

**Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Institut für Medizinische Psychologie**

**Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten in akutstationärer Behandlung.
Eine Belastungsdiagnostik anhand von Fremd - und Selbsteinschätzung**

Inaugural-Dissertation zur
Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin
des Fachbereichs Medizin der
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Bianca Senf
aus Koblenz

Frankfurt am Main
2009

Dekan: Prof. Dr. med. Josef M. Pfeilschifter

Referent: Herr Prof. Dr. Jochen Kaiser

Koreferent: Herr Prof. Dr. Axel Dignaß

Tag der mündlichen Prüfung 20.03.2009

Vorbemerkung

Ich habe mich entschieden, in der vorliegenden Arbeit aufgrund der besseren Lesbarkeit Berufs- und Personengruppen mit dem Maskulinum zu beschreiben. Dass dies keine befriedigende Lösung darstellt, ist bekannt. Andere vorgeschlagene Lösungen sind jedoch zu umständlich, wie z. B. „Patientinnen und Patienten“ oder für mich linguistisch nicht vertretbar wie das große „I“ bei „PatientInnen“.

Danksagung

Mein Dank richtet sich an viele Personen. Namentlich erwähnen möchte ich hier insbesondere meinen Doktorvater Herrn Prof. Dr. Jochen Kaiser, Leiter der Klinik für Medizinische Psychologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Ich danke ihm wirklich sehr für die Betreuung und sein Interesse an der Arbeit, die vielen immer hilfreichen Anmerkungen und die unglaublich schnellen Rückmeldungen. Mein Dank gilt ebenso Herrn Prof. Axel Dignaß, Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main. Er unterstützte mich, wo immer ich ihn brauchte, gab immer hilfreiche Tipps und sorgte für den nötigen Rückhalt in der Klinik.

Ohne die Unterstützung von Herrn Dr. Rolf Kleinschmidt als onkologischem Oberarzt im Markus-Krankenhaus wäre die praktische Umsetzung der Studie nicht möglich gewesen und auch die Offenheit und Unterstützung von Herrn Dr. Wilfred Herrmann haben sehr zu diesem Projekt beigetragen, vielen Dank dafür.

Bei meinen Mitarbeiterinnen Sabine Theobald und Sibylle Kersten möchte ich mich herzlich bedanken für die konstruktiven Diskussionen und ihr Engagement bei der Umsetzung der Studie. Dies gilt ebenso für Frau Ulrike Roth, Gynäkologin im Markus-Krankenhaus. Ich danke ihr vor allem für die vielen Stunden produktiver, meist sehr lustiger Zusammenarbeit.

Für die kompetente Abschlussdurchsicht meiner Arbeit danke ich Frau Dipl. Psych. Hanna Bohnenkamp. Besonders erwähnen möchte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Jörn Stückrath. Er hat mich nicht nur redaktionell hervorragend unterstützt, sondern mich mit seiner Fachkompetenz kontinuierlich begleitet. Für sein Engagement, seine Geduld, vor allem auch für seine Freundschaft seit nun 30 Jahren ein sehr, sehr herzliches Danke schön!

Meinem Lebensgefährten, Dr. Marius Bartsch danke ich vor allem dafür, dass er die manchmal doch anstrengende Zeit der Doktorarbeit mit mir durch gestanden hat.

Inspiziert hat mich zu dieser Studie Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Reinhold Schwarz, mit dem ich viele Jahre herzlich-kollegial verbunden war. Er hat gespannt auf die Ergebnisse dieser Studie gewartet. Sein plötzlicher Tod hinterlässt für mich eine menschliche und fachliche Lücke.

Der H. W. & J. Hector Stiftung danke ich sehr für die Förderung der Studie: „Evaluation des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs an einem Schwerpunktkrankenhaus“, die den Rahmen für diese Dissertation bildete und sie damit auch ermöglichte.

Diese Arbeit widme ich meiner Mutter

Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	13
Verzeichnis der Abkürzungen	14
Zusammenfassung	15
Schlüsselwörter	17
Summary	18
Key words	20
0 Problemstellung	21
1 Stand der Forschung	24
1.1 Psychosoziale Belastungen und Belastungsfaktoren von Krebspatienten	24
1.2 Methoden und Ziele psychoonkologischer Interventionen	30
1.3 Effekte psychoonkologischer Behandlung	32
1.4 Psychoonkologische Versorgung in Akutkrankenhäusern	34
1.4.1 Formen psychoonkologischer Behandlung im Akutkrankenhaus	35
1.4.2 Behandlungsbedarf im Akutkrankenhaus	37
1.5 Bedarfsdiagnostik in der Psychoonkologie	38
1.5.1 Die Entwicklung spezifischer Instrumente in der Psychoonkologie	44
1.6 Resümee	46
1.7 Ziele der vorliegenden empirischen Studie	48
2 Empirischer Teil	49
2.1 Rahmenbedingungen	49
2.2 Rekrutierung der Patienten	51
2.3 Stichprobe	51
2.3.1 Soziodemografische Daten	52
2.3.2 Diagnosegruppen	52
2.3.3 Aktueller Krankheitsstatus	54
2.3.4 Einstufung des körperlichen Allgemeinbefindens	56
2.3.5 Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate	57

2.3.6	Weitere somatische Erkrankungen	58
2.3.7	Einnahme von psychotropen Substanzen	59
2.3.8	Psychologische Behandlung in der Vergangenheit	60
2.4	Messinstrumente	61
2.4.1	Kurzform der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado-KF)	61
2.4.2	Psychoonkologische Basisdokumentation für Brustkrebspatientinnen (PO-Bado-BK)	62
2.4.3	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23)	62
2.5	Ablauf der Studie, Auswahl und Einarbeitung der Mitarbeiter	63
2.6	Umsetzung der Studie	65
2.6.1	Ablauf der Erhebung	65
2.6.2	Psychoonkologisches Anamnesegespräch	66
2.6.3	Hindernisse	67
2.7	Auswertung	69
3	Ergebnisse	70
3.1	Psychoonkologische Behandlungsindikation (PO-Bado)	70
3.1.1	Zusammenhänge zwischen Indikation und den einzelnen Belastungsbereichen	73
3.2	Der Einfluss soziodemografischer Variablen auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf (PO-Bado)	74
3.2.1	Alter	74
3.2.2	Berufliche Situation	75
3.3	Der Einfluss Krankheitsbezogener Daten auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf	75
3.3.1	Tumordiagnose	76
3.3.2	Aktuelle Krankheitssituation	78
3.3.3	Weitere krankheitsbezogene Parameter	79
3.3.4	Art der Behandlung	82
3.4	Krankheitsunabhängige Belastungen in der PO-Bado-KF	84
3.5	Krankheitsunabhängige Belastungen in der PO-Bado-BK	85
3.6	Psychoonkologischer Behandlungsbedarf (FBK-R23)	86
3.7	Psychoonkologischer Behandlungsbedarf nach PO-Bado und nach FBK-R23 im Vergleich	87

4 Diskussion	88
4.1 Theoretischer Hintergrund	88
4.2 Repräsentativität der Stichprobe	89
4.3 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf gemessen mit der PO-Bado	91
4.3.1 Ausprägung der somatischen und psychischen Belastungsbereiche	94
4.4 Der Einfluss soziodemographischer Variablen	94
4.4.1 Geschlecht	94
4.4.2 Alter	95
4.4.3 Berufliche Situation, Partnerschaft und Kinder	96
4.5 Der Einfluss krankheitsbezogener Variablen	97
4.5.1 Tumordiagnose	97
4.5.2 Aktuelle Krankheitssituation	98
4.5.3 Weitere somatische Erkrankungen	99
4.5.4 Körperliche Funktionsfähigkeit	99
4.5.5 Behandlungsform	100
4.5.6 Einnahme psychotroper Substanzen	102
4.5.7 Psychologische oder psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit	102
4.6 Behandlungsindikation anhand des FBK-R23	103
4.7 Fremd- und Selbsteinschätzung	103
5 Resümee	106
6 Ausblick	111
7 Literaturverzeichnis	112
8 Anhang	123
Erhebungsinstrumente	124
Einverständniserklärung	128
Information für Ärzte	129
Information für Pflege	131
Lebenslauf	133
Liste ausgewählter wissenschaftlicher Beiträge	136

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Tumordiagnosen in der Gesamtstichprobe
- Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (Metastasen)
- Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der aktuellen Krankheitssituation
- Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate (OP, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie, sonstige, keine, OP + Chemotherapie, OP + Hormontherapie, Chemotherapie + Hormontherapie, Chemotherapie + Bestrahlung)
- Abbildung 5: Prozentuale Verteilung weiterer relevanter somatischer Erkrankungen
- Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der Behandlung mit Psychopharmaka/Opiaten
- Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der Patienten mit psychologischer Behandlung in der Vergangenheit
- Abbildung 8: Belastung durch somatische Probleme sowie durch psychische Probleme (MW und SD; N = 455)
- Abbildung 9: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der einzelnen Belastungsbereiche jeweils für die Gruppe mit Indikation und die Gruppe ohne Indikation (Patientenzahlen Indikation Ja/Nein: Erschöpfung 258/200, Einschränkungen 255/200, Stimmungsschwankungen 252/200, Angst 254/201, Trauer 258/199)
- Abbildung 10: Darstellung der Indikation durch den PO-Bado für die verschiedenen Diagnose-Gruppen (N = 456)
- Abbildung 11: Zusammenhang zwischen der Indikation und dem aktuellen Krankheitsstatus (N = 449)
- Abbildung 12: Darstellung des Einflusses krankheitsbezogener Parameter auf den psychonkologischen Behandlungsbedarf. Die absoluten Patientenzahlen beziehen sich auf die einzelnen zusätzlichen Belastungsbereiche für die Patienten, die eine Indikation durch die PO-Bado erhalten hatten
- Abbildung 13: Die Abhängigkeit der Indikation vom aktuellen körperlichen Befinden (N = 457)

- Abbildung 14: Verteilung der PO-Bado-Indikationen für Patienten mit OP vs. ohne OP und mit Chemotherapie vs. ohne Chemotherapie
- Abbildung 15: Vergleich der mittleren emotionalen Belastung (und SD) bei Patienten mit Indikation und ohne Indikation
- Abbildung 16: Vergleich des prozentualen Anteils der Patienten mit Indikation und „Problemen in Familien- oder Freundeskreis“ (N = 93) vs. keine Probleme (N = 97); „Berufliche / wirtschaftliche Probleme“ (N = 31) vs. keine Probleme (N = 156); „Zusätzliche Probleme“ (N = 44) vs. keine zusätzlichen Probleme (N = 135) sowie „Beeinträchtigungen des emotionalen Befindens“ (N = 89) vs. keine Beeinträchtigungen (N = 97)
- Abbildung 17: Zusammenhang zwischen Indikation nach der PO-Bado und FBK-23R (N = 377)

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Fachabteilung und Bettenplan (Stand 07/2008)
- Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Einschätzung des körperlichen Allgemeinbefindens
- Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Belastungsbereiche für die Gesamtstichprobe
- Tabelle 4: Korrelationen zwischen Indikation (Ja, Nein) und den soziodemografischen Daten, sowie deren Signifikanz
- Tabelle 5: Zusammenhang der Indikation mit der beruflichen Situation der Patienten. Dargestellt sind die verschiedenen Klassifikationen, deren Gruppengröße N (Gesamt = 454), sowie der χ^2 -Wert und dessen Signifikanz
- Tabelle 6: Ergebnisse für die Indikationen der verschiedenen Tumordiagnosen. Dargestellt sind die spezifischen Kontraste der einzelnen Tumordiagnosen, die jeweilige Patientenzahl (insgesamt N = 456), der χ^2 -Wert und die Signifikanz
- Tabelle 7: χ^2 -Werte, Korrelationen zwischen Indikation und krankheitsbezogenen Parametern
- Tabelle 8: Darstellung der Indikation nach Behandlungsart innerhalb der letzten 2 Monate (Gruppengröße N; Gesamtgruppe =), χ^2 -Wert, Phi-Koeffizient und deren Signifikanz)

Verzeichnis der Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Abk.	Abkürzung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
bzgl.	Bezüglich
CAPO	Canadian Association of Psychosocial Oncology
CL-Dienste	Konsiliar-Liaisondienst
Dapo e. V.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.
DKG e. V.	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DMP	Disease Management Programm
FBK-R23	revidierte Fassung Fragebogen zur Belastung Krebskranker
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HF	Hornheider Fragebogen
IPOS	International Society of Psycho-Oncology
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
k. A.	keine Angaben
Kap.	Kapitel
LQ	Lebensqualität
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
Pat.	Patienten
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
PO-Bado-KF	Kurzform Psychoonkologische Basisdokumentation
PO-Bado-BK	Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs
PTSB	Posttraumatische Belastungsstörung
PSO e. V.	Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der DKG
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppen
stat.	stationär
SVR	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Tab.	Tabelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Die positive Wirkung einer psychoonkologischen Versorgung onkologischer Patienten, die über ein kritisches Maß hinaus belastet sind, ist heute unbestritten. Krebspatienten sind sowohl mit der Krebsdiagnose selbst, als auch mit der medizinischen Behandlung hohen Belastungen ausgesetzt. Unbehandelte psychosoziale Belastungen wirken sich negativ auf die Lebensqualität der Patienten aus, erschweren die Krankheitsverarbeitung, beeinflussen medizinische Behandlungsergebnisse und können chronifizieren.

Die psychoonkologische Behandlung in der akutstationären Versorgung weist jedoch große Lücken auf. Ausgangspunkt dieser Untersuchung war deshalb der Blick auf zwei Desiderate der Psychoonkologie: Zum einen besteht der Wunsch nach empirischen Untersuchungen zum *psychoonkologischen Behandlungsbedarf* an Akutkrankenhäusern. Zum anderen mangelt es am Einsatz valider, praktikabler und krebspezifischer Messinstrumente. Diese Studie untersuchte deshalb den psychoonkologischen Behandlungsbedarf von Krebspatienten in der akutstationären Versorgung mit krebspezifischen diagnostischen Instrumenten. Insgesamt 478 stationäre Krebspatienten wurden über einen Zeitraum von sechs Monaten an den Frankfurter Diakoniekliniken (Markus-Krankenhaus) in Frankfurt am Main mit Hilfe der neuen Kurzform der „*Psychoonkologischen Basisdokumentation*“ (*Po-Bado-KF*) sowie der spezifischen Version für Brustkrebspatienten (*PO-Bado-BK*) im Rahmen eines psychoonkologischen Anamnesegesprächs (Fremdeinschätzung) untersucht. Da *Fremd- und Selbsteinschätzung* der Patienten häufig nicht übereinstimmen, wurde darüber hinaus die revidierte Fassung des *Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23)* als *Selbsteinschätzungsinstrument* eingesetzt. Des Weiteren wurde der mögliche Einfluss soziodemografischer und krankheitsbezogener Variablen auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf überprüft.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass ein Routine-Screening der psychosozialen Belastung von Krebspatienten – vorausgesetzt, es wird ein entsprechendes Behandlungsangebot bereit gehalten – sehr sinnvoll ist: Über die Hälfte (56%) der 478 Patienten in der vorliegenden Studie waren psychoonkologisch behandlungsbedürftig. In der Selbsteinschätzung durch den FBK-R23 lagen 31% der Patienten über einem kritischen Wert. Fremd- und Selbsteinschätzung stimmten in dieser Untersuchung signifikant über-

ein. Für die psychoonkologische Behandlungsindikation waren ein fortgeschrittener Krankheitsstatus, der körperliche Funktionsstatus, psychische Probleme vor Ausbruch der Erkrankung, die Einnahme von psychotropen Substanzen (Antidepressiva, Anxiolytica, Schlafmittel) sowie krankheitsunabhängige Belastungen wie Probleme im familiären, sozialen oder finanziellen Bereich entscheidend.

Die PO-Bado-KF hat sich in dieser Untersuchung als ein praktikables und ökonomisches Fremdeinschätzungsinstrument bewährt und kann, nach entsprechender Schulung, unproblematisch in die medizinische Anamnese integriert werden. Ist dies aus verschiedenen Gründen nicht möglich, können die in dieser Studie extrahierten Parameter, die signifikant mit dem Behandlungsbedarf in Zusammenhang standen, als Indikatoren für Interventionen herangezogen werden. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten lieferte in dieser Studie valide Daten des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs. Das Erfassen der Daten, die Auswertung des Fragebogens und die Weiterleitung an die Psychoonkologie scheint jedoch weniger praktikabel und ökonomisch als die Erfassung mit der PO-Bado-KF.

Wie in jeder Untersuchung bleiben auch nach Abschluss dieser Studie Fragen offen. Insbesondere wird genauer zu erforschen sein, inwieweit die psychosoziale Belastung der Patienten mit dem Zeitpunkt des psychoonkologischen Interviews zusammenhängt. Die Hypothese liegt nahe, dass Patienten, die auf eine Operation oder auf die Mitteilung der histologischen Befunde warten, höher belastet sind als Patienten, die diese spezifische Belastung zum Zeitpunkt des Interviews nicht haben. In der vorliegenden Untersuchung wurde dieser Frage nicht nachgegangen. Ferner bleibt zu untersuchen, ob sich Patienten, die sich selbst als nicht belastet wahrnehmen, vom Interviewer hingegen als belastet eingestuft werden, voneinander unterscheiden und ob Patienten mit einer psychoonkologischen Behandlungsindikation eine entsprechende Behandlung möchten bzw. diese in Anspruch nehmen. Auch die Überprüfung von Interventionseffekten durch die psychoonkologische Anamnese mittels PO-Bado-KF könnte wertvolle Hinweise liefern, ob dieses neu vorgelegte Screeninginstrument über ein größeres Potenzial verfügt, als bisher angenommen.

Schlüsselwörter:

Psychoonkologische Bedarfsdiagnostik

Psychosoziale Belastung

Psychoonkologisches Screening

Psychoonkologie Akutkrankenhaus

Summary

The positive effect of psychooncological interventions in critically stressed oncological patients is currently widely acknowledged. Cancer patients are generally burdened not only by their clinical diagnosis but also by the necessary, medical treatment. Untreated psychosocial distress has a negative influence on the patients' quality of life, their ability to cope with the disease, the outcome of medical intervention, and it can lead to chronification.

Yet there are important deficits in psychooncological care in the acute treatment phase. Two desiderata in the field of psychooncology have served as starting points for this study: empirical studies investigating the need for psychooncological treatment in acute care hospitals on one hand and a lack of application of valid, feasible, and cancer-specific diagnostic instruments to assess psychological distress in cancer patients on the other hand. This study assessed the demand for psychooncological care in cancer patients during the acute treatment phase. Overall 478 inpatients at the Frankfurter Diakoniekliniken (Markus-Krankenhaus) in Frankfurt am Main were assessed with the short form of the psychooncological basis documentation (Po-Bado-KF) and a breast cancer specific version in the form of a psychooncological evaluation (external assessment). Since self- and external patient assessment often do not correlate, the revised version of the stress questionnaire for cancer patients (FBK-R23) was additionally utilized as a tool for self-assessment. Furthermore, possible influences of sociodemographic and disease-specific variables on the demand for psychooncological care were investigated.

This study demonstrates that routine screening of psychosocial stress in cancer patients can be very valuable, considering that an adequate therapy can be offered. Over half (56%) of the present 478 patients were in need of psychooncological therapy. 30% of them scored above a critical value on the self-evaluation questionnaire FBK-R23. External and self-assessment displayed a high degree of correlation. The decisive factors for the indication of psychooncological interventions were advanced disease stage, body function status, psychological problems before outbreak of disease, the use of psychoactive substances (antidepressants, mood stabilizers, anxiolytics, sedatives) and disease-independent stress factors (such as familial, social, and financial issues).

In this study, the PO-Bado-KF has been proven to be a feasible and economical tool for external assessment of psychooncological distress in cancer patients. After suitable training, it can be integrated in the medical history without difficulty. Should this not be possible for various reasons, one can use other parameters also examined in this study as indicators for the need of intervention. These have been shown to highly correlate with the need for intervention. However, data collection, questionnaire analysis, and the transmission of the results to the psychooncology department appear to be more difficult and less economical than using the PO-Bado-KF.

Several questions still remain unanswered and need further attention. Especially the relationship between the level of a patient's psychosocial distress and the timing of the psychooncological interview remains to be examined more thoroughly. One hypothesis would be that patients who are awaiting operation or histological results at the time of the interview are more likely to be under psychological distress than patients who do not have these specific burdens. This question has not been investigated in this study. Furthermore, one must examine differences among patients who describe themselves as not being under psychological distress, but who are subsequently categorized as stressed by the examiner. Another question is to which extent patients, who show an indication of psychooncological care, would be willing to undergo such a therapy. The investigation of the effect of psychooncological evaluation using the PO-Bado-KF on therapy could give valuable clues in determining the possible potential of this newly available screening tool.

Key words:

Documentation of need for psychooncological therapy

Psychosocial distress

Psychooncological screening

Specialized treatment facility

0. Problemstellung

Am 24. März 2005 wurde ein 72jähriger Mann, auf einem Stuhl sitzend, tot im Patientenzimmer einer internistischen Station von seinen Mitpatienten aufgefunden. Herr P. hatte sich kurz nach dem routinemäßigen Rundgang der Nachtschwester die Pulsadern aufgeschnitten. Dem Patienten hatte man drei Tage zuvor die Diagnose einer Leukämie übermittelt, aus medizinischer Sicht mit durchaus guten Behandlungschancen. Er fürchtete mit großen Schmerzen zu sterben, so die Ehefrau im späteren psychoonkologischen Gespräch. Herr P. hatte aus psychologischer Sicht eine so genannte „stumme Krise“, die aufgrund ihrer unauffälligen Symptome nicht bemerkt wurde. Die behandelnden Ärzte und der Pfleger beschrieben den Patienten als ruhig, nett und unauffällig.

Hätte die Möglichkeit bestanden, den Selbstmord des Patienten zu verhindern? Diese Frage fällt heute in das Gebiet der Psychoonkologie als einem Teilgebiet der Onkologie. Mediziner, Psychologen und Sozialpädagogen arbeiten in diesem Gebiet seit mehreren Jahrzehnten interdisziplinär zusammen. Gegenstand der Psychoonkologie sind die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen bei der Entstehung und im Verlauf einer Krebserkrankung (Weis et al., 2007). Es geht der Psychoonkologie darüber hinaus um die Umsetzung der Ergebnisse in der Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Sterbebegleitung von Krebspatienten. Ein weiteres Aufgabengebiet der Psychoonkologie ist die Betreuung der Angehörigen, einschließlich der Betreuung von Kindern krebserkrankter Eltern sowie die Unterstützung des medizinischen und pflegerischen Behandlungsteams.

Wie die Onkologie ist auch die Psychoonkologie dadurch herausgefordert, dass jedes Jahr etwa 424.000 Menschen (218.250 Männer und 206.000 Frauen) in der Bundesrepublik Deutschland neu an Krebs erkranken (Robert-Koch-Institut, 2006). Trotz intensiver Forschung sind die Ursachen bösartiger Erkrankungen (maligne neoplastische Prozesse) bis heute nur zu einem kleinen Teil bekannt. Die Krebsentstehung wird als ein multifaktorielles Geschehen angesehen, bei dem Umwelteinflüsse wie Strahlenbelastung, Viren und Karzinogene, immunologische, endokrine und genetische Faktoren sowie psychosoziale Faktoren wie chronischer „distress“ und Fehlverhalten (z.B. Zigarettenabusus,

Sonnenexposition und Übergewicht) interagieren (Hürny, 1996). Der höchste Risikofaktor, an Krebs zu erkranken, ist jedoch immer noch das Alter. Eine Frau mit 65 Jahren ist beispielsweise einer dreimal höheren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt, an einem Brustkrebs (Mamma Ca) zu erkranken als eine 45jährige.

Die eingangs gestellte Frage ist nach dem heutigen Stand der psychoonkologischen Forschung positiv zu beantworten. Aus psychoonkologischer Sicht ist die Wahrscheinlichkeit als sehr hoch einzuschätzen, einen Patienten wie Herrn P. als stark belastet und suizidgefährdet identifizieren und erfolgreich behandeln zu können. Dieses Urteil beruht auf Ergebnissen einer großen Zahl von international anerkannten empirischen Studien, welche die psychosoziale Belastung von Krebspatienten sowie die Effekte psychoonkologischer Behandlung untersuchen und die im ersten Teil der hier vorgelegten empirischen Untersuchung unter zwei Hauptaspekten ausgewertet und beurteilt werden sollen: Es geht um die Erscheinungsformen, die Verbreitung und Faktoren psychosozialer Belastungen von Krebspatienten (Kap. 1.1) sowie um die Methoden, Ziele und Effekte psychoonkologischer Behandlung (Kap. 1.2, 1.3).

Um die psychosoziale Belastung von Patienten wie Herrn P. identifizieren und geeignete therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können, ist die Voraussetzung, dass Akutkrankenhäuser eine valide Bedarfsdiagnostik (Screening)¹ durchführen. Wie viele Patienten weisen (welche) psychosozialen Belastungen auf und wie groß ist dementsprechend der psychoonkologische Behandlungsbedarf? Diese Frage rückt, wie der zweite Teil des Forschungsberichts aufzeigen soll (Kap. 1.4, 1.5), zwei Desiderate der Psychoonkologie ins Blickfeld: Das zu beobachtende Defizit an empirischen Untersuchungen zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf an Akutkrankenhäusern und der Einsatz valider und praktikabler Messinstrumente, um den Behandlungsbedarf auch von Patienten wie Herrn P. zu erfassen. Die vorliegende psychoonkologische Untersuchung verfolgt deshalb zwei miteinander verknüpfte Ziele: Als inhaltliches Ziel geht es

¹ Unter dem englischen Begriff „Screening“ versteht man im medizinischen Kontext eine Reihenuntersuchung von (möglichst) vielen Menschen, um eine möglichst frühe Angabe zur Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von bestimmten Risikofaktoren und Krankheiten zu erhalten. Finden sich in einem Screening auffällige Werte, so sollten nachfolgende diagnostische Untersuchungen erfolgen und in eine Behandlung münden (Wolke, 2003).

zum einen darum, valide Daten für den psychoonkologischen Behandlungsbedarf an einem Schwerpunktkrankenhaus vorzulegen und zu bewerten. Zum anderen soll als methodologisches Ziel mit Hilfe eines neuen Instrumentariums, das bisher im Routinebetrieb eines Akutkrankenhauses nicht eingesetzt worden ist, der vom psychoonkologisch geschulten Interviewer eingeschätzte Behandlungsbedarf mit der Selbstauskunft des Patienten in Beziehung gesetzt und bewertet werden.

1. Stand der Forschung

1.1 Psychosoziale Belastungen und Belastungsfaktoren von Krebspatienten

„Ich kann es immer noch nicht fassen, es traf mich wie ein Schlag aus heiterem Himmel“, so die Formulierung einer Patientin im psychoonkologischen Anamnesegegespräch. Die Beschreibungen der Patienten – auch noch lange Zeit, nachdem die Krebsdiagnose gestellt wurde – ähneln sich und dokumentieren den Diagnoseschock, in dem sich Patienten häufig noch Wochen und Monate lang befinden können. Emotionale Beeinträchtigungen lassen sich noch fünf Jahre nach der Diagnosestellung von Krebspatienten feststellen (Halstead & Fernsler, 1994). Die klinische Erfahrung zeigt, dass Patienten auch über diese Zeitspanne hinaus noch hohe Belastungswerte aufzeigen. In den meisten Fällen kommt die Diagnose „Krebs“ völlig unerwartet für die Patienten und erschüttert sie von Grund auf. Sie hatten zuvor – wie die meisten Menschen – die „Wirklichkeit“, krankheits-, kummer- und beschwerdefrei zu leben, konstruiert. Umso härter trifft es sie, wenn ihr Verständnis von sich und der Wirklichkeit so jäh in Frage gestellt wird. Nikolaus Gerdes bezeichnet die Krebsdiagnose anschaulich als einen „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (Gerdes, 1984). Diese Beobachtung ist bedeutsam, weil sie darauf hinweist, warum die Krebsdiagnose häufig eine schwere existenzielle Krise für die Patienten und ihre Angehörigen hervorruft und warum die psychische Belastung der Patienten aus Sicht der Organmedizin höher ist, als sie objektiv – also am „objektiven Befund“ gemessen – sein müsse. So stehen im Bedeutungsumfeld des Wortes „Krebs“ Aspekte der Lebensbedrohung häufig ganz im Vordergrund, sowohl als subjektives Erlebnis als auch als objektivierbar reduzierte Lebenserwartung (Muthny, Oberpenning, & Winter, 1998). Die Angst, dass die Erkrankung fortschreitet und an der Erkrankung sterben zu müssen, wird in vielen Studien, welche die Belastungen von Krebspatienten untersuchen, entsprechend häufig genannt (Faller, 1998; Dankert, Duran, & Engst-Hastreiter, 2003; Irvine, 2004). Dies entspricht auch der klinischen Erfahrung.

Schon die ersten Symptome oder der Verdacht auf eine Krebserkrankung lösen erheblichen (negativen) Stress bei den betroffenen Personen und deren Umfeld aus. Die Zeitspanne vor dem endgültigen Befund und insbesondere vor der Operation wird von den meisten Patienten und deren Angehörigen als extrem belastend erlebt. Die Patienten

berichten fast immer von Schlafstörungen, Unruhe und einer diffusen Angst. Die Krebsdiagnose hat, vor allem wenn ein fortgeschrittener Befund diagnostiziert wird, in der Regel gravierende Folgen für den persönlichen, familiären, sozialen und beruflichen Bereich. Besonders schwierig ist die Situation, wenn ein Elternteil mit zu versorgenden Kindern betroffen ist.

Schon 1893 beobachtete Snow in der ersten bekannten Studie zum Befinden von Krebspatienten, dass 156 von 250 Krebspatienten seelisch durch die Erkrankung sehr belastet waren (Baltrusch, Austarheim, & Baltrusch, 1963). Erst in den siebziger Jahren wurden systematische Studien zur psychischen Situation von Krebspatienten initiiert. Eine ganze Reihe von Untersuchungen dokumentiert mittlerweile den hohen Grad an psychischer Belastung vor und nach der Diagnosestellung. Hierzu gehören neben der „Todesbedrohung“:

- **die Angst vor der Behandlung, insbesondere einer Chemotherapie**
- **der Verlust der körperlichen Integrität**
- **der Verlust von Selbstbestimmung und Unabhängigkeit**
- **die Aufgabe von Alltagsaktivitäten**
- **das Infragestellen von Rollen in Beruf und Familie**
- **die soziale Isolierung (Holland & Rowland, 1989; Faller, 1998; Faller, Olshausen, & Flentje, 2003).**

Die Angaben über psychische Belastungen durch die Erkrankung variieren dabei je nach Wahl des Untersuchungsdesigns, der Stichprobe und der Messinstrumente. Die psychischen Auffälligkeiten werden explizit als Anpassungsstörung eingeordnet und als ein Aspekt der Krankheitsverarbeitung gesehen (Weis, Koch, & Matthey, 1998). Etwa fünf bis zehn Prozent der Krebspatienten werden als „psychosoziale Risikogruppe“ bezeichnet. Diese Patienten benötigen, so berichtet die Forschungsliteratur übereinstimmend, akut Hilfe im Sinne einer Krisenintervention durch einen besonders ausgebildeten Psychoonkologen (Pouget-Schors & Degner, 2002; Faller, Olshausen, & Flentje, 2003).

