

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Thomas Straube

Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten und Bedarf an psychosozialer Versorgung

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Stephanie Barbara Maike Busch

aus Lübbecke

2014

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Thomas Straube

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft

Tag der mündlichen Prüfung: 17.06.2014

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Thomas Straube
Referent: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Thomas Straube
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft

ZUSAMMENFASSUNG

Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten und Bedarf an psychosozialer Versorgung Busch, Stephanie

Hintergrund: In Deutschland erkranken jährlich rund 450.000 Menschen neu an Krebs. Nach Einschätzung der Deutschen Krebshilfe benötigt etwa jeder dritte Krebspatient neben der Tumorthherapie auch professionelle psychische Unterstützung. Vor diesem Hintergrund wurde im August 2007 eine Studie in Form einer Fragebogenerhebung konzipiert, die die konkreten psychosozialen Belastungen und den Bedarf an psychosozialer Unterstützung erfasst und somit wichtige Inhalte für die psychosoziale Versorgung in Krankenhäusern und Praxen bietet.

Methodik: In einer anonymen Querschnittsuntersuchung wurden 265 Krebspatienten (42% männlich, 58% weiblich; Durchschnittsalter: 61,05 Jahre) mit Hilfe eines Fragebogens zu verschiedenen Themenbereichen ihres derzeitigen Lebens mit der Krebserkrankung sowie der psychosozialen Versorgung befragt. Zum Zeitpunkt der Befragung wurden 23 Studienteilnehmer in einer Klinik und 209 in einer onkologischen Gemeinschaftspraxis behandelt.

Ergebnisse: Krebserkrankte Patienten beschrieben subjektive Beeinträchtigungen durch physische und psychische Symptome. Im Vergleich zur Normbevölkerung zeigten sie dabei stärkere Ausprägungen primär der psychischen Syndrome Angst, Depression und Somatisierung. Es zeigte sich ein hoher Bedarf an psychosozialer Versorgung. Den Patienten waren dabei vor allem ein hoher Informationsaustausch, eine aktive Einbeziehung in das Behandlungskonzept, eine professionelle Grundhaltung sowie eine gute Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen wichtig. Als Hauptanlässe bzw. -themen der psychoonkologischen Interventionen können bei den Patienten insgesamt eine Verbesserung der Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien sowie eine Bearbeitung der oben beschriebenen reaktiven oder manifesten Syndrome herausgefiltert werden.

Schlussfolgerungen: Für die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung erscheint es besonders wichtig eine Verbindung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung herzustellen, eine enge Kooperation zwischen den einzelnen Professionalitäten zu ermöglichen, den Informationsbedarf und das Autonomiebedürfnis der Patienten zu beachten, zeitliche Ressourcen zu bauen, das zunehmende Interesse und den Bedarf in allen Krankheitsphasen zu berücksichtigen und vor allem die somatischen und emotionalen Schwierigkeiten der Patienten zu beachten und zu bearbeiten.

Tag der mündlichen Prüfung: 17.06.2014

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten und Bedarf an
psychosozialer Versorgung

in der/im (Klinik, Institut, Krankenanstalt):

Universitätsklinikum Münster, Institut für Medizinische Psychologie

unter Anleitung von:

Univ.-Prof. Dr. Thomas Straube

1. selbständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeit angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Hamburg, 07.07.2014

Stephanie Busch

Ort, Datum

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
2	Einführung	3
2.1	Einführung in die Onkologie.....	3
2.1.1	<i>Definition</i>	3
2.1.2	<i>Epidemiologie und Krebslokalisationen</i>	3
2.1.3	<i>Kanzerogenese</i>	4
2.1.4	<i>Metastasierung</i>	5
2.1.5	<i>Tumorklassifikation</i>	7
2.1.6	<i>Tumorstadieneinteilung (Staging/Grading)</i>	8
2.1.7	<i>Therapie</i>	8
2.2	Einführung in die Psychoonkologie.....	13
2.2.1	<i>Die Entwicklung der Psychoonkologie</i>	13
2.2.2	<i>Zentrale Forschungsthemen der Psychoonkologie</i>	14
2.2.3	<i>Psychoätiologie der Krebserkrankung</i>	15
2.2.4	<i>Krankheitsverarbeitung</i>	16
2.2.5	<i>Psychosoziale Belastungen der Krebspatienten</i>	16
2.2.6	<i>Psychosomatische und psychische Symptome</i>	17
2.2.7	<i>Psychosoziale Folgen</i>	18
2.2.8	<i>Lebensqualität</i>	19
2.2.9	<i>Möglichkeiten der Unterstützung</i>	23
2.2.10	<i>Aufgaben des psychoonkologischen Dienstes</i>	24
2.2.11	<i>Ziele psychoonkologischer Hilfen</i>	25
2.2.12	<i>Bedarf und Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen</i>	26
2.2.13	<i>Behandlungszufriedenheit</i>	27
3	Untersuchungsmethodik	29
3.1	Ziele der Untersuchung, Fragestellungen und Hypothesen.....	29
3.2	Untersuchungsdesign	31
3.3	Messinstrumente.....	32
3.3.1	<i>Inhalte des Fragebogens</i>	32
3.3.2	<i>Standardisierte Fragebögen</i>	32
3.4	Durchführung	35
3.5	Rücklaufquote	35

3.6	Statistische Methoden.....	36
3.7	Soziodemographische Daten der Patientengruppe	37
4	Ergebnisse	40
4.1	Ergebnisse zur Erkrankung selbst	40
4.2	Zufriedenheit mit der jetzigen Behandlung	42
4.3	Weitere Angebote (zusätzlich zur medizinischen Behandlung).....	43
4.4	Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten	46
4.4.1	<i>Wünsche an den psychoonkologischen Dienst.....</i>	<i>46</i>
4.4.2	<i>Wünsche an die Ärzte</i>	<i>49</i>
4.4.3	<i>Wünsche an die Pflegekräfte</i>	<i>50</i>
4.4.4	<i>Wünsche an die Seelsorger.....</i>	<i>51</i>
4.4.5	<i>Wünsche an die Psychologen.....</i>	<i>52</i>
4.5	Beschwerden der Patienten während der letzten sieben Tage	53
4.6	Lebenszufriedenheit.....	55
4.7	Belastungen und Probleme in der letzten Woche.....	57
4.8	Resilienz-Items (RS-11).....	59
4.9	Lebensqualität (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF).....	60
4.10	Scorebildung.....	64
4.11	Vergleiche.....	65
4.11.1	<i>Geschlechtervergleich.....</i>	<i>65</i>
4.11.2	<i>Vergleich der Therapiegruppen Erstbehandlung, Nachsorge und Rückfallbehandlung</i>	<i>67</i>
4.12	Korrelationen	69
5	Diskussion.....	70
5.1	Diskussion und Interpretation relevanter Ergebnisse	70
5.1.1	<i>Psychosoziale Störungen und Belastungen von Krebs-patienten</i>	<i>70</i>
5.1.2	<i>Bedarf an Angeboten neben der medizinischen Behandlung</i>	<i>74</i>
5.1.3	<i>Konkrete Erwartungen und Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten.....</i>	<i>78</i>
5.2	Konsequenzen für die flächendeckende Einführung psychosozialer Dienste	81
5.2.1	<i>Herstellung einer Verbindung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung</i>	<i>81</i>

5.2.2	<i>Ermöglichung einer engen Kooperation zwischen den einzelnen Professionalitäten</i>	82
5.2.3	<i>Beachtung des Autonomiebedürfnisses der Patienten</i>	82
5.2.4	<i>Bauen zeitlicher Ressourcen</i>	82
5.2.5	<i>Berücksichtigung der in hiesiger Untersuchung genannten Wünsche an den psychosozialen Dienst</i>	83
5.2.6	<i>Berücksichtigung der genannten Belastungsschwerpunkte der Patienten</i>	83
5.2.7	<i>Zunehmendes Interesse der Patienten an außermedizinischen Behandlungen</i>	84
5.2.8	<i>Bestehender Bedarf an psychosozialer Unterstützung in allen Krankheitsphasen</i>	84
5.2.9	<i>Scheinbar konstant bleibende Vorstellungen und Wünsche der Patienten an den psychoonkologischen Dienst</i>	85
5.3	<i>Ausblick anhand von anderen Studien</i>	86
5.3.1	<i>Anstieg des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung</i>	86
5.3.2	<i>Nachgewiesene Effekte psychoonkologischer Interventionen anhand eines Beispiels</i>	87
5.3.3	<i>Berücksichtigung besonderer Umstände onkologischer Patienten im ambulanten Setting</i>	87
5.3.4	<i>Erweiterung der psychoonkologischen Unterstützung auf andere somatische Erkrankungsbilder</i>	88
5.3.5	<i>Einrichtung einer möglichen Indikationsstellung für eine psychosoziale Leistung von mehreren Seiten</i>	88
5.4	<i>Kritische Anmerkungen zur hiesigen Untersuchung</i>	90
6	Literaturverzeichnis	91
7	Lebenslauf	103
8	Danksagung	105
9	Anhang.	106

1 Einleitung

In Deutschland erkranken jährlich rund 450.000 Menschen neu an Krebs. Nach statistischer Erhebung des Robert-Koch-Instituts gab es im Jahre 2008 bei rund 243.900 Männern und 215.100 Frauen Krebsneuerkrankungen (RKI, 2008). Die Prävalenz für Krebserkrankungen lag in Deutschland im Jahre 2008 laut der Broschüre "Krebs in Deutschland" (gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e.V. und des Zentrums für Krebsregisterdaten) bei insgesamt rund 1,33 Millionen. Dabei wurden Krebserkrankte berücksichtigt, deren Diagnose nicht länger als fünf Jahre zurück lag (Baras, Barnes, Bertz, Dahm, Haberland, Kraywinkel, Laudi und Wolf, 2012). Die Krebsregister gehen nach aktuellen Hochrechnungen davon aus, dass in Deutschland im Jahre 2012 rund 1,4 Millionen Patienten mit der Erkrankung Krebs lebten, darunter 697.900 Männer und 698.000 Frauen (vgl. <http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>; abgerufen am 25.01.2013). Nach Einschätzung der Deutschen Krebshilfe benötigt fast jeder dritte Krebspatient neben der Tumorthherapie auch professionelle psychische Unterstützung (vgl. <http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychische-unterstuetzung.php>; abgerufen am 05.02.2013).

Trotz dieses hohen Bedarfs gibt es nur wenige empirische Daten, die die psychosozialen Belastungen von Betroffenen quantitativ und qualitativ beschreiben und den konkreten Bedarf an psychosozialer Versorgung definieren. Hier setzt thematisch der Inhalt dieser Dissertation an. Mithilfe hiesiger Untersuchung soll dargestellt werden, welche genauen psychosozialen Belastungen Krebspatienten, auch im Vergleich zur Normbevölkerung, aufweisen. Dabei sollen die physischen, psychischen, sozialen und religiösen Belastungen der Erkrankten konkretisiert und deren Häufigkeiten herausgefiltert werden.

Außerdem gilt es in dieser Arbeit den genauen Bedarf an außermedizinischen Behandlungen herauszufinden und darzustellen, von welchen Faktoren dieser abhängt. Dabei gilt es zu klären, welche Angebote den Patienten neben der medizinischen Behandlung wichtig erscheinen, und was sich die Erkrankten genau von diesen Angeboten wünschen. Ein besonderes Augenmerk soll dem psychoonkologischen Dienst gewidmet werden. Dabei erscheint es wichtig zu klären, welche Erwartungen und Wünsche

Krebspatienten an diesen haben und welche Konsequenzen sich daraus für eine flächendeckende Einführung einer stationären und ambulanten psychoonkologischen Versorgung ergeben.

Aus gesellschaftlicher, gesundheitsökonomischer und ökonomischer Sicht gilt es dabei folgende Fragen zu beantworten:

- Wie groß ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung bzw. der Anteil an Krebspatienten, die sich eine psychosoziale Unterstützung wünschen?
- Von welchen äußeren Faktoren hängt der Bedarf an psychosozialer Unterstützung ab?
- Welche konkreten Wünsche haben Krebserkrankte an den psychoonkologischen Dienst?
- Welche konkreten Wünsche bestehen an die Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger und Psychologen?
- Welche besonderen Umstände und Belastungen sollten bei der Arbeit des psychoonkologischen Dienstes mit Krebspatienten beachtet werden (Lebenszufriedenheit sowie gesundheitliche, soziale und psychische Belastungen)?

Vor dem Hintergrund einer Vorbereitung auf die Implementierung einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung in Krankenhäusern und Praxen liegt der Schwerpunkt dieser Dissertation in der Erfassung der Belastungen von Krebspatienten und des konkreten psychosozialen Versorgungsbedarfes in einem bestimmten regionalen Bereich. Dafür wurde eine Studie in Form einer Fragebogenerhebung konzipiert und im August 2007 an 265 Krebspatienten der Städtischen Klinik Gütersloh und der onkologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Rösel, Dr. Depenbusch und Prof. Dr. Gropp in Gütersloh durchgeführt. Inhaltlich stand dabei nicht nur die Einschätzung der Notwendigkeit einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung, sondern auch die Erfassung der psychosozialen Störungen und Belastungen, die Behandlungs- und Lebenszufriedenheit sowie die konkreten Erwartungen und Wünsche an solch ein Versorgungssystem im Vordergrund. Hinsichtlich der Erstellung eines genauen Versorgungsplanes wurden außerdem die allgemeinen Erwartungen an den psychosozialen Dienst sowie die konkreten Ansprüche an die dort tätigen Berufsgruppen erhoben.

2 Einführung

2.1 Einführung in die Onkologie

2.1.1 Definition

Als Onkologie wird die Wissenschaft bezeichnet, die sich mit Tumoren beschäftigt. Der Begriff „Tumor“ stammt aus dem Lateinischen (tumor, -oris) und bedeutet übersetzt so viel wie Geschwulst, Schwellung (Pschyrembel, 2013). In der Medizin steht Tumor für eine umschriebene, abnorme Gewebeneubildung. Als Synonym wird auch häufig der Begriff „Neoplasie“ oder „Geschwulst“ verwendet (Böcker, Denk & Heitz, 2008).

Gemeinsames Merkmal von Tumoren ist eine autonome, progressive und überschießende Proliferation körpereigener Zellen. Diese Zellen gliedern sich weder strukturell noch funktionell in das Normalgewebe ein und wachsen auch dann noch weiter, wenn der auslösende Reiz nicht mehr wirksam ist (Riede, Werner und Schäfer, 2009). Es gibt vier charakteristische Merkmale, um jede Art von Gewebsgeschwulst in die Tumor-Kategorie einordnen zu können: Autonomes Wachstum, Bildung von Tumorphenchym und Tumorstroma, Fähigkeit zur Tumorangiogenese (Gefäßneubildung) und Fähigkeit zur Invasion und Metastasierung (Streuung von Tumorzellen im Körper) (Leischner, 2007).

2.1.2 Epidemiologie und Krebslokalisationen

Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts lag die Inzidenzrate für Krebs im Jahre 2006 insgesamt bei 427.000 (229.000 Männer und 198.000 Frauen). Für das Jahr 2010 wird eine Inzidenzrate von etwa 450.000 geschätzt. Die statistisch häufigsten Krebsneuerkrankungen waren im Jahre 2006 bei den Frauen der Brust- (58.000) und Darmkrebs (32.400) und bei den Männern der Prostata- (60.000) und Darmkrebs (36.300). Das mediane Erkrankungsalter lag bei den Frauen bei 68 und bei den Männern bei 69 Jahren (Wolf, Bertz, Haberland und Kraywinkel, 2012).

2.1.3 Kanzerogenese

Krebsrisikofaktoren

Am Anfang einer Krebserkrankung steht die Veränderung des genetischen Materials von Zellen im menschlichen Organismus. Dabei spielen verschiedene innere und äußere Einflüsse eine Rolle. Als **äußere Einflüsse** sind hier Faktoren gemeint, die von außen auf den menschlichen Organismus einwirken und zum Teil von dem Individuum aktiv gemieden werden können. Es wird geschätzt, dass bis zu 90% der menschlichen Krebse durch Umweltfaktoren hervorgerufen werden und somit exogenen Ursprungs sind (Büttner und Thomas, 2003). Beispiele äußerer Faktoren sind Strahlen, ungesunde Ernährung, chemische Verbindungen und chronische Infektionen. Bei den Strahlen gehören insbesondere UV-Strahlen, wie z.B. Sonnenstrahlen, zu den Kanzerogenen und können bei chronischer Exposition zu epithelialen Tumoren der Haut führen. Ionisierende Strahlen wie α -, β -, γ - und Röntgen-Strahlen verursachen hauptsächlich Leukämien. Bei entsprechender Dosis können sie aber fast alle Tumorarten induzieren (Massalme, 2004). Bezüglich einer ungesunden Ernährung stehen eine kalorienreiche, ballaststoffarme Ernährung mit einer erhöhten Fettzufuhr, einem zu niedrigen Gehalt an ungesättigten Fettsäuren und zu wenig Obst und Gemüse in engem Zusammenhang mit der hohen Inzidenz von Carcinomen des Kolons, des Rektums, der Prostata, der Mamma, der Gallenblase und den Ovarien. In diesem Zusammenhang ist auch der erhöhte Konsum von Alkohol zu nennen, der in Kombination mit Zigarettenrauchen zur Entwicklung von Plattenepithelkarzinomen führen kann (Riede, 2009). Chemische Kanzerogene werden als eine der häufigsten Ursachen der Tumorentstehung angesehen. Chemische Bestandteile des Tabakrauches, wie 3,4-Benzpyren und Nitrosamine, sind für die Entstehung von Bronchialkarzinomen verantwortlich. Als weitere wichtige chemische Kanzerogene sind Asbest, das bis Ende der 70er Jahre als Baustoff verwendet wurde, und Aflatoxin von Schimmelpilzen, das bei der Lagerung von Getreide entstehen kann, zu nennen (Leischner, 2007). Weiterhin können auch spezifische Viren die Entstehung bestimmter Malignome begünstigen. Das Zervixkarzinom wird zum Beispiel mit dem Humanen Papillom-Virus (HPV) und das Leberzell-Karzinom mit Hepatitis-B- und C-Viren in Verbindung gebracht (Krams, Frahm, Kellner und Mawrin, 2010).

Neben äußeren Einflüssen spielen jedoch auch **innere Faktoren** eine wichtige Rolle bei der Tumorentstehung. Unter inneren Faktoren werden Einflüsse gesehen, die dem menschlichen Organismus von Geburt an individuell gegeben sind und somit nicht be-

einflusst und verändert werden können (Büttner, 2003). Beispiele innerer Faktoren sind genetische Faktoren, Immundefekte und der hormonelle Status. Tumoren können zum Beispiel durch die individuelle genetische Prädisposition verursacht werden. Somit wird bei bestimmten Krebserkrankungen eine familiäre Belastung beobachtet. Ein Beispiel solch einer vererbten Krebserkrankung ist die Familiäre Adenomatosis coli. Sie wird autosomal-dominant vererbt und durch eine Mutation des APC-Gens verursacht. Neben genetischen Faktoren können auch Immundefekte eine Tumorentstehung begünstigen. Ein intaktes Immunsystem ist eine wichtige Voraussetzung, um Krebsentstehungen zu verhindern bzw. um schon entstandene Krebszellen abzutöten. Bei Patienten mit angeborenen primären (z.B. Bloom-Syndrom) oder sekundären Immundefekten (z.B. nach immunsuppressiver Therapie) wird eine wesentlich höhere Inzidenz an Tumorerkrankungen beobachtet. Weiterhin spielen auch Hormone bei der Entstehung von Tumoren eine Rolle. Dabei stehen vor allem Wachstumsfaktoren, wie z.B. IGF-I-R, als Ursache bestimmter Krebserkrankungen im Vordergrund (Böcker, 2008).

2.1.4 Metastasierung

Metastasierung wird definiert als Verschleppung maligne entarteter Tumorzellen in entfernte Körperregionen mit Ausbildung einer Tochtergeschwulst (Metastase) ohne Verbindung zum Primärtumor. Dabei können sehr große Tumormassen entstehen, die das Ausmaß des Primärtumors um ein Vielfaches übersteigen. Der Nachweis von Metastasen gilt als sicherer diagnostischer Beweis der Malignität (Büttner, 2003). In den nachfolgenden Ausführungen sollen der zelluläre Vorgang einer Metastasierung sowie die verschiedenen Möglichkeiten einer Tumorausbreitung erklärt werden.

Metastasierungsvorgang

Der Metastasierungsvorgang lässt sich in fünf Schritte unterteilen: Die Invasion (Loslösen einiger Zellen aus dem Zellverband des Primärtumors und aktive Bewegung), Intravasation (Eindringen in den Metastasierungsweg), Disseminierung (Verschleppung der Tumorzellen), Extravasation (Austritt aus dem Metastasierungsweg) und Implantation (Einwandern der Tumorzellen in das Sekundärgewebe) (Massalme, 2004). Tumorzellen metastasieren wegen ihrer Oberflächenproteine bevorzugt in Organe mit dazu passenden Adhäsionsmolekülen. Aufgrund dessen metastasieren einige Karzinomty-

pen primär in bestimmte Zielorgane. Das Prostatacarcinom metastasiert zum Beispiel aufgrund seiner Oberflächenbeschaffenheit vornehmlich in die Knochen. Entscheidend für das weitere Wachstum einer Metastasenzelle ist die Fähigkeit, in dem Zielgewebe Angiogenese zu betreiben, d.h. neue Blutgefäße zu bilden. Dabei werden von Tumorzellen und Immunzellen, die sich im Tumorgewebe aufhalten, sogenannte Angiogenesefaktoren sezerniert, die das Wachstum von Gefäßen stimulieren (Erbar, 2002).

Metastasierungswege

Die Tumorausbreitung findet vor allem über lymphogene und hämatogene Metastasierungswege statt. Aber auch andere Metastasierungswege, wie zum Beispiel die kavitäre Metastasierung, die kanalikuläre Metastasierung, Abtropfmetastasen oder Impfmastasen, sind möglich (Büttner, 2003). Bei der **lymphogenen Metastasierung** brechen die Tumorzellen in Lymphgefäße ein und werden über den Lymphabfluss ausgeschwemmt. Dabei gelangen sie zunächst in regionäre Lymphknoten. Sie können sich dort vermehren und so zu Lymphknotenmetastasen führen (Bühling, Lепенies und Witt, 2008). Der Lymphknoten, in dem ein umschriebenes Gewebegebiet zuerst abfließt, wird als Sentinel- oder Wächterlymphknoten bezeichnet. Im Fall eines metastasierenden Tumors würde man zuerst in diesem Knoten Metastasen erwarten. Ist der Sentinelknoten noch nicht infiltriert, so hat in den meisten Fällen auch noch keine lymphogene Metastasierung stattgefunden (Leischner, 2007).

Bei der **hämatogenen Metastasierung** treten Tumorzellen in Blutgefäße ein und wandern mithilfe proteolytischer Enzyme in das Zielgewebe ein. Anhand der Lage des Primärtumors, der weiterleitenden venösen Gefäße und der Zielorgane werden folgende hämatogene Metastasierungswege unterschieden: Lungen-Typ (Primärtumor sitzt in der Lunge), Pfortader-Typ (Primärtumor befindet sich im Abflussgebiet der Vena portae), Leber-Typ (Primärtumor sitzt in der Leber), Cava-Typ (Primärtumor liegt im Abflussgebiet der Vena cava) und Vertebraler Typ (Tumorzellen metastasieren über den Batson'schen Venenplexus in die Wirbelkörper und in das knöcherne Becken) (Büttner, 2003 und Krams, 2010).

2.1.5 Tumorklassifikation

Klassifikation nach dem biologischen Verhalten

Die Tumoren werden je nach klinischer, zytologischer und histologischer Charakterisierung in die drei Hauptgruppen benigne, maligne und semimaligne Neoplasien unterteilt. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale dieser Einteilung sind der Differenzierungsgrad, das Wachstumsverhalten und das Metastasierungsverhalten der Tumorzellen (Bühling, 2008).

Benigne Neoplasien charakterisiert ein langsames, verdrängendes Wachstum. Das heißt, sie können sehr groß werden (bis zu mehreren Zentimetern) und dabei ihr benachbartes Gewebe erheblich komprimieren. Sie sind gut abgrenzbar, besitzen in der Regel eine Kapsel bzw. Pseudokapsel und sind gegenüber dem umliegenden Gewebe verschiebbar. Ein weiteres wichtiges Merkmal gutartiger Tumore ist ihre gute Differenzierung, d.h. ihre Struktur ähnelt dem ihres Ursprungsgewebes. Der Krankheitsverlauf ist in der Regel langdauernd und symptomarm. Im Gegensatz zu malignen Neoplasien können sie keine Metastasen bilden und zeigen in der Regel nur selten Rezidive (Böcker, 2008).

Maligne Neoplasien wachsen im Gegensatz zu benignen Tumoren sehr schnell, infiltrierend und destruierend. Das heißt, sie wachsen in benachbartes Gewebe ein und zerstören es. Dabei sind sie zum umliegenden Gewebe meist schlecht abgrenzbar und gegenüber diesem fixiert. Das Gewebe maligner Tumoren ist unreif (schlechte Differenzierung) und heterolog. Es unterscheidet sich somit deutlich vom Muttergewebe. Häufig ist es sehr schwer zu definieren, aus welchem Ursprungsgewebe die vorliegende Metaplasie stammt. Das Gewebe ist sehr auffällig, da es eine hohe Zahl an Mutationsraten, Zellteilungsraten und Atypien aufweist. Der Krankheitsverlauf ist in der Regel kurz, häufig letal und im Spätstadium symptomreich. Maligne Tumoren metastasieren und neigen bei unvollständiger Entfernung zu Rezidiven (Bühling, 2008).

Semimaligne Tumoren nehmen eine Mittelstellung ein. Sie sind maligne Neoplasien, die invasiv und destruierend wachsen. Bei unvollständiger operativer Entfernung haben sie genau wie maligne Neoplasien eine hohe Rezidivquote, jedoch besitzen sie nicht die Fähigkeit Metastasen zu bilden. Als typisches Beispiel kann hier das Basaliom der Haut genannt werden, das zwar die Dermis und das subkutane Fettgewebe infiltriert, dabei jedoch keine Metastasen bildet (Leischner, 2007).

2.1.6 Tumorstadieneinteilung (Staging/Grading)

Tumorstadium (Staging)

Im Rahmen einer möglichst effektiven Therapie spielt die Tumorausbreitung eine entscheidende Rolle und ermöglicht Aussagen über den weiteren Verlauf der Krankheit. Die Tumorausbreitung wird am häufigsten mithilfe des TNM-Systems der UICC (Union International Contre le Cancer) in verschiedene Stadien eingeteilt. In dem TNM-System werden die Ausdehnung des Primärtumors mit dem Buchstaben T, das Ausmaß des Lymphknotenbefalls mit einem N und die An- bzw. Abwesenheit von Fernmetastasen mit dem Buchstaben M bezeichnet (Pfeifer, Preiß und Unger, 2006 und Böcker, 2008). Das TNM-System ist erst seit 1987 für alle Krebsarten (außer Hämatoblastosen (Leukämien, Hodgkin-Lymphome, Non-Hodgkin-Lymphome) und Hirntumoren) in Gebrauch. Doch es gibt auch andere Klassifikationssysteme, die heute noch verwendet werden, wie z.B. die FIGO-Klassifikation (Fédération Internationale Gynaecologique et Obstétrique) der gynäkologischen Klassifikation (Costa, Kaufmann und Scharl, 2013).

