

Medizinische Klinik I,
Markus-Krankenhaus, Frankfurt am Main
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johann Wolfgang von Goethe
Universität Frankfurt

DISSERTATION

Evaluation der psychosozialen Belastung von Patientinnen
mit Mammakarzinom im stationären Verlauf

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ulrike Roth

aus Immenstadt/ Allgäu

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med A. Dignaß
 2. Prof. Dr. med. P. Arck
 3. Priv.-Doz. Dr. med. G. Massenkeil

Datum der Promotion: 03.09.2010

*„Warum können die Ärzte nicht erkennen,
dass gerade der Augenblick,
in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben,
der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“*

Irvin D. Yalom

Für Bianca

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Das Mammakarzinom - Epidemiologie	3
1.2	Das Mammakarzinom - Wesentliche medizinische Aspekte	4
1.3	Einführung in die Psychoonkologie	7
1.3.1	Definition und Schwerpunkte der Psychoonkologie	7
1.3.2	Entwicklungsgeschichte der Psychoonkologie	8
1.3.3	Aufgaben der Psychoonkologie	9
1.4	Behandlungsbedingte körperliche und psychosoziale Belastungen von Brustkrebspatientinnen	11
1.4.1	Körperliche Belastungen	11
1.4.2	Psychosoziale Belastungen von Brustkrebspatientinnen	12
1.4.2.1	Ängste	14
1.4.2.2	Depressive Reaktionen und Störungsbilder	15
1.4.2.3	Posttraumatische Belastungsstörung	16
1.4.2.4	Psychosoziale Belastungen in verschiedenen Krankheits- und Behandlungsphasen	17
1.5	Wirksamkeit der psychosozialen Intervention	20
1.6	Aktueller Forschungsstand der psychosozialen Diagnostik	23
1.6.1	Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie	23
1.6.2	Diagnostik psychosozialer Belastung	23
1.6.3	Methoden der Diagnostik psychosozialer Belastung	26
1.6.4	Fragestellung der Arbeit	28
2	METHODEN UND PATIENTENKOLLEKTIV	30
2.1	Beschreibung der Methoden	30
2.1.1	Studiendesign	30
2.1.2	Studienzentrum/ Studienzeitraum	30
2.1.3	Interviewer und Studienablauf	30
2.1.4	Praktische Umsetzung	31
2.2	Beschreibung der Patientinnen	33
2.2.1	Charakteristika der Untersuchungsgruppe	33
2.2.2	Einschluss- und Ausschlusskriterien	33
2.2.3	Reduktion der Patientenzahl der Verlaufsstichprobe gegenüber der Gesamtstichprobe	33
2.2.4	Fehlende Daten	34
2.3	Erhebungsinstrumente	35
2.3.1	Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs (PO-Bado-BK)	35
2.4	Statistische Datenauswertung	38

3	ERGEBNISSE	39
3.1	Soziodemographische Merkmale	39
3.2	Medizinische Merkmale	40
3.3	Krankheitsunabhängige Merkmale	42
3.4	Beschreibung der einzelnen Belastungsfaktoren	44
3.4.1	Somatische Belastungsfaktoren	44
3.4.2	Psychische Belastungsfaktoren	45
3.4.3	Zusätzliche Belastungsfaktoren	46
3.5	Beschreibung des psychosozialen Betreuungsbedarfs	48
3.5.1	Zusammenhänge zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und den einzelnen Merkmalen	50
3.5.1.1	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und soziodemographischen Merkmalen	50
3.5.1.2	Zusammenhang von psychosozialen Betreuungsbedarf und medizinischen Merkmalen	51
3.5.2	Zusammenhang von psychosozialen Betreuungsbedarf und krankheitsunabhängigen Merkmalen	54
3.6	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und einzelnen Belastungsfaktoren	56
3.6.1	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarfs und somatischen Belastungsfaktoren	56
3.6.2	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarfs und psychischen Belastungsfaktoren	57
3.6.3	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und zusätzlichen Belastungsfaktoren	59
3.7	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und Verlauf des stationären Aufenthalts	61
3.8	Zusammenhang zwischen psychosozialer Indikation und stationärer Aufenthaltsdauer	63
3.9	Vergleich von somatischen und psychischen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts	64
3.10	Vergleich von zusätzlichen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts	66
4	DISKUSSION	67
4.1	Repräsentativität der Stichprobe	67
4.2	Somatische und psychische Belastungsfaktoren	68
4.2.1	Psychosozialer Betreuungsbedarf	69
4.3	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und soziodemographischen Merkmalen	71
4.4	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und medizinischen Merkmalen	72
4.5	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und krankheitsunabhängigen Merkmalen	75
4.6	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und einzelnen Belastungsfaktoren	77
4.6.1	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und somatischen Belastungsfaktoren	77

4.6.2	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und psychischen Belastungsfaktoren	77
4.6.3	Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und zusätzlichen Belastungsfaktoren	78
4.6.4	Zusammenhang zwischen psychosozialen Befinden im Verlauf des stationären Aufenthalts	79
4.6.4.1	Vergleich von psychosozialen Betreuungsbedarf im stationären Verlauf	79
4.6.4.2	Abhängigkeit des psychosozialen Betreuungsbedarfs vom Zeitintervall der beiden Messzeitpunkte	80
4.6.4.3	Der Einfluss somatischer Belastungsfaktoren im stationären Verlauf	80
4.6.4.4	Einfluss psychischer Belastungsfaktoren im stationären Verlauf	81
4.6.4.5	Einfluss krankheitsunabhängiger Belastungsfaktoren im stationären Verlauf	82
5	AUSBLICK	84
6	ZUSAMMENFASSUNG	86
7	LITERATURVERZEICHNIS	88
8	ANHANG	99
8.1	Tabellenverzeichnis	99
8.2	Abbildungsverzeichnis	99
8.3	Abkürzungsverzeichnis	101
8.4	Erhebungsinstrumente	103
8.5	Danksagung	107
8.6	Lebenslauf	109
8.7	Erklärung an Eides Statt	110

Anmerkung in eigener Sache:

Bei der untersuchten Stichprobe handelt es sich ausschließlich um weibliche Patientinnen. In dieser Arbeit wird deshalb konsequent die weibliche Geschlechtszuschreibung verwendet.

Vorwort

Die dieser Dissertation zugrundeliegende Untersuchung wurde im Rahmen des von der H.W. & J. Hector-Stiftung geförderten Projekts: "Systematische Evaluierung und Auswertung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs an einem Schwerpunkt-Krankenhaus" (Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main) in der Frauenklinik und dem damit verbundenen interdisziplinären Brustzentrum durchgeführt. Die Studie wurde von der leitenden Psychoonkologin Dr. Dipl. Psych. Bianca Senf geplant und umgesetzt.

An dieser Stelle sei der Hectorstiftung sehr gedankt, die die Finanzierung dieses Studienprojekts ermöglicht hat.

