

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie der Technischen Universität München

Direktor: Prof. Dr. Peter Henningsen

**Bedingungen der Inanspruchnahme von  
psychoonkologischer Unterstützung**

Refika Edebali-Avci

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Florian Eyer

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Peter Herschbach
2. apl. Prof. Dr. Johannes Hamann

Die Dissertation wurde am 01.02.2021 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 08.06.2021 angenommen.

Gewidmet meinem geliebten Vater

Ahmet Edebali

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz besonders bei meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. rer. soc. Peter Herschbach bedanken. Ich danke ihm für seine herausragende fachliche Unterstützung, motivierende Heranführung an das Thema und geduldige Betreuung in allen Phasen meiner Arbeit.

Mein großer Dank gilt meiner Mentorin Frau Dr. Birgitt Marten-Mittag für die fachliche und methodische Unterstützung sowie für die statistische Beratung bei der Auswertung der Daten. Frau M. Sc. Theresia Pichler bin ich unendlich dankbar für die fachkundige Unterstützung, die vielen Anregungen und Aufmunterungen. Bei allen Fragen standen sie mir mit Rat und Tat zur Seite. Sie haben wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Mein weiterer Dank gilt Frau Dipl.-Psych. Alexandra Nest und Frau Dipl.-Psych. Kristina Wifling für ihre konstruktive Unterstützung in der Einführungs- und Rekrutierungsphase meiner Arbeit.

Darüber hinaus bedanke ich mich besonders bei allen Krebspatientinnen und Krebspatienten, die trotz ihrer schweren Erkrankung an den Interviews teilnahmen und damit die Grundlage für meine Arbeit geschaffen haben.

Den an der Studie beteiligten Kliniken und insbesondere Herrn Dr. med. Tobiasz Klorek gilt mein besonderer Dank für ihre Unterstützung bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer.

Ich danke meiner Familie für ihre Geduld, Unterstützung und Aufmunterung über die gesamte Zeit. Durch ihre Fürsorge habe ich die Kraft gefunden, alle Widrigkeiten des Lebens zu überwinden. Mein innigster Dank gilt der Liebe meines Lebens, Burhan.

Mein spezieller Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Helmut Friess, Herrn Prof. Dr. med. Hana Algül und Herrn Prof. Dr. med. Mert Erkan. Erst durch ihren Einsatz und Engagement für meine Gesundheit ist mir die Möglichkeit gegeben worden, zu promovieren.

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	4
1. Einleitung .....	5
2. Psychoonkologie .....	7
2.1 Aufgaben der Psychoonkologie .....	10
2.2 Psychosoziale Belastung und psychische Störung bei Krebspatienten...	12
2.3 Identifikation psychischer Beschwerden - Bedarfsermittlung .....	17
2.4 Widersprüche zwischen Bedarf und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung .....	20
3. Fragestellung .....	25
4. Methodik .....	27
4.1 Studiendesign .....	28
4.2 Erhebungsinstrumente .....	28
4.2.1 Qualitatives Interview .....	28
4.2.2 Halbstandardisiertes Interview .....	29
4.2.3 Interviewleitfaden .....	30
4.2.4 Kurzfragebogen zu soziodemographischen und medizinischen Daten .....	31
4.2.5 Fragebogen zur standardisierten Erhebung von Ablehnungsgründen .....	31
4.2.6 Fragebogen zur Belastung von Krebskranken Kurzversion (FBK-R10) .....	33
4.3 Studienpopulation .....	34
4.4 Datenerhebung .....	35
4.4.1 Rekrutierung .....	35
4.4.2 Studieninformation und Einwilligung .....	36
4.4.3 Durchführung der Interviews .....	36
4.4.4 Datenaufzeichnung und Transkription .....	37
4.5 Datenauswertung .....	38
4.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse .....	38
4.5.1.1 Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring .....	39
4.5.1.2 Ablaufmodell der Zusammenfassung .....	40

4.5.1.3	Ablaufmodell der zusammenfassenden Analyseform am Beispiel eines Interviews .....	41
4.5.1.4	Kategorienbildung .....	42
4.5.2	Statistische Auswertung .....	43
5.	Ergebnisse.....	45
5.1	Ergebnisse der qualitativen Auswertung.....	45
5.2	Ergebnisse der quantitativen Auswertung.....	50
5.2.1	Stichprobenbeschreibung .....	50
5.2.1.1	Soziodemographische Merkmale .....	50
5.2.1.2	Klinische Merkmale der Stichprobe .....	52
5.2.2	Psychosoziale Belastung .....	53
5.2.3	Ergebnisse der Ablehnungskategorien nach Merkmalen .....	54
5.2.3.1	Ablehnungskategorien nach Häufigkeit .....	54
5.2.3.2	Geschlechterspezifische Unterschiede der Ablehnungskategorien .....	54
5.2.3.3	Altersspezifische Unterschiede der Ablehnungskategorien.....	56
5.2.3.4	Ablehnungskategorien nach Familienstand.....	57
5.2.3.5	Ablehnungskategorien nach Kindern.....	58
5.2.3.6	Ablehnungskategorien nach Ausbildung .....	59
5.2.3.7	Ablehnungskategorien nach Krankheitsstatus.....	60
5.2.3.8	Ablehnungskategorien nach Therapien .....	61
5.2.4	Ergebnisse der standardisierten Ablehnungsgründe.....	63
5.2.4.1	Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Alter.....	63
5.2.4.2	Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Geschlecht .....	65
5.2.4.3	Mittelwerte des FBK-R10 Belastungsscore für die standardisierten Ablehnungsgründe .....	66
5.2.5	Übereinstimmung zwischen den 25 standardisierten Ablehnungsgründen und den 14 Ablehnungskategorien .....	68
6.	Diskussion .....	70
7.	Zusammenfassung .....	80
8.	Literaturverzeichnis .....	82
9.	Anhang .....	94

## **Hinweis:**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden alle in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen (geschlechtsspezifische Bezeichnungen) in der männlichen Form verwendet. Es sind jedoch grundsätzlich beide Geschlechter im gleichen Maße gemeint. Bei Ausnahmen wird das jeweilige Geschlecht explizit erwähnt.

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
Ca	Karzinom
ca.	circa
d. h.	das heißt
Dapo e.V.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Edition
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FBK-R10	Fragebogen zur Belastung von Krebskranken
ggf.	gegebenenfalls
GHQ12	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPOS	International Psycho-Oncology Society
Kap.	Kapitel
KE1	Kategorie der Ebene 1
KE2	Kategorie der Ebene 2
M	Mittelwert
n	Anzahl der Merkmalsausprägung
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NKP	Nationaler Krebsplan
OP	Operation
p	Signifikanzwert
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview
Tab.	Tabelle
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

Krebs stellt nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2019) dar. Nach den aktuellen uns vorliegenden epidemiologischen Zahlen des Robert-Koch-Instituts (2016) lag die Neuerkrankungsrate aller Krebserkrankungen im Jahre 2016 bei 492.000 Personen pro Jahr. Obwohl die Erkrankungsraten für viele Krebserkrankungen abnehmen, steigt die Gesamtzahl der Erkrankungen aufgrund der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung der Menschen an. Gemäß dem Zentrum für Krebsregisterdaten lebten im Jahre 2016 rund 1,67 Millionen Menschen in Deutschland mit einer bis zu 5 Jahren zurückliegenden Krebsdiagnose. Es wird vermutet, dass in Deutschland über 4 Millionen Menschen an Krebs erkrankt waren (Zentrum für Krebsregisterdaten). Insgesamt ist mit einer dramatischen Steigerung der Prävalenz von Krebserkrankungen zu rechnen. Dies ist bedingt durch die oben benannte Steigerung der Neuerkrankungen (Altersstruktur), sowie durch das Wachsen der Überlebensraten durch die Fortschritte der onkologischen Diagnostik und Therapie. Für das Jahr 2020 wird eine Zunahme der Erkrankungsfälle auf ca. 510.000 prognostiziert. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt heute bei 65 % für Frauen und 59 % für Männer (ebd).

Der Bericht des Robert-Koch-Institutes zeigt eindringlich, dass auch in Zukunft große Herausforderungen auf die Krebsforschung und Therapie zukommen. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Krebs betrifft alle an der Versorgung von Krebspatienten beteiligten Berufsgruppen und das Gesundheitssystem. Denn die Fortschritte in der Frühdiagnose und effektivere Therapieformen, die zur Krebsheilung oder zur Lebensverlängerung führen, erhöhen das Risiko für vielfältige körperliche und psychosoziale Folge- und Langzeitprobleme (Mehnert & Hartung 2015). So nimmt für viele Patienten die Krebserkrankung einen chronischen Verlauf mit unterschiedlichen Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität (Mehnert & Götze 2018). Die Diagnose Krebs ist für alle Betroffenen ein Schock und führt neben den körperlichen Beschwerden einer komplizierten und langwierigen Therapie im Verlauf der Erkrankung häufig ebenfalls zu sozialen, seelischen



und psychischen Belastungen. Eine Krebserkrankung ist auch heute noch im Verhältnis zu anderen Krankheiten mit einem negativen Stigma behaftet, was daraus resultiert, dass Krebs immer mit einem langen unheilbaren Leiden assoziiert wird, der schließlich in einem frühzeitigen Tod mündet (Tschuschke 2006). Nicht zuletzt bedeutet die Krebserkrankung einen großen Einschnitt ins bisherige berufliche und soziale Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Bei den somatischen Beschwerden ist die medizinische Behandlung schnell gewährleistet, aber bei einer nicht zu unterschätzenden seelischen Belastung kann die Medizin allein nicht helfen. Hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Psychoonkologie nötig, welche die Behandlung psychischer und seelischer Begleitfaktoren einer Krebserkrankung zum Ziel hat. Die rasche Integration psychoonkologischer Unterstützung kann der Gefahr einer Chronifizierung bzw. ernsthaften psychischen Störung durch eine anhaltende psychosoziale Belastung bei Krebspatienten entgegenwirken. Demzufolge bedarf es einer frühzeitigen, sicheren und ökonomischen Identifikation von Patienten mit psychoonkologischem Behandlungsbedarf. In zertifizierten onkologischen Behandlungszentren ist die Psychoonkologie mittlerweile ein integraler Bestandteil einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung von Krebspatienten (vgl. Weis et al. 2007; Weis & Giesler 2015). Zur Identifikation psychisch hoch belasteter Patienten werden Kurzfragebögen zur Selbstbeurteilung, sogenannte Distress-Screening-Instrumente, eingesetzt. Allerdings zeigt sich hier häufig eine Diskrepanz zwischen dem objektiv ermittelten Behandlungsbedarf und dem subjektiv geäußerten Bedürfnis nach psychoonkologischer Unterstützung. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil an Patienten lehnt trotz einer hohen psychoonkologischen Belastung eine professionelle Unterstützung ab.

Unter diesem Aspekt gehen wir in dieser Untersuchung der zentralen Frage nach, welche Motive und Barrieren diese Patienten trotz nachweislicher Belastung zur Ablehnung einer psychoonkologischen Unterstützung bewegen.

## 2. Psychoonkologie

Ihre Entwicklung hatte die Psychoonkologie als relativ junge Fachdisziplin Mitte der 70-er Jahre des letzten Jahrhunderts parallel mit den Fortschritten in der Diagnostik und Therapie der medizinischen Krebsforschung. Sie geht aus der Schnittmenge der klinischen Psychosomatik und Sozialmedizin hervor. Den ersten literarischen Einzug in den deutschsprachigen Raum fand sie 1981 durch Fritz Meerwein und in den USA von J.C. Holland, die als Begründerin der Psychoonkologie gilt, statt (Holland & Rowland 1989).

Heute ist die Psychoonkologie als ein Teilgebiet zwischen der Onkologie und der Psychosomatik angesiedelt. Wissenschaftlich erforscht sie die psychosozialen Aspekte bei der Entstehung, Behandlung und dem Verlauf einer Krebserkrankung und setzt die gewonnenen Erkenntnisse in der klinischen Betreuung von Krebspatienten und ihren Angehörigen ein (Koch et al. 2016; Holland et al. 2010; Schwarz & Götze 2008). Durch die Entwicklung neuer medizinischer Diagnostik und Therapiemethoden, die schon Anfang des 19. Jahrhunderts mit der Chirurgie, Bestrahlungstherapie und im Laufe der 50-er Jahre mit der Chemotherapie hatten, konnten die Prognosen für manche Tumorerkrankungen insgesamt verbessert werden. Der Krebs konnte teilweise geheilt oder zumindest das Leben der Patienten verlängert werden. Damit stiegen aber auch behandlungsbedingte Morbidität und psychosoziale Belastungen der Patienten an (Holland et al. 2010; Pawils et al. 2006).

Parallel zu den Fortschritten in der Krebsdiagnose und -therapie entwickelte sich ein veränderter Umgang mit Krebspatienten. So wurde es Mitte der 70-er Jahre des vorigen Jahrhunderts durch die offenen Aufklärungsgespräche über die Diagnose erst möglich, mit Patienten über die krebsbedingten Belastungen zu sprechen. Die traditionelle Arztrolle, die eher autoritär und paternalistisch geprägt war, verlor zunehmend an Bedeutung. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient rückte immer weiter in den Mittelpunkt. Die verstärkte Einbindung der Patienten, d.h. patientenorientierte Behandlung, in die Thematik Diagnose einer Krebserkrankung

und deren Therapie führte zu zunehmenden Ansprüchen der Patienten an der Mitbestimmung. Im Zuge dessen wurden die Patientenrechte gestärkt. Auch verlor die bis dahin stigmatisierende bzw. tabuisierte Krebsdiagnose, die vorher dem Patienten aus inhumanen Gründen verschwiegen wurde, an Einfluss. Die direkten Auswirkungen einer Krebsdiagnose und ihre schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen konnten offen kommuniziert werden. Ein weiteres Stigma, was auch heute noch teilweise besteht, was den negativen Umgang mit den psychischen Folgen einer Krebserkrankung oder psychische Erkrankungen allgemein bis dahin ausmachte, fand in der Gesellschaft zunehmend an Akzeptanz (Koch et al. 2016; Holland et al. 2010).

Wie oben in Kapitel 1 beschrieben, spielt die demographische Entwicklung bei den Tumorerkrankungen heute eine entscheidende Rolle, da das Risiko, mit steigendem Alter an Krebs zu erkranken, ansteigt. Dies führt zum Anstieg von chronisch kranken, unter Umständen multimorbiden, älteren Menschen in der Bevölkerung (Mehnert et al. 2006). Sieht man sich die Rahmenbedingungen für psychoonkologische Versorgung und Forschung vor einigen Jahren an, wird deutlich, dass diese in einigen Teilbereichen gut ausgebaut sind. Die Übertragung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Versorgungspraxis war jedoch meistens ungenügend (Mehnert et al. 2003).

Insgesamt kann man aber sagen, dass die Psychoonkologie in den letzten Jahrzehnten eine positive Entwicklung gemacht hat. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt die verschiedenen Initiativen und Arbeiten nationaler und internationaler psychoonkologischer Fachgesellschaften beigetragen, die gegründet wurden und sich vernetzten, um neue Forschungsergebnisse, Publikationen und Fachwissen auf Konferenzen und wissenschaftlichen Plattformen auszutauschen. Einen Meilenstein für die Entwicklung der Psychoonkologie legte 1974 Frau Dr. Mildred Scheel, die Ehefrau des ehemaligen Bundespräsidenten Walter Scheel, mit der Gründung der Deutschen Krebshilfe e.V. für Deutschland. An Kliniken und Rehabilitationszentren wurden psychosoziale Hilfsangebote eingerichtet. Die Arbeitsgruppe Lebensqualität wurde 1980 im Rahmen der European Organisation

for Research and Treatment of Cancer (EORTC) unter der Leitung von Frits van Dam im europäischen Raum etabliert. In den USA wurde 1984 auf Anregung von J.C. Holland die „International Psycho-Oncology“ (IPOS) gegründet. Hier in Deutschland arbeiten die 1988 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo e.V.) gemeinsam an Konzepten zur Verbesserung von Behandlungsstandards, Qualitätssicherung, Weiterbildung des Fachpersonals und der psychoonkologischen Versorgung.

Durch die wissenschaftliche Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und die erzielten Fortschritte in der psychoonkologischen Versorgung hat sich die allgemeine Akzeptanz an der Psychoonkologie bei Mediziner\*innen, Patienten und der Gesellschaft deutlich erhöht. Heute ist die Psychoonkologie ein anerkanntes eigenständiges Fachgebiet in der Onkologie. Sie ist Bestandteil der onkologischen Leitlinien und Zertifizierungskriterium für Organzentren bzw. onkologischen Zentren, sowie der medizinischen Rehabilitation und ambulanten Krebsberatung (Heckl et al. 2011; Herschbach & Mandel 2011; Mehnert et al. 2003).

Im Jahre 2008 wurde der Nationale Krebsplan, initiiert vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Unterstützung der deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, ins Leben gerufen. Die Aufgabe des Nationalen Krebsplans ist die Erarbeitung von Vorschlägen und Empfehlungen zur Optimierung und Anpassung der Krebstherapie in Vorbereitung auf die zukünftigen Anforderungen und auf den Anstieg von Krebserkrankungen und chronisch kranker Krebspatienten. Die psychologische Versorgung von Krebspatienten sollte dabei als ein fester Bestandteil in alle Bereiche der Krebstherapie implementiert werden. Das heißt, allen Krebspatienten soll eine angemessene psychoonkologische Betreuung sichergestellt werden, welche auf der Bedarfserkennung sowie der Sicherstellung der Betreuung basiert (Herschbach & Mandel 2011).

## 2.1 Aufgaben der Psychoonkologie

Die Psychoonkologie oder auch psychosoziale Onkologie verortet sich als ein eigenständiges Teilgebiet zwischen der Onkologie und der Psychosomatik. Sie befasst sich mit den vielfältigen Wechselwirkungen von körperlichen, seelischen und sozialen Komponenten bei der Entstehung, Diagnostik und Therapie im Verlauf einer Krebserkrankung. Primäres Ziel der Psychoonkologie ist, die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse dieser Zusammenhänge in die Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Versorgung, Beratung und Palliativbetreuung von Krebskranken zu integrieren und in Form von Unterstützungs- und Therapieangeboten einzusetzen. In die Arbeit der Psychoonkologie fließen Inhalte aus verschiedenen Fachrichtungen wie der Medizin, Psychologie, Soziologie, Ethik, Philosophie und Theologie ein. Psychoonkologie umfasst die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten aus verschiedenen Fachbereichen der Medizin, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern u.a. Die psychoonkologische Versorgung richtet sich sowohl an Patienten und ihre Angehörigen wie auch an Ärzte und pflegerisches Personal (Koch et al. 2016; Holland et al. 2010; Reuter 2010; Schwarz & Götze 2008; Leitlinienprogramm Onkologie 2014).

Zentrales Ziel der psychoonkologischen Unterstützung ist die emotionale Stabilisierung, Stärkung und Förderung der sozialen Ressourcen, Erhalt oder Verbesserung der Lebensqualität der Krebspatienten und derer Angehörigen. Weiterhin bietet sie Unterstützung bei der Bewältigung der Krebserkrankung von Begleit- und Folgeproblemen der Diagnostik und Therapie. (Weis & Giesler 2015; Koch & Weis 2009; Herschbach & Heußner 2008; Keller 2004). Es werden mit dem Patienten zusammen effektive Bewältigungsformen entwickelt, um den psychischen Begleiterkrankungen präventiv entgegen zu wirken und neue Perspektiven für die veränderte Lebenssituation bei den Krebskranken zu schaffen (Schwarz & Götze 2008). Nach Herschbach und Heußner (2008) kommt den Psychoonkologen auch die wichtige Aufgabe eines Kommunikationsexperten zu, der zwischen behandelndem Arzt und Patienten in Problemsituationen, die während der Therapie

entstehen können, vermittelt auch, um eine bessere Compliance des Patienten zu erreichen (Herschbach & Heußner 2008).

Die Wirksamkeit der psychoonkologischen Intervention (wie z. B. Einzel- und Gruppentherapie, Entspannungsverfahren und Psychoedukation) besonders im Hinblick auf Reduzierung der psychosozialen Belastung wie Angst vor dem Fortschreiten oder Rezidiv des Tumors und die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität wurden in verschiedenen Studien und Metaanalysen nachgewiesen (Faller et al. 2013; Herschbach & Dinkel 2014; Schwarz & Götze 2008; Newell et al. 2002; Reuter 2010; Söllner & Keller 2007).

Im Nationalen Krebsplan Ziel 9 ist die Definition der psychoonkologischen Versorgung unterteilt in psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen. Sowohl psychosoziale als auch psychotherapeutische Interventionen werden den Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Krankheitsphasen angeboten. Dabei umfasst die psychosoziale Versorgung Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention sowie unterstützende Begleitung beim Umgang mit der Erkrankung und Krankheitsbewältigung.

Die psychotherapeutischen Interventionen umfassen Diagnostik, Krisenintervention und Behandlung bei begleitenden psychischen Belastungen oder komorbiden psychischen Störungen. Die psychotherapeutischen Interventionen setzen im klassischen Sinn die Diagnose einer psychischen Störung nach ICD-10 Klassifikation voraus. Bei Krebserkrankungen reicht eine sogenannte subsyndromale Belastung als Indikation für eine psychotherapeutische Beratung aus (Herschbach & Mandel 2011; Nationaler Krebsplan 2018; Leitlinienprogramm Onkologie 2014).

## **2.2 Psychosoziale Belastung und psychische Störung bei Krebspatienten**

In Folge ihrer Krebserkrankung leiden Patienten nicht nur an körperlichen Beschwerden, sondern häufig auch an erheblichen psychosozialen Belastungen und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität. Durch die Krebserkrankung, aber auch aufgrund beträchtlicher Nebenwirkungen der angewandten Therapien sind Patienten vielfältigen Belastungen ausgesetzt und können erheblichen Einschränkungen in ihrer körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit unterworfen sein. Die psychischen Reaktionen der Krebspatienten reichen von normalen Sorgen und Ängsten über Ungewissheit vom Krankheitsverlauf, Existenzängste, Veränderungen im beruflichen und sozialen Beziehungen bis hin zu Belastungsreaktionen, die die Kriterien für eine psychische Störung im Sinne der ICD-Klassifikation erfüllen (Mehnert et al. 2006).

Zu den am häufigsten untersuchten Konstrukten von Belastung bei Krebspatienten gehören Lebensqualität, psychische Komorbidität und psychosoziale Belastungen (Herschbach & Heußner 2008). Der Begriff Lebensqualität bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt die subjektive Einschätzung somatischer, sozialer und psychischer Aspekte des Erlebens durch den Patienten. Eingang in die Medizin fand der Begriff Anfang der 1970er Jahre, und hat wesentlich dazu beigetragen, dass nicht nur objektive medizinische Faktoren bei der Behandlung berücksichtigt werden, sondern auch das subjektive Krankheitserleben der Patienten (Herschbach & Heußner 2008). Häufiger wird die psychosoziale Belastung jedoch anhand psychischer Komorbidität und psychosozialem Distress erhoben.

### **Psychische Komorbidität**

Scheitert die psychische Anpassungskapazität des Patienten an der Erkrankung, können sich unterschiedliche psychische Störungsbilder im Sinne einer psychischen Komorbidität manifestieren (Mehnert et al. 2006; Söllner et al.1999).

Psychische Komorbidität bezieht sich auf Begleitstörungen gemäß anerkannter psychiatrischer Klassifikationssysteme wie dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt 2005) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association 2000).

### **Prävalenz psychischer Störungen**

In einer Metaanalyse über psychische Erkrankungen bei onkologischen Patienten in Akutkliniken wurden Daten aus unterschiedlichen Ländern herangezogen, danach lag die Prävalenzrate über alle Studien auch hier bei annähernd 32 % (Singer et al 2010). In einer von Mehnert et al. (2014) durchgeführten deutschlandweiten multizentrischen, sektorenübergreifenden Untersuchung wurde die 4-Wochen Prävalenz für eine psychische Störung erfasst. Auch hier zeigte sich, dass im Durchschnitt etwa 32 % der Krebspatienten mindestens an einer psychischen Störung im Verlauf ihrer Krankheit litten (Tab. 2.1). Die häufigsten Störungen waren Angststörungen (11,5 %), Anpassungsstörungen (11 %) und affektive Störungen (6,5 %). Wobei hier affektive Störungen seltener diagnostiziert wurden als in anderen Studien. Die höchste Prävalenz für psychische Störungen, nach verschiedenen Krebsentitäten differenziert, zeigten Brustkrebspatientinnen mit 42 %. Deutlich niedrigere Raten von 20-22 % wiesen Patienten mit Pankreas- und Prostatakrebs auf (Mehnert et al. 2014).

Auch andere Studien zeigen, dass unabhängig von der Krebsentität die häufigsten Störungen, die bei Patienten diagnostiziert werden, mit ca. 11-19 % Anpassungsstörungen, ca. 10-13,5 % Angststörungen und ca. 6-17 % Depressionen sind (Singer et al. 2010; Mitchell et al. 2011; Vehling et al. 2012; Mehnert et al. 2014; Walker et al. 2014; Kuhnt et al. 2016; Singer et al. 2013). Insgesamt ist die Prävalenz der psychischen Störungen bei Krebspatienten im Vergleich in der Allgemeinbevölkerung annähernd gleich, wobei der Anteil an Angststörungen bei Krebspatienten höher ist (Vehling et al. 2012).



Tabelle 2.1: Prävalenz mindestens einer psychischen Störung bei verschiedenen Krebsentitäten

Adaptiert nach [Mehnert et al. 2014]

<b>Ausgewählte Entitäten</b>	<b>n</b>	<b>% eine psychische Diagnose</b>
Brustkrebs	442	41,6
Kopf-Hals-Tumoren	67	40,8
Maligne Melanome	34	39,0
Ca Niere/Harnwege	74	36,4
Ca weibliche Genitalorgane	183	36,1
sonstige	180	34,4
hämatologische Neoplasien	170	33,3
Colon/Rectum Ca	293	28,4
Lungen Ca	189	28,3
Blasenkrebs	54	26,9
Prostata Ca	328	21,6
Magen/Ösophagus Ca	85	21,2
Pankreas Ca	52	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>4.020</b>	<b>31,8</b>

(Quelle: Herschbach 2017)

Mit der Diagnostik psychischer Störungen alleine greift jedoch bei der Erfassung der Belastung von Krebspatienten häufig zu kurz. Ein zentrales Problem der Diagnostik ist, dass die Ausprägung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten sehr hoch sein kann, ohne dass alle Kriterien einer einzelnen psychischen Störung gemäß verschiedener Klassifikationssystemen für psychische Störungen, wie dem ICD oder dem DSM, gegeben sind. Weiter verzichten diese auf ätiologische Aspekte von psychischen Störungen. Psychosoziale Belastung ist bei Krebs-

patienten aber häufig an die Konfrontation mit der Diagnose und den Folgen der Erkrankung geknüpft oder dadurch verursacht, auch wenn bei einem Teil der Patienten Belastungen vorbestehend sind (Mehnert et al. 2006).