Die am häufigsten auftretenden Probleme (komorbide Störungen) stellen depressive Reaktionen und Ängste dar. Diese Befunde sind sowohl national als auch international gut dokumentiert (Mc Daniel, Musselmann, Porter, Reed, & Nemeroff, 1995; Kauschke, 2004; Massie, 2004; Singer et al., 2007). Die Prävalenz einer depressiven Störung wird auf 20-25% geschätzt. Die Autoren bemerken jedoch, dass Wechselwirkungen zwischen krankheits- oder behandlungsbedingten Symptomen konfundierend wirken können, so dass die Prävalenz unter- oder überschätzt werden kann (Weis et al., 1998; Mehnert, Lehmann, Cao, & Koch, 2006).²In drei Studien wurden allerdings unter explizitem Ausschluss körperlicher oder behandlungsbedingter Variablen, die für eine Depression verantwortlich sein könnten, eine Belastung der Patienten durch Ängste und depressive Symptomatik von 45,2% gefunden (Ziegler, Müller, & Grünwald, 1986; Ziegler, Jäger, & Schule, 1990). In einer weiteren Studie, in der die psychische Belastung mit dem *General Health Questionnaire (GHQ-12)*, einem Screening-Test zur Feststellung psychischer Störungen in der Normalbevölkerung (Goldberg & Williams, 1988), gemessen wurde, zeigten 44% der Patienten in der Initialbehandlung psychische Auffälligkeiten (Härter, 2000). Am kanadischen Cancer Centre in Thunder Bay (Ontario) wurde allen neu diagnostizierten Krebspatienten die *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Hermann & Buss, 1995) am Tag ihres Erstkontaktes im Center vorgelegt. 25,7% der Patienten, die die HADS vollständig ausfüllten, insgesamt 3035 Patienten, lagen über dem cutt off-Wert (Sellick & Edwardson, 2007). In einer großen Studie, in der mit dem FBK-R23 die psychische Belastung von 1721 Patienten mit unterschiedlichen Tumordiagnosen gemessen wurde, zeigten sich zwischen 23,4% der Patienten (Patienten mit gastrointestinalen Tumoren) und 40% (Mamma Ca Patienten) als hoch belastet. Dabei bedeutete die Angst vor der Erkrankung bzw. einem Fortschreiten der Erkrankung den höchsten Stress für die Patienten (Herschbach et al., 2004).

² Eine Reihe von Medikamenten, die zur Behandlung der Krebserkrankung eingesetzt werden, können psychische Probleme verursachen. So klagen z. B. viele Frauen über depressive Verstimmungen und sexuelle Unlust aufgrund antihormoneller Behandlung mit sehr negativen Konsequenzen für die Lebenszufriedenheit, insbesondere Partnerschaft und Sexualität.

Gut untersucht sind die psychischen Belastungen bei Brustkrebspatientinnen: In einer in Australien durchgeführten Studie mit 303 Brustkrebspatientinnen zeigten 45% der Frauen, bei denen ein Mamma-Karzinom im Frühstadium diagnostiziert worden war, psychische Auffälligkeiten in Form von kritischen Angst- und Depressionswerten. Eine ähnlich hohe Belastung in Form von Angst und Depression fand man bei 42% von 200 untersuchten Frauen mit metastasiertem Brustkrebs (Kissane et al., 2004). Eine Untersuchung mit dem FBK-R23 an 394 Frauen mit einem Brustkrebsbefund ergab eine Belastung bei 40,9%. Ein niedriges Lebensalter und das Ausmaß von Metastasen erwiesen sich hier als signifikanter Prädiktor für eine höhere psychische Belastung (Herschbach, et al., 2004). In einer weiteren Studie, an der 156 Brustkrebspatientinnen beteiligt waren, konnten diese hohen Belastungswerte, so die Autoren, nicht bestätigt werden. Die Frauen wurden über einen Zeitraum von 14 Monaten mit einer Reihe von standardisierten Instrumenten (einschließlich einer Fremdeinschätzung durch die behandelnden Ärzte) untersucht. „Lediglich“ 13,5% der Frauen zeigten eine klinisch relevante depressive Symptomatik, 33% eine mildere Ausprägung depressiver Symptome sowie Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2004). Die Autoren vermuten, dass die depressive Symptomatik bei Brustkrebspatientinnen bisher möglicherweise überschätzt wurde (Isermann, Diegelmann, Kaiser, & Priebe, 2001; Ditz, Diegelmann, & Isermann, 2006). Berücksichtigt man, dass in der Studie über 50% der Frauen psychisch über einen kritischen Wert hinaus belastet waren, verwundert diese Aussage. In einer weiteren Untersuchung konnten die hohen Depressionswerte bei Mamma Ca Patientinnen ebenfalls nicht bestätigt werden: Es wurden 77 Frauen mit einem primären Mamma Ca zu Beginn einer strahlentherapeutischen Behandlung hinsichtlich ihrer psychischen Belastung befragt. Eingesetzt wurde die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) und der *Hornheider Fragebogen (HF)*, ein krebsspezifisches Selbsteinschätzungsinstrument, das an Patienten mit Hauttumoren entwickelt wurde (Strittmatter, 1997). Auf der Depressivitätsskala der HADS waren nur 5% der Frauen auffällig. Die Angstskala ergab 20% auffällige Werte und im HF waren insgesamt 37% der Frauen belastet (Faller et al., 2003).

Untersucht man die Patienten mit Hilfe von krebsspezifischen Fragebögen wie mit dem HF, finden sich insgesamt höhere Belastungswerte als mit Fragebögen, die dem psych-

iatrischen Kontext entlehnt sind. So wurden 506 von 988 in einer radiologischen Poliklinik vorstellig gewordenen Patienten mit dem Hornheider Fragebogen nach ihrer psychischen Belastung befragt. Der HF wurde in Form eines strukturierten Interviews dargeboten, um eine hohe Beteiligungsmotivation zu erlangen. Es stellte sich heraus, dass 49% der untersuchten Patienten über das Schwellenmaß hinaus belastet waren. Dabei zeigte sich die höchste Belastung bei der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit, der tumorbezogenen Angst und der Neigung, sich Sorgen zu machen (Kasper & Kollenbaum, 2001). Ähnliche Ergebnisse fand man in der Klinik für Chirurgie an der Charité. Es wurden 406 Patienten mit der *Psychoonkologischen Basisdokumentation*, dem ersten deutschsprachigem Fremdeinschätzungsinstrument, nach ihrer subjektiv empfundenen Belastung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme interviewt. Das Resultat: Bei 168 Patienten, das sind 41,4%, wurde ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf festgestellt. Dabei spielte im somatischen Bereich die Belastung durch Müdigkeit und Erschöpfung eine große Rolle. Im Bereich der psychologischen Parameter gaben die Patienten vor allem Stimmungsschwankungen, Angst, Sorgen, Anspannung und Schlafstörungen als belastend an (Goerling, Odebrecht, Schiller, & Schlag, 2006).

Auch sind die Auswirkungen auf die interpersonellen Beziehungen gravierend. So suchten immerhin ca. ein Drittel der Krebspatienten in der Akutversorgung eines Krankenhauses mit 550 Betten die Psychoonkologie auf, weil sie unter Konflikten mit anderen Personen, dem Lebenspartner, Kindern oder Freunden, litten (Senf, 2006).

In jüngster Zeit untersucht man häufiger auch das Vorhandensein einer *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*. Kornblith (1998) fand bei 48% ein breites Spektrum an Symptomen, die zu einer PTBS passen, auch wenn das Vollbild einer PTBS „nur“ bei 4 bis 10% gefunden wurde. In einer Auswertung von neun Studien mit Patienten, die unterschiedliche Krebsdiagnosen aufwiesen, konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (Smith, Redd, Peyser, & Vogl, 1999). Die Prävalenzraten bewegten sich zwischen 1,4% und 39,7%. In einer deutschen Studie zeigten ein Drittel der Frauen die Symptome einer PTBS (Isermann et al., 2001). Die PTBS wurde hier mit der *Impact of Event-Scale* gemessen (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Wie stark die Belastungen von Patienten empfunden werden und wie sie mit ihnen umgehen, ist von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig. Alle im Folgenden genannten Faktoren stehen in einer komplexen Wechselwirkung miteinander (Heim, 1998; Koch & Weis, 1998; Rieg-Appleson, 2005).

- **Merkmale der Erkrankung (Art, Ausmaß, Zeitpunkt)**
- **Merkmale der Behandlung (Art, Häufigkeit, Dauer)**
- **Soziale Faktoren (z.B. der Familienstand)**
- **Berufliche Situation (berufstätig, finanziell abgesichert, erwerbslos)**
- **Körperliche oder psychische Begleiterkrankungen**
- **Persönlichkeitsfaktoren**
- **Vorerfahrung mit Krankheit und kritischen Lebensereignissen**
- **Ressourcen (personal, sozial, kulturell)**
- **Coping-Strategien**
- **Unterstützung durch Behandler**
- **Spirituelle Dimension.**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die psychosoziale Belastung von Krebspatienten in der Forschung unbestritten ist. In vielen empirischen Untersuchungen wird die Belastung gleich gesetzt mit dem Behandlungsbedarf. Eine Behandlung ergibt aber nur dann einen Sinn, wenn man positive Effekte, d.h. eine Verringerung des Leidens bzw. einen persönlich entlastenden Umgang mit dem Leiden erzielen kann. Deshalb untersucht das nächste Kapitel die Methoden und Ziele psychoonkologischer Interventionen.

1.2 Methoden und Ziele psychoonkologischer Interventionen

Je länger Krebspatienten mit ihrer Erkrankung leben, desto wichtiger wird es, wie sie mit der Diagnose Krebs umgehen (lernen). Kappauf und Gallmeier (2000) haben sich mit den Fragen, mit denen sich Krebspatienten und ihre Angehörigen häufig quälen, ausführlich auseinandergesetzt. Ihre Ausführungen und andere Schriften, die sich mit dem Thema „Leben mit Krebs“ beschäftigen, sowie Selbsthilfegruppen können bei der Krankheitsverarbeitung sehr behilflich sein. In vielen Fällen ist aber eine psychoonkologische Intervention erforderlich, weshalb die Bedeutung der Psychoonkologie gestiegen ist. Da die Probleme von Krebspatienten sich auf alle Aspekte menschlichen Lebens beziehen und mithin mehrdimensional sind (Holland, 2002), erfordern sie breit gefächerte Unterstützungsangebote, z. B.:

- **Information, Beratung, Begleitung**
- **Psychotherapeutische Einzelgespräche**
- **Kriseninterventionen**
- **Paar und/oder Familiengespräche**
- **Gruppentherapie/Beratung**
- **Symptomorientierte Verfahren wie medikamentöse Therapien, Stressbewältigung, kreative Therapieverfahren (z.B. Kunsttherapie oder Musiktherapie)**

Der Schwerpunkt der psychoonkologischen Behandlung im Akutkrankenhaus liegt in der Einzel- und Paarberatung. Die große Anzahl von Interventionsansätzen und -möglichkeiten ist dabei keiner besonderen Therapieschule verpflichtet und setzt z. B. Techniken aus der Verhaltenstherapie, der Humanistischen Psychologie, der Hypnose und der Tiefenpsychologie ein. Die Ziele psychoonkologischer Maßnahmen in der akutstationären Behandlung lassen sich wie folgt zusammenfassen (Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995; Larbig, Grulke, & Revenstorf, 2000; Tschuschke, 2002; Söllner & Keller, 2007):

- **Reduzierung von krankheits- und behandlungsbezogener Angst**
- **Abbau von Verzweiflung und depressiver Symptomatik**
- **Verringerung des Gefühls der Hilf- und Hoffnungslosigkeit**
- **Hilfestellung zur Klärung von Missverständnissen und Fehlinformationen auf der Station**
- **Verbesserte Compliance**
- **Verringerung der Gefühle von Isolierung und Vereinsamung durch Gespräche mit anderen in vergleichbarer Situation**
- **Ermutigung von Selbstverantwortung, gesund werden zu wollen**
- **Ganz allgemein: Verbesserung der Lebensqualität**

Fachgesellschaften betonen, dass jegliche psychologische und psychotherapeutische Intervention bei Krebspatienten unter supportiver, nicht aber unter kurativer Zielsetzung erfolgen sollte, um nicht Erwartungen zu wecken, die nicht gehalten werden können. Dass die aufgezählten Ziele auch erreicht werden können, zeigen mehrere empirische Untersuchungen, die im folgenden Kapitel ausgewertet werden.

1.3 Effekte psychoonkologischer Behandlung

Tschuschke (2002) fragt „Warum eigentlich psychosoziale Interventionen bei Krebskranken?“. Die Antwort, welche die dreißigjährige empirische Forschung der Psychoonkologie liefert, scheint einfach: Psychoonkologische Interventionen haben für die Krebspatienten, welche an den Folgewirkungen ihrer Krankheit leiden, großen Nutzen. Nachweisbar ist:

- 1. die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten und Angehörigen, indem insgesamt eine Stimmungsverbesserung erzielt wird, wodurch personale Ressourcen gestärkt und das Selbstwertgefühl gesteigert wird,**
- 2. die Vermeidung oder Linderung physischer Probleme (Schmerzen, Übelkeit, Fatigue),**
- 3. die Vermeidung einer Chronifizierung psychischer Belastungen**
- 4. die Verbesserung der immunologischen Situation,**
- 5. krankheitsfreie Intervalle und/oder Überleben.**

In den internationalen Leitlinien zur psychoonkologischen Versorgung sind annähernd 800 wissenschaftliche Studien im Bereich Psychoonkologie analysiert worden, welche die positiven Effekte für die ersten vier Bereiche konsistent nachweisen konnten (Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO), 1999; NBCC/NCCI, 2003). Die positiven Effekte auf das rezidivfreie Überleben werden allerdings bis heute kontrovers diskutiert. Am bekanntesten ist hier die Studie von Spiegel (1989) geworden. Er fand in einem Gruppeninterventionsprogramm bei Brustkrebspatientinnen signifikant längere Überlebenszeiten. Eine Replikationsstudie konnte diese Ergebnisse allerdings nicht bestätigen (Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, & Vincent, 2001). Längere Überlebenszeiten wurden jedoch immer wieder oft als „Nebenprodukt“ in Interventionsstudien gefunden, die das Ziel hatten, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. In einer Studie mit einem strukturierten psycho-educativen Interventionsprogramm zeigte die

Fünf-Jahres-Katamnese, dass die Patienten, die an dem Programm teilgenommen hatten, signifikant länger lebten. Was das rezidivfreie Intervall anbelangt, so zeigte sich auch hier ein positiver Trend (Fawzy & Fawzy, 2000). Eine erst kürzlich im „Journal of Clinical Oncology“ veröffentlichte Studie hat neben der signifikanten Verbesserung von Lebensqualitätsmerkmalen nach einem Gruppeninterventionsprogramm in der Zwei-Jahres-Katamnese ebenfalls signifikante Effekte auf das Gesamtüberleben herausgefunden. Die Zehn-Jahres-Katamnese bestätigte diese Ergebnisse (Küchler, Bestmann, Rappat, Henne-Bruns, & Wood-Dauphinee, 2007). Vermutet werden komplizierte bio-psycho-physische Wechselwirkungen. Eine Übersicht über zahlreiche Studien brachte beispielsweise den Beleg über positive Effekte psychoonkologischer Interventionen auf das Immunsystem (Newell, Sanson-Fisher, & Savolainen, 2002). Dass der Nachweis für eine wirksame Immunabwehr gegen Krebs bislang nicht überzeugend gelungen ist, wird von Psychoneuroimmunologen auf das Versäumnis zurückgeführt, die Effekte psychologischer Variablen auf das Immunsystem zu kontrollieren. Beispielsweise wurde, so die Autoren, nie berücksichtigt, in welchem Stimmungszustand sich die Patienten befanden, wenn ihnen das Blut zur Bestimmung der Immunparameter abgenommen wurde (Bovbjerg & Valdimarsdottir, 1998).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass – aufgrund der hohen positiven Effekte auf die Lebensqualität der Patienten – eine psychoonkologische Behandlung integraler Bestandteil einer Krebstherapie sein sollte und Patienten nicht mehr vorenthalten werden darf. Die psychoonkologische Versorgung in Deutschland, vor allem im akutstationären Bereich, weist jedoch gegenwärtig noch große Lücken auf.

1.4 Psychoonkologische Versorgung in Akutkrankenhäusern

Im folgenden Kapitel ist weiterführend zu untersuchen, wie sich die psychoonkologischen Versorgungsstrukturen in Akutkrankenhäusern aktuell darstellen und welche Formen der psychoonkologischen Versorgung man primär vorfindet. Das Kapitel mündet in die Darlegung der Diagnostik in der Psychoonkologie. Auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes werden die wichtigsten Methoden und Probleme der psychoonkologischen Diagnostik dargestellt und bewertet.

Die psychoonkologische Versorgungslage für erwachsene Krebspatienten stellt sich in Deutschland im Vergleich zur pädiatrischen Onkologie, in der eine psychoonkologische Betreuung mittlerweile zur Regelversorgung gehört (Labouvie, Kusch, & Bode, 2000), als äußerst defizitär dar. Bis 2002 beispielsweise gab es im Raum Frankfurt in keiner Klinik eine in die Klinikstruktur verankerte psychoonkologische Versorgung. In den letzten Jahren hat es aufgrund des Engagements der Fachgesellschaften³ insgesamt positive Entwicklungen gegeben. Beispielsweise sind deren Vorschläge und Forderungen nach psychoonkologischer Versorgung der Patienten in die Leitlinien zur Behandlung von Brustkrebs, -Darmkrebs- und Prostatakrebspatienten eingegangen. Seit der Einführung des Disease-Management-Programms Brustkrebs (DMP-Programme)⁴ und der Zertifizierung der Brustzentren⁵ wird eine psychoonkologische Begleitung der Betroffenen gefordert. Dies hat zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung geführt. Die Überprüfung dieser Vorgaben hängt jedoch sehr von der Person ab, welche die Zertifi-

³ Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (PSO) sowie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (Dapo) für den deutschen Sprachraum und der „International Society of Psycho-Oncology (IPOS) und der „European Society of Psycho-Oncology“ (ESPO) für den internationalen Sprachraum.

⁴ Unter Disease Management Programmen versteht man strukturierte Behandlungsprogramme für eine bestimmte Gruppe chronisch kranker Patienten. Sie orientieren sich an Leitlinien und sind sektorenübergreifend (Lauterbach, 2004).

⁵ Es gibt verschiedene Zertifizierungsmöglichkeiten für Kliniken. Sie orientieren sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften, z. B. der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (www.deutsche.krebsgesellschaft.de). Hier sind u.a. Empfehlungen für die psychoonkologische Betreuung der Patienten festgehalten (siehe z. B. die S3-Leitlinie Mamma Ca der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.).

zierung durchführt. So sind die Versorgungsstrukturen, wenn vorhanden, regional und auch von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich und sie existieren fast ausschließlich nur für Patientengruppen, die in zertifizierten Zentren behandelt werden. Momentan ist allerdings eine Entwicklung hin zur Zentrenbildung und deren Zertifizierung zu verzeichnen, so dass zukünftig für immer mehr Krebspatienten psychoonkologische Behandlung bereitgestellt werden muss. Dennoch: eine routinemäßige psychoonkologische Versorgung aller Krebspatienten eines Krankenhauses, wie in den USA an fast allen Krebszentren routinemäßig vorhanden, wird in Deutschland noch auf Jahre hin die Ausnahme bilden.⁶

1.4.1 Formen psychoonkologischer Behandlung im Akutkrankenhaus

Die Behandlung von Krebspatienten im Akutkrankenhaus erfolgt vor allem über Liaison- und Konsiliar-Dienste. Die genannten Dienste bilden den Hauptzugangsweg zur Versorgung der Patienten. Im Liaisondienst ist der Psychoonkologe vor Ort in das Behandlungsteam integriert. Liaison-Dienste sollen nach Weis et al. (1993) der beste Weg sein, psychoonkologisches Arbeiten in die somatische Akutversorgung zu transferieren. Sie besitzen allerdings Seltenheitswert. Im Konsiliardienst wird der Psychoonkologe angefordert, wenn der Arzt oder die Pflege einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf erkennt. Das sind meist Momente, in denen der Patient selbst oder der Angehörige dem Behandlungsteam durch ihr Verhalten (stark gedrückte Stimmung, Weinen, Aggressivität) auffallen. In diesen Bereich fallen die meisten Kriseninterventionen bei Patienten und manchmal auch bei den Angehörigen und dem Behandlungsteam selbst. Konsiliar-Dienste können sowohl in die Klinik integriert als auch extern angesiedelt sein. Letzteres ist eher die Regel und oft sind es psychoonkologisch nicht weiter gebildete Psychiater, die hier konsultiert werden. Dies ist für Patienten oft keine gute Lösung, da eine zusätzliche Stigmatisierung gefürchtet wird. Diese Angebote werden, wie die klinische Praxis zeigt, wenig akzeptiert. In der Praxis werden beide Verfahren oft kombiniert. Man spricht hier von einem *Konsiliar-Liaison-Dienst*, kurz CL-Dienst genannt (Stein & Herzog, 2003). In der Forschungsliteratur wenig beschrieben, in der Praxis aber öfter angeboten, ist die Behandlung von Patienten und Angehörigen, die selbst auf den Psychoonkologen zukom-

⁶ Vgl. als große Ausnahme das „Herforder Modell“ (Muthny, 1998; 2000).

men und einen subjektiven Bedarf nach psychoonkologischer Behandlung formulieren. Der festgestellte Behandlungsbedarf, d.h. die Diagnostik, erfolgt bei den genannten Zugangswegen von allen Beteiligten nach subjektiven Faktoren. Eine psychoonkologische Diagnostik mit validen Messinstrumenten findet dabei äußerst selten statt. Potenzielle Geldgeber, z. B. Krankenkassen oder Klinikleitungen, zweifeln deshalb Bedarfszahlen an und stellen dementsprechend keine finanziellen Mittel bereit.

1.4.2 Behandlungsbedarf im Akutkrankenhaus

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf ergibt sich dann, wenn ein bestimmtes Ausmaß an Problemen und Symptomen bei einem Krebspatienten vorliegt, d.h. wenn ein kritischer Wert überschritten ist (Pouget-Schors & Degner, 2002). Bedarfszahlen sind vorwiegend an Patienten, die in Rehabilitationskliniken behandelt werden, ermittelt worden. Sie liegen für Akutkrankenhäuser überwiegend, wenn überhaupt, nur für Patienten mit ausgewählten Tumordiagnosen vor. Eine aktuelle, über mehrere Jahre laufende Studie, in der 689 Krebspatienten einer Universitätsklinik in einem *strukturierten klinischen Interview (SKID)* zu ihrer psychosozialen Belastung befragt wurden, ergab hohe Prävalenzraten für psychische Störungen: 222 Patienten (32,2%) litten unter einer psychischen Störung nach dem „*Diagnostischen Manual Psychischer Störungen IV*“ (DSM IV) und 83% der Befragten wünschte sich eine psychosoziale Unterstützung (Singer et al., 2007). Diese Ergebnisse werden durch eine Untersuchung an der Universitätsklinik Heidelberg unterstützt (Keller et al., 2004). Valide Daten zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf in Akutkrankenhäusern, die alle Diagnosegruppen erfassen, liegen dennoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Man kann sich deshalb nach wie vor nur an den allgemein veröffentlichten Bedarfszahlen von ca. 30 bis 40% orientieren, die jedoch, wie schon erwähnt, vorwiegend in Rehabilitationskliniken gewonnen wurden, d.h. nachdem Patienten ihre Primärbehandlung bereits abgeschlossen haben. Um eine am Bedarf orientierte psychoonkologische Versorgung in einer Organisation wie dem Akutkrankenhaus planen zu können, sind valide Bedarfszahlen jedoch unerlässlich.

1.5 Bedarfsdiagnostik in der Psychoonkologie

Die Bedarfsdiagnostik im psychosozialen Bereich ist kein einfaches Unterfangen (Weis et al., 1998). Schon der Begriff *Bedarf* selbst wird sehr unterschiedlich gefasst. Die Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Sachverständigenrat, 2001) unterscheidet zwischen dem *subjektiv empfundenen Bedarf*, dem *fachlich definierten Bedarf* sowie dem *wissenschaftlich bestätigten Bedarf* (Expertenkommission der WHO 1978). Der Sachverständigenrat für die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (SVR, 2001) definiert Bedarf als ein Befinden, das durch eine entsprechende Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt. In die Feststellung des Bedarfs gehen eine Reihe von wissenschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen sowie normativen Aspekten und Argumenten ein (Koch & Potreck-Rose, 1990:114). Diese Vielfalt impliziert, dass sehr verschiedene Interessengruppen in die Bedarfsdiagnostik involviert sind: Patienten, Fachkräfte, Wissenschaftler, die Öffentlichkeit und potenzielle Geldgeber. Insgesamt nimmt die empirische Erforschung des Bedarfs an psychosozialen Hilfen für Tumorkranke einen sehr geringen Teil innerhalb der psychoonkologischen Forschung ein (Buhrmester, 1987; Koch & Potreck-Rose, 1990).

Noch 2006 wird in der Fachzeitschrift „Onkologie“ konstatiert: „Das Thema ‚Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie‘ beschäftigt uns seit ca. 20 Jahren...“ und weiter: „tatsächlich handelt es sich um ein kompliziertes Problem – und dies aus unterschiedlichen Gründen“ (Herschbach, 2006:41).

Die Komplexität des Problems ist insbesondere dadurch bedingt, dass die Indikationsstellung in der Psychoonkologie und damit die Diagnostik nach sehr unterschiedlichen Kriterien erfolgen kann. Solche Gesichtspunkte sind:

- **der subjektiv formulierte Bedarf der Patienten**
- **die Nachfrage**
- **das Inanspruchnahmeverhalten**
- **der objektiv formulierte Bedarf der Experten**
- **die Merkmale der Erkrankung**

- **die psychiatrischen Begleiterkrankungen**
- **ein aktives oder passives Coping**
- **die allgemeinen psychosozialen Belastungen (Herschbach, 2006)**

Fast alle Zugangswege sind mit Problemen verbunden. Das subjektive Bedürfnis des Patienten nach Versorgung hängt von vielen Faktoren ab. So muss ein Patient den subjektiven Bedarf wahrnehmen können oder „dürfen“. Abwehr, z. B. Verleugnungsprozesse, verhindern aber oft diese Wahrnehmungsmöglichkeit (Faller, Lang, & Schilling, 1998; Koch & Weis, 1998; Herschbach, 2006). Hinzu kommt, dass viele Patienten sich nicht vorstellen können, wie ein Psychoonkologe in einer primär medizinisch definierten Situation hilfreich sein könnte. Sie müssen also die Hoffnung haben, dass das Angebot ihnen auch helfen kann. Oft ist auch das Leistungsspektrum der Psychoonkologie den Patienten nicht bekannt oder vorstellbar, wie die klinische Praxis immer wieder erkennen lässt. Eine Studie, die in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass Brustkrebspatienten häufiger nach einer psychosozialen Betreuung fragten als Dialysepatienten. Die Autoren vermuten, dass Brustkrebspatienten in der Akutversorgung von psychoonkologischen Unterstützungsangeboten Kenntnis hatten oder Hilfen in Anspruch genommen haben, Dialysepatienten hingegen diese Hilfen nicht zur Verfügung standen (Muthny & Koch, 1984). Auch Schamgefühle verhindern, dass Patienten von sich aus auf den Psychoonkologen zugehen. Aussagen wie: „Das brauche ich doch nicht, das schaffe ich schon alleine“ oder „Man ist ja kein Schwächling, ich war immer eine starke Person“ sind im klinischen Alltag immer wieder zu hören. Äußert der Patient einen Bedarf oder das Bedürfnis nach psychoonkologischer Behandlung, kann dies mit der Nachfrage nach Behandlung gleichgesetzt werden. Dies muss aber nicht zur Folge haben, dass Patienten die nachgefragte Leistung auch in Anspruch nehmen. Von der Nachfrage kann also nicht ohne weiteres auf den Bedarf geschlossen werden. Entsprechend ist es nicht zulässig, von der Inanspruchnahme auf einen objektiven, d.h. vom Experten definierten Bedarf zu schließen, wie folgendes Beispiel aus dem Klinikalltag belegt: Eine Patientin fragte nach einem Gesprächstermin (Nachfrage) in der Psychoonkologie (subjektiv verbalisierter Bedarf oder Bedürfnis) und nahm diesen auch wahr (Inanspruchnahme). Es erfolgte eine routinemäßige Exploration mit dem Ergebnis, dass die Patientin nicht über einen kritischen Wert hinaus belastet war. Auf die Frage, was sie zu dem Gespräch motivierte, antwortete die Patientin: „Ich dachte, man weiß ja nie; besser schon

mal vorher Informationen einholen und sehen, wen man da so vor sich hat. Wenn es mir irgendwann schlecht gehen sollte, ist es ja auch besser, wenn Sie mich kennen.“ Hieraus lassen sich zwei Schlussfolgerungen ziehen: Die Patientin hat erstens offensichtlich eine mögliche Belastungssituation, die sie nicht selbst bewältigen kann, antizipiert. Sie wollte zweitens, ohne sich aktuell stark belastet zu fühlen, mögliche Unterstützungsmöglichkeiten ausloten und u. a. prüfen, ob sie dem Psychoonkologen im Notfall vertrauen kann. Die vom Experten eingeschätzte so genannte objektive Belastungsdiagnostik ergab dann keinen Behandlungsbedarf.⁷ Der objektive Bedarf wird auch als professionell definierter Bedarf bezeichnet (Schwartz & Busse, 2003) und im Klinikalltag vor allem von Ärzten (Konsil), der Pflege, dem Sozialdienst oder dem Psychoonkologen festgelegt. Dieser objektive Bedarf muss also nicht notwendigerweise mit dem subjektiv formulierten Bedarf übereinstimmen. Es gilt aber auch der umgekehrte Fall, wenn objektiv ein Bedarf festgestellt wird, aber der Patient selbst keinen Bedarf erkennt bzw. keine Versorgungsleistung in Anspruch nimmt. Der Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) spricht hier von einem latenten Bedarf (Sachverständigenrat, 2001, Band III). Tatsächlich geschieht es im Klinikalltag häufig, dass der Arzt einen Behandlungsbedarf sieht, der Patient aber keine Versorgung möchte. Die Inanspruchnahme von Leistungen ist also an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden. Den Schluss von der Inanspruchnahme des psychoonkologischen Angebotes auf den Bedarf zu ziehen ist daher unzulässig.

Wie schon ausgeführt, wird in Kliniken, wenn psychoonkologische Versorgung vorgehalten wird, der Bedarf im Rahmen des Konsiliarverfahrens festgelegt. Es handelt sich also um einen von Experten definierten Bedarf. Den Hintergrund bildet die Annahme, dass der behandelnde Arzt seine Patienten gut kennt. Eine Reihe von Studien belegen jedoch, dass Selbst- und Fremdeinschätzung aus sehr unterschiedlichen Gründen nicht oder nur gering korrelieren können. So ist damit zu rechnen, dass z. B. Abwehrprozesse auf der Seite des Patienten und des Behandlungsteams eine große Rolle spielen, wenn ein Bedarf oder das Gegenteil diagnostiziert wird (Söllner et al., 2001; Keller et al., 2004).

