roberts F, Newcomb P, Tretham-Dietz S, Storber B; „Self reported stress and risk of breast cancer” American Cancer Society 77, 1089 – 1093, 1996.
- Rollman B, Hanusa B, Lowe H, Gilbert T, Kapoor W, Schulberg H; “A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care.” Journal of General Internal Medicine 17, 493–503, 2002.
- Roness A, Mykletun A, Dahl A; “Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression.” Acta Psychiatr Scand 2005;111(1):51–58.
- Roth A, Kornblith A, Batel-Copel L, Peabody E, Scher H, Holland J; „Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma.” Cancer 82, 1904–1908, 1998.
- Rutten L, Aora N, Bakos A, Aziz N, Rowland J; “Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003).” Patient Educ Couns 2005; 57: 250-61.
- Sanson – Fisher R, Girgis A, Boyes M, Bonevski B, Burton L, Cook P; “The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer.” Cancer 2000; 88: 225 – 236 American Cancer Society.
- Sareen J, Cox B, Stein M, Afifi T, Fleet C, Asmundson G; “Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample.” Psychosomatic Medicine April 2007; 69(3): 242-8.
- Schlömer-Doll U, Doll D. “Zeit der Hoffnung – Zeit der Angst. Psychologische Begleitung von Krebspatienten.” Springer-Verlag, Wien; New York 1996.



- Schlömer-Doll U, Mücke K, Stecker R, Rodi B, Decius S; „ Psychoonkologie im Kreis Herford – Das Herforder Modell.“ Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48, 408 – 416, 1998.
- Schmiegel W, Reinacher-Schick A, Arnold D, Graeven U, Heinemann V, Porschen R, Riemann J, Rödel C, Sauer R, Wieser M, Schmitt W, Schmoll H, Seufferlein T, Kopp I, Pox C; „S3-Leitlinie: Kolorektales Karzinom“. Zeitschrift für Gastroenterologie 2008 ; 46 : 1 – 73.
- Schou I, Ekeberg O, Karesen R, Sorensen E; „Psychosocial Intervention as a component of routine breast cancer care – who participates and does it help? “ Psycho- Oncology 17: 716 – 720, 2008.
- Schroevers M, Ranchor A, Sandermann R; “The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population.” Social Science and Medicine 57, 375–385, 2003.
- Schulz K, Raedler A; “Tumorimmunologie und Psychoimmunologie als Grundlagen für die Psychoonkologie.” Psychotherapie und Medizinische Psychologie 36, 110 – 113, 1996.
- Schulz K, Schulz H, Schulz O, v. Kerekjarto M ; „Krebspatienten und Ihre Familien: wechselseitige Belastung und Unterstützung.“ Stuttgart, Schattauer-Verlag, 1998.
- Schwarz R, Götze H; „Psychoonkologie“. Psychotherapeut 2008, 53:221-235, Springer Medizin Verlag.
- Schwarz R, Hinz A; ”Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-30 in the general German population.” European Journal of Cancer 37, 1345-1351, 2001.

Schwarz R, Rucki N, Singer S; „Onkologisch Kranke als Patienten der Psychotherapeutischen Praxis.“ Psychotherapeut 2006;51:369–375; © Springer Medizin Verlag 2005.

Schwarzer R, Leppin A; “Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality.” In H.O.F. Veiel und U. Baumann (Hrsg.), The meaning and measurement of social support 65–80. Washington, DC: Hemisphere, 1992.

Sellick S, Crooks D; “Depression and cancer: An appraisal of the research literature for prevalence, detection, interventions and practice guideline development for psychotherapeutic interventions. “ Psycho-Oncology, 8, 315-333, 1999.

Senn H, Glaus A; „Wahrhaftigkeit am Krankenbett – auch bei Tumorpatienten?“ Schweiz, Rundschau Medizinische Praxis 79, 200 – 205, 1991.

Senn H, Glaus A; „Wahrhaftigkeit am Krankenbett – auch bei Tumorkranken?“ in: Einführung in die Psychoonkologie, Hans-Huber-Verlag, Göttingen, 2000.