Tumorgraduierung (Grading)

Das Grading-System sagt etwas über den Malignitätsgrad des zu bestimmenden Tumorgewebes aus. Nach histologischen und zytologischen Kriterien werden Tumoren in Differenzierungsgrade eingeteilt, die eine Korrelation zur Prognose aufweisen. Dabei steht das Ausmaß der Malignität in umgekehrter Proportionalität zum Ausmaß der Differenzierung. Beim Grading werden in der Regel drei bis vier Differenzierungsgrade unterschieden. Die Einteilung reicht dabei von G1-gering aufgehobener Differenzierung bis hin zu G3 bzw. G4-undifferenzierten, anaplastischen Tumoren (Roessner, Pfeifer und Müller-Hermelink, 2008).

2.1.7 Therapie

Therapieabsichten

Bevor eine Behandlung begonnen wird, sollten der Gewebetyp sowie die Ausdehnung des Tumors mikroskopisch gesichert sein. Anhand des Befundes sollte dann bei jedem Patienten unterschieden werden, ob es sich um einen kurativen oder einen nicht-

kurativen Behandlungsplan handelt. Eine kurative Behandlung versucht den Tumorpatienten zu heilen. Heilung kann bei Patienten erreicht werden, bei denen der Tumor auf das Ursprungsgewebe beschränkt und in den regionalen Lymphknoten kein extranodales Wachstum gezeigt wird. Das kurative Ziel wird in den meisten Fällen mithilfe der chirurgischen Therapie erreicht, bei der der Tumor samt der regionalen Lymphabflüsse entfernt wird (Wilmanns, Huhn und Wilms, 2000).

Von einer nicht-kurativen Behandlung wird gesprochen, wenn eine Heilung des Patienten, zum Beispiel aufgrund eines fortgeschrittenen Lokalbefundes oder aufgrund von Fernmetastasen nicht mehr möglich ist. Dann steht die palliative Therapieform im Vordergrund, bei der die Verbesserung und der Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund stehen (Bruhn, Fölsch, Kneba und Löffler, 2004). Dabei werden tumorspezifische Behandlungen verwendet, die die durch den Tumor oder seine Metastasen verursachten Beschwerden des Patienten behandeln (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Operation). Neben dieser medizinischen Behandlung versteht man unter der heutigen palliativen Medizin aber auch die pflegerischen, psychosozialen und spirituellen/seelsorgerischen Maßnahmen (Nowrouzian, 2008).

Therapiemöglichkeiten

Für die Behandlung eines Krebspatienten stehen allgemein drei grobe Möglichkeiten zur Verfügung: Chirurgische Therapie (Operation), Strahlentherapie und medikamentöse Therapie. Bei der Auswahl einer Therapieform sollten verschiedene Faktoren berücksichtigt werden. Zum einen spielen individuelle Faktoren des Patienten, wie z.B. Alter, Allgemeinzustand oder Komorbiditäten, eine große Rolle. Zum anderen hängt es von Faktoren des Tumors, wie z.B. von der Art (benigner oder maligner Tumor), Lokalisation oder von dem Stadium des Tumors (lokaler oder fortgeschrittener Befund mit oder ohne Metastasierung), ab, welche Therapieform gewählt wird. Die oben genannten Therapiemöglichkeiten können dabei einzeln oder in Kombination von zwei oder drei Modalitäten angewandt werden.

Allgemein kann man die Therapieformen in lokale und systemische Behandlungsmöglichkeiten unterteilen. Die chirurgische Therapie und die Strahlentherapie stellen dabei eine lokale Behandlungsmodalität, die medikamentöse Therapie eine systemische Therapieform dar.

Chirurgische Therapie

Die chirurgische Therapie kann in der Regel bei vielen Tumoren angewandt werden. Sie ist die älteste Behandlungsmethode für Neoplasien und stellt für viele solide Tumoren den einzigen kurativen Ansatz dar. Mithilfe der Operation wird versucht, den Tumor vollständig zu entfernen (Becker, Hohenberger, Junginger und Schlag, 2002). Aufgrund des biologischen Verhaltens der meisten Neoplasien geht man in der onkologischen Chirurgie viel radikaler vor als in der nicht-onkologischen Chirurgie. Denn der makroskopisch sichtbare Tumor entspricht nur selten der mikroskopisch sichtbaren Invasion des Tumors in das umliegende Gewebe sowie der Absiedlung in die anliegende Lymphabflussbahn. Bei solch einer Radikaloperation (sog. R0-Resektion) wird also nicht nur der Tumor, sondern auch umliegendes Gewebe in einem ausreichenden Sicherheitsabstand zusammen mit den regionalen Lymphknoten entfernt (Pfeifer, 2006). Der entnommene Tumor und die Lymphknoten werden dann von einem Pathologen untersucht. Der dabei bestimmte Gewebetyp sowie die Tumorausbreitung spielen für die weitere Therapieplanung eine große Rolle. Eine optimale chirurgische Tumorthherapie sollte immer stadienadaptiert, funktionserhaltend und an den individuellen Gegebenheiten des Patienten ausgerichtet sein (Schmoll, Höffken und Possinger, 2006).

Strahlentherapie

Bei der Strahlentherapie werden ionisierende Strahlen in Form von elektromagnetischen Strahlen (Röntgen- oder Gammastrahlen) oder in Form von korpuskulären Strahlen (meist Elektronenstrahlung) verwendet. Aus verschiedenen Richtungen werden die Strahlen auf das Tumorgewebe gerichtet. Dieses wird dabei gezielt mit der höchsten Dosis bestrahlt, so dass das umliegende Gewebe geschont wird.

Die ionisierenden Strahlen bewirken Schädigungen in der DNA des Zellkerns, so dass es zu einer Schädigung der Zelle (durch niedrige Strahlendosen) oder zur Induktion des Zelltodes (durch hochdosierte Bestrahlung) kommt. Tumorzellen haben in der Regel ein weniger gut funktionierendes Reparatursystem als gesunde Zellen, so dass DNA-Schäden schlechter behoben werden können und der Tumor auf diese Weise zerstört bzw. verkleinert wird.

Jedoch gibt es Unterschiede in der Strahlenempfindlichkeit der verschiedenen Gewebetypen. Es gibt Gewebe, die strahlenresistent sind: Muskel- und Nervengewebe z. B. benötigen zur Ausübung ihrer Funktion keine Zellteilung, so dass die Strahlensensitivität dieser Gewebeform lediglich durch die Sensitivität ihrer Stroma- und Endothelzellen

bestimmt wird und somit sehr niedrig ist. Im Gegensatz dazu sind Gewebe mit dauernder Zellproliferation, wie z.B. Schleimhäute, Knochenmark und Haut, sehr strahlenempfindlich.

Ziel einer optimalen Strahlentherapie ist es, den Tumor mit der höchstmöglichen Dosis zu zerstören und dabei das umliegende Gewebe, vor allem aber die lebenswichtigen Organe, wie Herz und Lunge, zu schonen. Durch die Strahlentherapie soll es allgemein zur Verkleinerung des Tumors kommen (Seeber und Schütte, 2003 und Stephens und Aigner, 2009).

Medikamentöse Therapie

Bei der medikamentösen Therapie gibt es verschiedene Möglichkeiten, um den Tumor in seinem Wachstum einzuschränken bzw. zu zerstören (Huhn und Hermann, 2001): Zytostatikagabe, Hormongabe, Entfernung hormonproduzierender Organe, Medikamente, die mit natürlichen Hormonen interferieren und Gabe von Substanzen (biological response modifiers), die die Immunreaktion des Körpers verändern (Immuntherapie).

Die Zytostatika sind in dieser Gruppe die am häufigsten angewandten Medikamente, so dass sie hier näher beschrieben werden sollen. Zytostatika werden bei der so genannten Chemotherapie verwendet und hemmen die Vermehrung der Gewebszellen. Da Tumorzellen sehr stark proliferieren, werden diese quantitativ stärker angegriffen als gesunde Zellen. Mithilfe dieser Therapie wird also verhindert, dass der Tumor weiter wächst. Die bei der Chemotherapie verwendeten Zytostatika werden nicht lokal in das betroffene Gewebe gespritzt, sondern intravenös appliziert, so dass es zu den systemischen Therapiemodalitäten gezählt wird. Somit wird nicht nur die regionale Zellteilung des Tumors gehemmt, sondern auch die Teilung jeder anderen Zelle im menschlichen Organismus beeinflusst. Dieses ist besonders gut bei solchen Geweben zu beobachten, die sich regelmäßig teilen, wie zum Beispiel Schleimhäute, Haarwurzeln und Knochenmark. Entsprechend kommt es bei Anwendung einer Chemotherapie häufig zu Haarausfall, Anämie und Entzündungen der Schleimhäute.

Bei der heutigen Chemotherapie werden fast immer mehrere Wirkstoffe gleichzeitig verwendet. Für fast jede Krebsform gibt es Schemata, in denen festgelegt ist, welche Zytostatika in welcher Abfolge mit welchem Zeitabstand anzuwenden sind, um eine optimale Therapie zu erzielen (Schmoll, 2006).

Tumornachsorge

In der Onkologie ist die Tumornachsorge, das sogenannte Follow-up, nach der Behandlung eines Tumorpatienten sehr wichtig. Der Patient sollte nach der Tumortherapie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen gehen, um lokale und entfernt gelegene Rezidive sowie einen Sekundärtumor, d.h. einen neuen Primärtumor, zu entdecken. Wenn das Rezidiv bzw. der Zweittumor frühzeitig erkannt wird, kann er gelegentlich noch geheilt werden. Andere Patienten können von einer palliativen Therapie profitieren. Für jeden Tumortypen gibt es Nachsorgeschemata, die von der Deutschen Krebsgesellschaft formuliert werden (Erbar, 2002).

2.2 Einführung in die Psychoonkologie

Definition Psychoonkologie/Psychoonkologischer Dienst

Der Begriff **Psychoonkologie** wird auch unter dem Synonym „psychosoziale Onkologie“ verwendet. Das heißt, der Fachbereich der Onkologie wird von Seiten der Psychologie und Soziologie betrachtet und unterstützt. Dabei ist die Psychoonkologie ein eigenständiger Fachbereich, der zum Ziel hat, verschiedene psychosoziale Aspekte in Ätiologie, Therapie und Verlauf einer Krebserkrankung zu untersuchen und vorhandene Ergebnisse in der Betreuung des Patienten umzusetzen (Schmoll, 2006). Dabei werden die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung, der Rehabilitation und des Sterbens unterstützt. Für die Betreuung der Patienten ist eine interdisziplinäre Arbeit, d.h. die Zusammenarbeit der Zuständigen aus verschiedenen Fachgebieten, wie Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Psychiater, Psychosomatiker, Soziologen u.ä., essentiell notwendig. Zentrale Themen der Psychoonkologie sind: Erhöhung der selbstregulatorischen Kompetenz des Kranken (Eigenkontrolle), Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, Verbesserung der Lebensqualität während und nach der Behandlung sowie Kompetenzerhöhung und Entlastung des Personals (Schmoll, 2006).

Ein **psychoonkologischer Dienst** besteht aus ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, die eine Zusatzqualifikation in der Psychoonkologie haben. Dieser kann sich direkt in einem Krankenhaus befinden oder für stationäre Patienten im Rahmen einer konsiliarischen Tätigkeit von extern herangezogen werden (Dorn, Wollenschein und Rohde, 2007). Krebserkrankte Patienten und ihre Angehörigen können durch den psychoonkologischen Dienst Begleitung, Beratung und psychotherapeutische Unterstützung erhalten.

2.2.1 Die Entwicklung der Psychoonkologie

Die ersten psychosozialen Betreuungsansätze in der Akutbehandlung fanden in den frühen 1970er Jahren statt und sind somit ein sehr junger Zweig der Medizin. In den frühen 1950er Jahren erschienen die ersten Publikationen zu den Themen Lebensqualität und Allgemeinzustand von Krebspatienten (Heußner, Bessler, Dietzfelbinger, Fegg, Lang und Mehl, 2009), jedoch wurde erst ab 1975 mit der Forschung und Entwicklung von psychoonkologischen Instrumenten begonnen. Zunehmend beschäftigte

sich die Psychoonkologie auch mit Fragen der Bewältigung von Symptomen und Krankheitsbildern, die durch die Krebstherapie verursacht werden. Heute hat sich die Psychoonkologie sowohl in der Betreuung des Patienten als auch in der Forschung stark entwickelt und versteht sich nun als festes Teilgebiet der Onkologie. Sie ist aus der heutigen modernen Krebsheilkunde nicht mehr wegzudenken.

In Deutschland besteht trotz der Bemühungen zur Etablierung psychoonkologischer Dienste ein Missverhältnis zwischen Anspruch/Bedarf und Realität/Verfügbarkeit einer flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung für Patienten und deren Angehörige.

Deutsche Arbeitsgemeinschaften, wie dapo e.V., BAK e.V., PSO und N-PSOM, haben sich als Ziel gesetzt, diese Lücke zu schließen (Heußner, 2009). Dabei konnten erste psychosoziale Betreuungsstrukturen in der Akutbehandlung, stationären Rehabilitation und ambulanten Nachsorge aufgebaut werden (Weis, 2004). Je nach Krankheitsphase bestehen aktuell noch Unterschiede in der qualitativen und quantitativen psychosozialen Unterstützung von Krebspatienten. In der akuten Behandlung geht es vor allem um die Versorgung dringender Probleme und basiert primär auf psychosomatische Liaison- bzw. Konsiliardienste. In der Ausstattung kann es zwischen den verschiedenen Kliniken große Unterschiede geben, da eine psychoonkologische Versorgung in kleineren Krankenhäusern oftmals noch nicht gewährleistet werden kann. Stationäre Rehabilitations-Kliniken sind in der psychoonkologischen Betreuung dagegen meistens gut ausgestattet (Stein und Köllner, 2010). Die ambulante psychosoziale Nachsorge wird meistens von niedergelassenen Psychotherapeuten und psychosozialen Beratungsstellen getragen. Insgesamt erscheint vor allem dieser Bereich in Deutschland bisher als eher unzureichend angelegt. Viele Patienten haben große Schwierigkeiten einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden, auch wenn sich immer mehr niedergelassene Psychotherapeuten auf den Bereich der Psychoonkologie spezialisieren (Pfeifer, 2006). Insgesamt besteht in Deutschland also weiterhin eine psychosoziale Unterversorgung, die bearbeitet werden sollte.

2.2.2 Zentrale Forschungsthemen der Psychoonkologie

Bei der psychoonkologischen Forschung stehen folgende zentrale Themen im Vordergrund: Psychoätiologie, Psychodiagnostik und Belastungsuntersuchungen bei Krebspatienten (z.B. Lebensqualität), Krankheitsverarbeitung, Entwicklung und Evaluation

psychologischer Therapieformen und Arzt-Patienten-Kommunikation (Herschbach und Henningsen, 2010). Unter Psychoätiologie versteht man im Rahmen der Forschung die Untersuchung psychologischer Variablen, die in der Tumorgenese eine Rolle spielen. Dabei steht der Fokus der Psychoonkologie nicht auf der Identifikation des persönlichen Risikoverhaltens, sondern auf krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen. Im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung werden individuelle Regulationsmechanismen von Krebspatienten untersucht, die zur Wiederherstellung der veränderten emotionalen Befindlichkeit dienen (Leischner, 2007).

2.2.3 Psychoätiologie der Krebserkrankung

Die Psychoätiologie beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit psychische Faktoren zur Entstehung einer Tumorerkrankung beitragen. In der Psychosomatik wird davon ausgegangen, dass ungelöste psychische Konflikte zum Ausbruch somatischer Erkrankungen führen können (Morschitzky, 2000). Auch in der Psychoonkologie gibt es Erklärungsmodelle, wie die Studie von Hopson, die einen direkten Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften und der Entstehung von Krebserkrankungen sehen (Hopson, 2007). Dabei werden neben bestimmten Persönlichkeitseigenschaften, wie Introvertiertheit oder Neigung zur Depressivität, auch biographische Ereignisse, wie Verlusterlebnisse und andere psychische Stressfaktoren, als Ursache für die Entstehung einer Krebserkrankung gesehen. Die Studie von Chida zum Beispiel sieht einen Zusammenhang zwischen stressbezogenen psychosozialen Faktoren und einer gesteigerten Krebsinzidenz (Chida et al., 2008). Andere Studien widerlegen die oben genannten Zusammenhänge. Die Studie von Nakaya zum Beispiel sieht keinen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften und dem Risiko einer Krebsentstehung (Nakaya et al., 2003). Aufgrund der uneinheitlichen Befundlage in verschiedenen Studien kann heute noch nicht davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitseigenschaften, Stress oder Verlusteigenschaften tatsächlich für die Erhöhung des Krebsrisikos verantwortlich gemacht werden können (Pfeifer, 2006).

2.2.4 Krankheitsverarbeitung

„Unter dem Begriff der Krankheitsverarbeitung werden individuelle Regulationsprozesse des Individuums verstanden, die dazu dienen, die durch die Krankheit gestörte oder beeinträchtigte Befindlichkeit wieder herzustellen und sich kurz-, mittel- oder langfristig an die krankheitsbedingten Belastungen und Folgeprobleme anzupassen“ (Pfeifer, 2006, p.372).

Dabei ist die Krankheitsverarbeitung heute als ein kontinuierlicher Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen zu verstehen. Beteiligt an dieser Auseinandersetzung sind subjektive Wahrnehmungen, emotionales Erleben und kognitive Bewertungsprozesse (Weis, Heckl, Brocai und Seuthe-Witz, 2006).

„Sie erfolgt auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns und wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert, wobei die personalen Ressourcen sowie positiv affektive Zustände einen wichtigen Einfluss besitzen. Soziale Ressourcen können die Krankheitsverarbeitung unterstützen, zugleich auch bei intensiver sozialer Verstrickung jedoch auch behindern bzw. negativ beeinflussen“ (Pfeifer, 2006, p. 372).

Als günstig für die Überlebenszeit der Patienten zeigt sich nach unterschiedlichen Studien eine aktive und problemorientierte Krankheitsverarbeitung im Sinne von Kampfgeist. Eher ungünstige Faktoren sind laut verschiedener Studien Verleugnung, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit (Faller, 2001).

2.2.5 Psychosoziale Belastungen der Krebspatienten

Von den Krebspatienten werden Themen angesprochen, die in nahezu alle Lebensbereiche eines Erkrankten hineinreichen. Dabei können die Auswirkungen in den verschiedenen Bereichen kurz- oder langfristig sein und werden je nach Persönlichkeit, Alter und Bewältigungsstrategien sowie nach den sozialen Ressourcen des jeweiligen Patienten als unterschiedlich problematisch gesehen (Friedrich, Mönkeberg-Tun, Held, Christ und Lücke, 1996). Bei den psychosozialen Belastungen von Krebspatienten scheinen insbesondere krankheitsbezogene Belastungen sowie Ziele und Verhinderungen von Krankheitsfolgen eine große Rolle zu spielen. Unter **krankheitsbezogenen Belastungen** versteht man somatische Belastungen, wie Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Gewichtsabnahme) und Veränderungen des Körperschemas (z.B. Prothesen,

Verlust von Körperteilen), psychische Belastungen, wie emotionale Veränderungen und Entwicklung psychischer Erkrankungen, sowie soziale Belastungen durch Veränderungen der Lebenssituation (z.B. berufliche oder familiäre Veränderungen). Insgesamt werden unter krankheitsbezogenen Belastungen Themen verstanden, die unmittelbar mit der Erkrankung, ihrem Verlauf oder ihrer Behandlung zu tun haben. Im Vordergrund stehen dabei häufig Sorgen und Ängste des Patienten um die weitere Entwicklung seiner Erkrankung und seiner sozialen Perspektiven (Schmoll, 2006). Bei den **Zielen und Verhinderungen von Krankheitsfolgen** können bei den Patienten folgende Themen benannt werden: Verhinderung des übermäßigen Agierens (Alkohol, Drogen, Ausbrechen aus Hilfen bei der Bedeutungsverleihung der veränderten Körperfunktionen und deren Behandlung); Entgegenwirken von Grübeln und Attribuierungssuchen (z.B. „Warum ich?“); Integration in einen veränderten Umgang mit der Beziehungswelt; Aufrechterhaltung der Angst und Depression entgegenwirkenden Schutzfunktion sowie Verbesserung des gesamten Gesundheitsverhaltens (Schmoll, 2006). Die oben genannten Bereiche stellen allgemeine Probleme bei Krebspatienten dar, die häufig Schwerpunkte einer psychoonkologischen Versorgung bilden. Insgesamt können die von den Krebserkrankten angesprochenen Themen stark voneinander abweichen, da persönliche und soziale Lebensumstände bei jedem Patienten einzigartig sind.

2.2.6 Psychosomatische und psychische Symptome

Psychosomatische und psychische Symptome von Krebspatienten können die Folge einer Diskrepanz zwischen den oben genannten realen Belastungen durch die Erkrankung und die Behandlung und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Krankheitsbewältigung sein (Schumacher, 2010). Unter psychosomatischen Symptomen werden organische oder funktionelle Veränderungen des Körpers bezeichnet, die durch psychische Belastungen, wie Körperveränderungen oder Stress, mit verursacht werden. Laut einer Untersuchung von Portenoy gibt es Hinweise darauf, dass bei Krebspatienten nicht krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, wie Schmerzen, Atemnot oder Verdauungsprobleme, die vorherrschenden Symptome darstellen, sondern psychosomatische und psychische Symptome, wie Unruhe, Nervosität, Mangel an Energie, Schlaflosigkeit oder Traurigkeit (Portenoy, Thaler, Kornblith, McCarthy Lepore, Friedlander-Klar, Coyle et al., 1994). Aber auch viele andere Studien belegen natio-

nal und international die hohe Prävalenz psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten (Atesci et al., 2004; Gil Moncayo et al., 2008; Härter et al., 2000; Herschbach et al., 2004; Iqbal, 2004; Keller et al., 2004; Lichtenthal et al., 2009; Nakasujja et al., 2007; Özalp et al., 2008; Singer et al., 2007/2008; Wancata et al., 1998; Zebora et al., 2001). Durch die starken psychischen und psychosomatischen Beschwerden bei den Krebspatienten ist nach Angaben verschiedener Studien ein deutlicher Verlauf bei der Entwicklung für psychische Erkrankungen festzustellen: Etwa ein Drittel aller Krebspatienten im Krankenhaus leidet unter einer psychischen Belastung nach den Kriterien der ICD-10 (Singer, Das-Munshi und Brähler, 2010). Mit dem Fortschreiten der Krebserkrankung steigt das Risiko für psychische Symptome. Laut einer Untersuchung von Breitbart steigt diese Zahl der Prävalenz mit fortgeschrittenem Krebsstadium auf 77% (Breitbart, Cella, Jacobsen, Passik und Peterman, 1998).

2.2.7 Psychosoziale Folgen

Auswirkungen von Krebserkrankungen auf den sozialen Bereich

Krebserkrankungen haben häufig Auswirkungen auf den sozialen Bereich. Dabei treten zumeist Ängste oder Veränderungen im Bereich der Familie und/oder der Partnerschaft des Patienten auf. So haben die Erkrankten z.B. Angst, Familienmitglieder zu sehr zu belasten. Die Angehörigen wiederum sind z.B. oft unsicher, wie offen sie mit dem Patienten über die Erkrankung reden dürfen und was sie von diesem überhaupt noch fordern dürfen. Außerdem bestehen bei den Patienten und Angehörigen oft Ängste bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufes und der Zukunftsperspektive. Innerfamiliäre Beziehungsmodalitäten können sich durch Ängste, Besorgnis und Unsicherheiten des Patienten und seiner Angehörigen verschieben. Dabei wandelt sich interfamiliär nicht nur die emotionale Beziehung der einzelnen Familienmitglieder, sondern auch die alltägliche Arbeitsaufteilung kann sich innerhalb einer Familie verändern. Aufgaben, die der Patient vor seiner Erkrankung bewältigt hat, müssen nun von anderen Familienmitgliedern getragen werden. Dieses bedeutet eine zusätzliche Belastung für die Angehörigen. Soziale Rollen und Aufgaben müssen häufig neu verteilt werden und können dabei zu neuen Problemen und/oder veränderten Umgangsweisen innerhalb der Familie führen (Pawils und Koch, 2006). Außerdem kann der Patient durch z.B. operative Maßnahmen das Gefühl haben, weniger attraktiv zu sein. Dadurch kann es z.B. in einer Partnerschaft zu veränderten Gefühlen mit körperlicher Berührungsangst kommen.

Das Bedürfnis nach sozialen Kontakten lässt den Patienten an seiner Identität und Selbstwahrnehmung zweifeln, und es kommt oft ein Gefühl von Einsamkeit und Isolation auf, unter dem die Betroffenen leiden (Friedrich, 1996).

Insgesamt können sich Veränderungen der Beziehungsmodalitäten nicht nur im familiären und/oder partnerschaftlichen Bereich, sondern auch bei Freunden, Nachbarn und Vereinskollegen zeigen. Dabei vermeiden Krebspatienten oftmals aus Scham oder Angst den Kontakt zu Anderen und ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück.

Auswirkungen von Krebserkrankungen auf den beruflichen und finanziellen Bereich

Krebserkrankte Patienten haben häufig große Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Diese Befürchtung kann z.B. durch eine drohende Kündigung begründet sein. Sie kann aber auch aus der Wahrnehmung entstehen, dass die Patienten durch ihre Erkrankung keine vollwertigen Arbeitnehmer mehr seien oder ihre Arbeitgeber die vielen Fehlstunden aufgrund von Therapieeinheiten und Nachsorgeuntersuchungen nicht akzeptieren. Diese subjektiv empfundene Bedrohung einer baldigen Kündigung belastet die Patienten sehr und kann in ihnen massive Existenzängste auslösen. Viele Patienten zweifeln oft auch selbst, ob sie physisch und psychisch in der Lage sind, weiter ihren Beruf auszuüben und besitzen häufig ganz unterschiedliche Vorstellungen über ihre weitere berufliche Perspektive. Einige Erkrankte haben die Idee, ihre Arbeitszeit zu verkürzen oder sich einem anderen Aufgabenbereich zu widmen. Andere Patienten sehen für sich gar keine berufliche Zukunft mehr und zweifeln an der Sicherung ihrer Existenzgrundlage (Friedrich, 1996).

2.2.8 Lebensqualität

Entwicklung

Der Begriff „Lebensqualität“ wurde Anfang der 1970er Jahre in die Onkologie eingeführt. Bislang standen in der onkologischen Therapie die Lebensverlängerung und Verbesserung der klinischen Symptomatik im Vordergrund. In den letzten 40 Jahren gewann die Lebensqualität, d.h. die Art und Weise, wie Kranke ihren Gesundheitszustand erleben, zunehmend an Bedeutung (Heinisch, Ludwig und Pöppel, 1990). Durch medizinische Fortschritte konnte dem damaligen alleinigen Ziel der Lebensverlänge-

nung näher gekommen werden. Dabei wurden aggressivere Therapieverfahren eingesetzt, die für den Patienten stärkere Nebenwirkungen und höhere Toxizitäten für den Körper bedeuteten. Fortschritte der quantitativen Gewinnung der Überlebenszeit wurden also auf Kosten der Lebensqualität erreicht. Das Ziel einer verbesserten Lebensqualität für Krebspatienten steht in der Onkologie mehr und mehr im Mittelpunkt und kann in der heutigen Psychoonkologie nicht mehr weggedacht werden (Heußner, 2009).

Definition

Die Definition der WHO für den Begriff Lebensqualität lautet:

„Lebensqualität ist definiert als die Wahrnehmung des Individuums hinsichtlich seiner Position im Leben im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, und in Relation zu seinen Zielen, Erwartungen, Standards und Prioritäten. Es ist ein breites Konzept, in komplexer Weise beeinflusst durch die körperliche Gesundheit des Betroffenen, seines psychischen Befindens, Unabhängigkeit, sozialer Beziehungen und wichtiger Aspekte seiner Umgebung“ (World Health Organisation, 1993).