Beispiele für sehr eng an die Krebserkrankung gekoppelte psychische Belastungen sind das krebsbedingte Erschöpfungssyndrom (Cancer Related Fatigue) und die Angst vor einem Wiederauftreten und / oder Ausbreitung des Tumors (Progressionsangst bzw. Fear of Recurrence). Die Angst eines Krebspatienten vor einem Rezidiv oder Metastasen ist damit eine reale und rationale Befürchtung. Nach Herschbach und Dinkel (2016) unterscheidet sich die Realangst grundsätzlich von psychischen Angststörungen nach ICD-Definition, die neurotisch bzw. irrational sind. Eine Angst vor einem Krebs-Rezidiv ist nicht neurotisch oder irrational, sondern psychisch vernünftig (Herschbach et al. 2017; Herschbach & Dinkel 2016).

Darüber hinaus gibt es häufig Probleme, körperliche Beschwerden, die unmittelbar als Nebenwirkungen der Tumorerkrankung bzw. -therapie auftreten und von den Symptomen einer psychischen Störung zu unterscheiden sind (Herschbach 2006; Mehnert et al. 2014; Vehling et al. 2012). So können Müdigkeit, Appetitminderung und Gewichtsabnahme sowohl Symptome einer Depression als auch Folge der Behandlungsnebenwirkungen einer Krebserkrankung sein. So würde mit der Diagnostik psychischer Störungen alleine ein großer Teil der hochbelasteten Patienten nicht ermittelt werden (Mitchell et al. 2011; Herschbach 2006).

### **Psychosoziale Belastung (Distress)**

Aufgrund der genannten Probleme mit dem Konstrukt „psychische Störung“ wurde der Begriff „Distress“ als Konstrukt für psychosoziale Belastung bei Krebs definiert. Damit umfasst Distress eine große Bandbreite von Problemen, unter denen körperlich Kranke leiden. Gemäß NCCN (National Comprehensive Cancer Network 2014) handelt es sich dabei um *„A multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological (cognitive, behavioural, emotional) social, and/or spiritual nature that may interfere with the ability to cope effectively with cancer, its physical*

*symptoms and its treatment*“. Das heißt, es geht um die gesamten psychischen Belastungsaspekte, die bei einem Krebsgeschehen entstehen. Nach Bultz et al. (2006) zählt der Distress als „sixth vital sign“ und wird international in der Krebstherapie anerkannt (Herschbach et al. 2017).

### **Prävalenz psychischer Belastung**

Ein substantieller Anteil von Tumorpatienten weist im Verlauf der Erkrankung und Behandlung psychische Belastungsreaktionen auf (Mehnert et al. 2006). So zeigen unterschiedliche Studien, dass bis zu 52 % der Krebspatienten an klinisch relevanter psychosozialer Belastung bzw. Distress leiden (Zabora et al. 2001; Herschbach et al. 2004; Singer et al. 2011; Mehnert et al. 2018; Tondorf et al. 2018; Pichler et al. 2019). Graves et al. (2007) fand bei 62 % der Lungenkrebspatienten klinisch relevanten Distress.

Tabelle 2.2 zeigt die häufigsten psychosozialen Belastungen (Distress) aus einer großen Stichprobe von (n=21680) Krebspatienten unterschiedlicher Tumorentitäten und -stadien, erhoben mit dem Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R10) (Herschbach et al. 2020; Book et al. 2011).

An erster Stelle der psychischen Belastungen (Distress) liegt die Progredienzangst (Fear of Recurrence), Angst vor dem Fortschreiten der Krebserkrankung und die Ungewissheit, ob Metastasen oder Rezidive auftreten. An zweiter Stelle wird das Erschöpfungssyndrom (Cancer Related Fatigue) als emotional belastend angegeben. Weitere häufig genannte Belastungen waren Einschränkung der Aktivität sowie Anspannung / Nervosität.

Tabelle 2.2: Psychosozialer Distress bei Krebs (unterschiedliche Diagnosen und Krankheitsstadien mit FBK-R10\*-Item-Mittelwerte und SD)

Items	n	Mittelwert	SD
Progredienzangst haben	18.853	1,85	1,744
sich schlapp und kraftlos fühlen	18.829	1,46	1,576
Hobbys nicht nachgehen können	18.760	1,44	1,715
Anspannung/Nervosität	18.871	1,38	1,535
Schlafstörungen haben	18.826	1,38	1,600
sich körperlich unvollkommen fühlen	18.743	1,13	1,499
Schmerzen haben	18.863	0,96	1,378
Einfühlungsschwierigkeiten des Partners	18.499	0,86	1,387
keinen psychologischen Fachmann sprechen können	18.740	0,67	1,251
Informationsdefizite haben	18.826	0,53	1,125

\* Item-Skalen 0-5

(Quelle: Herschbach 2020)

### 2.3 Identifikation psychischer Beschwerden - Bedarfsermittlung

Angesichts der hohen Prävalenzzahlen psychosozialer Belastung (Distress) und psychischer Komorbidität von Krebspatienten bedarf es angemessener psychoonkologischer Unterstützungsangebote. So ist auch im Nationalen Krebsplan (2018) unter Ziel 9 der Anspruch an psychosozialer Versorgung von Krebspatienten wie folgt formuliert: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung“ (Herschbach & Mandel 2011). Dieser Anspruch gilt für die ambulante Versorgung, niedergelassene Arzt-Praxen, Krebsberatungsstellen sowie für Akutkliniken und Rehabilitationszentren (Herschbach et al. 2017). In Akutkliniken ist die psychoonkologische Versorgung ein Zertifizierungskriterium

für Organzentren bzw. Onkologische Zentren (S3-Leitlinien) auch strukturell festgeschrieben und erfolgt für stationäre Patienten über Konsiliar- und Liaisondienst. Geleitet von der Frage, welche und wie viele Patienten psychosozialer Unterstützung bedürfen, sollen Patienten frühzeitig und ökonomisch identifiziert und den entsprechenden Angeboten zugeführt werden. Die Bedarfsermittlung ist jedoch keine eindeutige und einfache Aufgabe, da im stationären Alltag verschiedene Indikationskriterien verwendet werden. Eine Möglichkeit der Ermittlung des psychosozialen Behandlungsbedarfs wäre über den subjektiven Bedarf, das heißt, die betroffenen Patienten äußern selbst den Wunsch nach Unterstützung.

Nach Herschbach (2006) gibt es neben dem subjektiven Bedarf weitere Indikationskriterien, die zur Verfügung stehen, um einen Unterstützungsbedarf zu definieren:

- Kriterium der Krebserkrankung und der Therapie
- Einschätzung der Onkologen
- Diagnose einer psychischen Komorbidität (Angststörung oder Depression)
- Coping (Prozess der Krankheitsbewältigung)
- Psychosoziale Belastung mit Einschränkung der Lebensqualität

Ein nur auf die somatische Schwere einer Krebserkrankung begründeter objektiver Befund muss nicht immer mit der subjektiven Belastung des Patienten korrelieren, um den tatsächlichen Belastungsbedarf zu erfassen (Herschbach et al. 2017; Herschbach 2002). Auch die Einschätzung seitens der Onkologen bzw. Ärzte ist nicht immer zuverlässig, um den Unterstützungsbedarf festzustellen. So zeigten unterschiedliche Studien, dass sowohl Ärzte als auch das Pflegepersonal, obwohl Letzteren als primäre Ansprechpartner für die Patienten eine zentrale Position zukommt, die psychischen Belastungen häufig nicht erkannten oder diese unterschätzten (Newell et al. 1998; Söllner et al. 2001; Keller et al. 2004; Mitchell et al. 2011). In einer englischen Studie von Fallowfield et al. (2001) sollten 143 Ärzte aus 34 onkologischen Ambulanzen in Großbritannien die Belastung von Krebspatienten einschätzen und mit dem General Health Questionnaire (GHQ12), Fragebogen zur

Selbstbeurteilung mit 2297 Patienten, vergleichen. Dabei wurden 71 % der auf Basis des GHQ12 als belastet ermittelten Patienten von den Ärzten nicht erkannt (Fallowfield et al. 2001). Aufgrund dieser Schwierigkeiten empfehlen nationale und internationale Leitlinien den Einsatz von Distress Screenings.

### **Erhebung psychischer Belastung – Distress Screening**

Ein Distress Screening ist ein standardisierter und validierter Kurzfragebogen zur Selbsteinschätzung der psychosozialen Belastung. Anhand eines empirisch ermittelten und festgesetzten Cut-off-Werts an Belastung, der als Indikator für Betreuungsbedarf gilt, können nicht / gering belastete Patienten von stark belasteten Patienten unterschieden werden.

Folgende von der PSO empfohlenen Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von psychischer Belastung (Distress) von Krebspatienten stehen zur Verfügung (Herschbach & Weis 2010):

#### Selbsteinschätzung

- Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23) und (FBK-R10) (Herschbach et al. 2003; Book et al. 2009)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (Herrmann et al. 1995)
- Distress-Thermometer (Roth et al. 1998; Mehnert et al. 2006, Deutsche Version)
- Hornheider Fragebogen (Strittmatter 1997)

Das gewählte Verfahren sollte praxisbewährt und zeitökonomisch sein sowie Patientenakzeptanz aufweisen (S3-Leitlinien Psychoonkologie, Leitlinienprogramm Onkologie 2014; National Comprehensive Cancer Network 2014). In zertifizierten Krebszentren zählt die routinemäßige Erfassung der psychosozialen Belastung von Krebspatienten anhand von Distress-Screenings zum klinischen Alltag.

Zusätzlich zu den objektiven Erfassungsmöglichkeiten des Belastungsausmaßes mittels Screening (Fragebögen) sollte der subjektive Unterstützungswunsch des Patienten erfragt werden (Herschbach 2006; Herschbach & Weis 2010). So können die Indikationskriterien psychosoziale Belastung / Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als annähernd gute Merkmale zur Identifizierung betreuungsbedürftiger Krebspatienten herangezogen werden (Herschbach 2006).

## **2.4 Widersprüche zwischen Bedarf und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung**

Wie schon oben beschrieben, leidet bis zu einem Drittel der Krebspatienten an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung (Mehnert et al. 2014; Singer et al. 2013); bis zu 52 % aller Krebspatienten weisen einen signifikant hohen Distress auf (Mehnert et al. 2018). Dennoch nehmen von den belasteten Patienten nur 25-50 % eine psychosoziale Unterstützung an (van Scheppingen et al. 2011; Faller et al. 2017; De Zwaan et al. 2012; Brebach et al. 2016). Mehr als die Hälfte, der an psychosozialen Belastungen (Distress) leidenden Patienten, bei denen also ein Behandlungsbedarf besteht, nehmen keine psychosoziale Unterstützung in Anspruch (Söllner et al. 2004; Faller et al. 2017; Merckaert et al. 2010; Baker-Glenn et al. 2011; Clover et al. 2015; Tondorf et al. 2018; Pichler et al. 2019). Andererseits geben ca. 25 % der Patienten ohne erhöhten Distress Bedarf nach Unterstützung an (Faller et al. 2016). Patienten schätzen ihre Belastung (subjektiven Bedarf) anders ein (Faller et al. 2016). Das zeigt, dass eine erhöhte psychosoziale Belastung allein kein sicherer Prädiktor für ein Bedürfnis nach psychosozialer Hilfe ist. Unterschiedliche Studien zeigen, dass ca. 33 % der Tumorpatienten ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung angeben (Harrison et al. 2009; Ernstmann et al. 2009; Faller et al. 2016).

So ist in der klinischen Praxis die erhöhte psychosoziale Belastung von Krebspatienten - anhand professioneller Einschätzung - nicht automatisch gleichzu-

setzen mit dem Unterstützungsbedarf. Das subjektive Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung ist nicht bei allen Patienten gleichermaßen ausgeprägt. So gibt es deutliche individuelle Unterschiede. In vielen Studien konnten soziodemographische und medizinische Merkmale als Prädiktoren festgestellt werden, die ein Bedürfnis bzw. einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung und die Inanspruchnahme beeinflussen. So ist das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung bei Frauen und jüngeren Patienten höher ausgeprägt (Merckaert et al. 2010; van Scheppingen et al. 2011; Faller et al. 2016; Ernstmann et al. 2009; Pauwels et al. 2013; Holm et al. 2012).

Neben Geschlecht und Alter beeinflussen wohl auch Behandlungsmodalitäten und Krebsentität die Ausprägung der Bedürfnisse. Einige Studien zeigen, dass Patienten mit Darmkrebs, Melanom und Prostatakrebs deutlich seltener einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung äußern als Brustkrebspatientinnen, hier wahrscheinlich bedingt durch das Geschlecht (Holm et al. 2012; Faller et al. 2016). Patienten, die strahlentherapeutisch behandelt wurden, hatten ein geringeres Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (van Scheppingen et al. 2011).

Auch äußerten Patientinnen mit Brustkrebs oder gynäkologischen Tumoren häufiger ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Faller et al. 2016). Das liegt wahrscheinlich daran, dass Frauen, wie Studien zeigen, generell stärker belastet sind (Sanson-Fisher et al. 2000; Herschbach et al. 2004; van Scheppingen et al. 2011; de Zwaan et al. 2012). Weiterhin wünschen sich Patienten, die ledig sind oder in einem partnerschaftlichen Verhältnis stehen, jedoch getrennt wohnen, häufiger eine fachliche Betreuung als Verheiratete (Faller et al. 2016; Tuinman et al. 2014). Des Weiteren haben Patienten mit Kindern häufiger das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (Mikkelsen et al. 2008).

Eine Querschnittsstudie an zwei deutschen Krankenhäusern untersuchte die Gründe für die Ablehnung psychologischer Unterstützung von Patienten unterschiedlicher Tumorentitäten (n = 925). Insgesamt lehnten 71,6 % die psychosoziale



Unterstützung ab. 46,2 % der Patienten hatten eine erhöhte psychosoziale Belastung. Hiervon lehnten 53,9 % eine Unterstützung ab. Männer lehnten 2,5-mal häufiger als Frauen eine Unterstützung ab. Des Weiteren waren die Faktoren, sich nicht depressiv zu fühlen, eine wahrgenommene Überlastung und geringere Ausprägungen in der Persönlichkeitseigenschaft, Verträglichkeit sowie der Aspekt, sich über psychosoziale Unterstützungsangebote gut informiert zu fühlen, häufiger mit einer Ablehnung trotz hoher Belastung assoziiert (Pichler et al. 2019). Weiterhin wurden als häufige Ablehnungsgründe geäußert, sich selbst zu helfen oder schätzten die eigene psychische Belastung als zu gering ein (Clover et al. 2015).

Doch auch wenn bei den Patienten ein subjektives Bedürfnis und ein objektiver Bedarf (erhöhte Distresswerte) gegeben sind, führt dies nicht zwangsläufig zu einer tatsächlichen Inanspruchnahme. Obwohl psychosoziale Interventionen nachweislich einen Effekt auf das psychische Wohlbefinden haben und eine positive Wirkung auf die Lebensqualität, wird die psychosoziale Betreuung von einem erheblichen Anteil hoch belasteter Krebspatienten nicht in Anspruch genommen.

Neben einer hohen psychosozialen Belastung (Distress) beeinflussen unterschiedliche Faktoren das Verhalten der Patienten auch bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung. In zahlreichen Studien wurden die Einflüsse der soziodemographischen und klinischen Merkmale als Faktoren auf das Inanspruchnahme-Verhalten untersucht. Hier zeichnet sich eine widersprüchliche Befundlage.

In einigen Studien wurde kein signifikanter Einfluss von Geschlecht, Alter, Erkrankungsdauer, Krebsentität, Tumorstadium und Behandlungsform gefunden (Eakin & Strycker 2001; Brix et al. 2008; Rabe & Braun 2002; Tondorf et al. 2018; Worden & Weisman 1980).

In anderen nationalen und internationalen Studien wurden unterschiedliche Prädiktoren als potenziell förderlich für ein größeres Bedürfnis nach Unterstützungsangeboten bzw. Inanspruchnahme gefunden: jüngeres Alter (Merckaert et al 2010;

Faller et al 2016; van Scheppingen et al. 2011; Steginga et al. 2008; Plass & Koch 2001; Tondorf et al. 2018; Weis et al. 2018), weibliches Geschlecht (Faller et al. 2016; Merckaert et al 2010; Nekolaichuk et al. 2011; Sanson-Fisher et al. 2000; Weis et al. 2018; Zeissig et al. 2015), eine höhere Bildung (Steginga et al. 2008; Eakin & Strycker 2001; Tondorf et al. 2018; Zeissig et al. 2015) eine höhere psychische Belastung (Faller et al. 2016; Tuinman et al. 2008; Mitchell et al. 2011; Plass & Koch 2001; Tondorf et al. 2018) geringe Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld (Faller et al 2016; Rabe & Braun 2002) und eine positive Einstellung zur psychosozialen Unterstützung (Faller et al 2016).

In der Längsschnittstudie mit mixed methods von Tondorf et al. (2018) wurde aufgezeigt, dass die Empfehlung der Ärzte bzw. Onkologen zur Nutzung einer psychosozialen Unterstützung großen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Patienten mit Empfehlung nahmen sechsmal häufiger die Unterstützung in Anspruch als Patienten ohne. Darüber hinaus waren eine positive Einstellung zur Psychologie und das Wissen, wie Psychologen arbeiten, Prädiktoren für die Inanspruchnahme (Tondorf et al. 2018).

Die Krebsentitäten hatten weniger Einfluss auf das Inanspruchnahme-Verhalten. Eine Ausnahme besteht besonders bei älteren Männern mit Prostatakrebs. Diese Gruppe nimmt psychosoziale Unterstützung trotz starker Belastung signifikant seltener in Anspruch. Ein Grund könnte ein generelles Misstrauen gegenüber psychosozialer Betreuung sein. Nach Herschbach (2019) folgen ältere Männer einem traditionellen Rollenverhalten, sprechen nicht gern über ihr eigenes psychisches Befinden und nehmen nicht gern Hilfe von anderen an (Herschbach 2019).

Manche Patienten geben an, keine Informationen über mögliche Angebote erhalten zu haben (Dilworth et al. 2014; Mehnert et al. 2008; Eakin & Strycker 2001), oder eine negative Einstellung zur psychologischen Hilfe zu haben (Dilworth et al. 2014; Tondorf et al. 2018; Engesser et al. 2019). Auch Kommunikationsprobleme mit dem Arzt werden als ein Hinderungsgrund angegeben (Dilworth et al. 2014). Viele

Patienten suchen Unterstützung vor allem bei Familie und Freunden oder lehnen Unterstützung durch Fremde generell ab, um die etwaigen Probleme allein zu lösen (Plass u. Koch 2001; Clover et al. 2015; Dilworth et al. 2014; Tondorf et al. 2018).

Wenige Studien untersuchten qualitative Methoden zur Erforschung der Ablehnungsgründe. Neumann et al. (2010) zeigten, dass subjektive Normen hinsichtlich psychosozialer Unterstützung (vonseiten der Patienten aber auch vonseiten der Ärzte), Informationsdefizite, fehlende Integration der Psychoonkologie in der klinischen Arbeit sowie einige patientenspezifische Merkmale Faktoren der Ablehnung psychoonkologischer Unterstützung waren. Steele & Fitch et al. (2008) zeigten - neben einer Vielzahl anderer Faktoren -, dass die Ansicht, dass die Belastung mit der Zeit weniger wird, für eine Ablehnung professioneller Hilfe sorgte.

Aus diesem Grund soll durch die vorliegende Arbeit weitere Faktoren einer Ablehnung von psychosozial belasteten Patienten untersucht werden.

### 3. Fragestellung

Das zentrale Ziel dieser Arbeit ist es, Faktoren zu identifizieren, die mit der Ablehnung psychosozialer Unterstützung trotz hoher psychosozialer Belastung (Distress) zusammenhängen. Diese Faktoren der Ablehnung sollen in einem ersten Schritt anhand von explorativen Tiefeninterviews induktiv ermittelt werden. Die qualitative Erhebung orientiert sich dabei an folgenden Fragestellungen:

- Welches sind die Gründe der Ablehnung psychosozialer Unterstützung trotz hoher psychosozialer Belastung (Distress)?
- Welche Ablehnungskategorien lassen sich aus den genannten Ablehnungsgründen ermitteln?

Hinsichtlich dieser neu ermittelten Ablehnungskategorien sollen anhand quantitativer Auswertungen der qualitativen Ergebnisse folgende sekundäre Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie häufig werden die einzelnen Ablehnungskategorien genannt?
- Zeigen sich hinsichtlich soziodemographischer und medizinischer Merkmale signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung der Ablehnungskategorien?
- Zeigen sich hinsichtlich der Höhe der psychosozialen Belastung (FBK-R10) signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Nennung / Nichtnennung der Ablehnungskategorien (Ablehnungsgrund wurde benannt versus wurde nicht benannt)?

In einem weiteren Schritt sollen die Faktoren der Ablehnung anhand deduktiv abgeleiteter (d. h. aus der bisherigen Literatur bekannten) standardisierter Ablehnungsgründe quantitativ analysiert werden:

- Wie häufig werden die einzelnen Ablehnungsgründe genannt?
- Zeigen sich hinsichtlich soziodemographischer Variablen (Alter und Geschlecht) signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung der standardisierten Ablehnungsgründe?

- Zeigen sich hinsichtlich der psychosozialen Belastung (FBK-R10) signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung der standardisierten Ablehnungsgründe?

Schließlich soll in einem letzten Schritt ein Vergleich zwischen den induktiv ermittelten Ablehnungskategorien und den deduktiv abgeleiteten Ablehnungsgründen erfolgen:

- Lassen sich anhand von Übereinstimmungsprüfungen signifikante Vergleiche zwischen den standardisierten Ablehnungsgründen und den induktiv ermittelten Ablehnungskategorien finden?

## 4. Methodik

In diesem Kapitel werden das Studiendesign und der Aufbau des qualitativen Interviews dargestellt. Dem folgt die Beschreibung der Datenerhebung mit Stichprobe und Stichprobenrekrutierung. Abschließend wird die Durchführung und Auswertung der Untersuchung beschrieben. Der gesamte Ablauf der Untersuchung ist schematisch in der Abbildung 4.1 dargestellt.

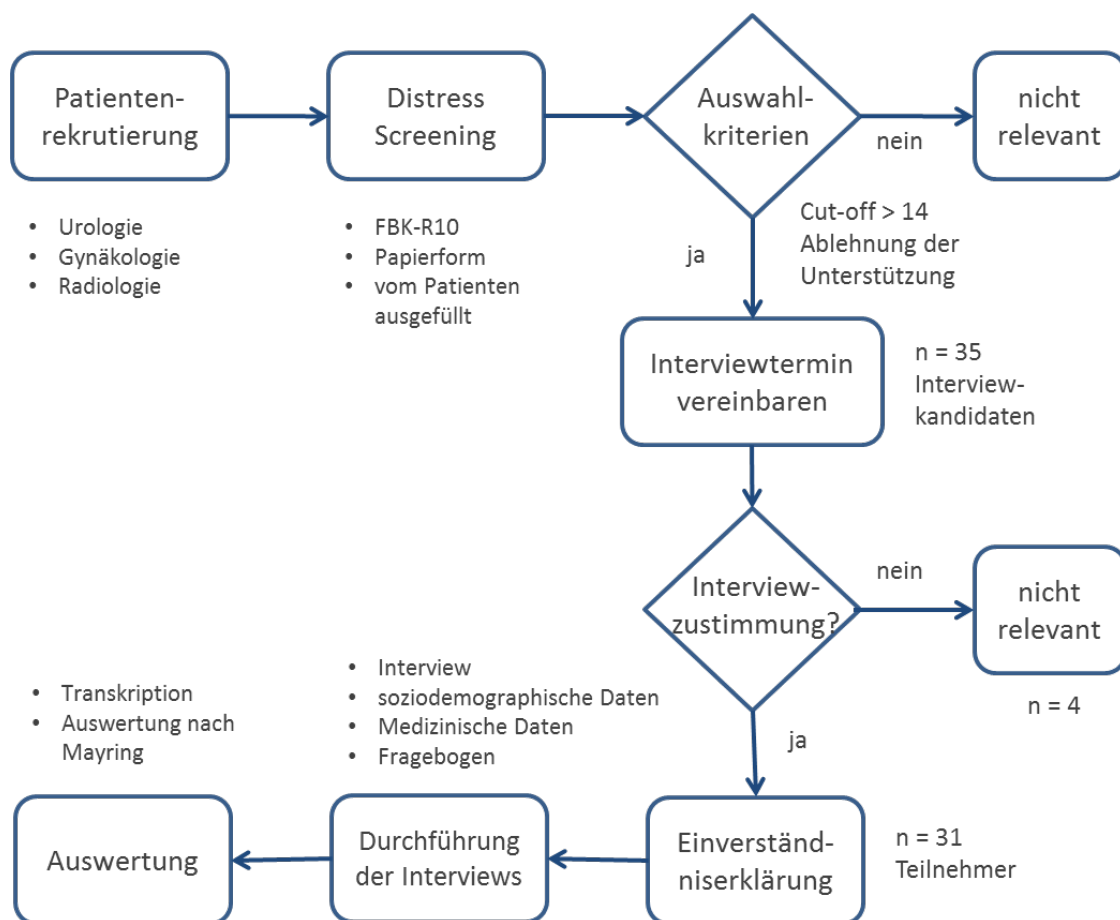


Abb. 4.1: Ablaufschema der Untersuchung

## **4.1 Studiendesign**

Das zentrale Ziel der vorliegenden Untersuchung war, zu ergründen, warum Krebspatienten mit hoher psychosozialer Belastung professionelle Unterstützung ablehnen. Um die Faktoren, die mit dieser Ablehnung in Zusammenhang stehen, eingehend zu untersuchen, wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden angewendet. Die Erhebungsphase fand vom November 2015 bis Oktober 2016 in drei Fachkliniken des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München statt. Die in dieser Untersuchung beteiligten Fachkliniken waren:

- Urologische Klinik und Poliklinik
- Gynäkologische Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

Eingeschlossen in die Untersuchung wurden Patienten mit unterschiedlichen Tumorentitäten, die sich im Untersuchungszeitraum in stationärer oder ambulanter Therapie befanden. Die Studie erhielt ein positives Ethikvotum von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München unter der Projektnummer 352/15 (Anhang A).