⁷Auf eine Darlegung der Unterschiede zwischen Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie und Informationsbedarf in der Psychoonkologie wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das subjektive Bedürfnis des Patienten nach psychoonkologischer Behandlung, die Nachfrage und das Inanspruchnahmeverhalten sowie der objektiv definierte Bedarf von vielen Faktoren abhängig sind und „...gerade im Bereich psychosozialer Hilfsangebote (...) aufgrund dieser Voraussetzungen eine objektive, d.h. eine auf empirischem Wissenstand fußende Bedarfsschätzung nur mit Einschränkungen möglich sein“ wird (Weis, 1990:115).

Wiederholt wurde gefordert, Merkmale der Erkrankung als diagnostisches Kriterium für psychoonkologischen Betreuungsbedarf heranzuziehen, da man davon ausgehen könne, dass eine „objektiv“ schwierige Erkrankungssituation, z.B. ein Patient mit ungünstiger Krankheitsprognose oder starken Schmerzen, den höchsten Behandlungsbedarf entwickelt. Untersuchungen ergaben jedoch, dass der objektive Befund nur sehr gering mit dem subjektiven Befinden korreliert (Herschbach, 2002; 2006), wie auch das folgende Beispiel aus dem klinischen Alltag belegt: Die Psychoonkologie wurde konsiliarisch zu einer 41jährigen Patientin mit weit fortgeschrittenem Mamma Ca gebeten, die unter starken Schmerzen litt. Die Patientin, eine Japanerin, war hoch erstaunt über den Besuch des Psychoonkologen. Sie äußerte keinen Behandlungsbedarf, fand den „Besuch“ aber „sehr nett“ und war einem Gespräch gegenüber aufgeschlossen. Wie sich herausstellte, war die Patientin fest von ihrer Heilung überzeugt und fühlte sich insgesamt von Beginn ihrer Erkrankung an wenig belastet. Dies wurde, nachdem die Patientin verstorben war, von ihrem Ehemann und den Kindern bestätigt. Ein objektiver Bedarf lag nach Einschätzung des Psychoonkologen (Fremdeinschätzung = expertendefinierter Bedarf) nicht vor und auch eine Diagnostik mit dem FBK-R23 ergab keine auffälligen Werte.

Auch das Kriterium der psychiatrischen Begleitdiagnosen (psychiatrische Komorbidität) hat sich als wenig hilfreich erwiesen. Der überwiegende Anteil von belasteten Patienten wird übersehen, da in den entsprechenden Fragebögen oder Interviews ein bestimmter Schweregrad der Symptome oder eine bestimmte Häufigkeit von Symptomen diagnostiziert werden muss, um eine entsprechende (psychiatrische) Diagnose stellen zu können. Psychische Belastung und Betreuungsbedürftigkeit kann aber auch dann gegeben sein, wenn manifeste psychopathologische Symptome nicht vorhanden sind. Auch unter dem Aspekt der Interventionsziele, z. B. dem Verhindern einer Chronifizierung der psychischen Belastung, ist dieses Herangehen aufgrund klinischer Erfahrung wenig sinnvoll.

Des Weiteren hat die Coping-Forschung Versuche unternommen, die Indikationsfrage zu lösen: Menschen, die z. B. eher zu einem passiven Coping-Stil neigen, sollten aktiv unterstützt werden, um zu einem angemessenen Coping zu finden. Da aber Copingprozesse hoch komplex sind und von zahlreichen (Stör)Variablen beeinflusst werden, erwies sich dieses Verfahren als ungeeignet (Muthny, 1994).

Die Merkmale „psychosoziale Belastung“ und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ hingegen gelten mittlerweile als hinreichend ausgereifte und operationalisierte Konstrukte zur Identifizierung betreuungsbedürftiger Tumorpatienten (Herschbach, 2006). Der Transfer in die klinische Praxis hat jedoch bisher nicht stattgefunden.

Instrumentbezogene Probleme der Erfassung

Schon früh wurden zur Identifizierung psychisch belasteter Krebspatienten Fragebögen eingesetzt. Viele der bis heute verwendeten Fragebögen sind Selbsteinschätzungsinstrumente, die für den psychiatrischen Kontext entwickelt worden sind, z.B. die „Hospital Anxiety Depression Scale“ (Hermann & Buss, 1995) das „Brief Symptom Inventory“ (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001) sowie die „Brief Symptom Checklist“ (Derogatis, 1977). In neuester Zeit setzt man auch den „Patient Health Questionnaire“ ein (Löwe, 2003).⁸ Die Problematik dieser Instrumente wurde früh erkannt und aufgezeigt: Sie sind nicht krebspezifisch und bergen mannigfaltige Fehlerquellen. So werden Fragen gestellt, um paranoides Denken zu eruieren, die Krebspatienten verwirren, z.B.: „Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen?“ Auch ist es wenig sinnvoll, wenn ein Patient mit Magenkrebs gefragt wird, ob er unter dem Gefühl von Übelkeit und Magenverstimmung leide, wodurch er in der psychiatrischen Kategorie „Somatisierung“ automatisch eine hohe Punktzahl erhält (Derogatis, 1977). Andererseits werden Probleme, unter denen Krebspatienten leiden, nicht berührt, z. B. Fragen nach Sorgen/Ängsten darüber, ob die Krankheit fortschreitet (Herschbach, 2006). Die Aufgabe psychiatrischer Messinstrumente ist es, Gefühle und Gedanken von Menschen zu erfassen und zu bewerten, die psychisch oder psychiatrisch krank sind. Sie sollen also psychopathologisches Verhalten

⁸Eine Synopse aller gebräuchlichen Verfahren liefern Mehnert et al. (2006: 462f).

diagnostizieren. Gedanken und Gefühle von Tumorpatienten entwickeln sich aber in der Regel nicht auf dem Boden einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung. Sie sind angemessen und rational begründbar (Herschbach, Brandl, Knight, & Keller, 2004). Psychiatrische Messinstrumente werden also Krebspatienten nicht gerecht und liefern dem entsprechend falsche Daten. So wurden in einer Untersuchung von Faller et. al (2003) nur fünf % der mit der HADS untersuchten Patienten als „depressiv“ erkannt. Dieses Ergebnis stimmt nicht mit vielen anderen Untersuchungen, die krebspezifische Messinstrumente einsetzen, überein. Die Autoren verweisen deshalb selbst auf die geringe Sensitivität des Instruments für die psychoonkologische Bedarfsermittlung.

Abschließend kann konstatiert werden, dass Instrumente, die für den psychiatrischen Bereich entwickelt wurden, nur zum Teil differenzierungsfähig sind und bedarfsrelevante Variablen außer Acht lassen (Herschbach & Henrich, 1987; Strittmatter, Mawick, & Tilkorn, 1998). Das junge Fachgebiet der Psychoonkologie begann deshalb früh, spezifische psychoonkologische Instrumente zu entwickeln, die im folgenden Kapitel zu analysieren und zu qualifizieren sind.

1.5.1 Die Entwicklung spezifischer Instrumente in der Psychoonkologie

Sowohl aufgrund der dargestellten inhaltlichen Problematik der Bedarfsdiagnostik (subjektiver vs. expertendefinierter Bedarf; objektive Krankheitsmerkmale; Copingstrategien) als auch der methodischen Probleme der Bedarfsdiagnostik (verschiedenste Messinstrumente aus dem psychiatrischen Kontext; Messinstrumente, die nicht praktikabel für den klinischen Kontext im Akutkrankenhaus sind) begann die psychoonkologische Forschung, sich bei der Entwicklung von Messinstrumenten zur Indikationsstellung an der subjektiv empfundenen Belastung eines Krebspatienten zu orientieren.

Peter Herschbach, einer der Pioniere der psychoonkologischen Bedarfserfassung im deutschsprachigen Raum, hatte bereits 1985 einen „krebsspezifischen“ Fragebogen konzipiert, den „Fragebogen zur Belastung von Krebskranken“ (FBK). 1986 folgte der „Hornheider Fragebogen“ (HF), der explizit für eine sehr belastete Patientengruppe entwickelt wurde, nämlich für Patienten mit Gesichts- und Hauttumoren, vorwiegend Melanompatienten (Strittmatter, 1997). Für Patienten mit anderen Tumordiagnosen war der „Hornheider Fragebogen“ in dieser Form nicht geeignet.

Insgesamt ist ein Trend zu beobachten, immer kürzere Fragebögen zu entwickeln. So gibt es mittlerweile sowohl vom „Fragebogen zur Belastung von Krebskranken“ eine kürzere Form, den FBK-R23 (Herschbach, Marten-Mittag, & Henrich, 2003), als auch vom „Hornheider Fragebogen“ (Strittmatter et al., 1998). Der national und international wohl kürzeste Fragebogen ist das *Distress-Thermometer (DT)* von Jimmie Holland (1989). Er erfasst allgemein und global Art und Ausmaß der Belastung („distress“) bei onkologischen Patienten. Alle genannten Instrumente sind jedoch unverändert mit dem Problem der Selbsteinschätzung konfrontiert. Wie dargelegt, liefert die Auskunft des Patienten über sein Befinden nur bedingt Anhaltspunkte für seine psychoonkologische Betreuungsbedürftigkeit. Patienten mit stummen Krisen oder Schamgefühlen werden nicht hinreichend erfasst. Psychoonkologen haben deshalb aufgrund praktischer Erfahrung angeregt, eine Fremdeinschätzungsskala für die Beurteilung des psychosozialen Befindens von Krebspatienten zu entwickeln. Diese Skala sollte alle Krebspatienten umfassend und verlässlich kategorisieren können. Ein solches Instrument zur Erfassung des

psychosozialen Befindens von Krebspatienten lag 1999 weder national noch international vor.⁹ Um diese Lücke zu schließen, wurde die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)¹⁰ entwickelt (Herschbach et al., 2004). Sie erfasst die subjektiv empfundene Belastung von Krebspatienten hinsichtlich des körperlichen und psychischen Befindens. Verleugnungsprozesse können hier anhand diskrepanter verbaler und nonverbaler Äußerungen miterfasst werden. Seit 2006 liegt darüber hinaus eine speziell für Brustkrebspatienten entwickelte Form dieses Fragebogens vor, die PO-Bado-BK¹¹. Die PO-Bado ist jedoch erfahrungsgemäß für den klinischen Alltag eines Akutkrankenhauses nicht geeignet. Aufgrund der begrenzten Zeit ist es organmedizinisch tätigen Ärzten in der Regel nicht möglich, differenzierte und emotionsbezogene Gespräche von 20 bis 30 Minuten Dauer zu führen. Folglich wurde die PO-Bado nur sporadisch und fast ausschließlich in Rehabilitationskliniken eingesetzt. Aus diesem Grunde lag es nahe, eine Kurzversion der PO-Bado, die PO-Bado-KF, als Screeninginstrument zu entwickeln. Ziel der PO-Bado-KF ist es, dass der nicht spezialisierte Arzt die subjektiv empfundene Belastung des Patienten im Anamnesegespräch ohne erheblichen zeitlichen Mehraufwand valide einschätzen und dokumentieren kann. Stellt der Arzt eine erhöhte Belastung fest, soll der Patient zur weiteren Abklärung dem Psychoonkologen überwiesen werden. Allerdings wurde die PO-Bado-KF bisher nicht im Routinealltag einer Akutklinik auf ihre Praktikabilität hin überprüft.

⁹Vorbilder von Ratingskalen gab es nur für den körperlichen Bereich, wie etwa der Karnofsky-Index (Karnofsky, 1948).

¹⁰Zur ausführlicheren Beschreibung der PO-Bado, bzw. Po-Bado-KF vgl. Kap. 2.4.1

¹¹Zur ausführlicheren Beschreibung der PO-Bado-BK, vgl. Kap. 2.4.2

1.6 Resümee

Die Basis für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bilden Erfahrungen in der psychoonkologischen Behandlung von Krebspatienten im ambulanten und akutstationären Bereich.

Die Anzahl der Menschen, die im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken und mit der Erkrankung immer länger leben, steigt kontinuierlich. Trotz verbesserter Heilungschancen haben die Symptome der Erkrankung, vor allem aber die Behandlung selbst, schwere körperliche, psychische und soziale Belastungen zur Folge. Krebserkrankungen gehören zu den am meisten gefürchteten Krankheiten und sind mit großen Ängsten vor Schmerzen, einem langen Leidensweg, Siechtum und Tod verbunden. Die plötzliche Konfrontation mit der Möglichkeit des Sterbens löst nicht selten existenzielle Krisen aus. Darüber hinaus erfährt der Patient im Krankenhaus häufig einen großen Verlust an Autonomie sowie eine Verletzung seiner Intimsphäre, seiner körperlichen Integrität und seines Selbstwertgefühls. Diese psychischen Belastungen und Anforderungen führen dazu, dass die Verarbeitungskapazitäten der Patienten oft nicht ausreichen. Die Betroffenen entwickeln als Folge zusätzliche (komorbide) psychische und psychosoziale, behandlungsrelevante Probleme, die, wenn sie unbehandelt bleiben, chronifizieren können. Im Gegensatz dazu ist gut belegt, dass psychoonkologische Interventionen hohe positive Effekte erzielen, welche die Lebensqualität der Patienten entscheidend verbessern helfen. Zu bedenken ist jedoch, dass nicht alle Krebspatienten, insbesondere zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts, professionelle psychoonkologische Behandlung benötigen, da die eigenen personellen und sozialen Verarbeitungskapazitäten (Ressourcen) ausreichen. Eine frühzeitige und valide Identifizierung betreuungsbedürftiger Patienten ist deshalb unabdingbar. Ein adäquates, diagnostisches Screening bildet dabei die Vorbedingung für eine weitergehende fachpsychologische Abklärung. Manifest und subklinisch belasteten Patienten können auf diese Weise gezielte Betreuungsangebote gemacht werden. Die Auswertung einer langen Reihe von Untersuchungen belegt, dass eine routinemäßige Belastungsdiagnostik in Kliniken nicht stattfindet. Valide Bedarfszahlen für Akutkrankenhäuser liegen deshalb nicht vor. Sie bilden aber die Voraussetzung für eine Bedarfsplanung und für die Bereitstellung finanzieller Mittel, die von

Kostenträgern bisher noch nicht bereitgestellt werden. Ein Belastungsscreening wird deshalb auch im Rahmen der Leitlinienentwicklung immer wieder eingefordert.

Ein Grund für fehlende psychoonkologische Diagnostik im Akutkrankenhaus ist, dass die Erfassung psychosozialer Probleme bei onkologischen Patienten inhaltlich und methodisch große Schwierigkeiten bereitet. Selbsteinschätzungsfragebögen, insbesondere solche, die dem psychiatrischen Kontext entlehnt sind, werden Krebspatienten nicht gerecht, da sie z. B. Verleugnungsprozesse bei Patienten nicht berücksichtigen. Darüber hinaus liefert auch die Fremdeinschätzung durch den Arzt und die Pflege dem Psychoonkologen keine validen Daten. Fremd- und Selbsteinschätzung stimmen, wie betont, oft nicht überein. 2004 wurde deshalb die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) als erstes krebsspezifisches Fremdeinschätzungsinstrument entwickelt. Mit ihr wurde es möglich, die subjektiv empfundene Belastung von Krebspatienten hinsichtlich des körperlichen und psychischen Befindens valide zu erfassen. Die PO-Bado zeigte sich für den Routinealltag in einem Akutkrankenhaus als nicht geeignet. Sie ist aufgrund der Länge für den Arzt zu zeitaufwendig und auch für den Patienten zu belastend. Seit Ende 2006 liegt als Screeninginstrument die Kurzversion der PO-Bado vor, die PO-Bado-KF. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es allerdings keine Studie, die dieses Screeninginstrument in einem Akutkrankenhaus und unter Routinebedingungen auf seine Praktikabilität hin untersucht hat. Die vorliegende Studie setzt an diesem Forschungsdesiderat an.

1.7 Ziele der vorliegenden empirischen Studie

Zentrales Ziel der empirischen Untersuchung ist die Beantwortung der Frage, wie viele Krebspatienten, die sich in einem Schwerpunktkrankenhaus (Frankfurter Diakoniekliniken/Markus-Krankenhaus) in akutstationärer Behandlung befinden, psychosozial über ein kritisches Maß hinaus belastet sind.

Für die Belastungsdiagnostik soll dabei erstmals die seit 2006 vorliegende Kurzform der psychoonkologischen Basisdokumentation, die PO-Bado-KF, zum Einsatz kommen.

Über dieses Ziel hinaus sollen Zusammenhänge zwischen psychoonkologischem Behandlungsbedarf und weiteren Faktoren untersucht werden. Insbesondere der Einfluss soziodemografischer Parameter wie das Alter der Patienten und krankheitsbezogene Daten wie die Art und Ausbreitung des Tumors werden in der Literatur sehr heterogen berichtet.

Da Selbst- und Fremdbeurteilungen der psychologischen Befindlichkeit häufig widersprüchlich ausfallen und Patienten, die ausschließlich mit Selbsteinschätzungsfragebögen untersucht werden, erfahrungsgemäß nicht hinreichend erfasst werden, ist es das methodologische Ziel dieser Untersuchung, den Behandlungsbedarf in einem Schwerpunktkrankenhaus erstmals ausschließlich anhand von krebsspezifischen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten empirisch zu erheben. Zu prüfen ist, ob sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Untersuchungsmethoden erkennen lässt.

2. Empirischer Teil

2.1 Rahmenbedingungen

Das Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main, in dem die vorliegende Studie durchgeführt wurde, gehört zu den Frankfurter-Diakonie-Kliniken. Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Akademisches Lehrkrankenhaus der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt und der Universität Pécs in Ungarn nimmt es mit mehr als 550 Betten einen überregionalen Versorgungsauftrag wahr. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, umfasst das medizinische Angebot zahlreiche Fachabteilungen, in denen pro Jahr ca. 1000 bis 1200 Krebspatienten behandelt werden.

Fachabteilungen	Bettenzahl
Allgemeinchirurgie	46
Orthopädie / Unfallchirurgie	56
Medizinische Klinik I	82
Medizinische Klinik II	52
Medizinische Klinik III	28
Gynäkologie und Geburtshilfe	37
Urologie	46
Chirurgische Intensivstation	8
Internistische Intensivstation	10
Geriatric	22
Psychiatrie (stationär)	90
Psychiatrie Tagesklinik (teilstationär)	20
Teilstationäre Dialyseplätze	13
Plastische Chirurgie	38
Summe (inklusive teilstationär)	548
Summe (exklusiv teilstationär)	515

Tabelle 1: Fachabteilungen und Bettenzahl (Stand 07/2007)

Das onkologische Behandlungs- und Betreuungsangebot reicht von der medizinischen Therapie über spezielle pflegerische Maßnahmen bis hin zur Ernährungs- und Physiotherapie. Eine katholische und eine evangelische Pfarrerin sowie ein Medizinethiker sind in die Klinikstruktur integriert. Die sozialrechtliche Betreuung wird durch den Kliniksozialdienst gewährleistet. 2004 wurden, initiiert durch einen Arbeitskreis „Psychoonkologie“, der sich in der Klinik gebildet hatte, Projektgelder akquiriert und eine Stelle für die psychoonkologische Versorgung der Patienten geschaffen. Seit 2006 wird diese Stelle von der Klinik getragen. Seit 2008 stehen zwei Vollzeitstellen zur Verfügung.

Diese Forschungsarbeit stellt einen Teilaspekt einer von der H. W. & J. Hector Stiftung finanzierten Studie „Psychoonkologische Bedarfserfassung an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung“ dar. Ziel des noch laufenden Projektes ist es, den psychoonkologischen Behandlungsbedarf aller der in der Klinik behandelten Krebspatienten in einem definierten Zeitraum zu erfassen, ferner die Diagnostik zu implementieren und die behandelnden Ärzte entsprechend zu schulen. Den Zuschlag erhielt die Studie aufgrund ihrer hohen Praxisrelevanz und dem Umstand, dass ein Projekt dieser Art bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht vorliegt. Zudem wurden die zu erwartenden mittelbaren Effekte für Patienten, Angehörige und die Behandler positiv gewertet. Vor dem Beginn der Untersuchung wurde eine Pilotstudie mit 10 Patienten durchgeführt, um vorab Ablaufprobleme zu erkennen und in der Studie zu vermeiden. Diese 10 Patienten sind in diese Studie nicht eingeschlossen worden.

2.2 Rekrutierung der Patienten

Aufgrund der Zahl der in den Vorjahren behandelten Krebspatienten war davon auszugehen, dass eine große Stichprobe von etwa 400 bis 500 Krebspatienten erreicht werden konnte. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden alle Krebspatienten, die zur stationären Aufnahme kamen oder bei denen im Verlauf ihres stationären Aufenthaltes eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde, in den ersten drei Tagen ihres stationären Aufenthaltes mit Hilfe der beschriebenen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente untersucht. Das Angebot der psychoonkologischen Unterstützung wurde allen befragten Krebspatienten gemacht und war begleitend zur Studie weiterhin allen Krebspatienten der Klinik zugänglich. Im Sinne der Qualitätssicherung und um eine möglichst realitätsgetreue Abbildung der in der Klinik behandelten Krebspatienten zu bekommen, wurden die Einschlusskriterien für die Studie weit gefasst. Die in die Studie aufgenommenen Patienten mussten lediglich folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- **Alter: ab 18 Jahre**
- **schriftliche Einwilligungserklärung**
- **Aufklärung über die Krebsdiagnose durch einen Arzt**
- **ausreichende deutsche Sprachkenntnisse**
- **keine kognitiven Beeinträchtigungen**
- **keine Beeinträchtigungen durch Schmerzen oder Übelkeit.**

2.3 Stichprobe

Die Beschreibung der Stichprobe folgt der Systematik der Fragebögen (siehe Anhang). Bei den untersuchten Patienten handelte es sich um eine Stichprobe von $n = 570$ Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die vom 15. März bis zum 15. September 2007 stationär im Markus-Krankenhaus behandelt wurden. 53 Patienten konnten aufgrund organisatorischer Probleme nicht in die Studie aufgenommen werden (stichprobenneutrale Ausfälle), fünf Patienten lehnten die Teilnahme ab, bei 34 Patienten stellte sich heraus, dass sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Für 17 Patienten konnte die psychische Belastung nur anhand der einzelnen Items berechnet werden, da versäumt

wurde, am Ende des Fragebogens die Indikationsfrage (ja/nein) zu beantworten. Letztendlich konnten von 478 Patienten Daten ausgewertet werden.

2.3.1 Soziodemografische Daten

Das durchschnittliche Alter der 478 Patienten betrug 63 Jahre, wobei der jüngste Patient 18 und der älteste 95 Jahre alt war. 319 (66,7%) der Patienten waren weiblich, 159 (33,3%) männlich.

Von den Befragten lebten 339 Patienten (71,4%) in einer festen Partnerschaft, 136 (28,6%) lebten ohne festen Partner, von drei Patienten fehlte eine diesbezügliche Angabe. Der überwiegende Anteil der Patienten, nämlich 338 (71,6%) Patienten hatte Kinder, 132 (28%) Patienten waren kinderlos und von sechs Patienten fehlte die Angabe. Im Durchschnitt hatten die Patienten zwei Kinder.

Zum beruflichen Status liegen von 471 Personen Daten vor, von sieben Personen fehlt eine Angabe. Zur Zeit der Befragung war mit 260 Patienten (55,2%) der größte Teil der Patienten berentet. 79 Patienten (16,8%) gaben an, berufstätig zu sein, und 77 der Befragten (16,35%) waren krank geschrieben. 19 Patienten (4%) gaben als aktuelle Arbeitssituation „Hausarbeit“ an und nur acht (1,70%) Patienten waren zur Zeit der Befragung arbeitslos. 28 Patienten (5,9%) fallen unter die Kategorie „Sonstiges“.

2.3.2 Diagnosegruppen

Im Folgenden werden krankheitsbezogenen Daten, wie sie in der PO-Bado-KF aufgeführt sind, dargestellt. Dem Kreisdiagramm in Abbildung 1 kann die prozentuale Verteilung der Krebsdiagnosen entnommen werden. Bei fünf Patienten fehlten die Angaben ihrer Diagnose, da man zwar Metastasen festgestellt hat, der Primärtumor zum Zeitpunkt der Befragung aber noch nicht diagnostiziert werden konnte. Die Prozentwerte beziehen sich deshalb auf 473 Patienten. Mit 219 Personen (46,3%) machten die Patientinnen, bei denen Brustkrebs diagnostiziert wurde, den größten Anteil der Krebsdiagnosen aus. Ins-

gesamt 84 (17,8%) der in die Stichprobe eingegangenen Patienten hatten Tumoren im Magen-Darmbereich, 83 (17,6%) Patienten waren Personen mit Tumoren des Urogenitalsystems, wobei Prostata Ca-Patienten mit 53 Personen den größten Anteil ausmachten. Die übrigen Diagnosegruppen bildeten einen Anteil von 5% bis 7%. Dazu gehören Tumoren der Lunge und der Bronchien, gynäkologische Tumoren, onkologische Systemerkrankungen wie Lymphome und Leukämien sowie Krebserkrankungen mit unbekanntem Primärtumor.

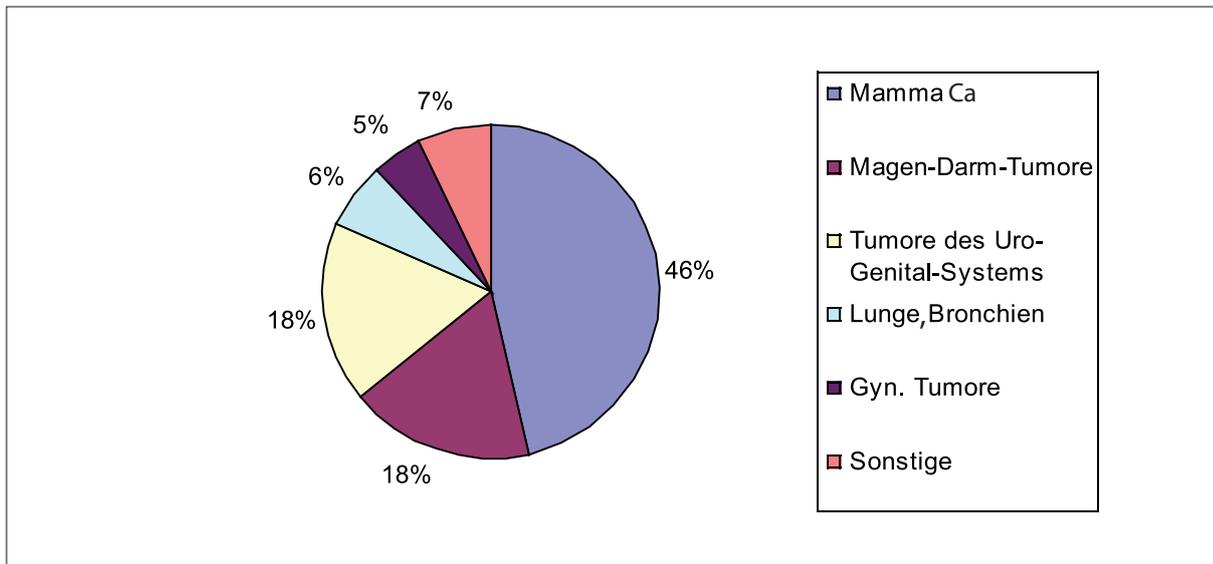


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Tumordiagnosen in der Gesamtstichprobe

2.3.3 Aktueller Krankheitsstatus

Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, war der überwiegende Anteil der befragten Patienten, nämlich 383 Personen (82,19%), aufgrund einer Ersterkrankung in der Klinik. 41 Patienten (8,8%) waren wegen eines Zeittumors aufgenommen worden und bei 36 Patienten (7,7%) lag ein Rezidiv vor. Von 12 Personen fehlten die Angaben.

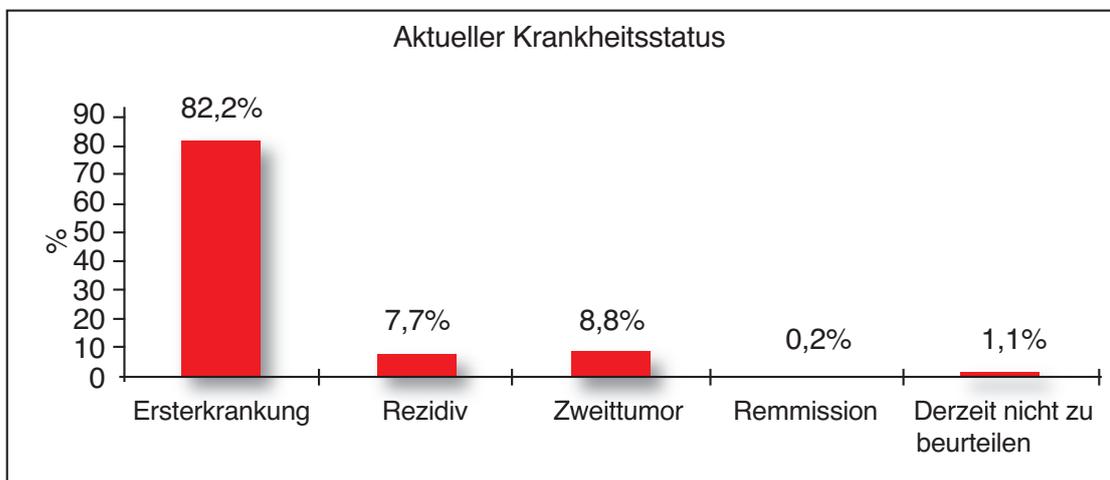


Abbildung 3:
Prozentuale Verteilung der aktuellen Krankheitssituation

Metastasen

Abbildung 2 ist zu entnehmen, dass bei dem überwiegenden Anteil der Patienten (177 = 39,2%) zum Zeitpunkt der Interviews keine Metastasen diagnostiziert wurden. Bei 166 (36,7%) der Patienten war das Staging noch nicht abgeschlossen, so dass noch kein abschließender Befund vorlag. 109 der Patienten (24,1%) hatten zum Befragungszeitpunkt einen bereits metastasierten Befund. Von 26 Personen fehlen die Angaben.