Sheldon M; “Truth telling in medicine” Journal of the American Medical Association 247, 651 – 654, 1982.

Singer S, Bringmann H, Hauss R, Kortmann U, Köhler O, Krauß R, Schwarz R; „Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus.“ Deutsche medizinische Wochenschrift 2007; 132(40): 2071-2076, Thieme Verlag.

Singer S, Danker H, Dietz A, Hornemann B, Koscielny S, Oeken J, Matthäus C, Vogel H, Krauß O; “Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: A comparison of six methods. Psycho-Oncology, 2007.

- Singer S, Glaesmer H, Lehmann-Laue A; „ Ambulante Psychotherapie mit  
Krebserkrankten.“ Psychotherapeutenjournal 4/2010; 18-24, 2010.
- Sneeuw K, Aaronson N, Sprangers M, Detmar S, Wever L, Schornagel J;  
“Evaluating the quality of life of cancer patients: assessments by patients,  
significant others, physicians and nurses.” British Journal of Cancer (1999)  
81(1), 87–94 ©1999 Cancer Research Campaign Article no. bjoc.1999.0655.
- Söllner W, Mairinger G, Zingg-Schir M, Fritsch P; „Krankheitsprognose,  
psychosoziale Belastung und Einstellung von Melanompatienten zu  
psychotherapeutischen Maßnahmen. Hautarzt 1996;47: 200-5.
- Söllner W, Rumpold G, Zingg-Schir M, Steixner E, Auer V, Stiessling G, DeVries;  
„Soziales Netzwerk und psychosoziale Unterstützung bei Krebspatienten“  
Psychologie in der Medizin 8, 11 – 20, 1997.
- Söllner W, Zschoke I, Zingg-Schir M, Stein B, Rumpold G, Fritsch P, Augustin M;  
„Interactive Patterns of social support and individual coping strategies in  
melanoma patients and their correlations with adjustment to illness”  
Psychosomatics 40, 239 – 250, 1999.
- Spiegel D, Bloom J, Kraemer H, Gottheil E; “Effect of psychosocial treatment  
on survival of patients with metastatic breast cancer” Lancet 13, 525 – 532,  
1989.
- Spitzer R, Kroenke M, Williams J & The patient health questionnaire primary care  
study group; “Validation and Utility of a self-report version of PRIME-MD. The  
PHQ primary care study.” Journal of the American Medical association, 282,  
1737–1744, 1999.

- Spitzer R, Kroenke M, Williams J, Löwe B; „A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.” Archives of Internal Medicine 166, 1092-1097, 2006.
- Stark D, House A; „Anxiety in cancer patients.” British Journal of Cancer 83, 1261-1267, 2000.
- Stein B, Struss Y, Fritzsche K; “ Psychosoziale Belastungen und Behandlungsbedarf aus Sicht von Patienten und Experten im Bereich der hämatologischen Onkologie” Onkologie 23, 41, 2000.
- Stiefel F, Volkenandt M, Breitbart W; “Suizid und Krebserkrankung” Schweizer Medizinische Wochenschrift 119, 891- 895, 1989.
- Strittmatter G; „Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie“ Münster, Waxmann, 1997.
- Strittmatter G, Mawick R, Tilkorn M; „Psychosozialer Betreuungsbedarf bei Gesichts- und Hauttumorpatienten“ Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48, 349 – 357, 1998.
- Thielking-Wagner G; „Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Land Brandenburg.“ Dissertation an der TU Berlin 2006.
- Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Peveler R, Stevens A, Ostler K, Pickering R, Baker N, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell M; “Effects of a clinicalpractice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial.” Lancet, 355, 185–191, 2000.