Nach WHO-Definition kann die Lebensqualität nur ganz individuell beschrieben und ermittelt werden. Diese misst zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben den Unterschied zwischen Hoffnungen und Erwartungen einer Person und ihrem momentanen Erleben. Allgemein gesehen ist die Lebensqualität nicht direkt erfassbar, sondern ein multidimensionales Konstrukt, das nur in seinen Teilbereichen über definierte Indikatoren abgebildet werden kann. Diese beinhalten verschiedene Themen, wie z.B. emotionale, soziale, funktionale und psychologische Bereiche. Aber auch die Spiritualität und das Gefühl von Sinn im Leben sollten bei der Erfassung von Lebensqualität einbezogen werden (Heußner, 2009). Die Lebensqualität verändert sich während des Lebens einer Person als Ausdruck eines Anpassungsprozesses in der Interaktion mit den jeweiligen Lebensumständen und ist somit kein statisches, sondern ein dynamisches Konzept (Von Kerekjarto et al., 1989).

Erfassung von Lebensqualität

Es wurden verschiedene Methoden zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt. Insgesamt gibt es aktuell über 1000 allgemeine, krankheitsübergreifende und krankheitsspezifische Verfahren (Heußner, 2009). Einen „goldenen Standard“ gibt es bis heute nicht. Bei psychometrischen Instrumenten z.B. wird die Lebensqualität durch

direkte Befragung der Patienten erfasst. Dabei werden das subjektive Krankheitserleben sowie die subjektive Einschätzung der Funktionsfähigkeit in verschiedenen alltagspraktischen Lebensbereichen abgefragt. Diese Erhebung wird wissenschaftlich als ein multidimensionales Konstrukt definiert, bei der häufig der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ verwendet wird. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst in der Regel folgende vier Dimensionen: Körperliche Verfassung, Psychisches Befinden, Soziale Beziehungen und Funktionsfähigkeiten in Alltag und Beruf (Leischner, 2007).

Multidimensionale Instrumente, wie z.B. der Fragebogen EORTC-QLQ, werden häufig verwendet und sind gut validiert. Diese und andere Fragebögen sollten die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität erfassen und möglichst kurz und einfach zu verstehen sein. Der Fragebogen EORTC QLQ-C30 wurde von der Europäischen Organisation zur Erforschung von Tumorerkrankungen (EORTC) erarbeitet und bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse interkulturell zu vergleichen. Er besteht aus 30 Fragen, kann in 20 Minuten von den Patienten ausgefüllt werden und besteht aus einem allgemeinen und einem speziellen Ergänzungsteil für diagnose- und behandlungsspezifische Zusatzfragen. In Europa stellt er heute das Standardinstrument zur Lebensqualitätserfassung dar (Küchler und Berend, 2011). Weitere Messinstrumente der Lebensqualität sind z.B. der FACT (Functional Assessment of Cancer Therapie) oder der SF36, der als Standardinstrument für nicht-onkologische Patienten gilt (Röttger, 2003).

Möglichkeiten der Lebensqualitätsverbesserung onkologischer Patienten

Grundvoraussetzung für die Betreuung von Krebspatienten ist ein respektvoller, wertschätzender Umgang. Die Erkrankten sollen lernen, mit Verlusten zu leben und den Blick dafür zu erhalten, was möglich ist (Tschuske, 2006). Es ist wichtig, eine Symptomfreiheit bei den Patienten zu erzielen (keine Schmerzen; keine Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen) und sie bei Entscheidungen genauestens zu informieren und aktiv mit einzubeziehen. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung sowie ein guter Informationsaustausch zwischen Patient und professionellem Team sind eine wichtige Voraussetzung für eine gesteigerte Lebensqualität und Lebenszufriedenheit des Krebskranken (Ong et al., 2000). Um für den Patienten die alltägliche Eigenversorgung weitestgehend zu ermöglichen, nehmen sich Krankengymnasten und Ergotherapeuten zum Ziel, Kraft, Koordination und Mobilität zu erhalten bzw. zu verbessern. Dadurch kann der Patient ein Gefühl von Unabhängigkeit erlangen bzw. beibehalten. Atemthe-

rapien, Entspannungstechniken und verschiedene kreative Verfahren können z.B. für die Angstreduktion und zum Stressabbau unterstützend eingebracht werden. Eine weitere wichtige Unterstützung für eine verbesserte Lebensqualität ist das vermittelte Gefühl von Hoffnung und spirituellem Wohlbefinden (Hoffnung, dass die Diagnose nicht bestätigt wird; Hoffnung, dass der Krebs besiegt wird; Hoffnung, dass sich der Krebs nur langsam ausbreitet usw.) (Heußner, 2009). Auch die soziale Arbeit ist bei Krebspatienten gefragt, um diesen eine finanzielle Absicherung zu ermöglichen. Insgesamt kann durch die oben genannten Maßnahmen eine Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden. In der Psychoonkologie werden individuelle Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität erstellt, die im ständigen Austausch mit Patient und Mitarbeitern der verschiedenen Fachrichtungen stehen. Denn eine verbesserte Lebensqualität stellt heute ein wichtiges und akzeptiertes Erfolgskriterium gesundheitsbezogener Maßnahmen dar (Radoschewski, 2000). Die entwickelten Konzepte sollten dabei zeitlich immer wieder den gegebenen Umständen und den Wünschen des Patienten angepasst und überarbeitet werden.

Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung

Das „Zufriedenheitsparadox“ der Lebensqualitätsforschung von Peter Herschbach ist ein empirisches Phänomen bei der Bewertung von Lebensqualität, das den Erwartungen des gesunden Menschenverstandes widerspricht. Herschbach verglich in einer Studie die Lebenszufriedenheit von über 10.000 Patienten. In dieser und in anderen Studien beschrieben krebserkrankte Patienten eine bessere Lebensqualität als die deutsche Durchschnittsbevölkerung. In Herschbachs Studie erweist sich, dass kein Zusammenhang zwischen der objektiven Schwere der Erkrankung und der Höhe der Lebensqualität besteht (Herschbach, 2002).

Außerdem belegen verschiedene Studien, dass Ärzte und das Pflegepersonal die Lebensqualität der Patienten niedriger einstufen als die Erkrankten selbst. Diese Ergebnisse unterstreichen die Subjektivität bei der Beurteilung der Lebensqualität und stellen bei den Patienten wahrscheinlich Coping-Strategien dar (Aulbert, Nauck und Radbruch, 2008). Das Zufriedenheitsparadox von Herschbach widerlegt also die Erwartung, dass sich Menschen in negativen Lebens- und Gesundheitsumständen auch negativ fühlen müssen. Subjektive Lebens- und Gesundheitsumstände werden von Betroffenen selbst deutlich besser bewertet, als es von außen betrachtet zu erwarten wäre (Krämer, 2005).

2.2.9 Möglichkeiten der Unterstützung

2.2.9.1 Arzt-Patienten-Beziehung in der Onkologie

In der Onkologie bedeutet die Arzt-Patienten-Beziehung eine sehr große Anforderung an die fachliche Kompetenz, die emotionale Belastbarkeit und die ethische Haltung des Arztes. Dabei stellt die ärztliche Begleitung von Krebspatienten aus verschiedenen Gründen eine besondere Belastung dar. Zum einen werden in der Onkologie besonders viele Beziehungsfragen an den Arzt gestellt, wie „Sagen Sie mir auch wirklich die volle Wahrheit?“ oder „Kann ich mich auf Sie verlassen?“ (Wilmanns, 1994). Zum anderen wird der Arzt im Gespräch mit dem Krebspatienten mit der eigenen Verletzbarkeit, den eigenen Grenzen, Affekten und Emotionen konfrontiert (Pfeifer, 2008). Nur wenige Patienten versetzen den Arzt in eine derartige Ohnmacht und Hilflosigkeit wie Krebsserkrankte.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird dabei als ein vertrauensvolles und kommunikatives Arbeitsbündnis gesehen, an dem beide gleichermaßen beteiligt sind. Der Patient ist bei dieser Beziehung also aktiv in seine Behandlung miteinbezogen. Gerade in der Onkologie spielen die von Rogers genannten Grundhaltungen einer Arzt-Patienten-Beziehung, wie Wertschätzung, Empathie und Echtheit eine große Rolle (Stumm, Wiltshcko und Keil 2003). Aus der Sicht der Erkrankten wird für den Umgang zwischen Arzt und Patient mehrheitlich eine Kommunikation gewünscht, die Raum für Emotionen und soziale Beziehungen lässt. Dabei bestätigen viele Studien, dass sich Krebspatienten eine offene Informationsvermittlung wünschen, so dass ein vertrauensvolles und kommunikatives Arbeitsbündnis aufgebaut werden kann (Butow et al., 1997; Cox et al., 2006; Jenkins, Fallowfield und Saul, 2001; Squiers et al., 2005). Insgesamt bedeutet die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung eine sehr wichtige Rolle für den Verlauf und den Erfolg der Behandlung. Es hat sich gezeigt, dass sich die Patienten eher compliant verhalten und weniger aktiv nach zusätzlichen Informationen suchen, wenn sie ein großes Vertrauen zum Arzt haben (Schwarz und Singer, 2008).

2.2.9.2 Psychotherapeutische Hilfen

Hilfen werden von verschiedenen Berufsgruppen in der Psychoonkologie in Form von Beratung, Begleitung und Behandlung eingesetzt. Dabei trägt jede psychotherapeutische Hilfe in jeweils unterschiedlicher Weise zur Gesamttherapie bei (Schmoll, 2006). Bei der Beratung geht es um die Unterstützung in allen konkreten Fragen, die sich aus der krankheitsbedingten Lebenssituation ergeben. Dabei geht es im Allgemeinen um einen Austausch mit dem Patienten und seinen Angehörigen, der sich auf einen fokussierten Krankheitsprozess beschränkt. Das Ziel der Beratung ist es, die Krankheitsverarbeitung für den Patienten selbst und für seine Familie zu erleichtern und bei Bedarf zu verkürzen. Der Begriff Begleitung beschreibt die Betreuung eines Patienten und in der Regel auch der Familie über einen längeren Zeitraum. Die zu begleitenden Lebenssituationen sind dabei oftmals extrem schwierig, langfristig und chronisch belastet. Daher wird die Begleitung in der Regel von Ärzten, Psychoonkologen und einem entsprechenden Pflegepersonal durchgeführt. Die Arbeit von Selbsthilfegruppen wirkt in der Begleitung sehr unterstützend. Unter einer Behandlung wird die Therapie eines Patienten in einer zumeist akuten Lebensphase verstanden. Sie wird in der Regel von Psychotherapeuten oder Psychoonkologen übernommen, die eine spezifische Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychoonkologie haben. Unterstützend wirken bei der Behandlung des Patienten nonverbale Therapien, Entspannungstraining sowie spezifische Formen des Bewältigungstrainings. Von entscheidender Bedeutung bei der Therapie des Krebspatienten ist die schon oben genannte Beziehungsqualität, bei der der Patient soziale Unterstützung erfährt (Schmoll, 2006).

2.2.10 Aufgaben des psychoonkologischen Dienstes

Der psychoonkologische Dienst hat die Aufgabe, den Krebskranken in seinen Belastungen und Bedürfnissen zu unterstützen. Folgende Bedürfnisse werden dabei für Krebspatienten formuliert: An erster Stelle steht das Bedürfnis nach Informationen. Mithilfe der Informationsvermittlung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten kann dem Betroffenen das Gefühl von Kontrolle gegeben werden (Faller und Weis, 2005). An zweiter Stelle steht das Verlangen, über Entscheidungen in der Behandlung und Nachsorge miteinbezogen zu werden, so dass sich der Patient eigenverantwortlich und autonom an seinem Therapieprozess beteiligen kann (Härter, Loh

und Spies, 2005). Und an dritter Stelle steht das Bedürfnis nach professioneller psychosozialer und damit psychoonkologischer Versorgung. Dabei stehen psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen im Vordergrund. Das Besondere bei den psychotherapeutischen Methoden ist, dass psychoonkologische Interventionen nicht einer Therapieschule angehören, sondern verschiedene Methoden integrieren und einen patientenorientierenden Ansatz haben (Reuter und Weis, 2007). Die häufigsten psychoonkologischen Interventionen stellen psychodynamische, kognitiv-verhaltenstherapeutische und strukturierte psychoedukative Therapien dar. Die gemeinsamen Ziele dieser verschiedenen Interventions-Techniken sind zum Beispiel die Bearbeitung von Problemen, die durch die Krebserkrankung hervorgerufen wurden, die Unterstützung in der Trauerarbeit, das Anstoßen von Sinnfindungsprozessen und die Entwicklung eines unterstützenden Netzwerkes (Koch und Weis, 2009). Nach Schumacher geht es bei der psychotherapeutischen Unterstützung bei Krebspatienten vor allem um die Stabilisierung der Patienten durch die Reduktion der psychischen Symptome, die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und der Lebensqualität sowie die Behandlung von Symptomen oder Nebenwirkungen der Behandlung (Schumacher, 2010).

2.2.11 Ziele psychoonkologischer Hilfen

Die Psychoonkologie hat nicht zum Ziel, dass ein Patient körperlich wieder vollständig gesund und symptomfrei ist. Auch die Verlängerung des Lebens ist nicht primär das Ziel der Psychoonkologie. Es geht vielmehr darum, dass der Patient nicht nur physisch, sondern auch psychisch, sozial und spirituell so gesund wie möglich wird bzw. bleibt (Sperner-Unterwegner, 2010). Ziele der Psychoonkologie sind dabei unter anderem Hilfe bei der Krankheitsbewältigung mit Erreichen einer maximalen Anpassung, Reduktion von Stress, Verbesserung der Lebens- und Sterbequalität, Behandlung psychischer Störungen, Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen sowie Unterstützung in sozialen und spirituellen Angelegenheiten (Schneider, 2007). Wenn bei dem Patienten selbst und/oder bei seinen Angehörigen eine Veränderung im Sinne des psychischen, sozialen oder spirituellen alltäglichen Lebens zu spüren ist, so darf die psychoonkologische Therapie als erfolgreich bezeichnet werden. Die Veränderungen bzw. Verbesserungen können dabei objektiv (z.B. in Form von physischen Parametern) und/oder subjektiv (z.B. in Form von Befindlichkeiten, Emotionen) messbar sein (Steinvorth und Moses, 2003).

2.2.12 Bedarf und Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen

Den Bedarf an psychoonkologischer Versorgung kann man aus Sicht der Betreuer und aus Sicht der Patienten betrachten (Muthny, 1998). Aus Sicht der Betreuer besteht bei den meisten Krebspatienten ein erhöhter Bedarf an Zuspruch und seelischem Beistand. Nach Meinung des onkologischen Teams würde der Patient vor allem dann von psychotherapeutischen Maßnahmen profitieren, wenn psychische Probleme schon vor der Krebsdiagnose bestanden oder eine pathologische Verarbeitung der Krebsdiagnose deutlich wird, z.B. durch Manifestation einer seit Jahren bestehenden latenten Depression (Muthny, 1998). Dabei gibt es verschiedene Einflussfaktoren, die sich auf die Inanspruchnahme eines psychoonkologischen Angebots auswirken. So hängt es zum Beispiel davon ab, wie nahe dem Patienten das Angebot gebracht wird oder in welcher Behandlungsphase sich der Erkrankte befindet. So hat der Patient in der Phase der Diagnosestellung, der Entwicklung eines Therapiekonzeptes, bei jedem Rückschritt des Krankheitsprozesses sowie in der terminalen Phase einen höheren Bedarf an psychosozialen Maßnahmen, da diese Abschnitte oft geprägt sind von Resignation, Zweifel, Wut und Trauer (Muthny, 1998).

Aus Sicht der Patienten schwanken die Zahlen für den Bedarf an psychosozialer Unterstützung deutlich (Schwarz, 1990). Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen werden in diesem Zusammenhang verschiedene Begriffe benutzt, die für die Patienten eine unterschiedliche Bedeutung haben. Zum anderen hängt es sehr von den konkreten Maßnahmen ab, auf die sich der Erkrankte bei seiner Einschätzung bezieht. Außerdem scheint es eine Rolle zu spielen, in welcher Krankheitsphase und in welchem Versorgungssetting (ambulante oder stationäre Versorgung) sich der Patient derzeit befindet (Beutel, Heinrich, Sellschopp, Keller und Adermayer, 1996). Bei einer Studie aus dem Jahre 2007 wurden zum Beispiel Patienten aus einem Akutkrankenhaus zu ihrem Wunsch nach psychosozialer Unterstützung befragt (Singer, Bringmann, Hauss, Kortmann, Köhler, Krauß und Schwarz, 2007). Dabei wünschten sich 83% der Befragten Unterstützung durch einen Arzt, 77% vom Pflegepersonal, 44% vom Sozialdienst, 30% durch einen Psychologen und 8% von einem Seelsorger (Singer, 2007). In einer weiteren Studie nach de Vries wurden Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung befragt (De Vries et al, 1998). Dabei wünschten sich 33% eine psychosoziale Unterstützung durch den behandelnden Onkologen allein und 41% eine zusätzliche Unterstützung durch einen Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter. „In der Literatur weisen Bedarfsuntersuchungen, die sich an der Häufigkeit psychopathologischer As-

pekte orientieren, auf einen Bedarf von 30-40% (vgl. Massie und Holland, 1989, und die aktuelle Übersicht bei Weis und Koch, 1998), wobei Adaptationsstörungen, Depressionen und Ängste unterschiedlicher Genese am häufigsten genannt werden, „major depression“ wird immerhin auf 10-15% geschätzt“ (Muthny, 1998, p. 55). Insgesamt ist die Notwendigkeit einer psychischen Unterstützung onkologisch erkrankter Patienten nach Herschbach unumstritten (Herschbach, 2006).

Die Wirksamkeit einer psychoonkologischen Behandlung wurde in einer weiteren Studie von Muthny et al. untersucht (Muthny, 1998). In dieser Erhebung erlebten 77% der Patienten die psychoonkologischen Gespräche als hilfreich. Dabei profitierten etwa 60% von der Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sowie von kognitiver Klärung, Ermutigung, Minderung von Spannungen und Verbesserung von Stimmung und Selbstbewusstsein. Auch bei den Ärzten und Pflegekräften schätzten mehr als 50% die psychoonkologische Behandlung als wirkungsvoll ein.

2.2.13 Behandlungszufriedenheit

Bei der Patientenbefragung von Muthny et al. über die „Integration psychosozialer Versorgung in die Onkologie am Beispiel des Herforder Modells“ (1998) waren fast 90% mit der medizinischen Versorgung, 85% mit der Behandlung in der Klinik und je etwa 75% mit der Organisation der Behandlung, der Qualität der Pflege und dem Können und Engagement der Ärzte und Pflegekräfte zufrieden. Unzufriedenheit herrschte in dieser Untersuchung bei 10% der Krebspatienten in Bezug auf die erhaltene Aufklärung und Information (Muthny, 1998).

Laut einer Pilotstudie von R. Kutz über „Patientenzufriedenheit im onkologischen Versorgungssystem“ konnte die Patientenzufriedenheit durch fünf Faktoren gekennzeichnet werden: Kommunikative Kompetenz, fachliche Kompetenz, Empathie, Interaktionskompetenz (Akzeptanz des Patienten durch die Profession) und Support (psychosoziale Unterstützung). Die Verteilung in der Studie macht einen Trend zu Informations- und Empathiedefiziten der Professionellen im Sinne einer Kommunikationsstörung deutlich (Kutz, 2003).

Eine schweizerische Studie über die „Behandlungszufriedenheit bei ambulanten Krebspatienten und deren Ehepartnern“ ergab eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich des Verständnisses und Vertrauens durch Ärzte und Pflegepersonal sowie im Bereich der Informationsgabe bezüglich der Erkrankung. Weniger zufrieden waren die Patienten in

dieser Untersuchung mit den Informationen über Behandlungsangebote und über die Frage, was der Betroffene selbst für sein seelisches Wohl tun könne. Weiter wird in dieser Studie deutlich, dass die Bedürfnisse der Patienten in allen untersuchten Bereichen signifikant besser abgedeckt waren als bei den Ehepartnern (Lüddeckens, Mörgele, Zwahlen, Jenewein und Büchi, 2008).

Die PASQOC-Studie (Patient Satisfaction and Quality of Life in Oncological Care) aus dem Jahre 2003 ergibt, dass viele Patienten mit den Informationen zum Therapieverlauf und dem organisatorischen Ablauf der Behandlung unzufrieden waren. 62% der Patienten gaben lückenhafte Erklärungen bei der Ablehnung eigener Therapievor schläge an und 55% fühlten sich von der Erarbeitung eines Therapieplanes ausgeschlossen. 65% kritisierten die fluktuierenden Pflegekräfte und 59% der Betroffenen die langen Wartezeiten. Mit der Arzt-Patienten-Beziehung waren dagegen die meisten Patienten zufrieden (Runge, Tews, Ruprecht, Hoeing, Kuhlmann und Kleeberg, 2003). Insgesamt belegen die oben genannten Studien, dass der Großteil der Patienten mit der Beziehung zu den Professionellen zufrieden ist. Verbesserungsbedarf besteht aus Sicht der Krebskranken vor allem beim Informationsaustausch und ihrer aktiven Einbeziehung in das Behandlungskonzept.

3 Untersuchungsmethodik

3.1 Ziele der Untersuchung, Fragestellungen und Hypothesen

Oben wurden die Entwicklungen und Schwerpunkte der Psychoonkologie dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Psychoonkologie zunehmend an Bedeutung gewinnt und darauf hinarbeitet, die großen Lücken der psychoonkologischen Versorgung zu schließen. Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung war es, sich vor einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung ausführlich mit den Themen solch einer Versorgung auseinanderzusetzen. Dabei war es uns besonders wichtig, sich konkreter mit den folgenden drei Themenbereichen zu befassen: Psychosoziale Störungen und Belastungen von Krebspatienten; Bedarf an Angeboten neben der medizinischen Behandlung und konkrete Erwartungen und Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten. Diese Themen erschienen uns in der heutigen Studienlage oftmals nicht konkret und ausführlich erfasst und/oder sind bei vielen Studien nur auf eine bestimmte Gruppe von Krebspatienten beschränkt. Für eine quantitativ und qualitativ ausreichende Auseinandersetzung mit diesen drei Themenkomplexen wurden folgende Fragen und Hypothesen formuliert, die anhand dieser Untersuchung beantwortet und bestätigt bzw. widerlegt werden sollten:

Fragestellungen im Themenbereich der psychosozialen Störungen und Belastungen von Krebspatienten:

- 1.) Welche subjektiven Beeinträchtigungen erleben Krebspatienten?
- 2.) Welche physischen und psychischen Symptome stehen bei Krebspatienten im Vordergrund?
- 3.) Aus welchen psychischen Erkrankungsbildern nach ICD-10 stammen die umschriebenen psychischen Symptome?/Welche komorbiden psychischen Störungen sollten demnach bei der psychosozialen Versorgung behandelt werden?
- 4.) Welche akuten Belastungen schränken Krebspatienten besonders ein?/Sind es eher soziale, physische, psychische oder spirituelle/religiöse Belastungen?

Fragestellungen und Hypothesen im Themenbereich des Bedarfs an Angeboten neben der medizinischen Behandlung:

- 1.) Finden Krebspatienten außermedizinische Angebote wichtig?
- 2.) Welche Art von außermedizinischen Angeboten wünschen sie sich?
- 3.) Welche außermedizinischen Maßnahmen nehmen Krebspatienten schon in Anspruch?
- 4.) Wünschen sich Krebspatienten bei den außermedizinischen Angeboten eher eine psychische, religiöse/spirituelle oder soziale Versorgung?
- 5.) Wie viele Patienten setzen ihren Wunsch um und nehmen außermedizinische Behandlungen in Anspruch?
- 6.) Von welchen Faktoren hängt der Bedarf an einer außermedizinischen Versorgung ab?

Hypothesen:

- a) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem BZI und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- b) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit vorgeschlagener psychosozialer Aufgaben und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- c) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den BSI-Skalen Angst, Depression und Somatisierung und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- d) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der LZI und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- e) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- f) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- g) Männer und Frauen haben einen unterschiedlichen Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.
- h) Patienten in unterschiedlichen Therapiephasen haben einen unterschiedlichen Bedarf an außermedizinischen Behandlungen.

Fragestellungen im Themenbereich der konkreten Erwartungen und Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten:

- 1.) Was wünschen sich die Patienten konkret von den einzelnen Berufsgruppen der onkologischen Versorgung?
- 2.) Welche Erwartungen und Wünsche haben Krebspatienten vor allem vom psychoonkologischen Dienst?
- 3.) Welche Aufgaben des psychoonkologischen Dienstes sind Krebspatienten besonders wichtig?
- 4.) Welche Anlässe und Themen werden hauptsächlich bei psychoonkologischen Interventionen beschrieben?

3.2 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine anonyme Querschnittsuntersuchung an Krebspatienten. Die Erfassung erfolgte mithilfe eines hierfür erstellten Fragebogens, der sich aus standardisierten und selbst erstellten Fragebögen zusammensetzt. Die im Verlauf näher beschriebene Patientengruppe wurde über verschiedene Themenbereiche in Bezug auf ihr derzeitiges Leben mit der Krebserkrankung befragt. Anhand der Patientenantworten sollten die Ergebnisse aus diesen Themenbereichen zusammengefasst und abschließend mögliche Konsequenzen für eine flächendeckende psychosoziale Versorgung in Krankenhäusern und Praxen herausgearbeitet und diskutiert werden. Das Städtische Klinikum Gütersloh und die onkologische Gemeinschaftspraxis Dr. Rösel, Dr. Depenbusch und Prof. Dr. Gropp in Gütersloh unterstützten uns nach Anfrage bei der Durchführung der Untersuchung.

3.3 Messinstrumente

3.3.1 Inhalte des Fragebogens

Für den Zweck der Untersuchung wurde ein in zehn Themenbereiche gegliederter Fragebogen entwickelt. Die folgende schematische Übersicht zeigt die Themenbereiche und die Struktur des Fragebogens. Die vollständige Version ist im Anhang zu finden.

1. Erkrankungsbezogene Parameter (Frage 1 bis Frage 8, Seite 1 bis 2)
2. Zufriedenheit mit jetziger Behandlung (Frage 9, Seite 2)
3. Weitere Angebote (zusätzlich zur med. Behandlung) (Frage 11, Seite 2)
4. Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten an psychoonkologische Dienste, Ärzte, Pflegekräfte, Pastoren bzw. Seelsorger und Psychologen/ Psychotherapeuten (Frage 12, Seite 3)
5. Beschwerden der Patienten während der letzten sieben Tage (Seite 4)
6. Lebenszufriedenheit (Seite 4)
7. Belastungen und Probleme in den letzten Wochen (Seite 5)
8. Resilienz-Items (Seite 5)
9. WHOQOL-BREF (Seite 6 bis 7)
10. Soziodemographische Daten (Frage 1 bis Frage 18, Seite 8)

3.3.2 Standardisierte Fragebögen

Im Rahmen unserer Studie wurden neben selbst erstellten Fragen auch standardisierte Fragebögen verwendet. In dem von uns entwickelten Fragebogen für Krebspatienten wurden die BZI, das BSI, das LZI, das DS, die RS und der WHOQOL-BREF verwendet. Im Nachfolgenden sollen diese kurz vorgestellt werden.