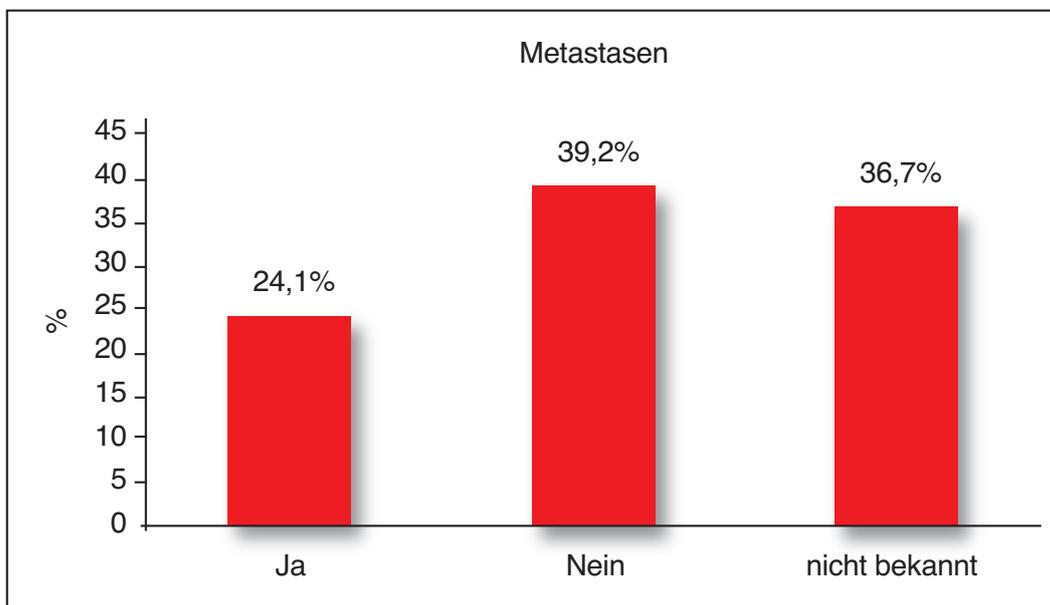


Abbildung 2:
Prozentuale Verteilung der Patienten mit Metastasen

2.3.4 Einstufung des körperlichen Allgemeinbefindens

Die Einschätzung des Allgemeinzustandes der Patienten wurde anhand der World Health Organisation bzw. der Eastern Cooperative Oncology Group -Skala (WHO/ECOG) vorgenommen (Heidemann, 1991). Anhand von Tabelle 2 wird deutlich, dass der überwiegende Anteil der Patienten zum Befragungszeitpunkt als zur „vollen Aktivität fähig“ eingestuft wurde (213 Personen). Bei 139 Patienten lagen, relativ zum Gesundheitsstand der Normalbevölkerung, Einschränkungen vor. Mehr als 50 Personen (11,37%) waren über die Hälfte des Tages bettlägerig. Der Anteil voll pflegebedürftiger Patienten belief sich auf 11 Personen.

*Tabelle 2:
Prozentuale Verteilung der Einschätzung des körperlichen Allgemeinbefindens*

Aktueller Funktionsstatus (WHO-ECOG-Scala 0-4)	Absolute Häufigkeiten	in %
Normale Aktivität	213	44,84
Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gefähig	139	29,26
Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit	58	12,21
Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen	54	11,37
Patient ist ständig bettlägerig	11	2,32

2.3.5 Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate

Abbildung 4 verdeutlicht, dass bei der Mehrzahl der Patienten ein operativer Eingriff durchgeführt wurde, insgesamt bei 189 (40,2%) Personen. 127 Patienten (27%) hatten in den letzten zwei Monaten keine Behandlung erhalten, 87 Personen (18,5%) eine Chemotherapie und bei 30 Patienten (6,4%) wurde der Tumor sowohl operativ behandelt als auch mit einer Chemotherapie. Nur acht Patienten erhielten eine Bestrahlungstherapie und von weiteren acht Personen fehlen die Angaben über eine Therapie.

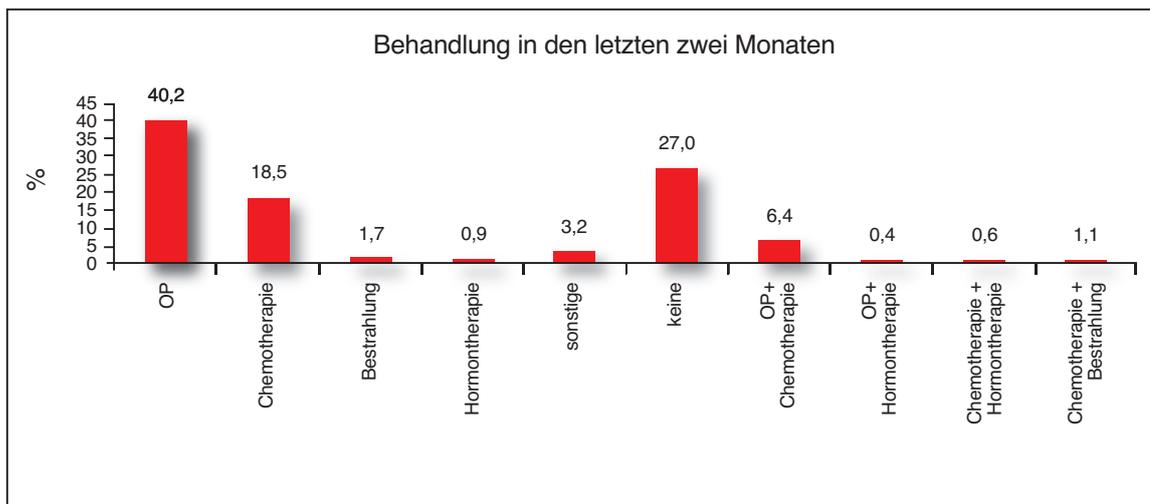


Abbildung 4:
Prozentuale Verteilung der Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate (OP, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie, sonstige, keine, OP + Chemotherapie, OP + Hormontherapie, Chemotherapie + Hormontherapie, Chemotherapie + Bestrahlung)

2.3.6 Weitere somatische Erkrankungen

Abbildung 5 zeigt, dass über die Hälfte der Patienten (256 = 54,4%) auch über weitere somatische Erkrankungen berichteten, 209 (44,4%) dagegen litten unter keinen weiteren somatischen Beschwerden. Von sieben Personen lagen keine Angaben vor.

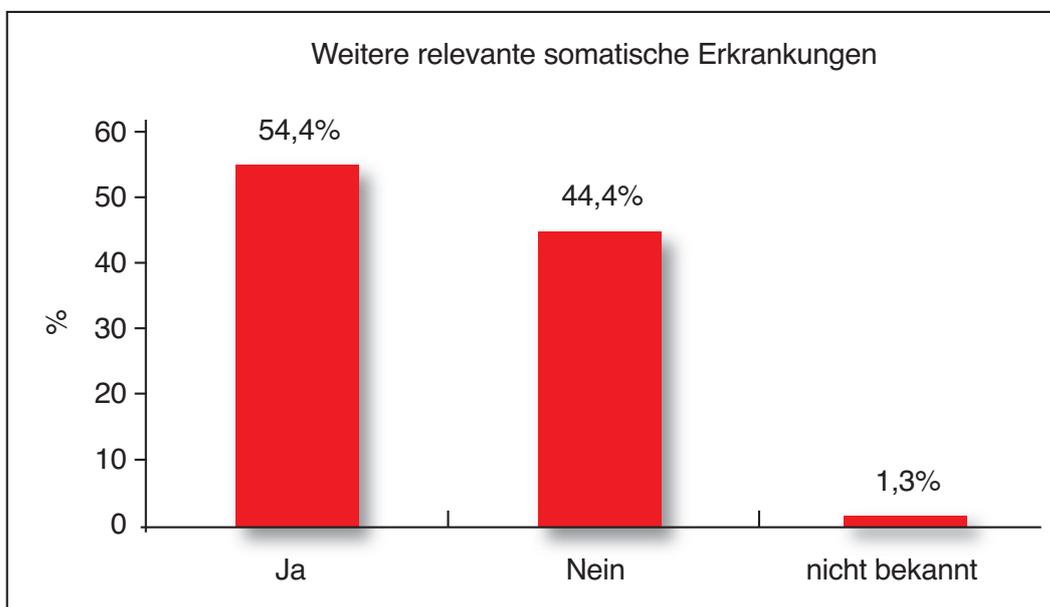


Abbildung 5:
Prozentuale Verteilung weiterer relevanter somatischer Erkrankungen

2.3.7 Einnahme von psychotropen Substanzen

Wie aus Abbildung 6 zu ersehen ist, nahm der überwiegende Anteil der Patienten (277 = 58,1%) im Zeitraum der letzten drei Tage keine psychotropen Substanzen ein (Schmerzmittel, Psychopharmaka oder Opiate). 196 Personen (41,1%) dagegen hatten derartige Mittel eingenommen. Von vier Personen lagen keine Angaben vor.

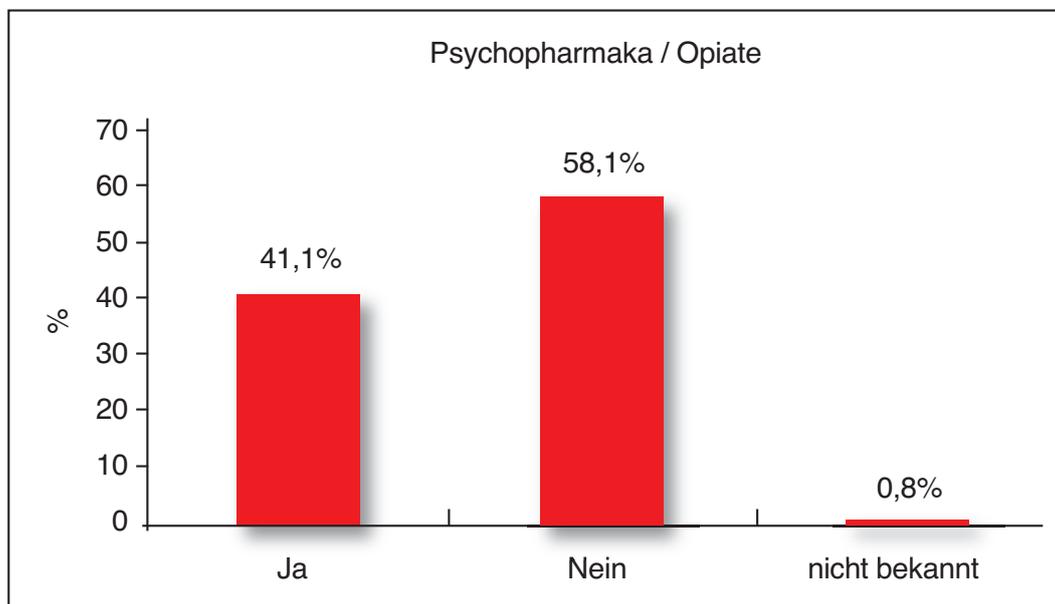


Abbildung 6:
Prozentuale Verteilung der Behandlung mit Psychopharmaka/Opiaten

2.3.8 Psychologische Behandlung in der Vergangenheit

Wie aus Abbildung 7 zu ersehen, hatten zwei Drittel der Patienten, das sind 346 (73%), in der Vergangenheit keine psychologische/psychotherapeutische Behandlung erfahren, im Gegensatz zu 119 Personen (25,1%), die schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten. Von neun Personen liegen keine Antworten vor.

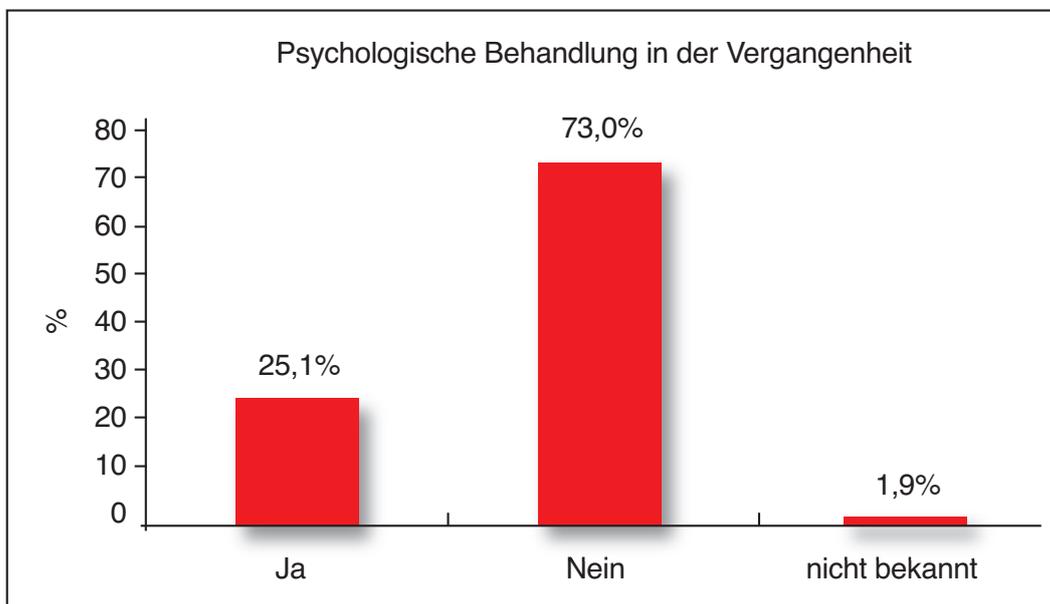


Abbildung 7:
Prozentuale Verteilung der Patienten mit psychologischer Behandlung in der Vergangenheit

2.4 Messinstrumente

Ziel der Arbeit war es, anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung die psychosoziale Belastung der Patienten, d.h. ihren psychoonkologischen Behandlungsbedarf, zu diagnostizieren. Wie in Kap. 1.5.1 dargelegt, sollten ausschließlich krebsspezifische Messinstrumente zum Einsatz kommen. Die Wahl fiel auf die neu entwickelte Kurzversion der Psychoonkologischen Basisdokumentation als Fremdeinschätzungsinstrument, eine längere brustkrebsspezifische Fassung der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado-BK) und die revidierte Fassung des „Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten“ als gut validiertes Selbsteinschätzungsinstrument.

2.4.1 Kurzform der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado-KF)

Die PO-Bado-KF (siehe Anlage) ist ein Fremdeinschätzungsinstrument, mit dem man die subjektiv empfundene Belastung von Krebspatienten beurteilen kann (Herschbach, Book, Keller, & Marten-Mittag, 2008). Der psychoonkologisch nicht ausgebildete Arzt, der Psychologe oder die Pflegekraft sollen anhand eines Interviewleitfadens und nach Studium des dazugehörigen Manuals das halbstrukturierte Interview führen und den Behandlungsbedarf des Patienten einschätzen können. Das Interview dauert laut Manual ca. 5-10 Minuten. Im ersten Teil werden die soziodemographischen und medizinischen Angaben des Patienten erhoben, im zweiten Teil werden die psychosozialen Belastungsfaktoren anhand von sechs Items beurteilt (siehe Anlage). Dabei geht es nicht um die Stärke eines Symptoms, sondern darum, wie sehr der Patient subjektiv unter ihm leidet. Die Fremdeinschätzung erlaubt, auch die nonverbalen Signale eines Patienten einzubeziehen und gezielt anzusprechen. Die sechs Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittelmäßig, 3 = ziemlich, 4 = sehr) eingeschätzt. Nach Beendigung des Kurzinterviews entscheidet der Interviewer, ob bei dem Patienten aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung besteht oder nicht (Herschbach, 2008). Ein cut-off-Wert liegt zurzeit nicht vor.

2.4.2 Psychoonkologische Basisdokumentation für Brustkrebspatientinnen (PO-Bado-BK)

Die PO-Bado-BK (siehe Anlage) wurde konzipiert, um das psychosoziale Belastungsspektrum speziell von Brustkrebspatientinnen besser abbilden zu können. Es werden daher über die Belastungsbereiche der PO-Bado-KF hinaus Merkmale erfasst, die die PO-Bado-KF nicht enthält. Auch bei dieser Version der PO-Bado ist ein cut-off-Wert noch nicht veröffentlicht. In der PO-Bado-BK sind die Skalen „Stimmungsschwankungen / Verunsicherung“ und „Hilflosigkeit / Ausgeliefert sein“ im Gegensatz zu PO-Bado-KF einzeln aufgeführt. Sie wurden deshalb durch Mittelung zusammengefasst, damit entsprechend wie bei der PO-Bado KF eine einzige Skala resultiert, aus der dann für die Gesamtstichprobe der Mittelwert errechnet wurde.

2.4.3 Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23)

Der FBK-R23 ist ein für den deutschen Sprachraum entwickelter psychometrischer Selbsteinschätzungstest speziell für Krebspatienten (Herschbach et al., 2003). Jedes Item im FBK-R23, das eine potenzielle Belastungssituation konkret beschreibt, wird sowohl dichotom (trifft zu/trifft nicht zu) als auch auf einem 5-stufigen Skalenniveau – falls zutreffend, wie stark ist das Ausmaß der Belastung auf einer Skala von „0 (trifft nicht zu)“ bis „5 (trifft zu und belastet mich sehr stark)“ – zugeordnet. Um den Belastungsschwellenwert zu erreichen, wurde für die vorliegende Untersuchung folgende, von den Autoren des FBK-R23 vorgeschlagene Auswertungsmethode gewählt:

- mindestens 2 x 5 oder
- 1 x 5 plus mindestens 4 x 4 oder
- 5 x 4 oder
- 1 x 5 plus 3 x 4 plus das Item 22 > 1: „Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen“.

Diesem Item wurde von den Autoren eine besondere Bedeutung beigemessen, da es Auskunft über einen psychoonkologischen Beratungswunsch zum Ausdruck bringt (Herschbach et al., 2003).

2.5 Ablauf der Studie, Auswahl und Einarbeitung der Mitarbeiter

Um eine möglichst hohe Akzeptanz in der Klinik zu erreichen, wurde im Vorfeld allen Chefärzten die Studie vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Darüber hinaus wurde zu Beginn der Studie und sechs Wochen nach ihrem Anlauf ein Informationsblatt über Inhalt und Ablauf der Studie für Ärzte und Pflege erstellt (siehe Anlage). Dieses Info-Blatt wurde an alle Abteilungen verteilt und sichtbar im Arzt- bzw. Stationszimmer aufgehängt. Des Weiteren wurden Gespräche zwischen „Tür und Angel“ geführt, um die Studie vorzustellen, da erfahrungsgemäß mehrere Wege genutzt werden müssen, um alle Beteiligten zu erreichen.

Studien zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf mittels klinischer Interviews liegen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht vor (vgl. Kap. 1.4). Ein wichtiger Grund hierfür ist der große personelle, finanzielle und organisatorische Aufwand, den klinische Interviews erfordern (Detmar, 1998). Andererseits können über klinische Interviews Informationen gewonnen werden, die über Fragebögen allein nicht zu erlangen sind.

Die Interviews wurden von den Psychoonkologen der Abteilung und Studenten der Psychologie (5. bis 12. Semester) geführt. Die Studenten führten die Interviews im Rahmen eines Praktikums durch, das sie innerhalb ihres Studiums zu absolvieren hatten. Zum Praktikumsantritt mussten die Studenten eine Schweigepflichterklärung unterschreiben.

Die umfangreiche Einarbeitung der Studenten erfolgte in mehreren Schritten:

1. Die Studenten wurden ausführlich über Ziel und Zweck der Studie aufgeklärt. Sie lernten die Messinstrumente kennen und wurden sowohl theoretisch als auch praktisch in die Grundlagen der Psychoonkologie eingeführt. Alle Studenten erhielten ausführliches schriftliches Informationsmaterial zum Themengebiet der Psychoonkologie und zu der Studie.
2. In den ersten beiden Wochen wurden die Studenten intensiv in den Klinikablauf eingearbeitet. Sie sollten wichtige Abläufe kennen lernen und Verständnis sowohl für die

Patienten als auch die „Akteure“ im Krankenhaus entwickeln. Die Studenten lernten alle relevanten Stationen und Behandlungseinheiten der Klinik kennen (Chemotherapiezimmer, Diagnostik), begleiteten ärztliche Visiten und waren bei Aufklärungsgesprächen anwesend.

3. Des Weiteren waren die Studenten, das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt, bei psychoonkologischen Gesprächen zugegen. Diese Gespräche wurden besprochen und die psychologischen Interventionen erläutert.
4. Auch waren die Studenten während des gesamten Praktikums wiederholt bei psychoonkologischen Anamnesegesprächen mit der Po-Bado-KF sowie der PO-Bado-BK anwesend. Sie mussten anhand der Fragebögen die Belastung der Patienten einschätzen. Diese Einschätzung wurde im Anschluss an das Gespräch erörtert.
5. Zu Lehrzwecken wurden zudem Videoaufzeichnungen von psychoonkologischen Anamnesegesprächen angefertigt (insgesamt drei Videos). Die Videoaufzeichnungen wurden in den dreiwöchig stattfindenden Teamsitzungen verwendet, wobei jeder Student die Belastung des interviewten Patienten einschätzen musste. Die Einschätzung der Ergebnisse wurden ausführlich geprüft und bewertet. Darüber hinaus musste jeder Student mehrfach Kommilitonen im Rollenspiel interviewen, bevor er einen Patienten erstmals befragte. Auch musste jeder Student die Rolle eines interviewten Patienten übernehmen.
6. Bevor ein Student das erste Interview allein führte, nahm der an mehreren Gesprächen teil, die der Psychoonkologe führte. Dann wurde er bei zwei bis drei Gesprächen von einem der Psychoonkologen begleitet. Das Gespräch sowie die Einschätzung der subjektiv empfundenen Belastung des Patienten wurden im Anschluss ausgewertet.
7. Eine Überprüfung des Kommunikationsverhaltens der Studenten fand kontinuierlich stichprobenartig statt.
8. Sobald Probleme auftraten, konnten die Studenten Rücksprache halten.

2.6 Umsetzung der Studie

Die psychoonkologischen Interviews sollten, wenn möglich, in den ersten drei Tagen des stationären Aufenthalts erfolgen. Als gutes Zeitfenster erwies sich im Tagesablauf die Zeit von 8.30 bis 18.00 Uhr. Zwischen 12.00 und 13.30 Uhr wurde die Mittagspausenzeit für die Patienten eingehalten, um deren Compliance nicht zu gefährden.

2.6.1 Ablauf der Erhebung

- Es wurden so genannte Stationslisten erstellt, in die jeden Morgen (Wochenende ausgenommen) neu diagnostizierte Krebspatienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, aufgenommen wurden.
- Lagen alle Stationslisten vor, wurden die zu befragenden Patienten den Studenten oder Psychoonkologen zugeordnet.
- Jeweils vor dem psychoonkologischen Interview erfolgte ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt zum Allgemeinzustand und über den Aufklärungsstand des Patienten. Die soziodemografischen sowie medizinischen Daten wurden dann anhand der Patientenakte dokumentiert.
- Waren alle Daten notiert, wurde der Patient aufgesucht und, wenn möglich, das Gespräch geführt.
- Der Fragebogen und die Einverständniserklärung verblieben bei den Patienten und wurden am Abend wieder eingesammelt. Die ausgefüllte PO-Bado-KF und PO-Bado-BK wurde mit einem Code versehen und in einem Fach deponiert.

Am Abend wurden der Fragebogen sowie die Einverständniserklärung ebenfalls verschlüsselt und zusammen mit den PO-Bado-Unterlagen in einem Ordner abgeheftet. Die Daten wurden gesammelt und nach Beendigung der Studie in das Statistikprogramm (SPSS, Version 15) eingegeben.

2.6.2 Psychoonkologisches Anamnesegespräch

- Die Patienten wurden mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt und schriftlich um ihr Einverständnis gebeten. Weiterhin wurde ihnen mitgeteilt, dass eine genaue Datenauswertung erst in einigen Monaten streng anonym erfolgen würde und man lediglich prüfe, ob der Fragebogen vollständig ausgefüllt sei. Während der Kontaktaufnahme wurden erneut die Einschlusskriterien zur Studie überprüft. Sofern Patienten gehfähig waren, wurden sie in einen separaten Raum (Arztzimmer, Ruheraum, Besprechungszimmer der Psychoonkologie) gebeten, um Anonymität zu gewährleisten. War ein Patient bettlägerig, wurde das Gespräch mit Einverständnis des Patienten im Patientenzimmer geführt. Das Gespräch selbst erfolgte anhand des Manuals, das Bestandteil der PO-Bado-KF und PO-Bado-BK ist.
- Nach Beendigung des Gesprächs erhielt der Patient die Information, dass er oder ein Angehöriger bei Bedarf ein psychoonkologisches Gespräch vereinbaren könne. Er erhielt ein Informationsblatt (siehe Anlage) über das psychoonkologische Behandlungsangebot der Klinik, den „Fragebogen zur Belastung Krebskranker“ sowie einen Umschlag, der mit einem anonymisiertem Code versehen war. In diesen Umschlag sollten die Einverständniserklärung und der Fragebogen gesteckt und der Umschlag zugeklebt werden. Dem Patienten wurde erklärt, dass der Umschlag am Abend wieder eingesammelt würde.

2.6.3 Hindernisse

Die konkrete Umsetzung der Studie in der Praxis erwies sich als große Herausforderung. So war es z. B. nicht möglich, über die zentrale Patientenaufnahme jeden Tag eine genaue Auflistung der neu aufgenommenen Krebspatienten zu bekommen. Das lag u. a. an den nicht genau spezifizierten Einweisungsdiagnosen. Eine Meldung der jeweiligen Stationen über neu aufgenommene Krebspatienten scheiterte an der mangelnden Bereitschaft der Mitarbeiter. Es musste daher ein sehr aufwendiger und mühevoller Weg gegangen werden: Jeden Morgen wurde auf allen Stationen der behandelnde Arzt gefragt, ob neue Patienten mit einer Krebsdiagnose zu verzeichnen waren. Selbst dieses Vorgehen scheiterte manchmal daran, dass kein Arzt auf der Station anwesend war. Dieses Problem trat vor allem auf den chirurgischen Stationen auf, da die Ärzte morgens im OP sein mussten. Auch lief die Kooperation mit dem Personal auf manchen Stationen nur sehr schleppend an. Trotz großer Anstrengungen, die notwendigen Informationen über Inhalt und Ablauf der Studie an alle relevanten Personen weiterzugeben, waren einige Ärzte nicht informiert. Vorwiegend auf den chirurgischen und urologischen Stationen gab es Widerstand seitens mancher Ärzte, so dass viele urologische Patienten gerade zu Beginn der Erhebung nicht erfasst wurden. Leider war hier noch die Meinung weit verbreitet, dass die Patienten bestens betreut seien und deshalb keine großen psychischen Belastungen aufweisen würden. Eine große Sorge der Ärzte und auch von Pflegenden war dementsprechend, dass die Patienten erst durch die psychoonkologischen Interviews auf die Schwere ihrer Krankheit aufmerksam gemacht würden.

Eine weitere Sorge war, dass der Stationsablauf gestört und Mehrarbeit auf einzelne Personen zukommen könnte. Schon nach kurzer Zeit wurde deutlich, dass manche Umschläge mit den ausgefüllten Fragebögen, die die Patienten an Pflegende weitergegeben hatten, nicht auffindbar waren, so dass sich ein zu geringer Rücklauf ergab. Erneutes Nachfassen durch die Studenten blieb ohne großen Erfolg. Erst nach mehrmaligen Gesprächen mit dem Personal verbesserte sich die Situation.

Leider war es aufgrund vorgegebener Strukturen und mangelnder Unterstützung nicht möglich, den Patienten Termine für die psychoonkologische Anamnese zu geben. Sie

mussten deshalb in ihren Zimmern aufgesucht werden, was sehr viel Zeit in Anspruch nahm, da Patienten oft nicht im Zimmer anwesend waren.

2.7 Auswertung

Die statistische Auswertung der Studie erfolgte – unter der Beratung des Biometrischen Instituts der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt am Main – mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows Version 15. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% als signifikant und 1% als hoch signifikant festgesetzt. Zur Klärung der statistischen Fragen wurden der t-Test, der χ^2 -Test, Korrelationen und eine Faktorenanalyse angewandt. Die Darstellung der Ergebnisse berücksichtigt diejenigen Merkmale, die für die Fragestellung der vorliegenden Studie relevant sind. Die Ergebnisse zum Einfluss von krankheitsunabhängigen Belastungen auf die psychoonkologische Behandlungsbedürftigkeit („...weitere Probleme in sozialen/familiären Bereich“) werden getrennt dargestellt, da sie in der PO-Bado-KF auf Skalenniveau erfasst wurden und in der brustkrebsspezifischen Version auf Ordinalniveau. Zudem wird diese Frage in der brustkrebsspezifischen Version anhand von vier einzelnen Items erfasst und nicht mit einem einzelnen Item wie in der PO-Bado-KF. Die Patientenzahl variiert für die Berechnung der PO-Bado sowie dem FBK-R23 und für einzelne Items in der PO-Bado, da von den Patienten nicht immer alle Fragen beantwortet werden konnten. Die jeweilige Stichprobengröße, auf die sich das Ergebnis bezieht, findet sich jeweils als Anmerkung unter den Abbildungen und über den Tabellen.

3. Ergebnisse

3.1 Psychoonkologische Behandlungsindikation (PO-Bado)

Auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der PO-Bado-KF und der PO-Bado-BK wurde in Kapitel 2.4.2 schon näher eingegangen. Die Gemeinsamkeiten der Fragebögen beziehen sich, wie dargestellt, auf die Items und die Ausprägung der somatischen und psychischen Belastung der Befragten, die jeweils mit einer fünfstufigen Likert-Skala (Belastung durch ein Symptom „nicht“ vorhanden = 0 bis „sehr“ = 4) erfasst wurden. Es erfolgt die Darstellung der Ergebnisse für die Gesamtstichprobe.

Die Durchschnittswerte (MW) sowie die Standardabweichungen (SD) der Skalen wurden – sowohl für die PO-Bado-KF, als auch für die PO-Bado-BK – für die Gesamtstichprobe berechnet und sind in Tabelle 3 aufgelistet. Die Skalen „Stimmungsschwankungen / Verunsicherung“ und „Hilflosigkeit / Ausgeliefert sein“ wurden im Falle des PO-Bado-BK zunächst durch Mittelung zusammengefasst, damit analog zur PO-Bado-KF eine Skala resultiert, aus der dann über beide PO-Bado-Versionen und für alle Personen der Mittelwert berechnet werden konnte.

*Tabelle 3:
Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Belastungsbereiche für die Gesamtstichprobe*

	N	MW	SD
Erschöpfung / Mattigkeit	476	1,28	1,12
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	473	1,13	1,16
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	470	1,50	1,07
Angst / Sorgen / Anspannung	472	2,13	1,03
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	475	1,69	1,16

Anmerkung: möglicher Wertebereich = 0 (nicht) bis 4 = (sehr).

Um Zusammenhänge zwischen den Bereichen zu erfassen, wurden die Daten einer exploratorischen Faktorenanalyse unterzogen. Mit einer Hauptkomponentenfaktorenanalyse (mit Obliminrotation) konnte eine Zweifaktorenlösung gefunden werden, die 76,03% der gemeinsamen Varianz aufklärt. Auf dem ersten Faktor laden insbesondere die beiden Bereiche „Erschöpfung / Müdigkeit“ und „Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens“. Auf dem zweiten Faktor laden die Bereiche „Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit“, „Angst / Sorgen / Anspannung“ und „Trauer / Niedergeschlagenheit / Depression“. Die Faktoren spiegeln die theoretische Einteilung der PO-Bado wieder: Der erste Faktor die somatischen Belastungen, der zweite die psychischen Belastungen. Dies bedeutet, dass die einzelnen Skalen der somatischen und der psychischen Belastungen jeweils in sich zusammenhängen. Wenn ein Patient beispielsweise eine hohe Ausprägung in dem Bereich „Angst / Sorgen / Anspannung“ hat, so hat er mit hoher Wahrscheinlichkeit auch hohe Ausprägungen in den anderen Skalen der psychischen Belastungen. Es ergab sich eine Korrelation von .40 zwischen den Faktoren somatische Belastungen und psychische Belastungen.