## **4.2 Erhebungsinstrumente**

### **4.2.1 Qualitatives Interview**

Das qualitative Interview ist in der Sozialforschung ein bevorzugt eingesetztes Erhebungsinstrument. In der qualitativen Forschung spielt der verbale Zugang, das Gespräch mit dem Interviewten, eine wichtige Rolle. Der Vorteil des qualitativen Interviews ist die offene Gestaltung des Gesprächs mit dem Interviewten. Dies erfordert von dem Interviewer Offenheit und Flexibilität. Dadurch besteht für den Interviewer die Möglichkeit, auf die neuen Informationen und unbekanntes Sachverhalte einzugehen, die sich im Untersuchungsprozess erst ergeben können

(Lamnek 2016). Die zentrale Intention bei einem qualitativen Interview ist, den Interviewten selbst zu Wort kommen zu lassen. Dies bedeutet, dass die subjektive Sichtweise des Interviewten im Mittelpunkt steht und der Interviewer die Möglichkeit hat, auf den Interviewten einzugehen. Die Tiefe der Antworten kann sowohl durch den Interviewten wie auch durch den Interviewer mittels Nachfragen im Verlauf des Gespräches bestimmt werden. Der Kommunikationsstil ist weich bis neutral und ermöglicht dem Interviewer, offene Fragen zu stellen (Lamnek 2016).

Eine weitere wichtige Voraussetzung des qualitativen Interviews ist, eine gleichberechtigte und vertrauensvolle Beziehung zwischen den Interviewpartnern aufzubauen, um mögliche Barrieren zu vermeiden. Ferner sollte sich der Interviewer während des Gespräches eher passiv verhalten, um vom Interviewten eine individuelle und authentische Antwort zu erhalten. Bei einem eher passiven Interviewpartner wiederum ist eine aktive, anregende Gesprächsführung beispielsweise mittels Nachfragen durch den Interviewer für die offene Kommunikation notwendig. Das qualitative Interview setzt ein gutes Verbalisierungs- und Artikulationsvermögen der Interviewpartner voraus. Der Interviewer agiert hier als Forscher, da zur Durchführung fachspezifische Kenntnisse nötig sind (Lamnek 2016).

#### **4.2.2 Halbstandardisiertes Interview**

Das halbstandardisierte Interview ist eine Form des qualitativen Interviews. Dieses basiert auf einem Leitfaden, der als Orientierungshilfe zur besseren Vergleichbarkeit mehrerer Interviews dient, aber trotzdem nicht starr verfolgt werden muss, d. h., dass die Reihenfolge der Fragen variieren kann (Witzel 2000). Ein vorab entwickelter Leitfaden bzw. Fragenpool erfordert im Vorfeld vom Interviewer eine genaue Literaturrecherche bzw. Kenntnis vom aktuellen Forschungsstand (Lamnek 2016). Zwar steht die Theorie- und Konzeptgenerierung auf der Grundlage der Interviews im Fokus, jedoch muss sich der Interviewer intensiv mit dem Untersuchungsthema auseinandersetzen und vorbereiten. Das halbstandardisierte Interview eignet sich besonders als Datenbasis für die qualitativen Auswertungs-



methoden. Wobei hier eine große Datenmenge (Text) regelgeleitet und methodisch in mehreren Schritten mit Hilfe von Kategorien bearbeitet und ausgewertet wird. Das heißt, dass das Material systematisiert und überprüfbar gemacht wird (Mayring 2015).

### **4.2.3 Interviewleitfaden**

Das Konzept unserer Leitfragen entstand aus der Fragestellung zu dieser Untersuchung und aus dem aktuellen Forschungsstand zum Thema Motive und Gründe für die Ablehnung psychosozialer Unterstützung. Der Leitfaden setzte sich aus dem Fragenteil, bestehend aus 6 offenen Fragen (Anhang B, 2. Teil) zusammen. Die Fragen wurden möglichst offen formuliert, um den Patienten ausreichend Raum zu geben, mit eigenen Worten ihre Motive oder Gründe darzulegen, die zu einer Ablehnung einer psychosozialen Unterstützung führten.

Eine kurze Einstiegserklärung und die zentrale Hauptfrage bildeten den Anfang des Leitfadens.

- „Diese Untersuchung soll helfen, die Beweggründe der Menschen zu verstehen, die Beratungsleistungen zur Krankheitsbewältigung nicht in Anspruch nehmen. Mich interessieren Ihre persönlichen Gründe, können Sie mir bitte etwas dazu erzählen?“

Die nachfolgenden Fragen bestanden aus Nachfragen bzw. Fragen zur genaueren Exploration der Antworten und Aufrechterhaltungsfragen. Die Nachfragen wurden eingeführt, um den Patienten nach einer einsilbigen oder oberflächlichen Kurzantwort dazu anzuregen oder zu ermutigen, in die Tiefe zu gehen, detaillierter bzw. konkreter seine Gründe darzulegen, sich selbst zu reflektieren und seiner Motive klarer zu werden.

- „Sie haben erwähnt, dass Sie .... Können Sie mir das bitte näher erklären? Wie meinen sie das?“

- „Sie haben gesagt, dass .... Habe ich Sie richtig verstanden?“

Die Aufrechterhaltungsfragen dienten der Unterstützung des Erzählflusses. Neue Themen wurden damit keine vorgegeben.

- „Wie gehen Sie damit um, wie bewältigen Sie das?“
- „Sie haben angegeben, dass .... für Sie gegen eine Beratung spricht. Wenn diese Gründe oder Probleme gelöst wären, würden Sie dann Beratungsleistungen in Anspruch nehmen?“

Mit der Abschlussfrage wurde der Patient eingeladen, weitere, bisher noch nicht angesprochene Aspekte seiner Ablehnung zu nennen.

- „Fallen Ihnen noch andere Gründe ein?“

#### **4.2.4 Kurzfragebogen zu soziodemographischen und medizinischen Daten**

Im abschließendem Teil der Untersuchung wurden die relevanten soziodemographischen (Alter, Familienstand, Schulabschluss, Kinder und Arbeitssituation) und medizinischen (Tumor-Diagnose, Krankheitsstatus und Therapie) Daten mit Hilfe eines Kurzfragebogens abgefragt und vom Interviewer auf dem Fragebogen dokumentiert (siehe Anhang C).

#### **4.2.5 Fragebogen zur standardisierten Erhebung von Ablehnungsgründen**

Im Anschluss an das halbstandardisierte Interview wurden den Patienten 25 geschlossene Fragen zu möglichen Ablehnungsgründen gestellt. Diese wurden auf Basis des aktuellen Forschungsstands zu dem Untersuchungsthema entwickelt und formuliert, um eine Vergleichbarkeit zwischen den objektiv hergeleiteten und den subjektiv aus der Patientenbefragung gewonnenen Erkenntnissen zu

erreichen. Diese Fragen sollten vom Patienten mit Ja („trifft zu“) oder Nein („trifft nicht zu“) beantwortet werden (Anhang B, 3. Teil). Die Antworten wurden vom Interviewer auf dem Fragebogen dokumentiert.

Aus den im Folgenden aufgeführten, empirisch hergeleiteten Kategorien als potentielle Gründe für die Ablehnung psychosozialer Unterstützung wurden die geschlossenen Fragen entwickelt (als Beispiel wird hier jeweils ein Item aufgeführt):

- Wohnort, Erreichbarkeit, Mobilität  
(Beratungsstellen sind für mich schwer erreichbar)
- Subjektive Wahrnehmung der Erkrankung  
(Ich bin gar nicht so stark belastet)
- Innerseelische Hürden  
(Es wäre mir peinlich, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen)
- Skepsis, Zweifel an dem Erfolg / Nutzen der Hilfe  
(Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen)
- Informationsdefizit  
(Unter psychosozialer Beratung kann ich mir gar nichts vorstellen)
- Stigmatisierung  
(Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden)
- Kompensatorische Hilfe durch soziale Umfeld  
(Ich erhalte bereits Hilfe von Familie oder Freunden)
- Finanzielle Gründe  
(Ich befürchte zu hohe Kosten)
- Körperliches Gebrechen  
(Ich fühle mich zu einem Beratungsgespräch körperlich nicht in der Lage)
- Vertraulichkeit  
(Ich befürchte, dass das Gespräch nicht in Ruhe und Vertraulichkeit abläuft)
- Glaube, Religion  
(Ich bekomme genug Kraft durch meinen Glauben)
- Zeitaufwand  
(Ich kann es mir zeitlich nicht leisten)

In der weiteren Arbeit werden die 25 geschlossenen Fragen als 25 standardisierte Ablehnungsgründe bezeichnet.

#### **4.2.6 Fragebogen zur Belastung von Krebskranken Kurzversion (FBK-R10)**

Der Fragebogen FBK-R10 ist in der Onkologie ein etabliertes, psychometrisch geprüftes Distress-Screeninginstrument, das zur Erfassung von Art und Umfang psychosozialer Belastung von Krebspatienten aller Diagnosen, Stadien und Behandlungsarten dient (Anhang D). Die Ergebnisse hieraus können zur Herleitung des individuellen Therapiebedarfs herangezogen werden (Book et al. 2011; Herschbach et al. 2010).

Der FBK-R10 ist ein eindimensionales Selbsteinschätzungsinstrument mit 10 Einzelitems in einer leicht verständlichen Sprache und kann in ca. drei Minuten beantwortet werden. Die Beantwortung jedes Items erfolgt auf einer Skala, wobei der Wert 0 „trifft nicht zu“ bedeutet. Wenn eine Belastung vorliegt, wird diese auf einer fünfstufigen Skala bewertet, von 1 „trifft zu und belastet mich kaum“ bis 5 „trifft zu und belastet mich sehr stark“. Für die Gesamtbelastung werden die Werte aller Einzelitems addiert. Als Grenzwert für ein Vorhandensein von psychosozialen Distress wird ein Summen-Score über 14 empfohlen (Book et al. 2011). Der Fragebogen enthält 2 zusätzliche Items hinsichtlich Wunsch nach fachlicher Unterstützung und bereits Erhalt einer Unterstützung, den die Patienten ankreuzen können:

- „Wünschen Sie sich für derartige Belastungen fachliche Hilfe oder Beratung?“
- „Nehmen Sie bereits für derartige Belastungen fachliche Hilfe in Anspruch, z.B. Krebsberatungsstelle, Psychotherapie oder anderes?“

In dieser Studie wurde der FBK-R10 zur Stichprobendefinition über den Summen-score >14 eingesetzt. Das erste zusätzliche Item wurde zur Stichprobendefinition herangezogen und war damit ein Ausschlusskriterium.

### 4.3 Studienpopulation

Insgesamt wurden 35 Patienten mit unterschiedlichen Krebsdiagnosen, Tumorstadien und Rezidiv-Tumoren angesprochen, an dieser Untersuchung teilzunehmen. 31 (88,6 %) Patienten nahmen an der Untersuchung teil, vier (11,4 %) Patienten lehnten die Teilnahme insgesamt ab (vgl. Kap. 4.4.1). Zum Überblick dient die Tabelle 4.1 mit Verteilung je Klinik.

Tabelle 4.1: Stichprobe und Verteilung nach Kliniken

Stichprobe nach Kliniken	Anzahl der Befragten		Anzahl der Ablehnungen		Anzahl der Teilnehmer	
	n	%	n	%	n	%
Urologische Klinik und Poliklinik	17	48,6	2	5,7	15	42,9
Gynäkologische Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde	11	31,4	1	2,9	10	28,6
Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	7	20,0	1	2,9	6	17,1
Gesamt	35	100,0	4	11,4	31	88,6

Als Einschlusskriterien galten:

- Patienten in ambulanter oder stationärer Behandlung
- über 18 Jahre alt
- ein Belastungswert über dem Cut-off von > 14 im Distress-Screening FBK-R10 (siehe dazu Kapitel 4.2.6) sowie
- kein Wunsch nach psychosozialer Unterstützung

Als Ausschlusskriterien galten:

- ungenügende Deutsch-Kenntnisse
- schlechter körperlicher Allgemeinzustand

## **4.4 Datenerhebung**

### **4.4.1 Rekrutierung**

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von November 2015 bis Oktober 2016 an den beteiligten Fachkliniken des Klinikums rechts der Isar statt. Im Klinikum rechts der Isar wird stationären und ambulanten Tumorpatienten routinemäßig ein- oder mehrmalig der Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R10) vom ärztlichen oder vom Pflegepersonal ausgehändigt.

Zur Rekrutierung der Patienten für die vorliegende Studie wurden mit den beteiligten Kliniken folgende Abläufe abgestimmt:

In der Gynäkologischen Tagesklinik wurden die Distress-Screenings vom klinischen Pflegepersonal vor Beginn einer Chemotherapie den ambulanten Patientinnen ausgehändigt und die ausgefüllten Formulare wieder eingesammelt. Alle Screeningbögen von Patientinnen mit einem Belastungscore über 14 Punkte sowie mit Ablehnung einer psychosozialen Unterstützung wurden in ein dafür vorgesehenes Fach abgelegt. Die Klinik wurde von der Doktorandin drei Mal pro Woche aufgesucht, um die Bögen einzusammeln. Beim nächsten Therapie-Termin wurden potentielle Patientinnen befragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen möchten.

In der Urologischen Klinik und Klinik für Strahlentherapie wurde die Doktorandin vom Stationsarzt per E-Mail über potentielle Patienten mit Angabe der Station und Zimmernummer benachrichtigt und die ausgefüllten Screeningbögen in einem Fach

hinterlegt. Unmittelbar danach hat die Doktorandin die Screeningbögen eingesammelt und die Patienten bezüglich der Teilnahme befragt. Lediglich die urologischen Patienten mit einer operativen Intervention wurden drei Tage nach dem Eingriff auf der Station angesprochen und für die Teilnahme an der Studie aufgesucht.

#### **4.4.2 Studieninformation und Einwilligung**

Vor jeder Patientenbefragung wurde den Teilnehmern der genaue Untersuchungsablauf erklärt und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Ferner wurden die Patienten darüber aufgeklärt, dass alle in die Untersuchung involvierten Personen dem Datenschutz und der Schweigepflicht unterliegen, keine Weitergabe von Daten an Dritte erfolgen wird und die Daten anonymisiert ausgewertet werden.

Hierfür wurden Patienteninformationen (Anhang E) und Einwilligungserklärungen vorbereitet (Anhang F). Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war die Einwilligung und die schriftliche Zustimmung der Patienten. Die Kopien der Formulare wurden den Patienten ausgehändigt.

#### **4.4.3 Durchführung der Interviews**

Alle Patienten, die den Auswahlkriterien entsprachen, wurden von der Doktorandin, auf den Stationen oder in den Ambulanzen der entsprechenden Kliniken persönlich für die Teilnahme an dieser Studie angesprochen. Aus Rücksicht auf die besondere Situation der Patienten und deren physische und psychische Konstitution und zur Wahrung einer offenen und vertrauensvollen Kommunikation wurde die Patientenbefragung in einer ruhigen Atmosphäre als Einzelinterview durchgeführt.

Bei Zustimmung wurden die Patienten in einen separaten Raum geführt, der von den beteiligten Kliniken zur Verfügung gestellt wurde. Zu Beginn wurde über das Thema, den genauen Ablauf und die Dauer des Interviews mit Hilfe der vorberei-

teten Patienteninformation und Einwilligungserklärung gesprochen. Hierbei hatten die Patienten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Daraufhin wurde das Einverständnis mit einer Unterschrift eingeholt. Aus besonderer Rücksicht auf die Patienten passte sich die Doktorandin den Therapieabläufen und der sich ergebenden Situation an. So hatten die Patienten die Möglichkeit, jederzeit das Interview abubrechen.

Vor Beginn des Interviews wurden die Patienten darauf hingewiesen, dass der weitere Gesprächsverlauf auf einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Das Interview für den offenen Fragenabschnitt dauerte ca. 15 Minuten. Der zweite Teil des Interviews mit den geschlossenen Fragen wurde nicht digital aufgezeichnet. Die geschlossenen Fragen, in denen zwei Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, wurden von der Doktorandin abgefragt und in einem Fragebogen schriftlich festgehalten. Zum Abschluss wurden die soziodemographischen und medizinischen Daten der Patienten abgefragt und in einem Kurzfragebogen aufgenommen.

Vor der eigentlichen Durchführung der Untersuchung wurden 3 Probeinterviews durchgeführt. Diese dienten zur Übung des Interviewablaufs für die Doktorandin und wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

#### **4.4.4 Datenaufzeichnung und Transkription**

Um eine authentische und präzise Wiedergabe der Interviewinhalte zu gewährleisten, wurden die Interviews nach Einwilligung der Patienten aufgezeichnet. Die Audioaufzeichnung ermöglicht es den Interviewer, sich ausschließlich auf das Gespräch und den Interviewpartner zu konzentrieren. Die Gespräche wurden wörtlich transkribiert und anonymisiert. Die Aufzeichnungen wurden in geglättetes Schriftdeutsch überführt.



## 4.5 Datenauswertung

### 4.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Eines der Auswertungsverfahren in der qualitativen Sozialforschung ist die qualitative Inhaltsanalyse. Nach Mayring (2002) ist das Ziel einer Inhaltsanalyse, das vom menschlichen Verhalten oder sozialem Handeln resultierende Material zu analysieren. Gegenstand der wissenschaftlichen Inhaltsanalyse ist die fixierte Kommunikation, meist handelt es sich um die Sprache, aber auch akustische und visuelle Materialien können so untersucht werden (Lamnek 2016). Das zu analysierende Material liegt meist in Form von Protokollen oder Transkriptionen vor. In der Inhaltsanalyse ist eine systematische Vorgehensweise wichtig. Durch festgelegte Regeln sollen andere Betrachter die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können.

Neben der regelgeleiteten Vorgehensweise ist auch die theoriegeleitete Vorgehensweise bedeutsam, sodass das vorliegende Material unter einer theoretisch ausgearbeiteten Fragestellung interpretiert wird. Dabei sollten die Ergebnisse anschließend auch mit Bezug auf die Theorie aus empirisch gewonnenen Erfahrungen zu dem untersuchten Gegenstand evaluiert werden.

Die qualitative Forschung verlangt, im Gegensatz zur quantitativen, dass das Subjekt im Vordergrund steht. Das Grundgerüst der qualitativen Forschung wird durch die 5 Postulate bestimmt:

- die Subjektbezogenheit
- die Untersuchung der Subjekte in der gewohnten Umgebung
- die Deskription
- die Interpretation
- der Verallgemeinerungsprozess der Ergebnisse (Mayring 2002).

#### **4.5.1.1 Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring**

In Anlehnung an Mayring wurde für die Auswertung dieser Untersuchung das Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt. In diesem Abschnitt wird auf die theoretische Grundlage des ausgewählten Ablaufmodells eingegangen und anschließend das Vorgehen exemplarisch an einem Interview beschrieben.

Nach Mayring (2015) ist das allgemeine Ablaufmodell für die qualitative Inhaltsanalyse in mehreren Stufen aufgebaut. In der ersten Phase steht die Bestimmung des Ausgangsmaterials. Diese umfasst drei Analyseschritte, die Festlegung des Materials, die Analyse der Entstehungssituation und die formalen Charakteristika des Materials.

Die zweite Phase beschreibt die Fragestellung der Analyse, die Richtung der Analyse und theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung. Als nächster Schritt im Ablaufmodell der Analyse wird die Analysetechnik festgelegt. Dabei hat Mayring drei voneinander verschiedene Grundformen von Analysetechniken entwickelt, wobei die geeignete Analysetechnik je nach Untersuchungsgegenstand und Material auszuwählen ist (Mayring 2002).

- Zusammenfassung
- Explikation
- Strukturierung

Für diese Untersuchung wurde die Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse angewandt, sodass auf die beiden letzten Analyseformen hier nicht weiter eingegangen wird.

In der zusammenfassenden Analyseform wird das inhaltstragende Material, beispielsweise das Transkript eines Interviews, so weit reduziert, dass ein kompakter, überschaubarer, aber für die Fragestellung vordergründig wesentlicher Inhalt erhalten bleibt. Das ursprüngliche Material wird mittels abstrakter Aussagen paraphrasiert, die durch Anwendung der Verfahrensschritte Auslassung, Generalisierung,

Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung gewonnen werden (Lamnek 2016). Das Material wird durch übergreifende Kategorien abstrahiert und zugeordnet. Die Kategorien, die gebildet werden, entstehen direkt im Verlauf der Untersuchung aus dem zu analysierendem Material und werden induktive Kategorienbildung genannt. Das heißt, es richtet sich nicht nach einem vorformulierten Theoriekonzept, sondern wird aus dem Text ermittelt (Mayring 2015).

#### **4.5.1.2 Ablaufmodell der Zusammenfassung**

Am Anfang werden die Auswertungseinheiten, die Textteile, die nacheinander ausgewertet werden sollen, und die Kodiereinheiten, der kleinste Materialbestandteil, bestimmt (Mayring 2015).

Im nächsten Schritt wird die Kodiereinheit paraphrasiert, d. h. das Material wird auf seinen wesentlichen Inhalt gekürzt, ausschmückende Textpassagen werden ausgelassen. Somit schafft man eine einheitliche Sprache, die im nächsten Schritt zur Generalisierung führt. Hier werden die einzelnen Paraphrasen verallgemeinert und auf eine definierte Abstraktionsebene geführt. Im nächsten Schritt erfolgt die erste Reduktion, d. h. das Kürzen und Zusammenfassen in Kategorien.

Zum Schluss dieser Reduktion muss überprüft werden, ob die Kategorien auf die ursprünglichen Paraphrasen rückführbar sind und dem Forschungsinteresse entsprechen. Wenn nötig müssen Kategorien verworfen oder neue gebildet werden. Oft kann es eine zweite Reduktion erfordern, ein höheres Abstraktionsniveau wird erreicht. Zum Schluss werden Kategorien übergeordnet zusammengefasst. Bei größeren Materialmengen ist es oft nicht möglich, alle inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren, hier können mehrere Analyseschritte zusammen durchgeführt werden (Mayring 2015).

#### 4.5.1.3 Ablaufmodell der zusammenfassenden Analyseform am Beispiel eines Interviews

Im Folgenden soll exemplarisch an einem Interview das Vorgehen der zuvor beschriebenen Inhaltsanalyse verdeutlicht werden. Das zu analysierende Interviewmaterial (Textmaterial) ergab sich aus unserer Fragestellung der Untersuchung.

Hauptfrage:

„Die Untersuchung soll helfen, die Beweggründe der Menschen zu verstehen, die Beratungsleistungen zur Krankheitsbewältigung nicht in Anspruch nehmen. Mich interessieren Ihre persönlichen Gründe, können Sie mir bitte etwas dazu erzählen?“ Auf diese Hauptfrage und die weiterfortführenden Nachfragen wurden von den Patienten mehrere Aussagen getroffen, die als Gründe für eine Ablehnung psychosozialer Unterstützung angeführt wurden.

Im ersten Schritt wurde das transkribierte Textmaterial auf die für unsere Untersuchung zielführenden Aussagen analysiert und daraus die Kodiereinheiten gebildet. Nachfolgend sind einige Kodiereinheiten beispielhaft aufgeführt.

Aussagen:

*„Also, einen Partner habe ich nicht, mein Sohn ist Egoist, aber ich habe sehr gute Freunde, die wirklich für mich da sind und unterstützen und alles von mir anhören.“*

*„Also jetzt ganz ehrlich gesagt, eine Therapie würde ich nicht machen wollen im Moment, weil ich habe jetzt so wie so zu viele Termine und jede Woche die Chemo. Ich will nicht noch einen Termin.“*

Im zweiten Schritt wurden die oben aufgeführten Kodiereinheiten durch Streichung von ausschmückenden Textinhalten und Belassen von inhaltlich relevanten Passagen paraphrasiert.

*„Ich habe sehr gute Freunde, die für mich da sind, mich unterstützen und zuhören.“*

*„Eine Therapie würde ich im Moment nicht machen wollen, weil ich jetzt zu viele Termine und jede Woche die Chemo habe. Ich will nicht noch einen Termin.“*

Im dritten Schritt wurden bei der Generalisierung die einzelnen Paraphrasen verallgemeinert und auf eine definierte Abstraktionsebene geführt.

*„Ich habe gute Freunde, die mich unterstützen und mir zuhören.“*

*„Ich will keine Therapie, weil ich jetzt zu viele Termine habe.“*

Im vierten Schritt wurden die Aussagen wie nachstehend durch Kürzen gleichbedeutender Inhalte, Selektion und Bündelung zusammengefasst und eine Reduktion bewirkt.

*„Unterstützung durch gute Freunde.“*

*„Keine Therapie, wegen zu vieler Termine.“*

Am Ende dieser Reduktionsphase wurden alle Aussagen der  $n = 31$  an der Untersuchung beteiligten Patienten nach diesem Ablaufmodell analysiert und zu diesen Aussagen Überbegriffe gebildet. Diese Aussagen wurden nun miteinander verglichen und ähnlich lautende in die entsprechenden Überbegriffe einsortiert und daraus die Kategorien gebildet, die die vorherrschende Meinung der Patienten wiedergeben. Nach Überführung der Aussagen zu einem Kategoriensystem wurde zum Abschluss eine Rücküberprüfung der entstandenen Kategorien am Ausgangsmaterial durchgeführt.

#### **4.5.1.4 Kategorienbildung**

Um ein allgemeineres und knapperes Kategoriensystem zu erreichen, wurden die ermittelten Kategorien, die hier als Kategorien der Ebene 1 (KE1) bezeichnet

werden, auf einer noch höheren Abstraktionsebene zusammengefasst. Die hier festgelegten Kategorien der Ebene 2 (KE2) werden als Hauptkategorien benannt. Am Ende dieser Zusammenfassung wurde erneut eine Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial für die jeweils neuen Hauptkategorien durchgeführt. Diese Hauptkategorien stellen die Ablehnungsgründe der befragten Patienten dar und werden nachfolgend als Ablehnungskategorien bezeichnet.

#### **4.5.2 Statistische Auswertung**

Ein Ergebnis der qualitativen Auswertung war die Zuordnung der in den Patienteninterviews genannten Ablehnungsgründe zu 33 Kategorien, die in einem nächsten Schritt zu 14 Ablehnungskategorien zusammengefasst wurden. Um diese Kategorien einer quantitativen Analyse zugänglich zu machen, wurde wie folgt vorgegangen:

Jede Nennung in einer der 33 Kategorien wurde mit 1 codiert, keine Nennung mit 0. Die 14 Ablehnungskategorien beinhalten zwischen einer und 5 Kategorien und wurden (bei mehr als einer Kategorie) durch Aufaddieren der Nennungen (Wert 1) und Teilen durch die Anzahl der Kategorien berechnet. Dies ergab Werte zwischen 0 und 1 und entspricht einer Skalierung, die eine quantitative Vergleichbarkeit der 14 Ablehnungskategorien erlaubt.

Mit der dichotomisierten Form dieser 14 Ablehnungskategorien (0 = keine Nennung in dieser Kategorie vs. > 0 = mindestens 1 Nennung in dieser Kategorie) wurden relative Häufigkeiten (%) für die Gesamtstichprobe und für diverse Subgruppen berichtet. Gruppenunterschiede wurden mit dem Chi<sup>2</sup>-Test auf Signifikanz geprüft; bei erwarteten Zellenbesetzungen < 5 wurde der exakte Test nach Fisher verwendet.

Statistische Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der psychosozialen Belastung (FBK-R10) und den 14 Ablehnungskategorien wurden durch Mittelwerte

des FBK-R10-Summenwertes für jeweils zwei Gruppen (Ablehnungskategorie genannt vs. nicht genannt) dargestellt und mittels t-Test auf Signifikanz geprüft.