BZI-Behandlungszufriedenheit

Die Behandlungszufriedenheit wurde anhand einer aus 14 Items zusammengesetzten Liste von Muthny et al (1992) erfasst, bei der die Probanden das Ausmaß ihrer Zufriedenheit mit der medizinischen und psychosozialen Behandlung angeben. Dabei beziehen sich 13 Items auf verschiedene Behandlungsbereiche im Krankenhaus bzw. in der

ambulanten Praxis, und ein Item betrifft die Behandlung in der Klinik/Praxis insgesamt. Die Befragten entscheiden sich dabei für eine Einschätzung aus einer fünfstufigen Antwortskala (1 = „unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“).

BSI-Brief Symptom Inventory

Das Brief Symptom Inventory ist eine Kurzform des SCL-90-R. Es ist ein Instrument, das in Form eines Fragebogens die subjektive Beeinträchtigung durch physische und psychische Symptome umfasst. Aus insgesamt 53 Items können jeweils Aussagen zur Symptombelastung in den neun Dimensionen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt, Paranoides Denken und Psychotizismus getroffen werden. Die Antworten der Fragen werden zu neun Skalen sowie drei globalen Kennwerten zusammengefasst. Die Items sind dabei sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke. Dieser Test erlaubt eine orientierende Einstufung der Symptombelastung im Vergleich zu anderen Patientengruppen und einer Normalstichprobe. Im Rahmen der Untersuchung wurde eine Reduktion vorgenommen und nur die Skalen Angst, Depression und Somatisierung verwendet.

LZI-Lebenszufriedenheitsinventar

Die Lebenszufriedenheit wurde im Fragebogen mithilfe einer von Muthny (1991) modifizierten Fassung des Inventars von Fahrenberg et al. (1986) erfasst. Das Inventar setzt sich dabei aus 14 Items verschiedener Teilbereiche des Lebens sowie einer globalen Einschätzung der Lebenszufriedenheit insgesamt zusammen. Das Ausmaß ihrer Lebenszufriedenheit wird von den Probanden auf einer 5-stufigen Antwortskala eingeschätzt.

DS-Distress Thermometer

Das Distress Thermometer ist ein Screeninginstrument, das von dem National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickelt wurde. Es misst das Ausmaß und die Ursache bestehender psychosozialer Belastungen (Distress) bei onkologischen Patienten. Das DS setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen: einer visuellen Analogskala, die in der Regel in Form eines Thermometers dargestellt wird und von den Werten 0

(gar nicht belastet) bis 10 (extrem belastet) reicht sowie einer Problemliste als Überweisungsschema zu entsprechenden professionellen Diensten. Es ist für onkologische Patienten aller Tumordiagnosegruppen, Tumorstadien und Behandlungsarten geeignet und gibt Aussagen über das Ausmaß und die Ursache (praktische, familiäre, emotionale, spirituelle/religiöse oder körperliche Probleme) von Belastungen. Bei der Auswertung wird in der Regel ein Wert auf dem Distress-Thermometer von fünf oder höher als ein auffällig belasteter Patient gedeutet, der Unterstützung benötigt. Die Problemliste umfasst fünf Bereiche, die dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

RS-Resilienzskala

Die Resilienzskala wurde von Wagnild und Young (1993) entwickelt und ist ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsmerkmal. Resilienz wird als Widerstandskraft und als Fähigkeit gesehen, um Ressourcen für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu nutzen. Der ausführliche Fragebogen umfasst 25 Items, die durch festgelegte Merkmale die „Persönliche Kompetenz“ und die „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ befragen. Dabei werden die Items aus einer siebenstufigen Antwortskala (1 = „Ich stimme nicht zu“ bis 5 = „Ich stimme völlig zu“) bewertet. In dem Fragebogen dieser Untersuchung wurde die Kurzskala gewählt, die elf Items umfasst. Dabei werden neun Items der „Persönlichen Kompetenz“ und zwei Items der „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ zugeordnet.

WHOQOL-BREF

Das WHOQOL-BREF ist eine Kurzversion des WHOQOL-100 und stellt ein Instrument zur international vergleichenden, detaillierten Erfassung der subjektiven Lebensqualität dar. Der Fragebogen wurde aus verschiedenen Kulturkreisen unter Aufsicht der WHO entwickelt, so dass die Auswertungen interkulturell verglichen werden können. Für den WHOQOL-BREF liegen Normwerte für verschiedene Altersgruppen einer repräsentativen Stichprobe sowie Vergleichswerte für somatische und psychiatrische Patienten vor.

Grundlage der Instrumente ist die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildet, eignet sich die aus 26

Items bestehende Kurzversion WHOQOL-BREF, welche die Dimensionen 'physisches Wohlbefinden', 'psychisches Wohlbefinden', 'soziale Beziehungen' und 'Umwelt' erfasst. Der WHOQOL-BREF besteht insgesamt aus vier Facetten mit vier Items und zwei globalen Items (insgesamt 26 Fragen).

3.4 Durchführung

Es wurden insgesamt 400 Fragebögen von Juni bis August 2007 gezielt an die Städtische Klinik Gütersloh und an die onkologische Gemeinschaftspraxis Dr. Rösel, Dr. Depenbusch und Prof. Dr. Gropp in Gütersloh verschickt. Die Mitarbeiter der genannten Einrichtungen baten ihre Krebspatienten um Mitwirkung an der anonymen wissenschaftlichen Untersuchung. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Patienten erhielten den Fragebogen, eine Erklärung zum Zweck der Untersuchung, eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens und einen Rücksendeumschlag. Anschließend wurden die ausgefüllten Formulare von den Mitarbeitern der Institutionen gesammelt und an uns zurückgeschickt. Wenige Fragebögen wurden von den Patienten direkt an uns versandt.

3.5 Rücklaufquote

Von den insgesamt 400 verteilten Fragebögen kamen 269 Formulare an uns zurück. Dieses entspricht einer Rücklaufquote von 67%. Unter den 269 Fragebögen waren 23 aus der Städtischen Klinik und 209 aus der Gemeinschaftspraxis. Keine Angaben zum Behandlungsort waren bei 37 der zurückgeschickten Bögen zu finden. Für die Auswertung wurden 265 Fragebögen verwendet. Unvollständig oder unleserlich ausgefüllte Fragebögen wurden nicht berücksichtigt.

3.6 Statistische Methoden

Die statistische Datenanalyse wurde mit Hilfe des Computerprogrammes Statistical Package für Social Science (SPSS, Version 14.0) erstellt. Die Darstellung der Tabellen erfolgte durch SPSS und Excel unter Windows 7. Die Auswertung wurde vor allem auf deskriptiver Ebene vorgenommen und die Ergebnisse in absoluten Zahlen und Prozentzahlen angegeben. Eine Interferenz- und Korrelationsstatistik erfolgte bei den Hypothesenüberprüfungen. Dabei wurden folgende statistische Tests angewendet: Der Geschlechtervergleich wurde mit Hilfe des t-Tests durchgeführt, da es sich bei den beiden Patientengruppen (männliche und weibliche Patienten) um unabhängige Stichproben handelt. Bei normalverteilten Skalen kann der t-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung kommen. Dieser prüft anhand der Mittelwerte der beiden Stichproben, ob diese gleich sind (Bortz und Lienert, 2008). Der Vergleich zwischen den krankheitsbedingten Variablen wurde durch f-Tests (einfaktorielle ANOVA) erstellt. Dieser Test ist ein Verfahren, um zu entscheiden, ob sich die Werte der Scores in verschiedenen Subgruppen der Stichprobe (hier in verschiedenen Krankheitsstadien) signifikant unterscheiden (Clauß, Finze und Partsch, 2004). Korrelationen zwischen dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen und einem zweiten Parameter wurden durch den Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet. Die Bewertung des Korrelationskoeffizienten erfolgte nach folgender Einteilung:

$r < 0,2$	→ sehr geringe Korrelation
$0,2 \leq r < 0,5$	→ geringe Korrelation
$0,5 \leq r < 0,7$	→ mittlere Korrelation
$0,7 \leq r < 0,9$	→ hohe Korrelation
$r \geq 0,9$	→ sehr hohe Korrelation

Bei allen angewandten Tests wurde eine zweiseitige Signifikanzüberprüfung durchgeführt, wobei für alle statistischen Tests ein p-Wert $< 0,05$ als statistisch signifikant angenommen wurde. Bei einem p-Wert $< 0,01$ ging man von einem hohen Signifikanzniveau aus.

3.7 Soziodemographische Daten der Patientengruppe

Wie Tab. 1 zeigt, betrug das Durchschnittsalter der Befragten 61 Jahre (bei einem Bereich von 18 bis 84 Jahren). 58% der Patienten waren weiblichen Geschlechts. Mehr als 90 % gaben an, die deutsche Staatsangehörigkeit zu besitzen. Die Mehrheit der Befragten waren verheiratet (72%) und lebten mit einem Partner zusammen (67%). Rund 62% der befragten Patienten lebten in einer Kleinstadt bzw. in einer mittelgroßen Stadt. Bezüglich des Schulabschlusses überwiegen Haupt- /Volksschule (54%), gefolgt von der mittleren Reife/ Realschule (22%) und der Hochschulreife/Fachhochschulreife (16%). Mehr als die Hälfte der Befragten (53%) hatten eine abgeschlossene Lehre und rund 23% eine Fachschule, Fachhochschule oder eine Universität besucht. Entsprechend der Berufsausbildung waren die meisten Patienten zur Zeit der Befragung als Angestellte (40%) oder als Arbeiter (21%) tätig.

Die Patienten gaben einen mittleren Behinderungsgrad von 80% an (bei einem weiten Bereich von 30 bis 100%). Entsprechend gaben mehr als die Hälfte (55%) der Erkrankten an, einen Schwerbehindertenausweis zu besitzen. Aktuell waren nur wenige Patienten krankgeschrieben (21%). Jedoch waren fast 60% der Befragten in den vergangenen zwölf Monaten krankgeschrieben. Dabei nahmen sie durchschnittlich 104 Krankheitstage in Anspruch (bei einem weiten Bereich von einem bis 365 Tagen).

Tabelle 1

Soziodemographische Daten

(n = 265)

Vorgegebene Kategorien	Auswahlmöglichkeiten	Häufigkeiten	k.A.
Geschlecht	Männlich	42%	
	Weiblich	58%	
Alter	MW (Bereich von 18 – 84 Jahre)	61,05	
	s	11,73	
Staatsangehörigkeit	Deutsch	91%	0,06
	Nicht deutsch	3%	
Familienstand	Ledig	7%	0,02
	Verheiratet	72%	
	Geschieden	8%	
	Verwitwet	11%	
Wohnsituation	Mit Partner	67%	0,15
	Ohne Partner	18%	
Personen im Haushalt	MW (Bereich von 1-7 Personen)	2,35	
	s	1,05	
Davon sind älter als 18 Jahre	MW (Bereich von 1-6 Personen)	2,24	
	s	0,93	
Nettoeinkommen	Bis 1000,-	13%	0,14
	1000,- bis 2000,-	38%	
	2000,- bis 3000,-	22%	
	Mehr als 3000,-	13%	
Wohnort	Auf dem Land	14%	0,06
	Dorf	17%	
	Kleinstadt	30%	
	Mittlere Stadt	32%	
	Großstadt	1%	
Schulabschluss	Hauptschule/Volksschule	54%	0,04
	Realschule/Mittlere Reife	22%	
	Abitur	10%	
	Polytechnische Schule	1%	
	Fachhochschule	6%	
	Anderer Schulabschluss	2%	
	Kein Schulabschluss	1%	

Fortsetzung Tabelle 1

Berufsausbildung	Lehre	53%	0,09	
	Fachschule	13%		
	Fachhochschule	4%		
	Universität	6%		
	Andere Ausbildung	7%		
	Keine Berufsausbildung	8%		
Erwerbstätigkeit	Ganztags	14%	0,05	
	Halbtags	5%		
	Weniger als halbtags	3%		
	Hausfrau	14%		
	In Ausbildung	1%		
	Arbeitslos	3%		
	Erwerbsunfähigkeitsrente	8%		
	Altersrente	42%		
	Anderes	5%		
Berufliche Stellung	Arbeiter	21%	0,17	
	Angestellter	40%		
	Beamter	3%		
	Selbstständiger	10%		
	Sonstiges (Hausfrau etc.)	9%		
Schwerbehinderungsausweis	Ja	55%	0,03	
	Nein	42%		
Behinderungsgrad	MW (Bereich von 30 bis 100%)	79,85%	0,04	
	s	20,22		
Renten-Beantragung	Ja	13%	0,12	
	Nein	75%		
Krankschreibung	Zurzeit: Ja	21%	0,17	
	Zurzeit: Nein	62%		
	In den letzten 12 Monaten: Ja	57%		0,22
	In den letzten 12 Monaten: Nein	21%		
Anzahl der krankgeschriebenen Tage	MW (Bereich von 1 bis 365)	104,25		
	s	113,69		
Teilnahme an medizinischer Rehabilitation	Ja	36%	0,04	
	Nein	60%		

k.A. = keine Angabe

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zur Erkrankung selbst

Tab. 2 gibt an, dass bei den befragten Patienten vor durchschnittlich 29 Monate die ersten Beschwerden im Rahmen der Krebserkrankung auftraten. Vor durchschnittlich 33 Monaten wurde bei den Patienten die Diagnose Krebs gestellt (bei vielen Betroffenen war der angegebene Zeitpunkt des Auftretens erster Beschwerden im Rahmen der Krebserkrankung identisch mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung). Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich je ein Drittel in der Erstbehandlung bzw. in der Nachsorge und rund ein Viertel in der Behandlung eines Rezidivs. Bei den meisten Erkrankten wurden bis zur Befragung eine Chemotherapie (72%) und/oder eine Operation (69%) durchgeführt. Weniger als die Hälfte (45%) hatten bis zu diesem Zeitpunkt eine Strahlentherapie hinter sich.

Tabelle 2
Erkrankungsbezogene Parameter

Beginn der Beschwerden im Rahmen der Krebserkrankung:

MW: 29 Monate, s =38,92 (Bereich von 1 bis 192 Monaten)

Feststellung der Diagnose:

MW: 33 Monate, s =46,01 (Bereich von 1 bis 252 Monaten)

Bisherige Behandlung:

	Anzahl	Angabe in % (n=265)
OP:	182	69
Chemotherapie:	191	72
Strahlentherapie:	120	45

Therapiephase in %:	Erstbehandlung	= 36
	Nachsorge	= 32
	Rückfallbehandlung	= 24
	Keine Angabe	= 8

Tab. 3 zeigt, dass die häufigste diagnostizierte Krebserkrankung bei den befragten Patienten ein Mammacarcinom war (79 Nennungen), gefolgt von Darm-Krebs (35), einem Lymphom (17), Lungenkrebs (15), einer Leukämie (14) und einem Prostatacarcinom (14).

Tabelle 3

Art der Krebserkrankung

(n = 265)

Diagnosen aus Patientensicht	Anzahl der Patienten
1. Mammacarcinom	79
2. Darm-Krebs	35
3. Lymphom	17
4. Lungenkrebs	15
5. Leukämie	14
6. Prostatacarcinom	14
7. Plasmozytom	9
8. Ovarialcarcinom	6
9. Knochenkrebs	6
10. Hodenkrebs	4
11. Malignes Melanom	3
Sonstige:	21
k.A.:	42

4.2 Zufriedenheit mit der jetzigen Behandlung

Der Tab. 4 ist zu entnehmen, dass 81% mit der Behandlung in der Klinik/Praxis insgesamt zufrieden waren. Dabei waren über 75% der Befragten vor allem mit der medizinischen Behandlung (79%), dem Engagement der Ärzte (76%), dem Umgangston in der Klinik/Ambulanz (75%) und der Gewissenhaftigkeit der Arbeit (75%) zufrieden. Am wenigsten zufrieden waren die Patienten mit der Qualität des Essens. Nur 39% äußerten sich zufrieden, 11% waren nur teilweise zufrieden.

Tabelle 4

Zufriedenheit mit der jetzigen Behandlung

(n=265)

Häufigkeiten in %

Zufriedenheit mit ... (vorgegebene Kategorien)	unzufrieden	teils/ teils	zufrieden
Behandlung in Klinik/Praxis insgesamt	3	4	81
Medizinische Behandlung	2	4	79
Menschliche Betreuung	3	7	72
Organisation der Pflege	4	7	53
Qualität des Essens	4	11	39
Engagement der Ärzte	3	4	76
Können der Ärzte	2	3	74
Engagement des Personals	2	5	74
Aufklärung/Information	3	11	67
Atmosphäre in Klinik/ Ambulanz	4	9	70
Kontakt zu den Mitpatienten	2	17	50
Umgangston in Klinik/Ambulanz	2	4	75
Gewissenhaftigkeit der Arbeit	2	3	75
Wirksamkeit der Behandlung	4	7	62

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = sehr unzufrieden, 3 = teils/teils, 5 = sehr zufrieden

4.3 Weitere Angebote (zusätzlich zur medizinischen Behandlung)

Bei der Frage nach der Wichtigkeit von Angeboten neben der medizinischen Behandlung wurde die ambulante Nachsorge von den meisten Patienten (rund 70%) als besonders wichtig empfunden (s. Tab. 5). Weiterhin war es den Patienten besonders wichtig, Informationen über gesunde Ernährung zu bekommen (60%), Rehabilitationssport durchzuführen (54%) und psychologische Gespräche sowohl in ambulanter Versorgung (52%) als auch während des stationären Aufenthaltes (50%) zu erhalten.

Tabelle 5

Wichtigkeit der Angebote

(n=265)

Häufigkeiten in %

Wichtigkeit der folgenden Angebote ¹ (vorgegebene Kategorien)	Prozentsatz starker Ausprägung *	k.A.
Psychologische Gespräche für stationäre Patienten	50	25
Psychologische Gespräche in ambulanter Versorgung	52	22
Entspannungstraining	37	27
Maltherapie/kunsthandwerkliche Angebote	12	30
Musiktherapie	16	29
Gespräche mit Pastor/Seelsorger	23	26
Gottesdienst und Andachten	23	26
Sozialbetreuung	45	24
Rehabilitationssport	54	24
Ambulante Nachsorge	69	22
Psychologische Schmerztherapie	49	30
Information über gesunde Ernährung	60	23
Information über Selbsthilfegruppen	39	27

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark
(Ausprägungen 4 und 5 addiert)

1) Frage: "Wie wichtig finden Sie die folgenden Angebote?"

Tab. 6 stellt die freien Antworten der Patienten auf die offene Frage nach Maßnahmen dar, die die Erkrankten zum Zeitpunkt der Befragung in Anspruch genommen hatten. Die häufigsten Antworten bezogen sich vor allem auf ambulante Nachsorge (26 Nennungen), psychologische Gespräche (11) und Sport (11).

Tabelle 6

In Anspruch genommene Maßnahmen

(n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten
1. Ambulante Nachsorge	26
2. Psychologische Gespräche	11
3. Sport	11
4. Sozialberatung	8
5. Entspannungstraining	7
6. Gesunde Ernährung	6
7. Gottesdienst/Andachten	5
8. Selbsthilfegruppen	4
9. Gespräche mit Pastor/Seelsorger	3
10. Psychologische Schmerztherapie	3
Sonstiges:	3

Tab 7 zeigt die Antworten auf die offene Frage, welche Maßnahmen die Patienten gerne in Anspruch nehmen würden. Dabei gaben die Betroffenen an, am liebsten Sport machen (32 Nennungen), psychologische Gespräche in Anspruch nehmen (31), Entspannungstraining erhalten (20) und sich gesund ernähren zu wollen (16).

Tabelle 7

Gewünschte Maßnahmen

(n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten:
1. Sport	32
2. Psychologische Gespräche	31
3. Entspannungstraining	20
4. Gesunde Ernährung	16
5. Sozialberatung	12
6. Ambulante Nachsorge	11
7. Psychologische Schmerztherapie	11
8. Selbsthilfegruppen	10
9. Rehabilitation	10
10. Mal-/Kunsttherapie	9
11. Musiktherapie	9
12. Gespräche mit Pastor/Seelsorger	8
13. Gottesdienst/Andachten	4
Sonstiges:	6

4.4 Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten

4.4.1 Wünsche an den psychoonkologischen Dienst

Tabelle 8 zeigt die freien Antworten der Befragten auf die Frage nach den Wünschen an den psychoonkologischen Dienst bei der Versorgung von Krebspatienten. Die Erkrankten gaben an, sich vor allem Aufklärung/Informationen (22 Nennungen), Gespräche (13), Hilfsbereitschaft (7) und angstnehmendes Verhalten/Gespräche (7) zu wünschen. Weiterhin wollten je sechs Patienten, dass sie der psychologische Dienst begleitet, ihnen zuhört, sie unterstützt, motiviert und Perspektiven im Leben aufzeigt.

Tabelle 8

Wünsche an den psychoonkologischen Dienst

(n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten:
1. Aufklärung/Informationen	22
2. Gespräche	13
3. Hilfsbereitschaft	7
4. Angst nehmen	7
5. Begleitung	6
6. Zuhören	6
7. Unterstützung	6
8. Motivieren	6
9. Perspektiven zeigen	6
10. Betreuung der Angehörigen	5
11. Präsenz	5
12. Zeit	4
13. Mut machen	4
14. Individuell auf Patienten eingehen	4
15. Eigenkräfte stärken	3
16. Hoffnung geben	2
17. Beruhigen	2
18. Patienten ernst nehmen	2
Sonstiges:	9

Bei der Frage nach Dingen, die der psychoonkologische Dienst nicht tun sollte, wurden nur wenige freie Antworten aufgeführt (s. Tab. 9). Vier Patienten wünschten „keine Aufdringlichkeit“ und je drei Patienten „keine negativen Äußerungen“ bzw. „kein Herabreden“ vom psychoonkologischen Dienst.

Tabelle 9

Unterlassungswünsche an den psychoonkologischen Dienst (n= 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten
1. Aufdringlichkeit	4
2. Negative Äußerungen	3
3. Herabreden	3
4. Angst machen	2
5. Gleichgültigkeit	2
6. Stören/Nerven	2

Tab. 10 gibt an, welche Aufgaben der psychoonkologische Dienst laut der Befragten erfüllen sollte. 61% der Patienten waren der Meinung, dass der psychoonkologische Dienst vor allem mit den Ärzten eng zusammen arbeiten sollte. Weiter gaben die Betroffenen an, dass dieser ihnen helfen sollte, das Schöne im Leben zu sehen (58%), mit besonders belasteten Patienten zu sprechen (57%), den Patienten Optimismus zu geben (57%), bei der Krankheitsbewältigung zu helfen (57%) und ihnen zu helfen, das Wichtige im eigenen Leben zu erkennen (56%).

Tabelle 10

Aufgaben des psychosozialen Dienstes

(n= 265)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %	
	Prozentsatz starker Ausprägung *	k.A.
Mit besonders belasteten Patienten sprechen.	57	30
Möglichst jeden Patienten sehen.	38	34
Ärzten und Pflegekräften Rückmeldungen geben.	46	35
Mit belasteten Angehörigen arbeiten.	45	33
Mit belasteten Pflegekräften arbeiten.	42	35
Psychosoziale Personalfortbildung leisten.	46	36
Patienten Trost spenden.	47	34
Patienten Optimismus geben.	57	29
Bei Bedarf auch Sterbebegleitung leisten.	51	35
Patienten wichtige Dinge im Leben ordnen helfen.	48	34
Patienten verstehen helfen, was „Krebs“ bedeutet.	53	32
Helfen, das Schöne im Leben zu sehen.	58	31
Helfen, das Wichtige im eigenen Leben zu erkennen.	56	33
Eng mit den Ärzten zusammenarbeiten.	61	29
Bei der Krankheitsbewältigung helfen.	57	31

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark
(Ausprägungen 4 und 5 addiert)

4.4.2 Wünsche an die Ärzte

Tabelle 11 zeigt, was sich die Patienten bei der Versorgung von Krebserkrankten gezielt von den Ärzten wünschten. 58 der Studienteilnehmer hofften laut der freien Antworten auf mehr Zeit von den Ärzten. Gezielte Informationen und Aufklärungen über die Erkrankung und ihre Folgen gaben rund 40 Patienten an. Weiterhin wünschten sich jeweils 16 Nennungen Offenheit, Fachkompetenz und beste, neueste Behandlungsmethoden von den Ärzten. Für 14 der Befragten spielte auch die Ehrlichkeit der Ärzte eine große Rolle. Sie wünschten sich ehrliche Antworten von den Ärzten auf ihre Fragen.

Tabelle 11

Wünsche an die Ärzte (freie Antworten auf offene Frage)* (n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten:
1. Zeit	58
2. Information/Aufklärung	39
3. Offenheit	16
4. Fachkompetenz	16
5. Beste, neueste Behandlungsmethoden	16
6. Ehrlichkeit	14
7. Gespräche	8
8. Hilfsbereitschaft	8
9. Engagement	6
10. Verständnis	5
11. Zuhören	4
12. Gute Betreuung	4
13. Patienten gesund machen	4
14. Mitgefühl	4
15. Ruhe	3
16. Zusammenarbeit	3
17. Freundlichkeit	2
18. Vertrauen	2
19. Fingerspitzengefühl	2
20. Zuwendung	2
Sonstiges:	14

* „Was wünschen Sie sich vor allem von den Ärzten?“

4.4.3 Wünsche an die Pflegekräfte

Bei den Wünschen an die Pflegekräfte stand Freundlichkeit mit rund 50 Nennungen an erster Stelle. 50 der befragten Patienten wollten also vor allem ein nettes und freundliches Pflegepersonal (s. Tab. 12). Ähnlich wie von den Ärzten, wünschten sich viele der Studienteilnehmer (40 Nennungen) auch vom Pflegepersonal mehr Zeit. Weiterhin wünschten sich die befragten Patienten Fachkompetenz (12 Nennungen), gefolgt von Einfühlungsvermögen (11 Nennungen) und Hilfsbereitschaft (10 Nennungen) von den Pflegekräften.

Tabelle 12

Wünsche an die Pflegekräfte (freie Antworten auf offene Frage)* (n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl der Patienten
1. Freundlichkeit	50
2. Zeit	40
3. Fachkompetenz	12
4. Einfühlungsvermögen	11
5. Hilfsbereitschaft	10
6. Ruhe	7
7. Verständnis	6
8. Bestmögliche Behandlung	6
9. Betreuung	6
10. Gute Pflege	5
11. Geduld	3
12. Gewissenhaftigkeit	3
13. Information/Aufklärung	3
14. Offenheit	2
15. Engagement	2
16. Motivation	2
Sonstiges:	17

* „Was wünschen Sie sich vor allem von den Pflegekräften?“

4.4.4 Wünsche an die Seelsorger

Tab 13 zeigt die freien Antworten der Patienten auf die Frage nach den Wünschen an die Seelsorger. Von diesen wünschten sich die Studienteilnehmer vor allem ein gutes Gespräch (15 Nennungen), Präsenz (9 Nennungen), seelischen Beistand (8 Nennungen) und auch hier mehr Zeit (8 Nennungen).

Tabelle 13

Wünsche an die Seelsorger (freie Antworten auf offene Frage)* (n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl von Patienten
1. Gutes Gespräch	15
2. Präsenz	9
3. Seelischer Beistand	8
4. Zeit	8
5. Einfühlungsvermögen	7
6. Zuhören	6
7. Hilfsbereitschaft	6
8. Trost	5
9. Offenheit	2
10. Vermittlung von Hoffnung	2
11. Seelisch Aufbauen	2
12. Vertrauen	2
Sonstiges:	15

* „Was wünschen Sie sich vor allem von den Pastoren bzw. Seelsorgern?“

4.4.5 Wünsche an die Psychologen

Bei den Wünschen an die Psychologen betonten 14 der befragten Patienten, dass sie sich weiterhelfende Gespräche mit diesen erhoffen (s. Tab. 14). Viele der Befragten wollten weiter, dass die Psychologen hilfsbereit sind (11 Nennungen), mehr Zeit haben (10 Nennungen), Einfühlungsvermögen zeigen (10 Nennungen) und den Patienten über seine Erkrankung und dessen Folgen informieren und aufklären (9 Nennungen). 7 der Befragten betonten, dass sie sich psychologische Unterstützung wünschen, die Angehörige (vor allem ihre Kinder) mit einbeziehen und unterstützen.