Zur Überprüfung, welcher Faktor im Mittel eine höhere Belastungsausprägung aufwies, wurde aus den zwei somatischen Belastungsbereichen und aus den drei psychischen Belastungsbereichen jeweils pro Patient der Mittelwert pro Faktor gebildet. Die psychischen Belastungen wurden, wie Abbildung 8 zu entnehmen ist, höher eingeschätzt (1,75) als die somatischen Belastungen (1,19). Ein T-Test für abhängige Stichproben ergab einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Faktoren ($t(df = 454) = -11,47; p < .001$).

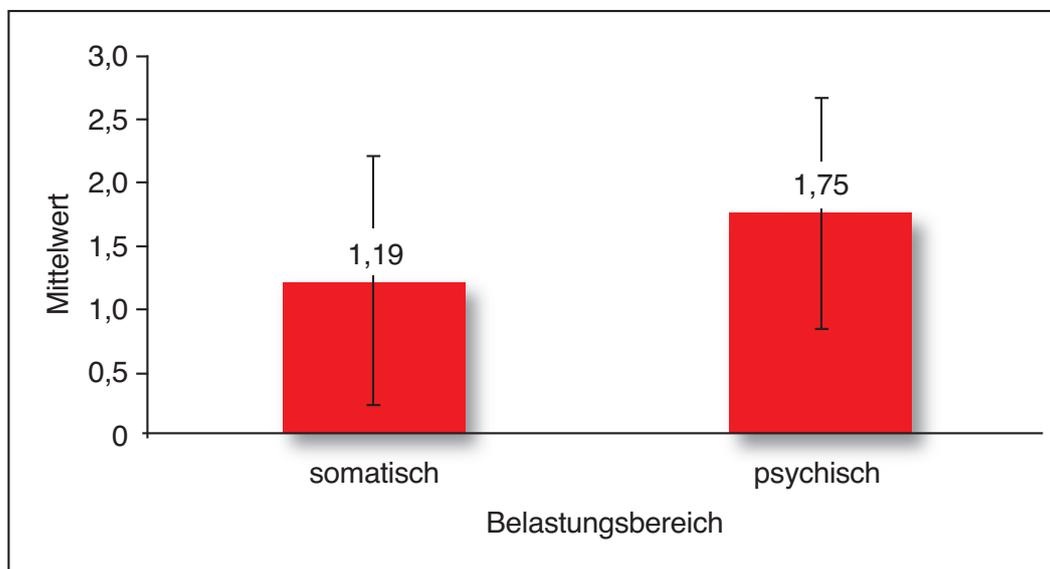


Abbildung 8:
Belastung durch somatische Probleme sowie durch psychische Probleme (MW und SD; $N = 455$)

Die PO-Bado dient dazu festzustellen, ob bei einem Patienten die psychosozialen Belastungen durch die Erkrankung insgesamt so hoch sind, dass eine psychoonkologische Beratung von Nöten ist. Dies wird durch das zweistufige Item „Bei der Patientin / dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung“ (ja versus nein) eingestuft. Diese Einstufung erfolgt als Gesamteinschätzung. So könnte ein Patient, der nur mittlere Belastungswerte bei den einzelnen Items erhält, eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung erhalten, wenn er beispielsweise bei der Frage nach familiären oder sozialen Problemen einen hohen Wert (4) erzielt. Damit erhielt man zwei Gruppen: Patienten, bei denen eine Indikation für eine professionelle Un-

terstützung vorlag, und Patienten, bei denen zu diesem Zeitpunkt keine Indikation für eine weitere psychoonkologische Behandlung vorlag. 259 Patienten (56,30%) waren in der vorliegenden Untersuchung psychosozial so stark belastet, dass sie eine Indikation zu einer psychoonkologischen Behandlung erhielten, 201 Personen (44%) zeigten keinen psychosozialen Behandlungsbedarf.

3.1.1 Zusammenhänge zwischen Indikation und den einzelnen Belastungsbereichen

Mit einem T-Test für unabhängige Stichproben wurden jeweils die mittleren Ausprägungen der einzelnen Belastungsbereiche zwischen der Gruppe mit und ohne Indikation für eine professionelle psychosoziale Unterstützung verglichen. Es ergaben sich, wie Abbildung 9 zeigt, für alle fünf Bereiche hoch signifikante Unterschiede ($p < .001$). Wie man erkennen kann, sind die mittleren Belastungswerte (Mittelwerte) in allen Bereichen für die Patienten mit Indikation durch die PO-Bado höher ausgeprägt als bei den Patienten ohne Indikation. Die höchste Belastung zeigte sich bei dem Item „Angst/Sorge/Anspannung“.

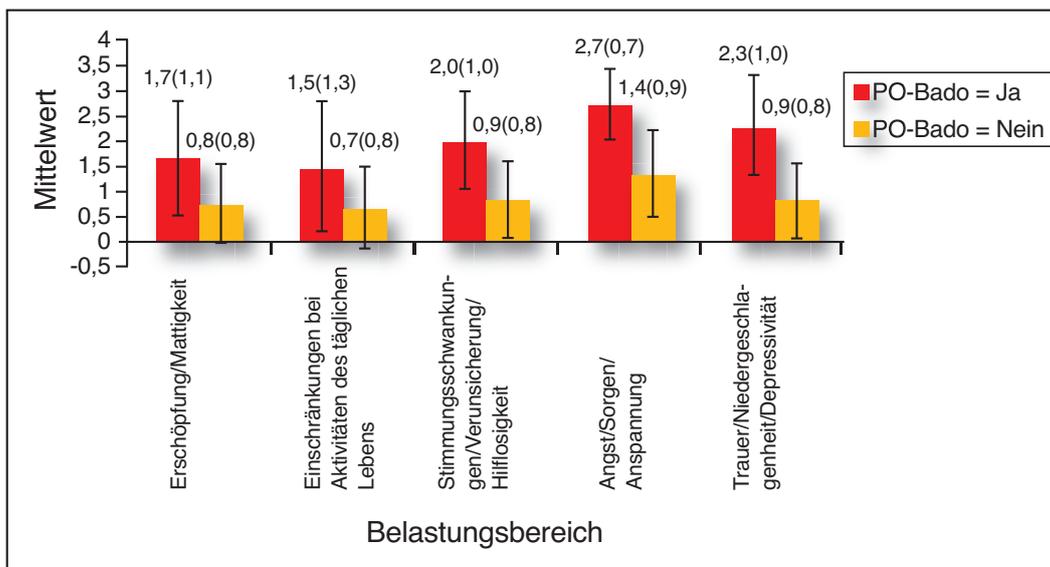


Abbildung 9: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der einzelnen Belastungsbereiche jeweils für die Gruppe mit Indikation und die Gruppe ohne Indikation (Patientenzahlen Indikation Ja/Nein: Erschöpfung 258/200, Einschränkungen 255/200, Stimmungsschwankungen 252/200, Angst 254/201, Trauer 258/199)

3.2 Der Einfluss soziodemografischer Variablen auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf (PO-Bado)

Studien zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf haben immer wieder auch Einflüsse soziodemografischer Merkmale wie Alter und Geschlecht auf den Behandlungsbedarf gefunden. Dieser mögliche Einfluss wurde deshalb in der vorliegenden Studie ebenfalls untersucht.

3.2.1 Alter

Wie man Tabelle 4 entnehmen kann, ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlungsindikation und dem Alter der Patienten (t ($df = 458$) = 2.52, $p = 0.012$). Personen mit Indikation waren im Mittel (Mittelwert = 61.27, $SD = 12.29$) 2,97 Jahre jünger als Patienten, die keine psychoonkologische Behandlungsindikation erhielten (Mittelwert = 64.24, $SD = 12.93$). Für die soziodemografischen Parameter Geschlecht, Partnerschaft sowie Kinder wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden ($p > .05$).

*Tabelle 4:
Korrelationen zwischen Indikation (Ja, Nein) und den soziodemografischen Daten sowie deren Signifikanz*

	Korrelation	Signifikanz (p)	N
Alter	-.126 ^A	.012	460
Geschlecht	-.073 ^B	.120	460
feste Partnerschaft	-.030 ^B	.525	458
Kinder	-.006 ^B	.902	455
Anzahl Kinder	-.026 ^A	.585	434

Anmerkung: A = Rangkorrelation nach Spearman; B = Phi-Koeffizient

3.2.2 Berufliche Situation

In die Berechnungen des Zusammenhangs zwischen beruflicher Situation und der Indikationsstellung nach der PO-Bado gingen Daten von 454 Patienten ein. Für 24 Patienten lagen keine Angaben vor. Wie Tabelle 5 zu entnehmen ist, ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation und der Indikation nach der PO-Bado herstellen. Getestet wurde jeweils, ob sich eine Gruppe z.B. „berufstätig“ gegenüber der restlichen Gruppe „nicht berufstätig“ hinsichtlich der Indikation unterschied.

*Tabelle 5:
Zusammenhang der Indikation mit der beruflichen Situation der Patienten. Dargestellt sind die verschiedenen Klassifikationen, deren Gruppengröße N (Gesamt = 454), sowie der χ^2 -Wert und dessen Signifikanz*

Tumorart	N	χ^2-Wert	Signifikanz (p)
Berufstätig vs. nicht berufstätig	79	1.02	0.133
Hausarbeit vs. keine Hausarbeit	19	0.04	0.851
Krank geschrieben vs. nicht krankgeschrieben	77	0.67	0.425
Arbeitslos vs. nicht arbeitslos	8	1.21	0.271
Rentner vs. nicht Rentner	260	1.41	0.236

3.3 Der Einfluss Krankheitsbezogener Daten auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf

Der Einfluss krankheitsbezogener Merkmale auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf ist Gegenstand einer ganzen Reihe von Untersuchungen und wurde auch in der vorliegenden Studie überprüft.

3.3.1 Tumordiagnose

Untersucht wurde, ob Patienten mit einer bestimmten Tumordiagnose im Gegensatz zu den übrigen Krebsdiagnosen einen erhöhten Betreuungsbedarf anhand der PO-Bado aufweisen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Wie man Tabelle 6 entnehmen kann, unterscheiden sich die Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer Indikation für eine psychoonkologische Behandlung nicht signifikant voneinander ($\chi^2 = 7.53$, $df = 5$, $p = .184$). Abbildung 10 stellt die deskriptiven Verteilungen anhand der Indikationen dar.

*Tabelle 6:
Ergebnisse für die Indikationen der verschiedenen Tumordiagnosen. Dargestellt sind die spezifischen Kontraste der einzelnen Tumordiagnosen, die jeweilige Patientenzahl (insgesamt $N = 456$), der χ^2 -Wert und die Signifikanz.*

Tumorart	N	χ^2-Wert	Signifikanz (p)
Mamma vs. andere	205	2.25	.133
Gynäkologische Tumore vs. andere	24	0.42	.519
Lunge vs. andere Tumore	30	1.17	.279
Urologische Tumore vs. andere Tumore	81	5.47	.019
Gastrointestinaltrakt vs. andere Tumore	84	0.20	.654
Sonstige Tumore vs. andere Tumore	32	0.15	.702

Anmerkung: Unter sonstige Tumore fallen Melanome, Weichteil- und Hals-Nasen-Ohren-Tumore

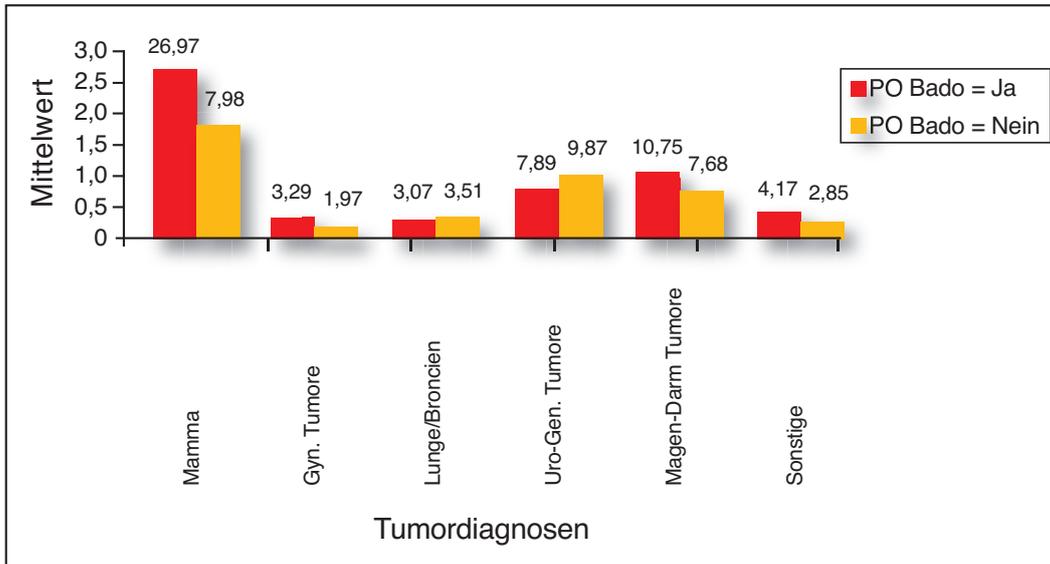


Abbildung 10:

Mittlere Ausprägungen der einzelnen Belastungsbereiche jeweils für die Gruppe mit Indikation und die Gruppe ohne Indikation. (Patientenzahlen Indikation Ja/Nein: Erschöpfung 258/200, Einschränkungen 255/200, Stimmungsschwankungen 252/200, Angst 254/201, Trauer 258/199)

3.3.2 Aktuelle Krankheitssituation

Der Einfluss der aktuellen Krankheitssituation (Erst- oder Zweitdiagnose, Rezidiv oder Remission) auf die psychoonkologische Betreuungsbedürftigkeit wurde in vielen Studien untersucht. Da die Ergebnisse heterogen ausfielen, wurden diese Parameter in der vorliegenden Studie überprüft. Abbildung 11 zeigt, dass sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Gruppen Ersterkrankung, Rezidiv und Zweittumor nachweisen ließen. Der χ^2 -Test für die Frage, ob bei einer Ersterkrankung eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Indikation im Vergleich zu Personen vorlag, die einen Zweittumor oder ein Rezidiv hatten, war marginal signifikant (χ^2 -Wert = 3.427, $p = .06$, $df=1$). Ein χ^2 -Test auf Signifikanz hinsichtlich aller Faktoren war nicht signifikant (χ^2 -Wert = 5.38, $df = 4$, $p = .250$).

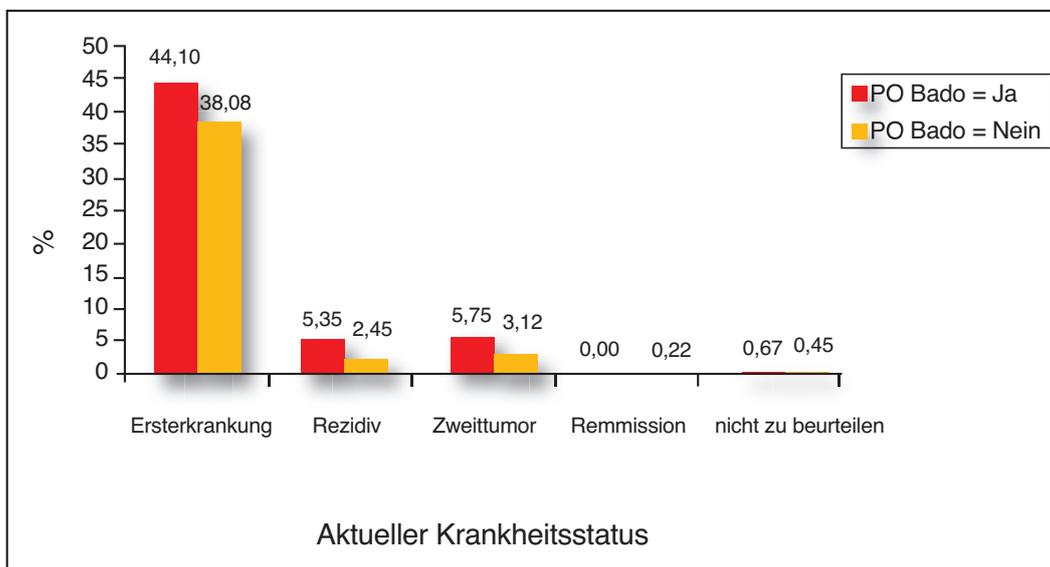


Abbildung 11:
Zusammenhang zwischen der Indikation und dem aktuellen Krankheitsstatus
($N = 449$).

3.3.3 Weitere krankheitsbezogene Parameter

Auch ob der Patient sich zur Zeit der Befragung bereits in einer Situation befindet, in der der Tumor Absiedelungen (Metastasen) gebildet hat, und ob diese Situation Einfluss auf die psychoonkologische Behandlungsbedürftigkeit zeigt, wurde überprüft. Der mögliche Einfluss von weiteren somatischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und Einfluss des aktuellen Funktionsstatus auf den Betreuungsbedarf sollte ebenfalls, wie in vielen anderen Studien untersucht werden. Die Einnahme von psychotropen Substanzen wird in Studien zur psychoonkologischen Bedarfsdiagnostik ebenso selten erfasst wie eine psychologische oder psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit. Der Einfluss dieser Parameter auf die psychische Belastung der Patienten wurde jedoch in einigen Studien nachgewiesen und soll auch hier überprüft werden. Wie man Tabelle 7 entnehmen kann, stehen das Vorliegen von Metastasen, der aktuelle Funktionsstatus, die Einnahme von psychotropen Substanzen sowie eine psychologische Behandlung in der Vergangenheit signifikant mit der Indikation für eine psychoonkologische Behandlung in Zusammenhang. Weitere somatische Erkrankungen spielen dagegen keine signifikante Rolle. Abbildung 12 macht diese Zusammenhänge noch einmal deutlich. Wie man Abbildung 13 entnehmen kann, waren Patienten mit zunehmender körperlicher Einschränkung signifikant belasteter als Patienten, die sich körperlich leistungsfähiger fühlten.

Tabelle 7:
 χ^2 -Wert, Korrelationen zwischen Indikation und krankheitsbezogenen Parametern

Variable	N	χ^2 -Wert (df)	Korrelation	Signifikanz (p)
Metastasen	277	14.499 (1)	.229 ^A	< .001
Weitere somatische Erkrankungen	447	2.946 (1)	.081 ^A	.086
Psychopharmaka	457	18.220 (1)	.200 ^A	< .001
Psychologische Behandlung	448	24.730 (1)	.235 ^A	< .001
Aktueller Funktionsstatus	457	16.718 (4)	.161 ^B	.002

Anmerkung A = Phi-Koeffizient; B = Rangkorrelation nach Spearman

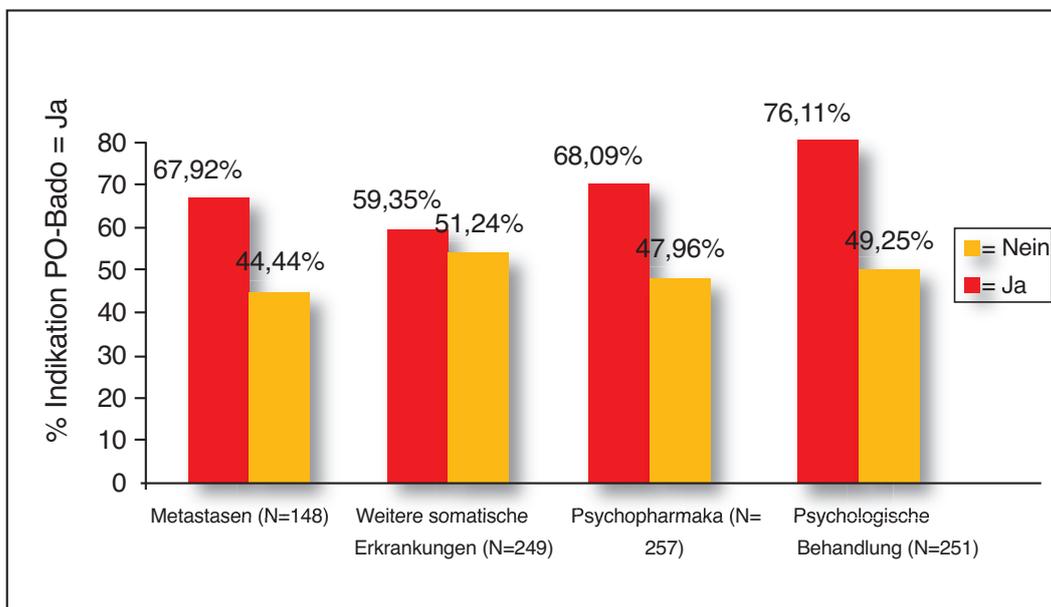


Abbildung 12:
 Darstellung des Einflusses krankheitsbezogener Parameter auf den psychologischen Behandlungsbedarf. Die absoluten Patientenzahlen beziehen sich auf die einzelnen zusätzlichen Belastungsbereiche für die Patienten, die eine Indikation durch die PO-Bado erhalten hatten.

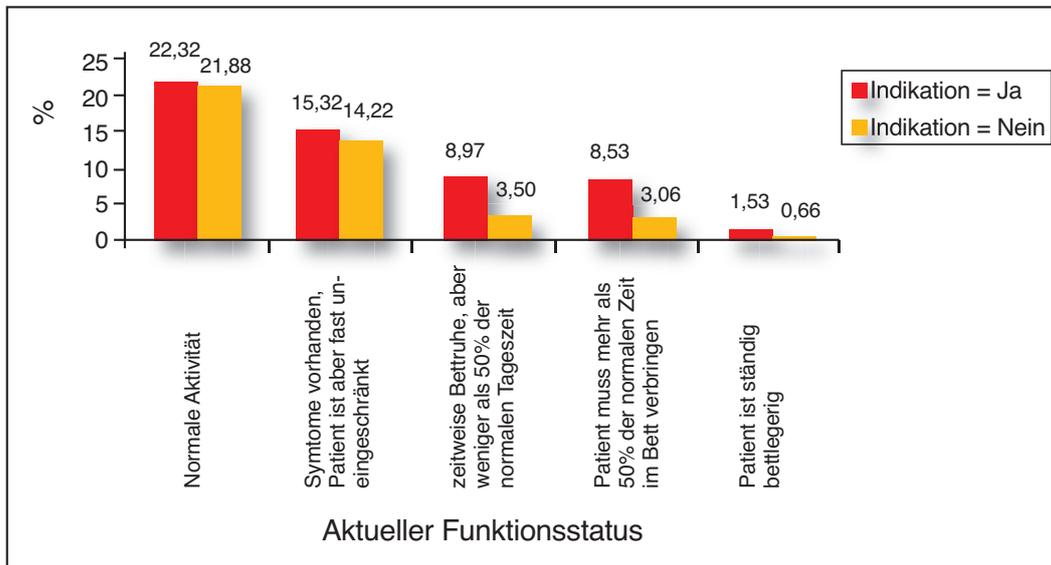


Abbildung 13:
Die Abhängigkeit der Indikation vom aktuellen körperlichen Befinden (N = 457).

3.3.4 Art der Behandlung

Es wurden immer wieder Belege dafür gefunden, dass Patienten in speziellen Behandlungssituationen eine höhere Belastung aufweisen als Patienten, die diese Behandlung nicht erhalten oder erhalten hatten. Aus diesem Grunde wurde der Einfluss verschiedener häufiger medizinischer Behandlungsformen in der Onkologie auf die psychoonkologische Behandlungsindikation überprüft. In Tabelle 8 sind die Zusammenhänge zwischen der Indikation durch die PO-Bado und der Behandlungsart dargestellt. Es wurden Personen so zusammengefasst, dass Patienten in der OP-Gruppe auch zusätzlich weitere Behandlungen erhalten haben konnten, da diese Kombination sehr häufig auftrat. Des Weiteren wurde überprüft, ob Patienten, die mindestens zwei verschiedene Behandlungen erhalten hatten, auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Indikation zeigten. Wie man anhand von Tabelle 8 erkennen kann, haben Personen, die eine OP erhielten, eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit einer Indikation im Vergleich zu anderen Behandlungsformen (s. auch Abb. 14), während Patienten, die eine Chemotherapie erhielten, sich nicht von den Patienten ohne Chemotherapie unterschieden. Patienten, die eine Bestrahlung oder Hormontherapie erhielten, waren signifikant betreuungsbedürftiger. Man kann weiterhin erkennen, dass die Anzahl der Behandlungen (ob keine oder mindestens eine) nicht mit der Indikation zusammenhing.

Tabelle 8:

Darstellung der Indikation nach Behandlungsart innerhalb der letzten 2 Monate (Gruppengröße N; Gesamtgruppe =, χ^2 -Wert, Phi-Koeffizient und deren Signifikanz)

Tumorart	N	χ^2 -Wert	Korrelation	Signifikanz (p)
OP vs. keine OP	221	9.20	-.142	.002
Chemo vs. keine Chemo	125	0.37	.029	.542
Bestrahlung vs. keine Bestrahlung	13	7.13	.126	.007
Hormon vs. keine Hormonbehandlung	9	6.38	.119	.011
Keine Behandlung vs. mindestens 1 Behandlung	127	1.73	.062	.189
2 verschiedene vs. weniger als 2 Behandlungen	40	0.71	.040	.401

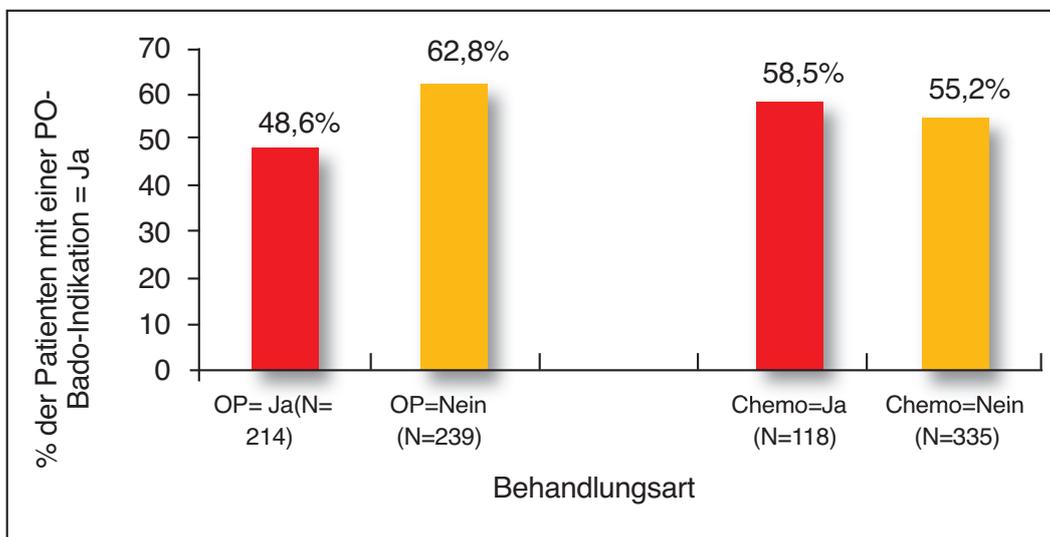


Abbildung 14:

Verteilung der PO-Bado-Indikationen für Patienten mit OP vs. ohne OP und mit Chemotherapie vs. ohne Chemotherapie

3.4 Krankheitsunabhängige Belastungen in der PO-Bado-KF

Der Einfluss krankheitsunabhängiger Belastungen wie „weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich“ auf die psychische Belastung eines Krebspatienten wird in der PO-Bado-KF und der PO-Bado-BK ebenfalls untersucht. In der PO-Pado-KF wurde die emotionale Belastung mit einem 5-stufigen Item abgefragt, bei dem Patienten von 0 (nicht belastet) bis 4 (stark belastet) eingeschätzt wurden. Wie man Abbildung 15 entnehmen kann, wurden Patienten mit einer psychoonkologischen Indikation mit einer durchschnittlichen Belastung von 1.89 (SD = 1.01) signifikant höher ($t(df_{\text{korr}} = 266.9) = -7.99, p < .001$) belastet eingestuft als Patienten ohne Indikation (Mittelwert = 0.80, SD = 1.24).

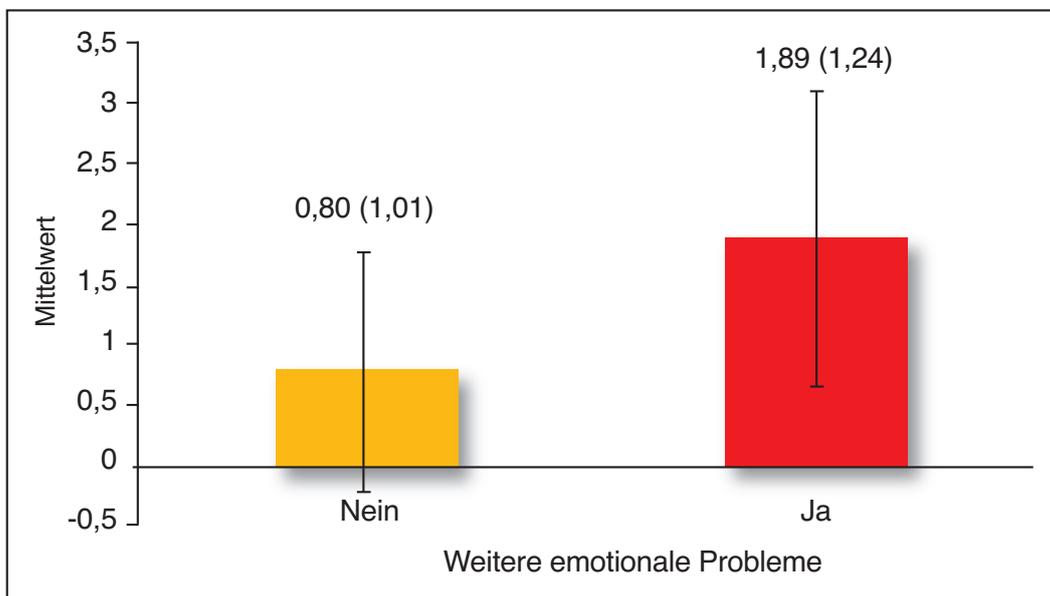


Abbildung 15:
Vergleich der mittleren emotionalen Belastung (und SD) bei Patienten mit Indikation und ohne Indikation (N = 269).

3.5 Krankheitsunabhängige Belastungen in der PO-Bado-BK

In der brustkrebsspezifischen Version der PO-Bado wurde die Frage nach krankheitsunabhängigen Belastungsfaktoren mit vier Items erfasst. Gefragt wurde, ob eine solche Belastung vorliegt oder ob sie nicht vorliegt. Im χ^2 -Test ergaben sich durchweg hoch signifikante Ergebnisse: Alle vier Items zeigen, dass eine Belastung in diesen Bereichen eng mit der Indikationsfrage verknüpft war. Im Einzelnen sind die χ^2 -Werte für das Item: „Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis“ (χ^2 (df = 1) = 10.88; $p < .01$), für das Item „Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme“ (χ^2 (df = 1) = 7.64; $p < .01$), für das Item „weitere zusätzliche Belastungsfaktoren“ (χ^2 (df = 1) = 12.03; $p < .01$) und für das Item „Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitstunabhängige Belastungen beeinflusst“ (χ^2 (df = 1) = 28.28; $p < .01$). Abbildung 16 veranschaulicht diese Ergebnisse.