Die 25 standardisierten Ablehnungsgründe wurden in Form von absoluten und relativen Häufigkeiten für die Gesamtstichprobe und diverse Untergruppen berichtet. Gruppenunterschiede wurden mit dem Chi<sup>2</sup>-Test auf Signifikanz geprüft; bei erwarteten Zellenbesetzungen < 5 wurde der exakte Test nach Fisher verwendet.

Abschließend wurde die Übereinstimmung von Nennungen in den 25 standardisierten Ablehnungsgründen und den im Interview ermittelten 14 Ablehnungskategorien überprüft. Übereinstimmung wurde definiert als  $p < 0,10$  im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen standardisierter und im Interview ermittelter Ablehnungskategorie. Berichtet wird lediglich die Anzahl bzw. der Anteil an Übereinstimmungen aus den 350 Übereinstimmungsprüfungen (25 standardisierte Gründe \* 14 Ablehnungskategorien). Dass es sich hier um multiples Testen handelt, wurde dabei nicht berücksichtigt.

Für alle übrigen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  angenommen. Die statistische Auswertung erfolgt mit dem Programm IBM SPSS Statistics, Version 24.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der qualitativen Auswertung

Die Aussagen der n = 31 Patienten konnten nach dem Ablaufmodell, wie oben in Beispielen dargestellt, 33 Kategorien zugeordnet werden. In einem nächsten Schritt wurden aus diesen 33 Kategorien der Ebene 1 (KE1) auf einer höheren Abstraktionsebene 14 Hauptkategorien der Kategorienebene 2 (KE2), hier Ablehnungskategorien, ermittelt. In der Tabelle 5.1 werden alle 33 Kategorien der Ebene KE1 und die 14 Ablehnungskategorien der Ebene KE2 mit einigen zugeordneten Ankerbeispielen dargestellt.

Tabelle 5.1: Kategorien der Ebenen KE1, KE2 und Ankerbeispiele

KE1 mit 33 Kategorien		KE2 mit 14 Kategorien		Ankerbeispiele
1	Psychologen haben selbst Probleme	1	Schlechtes Image der Psychologie	"Ich bin nicht offen für den Psychologen."
2	Ich halte nichts von Psychologen			"So was bringt mir auch nix, weil ich halt da gar nix davon, von den Psychologen."
3	Schlechte Erfahrung mit Psychologen haben			"Weil es in der Regel Leute sind, die selber Probleme haben, sonst würden sie sich vielleicht gar nicht für dieses Gebiet interessieren."
4	Priorität Medizinische Behandlung	2	Medizinische Behandlung hat Vorrang	"... ich brauche einen Arzt, weil ich weiß, ich habe irgendwas, brauche ich einen Arzt. Aber sonst das andere, ach geh."
5	Hilfe durch Ärzte haben			"Und so ist ja auch das Vorgehen jetzt, ich wusste, dass ich das Risiko hab und jetzt ist es eingetreten, jetzt interessiert mich nur noch fachlich, ... nicht die psychische Seite, sondern erstmal die medizinische Seite ..."
6	Angst vor sozialen Nachteilen	3	Angst vor Diskriminierung	"Es ist einfach und das möchte ich auch wieder heraus nehmen aus der Krankenakte. Den Satz. Weil das habe ich Unverschämtheit gefunden." "... vielleicht steht das in der Krankenakte drin, du hast einen psychischen Knacks. Da wird noch mal nachgeschaut, das ist der nächste Grund, ich bin leidenschaftlicher Jäger [...] Da wird dann nochmal hineingeschaut, der war schon einmal psychisch angeschlagen wegen irgendwas, wenn mal was sein sollte, zack ist der Jagdschein weg." "... zwischenzeitlich wird mir das vom Arbeitgeber sehr nachgetragen, dass ich krank bin."
7	Familie / Freunde / soziales Umfeld helfen mir	4	Hilfe durch soziales Umfeld	"Und die mir mit Rat und Tat zur Seite stehen und ich mich nicht so fühle, als bräuchte ich zusätzlich Beratungsgespräche. Weil, wenn es mir schlecht



KE1 mit 33 Kategorien		KE2 mit 14 Kategorien		Ankerbeispiele
8	Gespräche mit anderen Betroffenen helfen			geht, dann habe ich eine Freundin oder mein Sohn ... Schwiegertochter, egal." "es sind die Gespräche zwischen den Patienten, also zwischen den Männern, die hier auf dieser Station, weil die ersetzen für mich manchen Psychologen und Seelsorger. ... wie man sich outet, die Contenance verliert man völlig, wenn man so zu sagen auf der niedrigsten Stufe rasiert wird, also jetzt im übertragenen Sinn, und dann lässt jeder die Contenance fallen und tauscht sich aus und das ist für mich sehr wertvoll." "... weil ich habe ja Familie zuhause und die unterstützt mich eigentlich gut und da glaube ich wenigstens, dass ich keine Beratung brauche."
9	Ich bin gut vorbereitet durch Erfahrungen in der Familie	5	Gut vorbereitet durch familiäre Vorerfahrung	"Aber ich meine, dass ich es nicht brauche, weil durch dies, dass ich eben so vorbereitet war durch meinen Vater." "... da meine Mutter schon mal mit fünfundsechzig Brustkrebs hatte und mit achtundsiebzig Gebärmutterhalskrebs und ich in der Familie weiß, was los ist bei Krebs, brauche ich das eigentlich nicht, dass ich zum Psychologen gehe."
10	Erstdiagnose: Generelle Überforderung durch Mitteilung der Diagnose	6	Diagnoseschock	"... weil eigentlich jeder damit überfordert ist, mit der Situation. ... es würde vielleicht was ändern, wenn die Person gleich am Anfang dabei wäre, bei der Diagnose." "Nein, ich brauche keinen Onkologen. Brauche auch nicht. ... Ich wüsste gar nicht was der macht. ... Brauch ich denn sowas?" "Auch nicht bewusst war, dass es wichtig ist. Weil, Entschuldigung, ich habe nicht jedes Jahr Krebs." "Auch da kriegst du dann auch ein Ordner in die Hand gedrückt, wo bis zu Palliativmedizin alles drinnen ist. Das will doch kein Mensch wissen. Also damit kann man doch warten. Wenn ich grad erst mit dieser Diagnose konfrontiert werde." „Ich weiß es nicht und so. Wie die Situation überhaupt wäre? Hätte ich dann diesen Psychologen ewig bei mir in der Wohnung oder wie ist das? Der immer käme oder wie?“
11	Erstdiagnose: Überforderung durch zu viel Informationsmaterial			
12	Erstdiagnose: Persönliche Aufklärung bei der Aufnahme fehlt			
13	drüber sprechen bringt Stress	7	Reden bringt nichts	"Ich bin schon ein Mensch, der zwar sehr aufgeschlossen ist, aber nicht unbedingt so offen bin, sag ich mal schnell, dass ich immer gleich alles von mir preisgebe." "Also ich habe damit überhaupt keine Schwierigkeiten, nur sagen wir mal so, mir ist, solange ich selbst mich therapieren kann und einigermaßen über Wasser halten kann, ist mir der Aufwand zu groß, mit Psychologen über mich zu sprechen." "Nein, es ist immer schwierig, sich gegenüber fremden Leuten zu öffnen, die man nicht kennt." "[...] Man will in Ruhe gelassen werden. Man möchte denn, nicht unbedingt weiterhin gestresst werden. Weil man stressig ist so wie selbst." "Nein. Das liegt auch wahrscheinlich in der Familie. Wir haben nie viel über Probleme gesprochen."
14	generell nicht gern sprechen			
15	Reden bringt nichts			
16	Ich mache immer alles mit mir allein aus			

KE1 mit 33 Kategorien		KE2 mit 14 Kategorien		Ankerbeispiele
				"[...] wenn ich jetzt mit dem Arzt spreche, deswegen ist mein Krebs auch nicht weg." "[...] Bin ich ein Mann und Männer werden ja wie Sie wissen erzogen zum, da beiß ich mich selber durch, da brauch ich keine Hilfe. "
17	Fatalismus/ich kann nichts ändern	8	Fatalismus	"Ich bin, glaube ich auch, ein sehr gefestigter Mensch, der zur der Krankheit steht, den habe ich nun mal und ich glaube, ich jammere ja auch nicht recht viel [...]" "[...] man muss einfach da durch." "Hauptgrund ist auf alle Fälle der, dass ich es für mich selbst ausgemacht habe, dass ich diese Erkrankung habe, dass ich nichts daran ändern kann. Es so nehmen muss, wie es kommt." "Ja, aber ich habe mich schon irgendwie damit abgefunden." "Ich nimm das einfach so hin. Weil es so ist. [...] entweder es wird besser, oder wenn es halt, mein Gott da finde ich mich einfach ab, wie soll ich sagen." "[...] Und ich bin fast ein bisschen fatalistisch, ich, wissen Sie, ich habe immer gewusst das kann einmal wiederkommen und so weiter und da lebt man halt so und das ist halt passiert. Das ist natürlich nicht angenehm, aber ich kann es nicht ändern."
18	Ich brauche jetzt niemanden, schaffe das allein	9	Ich schaffe das allein	"Ich benötige keine Hilfe" "Wenn du stündlich fünfmal daran denkst, dann ist es schlecht. Dann braucht man einen Psychologen. Aber ich denke, dass ich das schaffe, ohne Psychologen." "Also die Dinge anzupacken und natürlich ist es jedes Mal ein Schlag wieder Rückschlag erfährt keine Frage und da bin ich erstmal zwei drei Tage blockiert und tauche unter mehr oder weniger. Aber ich, mein Motto ist halt immer, dir bleibt nichts anderes übrig, du musst da durch und versuchst halt positiv anzugehen das Ganze." "Ich bin eigentlich da recht stark, weil ich bin auch viel mit Menschen unterwegs" "Schlimmsten finde ich es, wenn man seelisch krank ist.... Wenn man sich diese rein frisst, diese Krankheit. ... Brauche das nicht. Gott sei Dank, brauch ich das nicht. Das bewältige ich von mir allein." "Prinzipiell bin ich offen, aber ich glaube nicht [...] dass ich es brauche." " Nein. Sehe ich mich stark genug, ja."
19	Ich bin stark genug			
20	Anderen geht es schlechter als mir	10	geringe Belastung	"Und ich habe natürlich auch andere Fälle noch gesehen [...] da wo ich sage, die sahen noch viel ganz, also mit mir gar nicht zu vergleichen [...] Da ist es, von meiner Situation her eben eine Kleinigkeit." " [...] ich habe nun mal Prostatakrebs, ist entfernt, ich brauch keine Chemo oder sonst irgendwas und das andere, ich will mich auch wieder im normalen Leben zurechtfinden. Aber ich sehe da keine großen Probleme. Nein, Krebs sehe ich nicht so ernst." "Ich fühlte mich und fühle mich nicht als Krebspatient. Das kann ein Irrtum sein, nein das ist kein Irrtum. Ich
21	Der Krebs ist kein großes Problem für mich			
22	Ich bin nicht belastet			

KE1 mit 33 Kategorien		KE2 mit 14 Kategorien		Ankerbeispiele
				<p>bin jetzt kein Krebspatient mehr."</p> <p>"Somit war eigentlich meine Angst vor dem Krebs nicht so groß."</p> <p>"Ich denke, dass ich keine psychischen Probleme dadurch habe. Ich bin Polizeibeamter."</p> <p>" [...] das ist harmlos dagegen, das sage ich Ihnen. Ja außerdem kommt für mich noch eins dazu, ich sehe das nicht so, ich sag mein Gott, wenn man sich in der Welt umschaute, was haben andere schlimmes, das ist die Sache eigentlich. "</p>
23	ich bin jetzt geheilt	11	Verleugnung	<p>" [...] dass eh für jeden Menschen wahrscheinlich und besonders für Männer, die denen gesagt wird, sie haben aggressiven, aggressives Karzinom ... der Begriff Krebs natürlich eine Horror-Vision ist und das führt wahrscheinlich auch bei den meisten dazu, also bei mir zum Beispiel, dass man das Thema Krebs wegschiebt. Man hat was Anderes, was Ähnliches, aber man hat kein Krebs."</p> <p>"Also die Zwischenuntersuchungen, die ich gemacht habe und beziehungsweise Ergebnis, wo mir gesagt worden, Herr S., sie haben Krebs, ja, sag ich, danke. Man hatte versucht, mit der Thematik doch sich zu beschäftigen. Aber eigentlich möchte man es nicht wissen."</p> <p>" [...] das Thema Krebs, man schiebt ja solche Dinge weg."</p> <p>" [...] sondern ich wollte eben, dass diese Prostata Entnahme, Operation, dass die funktioniert und zwar voll funktioniert und dass damit dann das Thema Krebs für mich abgeschlossen ist und Gott sei Dank hat sich meine Hoffnung bestätigt."</p> <p>"Aber ich sage jetzt mal, die Risiken existieren und ich muss erstmal damit umgehen lernen oder feststellen, ob ich so ein Risiko habe. Also Prinzip Hoffnung. Ich halte mich noch dran, dass ich jetzt den Prostatakrebs weghabe und dass es nicht gestreut hat."</p> <p>"Ja, möchte abschließen. Dann geh ich auf Reha und dann hoffe ich, dass das vorbei ist. Ich habe da gute Chancen, haben sie gesagt."</p>
24	es nicht wahr haben wollen, sich ablenken			
25	Ich habe Hoffnung auf Heilung			
26	Bin Gläubig, brauche nichts Anderes	12	Religion	<p>" [...] religiösen Halt, ich bin Zeugen Jehovas und da habe ich auch sehr viel Glaubensbrüder."</p> <p>"Mein Glaube hilft total, ja total."</p> <p>" [...] aber durch meinen Glauben habe ich eher schon so eine Richtung, wie so bisschen damit umgehe, und dass ich viel bete und rede und so weiter. Und da habe ich so Leitlinien auch wie ich da so langgehe und deswegen, ja, glaub ich nicht, dass mir Psychologie jetzt da irgendwie weiterhelfen kann."</p>
27	Entfernung zu groß	13	Nicht im Krankenhaus	<p>" [...] ich muss hierherfahren, ich habe das Gespräch, ich muss nach Hause fahren. Das sind für mich schon wieder ein halber Tag. Ein halber Tag, den ich mit meinem Enkel verbringen kann am Spielplatz. Ist</p>
28	Zu viele Termine / Zeitliche Überforderung			

KE1 mit 33 Kategorien		KE2 mit 14 Kategorien		Ankerbeispiele
29	Wenig Zeit im Krankenhaus verbringen wollen			<p>mir wichtiger."</p> <p>"Also ich, jetzt ganz ehrlich gesagt, im Moment eine Therapie würde ich nicht machen wollen im Moment, weil ich habe jetzt sowie so zu viele Termine und jede Woche Chemo. Ich will nicht noch einen Termin."</p> <p>" [...] wenn ich sag, ich würde jetzt gerne wieder mal kommen, dann dauert es halt vier Wochen, bis ich dann einen Termin krieg."</p> <p>"Also gut im Krankenhaus möchte ich einfach keine haben."</p> <p>"Wir haben regelmäßig unsere Arzttermine und so, da ist schon genug ... Alle drei Wochen sind wir wegen Avastin sowieso hier und dann Hausarzt und deshalb, dass reicht eigentlich ... an ärztlichen Kontakten ... und ich möchte nicht viel im Krankenhaus bleiben."</p> <p>"Und deswegen, wenn ich nicht hier sein muss [...] ich bin Rentnerin, dann will ich was Schönes machen."</p> <p>" [...] ich gehe noch in die Reha, da kommt ja auch Beratungsleistungen. Mir war auch lieber jetzt im Krankenhaus keine zu haben."</p>
30	Lange Wartezeiten auf Beratung			
31	Nicht hier (im Krankenhaus)			
32	nicht der richtige Zeitpunkt/zu früh			<p>"In der Reha [...] dass es dort angeboten wird. [...] dort find ich es dann wichtig. Da denk ich, da ist der Heilungsprozess [...] also der Schmerzprozess, von der Wunde, was ja geöffnet worden ist, ist dann weitgehest behoben, sag ich mal jetzt schnell und dann kann man sich wirklich auf das andere komplett konzentrieren."</p> <p>" Zum einen dachte ich, du bist noch nicht fit."</p> <p>" Der Mensch schützt sich da irgendwie davor. Da ist ein natürlicher Mechanismus da. Bis man da wirklich das ganze Ding kapiert, was los ist. [...] Da kann ich keine dritte Person gleich mit ins Boot nehmen. Das geht nicht. Ich bin selber noch nicht so weit."</p> <p>"Weil ich davon ausgehe, dass ich über Facharzt, Hausarzt oder andere Ärzte jeder Zeit die Möglichkeit hab, des anzufordern beziehungsweise anzufragen, wenn ich es brauche."</p> <p>" [...] und dann habe ich gedacht, wenn noch nicht so schlimm, wahrscheinlich braucht man nicht, aber wenn später natürlich schon."</p> <p>" [...] dass ich sag momentan bin ich noch kräftig dazu, dass ich das noch verarbeite. Ich kann es natürlich nicht sagen, wie es jetzt in vierzehn Tagen ist, ich weiß es nicht."</p> <p>" [...] wir haben auch mit meinem Mann, also mein Mann haben schon miteinander besprochen, wenn es ist, dass er merkt oder ich selber merke, es geht so nicht mehr, dann würden wir uns auf alle Fälle Hilfe holen. [...] vorerst haben wir das Gefühl, dass wir es eigentlich nicht so direkt brauchen."</p>
33	Jetzt kein Bedarf, ggf. später	14	falscher Zeitpunkt	

## **5.2 Ergebnisse der quantitativen Auswertung**

### **5.2.1 Stichprobenbeschreibung**

Nachfolgend werden die soziodemographischen und klinischen Merkmale der Stichprobe in den Tabellen 5.2 und 5.3 dargestellt.

#### **5.2.1.1 Soziodemographische Merkmale**

Von den in der Untersuchung interviewten 31 Patienten waren 51,6 % (n=16) männlich und 48,4 % (n=15) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 62,3 Jahren und die Altersspanne der Patienten lag zwischen 36 und 84 Jahren. Die am stärksten vertretenen Altersgruppen bildeten mit jeweils 29 % (n=9) die Gruppe der 50 bis 59-Jährigen und die der 60 bis 69-Jährigen.

64,5 % (n=20) der Patienten waren verheiratet und 12,9 % (n=4) lebten in einer Lebenspartnerschaft. 32,3 % (n=10) der Patienten hatten keine Kinder und 67,7 % (n=21) hatten Kinder.

Bei dem Thema Ausbildung gaben 25,8 % (n=8) der Patienten an, ein Abitur oder Fachabitur oder einen Hochschulabschluss absolviert zu haben. 74,2 % (n=23) der Patienten hatten einen Hauptschulabschluss oder mittlere Reife oder hatten eine Handelsschule abgeschlossen.

Zur Arbeitssituation gaben 45,2 % (n=14) der Patienten an, berentet zu sein und 41,9 % (n=13) waren zum Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben. Damit stellen diese 2 Gruppen den größten Anteil der Stichprobe dar. In Tabelle 5.2 werden die soziodemographischen Merkmale aller an der Stichprobe beteiligten Patienten beschrieben.

Tabelle 5.2: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (n = 31)

<b>Variable</b>		<b>M</b>	<b>SD</b>
Alter	in Jahren	62,3	10,9
	Minimum	36	
	Maximum	84	
		<b>n</b>	<b>%</b>
Altersgruppen	< 50	4	12,9
	50 - 59	9	29,0
	60 - 69	9	29,0
	70 - 79	8	25,8
	> 79	1	3,2
Geschlecht	weiblich	15	48,4
	männlich	16	51,6
Familienstand	verheiratet	20	64,5
	Lebenspartner/in geschieden	4	12,9
	ledig	1	3,2
	verwitwet	3	9,7
		3	9,7
Kinder	0	10	32,3
	1	7	22,6
	2	12	38,7
	3	1	3,2
	4	1	3,2
Schulabschluss	Hauptschule	10	32,3
	Mittlere Reife, Handelsschule	13	41,9
	Abitur, Fachabitur	2	6,5
	Studium	6	19,4
Arbeitssituation	erwerblos	1	3,2
	Rente	14	45,2
	krank geschrieben	13	41,9
	selbstständig, Freiberufler	3	9,7

### 5.2.1.2 Klinische Merkmale der Stichprobe

Den größten Anteil bei der Tumordiagnose bildeten Patienten mit Prostata-Karzinom 48,4 % (n=15), gefolgt von Mamma-Karzinom 32,3 % (n=10). Dabei hatten 64,5 % (n=20) eine Ersterkrankung und 29,0 % (n=9) ein Rezidiv mit Metastasen. Als Therapie-Maßnahmen wurden von 48,4 % (n=15) der Patienten eine Operation angegeben. 51,6 % (n=16) der Patienten gaben an, andere Therapiemodalitäten, wie Chemotherapie, Bestrahlung oder eine Kombi-Therapie zu erhalten. In Tabelle 5.3 werden die klinischen Merkmale der Stichprobe beschrieben.

Tabelle 5.3: Klinische Merkmale der Stichprobe (n = 31)

<b>Variable</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Tumor-Diagnose	Prostata-Ca	15	48,4
	Mamma-Ca	10	32,3
	Weichteil-Ca, Myo	1	3,2
	Ovarial-Ca	1	3,2
	Borderline-Ca, Papillare		
	Adeno-Ca	1	3,2
	Larynx-Ca	1	3,2
	Zungengrund-Ca	1	3,2
	Lungen-Ca	1	3,2
Krankheitsstatus	Ersterkrankung	20	64,5
	Ersterkrankung, Metastasen	2	6,5
	Rezidiv, Metastasen	9	29,0
Therapie	OP	15	48,4
	Chemo-Therapie	5	16,1
	Bestrahlung	1	3,2
	Kombi-Therapie	10	32,3

## 5.2.2 Psychosoziale Belastung

Tabelle 5.4 zeigt die FBK-R10 Summenwerte für die Stichprobe, stratifiziert nach Geschlecht und Tumor-Diagnose. Der Mittelwert (M) der Summenwerte für die Gesamtstichprobe liegt bei 22,10 und die Standardabweichung (SD) beträgt 5,72. Bei den weiblichen Patientinnen liegt der Mittelwert mit 23,40 höher als bei den männlichen mit 20,88. Bei Patientinnen mit Mamma-Karzinom liegt der Mittelwert für die Belastung mit 24,20 höher als bei Patienten mit Prostata-Karzinom 21,30.

Tabelle 5.4: FBK-R10 Summenwerte der Stichprobe (n=31), Geschlecht und Tumor-Diagnose

<b>FBK-R10 Summenwert</b>		<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
FBK-R10 Summenwert		31	22,1	5,72
Geschlecht	weiblich	15	23,4	5,51
	männlich	16	20,9	5,82
Tumor-Diagnose	Prostata-Ca	15	21,3	5,80
	Mamma-Ca	10	24,2	5,01
	Weichteil-Ca, Myo	1	21,0	
	Ovarial-Ca	1	24,0	
	Borderlin-Ca, Papillare Adeno-Ca	1	32,0	
	Larynx-Ca	1	15,0	
	Zungengrund-Ca	1	15,0	
	Lungen-Ca	1	17,0	



## 5.2.3 Ergebnisse der Ablehnungskategorien nach Merkmalen

### 5.2.3.1 Ablehnungskategorien nach Häufigkeit

Von den befragten Patienten (n = 31) gaben 77 % als Ablehnungsgrund für eine psychosoziale Unterstützung an, Hilfe durch das soziale Umfeld zu erhalten. 74 % der Patienten gaben an, dass Reden nichts bringt und 65 % benannten als Ablehnungsgrund für psychosoziale Unterstützung „falscher Zeitpunkt“ (Abb. 5.1).