1 Einleitung

„Über ein Jahr war ich fortgewesen und bereits wieder einige Monate zu Hause, als man mich in einer Gesellschaft fragte, wo ich denn so lange gesteckt habe. ‚Ich war krank‘- ‚Und was fehlt Ihnen?‘- ‚Krebs!‘ -antwortete ich ...Die Gesichter erstarrten, peinlichst berührt. Es entstand eine Pause, betretenes Schweigen. Dann wurde der Kuchen gelobt, der Tee, das feine Porzellan gepriesen. Ein Krebskranker gilt als Todeskandidat. Einen solchen aber unter sich zu haben, empfinden die Menschen als Zumutung, als Einbruch in ihrer vielgepriesenen und unzulänglichen Ordnung. Unzulänglich deshalb, weil wichtige Lebensphänomene wie Krankheit und Tod, auch Geburt und bis vor kurzem Sexualität keinen Platz darin haben. Einer, von dem man annimmt, dass er ‚todkrank‘ ist, stört die Stimmung, den Ablauf der Unterhaltung, ja das ganze bisschen Lebensgefühl...“ (Heyst, van I. 1982) S.43.

Dieses Zitat von der Autorin van Heyst aus ihrem 1982 erschienen Buch: „Das Schlimmste war die Angst. Geschichte einer Krebserkrankung und ihrer Heilung“ beschreibt, wie sich viele Krebspatientinnen und darunter auch Brustkrebsspatientinnen während ihrer Erkrankung fühlen. Die Erkrankung „Brustkrebs“ bedeutet einen gravierenden Einschnitt in das Leben der betroffenen Patientin. Für eine Frau, die die Diagnose Brustkrebs mitgeteilt bekommt, ist anschließend nichts mehr so, wie es vorher war. Die Diagnose Brustkrebs löst in den meisten Patientinnen ein unglaubliches Gefühl der Ohnmacht aus und kann sie in tiefe Lebenskrisen stürzen. Es ist allgemein bekannt, dass derartige psychosoziale Krisen unbehandelt oft zu manifesten psychischen Erkrankungen führen können. Diese wiederum führen zu psychosozialen und sozioökonomischen Folgeproblemen für das gesamte Umfeld der Betroffenen. Emotionale Beeinträchtigungen lassen sich noch fünf Jahre nach der Diagnosestellung von Krebspatienten feststellen (Halstead, M. T. & Fernsler, J. I. 1994). Darüberhinaus ist anzunehmen und die klinische Erfahrung bestätigt auch, dass das psychosoziale Befinden von einer ganzen Reihe von krankheits- und behandlungsbezogenen Parametern (z.B. Operationsart, histologisches Ergebnis und nachfolgende Behandlungen) beeinflusst wird.

Im Fokus der derzeitigen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bestrebungen sollten deshalb insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität und das psychosoziale Wohlbefinden von Brustkrebsspatientinnen stehen. Jegliche Art von psychischer Beeinträchtigung stört die persönliche und soziale Funktionsfähigkeit der betroffenen Patienten, senkt die Compliance und kann eine

optimale medizinische Behandlung gefährden (Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A. et al. 2001).

Aus diesen Gründen ist das frühzeitige Erkennen und die Behandlung psychosozialer Belastungen, die Patientinnen sowie deren Angehörige im Zusammenhang mit einer Brustkrebserkrankung erfahren, sinnvoll und notwendig. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass psychosoziale Interventionen sehr hohe positive Effekte bei den betroffenen Patientinnen und deren Angehörigen erzielen (Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. et al. 1998; Tschuschke, V. 2002; Weis, J. 2003). Mit Hilfe der vorliegenden Untersuchung sollten die psychosozialen Belastungen, die Brustkrebspatientinnen während ihrer stationären Behandlung in einem Akutkrankenhaus erfahren, mit der „Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs“ (PO-Bado-BK) evaluiert werden.

1.1 Das Mammakarzinom - Epidemiologie

Das Mammakarzinom ist weltweit der häufigste bösartige Tumor der Frau. In Deutschland treten- je nach Quelle der Hochrechnung- jährlich etwa 50 000 neue Brustkrebserkrankungen auf (Robert-Koch-Institut 2005). Das Mammakarzinom macht 26% aller jährlichen Krebsneuerkrankungen bei Frauen aus. Das Risiko einer Frau, irgendwann in ihrem Leben an Brustkrebs zu erkranken, liegt bei ca. 12%. Die Inzidenz ist in Deutschland sowie in allen westlichen Ländern steigend. Laut Angaben des statistischen Bundesamt starben im Jahr 2005 in Deutschland knapp 17 455 Frauen an Brustkrebs (Bundesamt, Statistisches 18.10.2006). Inzwischen erkranken nicht mehr nur ältere oder alte Frauen an einem Mammakarzinom, sondern immer häufiger sind die Betroffenen auch junge Frauen. Jedoch werden über die Hälfte aller Brustkrebserkrankungen erstmals im Alter von über 60 Jahren, ca. ein Drittel im Alter von über 70 Jahren diagnostiziert (Engel, I., Hölzer, D., Kerr, J. et al. 2003). Das Verhältnis zwischen Mortalität und Inzidenz hat einen Faktor von 0,4, womit Deutschland in der westlichen Welt nur einen mittleren Rang bezüglich der Überlebensrate bei Brustkrebs einnimmt. Mit etwa 73 % wird die relative 5-Jahres Überlebensrate angegeben (Kreienberg, R., Jonat, W., Möbus, U. et al. 2006).

1.2 Das Mammakarzinom - Wesentliche medizinische Aspekte

Man geht bei der Karzinogenese des Mammakarzinoms von einem multifaktoriellen Geschehen aus. Es scheint wie die meisten anderen Malignome als Folge einer Kaskade von Veränderungen auf allen Regulationsebenen des Zellwachstums und der Zellproliferation (DNA, RNA, Proteinsynthese, Proteinabbau) zu entstehen (Kaufmann, M., Costa, S.D. & Scharl, A. 2006). Die Stadieneinteilung der Mammakarzinome erfolgt entsprechend der Fédération Internationale de Gynécologie (FIGO) - bzw. der Einteilung nach Tumor-Nodes-Metastasen (TNM-Klassifikation). Als Hauptrisikofaktor gilt eine vorhandene familiäre Belastung. Ca. 12% aller Patientinnen mit Mammakarzinom berichten über eine erstgradige Verwandte mit derselben Erkrankung. Von allen Patientinnen, die an Brustkrebs erkranken, sind ca. 10 % Mutationsträgerinnen. Patientinnen mit einer Breast cancer associated Gen-1-Mutation (BRCA-1-Mutation) haben eine Wahrscheinlichkeit von 80%, bis zu ihrem 60.Lebensjahr an einem Mammakarzinom zu erkranken. Weiterhin gilt das Alter als wichtiger Risikofaktor. Die altersspezifische Inzidenz liegt zwischen 50 und 70 Jahren um den Faktor 5 höher als im Alter zwischen 35 und 40 Jahren. Eine eher untergeordnete Rolle spielen weitere Risikofaktoren wie Nullipara, Stillen, frühe Menarche (<12.Lebensjahr) , späte Menopause (>55. Lebensjahr), betroffene Verwandte 1. Grades u.a. (Ditz, S., Diegelmann, C. & Isermann, M. 2006).