Tabelle 14

Wünsche an die Psychologen (freie Antworten auf offene Frage)* (n = 265)

Nachträgliche Kategorien aus freien Antworten	Anzahl von Patienten
1. Helfende Gespräche	14
2. Hilfsbereitschaft	11
3. Zeit	10
4. Einfühlungsvermögen	10
5. Information/Aufklärung	9
6. Angehörige einbeziehen	7
7. Präsenz	6
8. Psychologischer Aufbau	6
9. Zuhören	5
10. Fachkompetenz	4
11. Perspektiven finden helfen	4
12. Krankheit annehmen lernen	4
13. Gute Betreuung	3
14. Angst nehmen	3
15. Auf Patienten zugehen	3
16. Verständnis	2
Sonstiges:	21

* „Was wünschen Sie sich vor allem von den Psychologen/Psychotherapeuten?“

4.5 Beschwerden der Patienten während der letzten sieben Tage

Tab. 15 zeigt auf, welche Beschwerden die Patienten in der Woche vor der Befragung hatten. Die meisten Studienteilnehmer (je 53%) gaben an, während der letzten sieben Tage unter dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein und/oder unter einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen gelitten zu haben. 52% der Befragten gaben Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen an und jeder Zweite litt unter Nervosität oder innerem Zittern und/oder unter Hitzewallungen oder Kälteschauer.

Sehr wenige Erkrankte hatten in den letzten sieben Tagen Gedanken, sich das Leben zu nehmen. 73% der Befragten gaben an, dass sie überhaupt keine suizidalen Gedanken hatten. Auch unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund oder unter Schreck- und Panikanfällen litten sehr wenige Patienten. 63% bzw. 65% der Befragten hatten diese Symptome in den letzten 7 Tagen überhaupt nicht.

Tabelle 15

Beschwerden während der letzten 7 Tage (BSI)

(n= 265)

Vorgegebene Items (BSI)*	Häufigkeiten in %				
	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	eher stark	k. A.
1. Nervosität oder innerem Zittern	37	25	12	13	13
2. Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	63	12	5	3	17
3. Furchtsamkeit	47	20	8	6	19
4. Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	31	27	14	12	16
5. Schreck- und Panikanfällen	65	8	3	5	19
6. So starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen konnten	52	21	6	5	16
7. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	73	6	2	2	17
8. Einsamkeitsgefühlen	55	17	4	6	18
9. Schwermut	48	22	7	4	19
10. Gefühl, sich für nichts zu interessieren	52	18	7	6	17
11. Gefühl der Hoffnungslosigkeit	44	24	7	8	17
12. Gefühl, wertlos zu sein	57	17	3	5	18
13. Ohnmachts- oder Schwindelanfällen	60	17	4	4	15
14. Herz- oder Brustschmerzen	55	17	7	5	16
15. Übelkeit oder Magenverstimmung	40	22	14	11	13
16. Schwierigkeiten beim Atmen	49	18	8	10	15
17. Hitzewallungen oder Kälteschauern	36	23	13	14	14
18. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	35	22	13	17	13
19. Schwächegefühl in einzelnen Körper- teilen	32	28	12	13	15

* Frage: "Wie stark haben Sie während der letzten 7 Tage unter folgenden Beschwerden gelitten?"

4.6 Lebenszufriedenheit

Tabelle 16 spiegelt die Zufriedenheit der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen wider. Die meisten Studienteilnehmer (62%) waren mit ihrem Leben insgesamt eher oder sehr zufrieden. Diese Zufriedenheit sieht in den verschiedenen Lebensbereichen jedoch sehr unterschiedlich aus. Die überwiegende Anzahl der Befragten war mit dem Verhältnis zu engsten Familienmitgliedern zufrieden. 68% der Patienten waren mit der Beziehung zu ihren Kindern eher oder sehr zufrieden. 64% waren mit dem Familienleben allgemein und 60% mit der Ehe/Partnerschaft eher oder sehr zufrieden. Unzufrieden waren etwa ein Viertel der Befragten mit ihrer Gesundheit allgemein (28%), mit ihrem Sexualleben (26%) oder mit ihrer körperlichen Verfassung (23%).

Tabelle 16

Lebenszufriedenheit (LZI)

(n = 265)

Bereiche	Häufigkeiten in %					MW	s	k. A.
	sehr un- zufrie- den	eher un- zufrie- den	teils teils	eher zu- frie- den	sehr zufrie- den			
Gesundheit	11	17	33	23	5	2,95	2,95	11
Körperliche Verfassung	6	17	34	26	6	3,10	1,02	11
Geistige Verfassung	4	6	26	35	17	3,65	1,00	12
Stimmung	2	9	42	26	10	3,38	0,90	11
Aussehen	8	8	26	35	8	3,32	1,07	15
Fähigkeiten	4	10	31	31	7	3,31	0,98	17
Charakter	1	4	17	42	12	3,79	0,82	24
Berufliche Situation	6	7	13	24	12	3,49	1,20	38
Finanzielle Lage	6	7	20	36	14	3,56	1,09	17
Ehe/ Partnerschaft	3	6	10	24	36	4,06	1,13	21
Sexualleben	13	13	19	17	11	3,01	1,31	27
Freizeitgestaltung	5	9	25	33	13	3,44	1,07	15
Familienleben	3	4	14	33	31	4,01	1,02	15
Verhältnis zu Kindern	2	1	8	24	44	4,33	0,93	21
Leben insgesamt	2	6	21	46	16	3,73	0,92	9

4.7 Belastungen und Probleme in der letzten Woche

Die Patienten wurden gefragt, ob sie bestimmte Belastungen und Probleme in der letzten Woche vor der Befragung hatten (s. Tab. 4.17). Die meisten Studienteilnehmer gaben an, in der letzten Woche unter Erschöpfung (54%), Ängsten (41%), Kribbeln in den Händen/Füßen (41%), Schlafproblemen (40%), Schmerzen (38%), Sorgen (36%) und/oder Bewegungs-/ Mobilitätsproblemen (35%) gelitten zu haben. Nur sehr wenige Erkrankte hatten Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung (1%), bei der Beförderung/dem Transport (3%) und/oder Probleme mit Fieber (3%).

Die Patienten sollten weiter auf einer Skala von 0 bis 10 ankreuzen, wie belastet sie sich in der letzten Woche vor der Befragung gefühlt hatten. Der Mittelwert dieser Skala zeigt, dass sich die Befragten durchschnittlich eher mittelstark belastet wahrgenommen hatten (MW 5).

Tabelle 17

Belastungen/Probleme

Belastung in den letzten Wochen (0 = gar nicht belastet, 10 = extrem belastet):
 MW = 5,07 , s = 2,68 (Bereich von 1 bis 10)

(n= 265)

Vorgegebene Kategorien*	Probleme in den letzten Wochen in %		
	ja	nein	k.A.
Wohnsituation:	6	83	11
Versicherung:	6	79	15
Arbeit/Schule:	6	70	24
Beförderung (Transport)	3	77	20
Kinderbetreuung	1	69	30
Im Umgang mit Partner	9	75	16
Im Umgang mit Kindern	6	76	18
Sorgen	36	46	18
Ängste	41	41	18
Traurigkeit	28	53	19
Depression	13	66	21
Nervosität	29	54	17
In Bezug auf Gott	4	74	22
Verlust des Glaubens	5	73	22
Schmerzen	38	48	14
Übelkeit	25	58	17
Erschöpfung	54	34	12
Schlaf	40	47	13
Bewegung/Mobilität	35	53	12
Waschen/Ankleiden	11	76	13
Äußeres Erscheinungsbild	17	67	16
Atmung	24	63	13
Entzündung im Mundbereich	15	68	17
Essen/Ernährung	18	68	14
Verdauungsstörungen	27	60	13
Verstopfung	17	69	14
Durchfall	13	72	15
Veränderungen beim Wasserlassen	13	73	14
Fieber	3	82	15
Trockene/juckende Haut	29	56	15
Trockene/verstopfte Haut	9	73	18
Kribbeln in den Händen/Füßen	41	47	12
Angeschwollen fühlen	18	66	16
Sexuelle Probleme	22	61	17

*Frage: "Hatten Sie in den nachfolgenden Bereichen in der letzten Woche einschließlich heute Probleme?"

4.8 Resilienz-Items (RS-11)

Tab. 18 zeigt, dass es 2/3 der Befragten wichtig war, an vielen Dingen interessiert zu bleiben. Dabei stimmten 32% der Studienteilnehmer dieser Aussage sogar völlig zu. Die meisten Patienten (59%) gaben an, dieses auch umzusetzen und das Interesse an vielen Dingen zu behalten. 23% führten auf, dieses sogar völlig zu tun. Rund 60% der Befragten fanden öfter etwas, worüber sie lachen können, 58% sagten von sich, dass sie alles irgendwie schaffen und je 56%, dass sie ihre Pläne verfolgten und eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten können. Jeweils 1/5 der Patienten stimmten diesen Aussagen sogar jeweils völlig zu.

Tabelle 18

Resilienz-Items (RS-11)

(n=265)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %			
	stimme völlig zu *			
	5	6	7	k. A.
Meine Pläne verfolge ich.	16	20	20	18
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	17	21	20	17
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	15	19	32	17
Ich mag mich.	18	20	15	21
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	14	15	13	21
Ich bin entschlossen.	16	17	19	20
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	16	20	23	18
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	18	21	21	17
Ich kann eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	20	17	19	20
Ich kann Dinge tun, die ich eigentlich nicht machen will.	22	17	13	16
In mir steckt genügend Energie, um alles zu tun, was ich machen will.	17	18	19	16

* bezogen auf die 7er-Skala: 1 = stimme gar nicht zu bis 7 = stimme völlig zu (hier Ausprägungen 5 bis 7)

4.9 Lebensqualität (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF)

Tab. 19 bezieht sich auf die Lebensqualität der Patienten in den vergangenen zwei Wochen. Diese kann allgemein in die nachfolgenden fünf Abschnitte unterteilt werden. Im ersten Teil geht es um die Frage wie die Patienten ihre Lebensqualität einschätzen. 40% der Befragten bezeichneten ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut, 41% nur als mittel-mäßig. 10% der Studienteilnehmer benannten ihre Lebensqualität als schlecht oder sehr schlecht. Außerdem wird hier nach der Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Gesundheit gefragt. 29% der Patienten waren mit dieser zufrieden. 36% waren mit ihrer Gesundheit unzufrieden und 26% weder noch.

Im zweiten Teil der Tabelle sind die Ausprägungen 4 und 5 addiert und ergeben somit den Prozentsatz starker Ausprägung. Hier geht es darum, wie stark die Patienten bestimmte Dinge in den letzten zwei Wochen erlebt hatten. Die höchsten Prozentsätze der starken Ausprägungen gab es bei der Frage nach den Umweltbedingungen und nach dem Sinngehalt des Lebens. Bei 69% waren die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet ziemlich oder äußerst gut und 66% betrachteten ihr Leben als ziemlich oder äußerst sinnvoll. Nur 15% wurden durch Schmerzen ziemlich oder äußerst daran gehindert, notwendige Dinge zu tun.

Im dritten Tabellenabschnitt werden die Aussagen 1 und 2 sowie die Aussagen 4 und 5 addiert. In diesem Teil werden die Patienten gefragt, in welchem Umfang sie bestimmte Dinge erlebt hatten oder sie in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun. Hier gaben mit Abstand die meisten Befragten (73%) an, Zugang zu den Informationen in ihrem Leben, die sie für das tägliche Leben brauchen, überwiegend oder völlig zu haben. Die anderen Aussagen wurden von mehr als jedem Zweiten als überwiegend oder völlig bewertet.

Im vierten Teil der Tabelle werden ebenfalls jeweils die Ausprägungen 1 und 2 sowie 4 und 5 addiert. Dabei wird deutlich, dass 83% mit ihren Wohnbedingungen, 74% mit ihren persönlichen Beziehungen, 74% mit den Beförderungsmitteln, die ihnen zur Verfügung stehen, und 71% mit der Unterstützung durch ihre Freunde zufrieden waren.

Der letzte Teil der Tabelle stellt die negativen Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression in den Vordergrund. Nur 13% aller befragten Patienten gaben an, diese Gefühle oftmals oder immer zu haben.

Tabelle 19

Ergebnisse des WHOQOL-BREF

(n = 265)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %			
	schlecht	mittel- mäßig	gut	k. A.
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	10	41	40	9

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut
(Ausprägungen 1 & 2 und 4 & 5 addiert)

Vorgegebene Kategorien	unzu- frieden	weder noch	zufrieden	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	36	26	29	9

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden
(Ausprägungen 1 & 2 und 4 & 5 addiert)

Vorgegebene Kategorien	Prozentsatz starker Ausprägung * (4 und 5 addiert)	k. A.
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	15	11
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?	21	14
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	45	13
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	66	12
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	45	11
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	54	12
Wie gut sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	69	11

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = überhaupt nicht bis 5 = völlig

Fortsetzung Tab. 19

Vorgegebene Kategorien	eher nein	halb- wegs	eher ja	k. A.
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	8	32	51	9
Können Sie ihr Aussehen akzeptieren?	8	24	58	10
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	11	20	59	10
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	3	12	73	12
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	12	19	59	10
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	8	26	58	8

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = überhaupt nicht bis 5 = völlig (Ausprägungen 1 & 2 und 4 & 5 addiert)

Vorgegebene Kategorien	un- zufrieden	weder noch	zufrie- den	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	26	11	55	8
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	15	17	59	9
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	25	17	41	17
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	10	23	58	9
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	3	12	74	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	20	23	35	22
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	5	13	71	11

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden (Ausprägungen 1 & 2 und 4 & 5 addiert)

Fortsetzung Tab. 19

Vorgegebene Kategorien	Prozentsatz starker Ausprägung* (4 und 5 addiert)	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	83	9
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?	67	15
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	74	14

* bezogen auf die 5er-Skala: 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden
(Ausprägungen 1 & 2 und 4 & 5 addiert)

Vorgegebene Kategorien	Prozentsatz starker Ausprägung * (4 und 5 addiert)	k.A.
Wie häufig haben Sie negative Gefühle, wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	13	9

*bezogen auf die 5er-Skala: 1 = niemals bis 5 = immer

4.10 Scorebildung

Tab. 20 gibt einen Überblick über die Verteilungscharakteristika der in hiesiger Untersuchung verwendeten Scores. Außerdem zeigt sie die internen Konsistenzen der Scores (Cronbach's α) als Ausmaß, in dem die Items miteinander in Beziehung stehen, an. Dabei geht hervor, dass die internen Konsistenzen mit Cronbach's Alpha-Werten zwischen $\alpha = 0,80$ und $\alpha = 0,96$ als gut bis exzellent beurteilt werden. Lediglich die Skalen WHOQOL-Bref Soziale Beziehungen und HOQOL-Bref Globalwert weisen mit Werten von $\alpha = 0,65$ und $\alpha = 0,70$ fragwürdige interne Konsistenzen auf.

Tabelle 20

Verteilungscharakteristika und Konsistenzen der verwendeten Skalen

Scores	n-Item	n	MW	s	Min	Max	Cronbach's α
BZI (Behandlungszufriedenheit)	14	243	4,35	0,71	1,00	5,00	0,96
Bedarf	13	230	3,47	0,99	1,00	5,00	0,93
Aufgaben	15	203	4,00	0,84	1,00	5,00	0,95
BSI Ängstlichkeit	6	217	0,60	0,68	0,00	3,14	0,87
BSI Depressivität	6	219	0,54	0,71	0,00	4,00	0,86
BSI Somatisierung	7	220	0,86	0,74	0,00	3,67	0,80
LZI Lebenszufriedenheit	15	206	3,56	0,70	1,00	5,00	0,92
RS Resilienz	11	210	5,03	1,38	1,00	7,00	0,95
WHOQOL-Bref Physisch	7	232	64,61	18,77	17,86	100	0,85
WHOQOL-Bref Psychisch	6	232	66,31	16,09	16,67	100	0,80
WHOQOL-Bref Soz. Beziehungen	3	232	70,15	17,88	16,67	100	0,65
WHOQOL-Bref Umwelt	8	234	74,41	14,42	17,86	100	0,81
WHOQOL-Bref Globalwert	2	244	52,31	20,45	0,00	100	0,70

4.11 Vergleiche

4.11.1 Geschlechtervergleich

Die Tab. 21 gibt einen Überblick über die Verteilungen der einzelnen Scores bei den befragten Männern und Frauen. Mithilfe des T-Tests werden die beiden Gruppen verglichen und überprüft, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in den einzelnen Scores gibt.

In der Tabelle zeigen sich signifikante Unterschiede bei den Scores Bedarf, BSI Ängstlichkeit, WHOQOL-Physisch und WHOQOL-Soziale Beziehungen. Bei allen erwähnten Scores haben jeweils die Frauen signifikant höhere Ausprägungen als die befragten Männer. Beim Score Bedarf wird deutlich, dass die Frauen hier einen hochsignifikant höheren Bedarf an außermedizinischen Behandlungen haben als Männer.

Tabelle 21

Unterschiede der Scores in Abhängigkeit vom Geschlecht (T-Test)

Scores	Männlich (n = 104)		Weiblich (n = 139)		T-Testung **	
	MW *	s	MW	s	t-Wert	P (2-seitig)
BZI Behandlungszufriedenheit	4,28	0,80	4,40	0,63	-1,36	0,175
Bedarf	3,24	1,11	3,64	0,87	3,01**	0,003
Aufgaben	3,90	0,99	4,07	0,72	-1,47	0,144
BSI Ängstlichkeit	0,48	0,64	0,69	0,71	-2,26*	0,025
BSI Depressivität	0,55	0,76	0,53	0,67	0,18	0,859
BSI Somatisierung	0,93	0,80	0,81	0,68	1,19	0,235
LZI Lebenszufriedenheit	3,53	0,69	3,58	0,71	-0,57	0,570
RS Resilienz	5,02	1,35	5,03	1,41	-0,06	0,952
WHOQOL-Bref Physisch	61,25	19,04	67,12	18,23	-2,38*	0,018
WHOQOL-Bref Psychisch	67,69	16,70	65,24	15,59	1,15	0,251
WHOQOL-Bref Soz. Beziehungen	66,75	18,69	72,77	16,84	-2,58*	0,011
WHOQOL-Bref Umwelt	75,15	13,63	73,83	15,03	0,69	0,490
WHOQOL-Bref Globalwert	49,51	19,64	54,34	20,86	-1,83	0,068

*T-Werte sind auf dem Niveau von 0,05 und **auf dem Niveau von 0,01 signifikant

4.11.2 Vergleich der Therapiegruppen Erstbehandlung, Nachsorge und Rückfallbehandlung

Die Tab. 22 stellt einen Überblick über die Verteilungen der einzelnen Scores bei den drei Gruppen der Therapiephasen Erstbehandlung, Nachsorge und Rückfallbehandlung dar. Mithilfe des ANOVA-Tests wurden die beiden Gruppen verglichen und überprüft, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen diesen in den einzelnen Scores gibt.

Aus der unten aufgeführten Tabelle kann man entnehmen, dass es bezüglich dem Globalwert der Lebensqualität einen signifikanten Unterschied gibt. Dabei zeigt sich, dass Patienten in der Nachsorge den höchsten Wert der globalen Lebensqualität haben, gefolgt von Patienten der Erstbehandlung. Den niedrigsten Wert der globalen Lebensqualität haben demnach Patienten der Rückfallbehandlung. Bezüglich der anderen Scores gab es zwischen den drei einzelnen Gruppen keinen signifikanten Unterschied gibt

Tabelle 22

Unterschiede der Scores in Abhängigkeit von der Therapiephase

Scores	MW Erst- behandlung (n = 95)	MW Nach- sorge (n = 85)	MW Rück- fallbehandlung (n = 64)	F	Signi- fikanz
BZI Behandlungszufriedenheit	4,41	4,40	4,30	0,65	0,52
Bedarf	3,32	3,63	3,39	2,12	0,12
Aufgaben	4,05	4,03	3,86	0,80	0,45
BSI Ängstlichkeit	0,62	0,59	0,58	0,76	0,93
BSI Depressivität	0,52	0,49	0,60	0,39	0,68
BSI Somatisierung	0,94	0,73	0,99	2,46	0,88
LZI Lebenszufriedenheit	3,55	3,57	3,47	0,32	0,73
RS Resilienz	5,12	4,91	5,12	0,49	0,61
WHOQOL-Bref Physisch	65,12	64,98	63,92	0,83	0,92
WHOQOL-Bref Psychisch	66,82	65,66	66,51	0,11	0,90
WHOQOL-Bref Soz. Beziehun- gen	73,04	69,86	67,22	1,91	0,15
WHOQOL-Bref Umwelt	75,06	75,69	72,22	1,06	0,35
WHOQOL-Bref Globalwert	50,14	57,03	47,92	4,05	0,02*

*F-Werte sind auf dem Niveau von 0,05 und **auf dem Niveau von 0,01 signifikant

4.12 Korrelationen

In der Tab. 23 werden die Hypothesen 6a-f überprüft und somit dargestellt, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen und den anderen im Fragebogen verwendeten Scores gibt. Dabei wird deutlich, dass es eine sehr geringe Korrelation zwischen dem Bedarf und der Behandlungszufriedenheit gibt. Eine geringe Korrelation gibt es nach der Tabelle zwischen dem Bedarf und den Aufgaben, d.h. es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen und der Anzahl der gewünschten Aufgaben an den psychoonkologischen Dienst. Außerdem besteht eine geringe Korrelation zwischen dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen und der Höhe der von dem Befragten angegebenen ängstlichen Symptome.

Tabelle 23

Korrelationen mit dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen

	Bedarf	
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz
BZI Behandlungszufriedenheit	0,14*	0,03
Aufgaben	0,48**	0,00
BSI Ängstlichkeit	0,26**	0,00
BSI Depressivität	0,12	0,10
BSI Somatisierung	0,05	0,48
LZI Lebenszufriedenheit	-0,07	0,31
RS Resilienz	-0,11	0,12
WHOQOL-Bref Physisch	-0,11	0,10
WHOQOL-Bref Psychisch	-0,12	0,09
WHOQOL-Bref Soz. Beziehungen	0,01	0,91
WHOQOL-Bref Umwelt	0,06	0,37
WHOQOL Bref Globalwert	0,06	0,40

*Korrelationen nach Pearson sind auf dem Niveau von 0,05 und **auf dem Niveau von 0,01 signifikant

5 Diskussion

Im folgenden Teil dieser Arbeit werden die wichtigsten Aspekte der zuvor dargestellten Ergebnisse zusammengefasst und unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert. Dabei sollen die psychosozialen Störungen und Belastungen, der Bedarf an Angeboten neben der medizinischen Behandlung sowie die konkreten Erwartungen und Wünsche an den psychoonkologischen Dienst herausgearbeitet und mit anderen Studien von der Durchschnittsbevölkerung oder von Krebspatienten verglichen werden. Anschließend werden die möglichen Konsequenzen für eine flächendeckende psychosoziale Versorgung in Krankenhäusern und Praxen diskutiert.

5.1 Diskussion und Interpretation relevanter Ergebnisse

5.1.1 Psychosoziale Störungen und Belastungen von Krebspatienten

Schon in der Einleitung der hiesigen Untersuchung konnte anhand verschiedener Studien gezeigt werden, dass Krebspatienten im Allgemeinen eine hohe Prävalenz psychosozialer Belastungen haben. Im Folgenden sollen diese allgemeinen Belastungen anhand der Ergebnisse dieser und anderer Untersuchungen genauer benannt, verglichen und diskutiert werden. Dabei war es uns wichtig, die konkreten Belastungen herauszuarbeiten, die bei den onkologischen Patienten im Vordergrund stehen.

Mithilfe des in dieser Untersuchung angewandten Brief Symptom Inventory konnten die subjektiven Beeinträchtigungen der Krebspatienten durch physische und psychische Symptome der Skalen „Angst“, „Depression“ und „Somatisierung“ veranschaulicht werden. Die dargestellten Mittelwerte der oben genannten Skalen sollen dabei mit den Mittelwerten einer deutschen Normstichprobe verglichen werden. In den Jahren 1995 bis 1997 wurden für das Handbuch BSI von Gabriele Helga Franke 600 Erwachsene aus Deutschland befragt (Franke und Derogatis, 2000). Dabei wurden nur Erwachsene in die Normstichprobe aufgenommen, die sich aktuell als „körperlich“ und „psychisch“ gesund bezeichnen. Vergleicht man nun die Ergebnisse der hiesigen Untersuchung mit der Normstichprobe des Handbuches aus den Jahren 1995 bis 1997 wird deutlich, dass die in dieser Untersuchung befragten krebserkrankten Patienten deutlich höhere

Mittelwerte in allen drei Skalen aufweisen. Aus diesem Vergleich kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Krebserkrankte im Vergleich zur Normbevölkerung stärkere Symptome von den Erkrankungsbildern Angst, Depression und Somatisierung zeigen. Auch andere epidemiologische Studien zeigen, dass Krebspatienten Beeinträchtigungen des psychischen Befindens haben, die psychischen Erkrankungsbildern zugeordnet werden können:

Die Studie von Zabora et al. aus dem Jahre 2001 macht zum Beispiel allgemein deutlich, dass Krebspatienten Kriterien für psychische Störungen erfüllen (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker und Piantadosi, 2001). Härter et al. zeigen in ihrer Studie aus dem Jahre 2000, dass bei onkologischen Rehabilitanden die am häufigsten auftretenden komorbiden psychischen Störungen Angsterkrankungen (17 %) und depressive Störungen (13 %) sind (Härter, Reuter, Schretzmann, Hasenburg, Schenbrenner und Weis, 2000). In einer Studie nach Singer et al. (2008) wurde bei 20% aller Patienten nach einer Kehlkopf-operation eine psychische Erkrankung diagnostiziert (Singer, Danker, Dietz, Hornemann, Koscielny, Oeken et al., 2008). Am häufigsten wurden dabei Anpassungsstörungen (23%), Major Depression (26%) und Dysthymie (23%) genannt.

Auch andere Studien belegen eine häufige psychische Begleiterkrankung. Nach der Studie von Singer, Das-Munshi und Brähler aus dem Jahre 2010 leiden ein Drittel aller Tumorpatienten zu Beginn ihrer Erkrankung, also noch während der Akutbehandlung im Krankenhaus, an einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 (Singer, 2010). In einer spanischen Studie von Gil Moncayo et al. aus dem Jahre 2008 wurde bei 24% der Patienten einer onkologischen Ambulanz eine psychische Störung diagnostiziert (Gil Moncayo, Costa Reguena, Pérez, Salamero, Sánchez und Sirgo, 2008). Mit Abstand die häufigste Diagnose war hier die Anpassungsstörung (77%), gefolgt von Dysthymie (5%), Major Depression (4%), Spezifische Phobie (3%) und Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Panikstörung (mit je 2%).

Neben dem oben genannten Brief Symptom Inventory wurde in hiesiger Untersuchung das Distress-Thermometer eingesetzt. Bei diesem schätzten die Patienten ihre subjektiv empfundenen Belastungen während der letzten Woche selbst ein und gaben bei Werten zwischen 0 und 10 insgesamt einen Mittelwert von 5,07 an.