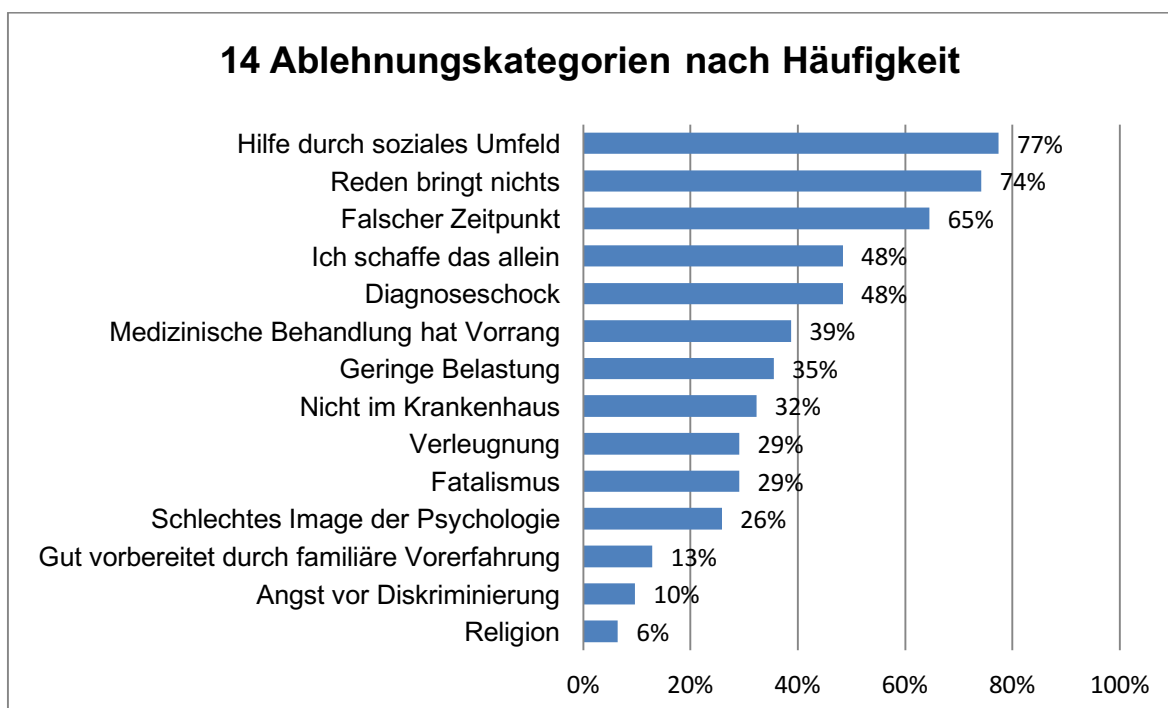
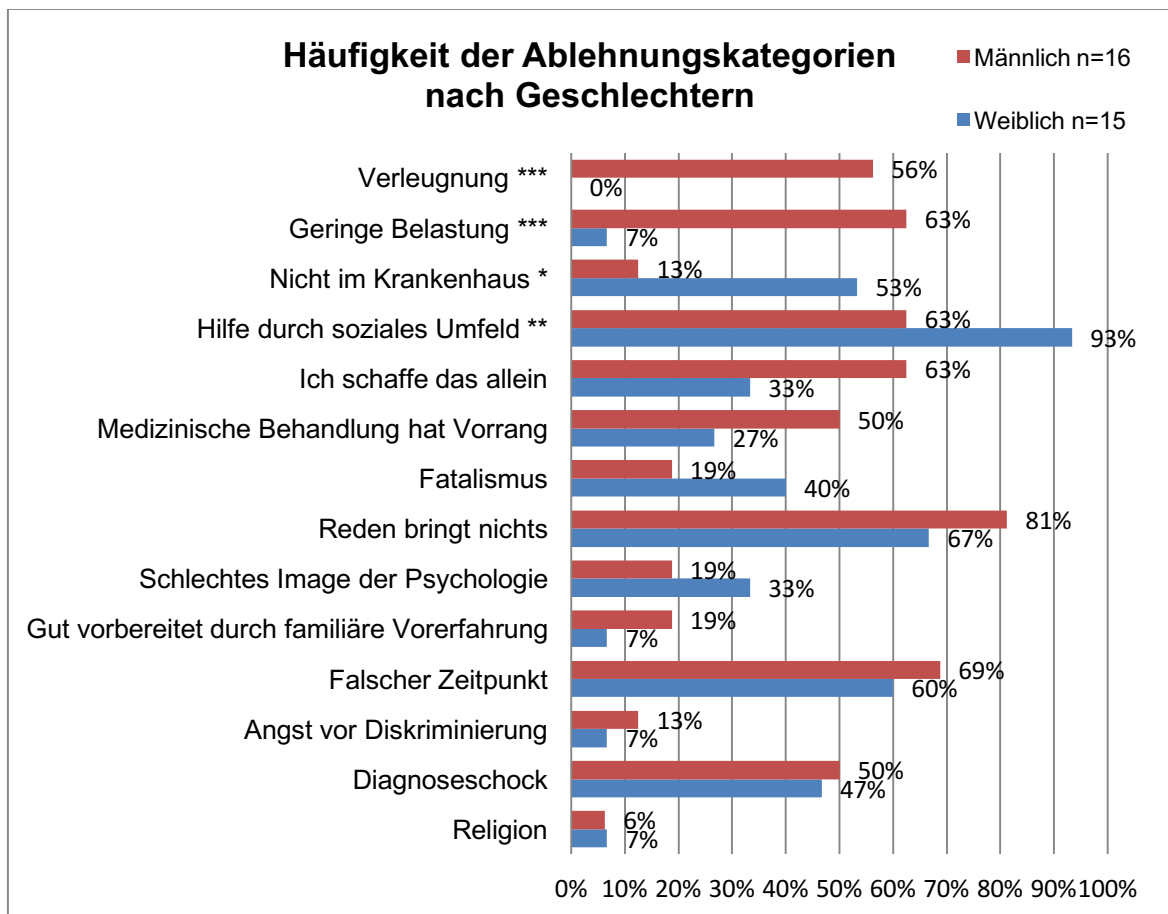


Abb. 5.1: 14 Ablehnungskategorien nach Häufigkeit

### 5.2.3.2 Geschlechterspezifische Unterschiede der Ablehnungskategorien

In Abbildung 5.2 werden die geschlechterspezifischen Unterschiede der 14 Hauptkategorien dargestellt. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Ablehnungskategorien „Verleugnung“, „geringe

Belastung“, „nicht im Krankenhaus“ und „Hilfe durch soziales Umfeld“. Männer lehnten eine psychosoziale Unterstützung häufiger mit der Begründung ab, dass ihre Belastung zu gering wäre, im Vergleich zu Frauen. So verleugneten Männer eine Belastung auch häufiger, während diese Kategorie von Frauen in keinem Interview benannt wurde. Frauen gaben als Ablehnungsgrund häufiger als Männer an, dass sie eine psychosoziale Unterstützung nicht im Krankenhaus möchten und auch Hilfe durch das soziale Umfeld erhalten. Eine Tendenz zeigte sich auch in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung: Hier gaben Männer häufiger an, es alleine zu schaffen, während Frauen dies selten als Ablehnungsgrund für eine psychosoziale Unterstützung benannten.



Signifikanzen: \*  $p \leq 0,10$ , \*\*  $p \leq 0,05$ , \*\*\*  $p \leq 0,01$

Abb. 5.2: Ablehnungskategorien nach Geschlecht

### 5.2.3.3 Altersspezifische Unterschiede der Ablehnungskategorien

Die Abbildung 5.3 zeigt die Unterschiede in der Häufigkeit der Nennungen der Ablehnungskategorien zwischen den beiden Altersgruppen, den 36- bis 61-Jährigen und den über 61-Jährigen. Zwischen diesen Gruppen zeigten sich für die 14 Ablehnungskategorien keine signifikanten Unterschiede. Zu nennen wäre ein tendenzieller Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen, jüngere Patienten gaben häufiger als ältere Patienten an, dass sie eine Beratung im Krankenhaus nicht wünschen. Die häufigsten Ablehnungsgründe für eine psychosoziale Unterstützung waren in beiden Altersgruppen, dass sie Hilfe durch ihr soziales Umfeld bekommen, dass das Reden nichts bringt und dass es der falsche Zeitpunkt für eine psychosoziale Unterstützung sei.

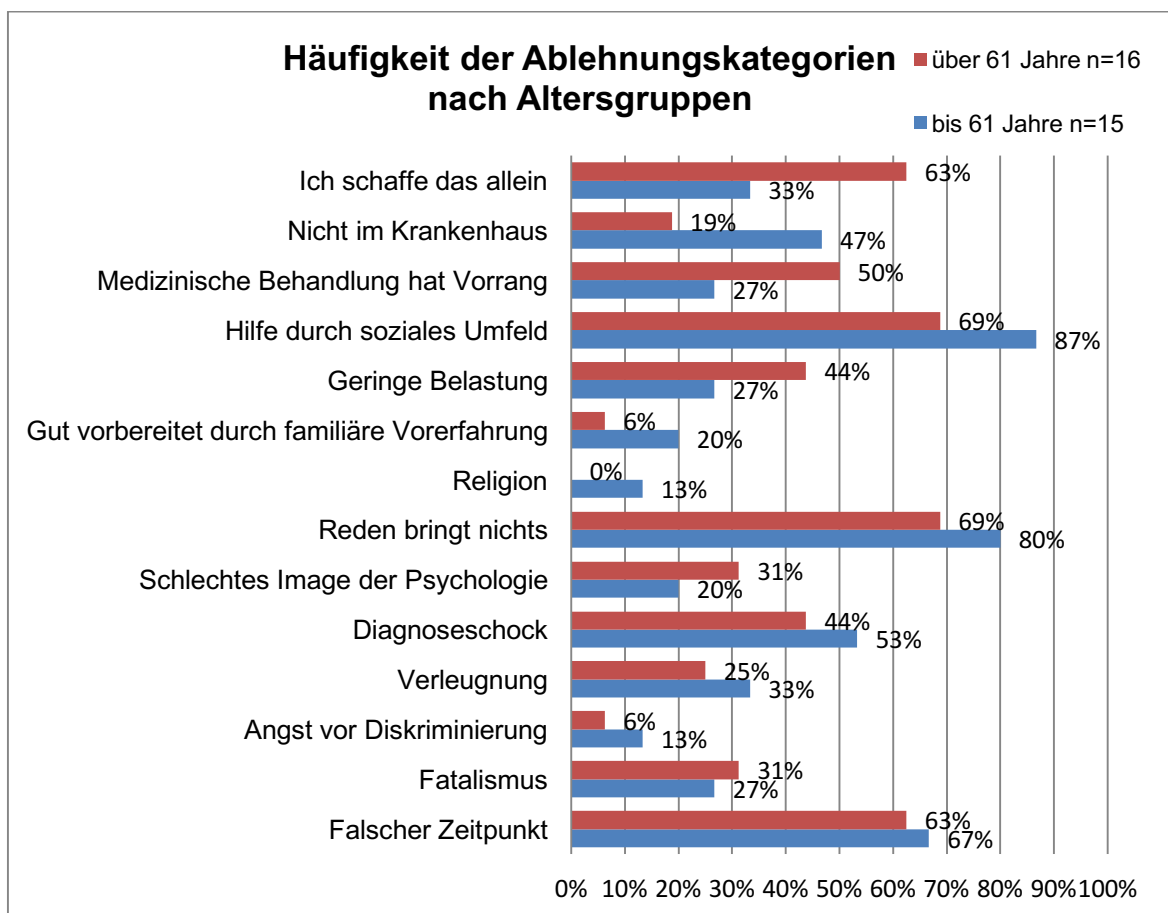
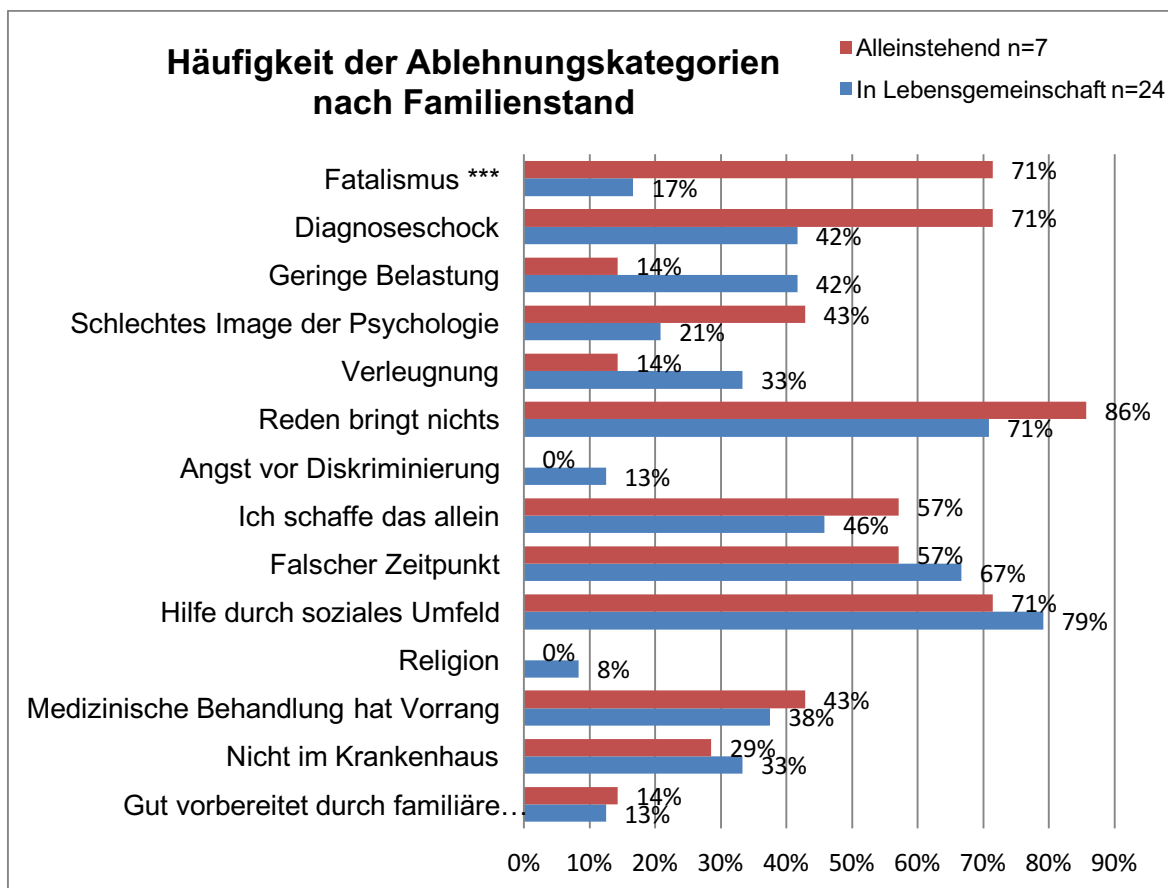


Abb. 5.3: Ablehnungskategorien nach Altersgruppen

### 5.2.3.4 Ablehnungskategorien nach Familienstand

In Abbildung 5.4. sind die Ablehnungskategorien in Abhängigkeit vom Familienstand dargestellt. Die Patienten wurden in zwei Gruppen zusammengefasst. Die Gruppe „in Lebensgemeinschaft“ umfasst verheiratete und mit einem Lebenspartner zusammenlebende Patienten, die Gruppe „Alleinstehend“ beinhaltet Ledige, Geschiedene und Verwitwete. Alleinstehende Patienten gaben als Grund für eine Ablehnung einer psychosozialen Unterstützung signifikant häufiger eine fatalistische Einstellung zu ihrer Erkrankung an als die Gruppe, die in einer Lebensgemeinschaft lebt. Auch wurde der Diagnoseschock häufiger von Alleinstehenden als Ablehnungsgrund benannt als von Patienten, die in einer Lebensgemeinschaft leben. Bei alleinstehenden Patienten wiederum war der Anteil beim Ablehnungsgrund, gering belastet zu sein, niedriger.

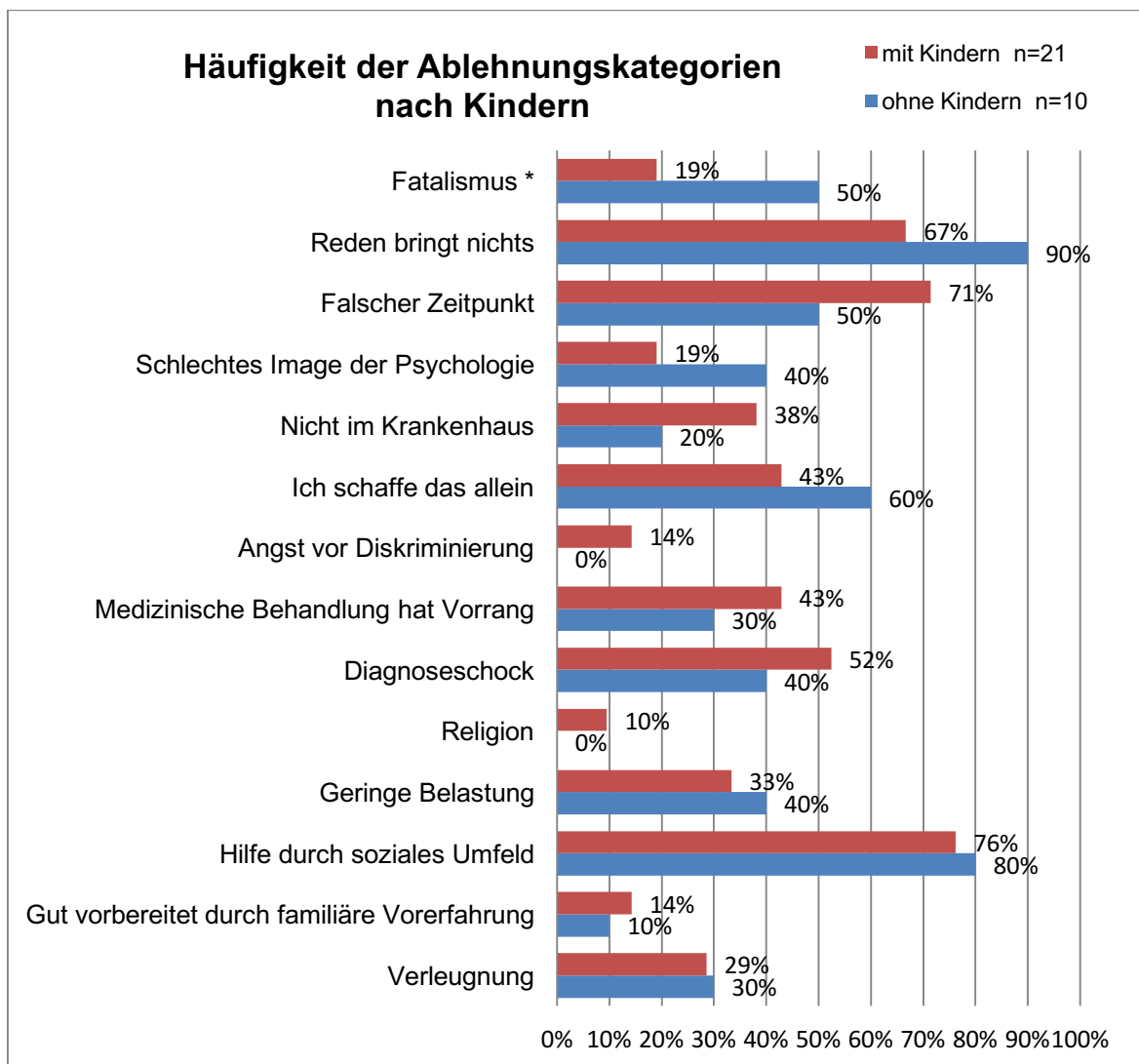


Signifikanzen: \*  $p \leq 0,10$ , \*\*  $p \leq 0,05$ , \*\*\*  $p \leq 0,01$

Abb.5.4: Ablehnungskategorien nach Familienstand

### 5.2.3.5 Ablehnungskategorien nach Kindern

Die Abbildung 5.5 zeigt die Ablehnungskategorien in Abhängigkeit von Patienten mit und ohne Kinder. Patienten ohne Kinder führten als Grund für ihre Ablehnung der psychosozialen Unterstützung signifikant häufiger eine fatalistische Einstellung zu ihrer Erkrankung an als Patienten mit Kindern. Hier zeigte sich eine Analogie zum Familienstand der Patienten (siehe Abb. 5.4), bei der Alleinstehende den Fatalismus als Grund für ihre Ablehnung häufiger angaben.

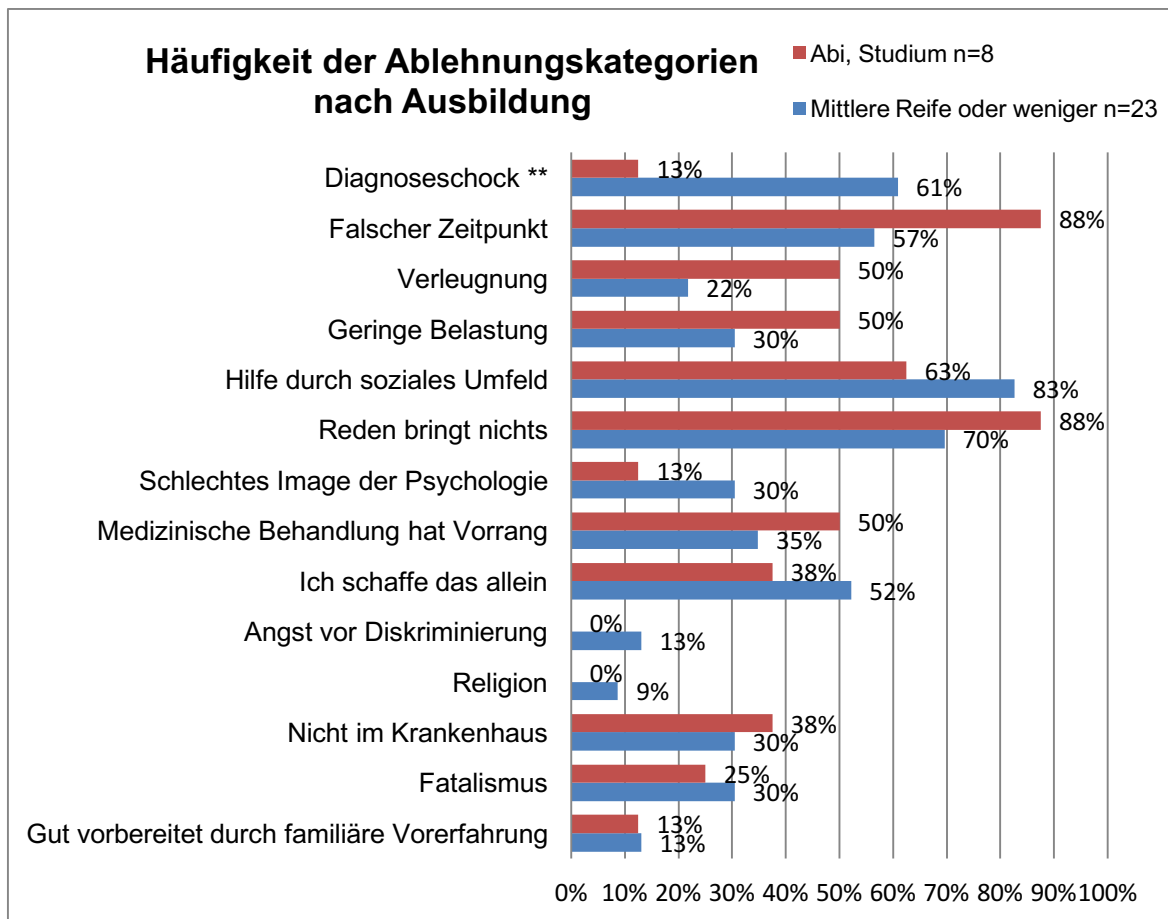


Signifikanzen: \*  $p \leq 0,10$ , \*\*  $p \leq 0,05$ , \*\*\*  $p \leq 0,01$

Abb. 5.5: Ablehnungskategorien nach Kindern

### 5.2.3.6 Ablehnungskategorien nach Ausbildung

Die 14 Ablehnungskategorien in Abhängigkeit zur Ausbildung werden in Abbildung 5.6 dargestellt. Patienten mit niedriger Ausbildung gaben signifikant öfter an, von dem Diagnoseschock betroffen zu sein als Patienten mit Abitur oder Studium. Letztere lehnten häufiger eine psychosoziale Unterstützung ab, weil es der falsche Zeitpunkt ist, verglichen mit Patienten mit niedriger Ausbildung. Patienten mit höherer Ausbildung leugneten häufiger ihre psychosoziale Belastung und empfanden sich häufiger als gering belastet im Vergleich zu Patienten mit geringerer Schulbildung.

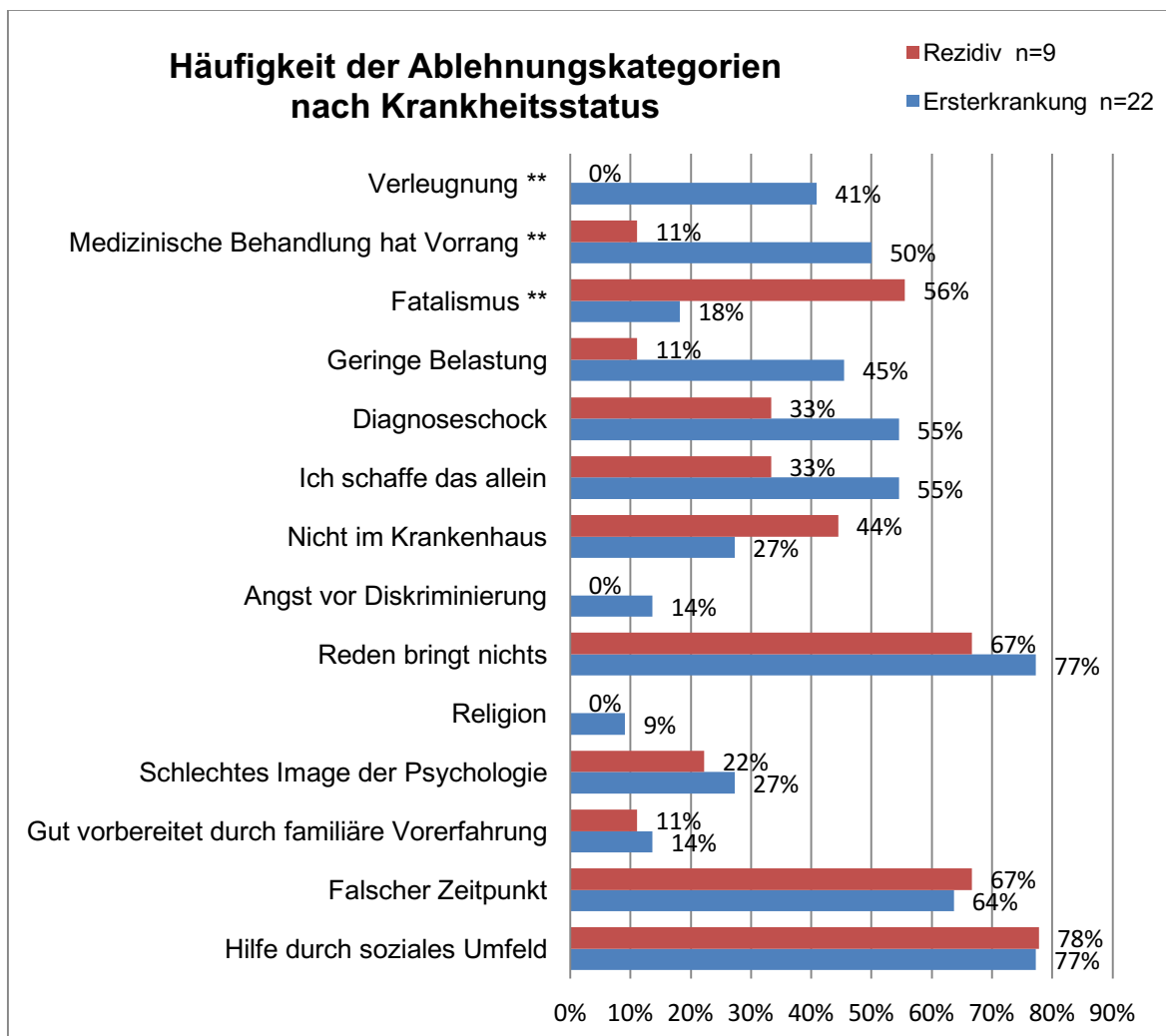


Signifikanzen: \*  $p \leq 0,10$ , \*\*  $p \leq 0,05$ , \*\*\*  $p \leq 0,01$

Abb. 5.6: Ablehnungskategorien nach Ausbildung

### 5.2.3.7 Ablehnungskategorien nach Krankheitsstatus

Die Abbildung 5.7 zeigt die 14 Ablehnungskategorien in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus. Alle n = 22 Patienten mit einer Ersterkrankung verleugneten ihre Belastung, während Rezidiv-Patienten dies gar nicht benannten. Dass die medizinische Behandlung vorgeht, wurde von den Ersterkrankten als Ablehnungskategorie häufiger genannt als von Rezidiv-Patienten. Auch dass sie gering belastet sind, wurde häufiger von Ersterkrankten angegeben als von Rezidiv-Patienten. Eine fatalistische Einstellung zur Belastung nannten öfter Patienten mit einem Rezidiv.



Signifikanzen: \*  $p \leq 0,10$ , \*\*  $p \leq 0,05$ , \*\*\*  $p \leq 0,01$

Abb. 5.7: Ablehnungskategorien nach Krankheitsstatus

### 5.2.3.8 Ablehnungskategorien nach Therapien

Aus den ursprünglich 4 Therapiearten wurden zwei Therapiegruppen „OP“ und „andere Therapien“ gebildet. Unter „anderen Therapien“ wurden die Chemotherapie, Bestrahlung und Kombi-Therapie zusammengefasst. Bei den Patienten, die als Therapie eine OP erhalten hatten, war die Verleugnung höher. Patienten mit anderen Therapie-Formen benannten diese Ablehnungskategorie gar nicht. Auch gaben Patienten mit einer operativen Therapie viel häufiger an, gering belastet zu sein und aus diesem Grund keine psychosoziale Unterstützung zu benötigen, als Patienten mit anderen Therapien. Patienten mit einer operativen Intervention waren Prostatakarzinom-Patienten (siehe Abb. 5.8).