Man unterscheidet beim Mammakarzinom verschiedene histologische Typen.

Ca. 75% der Karzinome gehen vom Gangepithel aus. Diese sind damit als invasiv-ductale Karzinome zu klassifizieren. Seltener kommen Karzinome ausgehend von den Drüsenläppchen (invasiv-lobuläre) und muzinöse Karzinome vor, die durch die Proliferation von nestartig aggregierten Tumorzellen, die in große extrazelluläre Schleimseen eingebettet sind charakterisiert sind. Als Sonderformen gelten der Morbus Paget der Mamille, das Komedokarzinom und die nichtinvasiven In-situ-Formen Ductales Carcinoma in Situ (DCIS) und Carcinoma Lobulare in Situ (CLIS), die wegen ihrer rein lokalen Ausbreitung in der Regel ohne Metastasenrisiko als Vorläufererkrankungen des Mammakarzinoms bezeichnet werden. Besonders aggressiv ist das inflammatorische Mammakarzinom zu bewerten mit einer

zusätzlichen entzündlich infiltrierenden Wachstumskomponente und großem Metastasierungsrisiko.

Die lymphogene Ausbreitung der Tumorzellen erfolgt vorwiegend in die axillären Lymphknoten. Diese kann bei entsprechendem Tumorsitz auch über die supraklavikulären und retrosternalen Lymphknoten erfolgen. Hämatogene Metastasen finden sich in erster Linie als ossäre, hepatische, pulmonale, pleurale, cerebrale und seltener als ovarielle Filiae.

Die Symptomatik erstreckt sich vom selbst getasteten Knoten, axillärer Lymphome, pathologischer, insbesondere blutige einseitiger Sekretion aus der Mamille sowie Einziehungen oder Vorwölbungen der Hautoberfläche, als sog. Peau d'orange-Phänomen (Apfelsinenhaut) oder bis hin zu einer neuaufgetretenen Asymmetrie der Mammae.

Diagnostische Untersuchungsmethoden sind in erster Linie die klinische Untersuchung mit Inspektion und Palpation, ggf. eine zytologische Untersuchung bei Sekretion aus der Mamille und eine Galaktographie (radiologische Milchgangsdarstellung), die Mammographie und die Mammasonographie, sowie ergänzend die Magnetresonanztomographie.

Eine histologische Sicherung wird durch die sonographisch gesteuerte Feinadelpunktion (Corestanze) oder die mammographisch gesteuerte Punktion, im Sinne einer stereotaktischen Punktion bei ausschließlich mammaographisch darstellbaren Befunden wie typischerweise z.B. bei sog. mammographisch auffälligen Mikrokalkarealen erzielt.

Zu den Therapiemöglichkeiten gemäß den S3-Leitlinien zählen derzeit in Abhängigkeit vom Grad der Ausbreitung und der diagnostischen Untersuchungsergebnisse die operative Therapie im Sinne einer brusterhaltenden Therapie mit Segmentresektionen, die tumoradaptierte Reduktionsplastik, die komplette Entfernung des Brustdrüsengewebes als Mastektomie, d.h. vollständige Entfernung des Brustdrüsengewebes oder je nach Rekonstruktionswunsch der Patientin eine hautsparende Mastektomie, d.h. unter Beibehaltung des Hautmantels. Bezüglich der axillären Lymphonodektomie stehen bei ausgedehnten und nachgewiesenen Lymphknotenmetastasen die konventionelle Axilladisektion oder bei klinisch unauffälligem Lymphknotenstatus die Entnahme des sog. „Wächterlymphknotens“ als Sentinellymphonodektomie.

Die medikamentöse Therapie beinhaltet entweder die neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie sowie in Abhängigkeit vom Rezeptorstatus die endokrine Therapie und die Antikörpertherapie mit einem Her2neu-Rezeptorantagonisten. Je nach Größe und Ausmaß (Multizentrität) des malignen Befundes sowie obligat bei vorangegangener brusterhaltenden Therapie erfolgt die Bestrahlung der Restbrust bzw. der Thoraxwand ggf. mit Lymphabflusswegen.

1.3 Einführung in die Psychoonkologie

1.3.1 Definition und Schwerpunkte der Psychoonkologie

Die Psychoonkologie versteht sich als ein Teilgebiet der Onkologie, in dem sich multiprofessionelle Teams aus den Fachbereichen der Psychologie, Psychosomatik, Medizin, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychiatrie, der Onkologie und der Pflege engagieren. Nach Mehnert et al. bezieht sich die Psychoonkologie oder Psychosoziale Onkologie, wie sie auch häufig bezeichnet wird, auf alle klinischen und wissenschaftlichen Anstrengungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren und ihre Wechselwirkungen in der Prävention, der Entstehung, dem Verlauf und der Nachsorge von Krebserkrankungen. Darüber hinaus gilt das besondere Interesse des Fachbereichs Psychoonkologie den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie der systematischen Umsetzung dieses Wissens in die Praxis (Mehnert, A., Peterson, C. & Koch, U. 2003). Es gibt eine Vielzahl von psychoonkologischen Interventionen, die bei der Arbeit mit Krebserkrankten angewendet werden (Röttger, K. 2003). Diese reicht von der Beratung der Patienten und deren Angehörigen, tiefenpsychologisch orientierten Gesprächen bis zur Krisenintervention und Begleitung von Sterbenden. Durch psychoonkologische Interventionen in Form von psychoonkologischer Beratung bis hin zur spezifischen Psychotherapie sollen die Patienten in allen Phasen der Erkrankung unterstützt werden.