In einer Längsschnitt-Untersuchung von Müller et al. aus den Jahren 2004 bis 2006 wurden Krebspatienten zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme nach ihrer subjektiv empfundenen Belastung mithilfe des Distress-

Thermometers befragt. Die Analyse zeigt, dass sich die selbsteingeschätzte psychische Belastung der Rehabilitanden signifikant ($p < 0,001$) vom Beginn ($M=6,80$; $SD=1,9$) bis zum Ende der Rehabilitation ($M=4,06$; $SD=2,3$) verbesserte (Müller, Mehnert, Gärtner, Schuler, Leibbrand, Barth et al., 2005).

Die Patienten hiesiger Untersuchung zeigten im Vergleich zu den onkologischen Patienten der oben genannten Studie eine eher mittelgradige Belastung während der letzten Woche. Insgesamt gaben hiesige Krebskranke akute Belastungen an, die sie in ihrer aktuellen Lebenssituation einzuschränken schienen. An konkreten Belastungen während der letzten Woche wurden in den Ergebnissen hiesiger Untersuchung vor allem körperliche und emotionale Probleme angegeben. Mehr als 1/3 der Befragten litten akut unter Erschöpfung, Ängsten, Sorgen, Schlafschwierigkeiten, Schmerzen, Kribbeln in den Händen/Füßen und/oder Bewegungs-/Mobilitätsschwierigkeiten. Nur wenige Patienten ($\leq 6\%$) gaben akute Belastungen in sozialen oder religiösen Belangen an.

Bei den deskriptiven Ergebnissen des LZIs sieht es ganz ähnlich aus. Mithilfe des LZIs wurde die Zufriedenheit der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen untersucht. Die Krebskranken zeigten sich mit ihrer sozialen Situation eher zufrieden (Ehe/Partnerschaft, Familienleben, Verhältnis zu Kindern). Unzufriedenheiten gab es bei den Befragten eher bei ihrer körperlichen Verfassung, ihrer Gesundheit und ihrem Sexualleben; insgesamt also eher in somatischen Bereichen.

Auch bei den deskriptiven Ergebnissen der Lebensqualität können ähnliche Schlussfolgerungen gezogen werden. Umweltbedingungen sowie soziale Aspekte wurden eher positiv bewertet. So waren zum Beispiel etwa 70% der Befragten mit der Unterstützung durch ihre Freunde, ihren persönlichen Beziehungen, den Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet und den ihnen zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln zufrieden. Mit den Wohnbedingungen waren sogar mehr als 80% der Befragten zufrieden. Unzufriedenheiten wurden vor allem im Sexualleben und der allgemeinen Gesundheit, also eher im somatischen Bereich, deutlich. Insgesamt wurde die Lebensqualität von den Patienten aber als sehr positiv gesehen. Mehr als 80% der Krebspatienten waren mit ihrer Lebensqualität sehr gut bis mittelmäßig zufrieden. Anhand des einfaktoriellen Anova-Vergleichs wurde in der hiesigen Untersuchung deutlich, dass es bezüglich der globalen Lebensqualität einen Unterschied zwischen den einzelnen Therapiephasen gibt. Patienten in der Nachsorge gaben eine signifikant höhere globale Lebensqualität als Patienten der Erstbehandlung an. Die signifikant niedrigste globale Lebensqualität

hatten Krebspatienten der Rückfallbehandlung. Dieses Ergebnis sollte in der Behandlungsindikation und -form von Krebspatienten berücksichtigt werden.

Fasst man die oben genannten Ergebnisse zusammen, so scheinen Belastungen und Schwierigkeiten der Krebspatienten eher im psychischen Bereich zu liegen. Viele onkologische Patienten leiden unter psychischen Symptomen, die den Erkrankungsbildern Angst und Depression zugeordnet werden können. Außerdem leiden viele Erkrankte unter somatischen Beschwerden, die medizinisch begründet sind oder auch als psychosomatische Symptome diagnostiziert werden können. Die von den Patienten genannten sozialen Belastungen erscheinen in der Gewichtung deutlich geringer als die oben genannten Schwierigkeiten. Immer mehr im Hintergrund scheinen die religiösen und spirituellen Belastungen und Schwierigkeiten zu stehen. Sie werden von den Patienten nur rudimentär angesprochen. Diese Feststellung spiegelt die Entwicklung der heutigen Gesellschaft wider, in der spirituelle und religiöse Motive eine immer unwichtigere Rolle spielen. Eine Studie des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) aus dem Jahre 2011 bestätigt, dass die großen christlichen Kirchen kontinuierlich Mitglieder verlieren und kirchliche Dienstleistungen immer seltener in Anspruch genommen werden (SNF, 2011).

Insgesamt wurden in dieser und den oben aufgeführten Studien starke psychische Beeinträchtigungen bei Krebspatienten mehrfach belegt. Eine flächendeckende psychosoziale Versorgung erscheint somit zwingend notwendig und sollte die oben genannten konkreten Belastungen unbedingt berücksichtigen.

5.1.2 Bedarf an Angeboten neben der medizinischen Behandlung

Fast 80% der Krebspatienten gaben in der hiesigen Studie an, dass sie mit der medizinischen Behandlung zufrieden sind. Bei der Frage, wie wichtig es ihnen ist, Angebote neben der medizinischen Behandlung zu erhalten, zeigt sich bei einer Antwortskala mit den Ausprägungen zwischen 1 und 5 ein Mittelwert von 3,47. Die befragten Personen gaben also bei den im Fragebogen vorgeschlagenen außermedizinischen Angeboten gemittelte Ausprägungen zwischen 3 und 4 an. Dabei war den meisten Patienten die ambulante Nachsorge (69%), Informationen über gesunde Ernährung (60%), Rehabilitationssport (54%) und psychologische Gespräche in ambulanter (52%) und stationärer (50%) Versorgung am wichtigsten. Die Reihenfolge der zum Zeitpunkt der Befragung genannten in Anspruch genommenen Maßnahmen sieht ähnlich aus: Ambulante Nachsorge (26 Nennungen), Psychologische Gespräche (11 Nennungen) und Sport (11 Nennungen). Eine gesunde Ernährung wurde von den Patienten ebenfalls erwähnt (6 Nennungen). Bei den Antworten der offenen Frage, welche Maßnahmen die Patienten gerne in Anspruch nehmen würden, waren die beliebtesten Antworten Sport (32 Nennungen), Psychologische Gespräche (31 Nennungen), Entspannungstraining (31 Nennungen) und eine gesunde Ernährung (16 Nennungen).

Insgesamt zeigt sich anhand der in dieser Untersuchung ermittelten Daten ein hoher Bedarf an Angeboten außerhalb der medizinischen Behandlung. Für mehr als die Hälfte der befragten Patienten waren die psychische und physische Versorgung wichtig. Eine religiöse Versorgung durch Gespräche mit Pastoren bzw. Seelsorgern oder durch Gottesdienste und Andachten waren bei weniger als jedem Viertem wichtig oder sehr wichtig.

Dieses Ergebnis passt zu dem oben genannten Ergebnis der psychosozialen Störungen und Belastungen von Krebspatienten. Die Befragten scheinen einen hohen Leidensdruck bezüglich psychischer und physischer Beschwerden zu haben und geben genau in diesem Bereich auch einen hohen Bedarf an Versorgung an. Eine flächendeckende Unterstützung der Krebspatienten mithilfe eines psychoonkologischen Dienstes erscheint also dringend indiziert. Vergleicht man dabei prozentual die Anzahl der Personen, denen die oben genannten Antworten am wichtigsten sind mit der Anzahl derer, die diese Maßnahmen bereits in Anspruch genommen haben, wird eine große Diskrepanz deutlich. So waren zum Beispiel fast 70% der Befragten eine ambulante Nachsorge wichtig, jedoch nahmen nur etwa 10% diese Maßnahme bereits in Anspruch.

Genauso sieht es bei den psychologischen Gesprächen aus: etwa 50% der Befragten waren psychologische Gespräche im ambulanten und stationären Setting wichtig, jedoch nahmen zufolge der offenen Antworten nur etwa 4% bereits psychologische Gespräche in Anspruch.

Diese große Diskrepanz lässt sich auch darin begründen, dass die offenen Fragen deutlich seltener beantwortet wurden und somit nicht zu 100% ins Verhältnis gesetzt werden können. Vergleicht man aber die gewünschten mit den schon in Anspruch genommenen Nennungen, so wollen etwa drei Mal so viele Erkrankte psychologische Gespräche in Anspruch nehmen wie Patienten, die es bereits tun. Hier kann man darauf schließen, dass die Patienten zwar einen Wunsch und einen Bedarf äußern, es aber scheinbar Schwierigkeiten bei der Umsetzung gibt. Bei der Einführung einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung sollte dieser Aspekt berücksichtigt werden. Wichtig wäre, den Betroffenen Brücken zu bauen, indem ihnen zum Beispiel Adressen von spezialisierten Psychologen, Ernährungsberatern oder Sportzentren genannt und sie unterstützt werden, dort zeitnahe Termine zu erhalten.

Außerdem sollte insgesamt mehr Aufklärung erfolgen, um den Patienten die Möglichkeiten außermedizinischer Behandlungen aufzuzeigen und ihnen zu erklären, was diese Behandlungsformen beinhalten. Erfahrungen haben gezeigt, dass sich viele Patienten scheinbar nichts bzw. sehr wenig unter einer Maltherapie oder einem Entspannungstraining vorstellen können oder hier ein völlig verzerrtes Bild haben. Viele Betroffene scheinen auch nicht genau zu wissen, was sie bei psychologischen Gesprächen erwartet. Durch eine verbesserte Aufklärungsarbeit im Bereich der außermedizinischen Behandlungsmöglichkeiten ließen sich Ängste und Unsicherheiten der Patienten abbauen und ihnen entsprechende außermedizinische Therapieformen näher bringen.

Insgesamt stellt sich die Frage, von welchen Faktoren der Bedarf an einer außermedizinischen Versorgung abhängig ist. Um diese Frage zu beantworten, wurden Korrelationen zwischen dem Score „Bedarf“ und den anderen standardisierten Scores des Fragebogens durchgeführt. Dabei zeigt sich eine signifikante Korrelation im Bereich der Behandlungszufriedenheit, der gewünschten Aufgaben an den psychoonkologischen Dienst und der BSI-Angst. Ein Zusammenhang zwischen dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen und den anderen Scores konnte sich in dieser Unter-

suchung nicht bestätigen. Anhand der oben genannten positiven Zusammenhänge lassen sich folgende Aussagen ableiten:

- Je höher die Behandlungszufriedenheit, desto höher ist der Bedarf an Angeboten außerhalb der medizinischen Versorgung. Wenn Patienten also zufrieden mit der bisherigen Behandlung sind, dann scheint ihr Interesse an Angeboten außerhalb der medizinischen Versorgung größer zu sein.
- Je wichtiger die vorgegebenen Aufgaben des psychoonkologischen Dienstes sind, desto höher ist der Bedarf an Angeboten außerhalb der medizinischen Versorgung.
- Je stärker die Patienten während der letzten Tage unter Symptomen einer Angsterkrankung litten, desto höher ist der Bedarf an Angeboten außerhalb der medizinischen Versorgung. Patienten mit Angsterkrankungen scheinen folglich eine Zielgruppe für den psychosozialen Dienst zu sein.

Weiter wurden die Geschlechter in Bezug auf ihren Bedarf an einer außermedizinischen Versorgung miteinander verglichen. Dabei zeigt sich, dass Frauen Angebote zusätzlich zur medizinischen Behandlung als signifikant wichtiger ansahen als Männer. Männer hatten beim Score „Bedarf“ mit Ausprägungen von 1 bis 5 einen Mittelwert von 3,24; währenddessen Frauen einen Mittelwert von 3,64 aufwiesen. Außerdem wurde in dieser Untersuchung anhand der einfaktoriellen Anova verglichen, ob es zwischen den einzelnen Therapiephasen (Erstbehandlung, Nachsorge, Rückfallbehandlung) einen Unterschied bei dem Bedarf an außermedizinischen Behandlungen gibt. Die Ergebnisse weisen keine signifikanten Unterschiede auf. Insgesamt konnte in hiesiger Untersuchung durch die Einschätzung der Bedeutung und Nützlichkeit ein hoher Bedarf an psychoonkologischen Maßnahmen durch die Patienten selbst gestellt werden.

Auch andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen. So fand zum Beispiel die schon in der Einführung erwähnte Studie von Singer et al. heraus, dass 32% der befragten Patienten aus einem Akutkrankenhaus unter einer psychischen Erkrankung, wie z.B. einer Depression, litten (Singer, 2007). Auch der hohe Bedarf nach einer psychosozialen Unterstützung wurde in dieser Untersuchung deutlich. 83 % der Befragten wünschten sich Unterstützung durch einen Arzt, 77 % vom Pflegepersonal, 44 % vom Kliniksozialdienst, 30 % durch einen Psychologen, 8 % von einem Seelsorger. Onkologische Patienten leiden oft an einer psychischen Erkrankung und haben einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Dabei zeigen nicht nur schwerkranke oder

palliative Patienten einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung, sondern auch Betroffene aus der Akutversorgung (laut S. Singer) oder aus anderen Phasen der Therapie, wie der Nachsorge- oder Rückfallbehandlung (laut Ergebnissen der hiesigen Untersuchung).

5.1.3 Konkrete Erwartungen und Wünsche bei der Versorgung von Krebspatienten

Ein wichtiges Ziel dieser Dissertation ist es, Erwartungen und Wünsche von Krebspatienten bei der Versorgung zu definieren. Den Schwerpunkt der Diskussion bilden dabei die Erwartungen und Wünsche an den psychoonkologischen Dienst, da hierauf auch der Fokus dieser Untersuchung gelegt wurde. Zunächst sollen die allgemeinen Erwartungen und Wünsche der Patienten an die verschiedenen Berufsgruppen eines Krankenhauses bzw. einer Praxis definiert werden. Die Erkrankten wünschen sich von den Ärzten in erster Linie mehr Zeit und Information/Aufklärung. Von den Pflegekräften erhoffen sich die Patienten vor allem ein nettes und freundliches Personal, das sich Zeit nimmt. Und von den Seelsorgern und Psychologen wünschen sich die Betroffenen vor allem ein gutes bzw. helfendes Gespräch. Die Patienten legen mit ihren offenen Antworten allgemeine Schwierigkeiten und Wünsche bei der medizinischen Versorgung in einem Krankenhaus dar, die voraussichtlich auch Patienten mit anderen Erkrankungsbildern betreffen und politisch diskutiert werden könnten.

Im Folgenden soll der Fokus auf die Erwartungen und Wünsche bei der psychosozialen Versorgung gelegt werden. Bei den freien Antworten auf die Frage nach den Wünschen an den psychoonkologischen Dienst waren die beiden meist genannten Antworten Aufklärungen/Informationen (22 Nennungen) und Gespräche (13 Nennungen). Bei der Frage nach den Dingen, die der psychoonkologische Dienst nicht tun sollte, waren die drei häufigsten Antworten Aufdringlichkeit (4 Nennungen), negative Äußerungen (3 Nennungen) und Herabreden (3 Nennungen).

Insgesamt wird also deutlich, dass die Patienten dieser Untersuchung einen großen Bedarf nach Aufklärung und Information haben, so dass mit den oben genannten Antworten die in der Einführung erwähnten Grundvoraussetzungen für die Betreuung von Krebspatienten bestätigt werden. Die von Rogers genannten Grundhaltungen einer Arzt-Patienten-Beziehung passen zu den Unterlassungswünschen an den psychoonkologischen Dienst. Die Patienten wünschen sich vom professionellen Team eine Grundhaltung in Bezug auf Wertschätzung, Empathie und Echtheit. Außerdem scheint es für Krebspatienten besonders wichtig, genau informiert zu sein und die Möglichkeit eines aktiven Austausches durch Gespräche zu haben. Dieses Ergebnis unterstützt die von mir in der „Einführung in die Psychoonkologie“ zusammengefasste These anderer Studien, dass aus Sicht der Krebserkrankten Verbesserungsbedarf vor allem beim Informationsaustausch und ihrer aktiven Einbeziehung in das Behandlungskonzept besteht.

Bei dem Score „Aufgaben“ wird deutlich, dass viele der im Fragebogen vorgeschlagenen Aufgaben als wichtig benannt wurden. Die Patienten gaben bei der Wichtigkeit der Aufgaben mit den Ausprägungen von 1 bis 5 einen Mittelwert von 4,00 an. Durchschnittlich sollten nach Meinung der Befragten die genannten Aufgaben also stark erfüllt werden. Bei Männern und Frauen besteht dabei im Vergleich kein signifikanter Unterschied.

Bei dem deskriptiven Ergebnis dieses Fragebogens zeigt sich deutlich, dass fast alle vorgegebenen Kategorien von etwa jedem zweiten Krebspatienten erwünscht waren. Lediglich die vorgegebene Kategorie „Möglichst jeden Patienten sehen“ fiel mit einem Prozentsatz von 38 unter die 40 Prozentmarke. Besonders stark wünschten sich die Patienten, dass der psychoonkologische Dienst vor allem mit den Ärzten eng zusammen arbeitet. Den Betroffenen scheint es wichtig zu sein, dass sich die verschiedenen Professionalitäten gut austauschen und eng miteinander kooperieren. Entsprechend sollte nach Wunsch der Patienten für die Einführung eines psychosozialen Dienstes in die flächendeckende Versorgung dieser eine gute Integration in ein multiprofessionelles Team haben. Weiter wünschten sich die Betroffenen vor allem vom psychosozialen Dienst, dass dieser ihnen hilft, das Schöne im Leben zu sehen, mit besonders belasteten Patienten spricht, den Betroffenen Optimismus gibt, bei der Krankheitsbewältigung hilft und die Erkrankten unterstützt, das Wichtige im Leben zu erkennen.

Bei der Korrelation des Scores „Aufgaben des psychosozialen Dienstes“ mit dem Score „Bedarf an Maßnahmen neben der medizinischen Behandlung“ wird deutlich, dass hier ein positiver Zusammenhang besteht. Je wichtiger den Patienten die vorgegebenen Kategorien des psychosozialen Dienstes sind, desto höher ist ihr Bedarf an Angeboten außerhalb der regulären medizinischen Versorgung.

Diese Datenlage kann man am besten mit der vom „Herforder Modell“ vergleichen. Beim „Herforder Modell“ wurden 1995-1997 von Fritz A. Muthny et al. der Bedarf und der Aufbau eines umfassenden psychoonkologischen Dienstes am Klinikum des Kreises Herford untersucht und unterstützt (Muthny, 1998). Beim Herforder Modell wurden Patienten ebenfalls über ihre Erwartungen und Wünsche an die Psychoonkologie befragt. Dabei sehen die soziodemographischen Charakteristika der Befragten sehr ähnlich aus. Das Durchschnittsalter, der durchschnittliche Familienstand, der Wohnort, die Wohnsituation und die Verteilung der Schulabschlüsse der Studienteilnehmer sind fast identisch mit der hiesigen Untersuchung. Lediglich die Geschlechterverteilung unter-

scheidet sich etwas deutlicher, da beim Herforder Modell etwa 70% der Befragten Frauen waren.

Vergleicht man die frei formulierten Wünsche an die Ärzte miteinander, wird deutlich, dass sich die meist genannten Nennungen innerhalb der letzten zehn Jahre nicht verändert haben: In beiden Studien sahen die Betroffenen vor allem Bedarf bei der Aufklärung, der Arzt-Patienten-Kommunikation (mehr Zeit haben; offen und ehrlich sein) sowie bei der medizinischen Kompetenz. In der hiesigen Studie scheint der Zeitmangel der Ärzte im heutigen Gesundheitssystem deutlicher ins Gewicht zu fallen und wird im Vergleich zur Studie aus dem Jahre 1995-1997 mit Abstand am häufigsten genannt. Vergleicht man die freien Antworten der Wünsche an die Pflegekräfte, sieht es ganz ähnlich aus. Auch hier scheint sich beim Bedarf der Patienten innerhalb der letzten zehn Jahre nichts verändert zu haben. In beiden Untersuchungen wurden mit Abstand die beiden Kategorien Freundlichkeit und Zeit genannt.

Vergleicht man nun die Antworten der deskriptiven Ergebnisse, ergibt sich ein ähnliches Bild. Bei den gewünschten Maßnahmen „über die medizinische Versorgung hinaus“ waren die am häufigsten genannten Antworten wieder identisch mit denen der hiesigen Untersuchung. Lediglich die Reihenfolge hat sich etwas verändert. Im Vergleich zur Untersuchung von Muthny et al. wird deutlich, dass sich die Höhe der Prozentausprägung in der neueren Untersuchung bei fast allen Kategorien im Durchschnitt um etwa 10% erhöht hat. So wurde der Wunsch nach einer ambulanten Nachsorge in der Untersuchung des Herforder Modells von 55% und in der hiesigen Untersuchung von fast 70% der Befragten genannt. Man könnte daraus schließen, dass das Interesse von Tumorpatienten an außermedizinischen Behandlungen gestiegen ist und in Zukunft vielleicht noch weiter steigen wird. Bei der Frage, welche Aufgaben der psychosoziale Dienst erfüllen sollte, sieht es ganz ähnlich aus. Die am meisten genannten Aufgaben sind dieselben wie vor zehn Jahren, jedoch hat sich auch hier die Reihenfolge der häufigsten Nennungen geändert.

Allgemein konnten mit dieser Untersuchung die Bedarfe und Wünsche an eine psychoonkologische Versorgung differenziert belegt werden. Als Hauptanlässe bzw. -themen der psychoonkologischen Interventionen konnten bei den Patienten insgesamt eine Verbesserung der Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien sowie eine Bearbeitung von reaktiv oder manifest gewordenen psychischen Erkrankungsbildern, wie Angst, Depression und Somatisierung, herausgefiltert werden.

5.2 Konsequenzen für die flächendeckende Einführung psychosozialer Dienste

Wie bereits aufgezeigt, belegen die in dieser Untersuchung ermittelten psychischen Belastungen sowie der Wunsch der Betroffenen nach psychosozialer Betreuung die hohe Bedeutung und Nützlichkeit einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung. Anhand der oben genannten Ergebnisse der hiesigen Untersuchung werden nun Folgen und Ideen entwickelt, die vor der Einführung einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung berücksichtigt werden sollten. Im Folgenden werden verschiedene Punkte aufgezählt, die anhand der Ergebnisse abgeleitet und diskutiert wurden:

5.2.1 Herstellung einer Verbindung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung

Die obigen Ergebnisse zeigen, dass sehr viele Patienten einen Bedarf an außermedizinischen Behandlungen nennen, es aber verhältnismäßig nur wenige Erkrankte schaffen umzusetzen. Es scheint also wichtig zu sein, den Betroffenen eine Verbindung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung zu geben. So könnte man den Patienten eine Art Brücke bauen, indem man ihnen Adressen mitgibt, sie bei einer zeitnahen Terminvergabe unterstützt oder ihnen Bereiche des ambulanten Settings schon während der stationären Behandlung vorstellt. Außerdem erscheint es wichtig, die Betroffenen genau über die Möglichkeiten ambulanter Angebote zu informieren und sie über deren Inhalte aufzuklären. Insgesamt sollte man den Erkrankten im ambulanten Bereich mehr Unterstützung geben, um so die Schwelle für eine ambulante Versorgung herunterzusetzen.

Muthny et al. unterstützen in ihrem Buch „Psychoonkologie“ aus dem Jahre 1998 die These, dass wesentliche Prozesse der Krankheitsverarbeitung oft erst nach der stationären Akutbehandlung einsetzen. Außerdem seien die Patienten nach Muthny gerade in der ambulanten Phase für eine Bearbeitung der psychischen Symptome motiviert (Muthny, 1998). Nach dieser Untersuchung sind die Patienten jedoch genau an dieser Stelle oftmals überfordert. Viele Betroffene scheinen unzureichende Ideen oder Strategien zu haben, um sich an die entsprechenden Stellen zu wenden und benötigen hier externe Unterstützung. Eine oben genannte Überleitungsmöglichkeit scheint also dringend indiziert und sollte in Zukunft beachtet werden.

5.2.2 Ermöglichung einer engen Kooperation zwischen den einzelnen Professionalitäten

Die befragten Patienten machen sehr deutlich, dass sie sich einen intensiven Austausch der einzelnen Professionalitäten wünschen. Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen und Seelsorger sollten immer wieder zueinander finden und so im Rahmen eines multiprofessionellen Teams miteinander kooperieren. Vielleicht wäre es möglich regelmäßige Termine zu finden, um einen ungestörten Informationsfluss zu gewährleisten und sich über das weitere Vorgehen der verschiedenen Professionalitäten auszutauschen. Bei Schwierigkeiten hätte man in diesem multiprofessionellen Rahmen die Möglichkeit, sich gegenseitig oder durch einen geschulten Externen zu supervidieren.

5.2.3 Beachtung des Autonomiebedürfnisses der Patienten

Nach hiesiger Untersuchung wollen die Patienten vollständig über ihre Erkrankung informiert und in jeden Entscheidungsprozess aktiv miteinbezogen werden. Heutzutage sollte in der Onkologie eine vollständige Aufklärung selbstverständlich sein, so dass die Erkrankten bei ihrer Selbstverwirklichung und ihrem Autonomiebestreben unterstützt werden. Dabei scheint sich der Patient einen guten Überblick über Art und Ausmaß seiner Erkrankung, die aktuelle medizinische Situation und die Prognose seiner Erkrankung zu wünschen.

5.2.4 Bauen zeitlicher Ressourcen

Das medizinische Personal hat im heutigen Gesundheitssystem nur sehr wenig Zeit. Durch die hohe Patientenzahl pro Arzt und Pflegepersonal sowie die hohe Fluktuationsrate erscheint das medizinische Personal unter Zeitdruck, um die täglich anfallende Arbeit zu erledigen. Für ein langes Gespräch zwischen Arzt und Patient scheint es im medizinischen Stations- und Praxisalltag keine Zeit zu geben. Doch gerade für onkologische Patienten ist es nach hiesiger Untersuchung ein besonderes Anliegen, dass sich das medizinische Personal für sie Zeit nehmen kann. Folglich sollte einerseits das deutsche Gesundheitssystem neu überdacht und konzipiert werden. Denn gerade in Deutschland erscheint das Verhältnis von Arzt/Pflegepersonal zu Erkrankten im Vergleich zum Ausland sehr hoch, so dass in der heutigen Medizin zunehmend we-

niger Zeit pro Patient zur Verfügung steht. Nach einer Studie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus dem Jahre 2010 (IQWiG, 2010) sind die ärztlichen Gesprächszeiten in Deutschland pro Patient um 30% kürzer als im europäischen Durchschnitt. Ein psychoonkologischer Dienst sollte gerade hier seinen Fokus legen und sich Zeit für die onkologischen Patienten nehmen, denn diese zeigen einen hohen Bedarf an Informationsaustausch und aktiver Integration. Für die Konzeptentwicklung eines flächendeckenden psychosozialen Dienstes sollte dieser Aspekt aus Sicht der Erkrankten unbedingt berücksichtigt werden.

5.2.5 Berücksichtigung der in hiesiger Untersuchung genannten Wünsche an den psychosozialen Dienst

Bei der Integration einer flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung sollten die in hiesiger Untersuchung genannten Schwerpunkte berücksichtigt werden. Fast 70% der Befragten unterstreicht die Wichtigkeit einer ambulanten Nachsorge. Dabei sollte neben psychologischen Gesprächen auch der Bedarf an Ernährungsberatung, Rehabilitationssport und psychologischer Schmerztherapie berücksichtigt und integriert werden. Die Aufgabenwünsche an die Psychoonkologie scheinen sich dabei konstant zu halten und beinhalten eine enge Kooperation mit den Ärzten, eine Unterstützung vor allem bei der Krankheitsbewältigung, eine Edukation bezüglich der Diagnose „Krebs“, ein Gesprächsangebot vor allem für besonders belastete Patienten, eine Lenkung auf die schönen und wichtigen Dinge im Leben und die Gabe von Optimismus an die Betroffenen.