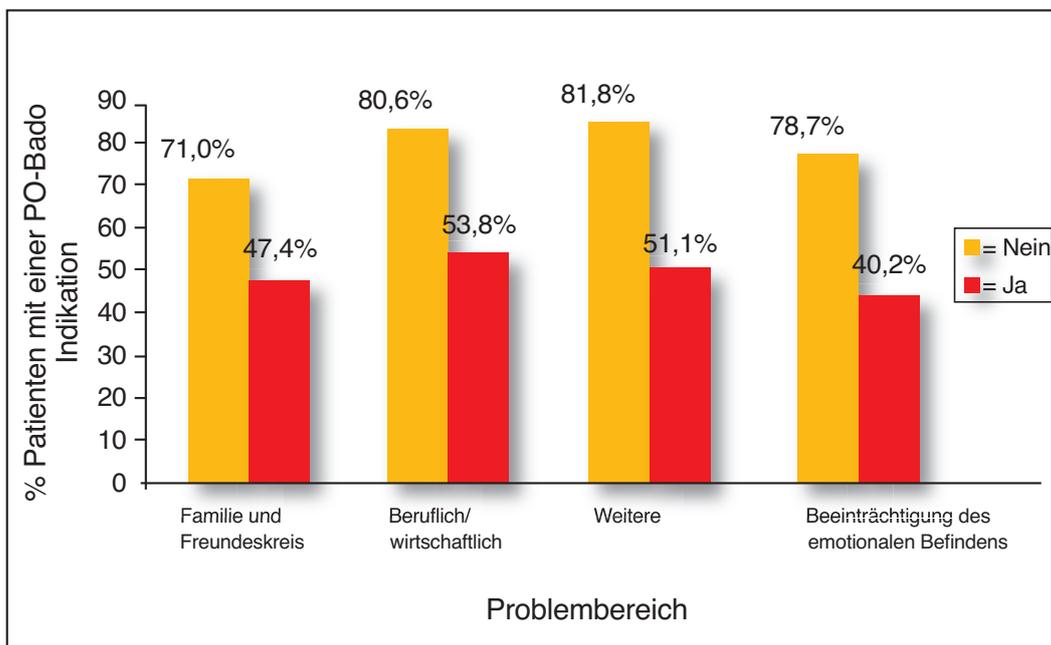


Abbildung 16:

Vergleich des prozentualen Anteils der Patienten mit Indikation und „Problemen in Familien- oder Freundeskreis“ (N = 93) vs. keine Probleme (N = 97); „Berufliche / wirtschaftliche Probleme“ (N = 31) vs. keine Probleme (N = 156); „Weitere Probleme“ (N = 44) vs. keine zusätzlichen Probleme (N = 135) sowie „Beeinträchtigungen des emotionalen Befindens“ (N = 89) vs. keine Beeinträchtigungen (N = 97).

3.6 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf (FBK-R23)

Die psychische Belastung und damit der psychoonkologische Behandlungsbedarf sollte auch vom Patienten selbst eingeschätzt werden. 402 Patienten füllten die revidierte Fassung des „Fragebogens zur Belastung Krebskranker“ (FBK-R23) aus. In die Auswertung gingen aufgrund fehlender Werte 391 Personen ein. Es zeigte sich, dass 122 Patienten (31,20%) sich über einen kritischen Wert hinaus belastet fühlten. 269 der Patienten (68,80%), die den Fragebogen ausfüllten, lagen unterhalb des Schwellenkriteriums.

3.7 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf nach PO-Bado und nach FBK-R23 im Vergleich

Wie im Kapitel 1.5 dargelegt, kann die vom Patienten selbst wahrgenommene psychosoziale Belastung sich von der vom Experten eingeschätzten Belastung sehr unterscheiden. Aus diesem Grund sollten diese beiden Erhebungsmethoden miteinander in Beziehung gesetzt werden. Wie man an Abbildung 17 erkennen kann, hängt die Indikation nach dem FBK-R23 und der PO-Bado signifikant zusammen (χ^2 -Wert = 75.46, df = 1, p < .001). Von 377 Patienten erhielten 27,59% sowohl eine Indikation durch die PO-Bado als auch durch den FBK-R23 und 41,11% keine Indikation durch beide Verfahren. Hingegen erhielten 3,71%, die sich mit dem FBK-R23 als belastet einstufen, keine Indikation mit der PO-Bado und 27,59% zwar eine Indikation durch die PO-Bado, schätzten sich aber selbst nicht als belastet ein.

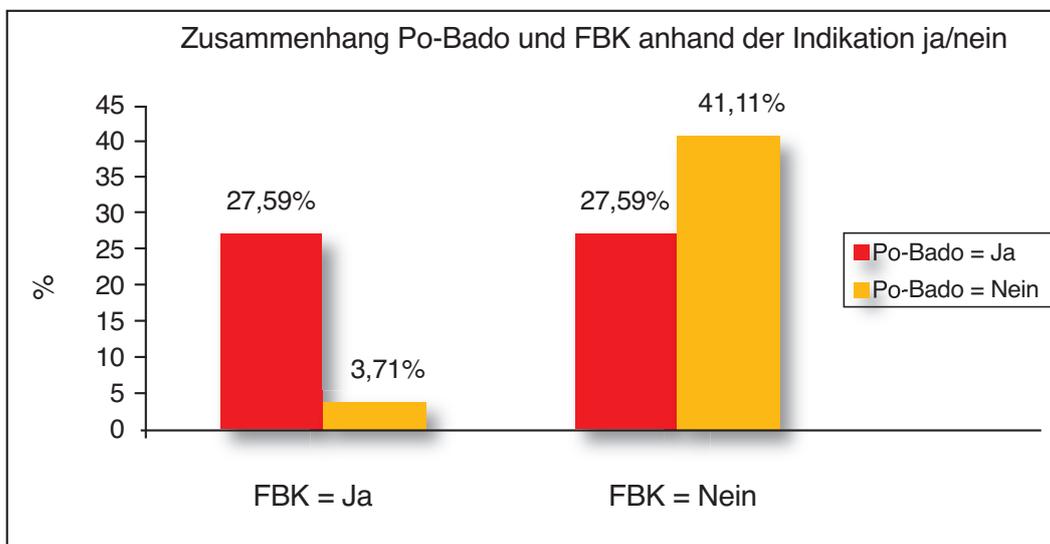


Abbildung 17:
Zusammenhang zwischen Indikation nach der PO-Bado und FBK (N = 377).

4 Diskussion

Die vorliegende psychoonkologische Untersuchung verfolgte zwei miteinander verknüpfte Ziele. Es ging zum einen darum, valide Daten für den psychoonkologischen Behandlungsbedarf an einem Schwerpunkt Krankenhaus zu erheben und zu bewerten (inhaltliches Ziel). Zum anderen sollte ein neues Instrumentarium, das den vom Interviewer eingeschätzten Behandlungsbedarf mit der Selbstauskunft des Patienten in Beziehung setzt und bisher nicht im Routinebetrieb eines Akutkrankenhauses eingesetzt worden ist, erprobt und bewertet werden (methodologisches Ziel).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zunächst in den theoretischen Kontext der Fragestellung eingeordnet, dann im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit zusammengefasst und schließlich unter Bezugnahme auf relevante Ergebnisse der Forschungsliteratur bewertet.

4.1 Theoretischer Hintergrund

Die Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung geht mit spezifischen psychischen Anforderungen einher. Es ist mittlerweile unbestritten, dass eine misslungene Anpassung an diese neue Situation zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen kann. Bei ca. 50% der Patienten liegt eine spezifizierte psychosoziale Problem- und Bedürfnislage vor und bis zu 30% der Patienten leiden an einer klinisch relevanten psychischen Störung, vor allem Angst und Depression (Weis, 1990; Carr, 2002). Psychische Belastungen gehen einher mit einer erheblich reduzierten Lebensqualität, können chronifizieren und sich auf die Compliance auswirken (Massie & Popkin, 1998; Richardson & Sanchez, 1998; Mehnert, Peterson, & Koch, 2003; Pouget-Schors & Degner, 2005).

Psychoonkologische Interventionen haben sich bei einer ganzen Reihe krankheits- und behandlungsbezogener Probleme als hoch effektiv erwiesen (Spiegel et al., 1989; Fawzy, 1999; Larbig et al., 2000). Sie sollten Patienten deshalb nicht mehr vorenthalten werden (Mehnert et al., 2003). Allerdings benötigen nicht alle Patienten in der akutstationären

Versorgung eine psychoonkologische Behandlung. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie man frühzeitig und ökonomisch über ein Schwellenmaß hinaus belastete Patienten identifizieren kann. Die Bedarfsdiagnostik in der Psychoonkologie ist aber bis heute mit vielen inhaltlichen und methodischen Problemen konfrontiert. Sie erfolgt überwiegend uneinheitlich und atheoretisch, häufig auch mit nicht krebspezifischen Selbsteinschätzungsinstrumenten (Strittmatter, 1997; Weis et al., 1998; Schwarz, 2000; Herschbach, 2006). Diese Schwierigkeiten sind ein Grund dafür, dass Bedarfszahlen für Patienten in der akutstationären Versorgung kaum vorliegen. Dieses Manko wiederum wird häufig als Argument dafür benutzt, keine entsprechenden Versorgungsstrukturen bereit zu stellen. Ausgangspunkt dieser Untersuchung war deshalb der Blick auf zwei Desiderate der Psychoonkologie. Zum einen besteht der Wunsch nach empirischen Untersuchungen zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf an Akutkrankenhäusern. Zum anderen mangelt es darüber hinaus am Einsatz valider, praktikabler sowie krebspezifischer Messinstrumente. Der Behandlungsbedarf von Patienten, die beispielsweise an so genannten „stummen Krisen“ leiden oder sich genieren, über ihre psychischen Belastungen zu sprechen, wird mit reinen Selbsteinschätzungsfragebögen, die dem psychiatrischen Kontext entlehnt sind, nicht oder nicht zuverlässig erfasst.

4.2 Repräsentativität der Stichprobe

Zieht man zum Vergleich der Ergebnisse dieser Studie die Zahlen aus dem epidemiologischen Krebsregister (Robert-Koch-Institut, 2006) zur Verteilung der Krebshäufigkeit in Deutschland heran, so zeigt sich, dass die Verteilung der Tumordiagnosen in dieser Stichprobe der Krebsinzidenz in Deutschland entspricht, was die Repräsentativität der Stichprobe untermauert.

Die Studie wurde in komplexen klinischen Strukturen durchgeführt, so dass die Daten unter klinischen Routinebedingungen und nicht unter Studienbedingungen erhoben wurden. Dieses Vorgehen hatte für die Untersuchung sowohl Nachteile als auch Vorteile. Als nachteilig erwies sich, dass gerade zu Beginn der Studie von den chirurgischen und urologischen Stationen nur unregelmäßig neu diagnostizierte oder aufgenommene Krebspatienten rückgemeldet wurden, was zur Folge hatte, dass weniger Patienten mit

urologischen Tumoren, vor allem mit Prostata-Ca, in die Studie aufgenommen wurden. Als positiv ist zu bewerten, dass die in die Studie aufgenommenen Patienten keiner besonderen Selektion unterworfen waren. Die Bereitschaft der Patienten, an dieser Studie mitzuwirken, war sehr groß. Nur fünf Patienten, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, lehnten die Teilnahme ab. Das Argument, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnahme möglicherweise gerade psychisch stark belastete Patienten nicht erfasst wurden, trifft somit auf die vorliegende Stichprobe nicht zu. 53 Patienten konnten aufgrund organisatorischer Probleme nicht befragt werden und 34 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien nicht. Die Patienten, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, waren in einer fortgeschrittenen palliativen Therapiesituation und psychisch und körperlich durch Schmerzen und Übelkeit so stark eingeschränkt, dass eine Befragung nicht vertretbar war. Diese Patienten hatten unterschiedliche Krebsdiagnosen, so dass ein Selektionseffekt ausgeschlossen werden kann.

4.3 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf gemessen mit der PO-Bado

Mit 56,30% waren in der vorliegenden Studie deutlich über die Hälfte der Patienten psychisch so stark belastet, dass sie eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung erhielten. Die Prävalenzraten für psychosoziale Belastungen von Krebspatienten liegen damit zum Teil deutlich höher als in anderen Studien, zum Teil aber auch etwas niedriger (Keller et al., 2004; Singer et al., 2007). Die Angaben in den verschiedenen Studien variieren allerdings sehr stark in Abhängigkeit von der untersuchten Erkrankung, der Krankheitsphase, der Institution (Akutkrankenhaus, Rehabilitationsklinik, Beratungsstelle, Psychotherapeutische Praxis) und den verwendeten Messinstrumenten.

Primär diagnostiziert wurden in Studien zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf depressive Symptome, Angststörungen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Die Einteilung der Symptome erfolgte dabei überwiegend mit Hilfe der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 2004) oder dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen DSM IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Diese Untersuchungsmethoden weisen allerdings eine Reihe von Mängeln für die Belastungsdiagnostik onkologischer Patienten auf. So bilden sie viele für Krebspatienten relevante Belastungen nicht ab, insbesondere die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Behandlungen, die Progredienzangst, den Verlust des Arbeitsplatzes, die soziale Isolierung und spirituelle Krisen. Diese Belastungen werden aber gerade im Hinblick auf die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit oft als sehr einschränkend empfunden. Demgegenüber werden durch ICD-10 oder DSM IV Belastungsbereiche erfasst, die für onkologische Patienten eine zusätzliche Stigmatisierung bedeuten können, indem sie beispielsweise zu ihrer Krebserkrankung auch noch eine psychopathologische Diagnose erhalten.

Untersuchungen zur allgemeinen psychosozialen Belastung von Krebspatienten im akut-klinischen Kontext sind selten. In der großen Medline-Recherche von Aschenbrenner und Mitarbeitern (2003) fanden sich lediglich 16 Studien, welche die allgemeine psychische Belastung erfassten. Zur Erhebung wurden auch hier vor allem nicht-krebsspezifische Messinstrumente herangezogen, z.B. der „Profile of Mood States“, der „General

Health Questionnaire“ und die „HADS“ (Aschenbrenner, Härter, Reuter, & Bengel, 2003). Studien, die mittels klinischer Interviews die Belastung der Patienten ermitteln, sind noch seltener. Eine der vorliegenden Untersuchung sehr ähnliche Studie wurde an der Klinik für Chirurgie der Charité in Berlin durchgeführt. Hier untersuchte man ebenfalls zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 406 Patienten mit der längeren Version der „Psychoonkologischen Basisdokumentation“. Wie in der vorliegenden Studie waren die Interviewer vor der Durchführung der Studie geschult worden. 41,4% (168 Patienten), erhielten eine Indikation für eine psychoonkologische Betreuung. Das sind 15 Prozentpunkte weniger Patienten mit einer Indikation als in der vorliegenden Studie. Die Ergebnisse gelten allerdings für eine hoch selektierte Stichprobe, nämlich ausschließlich für Patienten auf einer chirurgischen Station und hier vor allem Patienten mit gastrointestinalen Tumoren (Goerling et al., 2006). Am Universitätsklinikum Heidelberg wurde ebenfalls in der Klinik für Chirurgie der psychoonkologische Betreuungsbedarf erfasst. Eingesetzt wurde vor der stationären Aufnahme die HADS. Hier lagen etwas mehr als ein Drittel der Patienten über dem Schwellenwert. Mit der Zuweisungsgruppe wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Mehr als die Hälfte der Patienten erwies sich ebenfalls als psychoonkologisch behandlungsbedürftig.

In einer Studie, die Patienten aus zwei Rehabilitationskliniken und zwei Akutkrankenhäusern mit unterschiedlichen Tumordiagnosen einschloss, fand man im klinischen Interview mit dem Composite International Diagnostic Interview, das Diagnosen nach dem DSM-IV stellt (M-CIDI, (Wittchen, 1996), immerhin 49% der Patienten über einen kritischen Wert hinaus belastet (Härter et al. 2000). In einer aktuellen, über mehrere Jahre laufenden Studie an der Universitätsklinik Leipzig wurden 689 Krebspatienten mittels klinischer Interviews (SKID) untersucht. Der SKID erfasst psychische Störungen ebenfalls nach dem DSM IV und ist wie das CIDI nicht krebsspezifisch. Doch auch hier zeigten sich hohe Prävalenzraten für manifeste psychische Störungen: 222 Patienten (32,2%) litten unter einer psychischen Störung nach dem DSM IV und 83% der Befragten wünschten sich eine psychosoziale Unterstützung (Singer et al., 2007). Wenn man berücksichtigt, dass in diesen Ergebnissen nicht die Patienten erfasst wurden, die zwar psychisch belastet waren, jedoch noch nicht so relevant, dass sie eine DSM IV Diagnose erhielten, kann man insgesamt von einer deutlich höheren Prävalenz psychisch belasteter Patienten sprechen.

Kritisch angemerkt werden könnte, dass die Interviews in der vorliegenden Untersuchung nicht ausschließlich von erfahrenen Psychoonkologen durchgeführt worden sind, sondern auch von Studenten der Psychologie. Man könnte vermuten, dass sich die jüngeren Interviewer vom Schicksal der Patienten selbst so belastet fühlten, dass sie insgesamt dazu neigten, die Belastung zu hoch einzuschätzen. Vergleicht man aber die Daten der vorliegenden Studie mit den Daten der Validierungsstichprobe (N = 254), so zeigt sich, dass in letzterer 81,5% der Patienten eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung erhielten. Der Behandlungsbedarf liegt damit um 25,2% höher als in der vorliegenden Untersuchung. Die Autoren bemerken, dass diese hohe Prävalenz psychosozialer Belastungen nicht repräsentativ sei. Sie vermuten, dass die hohe Anzahl von „Ambulanzpatienten“ in der Stichprobe für diese Ergebnisse verantwortlich war (Herschbach & Marten-Mittag, 2007). Patienten, die die Ambulanz aufsuchen, nehmen sich ja schon als belastet wahr, andernfalls kämen sie nicht zur Beratung. Es handelt sich in dieser Validierungsstichprobe also um eine selektierte Gruppe von Patienten. Klinische Erfahrungen aus dem Bereich „ambulante Krebsberatungsstelle“ und Erfahrungen aus der Umsetzung der Studie unterstützen diese Vermutung. Ein weiteres Argument dafür, dass in dieser Arbeit valide Daten vorgelegt werden konnten, bezieht sich auf Ergebnisse einer großen Untersuchung (N = 4000) hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Wittchen, 2000). Der Vergleich macht deutlich, dass die stationär behandelten Tumorpatienten eine dreifach höhere Prävalenz psychischer Belastung aufweisen (56,3% versus 17,3%; ebd.).

4.3.1 Ausprägung der somatischen und psychischen Belastungsbereiche

Erwartungsgemäß zeigte sich, dass Patienten sich in den Items, die die psychischen Belastungen explorieren („Angst/Sorge/Anspannung“ gefolgt von „Stimmungsschwankungen/ Verunsicherung/ Hilflosigkeit“ und „Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depressivität“) im Vergleich zu den Items, die die somatischen Belastungen explorieren signifikant belasteter fühlten. Diese Ergebnisse entsprechen den Studien, die mit den verschiedenen PO-Bado-Versionen durchgeführt wurden. Auch in der Studie von Goerling et al. (2006) erreichen die Angaben bei dem Item „Angst/Sorge/ Anspannung die höchste Ausprägung. Der überwiegende Anteil an Studien, in denen Messinstrumente aus dem psychiatrischen Kontext eingesetzt wurden, bestätigt diese Ergebnisse ebenfalls (McDaniel, Musselman, Porter, & al., 1995; Massie & Popkin, 1998; Kauschke, 2004; Singer et al., 2007).

4.4 Der Einfluss soziodemographischer Variablen

4.4.1 Geschlecht

Es fanden sich in dieser Studie keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Indikationsstellung. Der Anteil an Frauen war erwartungsgemäß höher, da an der Klinik ein Brustzentrum etabliert ist. Da in den meisten größeren Akutkliniken ebenfalls Brustzentren eingerichtet sind, kann man davon ausgehen, dass die Zahlen vergleichbar sind. Auch entsprechen die Zahlen in dieser Studie den Angaben anderer Studien, die Patienten mit verschiedenen Tumordiagnosen untersuchten (Härter et al., 2000). Die Metaanalyse von Aschenbrenner und Mitarbeitern (2003) fand ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Diese Ergebnisse werden zum Teil durch die Studie von Herschbach und Mitarbeitern (2008) unterstützt. Die Autoren fanden zwar bei den Männern höhere Belastungsscores im somatischen Bereich und bei den Frauen im psychischen Bereich, konnten jedoch nachweisen, dass diese Geschlechtsunterschiede auf den „Kliniktyp“ zurückzuführen waren, und vermuteten deshalb komplexe Konfundierungseffekte (Diagnose, Krankheitsstatus etc.). Interessanterweise fanden die Autoren keine Geschlechtsunterschiede, wenn das klinische Personal die Patienten in die Studie „einschleuste“.

In der zitierten Studie von Goerling et al. (2006) zeigte sich hingegen ein signifikanter Geschlechtsunterschied: Frauen erhielten auffällig häufiger eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung. Die Autoren erklären dieses vielen Studien widersprechende Ergebnis damit, dass die Frauen möglicherweise größere Angst vor den Operationen hatten als die männlichen Patienten bzw. dass die männlichen Patienten ein sozial erwünschtes Antwortverhalten zeigten.

4.4.2 Alter

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Patienten, die eine Indikation zu einer psychoonkologischen Behandlung erhielten, im Durchschnitt drei Jahre jünger waren als die Patienten ohne Behandlungsindikation. Da der Altersdurchschnitt in der vorliegenden Stichprobe bei 63 Jahren liegt, hat dieses Ergebnis für die Indikationsfrage keine klinische Relevanz. Man würde beispielsweise in der Praxis nicht Patienten, die 60 Jahre alt sind, dem Psychoonkologen zuweisen, einen 63-jährigen Patienten aber nicht. Die Ergebnisse untermauern die Resultate einer großen Anzahl von Studien zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Die annähernd vergleichbare Studie von Goerling et al. (2006) fand keine signifikanten Altersunterschiede. Der Überblick von Aschenbrenner et al. (2003) zeigt für 26 der analysierten Studien eine Tendenz hin zu jüngeren Patienten (Aschenbrenner et al., 2003).

4.4.3 Berufliche Situation, Partnerschaft und Kinder

Hinsichtlich des beruflichen Status der Patienten ließen sich keine signifikanten Einflüsse finden. Dieses Ergebnis ist mit dem vieler anderer Studien konsistent (Aschenbrenner et al., 2003). In einer älteren Studie fand man, dass berufstätige Patienten im Vergleich zu Rentnern und arbeitslosen Patienten häufiger depressiv und ängstlich waren (Omne-Ponten, 1992). Dieses Ergebnis überrascht jedoch nicht, da hier ausschließlich Frauen untersucht wurden, denen eine Brust entfernt worden ist. Frauen mit einer Ablatio erleben diese Operation nicht selten als eine offensichtlich gewordene „Behinderung“ oder „Verstümmelung“, mit der sie sich Tag für Tag im beruflichen Alltag konfrontieren müssen. Ob ein Patient in einer festen Partnerschaft lebt, verheiratet oder ledig ist, hatte in dieser Untersuchung ebenfalls keinen Einfluss auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Auch dieses Ergebnis stimmt mit dem Großteil der Studien überein. In einer Metaanalyse (31 Studien) fanden sich nur in zwei Studien Zusammenhänge: Alleinstehende zeigten eine höhere Belastung als Patienten, die in einer Partnerschaft lebten. Allerdings wurde hier nur eine kleine Stichprobe von Patienten (N = 99) untersucht (Aschenbrenner et al., 2003; Singer et al., 2007). Für künftige Studien wurde vorgeschlagen, die Zufriedenheit mit der Partnerschaft sowie die Wohnsituation mit zu erfassen. Dies scheint auch aus klinischer Perspektive sinnvoll.

Ob ein Patient Kinder hat, zeigte in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls keinen Einfluss auf die Betreuungsindikation. Da dieser Frage generell bisher wenig Aufmerksamkeit in der psychoonkologischen Forschung geschenkt wurde, liegen bislang kaum Daten vor. Man weiß jedoch, dass die Erschütterung infolge einer Krebsdiagnose das familiäre System besonders dann, wenn Eltern- und Krankenrolle zusammenfallen, stark belasten kann (Faulkner & Davey, 2002; Romer, Barkmann, Schulte-Markwort, Thomalla, & Riedesser, 2002). Eine solche Konstellation kann große Verlustängste hervorrufen und zur Bedrohung des „familiären Kohärenz-Gefühls“ und der familiären Identität führen (Geigges, 2004). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die psychosoziale Belastung bei Patienten mit jüngeren Kindern verdichten kann. Andererseits zeigt die klinische Praxis auch, dass eine Elternschaft auch eine protektive Wirkung haben kann, so dass Patienten mit kleineren Kindern möglicherweise deutlich weniger Belastung wahrnehmen als Patienten mit älteren Kindern.

4.5 Der Einfluss krankheitsbezogener Variablen

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf wird häufig an Patientengruppen mit einer ganz bestimmten Krebsdiagnose evaluiert. Untersuchungen von Patienten mit unterschiedlichen Krebsdiagnosen sind selten, so dass keine zuverlässige Datenlage hinsichtlich des Einflusses der Art der Erkrankung auf die Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Aus diesem Grund wurden in dieser Studie die verschiedenen Krebsdiagnosen hinsichtlich der Behandlungsindikation miteinander verglichen. Auch der Einfluss des aktuellen Krankheitsstatus (Erstdiagnose, Zweiterkrankung, Vorhandensein von Metastasen), die Art der Behandlung, die Einnahme von psychotropen Substanzen (Schlafmittel, Antidepressiva oder Tranquilizer) sowie die medizinische Behandlung (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung-, Hormontherapie) könnten Aufschluss darüber geben, ob ein erhöhter psychoonkologischer Behandlungsbedarf zu vermuten ist.

4.5.1 Tumordiagnose

In der vorliegenden Studie wurde kein signifikanter Einfluss der Tumordiagnose auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf gefunden. Damit ist das vorliegende Ergebnis konsistent mit der überwiegenden Zahl an Studien zur Prävalenz psychischer Belastungen bei Krebspatienten, die an einer der häufigen Krebserkrankungen leiden. Das Ergebnis wäre sicher anders ausgefallen, wenn in die untersuchte Stichprobe mehr Patienten mit einem Pankreas- oder Bronchialcarcinom eingeschlossen worden wären. Diese Patientengruppe ist häufig sehr belastet, da ihre Krankheitsbilder mit einer sehr schlechten Prognose einhergehen. So waren in einer Studie von Sellick and Edwardson (2007) vor allem Lungen Ca Patienten und Mamma Ca Patienten höher belastet als Patienten mit anderen Tumordiagnosen (vgl. auch Herschbach et al. 2008).

4.5.2 Aktuelle Krankheitssituation

In die Studie wurden Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsstadien aufgenommen, um dadurch ein Bild des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs aller in der Klinik behandelten Krebspatienten zu erhalten und entsprechende Risikogruppen zu identifizieren. Das Ergebnis zeigt sich insgesamt konsistent mit der empirischen Datenlage: Der Behandlungsbedarf war signifikant höher, wenn Patienten fortgeschritten erkrankt waren, das heißt, wenn Metastasen diagnostiziert wurden (Cella, 1987; Kugaya, 2000; Herschbach, 2008). Diese Befunde können klinisch bestätigt werden, wenn auch nicht konsistent. So fand eine randomisiert-kontrollierte Studie (Kissane et al., 2004), die Patientinnen mit einem frühen Stadium eines Mamma Ca mit Patientinnen verglich, die sich in einem metastasierten Stadium befanden, keine Unterschiede hinsichtlich der psychischen Belastung (45% Belastung bei frühen Stadien vs. 42% im metastasierten Stadium). Die Patienten wurden sowohl mit klinischen Interviews untersucht als auch mit Selbsteinschätzungsfragebögen. Das Ergebnis kann allerdings nicht verallgemeinert werden. Zum einen handelt es sich hier wiederum um eine hochselektierte Gruppe von Patienten, zum anderen wurden von vornherein Patienten ausgeschlossen, die keine Einwilligung zu einer psychoonkologischen Behandlung gegeben hatten. Es könnte also sein, dass es sich dabei um besonders belastete Patienten handelte. Aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass Patienten, die nach medizinischem Ermessen keine Chance haben, die Erkrankung zu überleben, sich keine Vorteile (mehr) von einer psychologischen Behandlung versprechen. Es ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Patienten, bei dem die Krankheit weit fortgeschritten ist und Metastasen nachgewiesen worden sind, höher belastet ist und daher besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

4.5.3 Weitere somatische Erkrankungen

249 Patienten berichteten im Interview über weitere somatische Krankheiten wie Rheuma und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der vorliegenden Untersuchung fand sich kein Einfluss weiterer somatischer Erkrankungen auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Die Metaanalyse von Aschenbrenner et al. (2003) bestätigt diesen Befund. Die vorliegenden Daten erhärten auch den klinischen Eindruck: Begleiterkrankungen treten von ihrer Bedeutung in den Hintergrund, wenn eine Krebsdiagnose gestellt wird. Die Bandbreite von „weiteren somatischen Belastungen“ war in der vorliegenden Untersuchung jedoch sehr groß. Sie reichte von Hyper- und Hypotonie über Diabetes mellitus zu Schilddrüsen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zwischen den einzelnen Erkrankungen wurde nicht differenziert, da der jeweilige Anteil relativ klein war und die Aussagekraft entsprechend gering gewesen wäre. Das vorliegende Ergebnis ist also eingeschränkt zu werten.

4.5.4 Körperliche Funktionsfähigkeit

Eine eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit erwies sich in der vorliegenden Untersuchung als hoher Risikofaktor für eine psychosoziale Belastung über einen kritischen Wert hinaus. Diese Ergebnisse werden von einer ganzen Reihe von Studien gestützt (Cella, 1987; Aass, 1997; Grassi, Malacarne, Maestri, & Ramelli, 1997; Sehlen et al., 2001). In den psychoonkologischen Anamnesegesprächen wurde immer wieder deutlich, dass Patienten, die sich körperlich schlecht fühlten, sich vermehrt Sorgen um den weiteren Verlauf ihrer Erkrankung bzw. Gesundheit machten. Dies überrascht vor dem Hintergrund einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung wie einer Krebserkrankung nicht. Dieses Ergebnis verweist aber gleichzeitig auf wichtige Unterschiede zur Normalbevölkerung, wo der wahrgenommene und damit subjektive Gesundheitszustand keine bedeutsame Rolle für die Lebenszufriedenheit spielt. Ohne psychoonkologische Interventionen besteht gerade hier die Gefahr eines *Circulus vitiosus*, wie die klinische Praxis immer wieder zeigt: Die Patienten fühlen sich körperlich schlecht, machen sich vermehrt Sorgen um ihren Gesundheitszustand und fühlen sich psychisch schlechter. Diese Folge führt wiederum zu einer Verschlechterung des körperlichen Befindens (Wörz, 2006; Estlander, 2008; Franck, 2008).