Nicht zuletzt an der hohen Effektivität psychoonkologischer Interventionen zeigt sich, dass die Psychoonkologie als noch relativ junges Fachgebiet einen immer größeren Stellenwert im Sinne einer umfassenden ganzheitlichen Behandlung onkologischer Patienten zugeschrieben wird. So haben sich psychoedukative sowie verhaltens- und gesprächspsychotherapeutische Gruppenangebote als effektiv erwiesen (Moorey, S. et al. 1998). Bei unterschiedlichen Krebserkrankungen zu verschiedenen Zeitpunkten der Erkrankung konnte festgestellt werden, dass es Krebspatienten mit psychoonkologischer Unterstützung emotional und auch physisch besser erging (Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Arndt, L.A. et al. 1995; Meyer, T.J. & Mark, M.M. 1995; Rehse, B. & Pukrop, R. 2003). Die Untersuchungsergebnisse zeigen im Einzelnen positive Einflüsse hinsichtlich verschiedener psychischer Parameter wie Lebensqualität, Zufriedenheit, Symptomkontrolle (Schmerzen, Fatigue) und

Krankheitsverarbeitung (Larbig, W. & Tschuschke, V. 2000; Keller, M. 2001; Jacobsen, P. B., Meade, C. D., Stein, K. D. et al. 2002; Rosenbaum, E., Gautier, H., Fobair, P. et al. 2004). Die Psychoonkologie hat sich als selbstständige Fachdisziplin innerhalb der Onkologie inzwischen etabliert und in der Öffentlichkeit an Akzeptanz gewonnen. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt die zahlreichen Initiativen und Bemühungen internationaler und nationaler Fachgesellschaften beigetragen. Hierbei sind in erster Linie die International Society of Psycho-Oncology (IPOS), die European Federation of Psycho-Oncology (EFPOS) sowie für Deutschland die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. sowie die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (DAPO) zu nennen.

1.3.2 Entwicklungsgeschichte der Psychoonkologie

Auch wenn die Psychoonkologie als eine „junge Fachdisziplin“ gilt, so gehen ihre Ursprünge bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts zurück. Bereits 1951 formierte Arthur Sutherland eine erste psychiatrische Forschungseinheit am Memorial Sloan-Kettering Cancer Institute in New York, USA. Jimmie Holland, die als Begründerin der Psycho-Onkologie gilt, leitete den o.g. Lehrstuhl in den vergangenen 25 Jahren. Gleichzeitig begannen in Deutschland in den 50-iger Jahren die ersten Debatten über das „offene Aufklärungsgespräch“ mit Krebspatienten. 1969 veröffentlichte die schweizerisch-US-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross das weltweit bekannt gewordene Buch „Über den Tod und das Leben danach“, in dem sie 5 Phasen des Sterbens beschreibt. 1975 sprach erstmals in Deutschland eine prominente Person in der Öffentlichkeit über ihre Krebserkrankung. Die berühmte Schauspielerin Hildegard Knef veröffentlichte das Buch „Das Urteil“, in dem sie über ihre leidvollen Erfahrungen mit ihrer Brustkrebserkrankung schrieb. In den 70-iger Jahren wurde immer deutlicher Kritik laut, dass Krebspatienten völlig unzureichend psychosozial betreut werden. Dies nahm Mildred Scheel, die Ehefrau des ehemaligen Bundespräsidenten Walter Scheel, zum Anlass, die „Deutsche Krebshilfe“ e.V. zu gründen. Die Deutsche Krebshilfe ist heute eine der größten Organisationen in Deutschland, die auf vielfache Weise Krebspatienten unterstützt. 1978 erfolgte erstmals ein internationaler Erfahrungsaustausch über die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten. An verschiedenen Kliniken

insbesondere in Rehabilitationskliniken wurden und werden seitdem psychosoziale Betreuungsangebote installiert. 1980 wurde in Europa im Rahmen der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) unter der Leitung von Frits van Dam eine Arbeitsgruppe Lebensqualität etabliert. 1983 erfolgte die offizielle Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (Dapo e. V.), die sich in erster Linie mit den praktischen Aufgabenbereichen der Psychoonkologie befasst. 1984 gründete Jimmie Holland die „International Psycho-Oncology“ (IPOS). 1988 folgte die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der deutschen Krebsgesellschaft e.V. (PSO), die sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Psychoonkologie versteht. 1989 wurde die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) gegründet. 2007 feierte die DAPO ihr 25-jähriges Bestehen.

1.3.3 Aufgaben der Psychoonkologie

Zentrale Aufgabe der Psychoonkologie ist die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen in Form von Behandlung, Information und Beratung. Psychoonkologische Unterstützungsangebote zielen in erster Linie auf eine emotionale Entlastung der Patienten und die Wiederherstellung oder Erhaltung der Lebensqualität sowie eine Verbesserung und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung. Außerdem stehen Fragen zum Management von Symptomen, die häufig im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auftreten, wie beispielsweise Angst, Depression, Schmerz oder Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) im Vordergrund. Da die Krebserkrankung immer auch das Umfeld der Patienten stark beeinflusst, sind auch die Angehörigen von Krebspatientinnen betroffen. Darüber hinaus stellt der Bereich der Fort- und Weiterbildung im psychoonkologischen Arbeitsfeld und die Vermittlung spezifischer, psychologischer Fertigkeiten (Kommunikationstraining, Gesprächsführung etc.) für Ärzte und Pflege einen wichtigen Aufgabenschwerpunkt dar (Koch, U. & Weis, J. 1998; Schwarz, R. & Krauß, O. 2000; Holland, J.C. 2002).

Es existiert mittlerweile an etlichen Kliniken und Rehabilitationszentren ein großes Angebot an psychoonkologischen Therapie- und Interventionsformen.

Trotz vielfältiger Bemühungen der Etablierung psychoonkologischer

Behandlungsangebote besteht durchaus noch ein Missverhältnis zwischen dem wachsenden Kenntnisstand in der Psychoonkologie und der eingeschränkten Verfügbarkeit psychoonkologischer Versorgungsangebote für Patientinnen und deren Angehörige (Tschuschke, V. 2002). Durch die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) und die Erfordernis einer psychoonkologischen Versorgungsstruktur bei Zertifizierungen von Kliniken und onkologischen Schwerpunktzentren wird die Psychoonkologie heute zunehmend als ein integrativer Bestandteil der modernen Krebstherapie angesehen.

1.4 Behandlungsbedingte körperliche und psychosoziale Belastungen von Brustkrebspatientinnen

1.4.1 Körperliche Belastungen

Die Therapiemaßnahmen bei Brustkrebspatientinnen haben je nach Indikation und Ausmaß der Erkrankung den Verlust eines Teils oder gar der gesamten Brust zur Folge. Sie führen dadurch zu massiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und einer Reihe von Folgestörungen. Bei der Entfernung der Brust (Mastektomie) und anschließendem Einsetzen eines Implantats oder dem Wiederaufbau mit eigenem Gewebe werden oftmals Fremdheitsgefühle beschrieben, die als sehr störend oder belastend empfunden werden. Auch Narbenschmerzen und Spannungsgefühle können noch lange nach der Operation anhalten. Nach einer Mastektomie, aber auch nach einer Brustrekonstruktion können darüber hinaus schmerzhaft Missempfindungen bis hin zu Phantomschmerzen auftreten (Kroner, K., Knudsen, U.B., Lundby, L. et al. 1992; Flor, H. 2002). Nach operativer Entnahme von Lymphknoten aus der Achselregion fühlen sich die Patientinnen oft über einen längeren Zeitraum hinweg in ihrer Armbeweglichkeit eingeschränkt und klagen über Schmerzen mit Ausstrahlung über den gesamten Arm hinweg. Zudem können ausgeprägte Lymphödeme auftreten, die die Armbeweglichkeit beeinträchtigen.