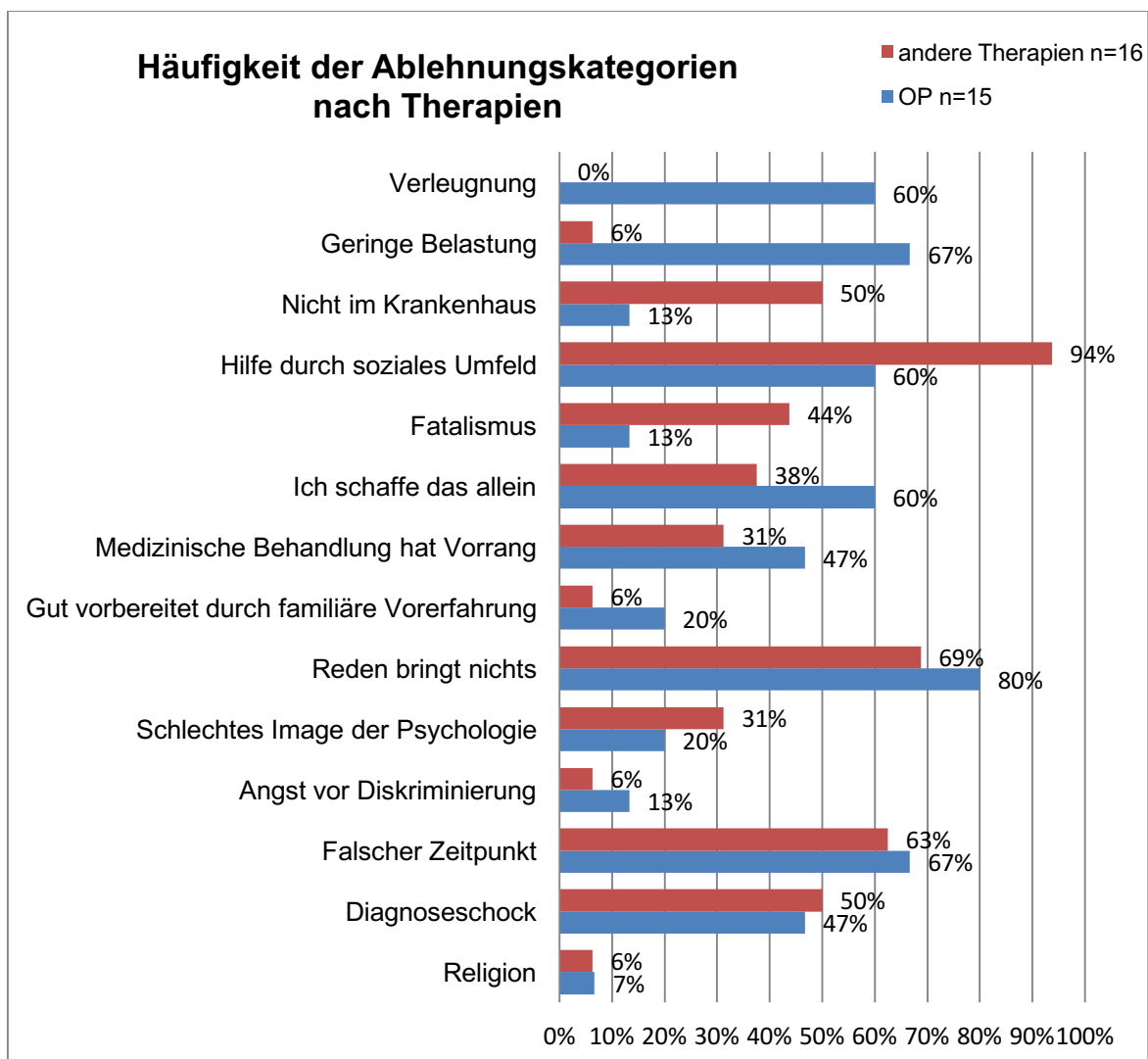


Abb. 5.8: Ablehnungskategorien nach Therapien



## Korrelationen der Ablehnungskategorien mit psychosozialer Belastung

Tabelle 5.5 zeigt die Ausprägung der psychosozialen Belastung nach Nennung der 14 Ablehnungskategorien. Patienten, die angaben, dass Reden nichts bringt oder angaben, das allein zu schaffen oder die Unterstützung ablehnten, weil sie der medizinischen Behandlung den Vorrang geben wollten, waren signifikant niedriger psychosozial belastet im Vergleich zu Patienten, die diese Kategorien nicht nannten.

Tabelle 5.5: Korrelation der Ablehnungskategorien mit FBK-R10-Summenscore

Ablehnungskategorien	Nein/Ja	FBK Summe		
		Mittelwert	SD	Signifikanz p *
1 Hilfe durch soziales Umfeld	0	20,4	6,08	0,390
	1	22,6	5,66	
2 Reden bringt nichts	0	26,0	4,60	<b>0,022</b>
	1	20,7	5,52	
3 Falscher Zeitpunkt	0	20,9	6,33	0,401
	1	22,8	5,42	
4 Ich schaffe das allein	0	24,1	6,05	<b>0,046</b>
	1	20,0	4,68	
5 Diagnoseschock	0	22,4	6,27	0,738
	1	21,7	5,27	
6 Medizinische Behandlung hat Vorrang	0	23,7	5,92	<b>0,043</b>
	1	19,5	4,48	
7 Geringe Belastung	0	22,2	5,20	0,895
	1	21,9	6,85	
8 Nicht im Krankenhaus	0	21,5	5,77	0,391
	1	23,4	5,70	
9 Verleugnung	0	23,0	5,48	0,197
	1	20,0	6,08	
10 Fatalismus	0	21,9	5,41	0,781
	1	22,6	6,77	
11 Schlechtes Image der Psychologie	0	22,4	5,17	0,686
	1	21,4	7,46	
12 Gut vorbereitet durch familiäre Vorerfahrung	0	22,5	5,92	0,294
	1	19,3	3,40	
13 Angst vor Diskriminierung	0	22,3	5,91	0,514
	1	20,0	3,61	
14 Religion	0	22,3	5,81	0,516
	1	19,5	4,95	

\* t-Test

## 5.2.4 Ergebnisse der standardisierten Ablehnungsgründe

### 5.2.4.1 Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Alter

Tabelle 5.6 zeigt die Häufigkeiten und die Zustimmung in Prozent der standardisierten Ablehnungsgründe für die Gesamtgruppe und getrennt für die beiden Altersgruppen. Die am häufigsten genannten Kategorien für die Gesamtgruppe waren mit 94 % „Ich erhalte bereits Hilfe von Familie und Freunden“, „Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe“ 90 %, „Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert“ 84 %, „Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten“ 81 % und „Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen“ 77 %. In den beiden Altersgruppen zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei der Kategorie „Ich will niemandem zur Last fallen“. Ältere Patienten gaben häufiger diesen als Ablehnungsgrund für eine psychosoziale Unterstützung an, als jüngere Patienten. Tendenziell empfanden ältere Patienten häufiger ihre Sorgen als zu privat, um mit anderen darüber zu sprechen als Jüngere.

Tabelle 5.6: Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Alter

			Altersgruppen				Sign p**		
			Gesamt		bis 61 J.			über 61 J.	
			n=31	%	n=15	%		n=16	%
F1	Ich bin gar nicht so stark belastet.	Ja	19	61%	8	53%	11	69%	0,379
F2	Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen.	Ja	24	77%	13	87%	11	69%	0,394*
F3	Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe.	Ja	28	90%	13	87%	15	94%	0,600*
F4	Es wäre mir peinlich, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen	Ja	2	6%	1	7%	1	6%	1,000*
F5	Ich will niemandem zur Last fallen.	Ja	17	55%	5	33%	12	75%	<b>0,020</b>
F6	Ich spreche nicht gern mit Fremden über meine Probleme.	Ja	16	52%	6	40%	10	63%	0,210
F7	Meine Sorgen sind zu privat, um mit anderen darüber zu sprechen.	Ja	11	35%	3	20%	8	50%	<b>0,081</b>
F8	Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert.	Ja	26	84%	13	87%	13	81%	1,000*

			Altersgruppen				Sign p**		
			Gesamt		bis 61 J.			über 61 J.	
			n=31	%	n=15	%		n=16	%
F9	Ich will mich durch ein Gespräch nicht zusätzlich mit der Krankheit belasten.	Ja	15	48%	8	53%	7	44%	0,594
F10	Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen.	Ja	19	61%	9	60%	10	63%	0,886
F11	Unter psychoonkologischer Beratung kann ich mir gar nichts vorstellen.	Ja	20	65%	8	53%	12	75%	0,208
F12	Ich habe keine Informationen über die Beratungsangebote erhalten.	Ja	16	52%	8	53%	8	50%	0,853
F13	Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll.	Ja	11	35%	4	27%	7	44%	0,320
F14	Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden.	Ja	18	58%	8	53%	10	63%	0,605
F15	Ich befürchte in meinem Umfeld dadurch eine Benachteiligung.	Ja	11	35%	5	33%	6	38%	0,809
F16	Ich erhalte bereits Hilfe von Familie oder Freunden.	Ja	29	94%	14	93%	15	94%	1,000*
F17	Ich erhalte bereits Hilfe von anderen Ärzten.	Ja	19	61%	9	60%	10	63%	0,886
F18	Ein psychologisches Beratungsgespräch wäre für mich ein zusätzlicher Aufwand.	Ja	21	68%	11	73%	10	63%	0,704*
F19	Die Beratungsstellen sind für mich schwer erreichbar.	Ja	16	52%	7	47%	9	56%	0,594
F20	Ich befürchte zu hohe Kosten.	Ja	3	10%	0	0%	3	19%	0,226*
F21	Ich kann es mir zeitlich nicht leisten.	Ja	8	26%	6	40%	2	13%	0,113*
F22	Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten.	Ja	25	81%	12	80%	13	81%	1,000*
F23	Ich fühle mich zu einem Beratungsgespräch körperlich nicht in der Lage.	Ja	3	10%	0	0%	3	19%	0,226*
F24	Ich befürchte, dass das Gespräch nicht in Ruhe und Vertraulichkeit abläuft.	Ja	2	6%	1	7%	1	6%	1,000*
F25	Ich bekomme genug Kraft durch meinen Glauben.	Ja	12	40%	6	43%	6	38%	0,765

\* Exakter Test nach Fisher

\*\* Chi<sup>2</sup>-Test (wenn nicht anders angegeben)

### 5.2.4.2 Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Geschlecht

In Tabelle 5.7 werden die Auswertungen der 25 standardisierten Ablehnungsgründe für eine psychosoziale Unterstützung in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen Frauen und Männern bei den Aussagen „Ich kann es mir zeitlich nicht leisten“, „Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden“ und „Ich habe keine Informationen über Beratungsangebote erhalten“. So begründen Frauen häufiger als Männer ihren Ablehnungsgrund für eine psychosoziale Unterstützung damit, es sich zeitlich nicht leisten zu können. Bei Männern waren die häufigsten Ablehnungsgründe, keine Informationen über Beratungsangebote erhalten zu haben und aus der Befürchtung heraus für psychisch krank gehalten zu werden. Frauen gaben diese Gründe seltener an.

Tabelle 5.7: Standardisierte Ablehnungsgründe nach Geschlecht

			Geschlecht						Sign p**
			Gesamt		weiblich		männlich		
			n=31	%	n=15	%	n=16	%	
F1	Ich bin gar nicht so stark belastet.	Ja	19	61%	9	60%	10	63%	0,886
F2	Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen.	Ja	24	77%	10	67%	14	88%	0,220*
F3	Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe.	Ja	28	90%	12	80%	16	100%	0,101*
F4	Es wäre mir peinlich, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen	Ja	2	6%	1	7%	1	6%	1,000*
F5	Ich will niemandem zur Last fallen.	Ja	17	55%	9	60%	8	50%	0,576
F6	Ich spreche nicht gern mit Fremden über meine Probleme.	Ja	16	52%	8	53%	8	50%	0,853
F7	Meine Sorgen sind zu privat, um mit anderen darüber zu sprechen.	Ja	11	35%	4	27%	7	44%	0,320
F8	Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert.	Ja	26	84%	14	93%	12	75%	0,333*
F9	Ich will mich durch ein Gespräch nicht zusätzlich mit der Krankheit belasten.	Ja	15	48%	7	47%	8	50%	0,853
F10	Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen.	Ja	19	61%	10	67%	9	56%	0,552

			Geschlecht						Sign p**
			Gesamt		weiblich		männlich		
			n=31	%	n=15	%	n=16	%	
F11	Unter psychoonkologischer Beratung kann ich mir gar nichts vorstellen.	Ja	20	65%	8	53%	12	75%	0,208
F12	Ich habe keine Informationen über die Beratungsangebote erhalten.	Ja	16	52%	5	33%	11	69%	<b>0,049</b>
F13	Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll.	Ja	11	35%	4	27%	7	44%	0,320
F14	Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden.	Ja	18	58%	6	40%	12	75%	<b>0,048</b>
F15	Ich befürchte in meinem Umfeld dadurch eine Benachteiligung.	Ja	11	35%	5	33%	6	38%	0,809
F16	Ich erhalte bereits Hilfe von Familie oder Freunden.	Ja	29	94%	13	87%	16	100%	0,226*
F17	Ich erhalte bereits Hilfe von anderen Ärzten.	Ja	19	61%	9	60%	10	63%	0,886
F18	Ein psychologisches Beratungsgespräch wäre für mich ein zusätzlicher Aufwand.	Ja	21	68%	11	73%	10	63%	0,704
F19	Die Beratungsstellen sind für mich schwer erreichbar.	Ja	16	52%	9	60%	7	44%	0,366
F20	Ich befürchte zu hohe Kosten.	Ja	3	10%	1	7%	2	13%	1,000*
F21	Ich kann es mir zeitlich nicht leisten.	Ja	8	26%	7	47%	1	6%	<b>0,015*</b>
F22	Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten.	Ja	25	81%	11	73%	14	88%	0,394*
F23	Ich fühle mich zu einem Beratungsgespräch körperlich nicht in der Lage.	Ja	3	10%	1	7%	2	13%	1,000*
F24	Ich befürchte, dass das Gespräch nicht in Ruhe und Vertraulichkeit abläuft.	Ja	2	6%	1	7%	1	6%	1,000*
F25	Ich bekomme genug Kraft durch meinen Glauben.	Ja	12	40%	7	50%	5	31%	0,296

\* Exakter Test nach Fisher

\*\* Chi<sup>2</sup>-Test (wenn nicht anders angegeben)

### 5.2.4.3 Mittelwerte des FBK-R10 Belastungsscore für die standardisierten Ablehnungsgründe

Tabelle 5.8 zeigt die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) des FBK-R-10 Belastungsscores in Abhängigkeit von der Zustimmung zu den 25 standardisierten Ablehnungsgründen. Patienten, die angaben, ihre Sorgen seien zu privat, um

mit anderen besprochen zu werden, zeigten signifikant niedrigere Belastungswerte im FBK-R10, als Patienten, die dieser Aussage nicht zustimmten. Auch Patienten, die zu hohe Kosten befürchteten und daher eine psychosoziale Unterstützung ablehnten, zeigten niedrigere Belastungswerte als diejenigen, die diese nicht als Grund angaben. Weiterhin zeigten sich niedrige Belastungswerte bei Patienten, die angaben, zu befürchten, dass die Gespräche mit Psychoonkologen nicht in Ruhe und Vertraulichkeit ablaufen als jene, die diese Aussage nicht als Ablehnungsgrund angaben.

Tabelle 5.8: FBK-R10- Belastungsscore für die standardisierten Ablehnungsgründe

			Belastungswert			Sign p*
			n	Mittelwert	SD	
F1	Ich bin gar nicht so stark belastet.	Nein	12	23,2	4,82	0,186
		Ja	19	21,4	6,26	
F2	Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen.	Nein	7	20,6	3,74	0,653
		Ja	24	22,5	6,18	
F3	Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe.	Nein	3	22,7	2,31	0,546
		Ja	28	22,0	6,00	
F4	Es wäre mir peinlich, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen.	Nein	29	22,0	5,50	0,872
		Ja	2	24,0	11,31	
F5	Ich will niemandem zur Last fallen.	Nein	14	22,3	5,76	0,796
		Ja	17	21,9	5,87	
F6	Ich spreche nicht gern mit Fremden über meine Probleme.	Nein	15	23,4	5,74	0,142
		Ja	16	20,9	5,61	
F7	Meine Sorgen sind zu privat, um mit anderen darüber zu sprechen.	Nein	20	23,6	5,77	<b>0,040</b>
		Ja	11	19,5	4,80	
F8	Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert.	Nein	5	18,6	3,05	0,138
		Ja	26	22,8	5,91	
F9	Ich will mich durch ein Gespräch nicht zusätzlich mit der Krankheit belasten.	Nein	16	21,5	4,40	0,984
		Ja	15	22,7	6,97	
F10	Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen.	Nein	12	23,8	5,31	0,108
		Ja	19	21,0	5,84	
F11	Unter psychoonkologischer Beratung kann ich mir gar nichts vorstellen.	Nein	11	21,7	4,94	1,000
		Ja	20	22,3	6,22	
F12	Ich habe keine Informationen über die Beratungsangebote erhalten.	Nein	15	23,4	5,90	0,205
		Ja	16	20,9	5,45	
F13	Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll.	Nein	20	22,9	5,45	0,199
		Ja	11	20,7	6,21	

			Belastungswert			Sign p*
			n	Mittelwert	SD	
F14	Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden.	Nein	13	23,6	6,25	0,160
		Ja	18	21,0	5,21	
F15	Ich befürchte in meinem Umfeld dadurch eine Benachteiligung.	Nein	20	23,0	5,17	0,094
		Ja	11	20,5	6,55	
F16	Ich erhalte bereits Hilfe von Familie oder Freunden.	Nein	2	19,0	2,83	0,519
		Ja	29	22,3	5,84	
F17	Ich erhalte bereits Hilfe von anderen Ärzten.	Nein	12	24,7	6,34	0,080
		Ja	19	20,5	4,78	
F18	Ein psychologisches Beratungsgespräch wäre für mich ein zusätzlicher Aufwand.	Nein	10	22,9	5,07	0,409
		Ja	21	21,7	6,09	
F19	Die Beratungsstellen sind für mich schwer erreichbar.	Nein	15	21,9	5,47	0,905
		Ja	16	22,3	6,13	
F20	Ich befürchte zu hohe Kosten.	Nein	28	22,7	5,67	<b>0,038</b>
		Ja	3	16,7	2,89	
F21	Ich kann es mir zeitlich nicht leisten.	Nein	23	21,0	5,13	0,108
		Ja	8	25,3	6,52	
F22	Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten.	Nein	6	22,3	6,12	0,841
		Ja	25	22,0	5,76	
F23	Ich fühle mich zu einem Beratungsgespräch körperlich nicht in der Lage.	Nein	28	22,2	5,31	0,366
		Ja	3	21,0	10,39	
F24	Ich befürchte, dass das Gespräch nicht in Ruhe und Vertraulichkeit abläuft.	Nein	29	22,6	5,64	<b>0,048</b>
		Ja	2	15,5	0,71	
F25	Ich bekomme genug Kraft durch meinen Glauben.	Nein	18	21,4	5,19	0,734
		Ja	12	23,0	6,76	

\* Mann-Whitney-U-Test

## 5.2.5 Übereinstimmung zwischen den 25 standardisierten Ablehnungsgründen und den 14 Ablehnungskategorien

Von den 350 Übereinstimmungsprüfungen (25 standardisierte Ablehnungsgründe \* 14 Ablehnungskategorien) gibt es 45 Vergleiche, die zumindest auf dem 10 %-Niveau signifikant sind. Dies entspricht 12,9 % aller Vergleiche. Besonders hohe Übereinstimmungen fanden sich zwischen dem standardisierten Item F8 (Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert) und der Kategorie „Hilfe durch soziales Umfeld“ ( $p = 0,005$ ; Fisher-Test); außerdem zwischen dem Item F21 (Ich kann es mir zeitlich nicht leisten) und der Kategorie „Nicht im Krankenhaus“ ( $p =$

0,006; Fisher-Test); weiterhin zwischen dem standardisierten Item F13 (Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll) und der Ablehnungskategorie „Diagnoseschock“ ( $p = 0,009$ ; Fisher-Test) und auch zwischen dem Item F10 (Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen) und der Interviewkategorie „Schlechtes Image der Psychologie“ ( $p = 0,012$ ; Fisher-Test).



## 6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Faktoren bzw. Motiven, die bei Patienten unterschiedlicher Krebsentitäten mit nachweislich hoher psychosozialer Belastung (Distress) trotzdem zu einer Ablehnung fachlicher Beratung führen. Die Untersuchung wurde am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München durchgeführt. Für diese mixed-methods Querschnittsuntersuchung wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden angewendet. In einem qualitativen Leitfaden-Interview wurden die  $n = 31$  Patienten zu ihren Ablehnungsgründen explorativ befragt.

Anhand der qualitativen Interviews konnten 14 Kategorien von Ablehnungsgründen ermittelt werden. Hilfe durch soziales Umfeld, Reden bringt nichts, Falscher Zeitpunkt, Ich schaffe das allein, Diagnoseschock, Medizinische Behandlung hat Vorrang, Geringe Belastung, Nicht im Krankenhaus, Verleugnung, Fatalismus, Schlechtes Image der Psychologie, Gut vorbereitet durch familiäre Vorerfahrung, Angst vor Diskriminierung und Religion.

Die am häufigsten genannten Ablehnungskategorien für eine psychosoziale Unterstützung waren „Hilfe durch soziales Umfeld zu erhalten“ (77 %), dass „Reden nichts bringt“ (74 %) und dass es der „falsche Zeitpunkt“ sei (65 %). Hohe Zustimmungsraten fanden außerdem die Ablehnungsgründe „Ich schaffe das alleine“ und „Diagnoseschock“ (jeweils 48 %), „medizinische Behandlung hat Vorrang“ (39 %) und „geringe Belastung“ (35 %). Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich hinsichtlich der Kategorie „Verleugnung“ (nur von Männern angegeben) und „geringe Belastung“ (häufiger von Männern genannt), sowie bei „Nicht im Krankenhaus“ und „Hilfe durch soziales Umfeld“ (von Frauen häufiger genannt). Weitere signifikante Unterschiede zwischen soziodemographischen Variablen zeigten sich hinsichtlich Familienstand („Fatalismus“ kam bei Alleinstehenden häufiger vor), hinsichtlich dessen, ob die Patienten Kinder hatten („Fatalismus“ wurde bei Patienten ohne Kinder häufiger gefunden) und hinsichtlich Ausbildung („Diagnoseschock“

wurde bei Patienten mit geringerem Bildungsstand häufiger genannt). Hinsichtlich medizinischer Variablen fanden sich Unterschiede in Bezug auf den Krankheitsstatus („Verleugnung“ wurde ausschließlich bei Ersterkrankten genannt, „Medizinische Behandlung hat Vorrang“ wurde häufiger bei Ersterkrankten genannt, „Fatalismus“ kam bei Patienten mit Rezidiv häufiger vor). Hinsichtlich der psychosozialen Belastung zeigte sich, dass die Kategorien „Medizinische Behandlung hat Vorrang“, „Ich schaffe das alleine“, und „Reden bringt nichts“ bei niedriger belasteten Patienten häufiger vorkamen. Kein signifikanter Zusammenhang fand sich in Bezug auf das Alter der Patienten.

Mit 94 % und damit am häufigsten wurde dem Item „Ich erhalte bereits Hilfe von Familie und Freunden“ zugestimmt. Am zweithäufigsten wurde „Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe“ von 90 % genannt, 84 % stimmten dem Item „Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert“ zu, 81 % dem Item „Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten“ und 77 % dem Item „Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen“. Hinsichtlich des Alters zeigte sich, dass ältere Patienten häufiger niemandem zur Last fallen möchten. Männer bejahten häufiger, dass sie keine Informationen über Beratungsangebote hatten und nicht als psychisch krank gelten möchten. Frauen gaben häufiger an, dass sie sich eine psychologische Unterstützung zeitlich nicht leisten können. Weniger belastete Patienten hatten häufiger die Sorge, dass das Gespräch nicht vertraulich ablaufen könnte, die Sorgen zu privat seien und dass zu hohe Kosten durch die Beratung entstehen könnten.

Es fanden sich 45 signifikante Vergleiche. Besonders hohe Übereinstimmungen zeigten sich zwischen dem Item „Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert“ und dem Ablehnungsgrund „Hilfe durch soziales Umfeld“, dem Item „Ich kann es mir zeitlich nicht leisten“ und „Nicht im Krankenhaus“, außerdem zwischen dem Item „Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll“ und dem Ablehnungsgrund „Diagnoseschock“. Auch zwischen dem Item F10 (Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen) und der Kategorie „Schlechtes Image der Psychologie“ besteht eine signifikante Korrelation.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Ablehnungsgründe und Zusammenhänge zwischen psychosozialen, soziodemographischen und medizinischen Merkmalen vor dem Hintergrund bisheriger Studien erörtert. Unser Ergebnis, dass Patienten als Ablehnungsgrund die bereits ausreichende Hilfe durchs soziale Umfeld nannten, ist in der Literatur gut belegt (Plass et al. 2001; Clover et al. 2015; Dilworth et al. 2014; Tondorf et al. 2018). Dies war der häufigste Ablehnungsgrund sowohl bei den qualitativen als auch bei den standardisierten Ablehnungsgründen. Die Vergleiche zwischen standardisierten und qualitativen Ablehnungsgründen zeigten hier hohe Übereinstimmungen. Frauen gaben diese Kategorie häufiger an. Studien zeigen, dass es Frauen generell leichter fällt, Hilfe zu suchen (Weis et al. 1993). Dazu zeigte sich in unserer Untersuchung, dass Frauen signifikant häufiger als Männer angaben, dass sie die Unterstützung nicht im Krankenhaus erhalten möchten. Unter anderem wurden in dieser Kategorie die „mangelnde Zeit“ als Ablehnungsgrund angegeben. Auch in den standardisierten Fragebögen benannten dies Frauen häufiger („es sich zeitlich nicht leisten können, psychosoziale Unterstützung anzunehmen“). Der Vergleich der Ergebnisse anhand der beiden unterschiedlichen Methoden zeigte hohe Übereinstimmungen. Es stellt sich also die Frage, ob durch ein Mehr an sozialen Beziehungen und sozialer Verantwortung, ggf. auch ein Mehr an empfundener sozialer Belastung entsteht, welche wiederum in einem Zeitmangel mündet.