5.2.6 Berücksichtigung der genannten Belastungsschwerpunkte der Patienten

Belastungen und Unzufriedenheit gibt es nach subjektiver Empfindung der Befragten dieser Studie eher in den somatischen Bereichen. Der psychoonkologische Dienst sollte hier seinen Fokus legen. Krebserkrankten Patienten scheint es sehr wichtig, mit dem psychoonkologischen Dienst über die somatischen Veränderungen und Belastungen zu sprechen und Möglichkeiten für den Umgang mit diesen zu finden. Die soziale Komponente wird auch von den Patienten als Belastung wahrgenommen, stellt sich hier aber deutlich kleiner dar. Immer rudimentärer zeichnet sich eine religiöse und spiri-

tuelle Unterstützung ab. Der Bedarf an Hilfe in diesem Bereich erscheint niedrig und benötigt nach Angaben der Patienten nur eine geringe Berücksichtigung. Tendenziell wird dieser Bereich wohl auch in den nächsten Jahren weiter abnehmen. Bei der Erarbeitung eines Therapiekonzeptes für Krebspatienten sollten diese Schwerpunkte unbedingt berücksichtigt werden.

5.2.7 Zunehmendes Interesse der Patienten an außermedizinischen Behandlungen

Der Vergleich der hiesigen Untersuchung mit anderen Studien lässt vermuten, dass das Interesse der Betroffenen an außermedizinischen Behandlungen innerhalb der letzten Jahre gestiegen ist und wohl auch in den nächsten Jahren noch weiter ansteigen wird. Diese Vermutung sollte durch ergänzende Studien weiter untersucht werden, um besser einschätzen zu können, wie der Bedarf der Patienten in den nächsten Jahren aussehen wird.

Der psychoonkologische Dienst wird wahrscheinlich immer mehr an Popularität zunehmen. Folglich wird er sich dadurch einerseits immer leichter in das Gesundheitssystem integrieren können. Andererseits sollte hier aber auch konzeptionell bedacht werden, dass dieser zunehmende Bedarf gedeckt und entsprechende Stellen dafür eingerichtet werden müssen.

5.2.8 Bestehender Bedarf an psychosozialer Unterstützung in allen Krankheitsphasen

Die oben genannten Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Patienten in allen Phasen der medizinischen Versorgung (Erstbehandlung, Nachsorge oder Rückfallbehandlung) belastet zeigen und sich eine psychosoziale Unterstützung wünschen. Ein psychosozialer Dienst sollte also nicht nur Erkrankten der terminalen Phase, sondern auch Patienten in der Akutversorgung oder in der Nachsorge angeboten werden. Dabei wäre es wichtig, den psychoonkologischen Dienst nicht nur in Krankenhäusern, sondern vor allem auch im ambulanten Setting besser zu integrieren. Auch hier scheint die oben genannte Verbindung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung von großer Notwendigkeit und sollte Berücksichtigung finden.

5.2.9 Scheinbar konstant bleibende Vorstellungen und Wünsche der Patienten an den psychoonkologischen Dienst

Der Vergleich dieser Untersuchung mit anderen Studien macht deutlich, dass sich die Vorstellungen und Wünsche der Patienten an den psychoonkologischen Dienst innerhalb der letzten Jahre nicht grundsätzlich verändert haben, sondern es nur latente Unterschiede zu geben scheint. Durch diese Feststellung besteht bei der flächendeckenden psychosozialen Versorgung die Möglichkeit einen Entwurf zu entwickeln, der nicht ständigen konzeptionellen Anpassungen unterliegen muss. Bei der Erarbeitung eines grundlegenden Konzeptes eines psychoonkologischen Dienstes sollte eine genaue Definition des Aufgabenspektrums, des Umfanges der Behandlung (Gruppengespräche, Einzelgespräche, Angehörigen-/Paar-/Familiengespräche, meditative oder entspannungsfördernde Therapieformen, Supervision, multiprofessionelle Fallbesprechung) und der Indikationsstellung bestimmter Therapieformen formuliert werden. Der Inhalt eines solchen Konzeptes bedarf nach hiesiger Untersuchung nur latenter Anpassungen. Es gilt dabei noch zu klären, welche Therapieformen zu welchem Zeitpunkt der Krankheitsphase als sinnvoll und effektiv erscheinen.

5.3 Ausblick anhand von anderen Studien

Die Konsequenzen für eine flächendeckende Einführung psychosozialer Dienste wurden oben anhand der Ergebnisse der hiesigen Untersuchung formuliert. Im Folgenden sollen anhand von Ergebnissen anderer Studien Ideen für eine Einführung einer psychosozialen Unterstützung weiterentwickelt, bestätigt und diskutiert werden. Außerdem geben die genannten Punkte der anderen Studien einen Ausblick auf die weitere Entwicklung des psychoonkologischen Dienstes:

5.3.1 Anstieg des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung

Oben wurde schon anhand der Ergebnisse der hiesigen Untersuchung vermutet, dass der Bedarf an psychosozialer Unterstützung steigen wird. Die Begründung dafür liegt in dieser Studie in einem erhöhten Interesse von Krebspatienten an außermedizinischen Versorgungen. Dürkop belegt in ihrer Studie aus dem Jahre 2010 ebenfalls diese Annahme, die bei ihr anhand anderer plausibler Entwicklungen begründet wird (Dürkop, 2010). Sie geht in ihrem Artikel von einer weiter ansteigenden absoluten Zahl von Tumorerkrankungen aus. Als Gründe dieser Entwicklung werden eine verbesserte Früherkennung, der wachsende Anteil älterer Menschen in Deutschland und die stetig ansteigenden Überlebensaussichten für Krebspatienten genannt. Folglich wird nach Dürkop auch die Zahl der Patienten immer weiter steigen, die an den psychosozialen Folgen einer Tumorerkrankung und deren Therapie leiden und somit einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung formulieren.

Weiter wird nach Dürkop in verschiedenen Studien belegt, dass mindestens 30% aller Krebspatienten im Verlauf ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Belastungen entwickeln. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung werde also insgesamt deutlich steigen. Experten gehen hier von einer erheblichen Unterversorgung, vor allem im ambulanten Bereich aus, die tendenziell noch stärker werden wird (Dürkop, 2010).

5.3.2 Nachgewiesene Effekte psychoonkologischer Interventionen anhand eines Beispiels

Berend et al. macht in ihrem Artikel „Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik“ aus dem Jahre 2010 deutlich, dass psychoonkologische Interventionen nachweislich zu vielen Effekten bei Krebspatienten führen. Sie können nach Berend et al. die psychosozialen Belastungen bei den Betroffenen effektiv reduzieren, zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten beitragen und ökonomisch sein, da sie die medizinischen Behandlungskosten verringern können. In dem Artikel wird das Kieler-Modell mit seinem psychoonkologischen Behandlungskonzept vorgestellt, das Beratung, Begleitung und auch psychotherapeutische Ziele beinhaltet. Dabei wird in den vorgestellten Therapieeinheiten nicht schulspezifisch, sondern multimodal mit einem supportiven Ansatz vorgegangen. Der Fokus wird auf ich-stützende bzw. abwehrstabilisierende und ressourcenstärkende Methoden gelegt. Die Psychoonkologen arbeiten mit den Patienten dabei hochindividuell und orientieren sich stark an den Bedürfnissen und Ressourcen der Erkrankten (Berend und Kuchler, 2010). Anhand solcher Modelle und anderer Studien können Vorgaben für eine nachweislich effektive Therapie gemacht werden, die bei der Entwicklung eines psychoonkologischen Konzepts berücksichtigt und eingebaut werden können.

5.3.3 Berücksichtigung besonderer Umstände onkologischer Patienten im ambulanten Setting

Die Versorgungssituation von Krebspatienten zeigt sich vor allem für den ambulanten Bereich als unzureichend und schwierig. Bei der Überleitung in das ambulante Setting sollte beachtet werden, dass bei der ambulanten Weiterbetreuung oft mit langen Wartezeiten zu rechnen ist. Nach dem Artikel „Ambulante Psychotherapie mit Krebspatienten“ von Singer et al. aus dem Jahre 2011 besteht dringender Forschungs- und Handlungsbedarf hinsichtlich der Versorgungssituation, vor allem im ambulanten Setting. Dabei sollten Fragen vor dem Hintergrund möglicher Finanzierungslücken, der Indikation zur Psychotherapie und der Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung erforscht und geklärt werden (Singer, Das-Munshi und Brähler, 2011).

Neben der unzureichenden Versorgungssituation sollte gerade bei onkologischen Patienten beachtet werden, dass die Durchführung einer regelmäßigen ambulanten Psy-

chotherapie oftmals schwierig sein kann. Aufgrund von körperlichen Beschwerden oder kurzfristigen somatischen Behandlungsterminen ist es für Krebspatienten oft sehr problematisch geregelte psychotherapeutische Termine einzuhalten. Diese Besonderheiten der ambulanten Versorgung bei Krebspatienten sollten in Zukunft unbedingt beachtet werden.

5.3.4 Erweiterung der psychoonkologischen Unterstützung auf andere somatische Erkrankungsbilder

Loew et al. kommen in ihrem Abschnitt aus dem Jahre 2008 schon zu dem Ergebnis, dass Psychotherapeuten in Zukunft nicht nur bei krebserkrankten, sondern auch bei anderen lebensbedrohlich oder chronisch erkrankten Patienten psychosoziale Unterstützung geben werden. So haben chronische, degenerative und lebensbedrohliche Erkrankungen jeder Art häufig psychische Symptome oder sogar Erkrankungen zur Folge, die einer psychosozialen Unterstützung bedürfen (Loew, Köllner und Deister, 2008). Ähnlich wie bei der psychosozialen Versorgung bei Krebspatienten wäre nach Loew et al. auch eine flächendeckende Versorgung bei diesen Patientengruppen denkbar und sollte in Zukunft Beachtung erfahren.

5.3.5 Einrichtung einer möglichen Indikationsstellung für eine psychosoziale Leistung von mehreren Seiten

Die allgemeine Indikation für psychosoziale Leistungen sollte grundsätzlich von Seiten des somatischen Therapeuten, der psychosozialen Fachkraft, aber auch auf Initiative des Patienten selbst möglich sein. Dabei ist nach Tschuschkes Artikel „Psychologisch-Psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen“ der Zeitung Psychotherapeut aus dem Jahre 2003 zu bedenken, dass die meisten Patienten von sich aus nicht den Zusammenhang zwischen psychosozialen Aspekten und ihrer Erkrankung bzw. Krankheitsbewältigung erkennen (Tschuschke, 2003). Aufgrund dieser Tatsache wäre eine routinemäßige Integration psychosozialer Hilfen durch externe Maßnahmen zu unterstützen. Für Brustkrebserkrankungen sind die ersten Leitlinien solch einer routinemäßigen Integration in das medizinische Versorgungssystem onkologischer Patienten für das „Disease Management“ bereits ausgearbeitet worden. Aber

auch in zertifizierten onkologischen Organzentren, in Schwerpunktpraxen für Krebserkrankte und in onkologischen Rehabilitationseinrichtungen wurde bereits eine psychonkologische Versorgung in das Behandlungssetting verankert (Dürkop, 2010).

Insgesamt bestehen also weiterhin große Versorgungslücken, vor allem im ambulanten Behandlungssetting. Für den Gesamtbereich der Psychoonkologie sollte in Deutschland unbedingt eine eigene Leitlinie definiert werden. Außerdem erscheint eine standardisierte und anerkannte Dokumentation der Leistungen sowie eine systematische Evaluation für eine langfristige Optimierung und finanzielle Absicherung des psychonkologischen Dienstes notwendig und sinnvoll.

5.4 Kritische Anmerkungen zur hiesigen Untersuchung

Studien, die sich allein auf bekundete Meinungen durch Fragebogenerhebungen beschränken, sind nicht valide und bilden kein wirkliches Verhalten ab. Gerade die offenen Fragen des hiesigen Fragebogens wurden oftmals nicht beantwortet und geben damit nur einen unzureichenden Überblick. Durch eine aufwändig gestaltete Interviewstudie hätte man hier einen genaueren Eindruck erzielen können. Zudem ist zu beachten, dass die in dieser Untersuchung eingesetzte Form der Querschnittsstudie immer nur eine „Momentaufnahme“ bietet. Es wären also Längsschnittstudien nötig, um den zeitlichen Verlauf von Belastungen der Krebspatienten und des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung zu erfassen.

Trotz der oben genannten Einschränkungen liefert die vorliegende Arbeit einen Beitrag zu einem besseren Verständnis für die Belastungen und Bedürfnisse von Krebspatienten und kann für eine flächendeckende psychosoziale Versorgung entscheidende Denkanstöße und wichtige Aspekte aus Sicht der Betroffenen beitragen.

6 Literaturverzeichnis

- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (2007). Praxis der Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Atesci, F., Baltarli, B., Oguzhanoglu, N., Karadag, F., Ozdel, O., Karagoz, N. (2004). Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Supportive care in cancer*, 12(3), 161-167.
- Aulbert, E., Nauck, F., Radbruch, L. (2008). Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Baras, N., Barnes, B., Bertz, J., Dahm, S., Haberland, J., Kraywinkel, K. et al. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. Berlin: Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
- Becker, H. D., Hohenberger, W., Junginger, T., Schlag, P. M. (2002). Chirurgische Onkologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Berend, M., Küchler, T. (2010). Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik. *Psychotherapeutenjournal*, 9(4), 363-373.
- Beutel, M., Heinrich, G., Sellschopp, A., Keller, M., Adermayer, W. (1996). Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Versorgung Krebskranker - am Beispiel der onkologischen Tagesklinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46, 304-311.
- Böcker, W., Denk, H., Heitz, Ph. U. (2008). Pathologie. München, Jena: Urban und Fischer Verlag.
- Bortz, J., Lienert, G. A. (2008). Kurzgefasste Statistik für klinische Forschung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- Breitbart, W, Cella, D., Jacobsen, P., Passik, S., Peterman, A. (1998). Progress toward guidelines for management of fatigue. *Oncology*, 12 (11A), p.369-77.
- Bruhn, H., Fölsch, U., Kneba, M., Löffler, H. (2004). *Onkologische Therapie*. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Bühling, J., Lepenies, J., Witt, K. (2008). *Intensivkurs Allgemeine und spezielle Pathologie*. München, Jena: Urban und Fischer Verlag
- Butow, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., Boyer, M. J. (1997). The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8(9), 857-863.
- Büttner, R., Thomas, C. (2003). *Allgemeine Pathologie*. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature clinical practice Oncology*, 5(8), 466-475.
- Clauß, G., Finze, F.-R., Partsch, L. (2004). *Statistik*. Frankfurt am Main: Wissenschaftlicher Verlag Harri Deutsch GmbH
- Costa, S.-D., Kaufmann, M., Scharl, A. (2013). *Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C., Fallowfield, L. (2006). Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 263-272.
- Delbrück, H. (2003). *Krebsnachbetreuung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag

- De Vries, A., Söllner, W., Steixner, E., Auer, V., Schiessling, G., Stzankay, A. et al. (1998). Subjektiv erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten in strahlentherapeutischer Behandlung. *Strahlentherapie und Onkologie*, 174(8), 408-414.
- Dorn, A., Wollenschein, M., Rohde, A. (2007). Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
- Dürkop, J. (2010). Krebserkrankungen: Hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung. *Praxisverwaltung mit dem iPad*, 360-361.
- Eckstein, P. (2006). Angewandte Statistik mit SPSS. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH
- Erbar, Paul (2002). Onkologie, Compact Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Faller, H. (2001). Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken. *Psychotherapeut*, 46(1), 20-35.
- Faller, H., Weis, J.(2005). Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Franke, G. H., Derogatis, L. R. (2000). *BSI: Brief symptom inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Beltz Test.
- Friedrich, H., Mönkeberg-Tun, E., Held, K., Christ, G., Lücke, G. (1996). Krebs und seine psychischen und sozialen Folgen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Gil Moncayo, F., Costa Reguena, G., Pérez, F., Salamero, M., Sánchez, N., Sirgo, A. (2008). Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Medicina Clinica. Barcelona*, 130(3), 90-92.

- Grundmann, E. (1994). Einführung in die allgemeine Pathologie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- Härter, M., Loh, A., Spies, C. (2005). Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Köln: Deutsche Ärzte-Verlag GmbH
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Schenbrenner, A., Weis, J. (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39(6), 317-323.
- Heinisch, M., Ludwig, M., Pöppel, E. (1990). Lebensqualität aus medizinspsychologischer Sicht. *Das Rezidiv in der gynäkologischen Onkologie*, 259-266. Springer Berlin Heidelberg.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung- Wovon hängt unser Wohlbefinden ab?-. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 52(3/4), 141-150.
- Herschbach, P., Henningsen, P. (2010). Psychoonkologie. *Praxis der Viszeralchirurgie Onkologische Chirurgie*, 387-395.
- Herschbach, P., Heußner, P., Sellschopp, A. (2006). Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British journal of cancer*, 91(3), 504-511.
- Heußner, P., Bessler, M., Dietzfelbinger, H., Fegg, M., Lang, K., Mehl, U. et al. (2009). MANUAL Psychoonkologie. München: Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt Verlag

- Hiddemann, W., Bartram, C. R. (2010). Die Onkologie. Heidelberg: Springer-Verlag
- Hilgers, R.-D., Bauer, P., Scheiber, V., Heitmann, K. U. (2007). Einführung in die Medizinische Statistik. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Hopson, J. (2007). Breast Cancer and Personality Type.
- Huhn, D., Hermann, R. (2001). Medikamentöse Therapie maligner Erkrankungen. München, Jena: Urban & Fischer Verlag
- Iqbal, A. (2004). Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 16(4), 65-69
- Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*, 84(1), 48.
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Lowe, B., Herfarth, C., Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multimethod approach. *Annals of Oncology*, 15, 1243-1249.
- Koch, U., Lang, K., Mehnert, A., Schmeling-Kludas, C. (2006). Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Koch, U., Weis, J. (2009). Psychoonkologie – Eine Disziplin in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH und Co.KG
- Krams, M., Frahm, S. O., Kellner, U., Mawrin, C. (2010). Kurzlehrbuch Pathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

- Krämer, M. (2005). Professionelle Beratung zur Alltagsbewältigung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH
- Küchler, T., Berend, M. (2011). Lebensqualität in der Onkologie–Grundlagen und Anwendungsbereiche. *Der Onkologe*, 17(12), 1155-1160.
- Kutz, R. (2007). Pilotstudie: Patientenzufriedenheit im onkologischen Versorgungssystem. München: GRIN Verlag GmbH
- Leischner, H. (2007). Onkologie. München: Urban und Fischer Verlag
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches?. *Psycho-Oncology*, 18(1), 50-61.
- Loew, T., Köllner, V., Deister, A. (2008). Psychische und psychosomatische Störungen bei Intensivpatienten. *Die Intensivmedizin*, 665-676.
- Lüddeckens, T., Mörgeli, H., Zwahlen, D., Jenewein, J., Büchi, S. (2008). Therapie-wünsche und Behandlungszufriedenheit bei ambulanten Krebspatienten und deren Ehepartnern. *Praxis Bern*, 97, 1223-1230.
- Massalme, S. (2004). Crashkurs Pathologie. München, Jena: Elsevier GmbH
- Morschitzky, H. (2000). Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Wien: Springer-Verlag
- Muthny, F., Haag, G. (1993). Onkologie im psychosozialen Kontext. Heidelberg: Roland Asanger Verlag

- Muthny, F. (1998). Psychoonkologie – Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des „Herforder Modells“. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Müller, D., Mehnert, A., Gärtner, U., Schuler, O., Leibbrand, B., Barth, J. et al. (2005). Identifikation von Angst, Depression und Progredienzangst bei onkologischen Rehabilitanden. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55-88.
- Nakasujja, N., Musisi, S., Walugembe, J., Wallace, D. (2007). Psychiatric disorders among the elderly on non-psychiatric wards in an African setting. *International psychogeriatrics*, 19(04), 691-704.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?. *Nature clinical practice Oncology*, 5(8), 466-475.
- Nowrousian, M.R. (2008). Supportive Therapie in der Onkologie. München, Wien, New York: W. Zuckwerdt Verlag GmbH
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Lammes, F. B., De Haes, J. C. J. M. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient education and counseling*, 41(2), 145-156.
- Özalp, E., Soygur, H., Cankurtaran, E., Turhan, L., Akbiyik, D., Geyik, P. (2008). Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology*, 17(7), 668-675
- Pawils, S., Koch, U. (2006). Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Pfeifer, B., Preiß, J., Unger, C. (2006). Onkologie integrativ. München: Elsevier GmbH

- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., McCarthy Lepore, J., Friedlander-Klar, H., Coyle, N. et al. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Quality of Life Research*, 3(3), 183-189.
- Pschyrembel, W. (2013). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co.KG
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität–Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 43(3), 165-189.
- Reuter, K., Weis, J. (2007). Behandlung psychischer Belastungen und Störungen bei Tumorerkrankungen. *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*, 125-137. Springer Berlin Heidelberg.
- Riede, U.-N., Werner, M., Schäfer, H.-E. (2009). *Allgemeine und spezielle Pathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Riede, U.-N., Werner, M., Freudenberg, N. (2009). *Basiswissen Allgemeine und spezielle Pathologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Roessner, A., Pfeifer, U., Müller-Hermelink, H. K. (2008). *Allgemeine Pathologie und Grundlagen der speziellen Pathologie*. München, Jena: Urban und Fischer Verlag
- Röttger, K. (2003). *Psychosoziale Onkologie für Pflegende*. Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG
- Runge, C., Tews, J.-T., Ruprecht, T., Hoeing, M., Kuhlmann, A., Kleeberg, U. R. (2003). The pasqoc study - patient satisfaction and quality of life in oncological care. *Proc Am Soc Clin Oncol*. Vol. 22, 551.

- Schmoll, H.-J., Höffken, K., Possinger, K. (2006). Kompendium internistische Onkologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Schneider, C. (2007). Psychoonkologische Aspekte bei gynäkologischen Malignomen. *Der Gynäkologe*, 40(11), 865-871.
- Schumacher, A. (2010). Strukturen psychoonkologischer Versorgung. *Psychotherapie im Dialog*, 11(2), 107.
- Schwarz, R. (1990). Bedarf an psychosozialer Betreuung von Krebskranken und Anforderungen an die psychosoziale Personalfortbildung. *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*, 124-133.
- Schwarz, R., Singer, S. (2008). Einführung Psychosoziale Onkologie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Seeber, S., Schütte, J. (2003). Therapiekonzepte Onkologie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Hornemann, B., Koscielny, S., Oeken, J. et al. (2007). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 Methods. *Psycho-Oncology*, 17(3), 280-286.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R.-D., Köhler, U., Krauß, O. et al. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(40), 2071-2076.
- Singer, S., Das-Munshi, J., Brähler, E (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care - a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925-930.

- Singer, S., Glaesmer, H., Lehmann-Laue, A. (2011). Ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten. *Praxisverwaltung mit dem iPad*, 1, 374-380.
- Sperner-Unterwegner, B. (2011). Psychoonkologie–psychosoziale Onkologie Integration in ein onkologisches Behandlungskonzept. *Der Nervenarzt*, 82, 371-380.
- Staudinger, U.-M. (2000) Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197.
- Steinvorth, Moses G. (2003). Psychoonkologie in freier Praxis. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH
- Stein, B., Köllner, V. (2010). Und plötzlich streicht der Tod ums Haus. *Psychotherapie im Dialog*, 11(2), 105-106.
- Stephens, F.-O., Aigner, K.-R. (2009). Basics of Oncology. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Stumm, G., Wiltschko, J., Keil, W.-W. (2003). Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta-Verlag
- Squiers, L., Finney Rutten, L. J., Treiman, K., Bright, M. A., Hesse, B. (2005). Cancer patients' information needs across the cancer care continuum: evidence from the cancer information service. *Journal of Health Communication*, 10(S1), 15-34.
- Tschuschke, V. (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologe*, 9(6), 657-665.
- Tschuske, V. (2006). Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer GmbH

Von Kerekjarto, M., Schulz, K. H., Kramer, C., Fittschen, B., Schug, S. (1989). Grundlegende Aspekte zum Konzept der Lebensqualität. *Psychosoziale Onkologie*, 18-29. Springer Berlin Heidelberg.

Wancata, J., Benda, N., Hajji, M. (1998). Prävalenz und Verlauf seelischer Erkrankungen an internen Krankenhausabteilungen. *Klinischer Wochenscheiber*, 110, 597-603.

Weis, J. (2004). Psyche und Krebs. *Psychoneuro*, 30(04), 179-179.

Weis, J., Heckl, U., Brocai, D., Seuthe-Witz, S. (2006). Psychoedukation mit Krebspatienten. Stuttgart: Schattauer GmbH

Weiß, C., Rzany, B. (2010). Basiswissen Medizinische Statistik. Heidelberg: Springer-Verlag

Wilmanns, W., Huhn, D., Wilms, K. (2000). Internistische Onkologie. Stuttgart, New-York: Georg Thieme Verlag

Wolf, U., Bertz, J., Haberland, J., Kraywinkel, K. (2010). Krebs in Deutschland Neuerkrankungen, Prävalenz und Trends. *UMID*, 48.

Zebora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1),19-28.

Internetquellen:

<http://www.dapo-ev.net> (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie)
(abgerufen am 17.06.2012)

<http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de> (Deutsche Psychotherapeuten
Vereinigung) (abgerufen am 20.06.2012)

<http://www.krebshilfe.de> (abgerufen am 10.11.2011)

<http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php> (abgerufen am
25.01.2013)

[http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychische-
unterstuetzung.php](http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychische-
unterstuetzung.php) (abgerufen am 05.02.2013)

<http://www.medinfo.de/index-r-1521-thema-Krebsstatistiken.htm> (abgerufen am
03.02.2012)

<http://www.medizininfo.de/Krebs/allgemein/therapie.shtml> (abgerufen am 02.04.2012)

<http://www.rki.de> (abgerufen am 03.09.2012)

[http://www.snf.ch/D/Medien/Medienmitteilungen/Seiten/2011.aspx?NEWSID=1360&W
EBID=705d0bf9-bc95-43e6-bf65-f8b316a4d74e](http://www.snf.ch/D/Medien/Medienmitteilungen/Seiten/2011.aspx?NEWSID=1360&W
EBID=705d0bf9-bc95-43e6-bf65-f8b316a4d74e) (abgerufen am 10.12.2012)

<http://www.vitanet.de/gesundheit/Krebs/Brustkrebs/erkennen/grundlagen1/grundlagen>
(abgerufen am 05.10.2011)

7 Lebenslauf

8 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

An erster Stelle ist hier ein besonderer Dank an meinen ersten Doktorvater Herr Prof. Dr. Dr. Fritz A. Muthny auszusprechen. Er hat es mir ermöglicht, dass ich am Institut für Medizinische Psychologie promovieren durfte. Ich danke ihm sehr für seine fachliche Unterstützung und Kritik bei der Erarbeitung dieser Dissertation. Ich möchte an dieser Stelle ganz besonders an ihn danken, da er nach einer kurzen und schweren Zeit von uns gegangen ist.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem jetzigen Doktorvater Prof. Dr. Thomas Straube. Er hat es mir ermöglicht an dem Institut für Medizinische Psychologie weiter zu promovieren und mich bei den letzten Schritten der Dissertation zu begleiten und zu unterstützen.

Einen Dank auch an Herrn Uwe Küchenmeister vom Institut der Medizinischen Psychologie, der mir bei der Dateneingabe und den statistischen Berechnungen eine große Hilfe war.