In aller Regel ist eine strahlentherapeutische Behandlung der Patientinnen indiziert. Sie führt oft zu Hautrötungen, in manchen Fällen zu Verbrennungen, Verhärtungen oder zur Schrumpfung des bestrahlten Gewebes. Oft berichten die betroffenen Patientinnen auch über körperliche Erschöpfung bis hin zum sog. Fatigue-Syndrom.

Die häufig indizierte Chemotherapie führt zum Haarausfall, in vielen Fällen auch trotz antiemetogener Medikamente zu starker Übelkeit und Erbrechen. Als therapiebedingte Spätfolgen sind die Kardiotoxizität und die Neurotoxizität spezieller Zytostatika sowie das Risiko von Zweittumoren zu nennen. Unter der antihormonellen Therapie treten durch die medikamentös erzeugte Hormondeprivation Symptome wie Hitzewallungen, Stimmungs- und Gewichtsschwankungen und Schleimhauttrockenheit auf. Das Risiko einer vorzeitigen Osteoporose sowie ein erhöhtes Auftreten von Endometriumhyperplasien und Endometriumkarzinomen (insbesondere unter dem Medikament Tamoxifen) steigt. (Bartsch, H.H., Moser, M.T., Weis, J. et al. 2000; Mock, V., Pickett, M., Ropka,

M.E. et al. 2001; Eidtmann, H. & Jonat, W. 2002). Die bei manchen Patientinnen durch die Antiöstrogentherapie ausgelöste Minderung des sexuellen Lustempfindens können die Patientinnen selbst sowie eine Partnerschaft schwer belasten (Barni, S. & Mondin, R. 1997).

Die o.g. Therapiemaßnahmen verursachen bei den Patientinnen oftmals eine gestörte Körperbildwahrnehmung. Sie erleben die spürbare Veränderung des Körpers als „Verstümmelung“.

Neben den oft starken körperlichen Einschränkungen leiden Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose unter einer ganzen Reihe von psychischen- und psychosozialen Belastungen, die durch die Krebsdiagnose selbst, aber auch durch die oft gravierenden Behandlungen ausgelöst werden. Sie werden im folgenden Kapitel ausführlicher beschrieben.

1.4.2 Psychosoziale Belastungen von Brustkrebspatientinnen

Bedingt durch die körperlichen Belastungen können in der Folge der Erkrankung oder Therapie psychosoziale Belastungen auftreten. Die wesentlichen psychischen und sozialen Belastungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Todesdrohung
- die Angst vor der Behandlung, insbesondere einer Chemotherapie
- der Verlust der körperlichen Integrität
- der Verlust von Selbstbestimmung und Unabhängigkeit
- das Nichtbewältigen-Können von Alltagsaufgaben
- das Infragestellen von Rollen in Beruf und Familie
- die soziale Isolierung (Holland, J.C. & Rowland, J.H. 1989; Faller, H. 1998; Faller, H., Olshausen, B. & Flentje, M. 2003)

Häufig berichten Patientinnen, dass sie bei der Mitteilung der Diagnose das Gefühl hatten, als wäre ihnen der Boden unter den Füßen weggezogen worden und sie sich seitdem in einer Art „Schockzustand“ befänden. Schon die diagnostische Abklärung und die oftmals einen Zeitraum über mehrere Monate anhaltende Behandlung bringen es mit sich, dass die Frauen unvermittelt in eine Situation geraten, in der sie mit körperlichen Einschränkungen, Schmerzen und in erster Linie psychischen Belastungssituationen umgehen müssen. Die wissenschaftliche Forschung geht

davon aus, dass etwa 40-50% aller Krebspatienten psychische Störungen nach der International Classification of Diseases (ICD-10) (Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. 2004) entwickeln, die in der Regel bis über ein bis zwei Jahre nach der Erstbehandlung andauern können (Weis, J., Koch, U. & Matthey, K. 1998). Ca. 5-10% der Brustkrebspatientinnen werden als „psychische Risikogruppe“ eingestuft und benötigen dabei akute Hilfestellung durch einen speziell ausgebildeten Psychoonkologen im Sinne einer Krisenintervention (Faller, H. et al. 2003; Pouget-Schors, D. & Degner, H. 2005). Es gibt inzwischen eine große Anzahl von Studien, die eine hohe psychische Belastung von Brustkrebspatientinnen belegen. Diese psychischen Beeinträchtigungen können primär als Reaktion auf die Erkrankung selbst oder auch als Krankheitsverarbeitungsversuch angesehen werden (Koch, U. & Weis, J. 1998).

Die am häufigsten auftretenden Probleme stellen Ängste und depressive Reaktionen dar. (McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R. et al. 1995). Härter et al. ermittelten in einer Stichprobe mit onkologischen Patienten Prävalenzraten für psychische Störungen von 34% in einer Rehabilitationsklinik und 24% in der Akutversorgung, wobei Depressionen mit 11-13% und Angststörungen mit 17 % überwiegen (Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B. et al. 2000). In einer in Australien durchgeführten Studie mit 303 Patientinnen zeigten 45% der Frauen, bei denen ein Mammakarzinom im Frühstadium diagnostiziert worden war, psychische Auffälligkeiten in Form von kritischen Angst- und Depressionswerten. Bei 42% von 200 Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom wurde eine ähnlich hohe Belastung in Form von Angst und Depression diagnostiziert (Kissane, D.W., Grabsch, B., Love, A. et al. 2004). Eine Untersuchung an 394 Frauen mit Brustkrebs ergab eine Belastung bei 40,9%. Hierbei erwiesen sich niedriges Lebensalter sowie das Ausmaß von Metastasen als signifikanter Prädiktor für eine höhere psychische Belastung (Herschbach, P., Keller, M., Knight, L. et al. 2004). Die Belastung wurde mit einem krebspezifischen Selbsteinschätzungsfragebogen gemessen, dem revidierten Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23) (Herschbach, P. 2003).

Art, Ausmaß, Ursache und Dauer der psychischen Belastungen sind individuell verschieden und resultieren aus einem vielschichtigen Zusammenspiel von Faktoren, die bereits vor der Erkrankung bestanden haben wie z.B. Persönlichkeitsfaktoren,

soziale und personale Ressourcen, Krankheitsstadium, Krankheitsprognose und Krankheitsverlauf (Rieg-Appleson, C. 2005).