4.5.5 Behandlungsform

Insgesamt liegen international und national wenige Befunde vor, welche die verschiedenen Behandlungsformen, die Krebspatienten erhalten (können), miteinander verglichen haben. Den Vergleich von Patienten, die eine spezifische Behandlung erhalten, mit Patienten, die abgesehen von einer Operation keine weitere Behandlung erhalten hatten, findet man ebenso selten. Dieses Defizit liegt darin begründet, dass Fragen nach der onkologischen Behandlung fast ausschließlich nur in krebsspezifischen Messinstrumenten enthalten sind, nicht aber in den in der Mehrzahl verwendeten psychiatrischen Messinstrumenten.

In der vorliegenden Studie hatten diejenigen Patienten einen höheren psychoonkologischen Behandlungsbedarf, die nicht operiert wurden. Dabei wurde leider nicht erfasst, ob sie aufgrund der Art ihrer Erkrankung nicht operiert wurden (beispielsweise, weil sie an einer Erkrankung des blutbildenden Systems erkrankt waren) oder ob sie aufgrund eines fortgeschrittenen Befundes nicht operiert werden konnten. Aus der klinischen Praxis leuchtet dieses Ergebnis unmittelbar ein: Viele Patienten fühlen sich beruhigt, wenn der Tumor „herausgeschnitten“ wird und nicht mehr „da“ ist. Ist eine Operation aufgrund des Erkrankungstyps nicht möglich, wird diese Situation verständlicherweise oft als potenziell bedrohlich erlebt. In der Analyse verschiedener Studien, die mit unterschiedlichen PO-Bado-Versionen durchgeführt wurde waren diejenigen Patienten, die keine Behandlung erhielten, signifikant höher belastet als Patienten, die operiert wurden und/oder Chemo- oder Strahlentherapie erhalten hatten (Herschbach, Book, Brandl et al., 2008).

Vor allem klinisch evident und in der Patientenliteratur gut dokumentiert ist die Angst vor der Belastung durch eine Chemotherapie. Die Analyse von 6365 Patienten, die mit der PO-Bado untersucht wurden, untermauert den klinischen Eindruck (Herschbach et al. 2008). In der vorliegenden Studie konnte dieses Ergebnis jedoch nicht bestätigt werden. Es ist zu vermuten, dass diese Differenz damit zusammenhängt, dass viele der Patienten in der Studie von Herschbach et al. nicht aus Akutkliniken rekrutiert wurden. In der akutstationären Versorgung sind die Patienten noch primär mit dem Diagnoseschock oder der Diagnoseverarbeitung „beschäftigt“, ferner damit, die oft zahlreichen Untersuchungen und Operation(en) zu verkraften. Der Gedanke an die weitere Behandlung

und damit die Auseinandersetzung mit der Chemotherapie steht zu dieser Zeit oft noch nicht im Fokus. Es könnte jedoch auch sein, dass eine chemotherapeutische Behandlung möglicherweise mit dem Gefühl verbunden ist, alles getan zu haben, um auch die „letzte Krebszelle“ im Körper zu vernichten. Insbesondere der Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie wird Patienten auch in dieser Weise von medizinischer Seite vermittelt. Vor diesem Hintergrund kann gut erklärt werden, warum in der vorliegenden Untersuchung, in der die meisten Patienten eine adjuvante Chemotherapie erhielten, nicht stärker belastet waren als Patienten, bei denen dies nicht der Fall war. Dieses Ergebnis unterstützt Untersuchungen zur Lebensqualität, die zeigen, dass objektive Krankheits- und Behandlungsvariablen nur schwach mit dem subjektiv empfundenen Krankheitserleben korrelieren (Herschbach, 2002).

Der Vergleich von Patienten, die eine Strahlentherapie (N = 13), keine Strahlentherapie oder eine Hormontherapie (N = 9) erhielten, war signifikant. Vor dem Hintergrund sehr kleiner Patientenzahlen sollte diesem Ergebnis jedoch kein zu großes Gewicht beigemessen werden.

Es zeigte sich hinsichtlich der Belastungswerte als irrelevant, ob ein Patient eine oder zwei verschiedene Behandlungen bekam. Dieses Ergebnis war zu erwarten: Patienten mit einer Krebserkrankung nehmen verschiedenste Therapieformen als „Behandlungspaket“ wahr und oft auch im psychologischen Sinne „an“, da dieses ihnen höchst mögliche Sicherheit verspricht.

4.5.6 Einnahme psychotroper Substanzen

In der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado) wird nach der Einnahme von psychotropen Substanzen gefragt. Darunter sind Medikamente wie Schlafmittel, Antidepressiva und Tranquilizer zu verstehen. 457 Patienten konnten darüber Auskunft geben, ob sie solche Medikamente genommen hatten. Der Zusammenhang mit einer Indikation zu psychoonkologischen Interventionen war hoch signifikant. Dieses Ergebnis wird von einer Reihe weiterer Studien unterstützt (Aschenbrenner et al., 2003). Interessant wäre für Folgestudien genau zu untersuchen, welche Medikamente in welcher Situation eingenommen werden (z. B. ob vor einer Operation, nach Diagnose oder Histologiemitteilung) und ob sie vom Patienten selbst verlangt oder vom Arzt oder der Pflege angeboten werden.

4.5.7 Psychologische oder psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit

In der PO-Bado wird auch erfasst, ob vor Ausbruch der Krebserkrankung psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen wurde. Dabei wurde angenommen, dass Patienten, die eine Hilfe in dieser Form im Vorfeld der Diagnose in Anspruch genommen hatten, auch eine entsprechende psychische Komorbidität mitbrachten. Die Angaben von 448 Patienten konnten ausgewertet werden. Der Zusammenhang mit einer Indikation für eine psychoonkologische Behandlung war hoch signifikant. Auch hier liegen nur wenige Vergleichsdaten vor, da nur in ganz wenigen Studien nach psychologischer Behandlung in der Vergangenheit bzw. nach psychischen Vorerkrankungen gefragt wurde. Auch die Operationalisierung erfolgte sehr unterschiedlich. Die wenigen Studien, die das Vorhandensein psychischer Störungen vor Ausbruch der Krebserkrankung untersuchten, fanden ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit einer hohen psychischen Belastung, vor allem mit Angst und Depressivität (Dean, 1987; Aass, 1997; Grassi et al., 1997; Jenkins, Carmody, & Rusch, 1998). Das vorliegende Ergebnis stimmt auch mit dem klinischen Eindruck überein. Es ist zu vermuten, dass Patienten, die schon vor der Krebserkrankung unter psychischen Beschwerden litten, unter dem Eindruck einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung keine ausreichenden Ressourcen mobilisieren

können. Andererseits könnte es aber auch sein, dass Patienten, die eine psychologische Behandlung im Vorfeld in Anspruch genommen haben, sensibler für die eigenen psychosozialen Belastungen sind und diese also eher wahrnehmen und berichten. Beide Interpretationen finden ihr Äquivalent in der klinischen Praxis, so dass hier weitere Forschung notwendig ist.

4.6 Behandlungsindikation anhand des FBK-R23

Nach der Selbstauskunft der Patienten (mittels der revidierten Fassung des Fragebogens zur Belastung Krebskranker) lagen 122 Patienten (31,20%) über einem kritischen Wert 269 der Patienten, die den Fragebogen ausfüllten, unterschritten das Schwellenkriterium. Dieses Ergebnis stimmt mit der überwiegenden Anzahl von Studien überein, welche die Selbstauskunft des Patienten als diagnostisches Mittel nutzten und/oder die allgemeine oder spezifisch psychosoziale Belastung erfragten (Strittmatter, 1997; Sehlen et al., 2001; Zabora et al., 2001; Faller et al., 2003; Herschbach et al., 2004; Lehenbauer-Dehm, 2008). Die psychosozialen Belastungen lagen hier zwischen 25% und 42%, und zwar abhängig davon, an welcher Patientengruppe und in welchem Kliniksetting sie erhoben wurden. Man kann also davon ausgehen, dass hier generalisierbare und valide Daten vorgelegt werden konnten.

4.7 Fremd- und Selbsteinschätzung

Nach dem bisherigen Forschungsstand muss davon ausgegangen werden, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung der emotionalen Befindlichkeit und psychischen Belastung von Krebspatienten sich häufig diskrepanz darstellt (Heim, 1998; Söllner et al., 2001; Keller et al., 2004). Der Unterschied liegt darin, dass die Patienten sich selbst als geringer belastet einstufen, als ein Außenstehender dies tut. In der vorliegenden Studie wurde dieser Befund bestätigt. 31% (N= 122) der untersuchten Patienten lagen über dem Schwellenkriterium. Das sind 25% weniger als durch die Fremdeinschätzung mit der PO-Bado (N= 259, d.h. 56%). Als Begründung für diese Diskrepanz werden meist Verdrängungs- und/oder Verleugnungsprozesse der Patienten angeführt (Koller, 1998; Kreit-

ler, 1999; Herschbach, 2006). Es könnte jedoch umgekehrt so sein, dass professionelle Beobachter wie Ärzte, Pflegende oder aber auch Psychoonkologen die Belastung der Patienten überschätzen bzw. deren Fähigkeit, mit ihr umzugehen, unterschätzen (Faller, 1998). Die klinische Erfahrung zeigt immer wieder, dass die Psychoonkologie insbesondere bei jüngeren Patienten mit schlechter Prognose und zu versorgenden kleinen Kindern angefordert wird. Die betroffenen Patienten fühlen sich selbst dann aber häufig deutlich weniger belastet als vom behandelnden Arzt angenommen (vgl. hierzu das Fallbeispiel in Kapitel 1.5). Betont werden soll aber, dass dies nicht bedeutet, dass dem Patienten ein psychoonkologisches Gespräch nicht von Nutzen sein kann.

Die Fremdeinschätzung der subjektiv empfundenen Belastung der Patienten einerseits und die Selbsteinschätzung der Patienten selbst hingen in der vorliegenden Studie jedoch, im Gegensatz zu einer Reihe von anderen Studien (Muthny, 1988; Newell, 1998), signifikant zusammen: 30% von 377 Patienten erhielten sowohl durch die PO-Bado, als auch durch den FBK- R23 eine Behandlungsindikation. 41% der Patienten erfuhren durch beide Verfahren keine Indikation. Nur 4% der Patienten, die sich nach der Selbsteinschätzung als über das Schwellenkriterium belastet fühlten, erhielten durch die PO-Bado keine Indikation und 28% (N = 104) wurden mit der PO-Bado als belastet eingestuft, fühlten sich selbst aber nicht so hoch belastet.

Die vorliegende Studie untermauert die Ergebnisse einer großen Anzahl von Studien zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Der überwiegende Anteil von Studien benutzte zur Fremdeinschätzung keine krebsspezifischen Messinstrumente. Die PO-Bado hingegen wurde explizit als ein Fremdeinschätzungsinstrument konzipiert, das ermöglichen soll, die subjektiv empfundene Belastung des Patienten einzuschätzen und nicht objektiv vorhandene Symptome. Es war daher davon auszugehen, dass auch die Selbsteinschätzung des Patienten mit der wahrgenommenen Belastung des (geschulten) Interviewers zusammenhing. Die psychologische Forschung geht davon aus, dass Fremd- und Selbsteinschätzung der psychischen Befindlichkeit von chronisch kranken Menschen unterschiedlich ausfallen, dass beide Einschätzungen aber von den gleichen inhaltlichen Konstrukten ausgehen (Faller, 1998). Das Ziel der PO-Bado war es, ein einheitliches Kategoriensystem für Belastungen von Krebspatienten vorzulegen. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass der signifikante Zusammenhang zwischen Selbst-

und Fremdeinschätzung in der vorliegenden Studie sich nicht so eindeutig hätte darstellen lassen, wenn die Interviewer nicht so intensiv geschult worden wären, die Belastung der Patienten nach einheitlichen Kriterien einzuschätzen. Diese Erklärung wird durch eingehende Diskussionen mit den Autoren der PO-Bado untermauert, die Belastungseinstufung von Beispielen aus dem Manual betreffend. Hier finden sich Aussagen von Patienten zu Fragen (Items) aus der PO-Bado, die dem Anwender helfen sollen, die Belastung des Patienten (0 bis 4) adäquat und einheitlich einzuschätzen. Nach eigener Auffassung war die Bewertung der Patientenaussagen konsequent zu hoch. Diese Auffassung teilten die Autoren, so dass die Belastungseinschätzung der Beispiel-Items in der Überarbeitung des Manuals entsprechend nach unten korrigiert wurde.¹³ Auch in der eigenen Pilotstudie fiel die Einschätzung der Belastung vom ungeübten Interviewer deutlich höher aus. Auch wurden die einzelnen Äußerungen der Patienten zu einer bestimmten subjektiv empfundenen Belastung sehr unterschiedlich bewertet. Die Konsequenz hieraus war, dass alle Interviewer gezielt und einheitlich geschult wurden. Dass diese Schlussfolgerung richtig war, wird durch eine Reihe von Studien bestätigt, die verschiedene „Beobachtergruppen“ miteinander verglichen haben (Faller, Lang, & Schilling, 1998; Newell, 1998).

Es war nicht das Anliegen der vorliegenden Studie zu untersuchen, in welchen soziodemografischen oder krankheitsbezogenen Variablen sich die Patienten unterscheiden, die sich nach ihrer eigenen Einschätzung nicht belastet fühlten, nach Auffassung der Interviewer aber belastet waren. Nichtsdestotrotz handelt es sich um eine sehr interessante und praxisrelevante Fragestellung. Aus diesem Grunde sollen an dieser Stelle einige vorläufige Ergebnisse genannt werden: Die potenzielle „Gefahrengruppe“ (28%, N = 104) unterscheidet sich nur darin signifikant, dass weniger dieser Patienten medizinisch behandelt worden sind (Chi = 4.34, p = .037). Für alle weiteren Variablen (wie Metastasen, Alter und Geschlecht) ergaben sich keine Unterschiede. Es könnte also sein, dass diese Patienten tatsächlich geringer belastet sind als vom Interviewer angenommen. Möglich wäre aber auch, dass die betreffenden Patienten denken, dass sie keinen Grund haben, sich belastet zu fühlen, da sie ja keine einschneidende Therapie über sich ergehen lassen müssen.

¹³Das Manual sowie die verschiedenen Fragebögen können über die Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Onkologie www.dapo-ev.de oder www.po-bado.med.tu-muenchen.de bezogen werden.

5. Resümee

Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere im Rahmen der akutstationären Versorgung, weist große Lücken auf. Abgesehen von wenigen Kliniken, zumeist Universitätskliniken, ist eine psychoonkologische Behandlungsstruktur noch weit von einer bedarfsgerechten Versorgung entfernt (Weis et al., 1998). Dies liegt auch daran, dass der psychoonkologische Behandlungsbedarf in Akutkrankenhäusern von potenziellen Geldgebern angezweifelt wird. Valide Bedarfszahlen für den akutstationären Bereich liegen in der Tat nicht vor, und zwar insbesondere aus zwei Gründen:

1. Es fehlt an der Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen, den Bedarf zu erheben.
2. Die psychoonkologische Bedarfserfassung hat mit einer Reihe inhaltlicher und methodologischer Probleme zu kämpfen, wie Peter Herschbach noch 2006 in der Zeitschrift „Onkologe“ konstatierte.

Der Blick dieser Studie richtete sich deshalb auf zwei Desiderate der Psychoonkologie. Zum einen besteht ein Mangel an empirischen Untersuchungen zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf an Akutkrankenhäusern. Zum anderen fehlt es am Einsatz valider praktikabler und krebsspezifischer Messinstrumente. Deshalb sollten in dieser Untersuchung:

1. valide Bedarfszahlen zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf von Krebspatienten in der akutstationären Versorgung eines Schwerpunktkrankenhauses vorgelegt werden;
2. ausschließlich krebsspezifische Messinstrumente zum Einsatz kommen und das neu vorgelegte Messinstrument PO-Bado-KF auf seine Praktikabilität hin überprüft werden;
3. Fremd- und Selbsteinschätzungsinstrumente miteinander kombiniert werden, da der fremd- und selbst eingeschätzte Bedarf häufig unterschiedlich ausfällt.

4. soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht), krankheitsbezogene Daten (Tumordiagnose, Krankheitsstatus) sowie krankheitsunabhängige Belastungen (soziale/familiäre Probleme) daraufhin untersucht werden, ob und in welchem Maße sie den psychoonkologischen Behandlungsbedarf von Krebspatienten determinieren.

Die Studie bestätigt eine große Zahl empirischer Arbeiten zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf in den unterschiedlichsten Versorgungsstrukturen (Weis, 1990). Sie hat belegen können, dass bei Krebspatienten in der akutstationären Versorgung ein erheblicher Bedarf an psychoonkologischer Betreuung besteht. Über die Hälfte (56%) der 478 untersuchten Patienten war nach Einschätzung mit der PO-Bado psychoonkologisch behandlungsbedürftig und 30% der Patienten lagen mit dem FBK-R23 über einem kritischen Wert. Fremd- und Selbsteinschätzung wiesen in dieser Untersuchung eine hohe Übereinstimmung auf. Ein fortgeschrittener Krankheitsstatus, ein schlechter körperlicher Funktionsstatus, die Einnahme psychotroper Substanzen ferner psychische Probleme vor Ausbruch der Erkrankung sowie krankheitsunabhängige Belastungen (erhoben mit der PO-Bado) standen ebenfalls mit der psychoonkologischen Behandlungsindikation im Zusammenhang.

Es hat sich bestätigt, dass die PO-Bado-KF mit ausgewählten Fragen, welche die psychosoziale Situation des Patienten betreffen, valide psychoonkologisch behandlungsbedürftige Patienten identifizieren kann. Darüber hinaus fühlten sich die Patienten, wie die spontanen Rückmeldungen ergaben, besser und „ganzheitlicher“ betreut. Die Frage, ob die Patienten ein psychoonkologisches Beratungsgespräch wünschten, wurde oft verneint mit der Aussage: „Das hat mir jetzt schon so gut getan, mir mal alles von der Seele reden zu können, dass ich im Moment nichts weiter brauche.“ Hier kommt zum Ausdruck, was bisher noch nicht Gegenstand der Forschung war, nämlich das Auftreten von Interventionseffekten durch das psychosoziale Anamnesegespräch mittels PO-Bado. Deshalb spricht auch vieles dafür, dass Patienten (wie der in der Einleitung geschilderte Herr P.) durch die PO-Bado als schwer belastet identifiziert werden können. Durch das psychoonkologische Anamnesegespräch selbst und/oder die eingeleiteten psychoonkologischen Interventionen sind die emotionale Entlastung der Patienten und damit unter Umständen die Verhütung eines Suizids (der glücklicherweise ein seltenes Ereignis ist) als wahrscheinlich anzusehen. Vieles spricht dafür, die PO-Bado in das medizinische

Anamnesegespräch zu integrieren und als Screeninginstrument zu nutzen, zumal auch der Wunsch der Patienten nach psychoonkologischer Unterstützung aufgenommen werden kann. Damit der psychoonkologische Behandlungsbedarf aber valide erfasst wird und nicht zu viele Patienten als über einen kritischen Wert hinaus belastet eingestuft werden, wie es häufig im Konsiliarverfahren der Fall ist, ist eine Schulung der Interviewer im Führen des PO-Bado-Gesprächs angeraten. Das Studium des Manuals erwies sich in der Pilotstudie als nicht ausreichend. Ohne Schulung ist davon auszugehen, dass je nach dem beruflichen und persönlichen Hintergrund des Interviewers eine unterschiedliche Wertung der Belastung vorgenommen wird. Ein Beispiel aus der Schulungspraxis kann dieses Problem eindrücklich belegen: Die für die Schulung ausgesuchte Patientin äußerte, dass sie sehr verzweifelt sei wegen dieser niederschmetternden Diagnose und sich sehr traurig und angespannt fühle und deshalb auch kaum noch schlafen könne. Von zwei der Interviewer erhielt die Patientin in der Wertung der PO-Bado-KF auf der fünfstufigen Skala von 0 (nicht) bis 4 (sehr) belastet den Wert 3 (mittelmäßig) mit dem Argument, dass die Reaktionen ja normal seien angesichts dieser Diagnose. Diese Argumentation ist verbreitet. Damit bei der Beurteilung der subjektiv empfundenen Belastung der Patienten eigene Wertmaßstäbe reflektiert werden und zurücktreten können zugunsten einer validen Einschätzung der Belastung des Patienten, ist demzufolge eine Schulung unerlässlich.

Wenn es in einer Klinik nicht möglich ist, das psychoonkologische Anamnesegespräch in die medizinische Anamnese zu integrieren, könnten gleichwohl im Gespräch gezielt die Fragen exploriert werden, die sich in der vorliegenden Untersuchung als Prädiktoren für psychosoziale Belastung erwiesen: ein fortgeschrittenes Krankheitsgeschehen (Metastasen), schlechter körperlicher Funktionsstatus, krankheitsunabhängige Belastungen wie familiäre, soziale oder finanzielle Probleme sowie eine psychologische oder psychiatrische Behandlung vor Diagnose der Krebserkrankung. Auch der Konsum von psychotropen Substanzen gibt Aufschluss über die psychische Befindlichkeit des Patienten und könnte leicht genutzt werden.

Eine weitere Möglichkeit, frühzeitig psychoonkologisch behandlungsbedürftige Patienten zu erfassen, um sie einer psychoonkologischen Behandlung zuzuführen, besteht im Einsatz des FBK-R23 oder eines anderen erprobten Selbsteinschätzungsinstruments.

Immerhin 30% der befragten Patienten waren nach ihrer eigenen Einschätzung so hoch belastet, dass sie einer psychoonkologischen Betreuung zugeführt werden sollten. Es zeigte sich in dieser Untersuchung im Gegensatz zu einer Reihe anderer Studien (Heim, 1998; Weis et al., 1998; Keller et al., 2004), dass Fremd- und Selbsteinschätzung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs zusammenhängen. Gegen eine Belastungsdiagnostik mit Selbsteinschätzungsinstrumenten wurde wiederholt eingewendet, dass Krebspatienten häufig ihre Belastung verdrängen oder verleugnen. Es sollte jedoch diskutiert werden, ob es notwendig und/oder sinnvoll ist, Patienten einer Behandlung zuzuführen, die selbst zunächst keinen Behandlungsbedarf äußern. Dies ist allerdings unabhängig davon, mit welchem Messinstrument der Bedarf erhoben worden ist. Die klinische Erfahrung spricht eher dafür, diese Patientengruppe offen und offensiv über Möglichkeiten, Inhalte und Ziele psychoonkologischer Hilfsangebote in der akutstationären Situation sowie in der Nachsorge zu informieren. So haben Patienten, die sich aktuell als nicht belastet wahrnehmen oder keine psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen möchten, die Möglichkeit, sich auch dann noch psychoonkologische Hilfe holen zu können, wenn sie nicht mehr unmittelbar und aufgrund diagnostischer Entscheidungen angeboten wird. Aussagen von Patienten wie: "Damals, da war mir nur wichtig, dass der Krebs weg geschnitten wird. Mit der Seele hatte das nichts zu tun. Heute ist das anders. Gut, dass ich weiß, dass es die Psychoonkologie gibt" mögen dies unterstreichen. Auch könnte kritisch diskutiert werden, ob es überhaupt sinnvoll ist, Patienten einer psychoonkologischen Behandlung zuzuführen, die sich mit ihrer verleugnenden oder verdrängenden Krankheitsverarbeitung psychisch gut stabilisieren. Abwehrmechanismen werden ja in der Regel erst dann problematisch für den Patienten, wenn er Maßnahmen unterlässt, beispielsweise einer Operation nicht zustimmt, weil er den Ernst der Lage verleugnet. Im Gegensatz hierzu sind Abwehrmechanismen, beispielsweise das Verleugnen des nahenden Todes, ein häufiger Anlass für den Arzt, den Psychoonkologen einzuschalten. Bei einer gut etablierten validen Diagnostik würde dann möglicherweise deutlich hervortreten, wie sehr Ärzte und Pflege durch die ständige Konfrontation mit Krebspatienten und damit mit Angst, Verzweiflung, Schmerzen, und Sterben belastet sind und dass auch hier im Hinblick auf Burn-out-Prophylaxe dringend Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Eine valide, etablierte und routinemäßige psychoonkologische Belastungsdiagnostik bei Krebspatienten hätte somit auch mittelbar positive Effekte für das Behandlungsteam.

Eine frühzeitige psychoonkologische Diagnostik bzw. Screening mit dem Ziel, über einen Schwellenwert belastete Patienten einer geeigneten psychoonkologischen Behandlung zuzuführen, wäre in Anbetracht der hier vorgelegten Bedarfszahlen sehr sinnvoll. Ein frühzeitiges Screening wird in nationalen wie internationalen Leitlinien immer wieder angemahnt (Mehnert et al., 2003; NBCC/NCCI, 2003). Dabei muss aber gewährleistet sein, dass entsprechende Behandlungsangebote auch zur Verfügung gestellt werden. Ein Screening ohne entsprechende Behandlungsangebote durchzuführen, ist ethisch nicht verantwortbar.

Eine wichtige Erfahrung bezieht sich darauf, wie die Umsetzung der Studie von den Akteuren in der Klinik erlebt wurde: Trotz intensiver aufklärender Vorbereitungen (z. B. einem Anschreiben und Wiederholungsschreiben an die Pflege und an die Ärzte, der Bekanntmachung der Studie in der Chefarztsitzung und den persönlichen Gesprächen mit verschiedenen Stationsteams) gab es eine ganze Reihe von Personen, die nicht realisiert hatten, dass eine psychoonkologische Bedarfserhebung stattfand. Es entstand zum Teil der fälschliche Eindruck, dass der psychoonkologische Bereich trotz der Sparmaßnahmen plötzlich massiv aufgerüstet wurde, während der pflegerische Bereich unter Personalmangel zu leiden hätte. Dieses Missverständnis führte verschiedentlich zu Spannungen. Auch wirkte die ständige Präsenz der Psychoonkologie auf den Stationen auf manche Mitarbeiter irritierend.

6. Ausblick

1. Der psychoonkologische Behandlungsbedarf von Krebspatienten sollte systematisch und idealerweise im medizinischen Anamnesegespräch (Routine-Screening) erhoben werden.
2. Als ein in dieser Studie erstmals unter Routinebedingungen erprobtes Instrument kann die PO-Bado-KF zur frühzeitigen Ermittlung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs uneingeschränkt empfohlen werden. Das Ergebnis könnte ebenso wie die medizinischen Daten in das medizinische Dokumentationssystem eingegeben und von der Psychoonkologie unmittelbar abgerufen werden.
3. Eine Interviewerschulung ist unverzichtbar.
4. Falls die PO-Bado-KF aus bestimmten Gründen nicht zu integrieren ist, könnten die Parameter, die sich in der vorliegenden Studie als signifikant erwiesen haben (fortgeschrittener Krankheitsstatus, der körperliche Funktionsstatus, psychische Probleme vor Ausbruch der Erkrankung, die Einnahme von psychotropen Substanzen, krankheitsunabhängige Belastungen) als Indikatoren für psychoonkologische Interventionen herangezogen werden.
5. Die Fremdeinschätzung mittels FBK-R23 stellt hinsichtlich der Indikationsfrage eine brauchbare Alternative dar. Die Frage, wie und von wem sie wann ausgewertet werden kann, müsste jedoch zuvor geklärt werden.

7 Literaturverzeichnis

- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A. & Moe, T.J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33, 1597-1604.
- Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K., & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen - Ein systematischer Überblick über empirische Studien. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12, 15-28.
- Baltrusch, H. J. F., Austarheim, K., & Baltrusch, E. (1963). Psyche- Nervensystem- Neoplastischer Prozess. *Psychosomatic Medicine*, 9, 221-245.
- Bovbjerg, D. H., & Valdimarsdottir, H. B. (1998). Psychoneuroimmunology: Implications for Psychooncology. In: J. C. Holland (Hrsg.), *Psychooncology* (125-134). New York: Oxford University Press.
- Buhrmester, E.-C. (1987). *Zur psychosozialen Versorgung von Tumorpatienten. Konzeptioneller Ansatz und empirische Bedarfsanalyse. Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie, Universität Hamburg.*
- Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO). (1999). *National Psychosocial Oncology Standards for Canada*. Unpublished manuscript.
- Carr, D., Goudas, L., Lawrence, D., Pril, W., Lau, J., DeVine, D., Kupelnick, B. & Miller, K. (2002). *Management of Cancer Symptoms: Pain, depression and fatigue*. (AHRQ Publication No. 02-E=32. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.).
- Cella, D. F., Orofiamma, B., Holland, J.C., Silberfarb, P.M., Tross, S., Feldstein, M., Perry, M., Maurer, H., Comis, R. & Orav, E.J. (1987). The relationship of psychological distress, extent of disease and performance status in patients with lung cancer. *Cancer*, 60, 1661-1667.
- Dankert, A., Duran, G., & Engst-Hastreiter, U. (2003). Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus and chronic arthritis. *Rehabilitation*, 42(3), 155-163.
- Dean, C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Unpublished manuscript, Eigendruck.

- Detmar, S., Aaronson, N.K. (1998). Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study. *European Journal of Cancer*, 34, 1181-1186.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F):* n. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Ditz, S., Diegelmann, C., & Isermann, M. (2006). *Psychoonkologie - Schwerpunkt Brustkrebs*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Estlander, A., Knaster, P., Karlson, H. Kaprio, J., Kalso, E. (2008). Pain intensity influences the relationship between anger management style and depression. *Pain*, 140, 387-392.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken* (Vol. 5). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H., Lang, H., & Schilling, S. (1998). Coping bei Bronchialkrebs- Der Mehrebenenansatz. In: U. K. & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.
- Faller, H., Olshausen, B., & Flentje, M. (2003). Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53(5), 229-235.
- Faller, H., Olshausen, B., & Flentje, M. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. *Psychother Psych Med*, 53, 229-235.
- Faulkner, R. A., & Davey, M. (2002). Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. *Am J Fam Ther*, 30, 63-72.
- Fawzy, I. F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't? *European Journal of Cancer*, 35, 1559-1564.
- Fawzy, I. F., & Fawzy, N. W. (2000). Psychoedukative Interventionen bei Krebspatienten: Vorgehensweisen und Behandlungsergebnisse. In: W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (151-181). München: Ernst Reinhardt-Verlag.
- Fawzy, I. F., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 100-113.
- Franck, G. (2008). Achtsamkeit und Akzeptanz - Erfolgsfaktoren in der Schmerztherapie? *Schmerztherapie*, 1 (24), 15-19.
- Geigges, W. (2004). Krebs und Familie. *Psychoneuro*, 30, 215-217.