Am zweithäufigsten wurde der Ablehnungsgrund „Reden bringt nichts“ genannt, was sich mit der Untersuchung von Engesser et al. (2019), in der Krebspatienten zu psychosozialer Hilfe befragt wurden, deckt. In der Studie tätigten die Patienten folgende Aussagen: „...für mich das Zerreden einer Sache“ und „Wortgeklingel“ (Engesser et al. 2019). Die Autoren interpretierten diese Aussagen auch als negativ gerichtete Einstellung zur psychosozialen Unterstützung. Die Kategorie „Schlechtes Image der Psychologie“ wurde in vorliegender Studie von 26 % der Patienten benannt. Diese Kategorie umfasst schlechte Erfahrungen mit Psychologen, aber auch negative Einstellungen und Vorannahmen und zeigte hohe Übereinstimmung mit dem standardisierten Ablehnungsgrund „Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen“. In Zusammenschau mit der Tatsache, dass 65 %

der Patienten als Ablehnungsgrund angaben, dass sie sich unter psychosozialer Unterstützung nichts vorstellen können, mehr als die Hälfte der Patienten gaben an, dass sie keine Informationen über die Beratungsangebote erhalten hatten, Männer signifikant häufiger als Frauen. Es stellt sich also die Frage, ob zusätzliche Informationen über Ablauf und Inhalt der Unterstützung bei der Inanspruchnahme effektiv sind und ob eine Aufklärung, insbesondere über den ressourcen- und patientenorientierten Ansatz psychosozialer Unterstützung (Reuter 2010) bei einigen Patienten zu einer Einstellungsänderung führen könnte. Dazu zeigen Frey Nascimento et al. (2019), dass zusätzliche Informationen über Psychoonkologie nicht zu einer stärkeren Inanspruchnahme führten, jedoch führte die Empfehlung des Arztes für psychosoziale Unterstützung zu einer erhöhten Inanspruchnahme. Senf et al. (2019) zeigten, dass die Einstellung der Ärzte gegenüber Psychoonkologie einen Einfluss auf die Integration der Psychoonkologie in die Patientenbehandlung hat. Das „Image“ der Psychologie könnte also auch maßgeblich von der Einstellung bzw. Bereitschaft der Ärzte, diese in die Behandlung zu integrieren, abhängen. Hier zeigt sich ein Handlungsfeld in der Aufklärung über Psychoonkologie im interdisziplinären Feld.

Als dritthäufigste genannte Ablehnungskategorie in vorliegender Arbeit wurde „falscher Zeitpunkt“ genannt. In dieser Kategorie wurden die Ablehnungsgründe „nicht der richtige Zeitpunkt / zu früh“ und „jetzt kein Bedarf ggf. später“ angeführt. 90 % aller Patienten gaben bei den standardisierten Fragen an, zum jetzigen Zeitpunkt keine Hilfe zu benötigen. Eng damit in Zusammenhang steht auch der von den Patienten genannte Ablehnungsgrund, dass die medizinische Behandlung Vorrang hat, welcher von 39 % der Probanden angegeben wurde. Bei Rezipienten spielt der Vorrang medizinischer Behandlung seltener eine Rolle als Ablehnungsgrund als bei Ersterkrankten. Geringer Belastete nannten diese Kategorie häufiger. Ähnlich hierzu zeigen Pichler et al. (2019), dass stationäre belastete Patienten auch häufig aus dem Grund Unterstützung ablehnen, da sie zeitlich mit der medizinischen Behandlung ausgelastet sind. Auch eng damit verknüpft ist der Ablehnungsgrund „nicht im Krankenhaus“, welcher von 32 % der Probanden genannt wurde. Zur Kategorie „nicht im Krankenhaus“ wurde neben „mangelnder

Zeit“, wie oben beschrieben, auch ein Zuviel an Terminen im Zuge einer Krebstherapie gezählt. In vorliegender Studie erhielt die Hälfte der Patienten eine operative Intervention, welche größtenteils mit einer kurzen Liegezeit im Akutkrankenhaus und damit mit eingeschränkter patientenseitiger zeitlicher Kapazität verbunden ist (insbesondere bei Prostatakarzinom-Patienten, welche n = 15 Studienteilnehmer ausmachten).

Auch vor dem Hintergrund dieses zeitlichen Aspekts über psychosoziale Beratungsangebote und deren Wirkungsweise ist gerade eine wiederholte Aufklärung und Bereitstellung über Unterstützungsangebote - in der Akutbehandlung und darüber hinaus auch im ambulanten Setting - wichtig, damit die Patienten auch nach ihrem Krankenhausaufenthalt psychosozial versorgt sind (Pichler et al. 2019). In der Rehabilitation, in der ambulanten / tagesklinischen Behandlung und Nachsorge sollte zudem wiederholt nach psychosozialen Distress gescreent werden, um den objektiven Bedarf zu ermitteln. Zu diesem Schluss kommen auch Fann et al. (2012). Die Autoren konnten zeigen, dass der Zeitpunkt eines psychosozialen Unterstützungsangebotes einen wichtigen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten hat, da der Bedarf nach Unterstützung sich im Laufe der Erkrankung, z. B. nach der medizinischen Akutbehandlung verändern kann. So könnte es bei einigen Patienten der Fall sein, dass sich erst in der Nachsorge oder Rehabilitation ein Bewusstsein hinsichtlich der eigenen psychosozialen Belastung entwickelt und entsprechende psychosoziale Dienste in Erwägung gezogen werden (Fann et al. 2012; Weis & Giesler 2016).

In Verbindung damit zeigt sich, dass in vorliegender Studie die Patienten, welche die Kategorie „Diagnoseschock“ als Ablehnungsgrund nannten, eine generelle Überforderung bei der Erstdiagnose, Überforderung durch zu viel Informationsmaterial zu Krebs und fehlende persönliche Aufklärung bei der Aufnahme beklagten. Dazu zeigen Hartmann et al. (2017), dass sich Patienten ihrer psychischen Belastung häufig erst im Nachhinein bewusst sein könnten und damit die Entscheidung, ob sie psychologische Unterstützung möchten, gegebenenfalls nach dem ersten „Diagnoseschock“ anders beurteilen als unmittelbar nach Diagnosestellung.

Dieser wurde in bisherigen Arbeiten noch kaum als Grund für eine Ablehnung psychologischer Unterstützung berücksichtigt.

In dieser Untersuchung gaben 48 % der Patienten als Ablehnungsgrund einer psychosozialen Unterstützung an, die Probleme alleine zu schaffen. Auch in der Studie von Clover et al. (2015) wird häufig als Grund angeführt, sich selbst zu managen (46 %), also generell nicht mit anderen über die eigenen Probleme zu reden (Clover et al. 2015). Hinsichtlich der Geschlechter zeigte sich in unserer Untersuchung bei dieser Ablehnungskategorie, dass diese häufiger von Männern angegeben wurde. 84 % gaben bei den standardisierten Fragen an, dass sie immer stark waren und sich um andere gekümmert haben. Patienten die angaben, dass sie es alleine schaffen würden, waren signifikant geringer belastet. Möglicherweise wollen Männer ihre Hilfsbedürftigkeit ungern hervorheben, da dies nicht dem männlichen Rollenbild entspricht (Zenger et al. 2010).

Auch der standardisierte Ablehnungsgrund "Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden" wurde signifikant häufiger von Männern als von Frauen angegeben. Hier wurden unter anderem auch arbeitsrechtlich diskriminierende Befürchtungen als Grund geäußert. Das heißt, dass beispielsweise von Arbeitgeberseite keine Unterstützung erfolgte und eine Benachteiligung befürchtet wurde. Die Stigmatisierung bei Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung könnte bei Männern aufgrund einer konservativen Rollenidentifikation noch bedrohlicher wirken.

In unserer Untersuchung haben ausschließlich Männer Aussagen getätigt, die der Kategorie „Verleugnung“ zuzuordnen sind. Es wird die Krebserkrankung konsequent verleugnet, Patienten wollten „...es eigentlich nicht wissen“ oder Patienten gaben an, dass „man was Anderes, was Ähnliches, aber man hat kein Krebs“. Die Verleugnung dient hier als Schutzmechanismus, um sich der Realität einer potenziell lebensbedrohlichen Krebserkrankung nicht stellen zu müssen. Damit wird auch die Belastung abgewehrt. Männer gaben häufiger an, dass sie keinen Bedarf an Unterstützung hätten, da ihre Belastung zu gering sei.

Ausschließlich Patienten mit einer Erstdiagnose und Patienten, die sich einer Operation unterzogen hatten, verleugneten. Eine Erklärung für die hier häufig benannte Verleugnung könnte sein, dass der größte Anteil der Tumordiagnosen in unserer Stichprobe Männer mit Prostatakrebs waren (48 %). Bei einem kurzen stationären Aufenthalt mit einer operativen Intervention könnte eine intensivere Auseinandersetzung mit der Erkrankung leichter vermieden und die Krankheit sowie die Belastung verleugnet werden als beispielsweise bei einer länger andauernden Chemotherapie. Auch hier könnte das Rollenbild des „starken Mannes“, welches versucht wird, in der schwierigen Situation aufrechtzuerhalten, ein tieferliegender Grund für die Verleugnung und damit für die Ablehnung von Unterstützung sein. Es wird vermutet, dass dieses Rollenbild insbesondere bei Männern mit Prostatakrebs, welche meist in fortgeschrittenem Alter waren und damit noch eine andere Sozialisation durchlebt hatten, vorherrscht. So zeigen Herschbach et al. (2019) und Merckaert et al (2010), dass Hilfsbedürftigkeit bei diesen Patienten generell als eine Schwäche empfunden wird (Herschbach 2019; Merckaert et al. 2010).

Auch Zenger et al. (2010) gehen vom generellen Rollenverständnis des „starken“ Mannes aus, das die rein körperlichen Beschwerden in den Vordergrund stellt und psychische Belastung verdrängt (Zenger et al. 2010). Einen weiteren Grund für dieses Verhalten sehen Steginga et al. (2008) in der Einstellung der Patienten, professionelle psychosoziale Hilfe als stigmatisierend zu empfinden (Steginga et al. 2008). Diese Einstellung wird auch in einer anderen Studie bestätigt; so schätzten Männer im Vergleich zu Frauen eine psychosoziale Betreuung mit einer 2,7-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit als etwas Negatives ein (Engesser et al. 2019).

Patienten, welche fatalistische Aussagen trafen, zeigten sich gegenüber ihrer Krebserkrankung resignativ, hilflos und schicksalsergeben und nahmen ihre Erkrankung als unabänderlich wahr. Interessanterweise kam diese Einstellung häufiger bei Patienten vor, die alleinstehend, ohne Kinder und welche mit einem Rezidiv ihrer Krebserkrankung konfrontiert waren. Ein Aspekt, der in bisherigen Studien noch wenig Beachtung gefunden hat, ist die Tatsache, dass Patienten als Ablehnungsgrund nannten, dass sie gut auf den Krebs vorbereitet sind, da bereits

Vorerfahrungen mit Krebserkrankungen in der Familie bestanden haben. Männer gaben diesen Ablehnungsgrund häufiger an als Frauen. Es könnte sein, dass diese betroffenen Patienten sich resilienter, also psychisch widerstandsfähiger wahrnehmen, weil sie bereits eine ähnliche Erfahrung miterlebt haben und sich somit „gewappnet“ für ihre eigene Erkrankung fühlen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus unserer Arbeit für die Versorgung und Identifizierung von belasteten Krebspatienten ziehen? Unsere Untersuchung zeigte, dass viele betreuungsbedürftige Patienten keiner adäquaten psychosozialen Betreuung zugeführt werden konnten. Auch in unserer Arbeit wurden die aus unterschiedlichen Studien bereits bekannten Ablehnungsgründe bestätigt. Es zeigte sich in den Befragungen, dass weitere innerseelische Aspekte die Inanspruchnahme negativ beeinflussen.

Neben den bereits aus der Literatur bekannten Ablehnungsfaktoren, welche mithilfe der standardisierten Ablehnungsgründe ermittelt wurden, zeigen vorliegende qualitative Daten zusätzliche, bisher nicht oder wenig beachtete Einflussfaktoren. Hierzu zählen insbesondere: „gut vorbereitet zu sein durch familiäre Vorerfahrung mit einer Krebserkrankung“, eine fatalistische Einstellung, Verleugnung sowie der Diagnoseschock.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass der Vorrang medizinischer Behandlung gegenüber psychischer Unterstützung eine zentrale Rolle spielt. Diese teilweise sehr unterschiedlichen Faktoren zeigen, wie komplex und vielschichtig die Ablehnungsgründe für psychosoziale Unterstützung sind. Sie reichen von eher strukturellen und informationspolitischen bis hin zu innerseelischen Gründen. Auf all diesen Ebenen kann an einer Verbesserung des Zugangs zu professioneller Beratung gearbeitet werden.

Neben einer besseren Integration der Psychoonkologie in die interdisziplinäre Krebsbehandlung, einer verständlichen Aufklärung, einem wiederholten Distress-



Screening sowie einem kontinuierlichen Informationsangebot über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten sollten ebenso Bestrebungen hinsichtlich gut ausgebildetem Personal erfolgen, welche die vielschichtigen, individuellen Bedürfnisse der Patienten sensibel wahrnehmen können. Auch geeignete Formen und Inhalte des Beratungssettings könnten die Akzeptanz dieser Angebote erhöhen, wobei Zeitpunkt und Ort der Beratung und eine verständliche Kommunikation sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

Die Aussagekraft und Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse ist durch einige Einschränkungen begrenzt. Eine zentrale Limitation ist die verhältnismäßig geringe Anzahl an Probanden ( $n = 31$ ), jedoch zeigt Lamnek (2016), dass die Stichprobe für qualitative Forschung ausreichend ist (Lamnek 2016). Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass sich die Anzahl der Untersuchungsteilnehmer größtenteils aus Brustkrebspatientinnen (32,3 %) und Prostatakrebspatienten (48,4 %) zusammensetzte. So beschränkt sich die Interpretation der Ergebnisse größtenteils auf diese Patientengruppen. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte im Krankenhaus, teilweise während ihrer ersten Behandlung. Nicht berücksichtigt wurde hier, dass zu einem späteren Zeitpunkt ein Teil der Patienten möglicherweise eine Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote erwägen würde.

Die Stärken unserer Untersuchung lagen in den Rekrutierungsmodalitäten. Die Rekrutierung sowie die Durchführung der Interviews wurden von einer Ärztin durchgeführt. So nahmen auch Patienten an der Untersuchung teil, die eher eine misstrauische Einstellung gegenüber den Psychologen einnahmen. Auch hatte die Untersucherin den Eindruck, dass durch ihre ärztliche Profession die Patienten weniger Ängste vor Psychopathologisierung hatten, und sie sehr offen über ihre Bedenken hinsichtlich psychosozialer Unterstützung sprechen konnten.

Eine weitere Stärke unserer Untersuchung war, dass die Interviews digital aufgezeichnet wurden und die reale Gesprächssituation und alle Inhalte in Form von Transkripten wiedergegeben wurden, ohne durch die subjektiven Vorurteile des

Interviewers beeinflusst zu werden. Die quantitative Auswertung der qualitativen Daten bietet zudem eine besonders tiefgehende Analyse und hat dazu beigetragen, die Ablehnungsgründe in unterschiedlichen Patientengruppen besser zu verstehen.

## 7. Zusammenfassung

Viele Krebspatienten lehnen psychosoziale Unterstützung trotz hoher psychischer Belastung ab. Viele Faktoren der Ablehnung sind in der Literatur bereits bekannt, bisher wurden jedoch kaum qualitative Methoden zur Ergründung dieser Frage herangezogen. Ziel dieser Arbeit war es, mithilfe eines qualitativen explorativen Tiefeninterviews sowie zusätzlichen quantitativen Methoden, die Faktoren der Ablehnung professioneller Beratung bei belasteten Krebspatienten zu identifizieren.

Diese mixed-methods Querschnittsstudie erfolgte am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. Mit Hilfe explorativer Tiefeninterviews wurden 31 stationär und ambulant behandelte Krebspatienten mit unterschiedlicher Tumorklassifikation zu ihren Ablehnungsgründen befragt. Zusätzlich wurden die Faktoren der Ablehnung anhand deduktiv abgeleiteter (d. h. aus der bisherigen Literatur), standardisierter Ablehnungsgründe analysiert und abschließend ein Vergleich der induktiv ermittelten Ablehnungskategorien durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in Abhängigkeit der psychosozialen Belastung, soziodemographischen und medizinischen Merkmalen ausgewertet. Zusätzlich wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen (Distress-Screening) zur psychosozialen Belastung angewandt.

Die am häufigsten genannten qualitativ ermittelten Ablehnungsgründe waren „Hilfe durch soziales Umfeld“, „Reden bringt nichts“ und „falscher Zeitpunkt“. Weitere Ablehnungsgründe mit hohen Zustimmungsraten waren: „Ich schaffe das allein“, „Diagnoseschock“, „medizinische Behandlung hat Vorrang“ und „geringe Belastung“.

Bei standardisierten Ablehnungsgründen wurden am häufigsten „Ich erhalte bereits Hilfe von Familie und Freunden“, „Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe“, „Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert“, „Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten“ und „Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen“

genannt. Unsere Ergebnisse stehen weitestgehend in Einklang mit bisherigen Studien.

Aus 45 signifikanten Übereinstimmungen zwischen induktiven und deduktiven Ablehnungsgründen fanden sich bei vier Aussagen eine besonders hohe Übereinstimmung. Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich in „Verleugnung“ nur bei Männern und „geringe Belastung“ häufiger bei Männern und bei Frauen waren die häufigsten Ablehnungsgründe „nicht im Krankenhaus“ und „Hilfe durch soziales Umfeld“. Die Kategorien „Medizinische Behandlung hat Vorrang“, „Ich schaffe das allein“ und „Reden bringt nichts“ wurden bei psychosozial niedrig belasteten Patienten häufiger genannt. Interessanterweise wurde der Ablehnungsgrund „Fatalismus“ bei alleinstehenden Patienten und ohne Kinder häufiger als Ablehnungsgrund benannt. Die Ablehnungskategorie „Verleugnung“ wurde ausschließlich von Erst-erkrankten benannt, während Rezidiv-Patienten häufiger „Fatalismus“ anführten. Im Vergleich zu den deduktiv ermittelten Ablehnungsgründen zeigten die induktiv ermittelten Kategorien folgende neue, bisher wenig beforschte Ablehnungsgründe: „Diagnoseschock“, „Gut vorbereitet durch familiäre Vorerfahrung“, „Fatalismus“, „medizinische Behandlung hat Vorrang“ und „Verleugnung“.

In zukünftigen Untersuchungen sollten vermehrt auf diese Faktoren Rücksicht genommen werden. Die vielschichten innerseelischen Mechanismen im Verlauf einer Krebserkrankung müssen mitbeachtet werden; eine kontinuierliche Erfassung des psychosozialen Distress ist notwendig um adäquate, patientenorientierte und rasche psychosoziale Unterstützung zu gewährleisten. Informationen sollten in einer verständlichen Sprache formuliert sein, das Wissen über Setting und den ressourcenorientierten Ansatz der Psychoonkologie vermitteln. Die Aufklärung über Psychoonkologie und die vermehrte Integration in den klinischen Alltag bedarf der interdisziplinären Zusammenarbeit.

## 8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Ausgabe). Washington, DC.
- Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P., & Mitchell, A. J. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology*, 20(5), 525-531. DOI: 10.1002/pon.1759.
- Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Scheddel, P., Sehlen, S., Haimerl, W., Schulte, T., Britzelmeir, I., Herschbach, P. (2009). Distress screening in Oncology – Psychometric Properties of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients – short form (QSC-R10). In: Herschbach, P., Weis, J. (Hrsg.) *Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Berlin 2010, 2. Auflage.
- Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Dinkel, A., Scheddel, P., Sehlen, S., Haimerl W., Schulte T., Britzelmeir I., Herschbach, P. (2011). Distress screening in oncology-evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients-short form (QSC-R10) in a German sample. *Psycho-Oncology*, 20(3), 287–293. DOI:10.1002/pon.1821.
- Brebach R, Sharpe L, Costa DSJ, Rhodes P, Butow P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psychooncology*. 2016; 25(8):882-890.
- Brix, C., Schleussner, C., Fuller, J., Roehrig, B., Wendt, T. G., & Strauss, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *J Psychosom Res*, 65(6), 541-548. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.010.
- Bultz, B. D., Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Commun Oncol*. 2006; 3:311–314.
- Clover, K. A., Mitchell, A. J., Britton, B. & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, 24(7), 812-818. <https://DOI.org/10.1002/pon.3729>.

- de Zwaan, M., Mösch, P., Sinzinger, H., Stresing, K. et al. (2012). Der Zusammenhang zwischen psychoonkologischem Betreuungsbedarf, Wunsch nach Unterstützung und tatsächlicher Behandlung bei Krebspatientinnen und -patienten. *Neuropsychiatr* 26:152-158. DOI: 10.1007/s40211-012-0035-5.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Kapitel V (F). 5. ergänzte Auflage. Bern. Hans Huber Verlag.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(6), 601-612. DOI:10.1002/pon.3474.
- Eakin, E. G. & Strycker, L. A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psycho-Oncology*, 10(2), 103-113.
- Engesser, D., Krauß, O., Briest, S., Stolzenburg, J.U. Singer, S. (2019). "Für mich ein Fremdwort, das ich bisher nicht gehört habe" – Was Krebspatienten unter dem Begriff psychosoziale Unterstützung verstehen. *Der Onkologe*, Volume 25, pages 802-810. DOI: 10.1007/s00761-019-0587-0.
- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M., Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer*, 17(11), 1417-1423. DOI: 10.1007/s00520-009-0605-7.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*, 31(6), 782-793. DOI: 10.1200/JCO.2011.40.8922.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.U., Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res*, 81: 24-30. [http://dx.Doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004).

- Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns*, 100(10), 1934-1942.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.U., Mehnert, A. (2017). Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(4), 537-543.  
DOI: 10.1002/pon.4197.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84(8), 1011-1015.
- Fann, J. R., Ell, K., Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *J Clin Oncol*. 30:1178-1186. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.7398.
- Frey Nascimento, A., Tondorf, T., Rothschild, S.I., et al. (2019) Oncologist recommendation matters!: - Predictors of psycho-oncological service uptake in oncology outpatients. *Psychooncology*. 2019;28(2):351-357. [https:// DOI.org/10.1002/pon.4948](https://doi.org/10.1002/pon.4948).
- Graves, K.D., Arnold, S.M., Love, C.L., Kirsh, K.L., Moore, P.G., Passik, S.D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically-significant distress. *Lung Cancer*. 2007; 55(2): 215–224.
- Harrison, J.D.; Young, J.M.; Prica M.A.; Butow, P.N.; Solomon, M.J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review; in *Supportive Care in Cancer* 2009; 17:1117–1128.
- Heckl, U., Singer, S., Wickert, M., Weis, J. (2011). Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. *Schattauer, Nervenheilkunde* 2011, 30: 124-130.
- Hartmann, M., Haun, M.W., Sklenarova, H., Zimmermann-Schlegel, V., Herzog, W. (2017). Psychoonkologische Versorgung in Stadt und Land. *Der Onkologe*. DOI: 10.1007/s00761-017-0280-0.
- Herrmann, C., Buss, U., Snaith, RP. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). *Anual Bern, 1995: Verlag Hans Huber*.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *PPmP* 52:141-150.

- Herschbach, P. (2019). Stellenwert der Psychoonkologie in der Urologie. *Aktuel Urol.* 50(02): 166-171. DOI: 10.1055/a-0808-1532.
- Herschbach, P., Britzelmeir, I., Dinkel, A., Giesler, J.M., Herkommer, K., Nest, A., Pichler T., Reichelt, R., Tanzer, S., Weis, J. & Marten-Mittag, B. (2020). Distress in cancer patients: Who are the main groups at risk? *Psycho-Oncology.* 2020; 29:703–710.
- Herschbach, P., Dinkel, A. (2014). *Fear of Progression.* Psycho-Oncology. Springer Verlag Berlin Heidelberg. S.11-29. DOI: 10.1007/978-3-642-40187-9\_2.
- Herschbach, P., Dinkel, A. (2016). Psychologische Interventionen bei Progredienzangst. In: Mehnert, A., Koch, U. (Hrsg.) *Handbuch Psychoonkologie.* Göttingen: Hogrefe. S.618-624.
- Herschbach, P. & Heußner, P. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis.* Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. S.52-71.
- Herschbach, P. (2006). Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. *Der Onkologe* 12:41-47. DOI: 10.1007/s00761-005-0996-0.
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer –specific questionnaire. *British Journal of Cancer.* 91, 504-511.
- Herschbach, P., Mandel, T. (2011). Psychoonkologische Versorgung im Nationalen Krebsplan. Springer-Verlag. *Onkologe.* 17:1107-1114. DOI: 10.1007/s00761-011-2149-y.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). *Z Med Psychol,* 12, 1–8.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Edeballi-Avci, R., Nest, A., Wifling, K. (2017) (Hrsg.) Kichner, T., Nüssler, V. *Welche Krebspatienten brauchen psychoonkologische Therapie? Tumorzentrum München Jahrbuch 2017.* München. S.179-188.
- Herschbach, P. & Weis, J. (Hrsg.). (2010). *Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten (2. Auflage).* Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology.* Herausgeber. New York: Oxford University Press.



- Holland, J. & Rowland, J. (1989). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Holm, L. V., Hansen, D. G., Johansen, C., Vedsted, P., Larsen, P. V., Kragstrup, J. & Sondergaard, J. (2012). Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer*, 20(11), 2913-2924.
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., Herfarth, C., Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi- method approach. *Clinical Trial, Ann Oncol*. 2004;15(8):1243–9. DOI: 10.1093/annonc/mdh318.
- Koch, U., Holland, J.C., Mehnert, A. (2016). Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. (Hrsg.) Mehnert, A., Koch, U. *Handbuch der Psychoonkologie*. Hogrefe Verlag 1. Auflage. S.13-22. DOI: 10.1026/02474-000.
- Koch, U., Weis, J. (2009). Herausgeber. *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2009.
- Krebsinformationsdienst. (2016). Deutsches Krebsforschungszentrum.  
<https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/grundlagen/krebsstatistiken.php>, (zugegriffen am 07.12.2020).
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.U., Koch, U., Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom*, 85(5), 289-296. DOI: 10.1159/000446991.
- Lamnek, S., Krell, C. (2016) *Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag Weinheim, Basel, 6. überarbeitete Auflage, S.313-352.
- Leitlinienprogramm-Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF) (2014). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1*  
[https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologieleitlinie\\_1.1/LL\\_PSO\\_Langversion\\_1.1.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologieleitlinie_1.1/LL_PSO_Langversion_1.1.pdf), (Zugegriffen am 19.10.2020).
- Mayring, P., (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel. S.24-76.

- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G., Mruck, K., eds. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010:601-613.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. 12. überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel S.11-89.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen, H.U., Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, 32(31), 3540-3546. DOI: 10.1200/JCO.2014.56.0086.
- Mehnert, A., Götze, H. (2018). Wissenschaftliche Erfassung und Erforschung der Perspektive von Krebsüberlebenden. Springer Medizin Verlag.  
<https://DOI.org/10.1007/s12312-018-0389-0>.
- Mehnert, A., Hartung, T.J. (2015). Psychoonkologische Versorgungsforschung. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/s00115-014-4151-2.
- Mehnert, A., Hartung, T.J., Friedrich, M. et al. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology* 27:75-82. DOI: 10.1002/pon.4464.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*, 64(4), 383-391.
- Mehnert, A., Koranyi, S. (2018). Psychoonkologische Versorgung: eine Herausforderung. *Dtsch med Wochenschr.* 143(05): 316-323. DOI: 10.1055/s-0043-107631.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P., Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 56(12): 462-479. DOI: 10.1055/s-2006-951828.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., et al. (2006). Deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instrumentes zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Z Psychiatr Psychol Psychother.* 54:213-223.

- Mehnert, A., Petersen, C., & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12(2).
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*, 19(2), 141-149. DOI: 10.1002/pon.1568.
- Mikkelsen, T. H., Sondergaard, J., Jensen, A. B. & Olesen, F. (2008). Cancer rehabilitation: psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital? *Scand J Prim Health Care*, 26(4), 216-221.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interviewbased studies. *Lancet Oncol.* 12(2), 160-174.
- National Comprehensive Cancer Network: NCCN clinical practice guidelines in oncology. Distress management v2; (2014).
- Nationaler Krebsplan. (2018). Bundesministerium für Gesundheit. Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele des Nationalen Krebsplans. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/> (zugegriffen am 14.09.2019).
- Nekolaichuk, C., Turner, J., Cumming, C., Yushchyshyn, A. (2011). Referral patterns and psychosocial distress in cancer patients accessing a Psycho-oncology counseling service. *Psycho-Oncology* 20(3):326-32. DOI: 10.1002/pon.1765.
- Neumann, M., Galushko, M., Karbach, U., et al. (2010). Barriers to using psycho-oncology services: a qualitative research into the perspectives of users, their relatives, non-users, physicians, and nurses. *Support Care Cancer*. 2010;18(9):1147-1156. PMID: 19727843 DOI: 10.1007/s00520-009-0731-2.
- 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.
- 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.

- Pauwels, E. E., Charlier, C., De Bourdeaudhuij, I., Lechner, L., & Van Hoof, E. (2013). Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors' associated sociodemographic and medical characteristics. *Psycho-Oncology*, 22(1), 125-132. DOI: 10.1002/pon.2069.
- Pawils, S., Koch, U. (Hrsg.) (2006). *Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung*. Schattauer, Stuttgart.
- Pichler, T., Dinkel, A., Marten-Mittag, B., Hermelink, K., Telzerow, E., Ackermann, U., Belka, C., Combs, S.E., Gratzke, C., Gschwend, J., Harbeck, N., Heinemann, V., Herkommer, K., Kiechle, M., Mahner, S., Pigorsch, S., Rauch, J., Stief, C., Beckmann, J., Heußner, P., Herschbach, P. (2019). Factors associated with the decline of psychological support in hospitalized patients with cancer. *Psycho-Oncology*. 1-11. DOI: 10.1002/pon.5191.
- Plass, A., Koch, U.: (2001). Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psycho-Oncology* 10: 511-520 (2001).
- Rabe, C., & Braun, A. (2002). Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 11(1). pp.35-43.
- Reuter, K. (2010). Psychoonkologie: Stellenwert, Prinzipien und Behandlungsansätze. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 273-283. DOI: 10.1055/s-0030-1248419.
- Robert-Koch-Instituts (2016). *Neue Zahlen zu Krebs in Deutschland*.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/16\\_2019.html;jsessionid=31A9967226DD80264C3F8DEA0751ECED.internet102;](https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/16_2019.html;jsessionid=31A9967226DD80264C3F8DEA0751ECED.internet102)  
 (zugegriffen am 07.12.2020).
- Roth, A.J., KornBlith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H., Holland, J.C. (1998). Rapid Screening of Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma. A Pilot Study. *Cancer* 82: 1904-1908.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88(1), 226-237.

- Schwarz, R., & Götze, H. (2008). Psychosoziale Behandlung und ambulante Psychotherapie von Krebspatienten – Theorie und Praxis. *Ärztliche Psychotherapie*, 3(2), 82–88.
- Senf, B., Fettel, J., Demmerle, C., Maiwurm, P. (2019). Physicians' attitudes towards psychooncology, perceived barriers, and psychosocial competencies: indicators of successful implementation of adjunctive psychooncological care? *Psychooncology*. 2019;28(2):415-422. <https://DOI.org/10.1002/pon.4962>.
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol*, 21(5), 925-930. DOI: 10.1093/annonc/mdp515.
- Singer, S., Dieng, S., & Wesselmann, S. (2013). Psycho-oncological care in certified cancer centres--a nationwide analysis in Germany. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1435-1437. DOI: 10.1002/pon.3145.
- Singer, S., Hohlfeld, S., Müller-Briel, D., Dietz, A., Brähler, E., Schröter, K., & Lehmann-Laue, A. (2011). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Versorgungsdichte und -bedarf. *Psychosocial care for cancer patients. Care provided and requirements. Psychotherapeut*, 56(5), 386-393.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzi, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179–185. DOI:10.1054/bjoc.2000.1545.
- 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. DOI: 10.1007/s11800-007-0066-0.
- Söllner, W., Maislinger, S., König, A., Devries, A., Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psychooncology*. 2004;13(12):893-897.
- Söllner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., Augustin, M. (1999) Interactive Patterns of Social Support and Individual Coping Strategies in Melanoma Patients and Their Correlations With Adjustment to Illness. *Psychosomatics*. Volume 40, Issue 3, Pages 239-250. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71241-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71241-7).

- Statistisches Bundesamt (2019). Todesursachen.  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html) (zugegriffen am 19.12.2020).
- Steele, R., Fitch, M. I. (2008). Why patients with lung cancer do not want help with some needs. *Support Care Cancer*. 2008;16(3):251-259. PMID: 17602245 DOI: 10.1007/s00520-007-0301-4.
- Steginga, S. K., Campbell, A., Ferguson, M., Beeden, A., Walls, M., Cairns, W. & Dunn, J. (2008). Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 17(10), 997-1005.
- Strittmatter, G. (1997). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. *Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten*. Waxmann, Münster, New York.
- Tondorf, T., Grossert, A., Rothschild, S.I., Koller, M.T., et al. (2018). Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support: A longitudinal, mixed-methods study. <https://DOI.org/10.1002/pon.4735>.
- Tschuschke, V. (2006). *Psychonkologie. Psychoonkologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer 2006. S. 3.
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M., Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer*. 2008;113(4):870-878.
- Tuinman, M. A., Van Nuenen, F. M., Hagedoorn, M. & Hoekstra-Weebers, J.E.H.M. (2014). Distress, problems and referral wish of cancer patients: differences according to relationship status and life phase. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.3712.
- van Scheppingen, C., Schroevers, M. J., Smink, A., van der Linden, Y. M., Mul, V. E., Langendijk, J. A., Coyne, J.C., Sanderman, R. (2011). Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 20(6), 655-663. DOI: 10.1002/pon.1939.
- Vehling, S., Koch, U., Ladehoff, N., Schön, G., Wegscheider, K., Heckl, U., Weis, J., Mehnert, A. (2012). [Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(7), 249-258. DOI: 10.1055/s-0032-1309032.

- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G. & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350.
- Weis, J., Hönig, K., Bergelt, C., Faller, H., Brechtel, A., Hornemann, B., Stein, B., Teufel, M., Goerling, U., Erim, Y., Geiser, F., Niecke, A., Senf, B., Wickert, M., Schmoor, C., Gerlach, A., Schellberg, D., Büttner-Teleaga, A., Schieber, K. (2018). Psychosocial distress and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany. *Psychooncology*. 27(12): 2847-2854.  
DOI: 10.1002/pon.4901.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Ruffer, J.U., Werner, A., Weyland, P. (2007). Psychoonkologie - Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe*, 13, 185-194.
- Weis, J., Giesler, J.M. (2016). Psychosoziale Belastungen bei Krebspatienten. *Gastroenterologie*. 11:179-182. DOI: 10.1007/s11377-016-0057-9.
- Weis, J., Giesler, J.M. (2015). Standards in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten. *Der Onkologe*. 1-6. DOI: 10.1007/s00761-015-2938-9.
- Weis, J., Heckel, U., Muthny, F., Nowak, C., Stump, S., Kepplinger, J. (1993). Erfahrungen mit einem psychosozialen Liaisondienst auf onkologischen Stationen einer Akutklinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 43, 21-29.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). Art. 22. DOI: 10.1007/978-3-8349-9441-7\_29.
- Worden, J. W., Weisman, A. D. (1980). Do cancer patients really want counseling? *General Hospital Psychiatry*. Volume2 Issue2, Pages 100-103.  
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(80\)90022-5](https://doi.org/10.1016/0163-8343(80)90022-5).
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10(1), 19-28.  
DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6.

Zeissig, S. R., Singer, S., Koch, L., Blettner, M. & Arndt, V. (2015). Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 65(05), 177-182. DOI: 10.1055/s-0034-1395627.

Zenger, M., Ernst, J., Götze, H., Stolzenburg, J.U., Hinz, A. (2010). Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom – eine Längsschnitterhebung. Z Med Psychol 19 (2010), 51-59.

Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts (2016).

[https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs\\_gesamt/krebs\\_gesamt\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html). (Zugegriffen am 23.10.2020).



## **9. Anhang**

Anhang A: Votum der Ethikkommission (1 Seite)

Anhang B: Leitfaden-Interview (2 Seiten)

Anhang C: Kurzfragebogen zu soziodemographischen und  
medizinischen Daten (1 Seite)

Anhang D: Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FBK-R10) (1 Seite)

Anhang E: Patienteninformation (2 Seiten)

Anhang F: Einwilligungserklärung (2 Seiten)

Anhang G: Abbildungsverzeichnis

Anhang H: Tabellenverzeichnis

## Anhang A: Votum der Ethikkommission

Technische Universität München · Fakultät für Medizin · Ethikkommission  
Ismaninger Str. 22 · 81675 München · Germany

Herrn  
Prof. Dr. P. Herschbach  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychosomatik  
Langerstr. 3/1  
  
81675 München

29.07.2015  
Frau Refika Edebalı-Avci  
Projektnummer 352/15 (bitte bei dem Schriftwechsel angeben)

### **Bedingungen der Inanspruchnahme der psychoonkologischen Unterstützung**

Sehr geehrter Herr Kollege Herschbach,

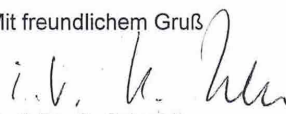
die Ethikkommission hat das von Ihnen eingereichte, oben genannte, Forschungsvorhaben im verkürzten Verfahren abgehandelt.

Zur Begutachtung lagen die Beschreibung des Forschungsprojektes und Patienteninformation/-einwilligungserklärung vor.

Die Ethikkommission kam zu folgendem Votum:

Die Ethikkommission erhebt keine Einwände gegen das o.g. geplante Forschungsprojekt.

Mit freundlichem Gruß

  
Prof. Dr. G. Schmidt  
Vorsitzender

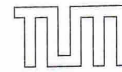
**In Unterlagen, die aufgrund von Auflagen der Ethikkommission überarbeitet wurden, sind die Änderungen hervorzuheben (z.B. Durchstreichen von Textstellen, die gelöscht werden und Unterstreichen oder farbige Markierung von neuen Texten).**

Bei Vorlage von Amendments sind Änderungen oder Ergänzungen deutlich zu kennzeichnen. Der Prüfarzt sollte die Protokolländerungen (aufgeteilt nach „wesentlichen“ und „nicht wesentlichen“ Änderungen) einzeln auflisten und mitteilen, ob die Änderungen nach seiner Ansicht ethisch relevant sind. Falls erforderlich, ist eine revidierte Patienteninformation/ Einverständniserklärung einzureichen.

Mitteilungen über schwerwiegende oder unerwartete unerwünschte Ereignisse sind mit einer Stellungnahme des Prüfarztes zum Nutzen/Risiko-Verhältnis des Vorhabens einzureichen (§ 40, Abs. 1, Satz 4 AMG)

Nach Publikation der Studie bittet die Ethikkommission um Zusendung eines Sonderdruckes.

Die Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen und den ICH-GCP-Richtlinien.



Technische Universität München



Fakultät für Medizin  
Ethikkommission

Prof. Dr.  
**Georg Schmidt**  
Vorsitzender

Prof. Dr.  
**Kurt Ulm**  
Stellvertretender Vorsitzender

Ismaninger Str. 22  
81675 München  
Germany

Tel +49.89.4140.4371  
Tel +49.89.4140.7737  
Fax +49.89.4140.4199

info@ek.med.tum.de  
www.ek.med.tum.de

Lieferanschrift für Kuriere:  
Grillparzerstr. 16/III  
81675 München

## Anhang B: Leitfaden-Interview (Seite 1)

### Bedingungen der Inanspruchnahme der psychoonkologischen Unterstützung

#### Leitfaden-Interview

##### 1. Teil

Guten Tag Herr/Frau ..... Mein Name ist ..... ich bin Ärztin. Hier in der Klinik führen wir eine Untersuchung durch, die sich mit Beratungsangeboten für Menschen, die an Krebs erkrankt sind befasst. Es handelt sich um meine Doktorarbeit. Ich habe gesehen, dass Sie einen Fragebogen ausgefüllt haben. Dem habe ich entnommen, dass Sie keine fachliche Hilfe oder Beratung wünschen. Darüber würde ich gerne mit Ihnen ein kurzes Interview führen. Das Interview findet hier in der Tagesklinik in einem separaten Raum statt und wird circa 15 Min. dauern. Das Gespräch wird für die spätere Auswertung auf ein Diktiergerät aufgenommen. Sind Sie damit einverstanden?

Bevor wir mit dem Interview beginnen, werde ich Sie über die Durchführung des Interviews, Datenschutz und Einwilligungserklärung informieren.

##### 2. Teil

Diese Untersuchung soll helfen, die Beweggründe der Menschen zu verstehen, die Beratungsleistungen zur Krankheitsbewältigung nicht in Anspruch nehmen.

- Mich interessieren Ihre persönlichen Gründe, können Sie mir bitte etwas dazu erzählen?
- Sie haben erwähnt, dass Sie .... Können Sie mir das bitte näher erklären? Wie meinen sie das?
- Sie haben gesagt, dass ... Habe ich Sie richtig verstanden?
- Wie gehen Sie damit um, wie bewältigen Sie das?
- Sie haben angegeben, dass ..... für Sie gegen eine Beratung spricht. Wenn diese Gründe oder Probleme gelöst wären, würden Sie dann Beratungsleistungen in Anspruch nehmen?
- Fallen Ihnen noch andere Gründe ein?

##### 3. Teil

Nun möchte ich Ihnen gerne Aussagen vorlesen und Sie fragen, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht. Diese Aussagen wurden von Menschen in ähnlichen Studien wie dieser als Gründe angegeben, Unterstützung durch einen Psychologen abzulehnen. Bitte antworten Sie mit ja, wenn der genannte Grund auf Sie zutrifft und mit nein, wenn dies nicht der Fall ist.

	Ja	Nein
1. Ich bin gar nicht so stark belastet. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich ziehe es vor, mir selbst zu helfen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich keine Hilfe. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es wäre mir peinlich, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich will niemandem zur Last fallen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich spreche nicht gern mit Fremden über meine Probleme. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meine Sorgen sind zu privat, um mit anderen darüber zu sprechen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich war immer stark und habe mich um andere gekümmert. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B: Leitfaden-Interview (Seite 2)

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Ich will mich durch ein Gespräch nicht zusätzlich mit der Krankheit belasten. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich glaube nicht, dass es mir hilft, mit einem Psychologen zu sprechen. ....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Unter psychoonkologischer Beratung kann ich mir gar nichts vorstellen. ....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich habe keine Informationen über die Beratungsangebote erhalten. ....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich weiß nicht wo und wen ich bzgl. Hilfe fragen soll. ....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich will nicht für psychisch krank gehalten werden. ....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich befürchte in meinem Umfeld dadurch eine Benachteiligung. ....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich erhalte bereits Hilfe von Familie oder Freunden. ....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich erhalte bereits Hilfe von anderen Ärzten. ....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ein psychologisches Beratungsgespräch wäre für mich ein zusätzlicher Aufwand. .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Die Beratungsstellen sind für mich schwer erreichbar. ....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich befürchte zu hohe Kosten. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ich kann es mir zeitlich nicht leisten. ....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich möchte mich nicht länger als nötig in der Klinik aufhalten. ....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich fühle mich zu einem Beratungsgespräch körperlich nicht in der Lage. ....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich befürchte, dass das Gespräch nicht in Ruhe und Vertraulichkeit abläuft. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ich bekomme genug Kraft durch meinen Glauben. ....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusatzfrage: Fällt Ihnen noch etwas ein, das wir vergessen haben?

### **4. Teil**

Zum Abschluss interessieren mich noch einige Angaben zu Ihrer Person.

(Siehe Formblatt Patientenangaben)

### **Abschluss**

Haben Sie noch Fragen an mich?

Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Teilnahme an der Studie.

Verabschiedung.

## Anhang C: Kurzfragebogen zu soziodemographischen und medizinischen Daten

### Patientenangaben

Patienten Name: .....

Alter: ..... Jahre

Familienstand:  ledig  verheiratet  Sonstiges .....

Kinder:  Ja  Nein Anzahl .....

Schulabschluss:  Hauptschule  Mittl. Reife  
 Abitur  Studium

Arbeitssituation:  Berufstätig  Rente  Krank geschr.  
 Hausarbeit  Arbeitslos  Sonstiges .....

Tumor-Diagnose .....

Krankheitsstatus  Ersterkrankung  Metastasen  Rezidiv  
 Remission  Derzeit nicht zu beurteilen

Datum Erstdiagnose: ...../..... Monat/Jahr  nicht bekannt

Therapie:  OP  Bestrahlung  
 Chemotherapie  Hormontherapie  
 Keine  Sonstiges .....

---

Name der Interviewerin:

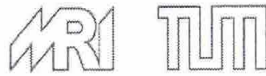
Datum:



## Anhang D: Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FBK-R10)



Roman-Herzog-Krebszentrum  
Comprehensive Cancer Center



Patientenetikett

- |                                      |                                       |                                     |  |   |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Darm        | <input type="checkbox"/> Magen/Ösoph. | <input type="checkbox"/> HW/Niere   | <input type="checkbox"/> MKG/HNO           | <input type="checkbox"/> Endokriner Tumor | <input type="checkbox"/> Neuroonkolog. Tumor |
| <input type="checkbox"/> Pankreas    | <input type="checkbox"/> Prostata     | <input type="checkbox"/> Gyn. Tumor | <input type="checkbox"/> Haut              | <input type="checkbox"/> Lunge/Bronch.    | <input type="checkbox"/> Ophthalmolog. Tumor |
| <input type="checkbox"/> Leber/Galle | <input type="checkbox"/> Hoden        | <input type="checkbox"/> Mamma      | <input type="checkbox"/> Knochen/Weichteil | <input type="checkbox"/> Hämato-Onko.     | <input type="checkbox"/> Sonstiges           |

### Fragebogen zur Krankheitsbewältigung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir möchten Sie optimal betreuen, deshalb interessiert uns Ihr körperliches und Ihr seelisches Befinden. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen, damit wir Ihnen eventuell Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung anbieten können. Sie finden im Folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Leben vorkommen können. 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".

	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich				
		kaum	...	sehr stark		
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1. Ich fühle mich schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Ich habe Schmerzen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem/r 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"/>
5. Ich habe Angst vor einer/m Ausweitung/Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>
7. Ich habe Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. Ich bin angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wünschen Sie sich für derartige Belastungen fachliche Hilfe oder Beratung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> im Moment nicht				
• Nehmen Sie bereits für derartige Belastungen fachliche Hilfe in Anspruch, z. B. Krebsberatungsstelle, Psychotherapie oder anderes? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				

© Hirschbach 2006

Datum, Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_

MR-HC\_FB\_FBK-R10\_150115

## Anhang E: Patienteninformation (Seite 1)



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar · 81664 München

**Klinikum rechts der Isar  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie**

Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen  
Direktor



Mitglied des Roman-Herzog-  
Krebszentrums (RHCCC)

Langerstraße 3/I  
81675 München  
Tel: 089 4140-4311  
Fax: 089 4140-4315  
[www.mri.tum.de/psychosomatik](http://www.mri.tum.de/psychosomatik)  
[psychosomatik@tum.de](mailto:psychosomatik@tum.de)

**Psychosoziale Onkologie**  
Leitung: Prof. Dr. P. Herschbach  
Tel: 089 4140-4318  
Fax: 089 4140-4845  
Anmeldung: 089 4140-4313

### Patienteninformation

#### ***Bedingungen der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung***

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen sehr für Ihre Teilnahme und Hilfe bei diesem Forschungsprojekt.

- Ziel der Studie ist, die Faktoren zu erfassen, die bei Krebspatienten mit einer Ablehnung psychoonkologischer Unterstützungsangebote zusammenhängen. Hierzu möchte ich mit Ihnen ein kurzes Interview führen.
- Erster Abschnitt des Interviews besteht aus offenen Fragen, zu der Sie frei berichten können. Im zweiten Abschnitt werden festgelegte Aussagen abgefragt, die Sie mit „trifft zu“ / „trifft nicht zu“ beantworten können.
- Im Anschluss an das Interview bitten wir Sie um Angaben zu Ihrer Person und Krankheitsverlauf.
- Das Interview wird ca. 15 Min. dauern und wird mit einem Tonträger aufgezeichnet, um es später auszuwerten.
- Die Teilnahme am Interview ist freiwillig und kann jeder Zeit abgebrochen werden.

Vorstand:  
Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger  
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)  
Markus Zendler  
(Kaufmännischer Direktor)  
Anette Thoke-Colberg  
(Pflegedirektorin)  
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen  
(Dekan)

Bankverbindung:  
Bayer. Landesbank Girozentrale  
Kto-Nr. 20 272  
BLZ 700 500 00

BIC: BYLADEMM  
IBAN: DE82 7005 0000 0000 0202 72  
USt-IdNr. DE 129 52 3996

## Anhang E: Patienteninformation (Seite 2)



- Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht eingehalten und die Patienten- und Krankheitsdaten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutz-gesetzes streng vertraulich behandelt. Die erhobenen persönlichen Daten und Befunde werden anonymisiert weitergegeben und ausgewertet werden. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

.....  
(Name des Patienten)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Interviewerin)



## Anhang F: Einwilligungserklärung (Seite 1)



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar · 81664 München

**Klinikum rechts der Isar  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie**

Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen  
Direktor



Mitglied des Roman-Herzog-  
Krebszentrums (RHCCC)

Langerstraße 3/I  
81675 München  
Tel: 089 4140-4311  
Fax: 089 4140-4315  
[www.mri.tum.de/psychosomatik](http://www.mri.tum.de/psychosomatik)  
[psychosomatik@tum.de](mailto:psychosomatik@tum.de)

**Psychosoziale Onkologie**  
Leitung: Prof. Dr. P. Herschbach

Tel: 089 4140-4318  
Fax: 089 4140-4845  
Anmeldung: 089 4140-4313

### Einwilligungserklärung

#### ***Bedingungen der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung***

Ziel der Studie ist es, die Faktoren zu untersuchen, die zu einer Ablehnung psychoonkologischer Unterstützung beitragen, obwohl eine Belastung vorliegt. Hierzu wird ein kurzes Interview geführt.

Inhalt, Vorgehensweise und Ziele der obengenannten Studie sowie die Befugnis zur Auswertung der erhobenen Daten hat mir **Frau Edebalı-Avci** ausreichend erklärt. Ich wurde darüber informiert, daß die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist und ich daher die Teilnahme jederzeit ohne Begründung und Nachteile für meine Behandlung abbrechen kann.

Ich wurde darüber informiert, daß meine Patienten- und Krankheitsdaten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne den Namen weitergegeben und ausgewertet werden.

Vorstand:  
Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger  
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)  
Markus Zendler  
(Kaufmännischer Direktor)  
Anette Thoke-Colberg  
(Pflegedirektorin)  
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen  
(Dekan)

Bankverbindung:  
Bayer. Landesbank Girozentrale  
Kto-Nr. 20 272  
BLZ 700 500 00

BIC: BYLADEMM  
IBAN: DE82 7005 0000 0000 0202 72  
USt-IdNr. DE 129 52 3996

## Anhang F: Einwilligungserklärung (Seite 2)



Ich bin damit einverstanden, dass mein Gespräch auf Tonband aufgezeichnet wird und dass meine Angaben in anonymisierter Form an der Technischen Universität München (Prof. Dr. Peter Herschbach) für Forschungszwecke ausgewertet werden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige der Teilnahme an der Studie ein.

.....  
(Name des Patienten)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Interviewerin)

## Anhang G: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1:	Ablaufschema der Untersuchung .....	27
Abbildung 5.1:	14 Ablehnungskategorien nach Häufigkeit .....	54
Abbildung 5.2:	Ablehnungskategorien nach Geschlecht .....	55
Abbildung 5.3:	Ablehnungskategorien nach Altersgruppen .....	56
Abbildung 5.4:	Ablehnungskategorien nach Familienstand .....	57
Abbildung 5.5:	Ablehnungskategorien nach Kindern .....	58
Abbildung 5.6:	Ablehnungskategorien nach Ausbildung .....	59
Abbildung 5.7:	Ablehnungskategorien nach Krankheitsstatus .....	60
Abbildung 5.8:	Ablehnungskategorien nach Therapien .....	61

## Anhang H: Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Prävalenz mindestens einer psychischen Störung bei verschiedenen Krebsentitäten .....	14
Tabelle 2.2:	Psychosozialer Distress bei Krebs (unterschiedliche Diagnosen und Krankheitsstadien mit FBK-R10*-Item-Mittelwerte und SD) .....	17
Tabelle 4.1:	Stichprobe und Verteilung nach Kliniken .....	34
Tabelle 5.1:	Kategorien der Ebenen KE1, KE2 und Ankerbeispiele .....	45
Tabelle 5.2:	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (n = 31) .....	51
Tabelle 5.3:	Klinische Merkmale der Stichprobe (n = 31) .....	52
Tabelle 5.4:	FBK-R10 Summenwerte der Stichprobe (n=31), Geschlecht und Tumor-Diagnose .....	53
Tabelle 5.5:	Korrelation der Ablehnungskategorien mit FBK-R10-Summenscore .....	62
Tabelle 5.6:	Standardisierte Ablehnungsgründe in Abhängigkeit vom Alter .....	63
Tabelle 5.7:	Standardisierte Ablehnungsgründe nach Geschlecht .....	65
Tabelle 5.8:	FBK-R10- Belastungsscore für die standardisierten Ablehnungsgründe .....	67