Als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen bei Krebspatientinnen gelten (Heim, E. 1998; Koch, U. et al. 1998; Rieg-Appleson, C. 2005):

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

1.4.2.1 Ängste

Im Verlauf der Erkrankung werden von den meisten Patientinnen Ängste unterschiedlicher Natur berichtet. Sie drücken sich in der Sorge oder Angst aus, die Krankheit könne erneut auftreten (sog. Rezidivangst) bzw. es könnten sich Metastasen bilden. Aber auch Ängste z.B. vor sozialer Isolation, Verlust des Arbeitsplatzes und einer vorzeitigen Berentung mit zwangsläufigen finanziellen Einbußen, Ängste, die Kinder nicht mehr „groß werden“ zu sehen, Ängste vor dem veränderten Aussehen und einem Attraktivitätsverlust durch die Nebenwirkungen der Chemotherapie sind hier zu nennen. Viele Patientinnen erleben bei Mitteilung der Diagnose das Gefühl der Todesangst (Faller, H. & Weis, J. 2005). Für die Patientin ist die Möglichkeit, an der Erkrankung vielleicht zu sterben, unmittelbar psychische Realität geworden und unabhängig vom Krankheitsverlauf zeigt diese Bedrohung unterschiedlich intensive Präsenz. Verstärkt werden Ängste oft durch die Erfahrungen mit diagnostischen Eingriffen und Behandlungsmaßnahmen.

In einer weiteren Untersuchung wurden 77 Frauen mit einem primären Mammakarzinom zu Beginn einer strahlentherapeutischen Behandlung hinsichtlich ihrer psychischen Belastung befragt. Als Erfassungsinstrumente wurden die „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) und der Hormheider Fragebogen (HF) verwendet, ein krebsspezifisches Selbsteinschätzungsinstrument, das an Patienten mit Hauttumoren entwickelt wurde (Strittmatter, G. 1997). Auf der Depressivitätsskala der HADS waren nur 5% der Frauen auffällig. Die Angstskala ergab 20% auffällige Werte und im HF waren insgesamt 37% der Frauen belastet (Faller, H. et al. 2003). Um die Chronifizierung von Ängsten zu vermeiden, ist eine frühzeitige Diagnostik der psychischen Beeinträchtigungen mit einem entsprechenden Behandlungsangebot äußerst wichtig. Dies auch vor dem Hintergrund, dass sich Ängste sehr negativ auf die Lebensqualität der Patientinnen und ihrer Angehöriger auswirken können.

1.4.2.2 Depressive Reaktionen und Störungsbilder

Die Symptome einer depressiven Reaktion oder depressiven Episode nach dem ICD-10 sind häufig durch Stimmungseinengung mit Verlust der Fähigkeit, Trauer oder Freude auszudrücken, durch Antriebshemmung, innere Unruhe und Schlafstörungen gekennzeichnet. Viele Brustkrebspatientinnen klagen gerade in der Krankheitsphase über massive Schlafstörungen und benötigen oftmals Psychopharmaka.

Hinsichtlich der Prävalenz depressiver Symptome bei onkologischen Patienten unabhängig von Brustkrebspatientinnen findet man in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben. In einigen Studien wurden überdurchschnittlich hohe Werte bezogen auf depressive Störungen angegeben (Jenkins, C., Carmody, T.J. & Rusch, A.J. 1998). In einer aufwendigen Studie mit 578 Brustkrebspatientinnen wurden andererseits nur 10 von 578 Brustkrebspatientinnen als depressiv eingestuft und nur 27 Patientinnen als grenzwertig depressiv (Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S. et al. 1999). Die Messung erfolgte anhand der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

In zahlreichen Studien wurde eine depressive Verstimmung mit längerer Hospitalisation (Fulop, G., Strain, J.J., Vita, J. et al. 1987; Morris, P.L., Robinson, R.G., Raphael, B. et al. 1991), höheren Mortalitätsraten (Silverstone, P.H. 1990) und auch einem höheren Suizidrisiko (Louhivouri, K.S. & Hakama, M. 1979) assoziiert.

Aus den verschiedenen Studienergebnissen kann gefolgert werden, dass die Prävalenzraten depressiver Erkrankungen generell je nach untersuchtem Patientenkollektiv und verwendeten Messmethoden sowie in Abhängigkeit von den verschiedenen Krankheitsphasen deutlich schwanken (Schwarz, R. et al. 2000).

1.4.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Das Symptom der posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10: F 43.1) im Zusammenhang mit Krebserkrankungen wird erst seit kurzem untersucht. Ihre Bedeutung bei Mammakarzinomerkrankungen wird nach Ansicht von Ditz et al. bislang unterschätzt (Ditz, S. et al. 2006). Tatsächlich wurden in den meisten Studien zur psychosozialen Belastung von Krebspatientinnen Instrumente zur Messung von Depression und Angst eingesetzt. Diese Messinstrumente lassen jedoch die typischen Merkmale einer posttraumatischen Belastungsreaktion unentdeckt.

Die Hauptsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörungen sind Intrusion (ungewolltes Wiederauftreten von Aspekten der traumatischen Situation), Hyperarousal (anhaltende physiologische Übererregung, die sich in ständiger „Alarmbereitschaft“ ausdrückt) und das Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Reizen, die mit der traumatischen Situation zusammenhängen z.B. Orte, Situationen, Gedanken etc.) (Ditz, S. et al. 2006). Im Gegensatz zur geringen depressiven Symptomatik zeigten etwa ein Drittel von N = 156 der Brustkrebspatientinnen in der bereits o.g. EU-Studie Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie wurde gemessen mit der Impact-of-Event-Scale (IES-R) (Maercker, A. & Schützwohl, M 1998; Härter, M. et al. 2000; Isermann, M., Diegelmann, C., Kaiser, W. et al. 2001; Ditz, S. et al. 2006). Die Ausprägung der Symptome war bei 11% der Patientinnen schwer und bei 24% moderat. Die Prävalenz der PTBS zeigt in den klinischen Studien eine erhebliche Schwankungsbreite. In einem Übersichtartikel über verschiedene Studien mit Krebspatienten werden Prävalenzraten von 5 bis 22% gezeigt (Schmitt, A. 2000).

Bemerkenswert erscheinen die Ergebnisse einer Untersuchung von Cordova et al., dass viele Frauen die Krankheitssituationen ohne bleibende psychische Beeinträchtigungen verarbeiten und in manchen Fällen sogar psychisch gestärkt daraus hervorgehen im Sinne eines „posttraumatischen Wachstums“ (Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R. et al. 2001).

Erfahrungsgemäß treten die oben beschriebenen psychosozialen Belastungen in den verschiedenen Krankheits- und Behandlungsphasen in unterschiedlicher Intensität auf.