- Tijhuis M, Peters L, Foets M; "An orientation toward help-seeking for emotional problems." *Soc Sci Med* 1990; 31(9):989–995.
- Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, [destatis (BN)], Graurheindorfer Straße 198, 53117 Bonn.
- Tschuschke V; „Psychoonkologie“ Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2002.
- Ullrich A, Mehnert A; „Psychometrische Evaluation and Validierung einer 8-Item Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) bei Krebspatienten“, 2009.
- Van Haarten W, van Noort O, Warmerdam R, Hendricks H, Seidel E; „Assessment of rehabilitation needs in cancer patients.“ *International Journal of Rehabilitation* 21; 247 – 257, 1998.
- Vogel B, Helmes A, Bengel J; „Arzt-Patienten-Kommunikation in der Tumorbehandlung: Erwartungen und Erfahrungen aus Patientensicht.“ *Zeitschrift Medizinische Psychologie* 2006; 15 (4): 149-161.
- Vogel B, Helmes A, Hasenburg A; “Concordance between patient’s desired and actual decision making roles in breast cancer care.” *Psycho-Oncology* 2007; 17:182-9.
- Vogel B, Bengel J, Helmes A; „Information and decision making: Patients needs and experiences in the course of breast cancer treatment.“ *Patient Education and Counseling* 2008; 71: 79-85.
- Ware J; “The SF- 36 Health-Survey.” In: Spilker B (Hrsg.) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*; Philadelphia 337 – 346, 1996.

- Weis J, Bartsch H, Nagel G, Unger C; „ Psychosocial care for cancer patients in the Tumor Biology Center Freiburg, Germany: A new holistic psychosomatic approach in acute care and rehabilitaton.” *Psycho-Oncology* 5, 51 – 54, 1996.
- Weis J, Blettner G, Schwarz R; “Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität.“ *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 46, 4-17, 2000.
- Weis J, Koch U; „Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse – eine theoretische Einführung.“ In: Koch U, Weis J (Hrsg). *Krankheitsbewältigung bei Krebs*. Stuttgart: Schattauer, 1998.
- Weis J, Koch U, Matthey K; „Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland – Ein Ist – Soll – Vergleich.“ *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 48: 417 – 425 Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1998.
- Winemiller D, Mitchell M, Sutli J, Cline, D; “Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature.” *Journal of Clinical Psychology* 49(5), 638–648, 1993.
- Wittchen H, Zaudig M, Fydrich, T; „Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID)“, Achse 1. Göttingen, Hogrefe, 1997.
- Worden J, Weisman D; “Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients.” *General Hospital Psychiatry* 6, 243 – 249, 1984.
- Wortman C, Dunkel-Schetter C; „Conceptual and methodological issues in the study of social support.” In A. Baum und J.E. Singer (Hrsg.), *Handbook of psychology and health* 63–108. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1987.

Yalom, Irvin; "Die Liebe und ihr Henker und andere Geschichten aus der Psychotherapie." btb-Verlag 1999.

Zabora J, Brintzenhofe-Szoc K, Jacobsen P, Curbow B, Piantadosi S, Hooker C, Owens A, Derogatis L; "A New Psychosocial Screening Instrument for use with Cancer Patients." *Psychosomatics* 42; 241-246, June 2001© 2001 The Academy of Psychosomatic Medicine.

Zigmond A, Snaith R; "The Hospital Anxiety and Depression Scale." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 , 361 - 370; Blackwell Munksgaard, 1983.

## **Danksagung**

Ich danke Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller für die Überlassung meines Themas, für seine wohlwollende Unterstützung und ausführlichen Korrekturen bei Anfertigung meiner Arbeit. Daneben gilt mein Dank Herrn Dr. Dipl.-Psych. Matthias Richard, der mir bei der statistischen Auswertung und Korrektur sehr geholfen hat und der sich für Fragen, Wünsche und Anregungen sehr viel Zeit genommen hat.

Weiterhin möchte ich mich herzlich für die bereitwillige Mithilfe bei der Rekrutierung meiner Patienten beim medizinischen Personal des Universitätsklinikums Würzburg bedanken. Auch danke ich allen Probanden, die an der Studie teilgenommen und sich Zeit für ein Interview und das Ausfüllen des Patientenfragebogens genommen haben.

Schließlich danke ich meiner Familie, Stephan und Sonja, die mit konstruktiver Kritik und Unterstützung wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.