- Gerdes, N. (1984). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn., *Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der "Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie"*. (pp. 28-46).
- Goerling, U., Odebrecht, S., Schiller, G., & Schlag, P. M. (2006). Need for psychosocial care in in-patients with tumour disease. Investigations conducted in a clinic specializing in tumour surgery. *Chirurg*, 77(1), 41-46.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. London: Nfer-Nelson.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., & Vincent, L. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, 345, 1719-1726.
- Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A., & Ramelli, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of Affective Disorders*, 44, 21-30.
- Halstead, M. T., & Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nurs*, 17(2), 94-100.
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., & Weis, J. (2000). Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*, 39(6), 317-323.
- Härter, M. C. (2000). Mental illness and physical disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50(7), 274-286.
- Heidemann, E., Käsberger, J., Herschbach, P. & Sellschopp, A. (1991). Graduated WHO analogue and satisfaction scales for the assessment of quality of life in clinical trials in cancer patients. *Onkologie - Zeitschrift für Krebsforschung und Behandlung*, 14 (5), 419-426.
- Heim, E. (1998). Coping--status of knowledge in the 90's. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(9-10), 321-337.
- Hermann, C., & Buss, U. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale (deutsche Version)*. Göttingen: Huber.
- Herschbach, P. (2002). The "Well-being paradox" in quality-of-life research. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(3-4), 141-150.
- Herschbach, P. (2004). *Psycho-Onkologie - zwischen psychiatrischer Klassifikation und krankheitsspezifischer Belastung. Vortrag auf der Tagung Psycho-Onkologie. Perspektiven 2004 am 12.11.2004 in München (unveröffentlicht)*.

- Herschbach, P. (2006). Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie-Grundlagen und Erfassungsmethoden. *Onkologe*, 12, 41-47.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., & Marten-Mittag, B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) - An Expert-Rating Scale for the psychosocial Condition of Cancer patients. *Onkologie* 31 (11), 591-596.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Lindena, G., Neuwöhner, K. and Marten-Mittag, B. (2008a). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. *Br J Cancer*, 1-7.
- Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L., & Keller, M. (2004a). Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatienten. Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Deutsches Ärzteblatt*, 101(12), 799-802.
- Herschbach, P., & Henrich, G. (1987). [Problems and coping with problems by tumor patients in inpatient after care]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 37(6), 185-192.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. and Marten-Mittag (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer*, 91(3), 504-511.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-23). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12(1-8).
- Herschbach, P. u. Marten Mittag, B. (2007). *Entwicklung und Erprobung einer psychoonkologischen Basisdokumentation*. Unpublished manuscript, München/Heidelberg.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alavarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hürny, C. (1996). Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In: T. Uexküll von & W. Wesiack (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (953-969). München: Urban & Schwarzenberg.
- Irvine, E. (2004). Review article: patients fears and unmet needs inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol therapy*, 20 suppl 4, 54-59.

- Isermann, M., Diegelmann, C., Kaiser, W., & Priebe, S. (2001). *Post traumatic stress symptoms in breast cancer patient*. Poster presented at the 1st World Congress on Women's Health, Berlin, Germany.
- Jenkins, C., Carmody, T. J., & Rusch, A. J. (1998). Depression in radiation oncology patients: A preliminary evaluation. *J Affect Disord*, *50*, 17-21.
- Kappauf, H., & Gallmeier, W. (2000). *Nach der Diagnose Krebs. Leben ist eine Alternative*: Herder Verlag.
- Karnovsky, Karnovsky DA, Abelmann WH et al. *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma*. *Cancer* 1948, 634-56
- Kasper, J., & Kollenbaum, V. E. (2001). Indikation zur psychoonkologischen Intervention. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *1*, 15-22.
- Kauschke, M., Krauß, O., Schwarz, R.. (2004). Psychische Komorbiditäten bei onkologischen Patienten. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft e. V.*, *19*, 30-32.
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., et al. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol*, *15*, 1243-1249.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiat*, *38*, 320-326.
- Knight, L., M. Mussell, T. Brandl, P. Herschbach, B. Marten-Mittag, M. Treiber, M. Keller
Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients
Journal of Psychosomatic Research, Volume 64, Issue 4, 373-381
- Koch, U., & Potreck-Rose, F. (1990). *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.
- Koch, U., & Weis, J. (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken."* Stuttgart: Schattauer.
- Koller, M. (1998). Über den Umgang mit körperlichen Symptomen: Berichten versus Verschweigen. In S. Albert (Ed.), *Geheimnis und Geheimhaltung. Erscheinungsformen, Funktionen, Konsequenzen*. In: (267-279). Göttingen: Hogrefe.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: *Psychooncology* (323-241). New York, Oxford University Press: J. C. Holland.

- Kreitler, S. (1999). Denial in cancer patients. *Cancer Investigation*, 17(7), 514-534.
- Küchler, T., Bestmann, B., Rappat, S., Henne-Bruns, D., & Wood-Dauphinee, S. (2007). Impact of Psychotherapeutic Support for Patients with Gastrointestinal Cancer Undergoing Surgery: 10-Year Survival Results of a Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(18), 2702-2708.
- Kugaya, A., Akecchi, T., Okuyama, T., Mikami, I., Okamura, H. & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88, 2817-2823.
- Labouvie, H., Kusch, M., & Bode, U. (2000). Implementierung psychosozialer Versorgung bei Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters: Das Bonner Modell. In: M. Härter & U. Koch (Hrsg.), *Psychosoziale Dienste im Krankenhaus* (359-278). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Larbig, W., Grulke, N., & Revenstorf, D. (2000). Verhaltensmedizin bei Krebs: Psychosoziale Aspekte und psychologische Behandlungsmodelle. In: W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen* (21-110). München Basel: Reinhardt.
- Lauterbach, K. W. (2004). *DMPs als System einer besseren Versorgung chronisch Kranker*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Lehenbauer-Dehm, S. (2008). *Angst und Depression bei Tumorpatienten. Ergebnisse einer vergleichenden Studie über die Entwicklung eines Kurzinterviews zur schnellen Diagnose von Depression bei Tumorerkrankungen*. Unpublished manuscript, Berlin.
- Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R., Herrmann-Lingen, C., Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (6), 515-519.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 32, 55-71.
- Massie, M. J., & Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. In: J. C. Holland (Hrsg.), *Psychooncology* (Vol. 52, 518-540). New York: Oxford University Press.
- Mc Daniel, J. S., Musselmann, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52(2), 89-99.

- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P., & Koch, U. (2006). Assessment of psychosocial distress and resources in oncology-a literature review about screening measures and current developments. *Psychother Psychosom Med Psychol*, *56*(12), 462-479.
- Mehnert, A., Peterson, C., & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *2*, 77-84.
- Muthny, F., & Koch, U. (1984). Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohende Erkrankung - ein Vergleich von Brustkrebs. *Psychother Psych Med*, *34*, 287-295.
- Muthny, F. A. (1988). Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal - Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *17*(4), 319-333.
- Muthny, F. A. (1994). Zur Messung von Lebensqualität in der Onkologie. *Onkologie*, *17*, 547-556.
- Muthny, F. A. (1998). *Psychoonkologie. Bedarf, Maßnahme und Wirkungen am Beispiel des "Herforder Modells"*. Berlin: Pabst Science Publishers.
- Muthny, F. A. (2000). Implementierung psychoonkologischer Leistungen in der Akutversorgung am Beispiel des "Herforder Modells". In: M. Härter & U. Koch (Hrsg.), *Psychosoziale Dienste im Krankenhaus* (139-154). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Muthny, F. A., Oberpenning, R., & Winter, B. (1998). Ziele, Erkenntnisse und Nutzen versorgungsbezogener Psychoonkologie - eine Literaturübersicht. In: F. A. Muthny (Hrsg.), *Psychoonkologie - Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des "Herforder Modells"* (1-23). Lengerich: Pabst.
- NBCC/NCCI. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of Adults with cancer. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative: Australia*. Unpublished manuscript.
- Newell, S., Sanson-Fisher, R.W., Girgis, A. & Bonaventura, A. (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer*, *83*(8), 1640-1651.

- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients, overview and recommendation for future research. *Journal National Cancer Institut*, 17(94), 558-584.
- Omne-Ponten, M., Holmberg L., Burns T., Adami T.O., & Bergström, R. (1992). Determinants of the psycho-social outcome for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *European Journal of Cancer*, 28A.1062-1067.
- Pouget-Schors, D., & Degner, H. (2002). Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten. In: A. Sellschopp, M. Fegg, E. Frick, U. Gruber, D. Pouget-Schors, H. Theml, A. Vodermaier & T. Vollmer (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie*. München: Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt Verlag München.
- Pouget-Schors, D., & Degner, H. (2005). Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten. In: *Manual Psychoonkologie*. München: Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt Verlag München.
- Richardson, J. L., & Sanchez, K. (1998). Compliance with cancer treatment. In: J. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Rieg-Appleson, C. (2005). *Manual Psychoonkologie: Die psychische Situation und das psychische Erleben von Tumorpatienten während der Krankheitsphasen*. München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Robert-Koch-Institut. (2006). Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. In: www.rki.de (Hrsg.), (Vol. 5.). Saarbrücken: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.
- Romer, G., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Thomalla, G., & Riedesser, P. (2002). *Children of somatically ill parents: a methodological review*. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 7, 17-38.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001): Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung 2002, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.

- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM IV-Tr.* Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, F. W., & Busse, R. (2003). Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: F. W. Schwartz, B. Bandura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (518-545). München Jena: Urban & Fischer.
- Schwarz, R. (2000). Psychosoziale Onkologie: Position, Prinzipien und Perspektiven. *Forum, 15*, 22-24.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Firsching, M., Aydemir, U., Herschbach, P., et al. (2001). Krankheitsspezifische Belastungen von Tumorpatienten zu Beginn einer Strahlentherapie. *Strahlentherapie und Onkologie, 10*, 530-537.
- Sellick, S. M., & Edwardson, A. D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology, 16*(6), 534-542.
- Senf, B. (2006). Gründe für das Aufsuchen einer psychoonkologischen Beratung im Akutkrankenhaus, *Psychoonkologische Tumordokumentation*. Frankfurt am Main: Frankfurter Diakoniekliniken, Markus-Krankenhaus. Unveröffentlichtes Manuskript.
- 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*, 2071-2076.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncol, 8*, 521-537.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzi, G., Rumpold, G., et al. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer, 84*, 179-185.
- Söllner, W., & Keller, M. (2007). Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der Patienten. Ein systematischer Überblick über Reviews und Metaanalysen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 1*, 249-257.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet, 14*, 888-892.

- Stein, B., & Herzog, T. (2003). Quellentext zur Leitlinie für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: G. Rudolf & W. Eich (Hrsg.), *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie*. (22-162). Stuttgart New York: Schattauer.
- Strittmatter, G. (1997). *Indikationen zur Intervention in der Psychoonkologie- Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten*. Münster: Waxmann.
- Strittmatter, G., Mawick, R., & Tilkorn, M. (1998). [Need for psychosocial management of facial and skin tumor patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(9-10), 349-357.
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Weis, J. (1990). Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und die Problematik der Bedarfsplanung. In: U. Koch & F. Potreck-Rose (Hrsg.), *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie* (113-123). Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.
- Weis, J., Heckel, U., Muthny, F., Nowak, C., Stump, S., & Kepplinger, J. (1993). Erfahrungen mit einem psychosozialen Liaisondienst auf onkologischen stationen einer Akutklinik. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 43, 21-29.
- Weis, J., Koch, U., & Matthey, K. (1998). Need for psycho-oncologic management in Germany-a comparison of present status and future needs. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(9-10), 417-424.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Ruffer, J. U., et al. (2007). Psychoonkologie. *Onkologe*, 13, 185-194.
- Wittchen, H. (2000). *Schlussbericht Zusatzsurveys "Psychische Störungen" (Bundesgesundheitssurvey 98). Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Wittchen, H., Weigel, A, Pfister, H. (1996). *DIA-X Interview*. Frankfurt am Main. Swets Test Services, 1996
- Wörz, R. (2006). "Schmerz" Psychosomatisches Grundphänomen, Krankheitsfaktor und Leiden. *Psycho-Neuro*, 10 (32), 451.

- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001).
The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*,
10, 19-28.
- Ziegler, G., Jäger, R. S., & Schule, I. (1990). *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten*.
Stuttgart: Enke.
- Ziegler, G., Müller, F., & Grünwald, W. (1986). Psychische Reaktionen und
Krankheitsverarbeitung von Tumorpatienten- weitere Ergebnisse. *Psychother*
Psych Med, *36*, 150-158.

8 Anhang

Erhebungsinstrumente

Einverständniserklärung

Information für Ärzte

Information für Pflege

Lebenslauf

Liste ausgewählter wissenschaftlicher Beiträge

Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden
von Krebspatienten

PsychoOnkologische **Basis**dokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben	<input type="checkbox"/> Rente
	<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.)	
	<input type="checkbox"/> Gyn. Tumore	<input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.)	
	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome)	
	<input type="checkbox"/> Prostata/Hoden	<input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.)	
	<input type="checkbox"/> Colon/Rektum	<input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas	
	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Sonstige	
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /.....	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung	<input type="checkbox"/> Zweittumor	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Remission	
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
	<input type="checkbox"/> Nein		
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> ₀ Normale Aktivität		
	<input type="checkbox"/> ₁ Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig		
	<input type="checkbox"/> ₂ Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit		
	<input type="checkbox"/> ₃ Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen		
	<input type="checkbox"/> ₄ Patient ist ständig bettlägerig		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- /Routinegespräch)		
	<input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst)		
	<input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)		

© AG PO-Bado München 2006

PO-Bado-KF

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten während der **letzten drei Tage** beziehen.

Psychosoziale Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Indikation

	Ja	Nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2006

Psychoonkologische Basisdokumentation – Brustkrebs (PO-Bado-BK)

Untersucher:

Patient:

Datum:

das seelische Befinden

von Krebspatienten

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Lymphknotenbefall:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Operationsart:	<input type="checkbox"/> Brusterhaltend <input type="checkbox"/> Mastektomie <input type="checkbox"/> Sonstiges
Brustaufbau:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Erfolgt <input type="checkbox"/> Geplant <input type="checkbox"/> Entfällt
Lymphödem:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Menopause:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) / <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Remission
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Sonstige:..... <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> 2 Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> 3 Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> 4 Patient ist ständig bettlägerig
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> 1 Initiative der Patientin / hat Gesprächsbedarf signalisiert <input type="checkbox"/> 2 Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> 3 Initiative des Raters (Aufnahme-/Routinegespräch, Studie etc.)

© AG PO-Bado München 2007

PO-Bado-BK

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** der Patientin in den **letzten drei Tagen** beziehen.

1. Somatische Belastungen

Die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Schmerzen.	<input type="checkbox"/>				
... Bewegungseinschränkung im Schulter-/ Armbereich.	<input type="checkbox"/>				
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>				
... Hitzewallungen.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, sexuellen Funktionsstörungen, Empfindungsstörungen der betroffenen Brust).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

2. Psychische Belastungen

Die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>				
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>				
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>				
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<input type="checkbox"/>				
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>				
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>				
... Veränderungen ihres Körpers / Körperbildes.	<input type="checkbox"/>				
... gestörtem Lustempfinden (Sexualität).	<input type="checkbox"/>				
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>				
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>				

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der Patientin besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK-R23

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum sehr stark				
	0	1	2	3	4	5
1. Ich fühle mich häufig schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich leide unter Wund- / Narbenschmerzen (Operation). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin unsicherer im Umgang mit anderen Menschen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich leide unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Andere Menschen reagieren mir gegenüber oft verständnislos / rücksichtslos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Körperpflege fällt mir seit der Erkrankung schwer. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, für andere Menschen weniger wertvoll zu sein. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich leide häufiger unter Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung / Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin oft angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale / finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es ist schwierig, in meiner Familie offen über meine Situation zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich unternehme seit der Erkrankung weniger als vorher (Kino, Restaurant, Freunde besuchen, u.s.w.). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Studie zur psychosozialen Belastung von Krebspatientinnen und
Krebspatienten am Markus-Krankenhaus**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen sehr für Ihre Bereitschaft, an diesem Forschungsvorhaben über die körperlichen und seelischen Belastungen von Krebspatientinnen /-patienten mitzuwirken!

Ziel Ziel dieses Vorhabens ist es, zunächst mehr über die spezifischen Belastungen von Krebspatientinnen /-patienten zu erfahren. Auf der Grundlage dieser Erkenntnis soll später eine spezielle psychosoziale Diagnostik entwickelt und in den Klinikablauf integriert werden.

Anonymität Wir bitten Sie sehr, den Fragebogen offen und vollständig zu beantworten. Ihre Angaben werden entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt.

Vollständigkeit Ihr Fragebogen, der aus mehreren Teilen besteht, kann nur dann in die Gesamtwertung eingehen, wenn er vollständig ausgefüllt wurde – wir bitten Sie daher, unbedingt alle Fragen zu beantworten. Bitte stecken Sie den Fragebogen anschließend in den beiliegenden Briefumschlag und geben Sie diesen verschlossen wieder ab.

Freiwilligkeit Sie sind nicht verpflichtet, an dieser Studie teilzunehmen und es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie aus welchem Grund auch immer von der Teilnahme absehen möchten, bzw. die Untersuchung abbrechen möchten.

Einverständnis Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form in der Abteilung für Psychoonkologie sowie an der Technischen Universität München (Prof. Dr. Peter Herschbach) ausgewertet und gegebenenfalls veröffentlicht werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Frankfurt am Main, März 2007

**Studie zum Psychoonkologischen Betreuungsbedarf am Markus-Krankenhaus
An alle Ärztinnen und Ärzte**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Am Montag **den 19. März** beginnt im Markus-Krankenhaus eine **Studie zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf onkologischer Patienten. Ziel der Studie** ist die Verbesserung der Patientenbehandlung sowie perspektivisch eine Entlastung von Ärzten und Pflegenden.

Einschlusskriterien: Alle im Markus-Krankenhaus stationär aufgenommenen Krebspatienten.

Ausschlusskriterien: Patienten, die sich sprachlich nicht verständigen können, Patienten mit deutlichen körperlichen Beeinträchtigungen wie schwere Schmerzzustände, Atemnot, Übelkeit, Verwirrtheit, etc.

Was: Neben der medizinischen Anamnese erhält jeder Krebspatient ein psychoonkologisches Anamnesegespräch in dem die **subjektiv empfundene Belastung** erfasst und eingeschätzt wird. Dauer ca. 10 bis 30 Minuten. Zusätzlich erhalten alle befragten Patienten Fragebögen, in denen die Belastung vom Patienten selbst eingeschätzt wird sowie deren Wunsch nach psychoonkologischer Versorgung.

Wann: Jeden Tag kommt jemand auf Station und erfasst am Morgen die neu aufgenommenen Patienten. Falls es aber jeden Tag eine Liste mit den neu aufgenommenen Patienten geben sollte, auf der vermerkt ist, wer eine Krebserkrankung hat, wäre es sehr hilfreich, wenn wir diese Liste bekommen könnten (Fax: 2272). Das Anamnesegespräch soll möglichst **bald im Anschluss an die medizinische Anamnese** stattfinden.

Wo: Möglichst ruhiger Raum (Arztzimmer, Aufenthaltsraum, Beratungszimmer in der PO).

Wie können Sie uns unterstützen? Mit den jeweiligen Chefärzten der Fachabteilungen ist besprochen, dass wir vor dem Gespräch auf Sie zukommen und Sie bitte folgende Infos geben:

- Welche Erkrankung (plus TNM-Klassifikation wenn möglich) hat der Patient?
- Ist der Patient vollständig aufgeklärt über seine Erkrankung? (vollständig aufgeklärt bedeutet für PO: weiß der Pat. dass er Krebs hat, weiß er, ob/dass er Lymphknotenbefall/Metastasen hat?)
- Wann wird er voraussichtlich entlassen?

Des Weiteren ist ganz **wichtig: Bitte teilen Sie jedem Patienten nach der medizinischen Anamnese mit, dass zeitnah noch ein psychoonkologisches Anamnesegespräch stattfinden** wird, falls er damit einverstanden ist. Mit Mamma Ca Patientinnen wird ein zweites Gespräch vor der Entlassung geführt (Verlaufskontrolle). Falls Probleme auftreten sollten oder Sie Fragen haben, bitte ich Sie, uns unter der Telefonnummer 2568, zu kontaktieren.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Dipl. Psych. Bianca Senf

Dr. Rolf Kleinschmidt

Frankfurt am Main, Mai 2007

Studie zum Psychoonkologischen Betreuungsbedarf am Markus-Krankenhaus
An alle Ärztinnen und Ärzte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Am Montag **den 19. März** hat im Markus-Krankenhaus eine **Studie zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf** = Diagnose der psychischen Belastungen onkologischer Patienten begonnen. **Ziel ist** die Verbesserung der Patientenbehandlung sowie mittelbar eine Entlastung von Ärzten und Pflegenden.

Einschlusskriterien: Alle im Markus-Krankenhaus stationär aufgenommenen Krebspatienten ab 18 Jahren

Ausschlusskriterien: Patienten, die sich sprachlich nicht verständigen können, Patienten mit deutlichen körperlichen Beeinträchtigungen wie schwere Schmerzzustände, Atemnot, Übelkeit, Verwirrtheit, etc.

Was: Neben der medizinischen Anamnese erhält jeder Krebspatient ein psychoonkologisches Anamnesegespräch in dem die **subjektiv empfundene Belastung** ermittelt wird. Dauer ca. 10 bis 30 Minuten. Zusätzlich erhalten alle befragten Patienten Fragebögen, in denen die Belastung vom Patienten selbst eingeschätzt wird sowie deren Wunsch nach psychoonkologischer Versorgung.

Wann: Jeden Tag kommt jemand aus der Abteilung Psychoonkologie auf die Station und erfasst am Morgen die neu aufgenommenen Krebspatienten. Falls es aber jeden Tag eine Liste mit den neu aufgenommenen Patienten geben sollte, auf der vermerkt ist, wer eine Krebserkrankung hat, wäre es sehr hilfreich, wenn wir diese Liste bekommen könnten (Fax: 2272). Das Anamnesegespräch soll möglichst **bald im Anschluss an die medizinische Anamnese** stattfinden.

Wo: Möglichst ruhiger Raum (Arztzimmer, Aufenthaltsraum, Beratungszimmer bei uns, etc.).

Wie können Sie uns unterstützen? Mit den jeweiligen Chefärzten der Fachabteilungen ist besprochen, dass wir vor dem Gespräch auf Sie zukommen und Sie uns bitte folgende Infos geben:

- Welche Erkrankung hat der Patient?
- Ist der Patient vollständig aufgeklärt über seine Erkrankung?
- Wann wird er voraussichtlich entlassen?

Wichtig ist, dass Sie dem Patienten mitteilen, dass nach der medizinischen Anamnese zeitnah noch ein **psychoonkologisches Anamnesegespräch stattfinden** wird, falls er damit einverstanden ist. Mit Mamma Ca Patientinnen wird ein zweites Gespräch vor der Entlassung geführt (Verlaufskontrolle). Falls Probleme auftreten sollten oder Sie Fragen haben, bitte ich Sie, uns unter der Telefonnummer 2568 zu kontaktieren.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Dipl. Psych. Bianca Senf

Dr. Rolf Kleinschmidt

März 2007

**Studie zum Psychoonkologischen Behandlungsbedarf am Markus-Krankenhaus
An alle Pflegenden**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege,

Ab Montag **den 19. März** beginnt im Markus-Krankenhaus eine **Studie zum psychoonkologischen Behandlungsbedarf onkologischer Patienten.**

Ziel:

- Verbesserung der ganzheitlichen Patientenbehandlung
- Entlastung von Ärzten und Pflegenden

Wer: Alle im Markus-Krankenhaus stationär aufgenommenen Krebspatienten.

Ausschlusskriterien: Patienten, die sich sprachlich nicht verständigen können, Patienten mit deutlichen körperlichen Beeinträchtigungen wie schwere Schmerzzustände, Atemnot, Übelkeit, Verwirrtheit, oder Patienten, die das psychoonkologische Gespräch nicht möchten.

Was: Neben der medizinischen Anamnese erhält jeder Krebspatient ein psychoonkologisches Anamnesegespräch in dem die subjektiv empfundene Belastung erfasst und eingeschätzt wird. Dauer ca. 10-30 Minuten. Zusätzlich erhalten alle befragten Patienten Fragebögen, in denen die Belastung vom Patienten selbst eingeschätzt wird sowie deren Wunsch nach psychoonkologischer Versorgung.

Wann: Jeden Tag kommt jemand auf Station (oder ruft an) und erfasst am Morgen die neu aufgenommenen Krebspatienten. Das Anamnesegespräch soll möglichst bald nach der stationären Aufnahme stattfinden.

Wo: Möglichst ruhiger Raum (Arztzimmer, Aufenthaltsraum, Beratungszimmer bei uns, etc.)

Wie können Sie uns unterstützen?

- Briefumschläge mit Fragebögen, die versehentlich nicht eingesammelt wurden über die Hauspost an uns weiter leiten
- Falls Patienten zu dem Gespräch Fragen haben kurz erklären, dass wir hier in der Klinik an einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten interessiert sind und uns interessiert, wie stark sie durch die Erkrankung psychosozial belastet sind und wer einer psychoonkologischen Betreuung bedarf.

Mamma Ca Patientinnen werden auch vor ihrer Entlassung noch einmal befragt, deshalb vor der Entlassung der Patientinnen bitte fragen, ob das zweite psychoonkologische Gespräch schon stattgefunden hat. Falls Probleme auftreten sollten oder Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit telefonisch unter der Telefonnummer 2568 erreichen.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Dipl. Psych. Bianca Senf

Dr. Rolf Kleinschmidt

Studie zum Psychoonkologischen Betreuungsbedarf am Markus-Krankenhaus An alle Pflegenden

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege,

Ab Montag **den 19. März** hat im Markus-Krankenhaus eine **Studie zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf onkologischer Patienten gestartet.**

Ziel ist die Verbesserung der Patientenbehandlung sowie die Entlastung von Ärzten und Pflegenden.

Wer: Alle im Markus-Krankenhaus stationär aufgenommenen Krebspatienten.

Ausschlusskriterien: Patienten, die sich sprachlich nicht verständigen können, Patienten mit deutlichen körperlichen Beeinträchtigungen wie schwere Schmerzzustände, Atemnot, Übelkeit, Verwirrtheit, etc.

Was: Neben der medizinischen Anamnese erhält jeder Krebspatient ein psychoonkologisches Anamnesegespräch in dem die subjektiv empfundene Belastung erfasst und eingeschätzt wird. Dauer ca. 20 Minuten. Zusätzlich erhalten alle befragten Patienten Fragebögen, in denen die Belastung vom Patienten selbst eingeschätzt wird sowie deren Wunsch nach psychoonkologischer Versorgung.

Wann: Jeden Tag kommt jemand auf Station (oder ruft an) und erfasst am Morgen die neu aufgenommenen Patienten. Das Anamnesegespräch soll möglichst bald nach der stationären Aufnahme stattfinden. **Interviewer:** Die psychoonkologische Bedarfseinschätzung wird von Psychologiestudentinnen, die zuvor geschult wurden, oder von uns selbst durchgeführt. Soziodemografische Daten werden der Patientenakte entnommen.

Wo: Möglichst ruhiger Raum (Arztzimmer, Aufenthaltsraum, Beratungszimmer bei uns, etc.)

Wie können Sie uns unterstützen?

- Briefumschläge mit Fragebögen, die versehentlich nicht eingesammelt wurden über die Hauspost an uns weiter leiten.
- Falls Patienten zu dem Gespräch Fragen haben kurz erklären, dass wir hier in der Klinik an einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten interessiert sind und diese Aufnahmegespräche dazu gehören.
- Mamma Ca Patientinnen vor ihrer Entlassung bitte fragen, ob das zweite psychoonk. Gespräch schon stattgefunden hat.

Falls Probleme auftreten sollten oder Sie Fragen haben, bitte ich Sie, uns unter Telefonnummer 2568 zu kontaktieren. Auch Oberarzt Dr. Kleinschmidt ist gerne bereit, bei auftretenden Problemen zu helfen (Funk: 7-187).

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Dipl. Psych Bianca Senf

Dr. Rolf Kleinschmidt

Liste ausgewählter wissenschaftlicher Beiträge

Vorträge:

- **Deutsche Jahrestagung der Gesellschaft medizinische Psychologie (2008):** Psychosoziale Belastungen und Behandlungsbedarf von Krebspatienten in der akutstationären Versorgung und ihr Wunsch nach Behandlung.
- **Deutscher Krebskongress (2008):** Screening psychischer Belastungen, Angst und Depression bei Krebspatienten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und Behandlungswunsch.
- **Curriculum „Psychoonkologie für Ärzte und Psychotherapeuten“ Uniklinik Frankfurt (2008):** „Supportive Therapien in der Psycho-Onkologie“
- **Vorlesung Uniklinik Mainz (2008):** Psychoonkologie im Akutkrankenhaus.
- **Weiterbildungscurriculum Psychosoziale Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Münster (2007):** „Wie sag ich`s meinem Kind? Mit Kindern über Krebs sprechen.“
- **Weiterbildungscurriculum Psychosoziale Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (2006) in Heidelberg (WPO):** „Wie arbeiten ambulante Krebsberatungsstellen?“.
- **Deutscher Krebskongress (2004):** Leitlinien für Krebsberatungsstellen.
- **Bremer Krebskongress Jahr (2003):** Adressaten: Kinder als Mitbetroffene: Das Beratungsgespräch mit krebskranken Eltern im Hinblick auf die Belastung der Kinder".
- **Vorträge Niedersächsische Krebsgesellschaft (2003; 2004):** Aktueller Stand „Leitlinien für Krebsberatungsstellen sowie Finanzierungsmöglichkeiten für Krebsberatungsstellen“.
- **Niedersächsische Krebsgesellschaft (2002):** Qualitätssicherung in der Onkologie. Was sind Leitlinien und was bedeuten die Leitlinien für Krebsberatungsstellen.

Veröffentlichungen/Mitautorin:

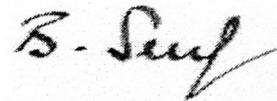
- **Medführer Brustzentren (2008):** Vorwort zum Medführer Brustzentren
- **Broschüre: „Mit Kindern über Krebs sprechen“ (4. Auflage 2008):**
Hrsg. Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.“, Güntherstr. 4a, 60528 Frankfurt am Main.
- **Leitlinien für Krebsberatungsstellen (2006):** Interdisziplinäre Kurzgefasste Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Arbeitskreis Psychosoziale Krebsberatung (Hrsg. AWMF).
- **Broschüre „Brustkrebs: Vorsorge, Diagnose, Behandlung“ (2003):**
Mitarbeit; Techniker KK
- **Broschüre „Krebswörterbuch für Betroffene“ (5. Auflage 2000):**
Hrsg. Deutsche Krebsgesellschaft e.V..
- **Ratgeber: „Leben mit der Diagnose Krebs“ (1998):** Mitautorin; Hrsg. Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- **Redaktionelle Mitarbeit an verschiedenen weiteren Broschüren der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.**

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die im Fachbereich Medizin zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „**Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten in akutstationärer Behandlung. Eine Belastungsdiagnostik anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung**“ im Institut für Medizinische Psychologie unter Leitung von Prof. Dr. Jochen Kaiser ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Medizinischen Fakultät ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt am Main, den 30.01.2009



Unterschrift