Wie sich nun die Belastungen im Verlauf der Erkrankung auswirken und in welchen Phasen welche Probleme vorwiegend auftreten, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

1.4.2.4 Psychosoziale Belastungen in verschiedenen Krankheits- und Behandlungsphasen

Das psychische Befinden und Verhalten von Krebspatientinnen ist zu jedem Diagnose- und Behandlungszeitpunkt individuell und sehr verschieden und es sollte somit in jedem Krankheitsstadium Berücksichtigung finden (Rieg-Appleson, C. 2005). Die Krankheitsphasen bei Tumorpatienten kann man nach Fawzy in fünf Abschnitte des "Krebserleben" unterteilen (Fawzy, I.F. 1999):

1. Das Erfahren der Diagnose
2. Die Behandlung
3. Die Erholungsphase
4. Das eventuelle Auftreten eines Rezidivs
5. terminal-palliative Maßnahmen

Während der **Diagnosephase** werden die Patientinnen mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer Brustkrebserkrankung konfrontiert. Hier dominieren vor allem Gefühle des „Nicht-Wahr-Haben-Wollens“, von Panik und Verzweiflung mit höchstem Angstniveau und innerer Verzweiflung. Patientinnen versuchen die Ernsthaftigkeit der Erkrankung zu verleugnen. (Wordon, J.W. & Weisman, A.D. 1984; Kappauf, H. & Gallmeier, W. 2000).

Es folgt schließlich die Phase der **Mitteilung der endgültigen Diagnose**, die bei vielen Patientinnen und deren Angehörigen mit Vorstellungen von Leiden und Tod in Zusammenhang gebracht wird. Oftmals haben die betroffenen Frauen eine stark belastenden Zeit des Wartens zwischen der Äußerung der Verdachtsdiagnose und der endgültigen Diagnose hinter sich. In dieser Phase können auch Suizidgedanken auftreten. (Bjorkenstam, C., Edberg, A., Ayoubi, S. et al. 2005). Die Patientinnen befinden sich häufig direkt mit der Mitteilung der Diagnose, oft noch Tage und

Wochen später im Diagnoseschock. Die Patientinnen erleben eine Kaskade abrupt wechselnder Gefühle von akuter Trauer, Ärger, Wut, Angst sowie abnehmende Aufmerksamkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit. In der Phase der initialen Verarbeitung der Diagnose werden bereits Abwehr- und Verhaltensstrategien entwickelt (Rieg-Appleson, C. 2005). Gelingt dies nicht, so können Anpassungsstörungen mit entsprechenden Belastungsreaktionen entstehen.

Oftmals quälen die Patientinnen Fragen wie „Warum ich? Was habe ich falsch gemacht?“ Im Hinblick auf die anstehende Behandlung entwickeln die Patientinnen oftmals einen gewissen Therapieoptimismus begleitet von großem Bedürfnis nach Information. Es folgt die **Behandlungsphase**, in der die Hoffnung nach vollständiger Beseitigung der Tumorerkrankung bzw. Ansprechen der Therapie im Vordergrund steht. Daneben dominieren Zukunftsängste und Einsamkeitsgefühle, Angst vor Verlust des sozialen Umfelds, des Berufes und der Identität. In erster Linie leiden die Patientinnen in dieser Phase besonders unter den schmerzvollen und belastenden Behandlungsprozeduren, unter den Nebenwirkungen und unter dem wachsenden Bewusstsein lang anhaltender negativer psychischer und physischer Wirkungen über Monate hinweg (Tschuschke, V. 2002). Die Symptome von Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Erschöpfung und der Antriebslosigkeit verursachen Disstress. Es gelingt den Patientinnen nur schwer oder gar nicht, unter diesen Nebenwirkungen ihren täglichen Anforderungen, in Familie, Beruf und Gesellschaft gerecht zu werden. Hierbei treten auch Gefühle von Schuld und Scham auf (Loscalzo, M. & Brintzenhofeszoc, K. 1998). Mit dem Betreten des Krankenhauses zur Therapie (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) lassen die Patientinnen ihre Identitätskriterien, die sie als diejenigen kennzeichnen, die sie sind (z.B. Arbeit, berufliche Stellung, Kleidung, soziales Ansehen) zurück. Die psychische Stabilität kann hierbei sehr geschwächt werden.

Nach abgeschlossener Behandlung wächst die Hoffnung, dass die erreichte Phase der Remission bzw. die **Erholungsphase** lange andauern wird. Die meisten Patientinnen gehen davon aus, dass sie geheilt sind. Je mehr gute d.h. beruhigende Nachrichten eine Patientin in dieser Zeit bekommt, umso mehr bekommt sie wieder Sicherheit im Umgang mit ihrem Körper und das Vertrauen nimmt zu. Jedoch ist das Verarbeiten der Krebsdiagnose eine lebenslange Aufgabe (Tschuschke, V. 2002). Beinahe jede Patientin beschäftigt die Sorge um ein mögliches Wiederauftreten der

Erkrankung. Daher ist auch diese Phase bei vielen Patienten beeinträchtigt durch fortgesetzte Angst und reaktive Depression, manchmal mit lebenslänglichen posttraumatischen Belastungsstörungen. In dieser Phase haben Patientinnen Gelegenheit zur Neuorientierung. Diese betreffen vor allem Fragen, die die bisherige Lebensführung und die eigene Identität angehen. Das geschieht vor allem während Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen. Den Patientinnen werden Möglichkeiten geboten, ihren geschwächten Organismus zu stärken und sich von den Strapazen der Therapiemaßnahmen zu regenerieren.

Kommt es in der sog. **Progredienzphase** zu einem Rezidiv, so wird das Gefühlserleben des ersten Schocks wieder reaktiviert, intensiviert und ist mit erneutem Erleben von Ohnmacht und Scheitern verbunden. Angst, Wut, Verzweiflung und Depression werden oft übermächtig. Die psychologische Anpassung zu diesem Zeitpunkt wird noch schwieriger.

In der **terminal-palliativen Phase** steht die Auseinandersetzung mit dem Prozess des Sterbens und dem Tod im Mittelpunkt. Dazu kommt die Angst der Isolierung von Familie und vom medizinischen Behandlungsteam. Daneben fürchten die Patientinnen die potentiellen Komplikationen wie Schmerzen, Luftnot, und den Verlust von Körperfunktionen bis zur vollständigen Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. (Tschuschke, V. 2002). Aufgrund der genannten Belastungen, die Brustkrebspatientinnen und Krebspatienten im Allgemeinen erleben, sind Maßnahmen erforderlich, die zur Reduktion dieser Belastung führen. Dies stellt eine zentrale Anforderung an die Behandelnden und die psychoonkologischen Dienste in Akutkliniken, Rehabilitationskliniken und im gesamten ambulanten Bereich dar. Welche Maßnahmen im Einzelnen zur Verringerung der psychosozialen Belastung führen, wird im folgenden Kapitel aufgeführt.