Außerdem möchte ich mich bei dem städtischen Klinikum Gütersloh und der onkologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Rösel, Dr. Depenbusch und Prof. Dr. Gropp in Gütersloh für die Verteilung der Fragebögen und damit großen Unterstützung bedanken.

Darüber hinaus bedanke ich mich ganz besonders bei allen an dieser Studie beteiligten Krebspatienten, die sich trotz ihrer schweren Erkrankung Zeit genommen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Ohne ihr Engagement wäre diese Dissertation gar nicht zustande gekommen.

Ein letzter und ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern und vor allem aber meiner lieben Schwester Karina, die mich in der arbeitsintensiven Zeit unterstützt und mir viel Zeit für kritische Einwände, Korrekturvorschläge und Motivationsarbeit gewidmet haben.

9 Anhang

Ausführliche Tabellen.....106

Fragebogen.....106

Tab. 1: Rücklauf der Fragebögen aus der Klinik und Praxis in Gütersloh

Kliniken	Anzahl
Städtisches Klinikum Gütersloh	23
Gemeinschaftspraxis Hämatologie/Onkologie	209
Keine Angaben	33
Gesamt	265

Tab. 2: **Zufriedenheit mit der jetzigen Behandlung**

(n=265)

Häufigkeiten in %

Zufriedenheit mit ...	sehr unzu-frie-den	eher unzu-frie-den	teils/ teils	eher zu-frie-den	sehr zu-frie-den	MW	s	k. A.
Behandlung in Klinik/Praxis insgesamt	1	2	4	30	51	4,45	0,81	12
Medizinische Behandlung	1	1	4	27	52	4,50	0,75	15
Menschliche Betreuung	2	1	7	23	49	4,42	0,88	18
Organisation der Pflege	1	3	7	22	31	4,25	0,90	36
Qualität des Essens	2	2	11	19	20	3,99	1,02	46
Engagement der Ärzte	2	1	4	22	54	4,52	0,82	17
Können der Ärzte	2	0	3	22	52	4,56	0,74	21
Engagement des Personals	1	1	5	27	47	4,46	0,77	19
Aufklärung/Information	1	2	11	31	36	4,22	0,88	19
Atmosphäre in Klinik/Ambulanz	1	3	9	34	36	4,21	0,87	17
Kontakt zu den Mitpatienten	1	1	17	29	21	3,99	0,85	31
Umgangston in Klinik/Ambulanz	1	1	4	35	40	4,36	0,77	19
Gewissenhaftigkeit der Arbeit	1	1	3	30	45	4,45	0,77	20
Wirksamkeit der Behandlung	1	3	7	31	31	4,21	0,88	27

Tab. 3 : Wichtigkeit der Angebote

(n=265)

Häufigkeiten in %

Wie wichtig sind folgende Angebote	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k. A.
Psychologische Gespräche für stationäre Patienten	11	4	10	22	28	3,69	3,69	25
Psychologische Gespräche in ambulanter Versorgung	10	6	10	26	26	3,67	1,34	22
Entspannungstraining	12	6	18	26	11	3,22	1,29	27
Maltherapie/kunsthandwerkliche Angebote	20	14	24	9	3	2,42	1,15	30
Musiktherapie	19	14	22	11	5	2,56	1,22	29
Gespräche mit Pastor/Seelsorger	17	15	19	16	7	2,72	1,29	26
Gottesdienst und Andachten	19	12	20	16	7	2,73	1,30	26
Sozialbetreuung	12	7	12	26	19	3,45	1,37	24
Rehabilitationssport	8	3	11	27	27	3,84	1,25	24
Ambulante Nachsorge	3	2	4	22	47	4,38	0,99	22
Psychologische Schmerztherapie	8	4	9	24	25	3,77	1,31	30
Information über gesunde Ernährung	5	2	10	33	27	3,97	1,09	23
Information über Selbsthilfegruppen	10	6	18	27	12	3,36	1,25	27

Tab. 4: **Aufgaben des psychosozialen Dienstes**

(n= 265)

Häufigkeiten %

Aufgaben erfüllt	gar nich	wenig	mit- tel	star k	sehr star	MW	s	k. A.
mit besonders belasteten Patienten sprechen	3	2	8	26	31	4,15	1,02	30
möglichst jeden Patienten sehen	4	5	19	24	14	3,58	1,10	34
Ärzten und Pflegekräften Rückmeldungen geben	3	2	14	29	17	3,84	1,00	35
mit belasteten Angehörigen arbeiten	3	4	15	28	17	3,80	1,03	33
mit belasteten Pflegekräften arbeiten	3	5	15	25	17	3,74	1,07	35
Psychosoziale Personal- fortbildung leisten	4	2	12	27	19	3,86	1,07	36
Patienten Trost spenden	4	3	12	26	21	3,89	1,08	34
Patienten Optimismus geben	3	2	9	24	33	4,17	1,01	29
bei Bedarf auch Sterbe- begleitung leisten	4	2	8	22	29	4,09	1,11	35
Patienten wichtige Dinge im Leben ordnen helfen	3	3	12	28	20	3,89	1,05	34
Patienten verstehen hel- fen, was „Krebs“ bedeutet	3	1	11	29	24	4,05	0,96	32
helfen, das Schöne im Leben zu sehen	2	1	8	27	31	4,20	0,94	31
helfen, das Wichtige im eigenen Leben zu erken-	3	1	7	24	32	4,21	0,98	33
Eng mit den Ärzten zu- sammenarbeiten	3	1	6	27	34	4,26	0,96	29
bei der Krankheitsbewäl- tigung helfen	2	1	9	25	32	4,25	0,90	31

Tab. 5: **Beschwerden während der letzten 7 Tage (BSI)**

(n= 265)

Häufigkeiten %

Vorgegebene Items (BSI)*	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	eher stark	MW	s	k. A.
1. Nervosität oder innerem Zittern	37	25	12	13	1,05	1,18	13
2. Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	63	12	5	3	0,39	0,81	17
3. Furchtsamkeit	47	20	8	6	0,67	0,97	19
4. Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	31	27	14	12	1,14	1,13	16
5. Schreck- und Panikanfällen	65	8	3	5	0,37	0,84	19
6. So starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen konnten	52	21	6	5	0,59	0,93	16
7. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	73	6	2	2	0,19	0,63	17
8. Einsamkeitsgefühle	55	17	4	6	0,56	0,98	18
9. Schwermut	48	22	7	4	0,58	0,85	19
10. Gefühl, sich für nichts zu interessieren	52	18	7	6	0,65	1,04	17
11. Gefühl der Hoffnungslosigkeit	44	24	7	8	0,78	1,06	17
12. Dem Gefühl, wertlos zu sein	57	17	3	5	0,50	0,92	18
13. Ohnmachts- oder Schwindelanfälle	60	17	4	4	0,44	0,80	15
14. Herz- oder Brustschmerzen	55	17	7	5	0,54	0,89	16
15. Übelkeit oder Magenverstimmung	40	22	14	11	1,00	1,17	13
16. Schwierigkeiten beim Atmen	49	18	8	10	0,79	1,14	15
17. Hitzewallungen oder Kälteschauern	36	23	13	14	1,14	1,26	14
18. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	35	22	13	17	1,20	1,26	13
19. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	32	28	12	13	1,14	1,18	15

* Frage: "Wie stark haben Sie während der letzten 7 Tage unter folgenden Beschwerden gelitten?"

Tab. 6 : Lebenszufriedenheit (LZI)

(n = 265)

Bereiche	Häufigkeiten in %					MW	s	k. A.
	sehr un- zufrieden	eher un- zufrieden	teils teils	eher zufrieden	sehr zufrieden			
Gesundheit	11	17	33	23	5	2,95	2,95	11
Körperliche Verfassung	6	17	34	26	6	3,10	1,02	11
Geistige Verfassung	4	6	26	35	17	3,65	1,00	12
Stimmung	2	9	42	26	10	3,38	0,90	11
Aussehen	8	8	26	35	8	3,32	1,07	15
Fähigkeiten	4	10	31	31	7	3,31	0,98	17
Charakter	1	4	17	42	12	3,79	0,82	24
Berufliche Situation	6	7	13	24	12	3,49	1,20	38
Finanzielle Lage	6	7	20	36	14	3,56	1,09	17
Ehe/ Partnerschaft	3	6	10	24	36	4,06	1,13	21
Sexualleben	13	13	19	17	11	3,01	1,31	27
Freizeitgestaltung	5	9	25	33	13	3,44	1,07	15
Familienleben	3	4	14	33	31	4,01	1,02	15
Verhältnis zu Kindern	2	1	8	24	44	4,33	0,93	21
Leben insgesamt	2	6	21	46	16	3,73	0,92	9

Tab. 7: Resilienz-Items (RS-11)

(n=265)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten %														MW	s	k. A.
	stimme nicht zu							stimme völlig zu									
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7			
meine Pläne verfolge ich	4	2	7	14	16	20	20	5,14	1,64	18							
normalerweise schaffe ich alles irgendwie	4	3	9	10	17	21	20	5,10	1,68	17							
es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben	4	3	3	7	15	19	32	5,54	1,67	17							
ich mag mich	4	4	6	12	18	20	15	4,95	1,67	21							
ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen	9	10	10	8	14	15	13	4,33	2,01	21							
ich bin entschlossen	5	5	7	11	16	17	19	4,92	1,80	20							
ich behalte an vielen Dingen Interesse	3	2	6	11	16	20	23	5,31	1,61	18							
ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann	4	4	5	10	18	21	21	5,16	1,68	17							
ich kann eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten	2	4	9	10	20	17	19	5,09	1,58	20							
ich kann Dinge tun, die ich eigentlich nicht machen will	5	6	12	10	22	17	13	4,66	1,71	16							
in mir steckt genügend Energie, um alles zu tun, was ich machen will	8	4	8	9	17	18	19	4,85	1,87	16							

Tab. 8: Ergebnisse des WHOQOL-BREF

(n = 265)

		Häufigkeiten in %							MW	s	k. A.
		sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut					
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?		1	9	41	35	5		3,38	0,79	9	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?		11	25	26	27	2		MW	S	k. A.	
		überhaupt nicht	ein wenig	mittel-mäßig	ziemlich	äußerst		MW	S	k. A.	
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?		31	30	13	12	3		2,14	1,13	11	
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen?		28	22	15	16	5		2,39	1,28	14	
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?		2	6	34	36	9		3,52	0,86	13	
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?		2	5	15	40	26		3,95	0,94	12	
Wie gut können Sie sich konzentrieren?		1	8	35	34	11		3,52	0,86	11	
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?		2	4	28	38	16		3,71	0,87	12	
Wie gut sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?		1	2	17	50	19		3,95	0,77	11	

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig	MW	s	k. A.
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	7	32	33	18	3,67	0,91	9
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	2	6	24	34	24	3,80	0,99	10
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	4	7	20	34	25	3,78	1,08	10
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	12	41	32	4,14	0,83	12
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	3	9	19	33	26	3,79	1,06	10
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	2	6	26	35	23	3,79	0,96	8
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	MW	s	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	7	19	11	44	11	3,37	1,16	8
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	14	17	49	10	3,56	0,92	9

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	8	17	17	33	8	3,19	1,16	17
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	9	23	49	9	3,61	0,85	9
Wie zufrieden sind sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	0	3	12	48	26	4,09	0,75	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	11	9	23	25	10	3,17	1,21	22
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	4	13	42	29	4,07	0,83	11
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	1	6	36	47	4,41	0,71	9

	über- haupt nicht	eher nicht	halbwegs	über- wiegend	völlig	MW	s	k. A.
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?	1	1	16	50	17	3,94	0,76	15
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	9	46	28	4,12	0,82	14
	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer			
Wie häufig haben Sie negative Gefühle, wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	16	29	33	12	1	2,48	0,95	9

Tab. 9: Unterschiede der Scores in Abhängigkeit vom Geschlecht (T-Test)

Scores	Items	männlich (n = 104)		weiblich (n = 139)		T-Testung **		
		MW *	s	MW	s	t-Wert	P (2-seitig)	signif. Differenz
BZI Behandlungszufriedenheit	14	4,28	0,80	4,40	0,63	-1,36	0,175	n. s.
Bedarf	13	3,24	1,11	3,64	0,87	3,01	0,003	w > m **
Aufgaben	15	3,90	0,99	4,07	0,72	-1,47	0,144	n. s.
BSI Ängstlichkeit	6	0,48	0,64	0,69	0,71	-2,26	0,025	w > m *
BSI Depressivität	6	0,55	0,76	0,53	0,67	0,18	0,859	n. s.
BSI Somatisierung	7	0,93	0,80	0,81	0,68	1,19	0,235	n. s.
LZI Lebenszufriedenheit	15	3,53	0,69	3,58	0,71	-0,57	0,570	n. s.
RS Resilienz	11	5,02	1,35	5,03	1,41	-0,06	0,952	n. s.
WHOQOL-Bref Physisch	7	61,25	19,04	67,12	18,23	-2,38	0,018	w > m *
WHOQOL-Bref Psychisch	6	67,69	16,70	65,24	15,59	1,15	0,251	n. s.
WHOQOL-Bref Soz. Beziehungen	3	66,75	18,69	72,77	16,84	-2,58	0,011	w > m *
WHOQOL-Bref Umwelt	8	75,15	13,63	73,83	15,03	0,69	0,490	n. s.
WHOQOL-Bref Globalwert	2	49,51	19,64	54,34	20,86	-1,83	0,068	n. s.

Tab. 10: Unterschiede der Scores in Abhängigkeit von den drei verschiedenen Therapiephasen (Einfaktorielle ANOVA)

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifi- kanz
Behand- lungs- zufrie- denheit	Zwischen den Gruppen	0,52	2	0,26	0,65	0,52
	Innerhalb der Gruppen	90,6	230	0,39		
	Gesamt	91,12	232			
Bedarf	Zwischen den Gruppen	4,17	2	2,08	2,12	0,12
	Innerhalb der Gruppen	213,84	218	0,98		
	Gesamt	218,01	220			
Aufgaben	Zwischen den Gruppen	1,16	2	0,58	0,8	0,45
	Innerhalb der Gruppen	139,8	193	0,72		
	Gesamt	140,96	195			
BSI Ängst- lichkeit	Zwischen den Gruppen	0,07	2	0,04	0,08	0,93
	Innerhalb der Gruppen	96,28	199	0,48		
	Gesamt	96,35	201			
BSI De- pressivi- tät	Zwischen den Gruppen	0,39	2	0,2	0,39	0,68
	Innerhalb der Gruppen	100,17	200	0,5		
	Gesamt	100,56	202			
BSI So- matisie- rung	Zwischen den Gruppen	2,69	2	1,34	2,46	0,09
	Innerhalb der Gruppen	110,5	202	0,55		
	Gesamt	113,19	204			
LZI	Zwischen den Gruppen	0,3	2	0,15	0,32	0,73
	Innerhalb der Gruppen	89,21	189	0,47		
	Gesamt	89,52	191			
Resilienz	Zwischen den Gruppen	1,9	2	0,95	0,49	0,61
	Innerhalb der Gruppen	372,05	194	1,92		
	Gesamt	373,94	196			
WHOQO L-Bref Physisch	Zwischen den Gruppen	57,2	2	28,6	0,08	0,92
	Innerhalb der Gruppen	74775,08	217	344,59		
	Gesamt	74832,28	219			

Fortsetzung Tab.10: Unterschiede der Scores in Abhängigkeit von den drei verschiedenen Therapiephasen (Einfaktorielle ANOVA)

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifi- kanz
WHOQ OL-Bref Psy- chisch	Zwischen den Gruppen	56,41	2	28,2	0,11	0,9
	Innerhalb der Gruppen	56287,47	217	259,85		
	Gesamt	56443,88	219			
WHOQ OL-Bref Soz. Bezie- hungen	Zwischen den Gruppen	1207,07	2	603,53	1,91	0,15
	Innerhalb der Gruppen	68496,53	217	315,65		
	Gesamt	69703,60	219			
WHOQ OL-Bref Umwelt	Zwischen den Gruppen	446,02	2	223,01	1,06	0,35
	Innerhalb der Gruppen	46064,98	219	210,34		
	Gesamt	46511	221			
WHOQ OL-Bref Global	Zwischen den Gruppen	3336,8	2	1668,4	4,05	0,02
	Innerhalb der Gruppen	93595,27	227	412,31		
	Gesamt	96932,07	229			

Tab. 11: Unterschiede der Scores in Abhängigkeit von der Therapiephase

	BEDARF		
	Korrelation nach Pearson	Signifikanz (2-seitig)	N
Behandlungszufriedenheit	0,14*	0,03	227
Aufgaben	0,48**	0,00	200
BSI-Ängstlichkeit	0,26**	0,00	199
BSI-Depressivität	0,12	0,10	201
BSI-Somatisierung	0,05	0,48	204
LZI	-0,07	0,31	191
Resilienz	-0,11	0,12	194
WHOQOL- Bref Physisch	-0,11	0,10	212
WHOQOL-Bref Psychisch	-0,12	0,09	213
WHOQOL-Bref Soz. Beziehungen	0,01	0,91	212
WHOQOL-Bref Umwelt	-0,06	0,37	215
WHOQOL-Bref Global	-0,06	0,40	220

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**.. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

in Zusammenarbeit mit dem
**Städtischen Klinikum Gütersloh und der
Gemeinschaftspraxis für Hämatologie/ Onkologie**

**Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten und
Bedarf an psychosozialer Versorgung**
(Fragebogen für onkologische Patienten)

Liebe Patientinnen und Patienten,

Wir bitten Sie um Unterstützung dieser **anonymen** wissenschaftlichen Untersuchung, die sich speziell mit der Situation von Krebspatienten befasst. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und geben Sie ihn im **verschlossenen** Rücksendeumschlag ab oder schicken Sie ihn direkt an das auswertende Zentrum. Die Auswertung erfolgt von der Universität Münster als unabhängiger Stelle. Bitte bedenken Sie, dass Sie durch Ihre Mitarbeit in dieser Untersuchung wesentlich dazu beitragen können, dass die Versorgung von Krebspatienten weiter verbessert werden kann.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitarbeit.

Datum 08.05.08

Wir möchten zunächst etwas über den **Beginn der Erkrankung und die bisherige Behandlung** erfahren.

Wie alt sind Sie jetzt? 74 Jahre Geschlecht: männlich weiblich

1. Wie lange wissen Sie schon von Ihrer Krebserkrankung? Seit: ca. _____ Monaten

2. Wann haben Sie die ersten **Krankheitszeichen** verspürt?
Jahr 1998 (d.h. vor ca. _____ Monaten)

3. Wie wurde die Krebserkrankung festgestellt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- zufällig bei einer Routine-Untersuchung
- nachdem ich mich krank fühlte und den Hausarzt aufsuchte
- nachdem ich selbst schon mit Krebsverdacht den Arzt aufsuchte
- als ich wegen einer anderen Erkrankung in die Klinik musste

4. Wie heißt Ihre Krebserkrankung? (Ärzte sagen dazu „Diagnose“)

Darmkrebs

5. Haben Sie noch weitere Erkrankungen außer der Krebserkrankung? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

6. Wie wurden Sie bisher behandelt? Operation Chemotherapie Bestrahlungen

7. Wie lange waren Sie im Rahmen der Erstbehandlung in der Klinik? 14 Tage

8. In welcher Therapiephase befinden Sie sich?

Erstbehandlung Nachsorge Rückfallbehandlung
Werden Sie zur Zeit ambulant oder stationär behandelt? ambulant stationär

9. Wie **zufrieden** sind Sie insgesamt **mit der jetzigen Behandlung** im Krankenhaus bzw. ambulanten Praxis und mit den folgenden Bereichen?

Zufriedenheit mit:	sehr unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
1. Behandlung in Klinik/Praxis insgesamt	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
2. Medizinische Behandlung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
3. Menschliche Betreuung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
4. Organisation der Pflege	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
5. Qualität des Essens	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
6. Engagement der Ärzte	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
7. Können der Ärzte	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
8. Engagement des Personals	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
9. Aufklärung/ Information	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
10. Atmosphäre in Klinik bzw. Ambulanz	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
11. Kontakt zu den Mitpatienten	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5
12. Umgangston in der Klinik/ Ambulanz	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
13. Gewissenhaftigkeit der Arbeit	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
14. Wirksamkeit der Behandlung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

10. Wie genau halten Sie sich insgesamt an ärztliche Verordnungen und Ratschläge?

gar nicht wenig mittelmäßig ziemlich genau sehr genau
1 2 3 4 5

11. Für Krebspatienten werden in manchen Einrichtungen zusätzlich zur medizinischen Behandlung weitere Maßnahmen angeboten. Einige dieser Maßnahmen haben Sie vielleicht bereits selbst erlebt, andere kennen Sie vielleicht vom Hörensagen oder aus den Medien. Bitte schätzen Sie für jede der folgenden **Maßnahmen** ein, wie **wichtig** Ihnen ein solches **Angebot** ist.

Wie wichtig finden Sie die folgenden Angebote?	gar nicht	wenig	mittel	wichtig	sehr wichtig
- Psychologische Gespräche für stationäre Patienten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Psychologische Gespräche in der ambulanten Versorgung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Entspannungstraining (z.B. Autogenes Training)	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Maltherapie und kunsthandwerkliche Angebote	1	2	3	4	5
- Musiktherapie	1	2	3	4	5
- Gespräche mit Pastoren/innen bzw. Seelsorgern/innen	1	2	3	4	5
- Gottesdienste und Andachten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Sozialberatung	1	2	3	4	5
- Rehabilitationssport	1	2	3	4	5
- Ambulante Nachsorge	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Psychologische Schmerztherapie	1	2	3	4	5
- Informationen über gesunde Ernährung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Informationen über Selbsthilfegruppen	1	2	3	4	5

Welche dieser Maßnahmen/Angebote nehmen Sie zur Zeit selbst in Anspruch?

Welche würden Sie gerne selbst in Anspruch nehmen?

12. Welche **Wünsche** haben Sie **an die psychosoziale Begleitung/Versorgung von Krebspatienten?**

Was sollte ein solcher psychoonkologischer Dienst **vor allem tun?**

Was sollte er evtl. **nicht tun?**

Inwieweit sollte der psychosoziale Dienst die folgenden Aufgaben erfüllen?	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
- mit besonders belasteten Patienten sprechen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- möglichst jeden Krebspatienten sehen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Ärzten und Pflegekräften Rückmeldungen geben	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- mit belasteten Angehörigen arbeiten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- mit belasteten Pflegekräften arbeiten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Psychosoziale Personalfortbildung leisten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Patienten Tröst spenden	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Patienten Optimismus geben	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- bei Bedarf auch Sterbebegleitung leisten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Patienten wichtige Dinge im Leben ordnen helfen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- Patienten verstehen helfen, was ‚Krebs‘ bedeutet	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- helfen, das Schöne im Leben zu sehen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- helfen, das Wichtige im eigenen Leben zu erkennen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
- eng mit den Ärzten zusammenarbeiten	1	2	3	4	5
- bei der Krankheitsbewältigung helfen	1	2	3	4	5

Hatten Sie bereits Gespräche mit einem Psychologen wegen der durch die Krebserkrankung bedingten Belastungen? ja nein ggf. Zahl Gespräche: _____
ggf. Erfahrungen: _____

Bitte skizzieren Sie kurz, **was Sie sich künftig von den verschiedenen Berufsgruppen im Klinikum bzw. in der Ambulanz vor allem wünschen.**

Was wünschen Sie sich vor allem von den **Ärzten?**

Was wünschen Sie sich vor allem von den **Pflegekräften?**

Was wünschen Sie sich vor allem von den **Pastoren bzw. Seelsorgern?**

Was wünschen Sie sich vor allem von den **Psychologen/Psychotherapeuten?**

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der **letzten 7 Tage**.

Wie stark haben Sie gelitten unter...

	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
2. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
3. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
4. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
5. Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3	4
6. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
7. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
8. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
9. Schwermut	0	1	2	3	4
10. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
11. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
12. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
13. Ohnmachts- oder Schwindelanfälle	0	1	2	3	4
14. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
15. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
16. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
17. Hitzewallungen oder Kälteschauer	0	1	2	3	4
18. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
19. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4

BSI

Wir möchten Sie nun zu **Ihrer augenblicklichen Lebenszufriedenheit** befragen.

Bitte kreuzen Sie für jeden der folgenden Lebensbereiche an, wie zufrieden oder unzufrieden Sie **in den vergangenen 7 Tagen** damit waren.

Bereiche	sehr unzu- frieden	eher unzu- frieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
1. Gesundheit	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
2. Körperliche Verfassung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
3. Geistige Verfassung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
4. Stimmung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
5. Aussehen	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
6. Fähigkeiten	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
7. Charakter	1	2	3	4	5
8. Berufliche Situation	1	2	3	4	5
9. Finanzielle Lage	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
10. Ehe/Partnerschaft	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
11. Sexualleben	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
12. Freizeitgestaltung	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
13. Familienleben	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
14. Verhältnis zu den Kindern	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
15. Leben insgesamt	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

Erstens: Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.

gar nicht belastet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	extrem belastet
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Zweitens: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Praktische Probleme		<input checked="" type="checkbox"/>	Körperliche Probleme
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Arbeit/Schule	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beförderung (Transport)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Schlaf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegung/Mobilität
		Familiäre Probleme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atmung
		Emotionale Probleme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Essen/Ernährung
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verstopfung
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Veränderungen beim Wasserlassen
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fieber
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	In Bezug auf Gott	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verlust des Glaubens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trockene/verstopfte Haut
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

DT

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

	Ich stimme nicht zu.....stimme völlig zu						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich mag mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin entschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RS-11

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie in den vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie in den vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5

WHOQOL-BREF

Wir bitten Sie abschließend um ein paar Angaben zu Ihrer Person für die anonyme Auswertung:

1. Geschlecht: männlich weiblich 2. Alter Jahre
3. Staatsangehörigkeit: deutsch nicht deutsch
4. Familienstand: ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet
5. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen? nein ja
6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Personen
 Personen insgesamt
7. Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter? Personen
8. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
 Hauptschule/Volksschule
 Realschule/Mittlere Reife
 Polytechnische Oberschule
 Fachhochschule
 Abitur/Allgemeine Hochschulreife
 anderen Schulabschluss
 keinen Abschluss
9. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?
 Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie)
 Fachhochschule, Ingenieurschule
 Universität, Hochschule
 andere Berufsausbildung
 keine Berufsausbildung
10. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?
 ja, ganztags
 ja, mindestens halbtags
 ja, weniger als halbtags
 nein Hausfrau/Hausmann
 nein, in Ausbildung
 nein, arbeitslos/erwerbslos
 nein, Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente
 nein, Altersrente
 nein, anderes
11. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie beschäftigt?
 Arbeiter
 Angestellter
 Beamter
 Selbstständiger
 Sonstiges: _____
12. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt? Die Summe aus Lohn/Gehalt/Einkommen usw. jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben?
 bis unter 500 €
 500 bis unter 1.000 €
 1.000 bis unter 1.500 €
 1.500 bis unter 2.000 €
 2.000 bis unter 2.500 €
 2.500 bis unter 3.000 €
 3.000 bis unter 3500 €
 3.500 € und mehr
13. In welcher Umgebung wohnen Sie?
 außerhalb einer Stadt/ eines Dorfes auf dem Land
 Dorf (< 5.000 Einwohner)
 Kleinstadt (5.000-20.000 Einwohner)
 mittlere Stadt (20.000-100.000 Einwohner)
 Großstadt (> 100.000 Einwohner)
14. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?
 nein ja, mit Behinderungsgrad ___ %
15. Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt?
 nein ja
16. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?
 nein ja
17. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?
 nein ja Ggf. an _____ Tagen
18. Haben Sie in den letzten fünf Jahren an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?
 nein ja Zahl Maßnahmen: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!