1.5 Wirksamkeit der psychosozialen Intervention

Der aktuelle Forschungsstand bestätigt, dass psychoonkologische Interventionen die psychische Befindlichkeit von Patientinnen mit Brustkrebs verbessern und in der Folge auch ihre Lebensqualität steigern können. Die Relevanz psychoonkologischer Behandlung und Betreuung wird auch dadurch unterstrichen, dass sie explizit in der von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. vorgelegten S3-Leitlinie festgeschrieben wurde und damit als fester Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems integriert ist (Heckel, U. & Weis, J. 2006). In den vergangenen 20 Jahren wurde eine Vielzahl psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen entwickelt, um die Patientinnen in ihrer Auseinandersetzung und Anpassung an ihre Erkrankung zu unterstützen. Psychoonkologische Behandlungsansätze verfolgen verschiedene Zielsetzungen, die sich wie nachfolgend zusammenfassen lassen: (Fawzy, I.F. et al. 1995; Tschuschke, V. 2002; Söllner, W. & Keller, M. 2007):

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

Ergebnisse und Analysen von Interventionsstudien weisen übereinstimmend nach, dass sich auf der Ebene der einzelnen Therapieangebote die psychische Belastung signifikant reduzieren lässt und eine gesteigerte Lebensqualität zur Folge hat (Meyer, T.J. et al. 1995; Sherad, T. & Maguire, P. 1999). Hierbei ist anzumerken, dass sich psychoonkologische Interventionen als ergänzende supportive Maßnahmen in der Behandlung von Krebserkrankungen verstehen und kein Ersatz für medizinische Maßnahmen darstellen. Es existieren eine große Anzahl wissenschaftlicher

Untersuchungen, in denen vor allem die Reduktion von Angst und Hilflosigkeit, die nicht nur kurzfristig, sondern durchaus auch über viele Monate und Jahre anhält, deutlich dargestellt werden (Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. 1979; Spiegel, D. & al., et 1989; Fawzy, I.F. 1999; Watson, M. et al. 1999; Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W. et al. 2003).

Die Effekte psychosozialer Intervention zeigen sich auch in den einzelnen Bereichen der Behandlung wie z.B. Reduktion von Übelkeit und Erbrechen während einer Chemotherapie und bieten enorme Hilfestellungen für Patienten und auch für deren Angehörige (Bultz, B., Speca, M., Brasher, P. et al. 2000).

Was die Überlebenszeit oder Rezidivrate in Bezug auf psychoonkologische Interventionen angeht, so ist die wissenschaftliche Sachlage uneinheitlich. So liefern einige Studien Hinweise darauf, dass durch ein kurzes strukturiertes Interventionsprogramm nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch die Rezidivrate und sogar die Mortalität gesenkt werden konnte (Fawzy, F., Fawzy, N.W., Hyun, C.S. et al. 1993). Diesen deutlichen Effekt auf die Überlebensraten bei Patientinnen mit metastasierten Mammakarzinom konnten allerdings von Goodwin et al. in einer großen Stichprobe nicht bestätigt werden (Goodwin, P.J., Leszcz, M, Ennis, M. et al. 2001).

Thomas Küchler demonstrierte mit seiner 2007 veröffentlichten Studie folgende Ergebnisse bzgl. der Überlebensraten von Krebspatienten (Küchler, T., Bestmann, B., Rappat, S. et al. 2007). Er untersuchte in einem Zeitraum von Januar 1991 bis Januar 1993 insgesamt 271 Patienten mit gastrointestinalen Tumoren hinsichtlich ihrer Lebensqualität: Die Patienten wurden in einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe randomisiert. Die Kontrollgruppe erhielt eine standardisierte klinisch-operative Behandlung während die Versuchsgruppe noch zusätzlich psychosoziale Unterstützung bekam. Die Patienten wurden am 10 bis 14.Tag und nach 3,6,12, und 24 Monaten nach dem operativen Eingriff mit dem European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire (QLQ-C30) untersucht. Die Ergebnisse zeigten nicht nur positive Auswirkungen auf Lebensqualitätsparameter, sondern auch eine höhere Überlebensrate und zwar im Zwei-Jahres- und im Zehn-Jahres-Follow-Up für die Patienten aus der Versuchsgruppe gegenüber den Patienten aus der Kontrollgruppe (Küchler, T. et al. 2007).

1 Einleitung

Auch wenn diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden müssen und die Wirkmechanismen weiterhin nicht klar sind, weisen sie doch in die Richtung, die Forschungsaktivitäten weiterhin zu verstärken.

1.6 Aktueller Forschungsstand der psychosozialen Diagnostik

1.6.1 Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie

Mit Blick auf die gegenwärtige psychosoziale Versorgung zeigt der Stand der aktuellen Forschung, dass nur ein geringer Teil von Krebspatienten mit psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen frühzeitig erkannt und einem Interventionsangebot zugeführt wird (Mehnert, A. & Koch, U. 2005).

Um diesem Defizit entgegen zu treten, gab es in den letzten Jahren national sowie international Entwicklungen zur Vereinbarungen von Leitlinien für die psychosoziale Versorgung wie z.B. Standards der National Cancer Center Network (National Comprehensive Cancer Network 2004), die psychosozialen Versorgungsleitlinien, Information, Unterstützung und Beratung für Brustkrebspatientinnen des australischen National Health and Medical Research Council und die Nationalen Standards für psychosoziale Onkologie für Kanada der Canadian Association for Psychosocial Oncology (National Health and Medical Research Council- 1999).

Für den deutschsprachigen Raum wurde die S3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft zum Mammakarzinom entwickelt (Deutsche Krebsgesellschaft e.V. 2004). In diesen wurde gefordert, dass psychoonkologische Behandlungsmaßnahmen in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie integriert werden sollten (Sherad, T. et al. 1999; Edwards, A.G. , Hailey, S. & Maxwell, M. 2004). Außerdem sollten alle Patientinnen von ärztlicher Seite frühzeitig über die Möglichkeit psychoonkologischer Hilfestellungen informiert werden.

1.6.2 Diagnostik psychosozialer Belastung

Nach Erkenntnis über die im o.g. Kapitel dargestellten Effekte der psychosozialen Interventionen stellt sich nun die Frage:

„Welcher Patient benötigt nun zu welchem Zeitpunkt welche Form der Unterstützung?“ Da nicht alle Patientinnen interventionsbedürftig und psychosoziale Betreuungskapazitäten begrenzt sind, ist eine zentrale Aufgabe darin zu sehen, diejenigen Patientinnen zu identifizieren, die behandlungsbedürftig sind. Keller postuliert ausdrücklich: „Vorraussetzung für effektive psychotherapeutische Behandlung ist die treffsichere Identifizierung behandlungsbedürftiger Patienten mit psychischer Komorbidität durch den behandelnden Arzt“ (Keller, M. 2001: 141)

Die Psychoonkologie beschäftigt sich schon seit ca. 30 Jahren mit der Thematik des Behandlungsbedarfs.

Dem „subjektiven“ Bedarf, d.h. dem subjektiv geäußerten Wunsch nach Versorgung seitens des betroffenen Krebspatienten steht ein „objektiver“ Bedarf gegenüber. Diesen objektiven Bedarf benötigt man zum Beispiel zur Erfassung in der Planung von Stellen im Gesundheitswesen (z.B. „Wie viele Psychoonkologen sind erforderlich bezogen auf die Anzahl der Betten in einer onkologischen Klinik?“).

Denkbar wäre eine Indikationsstellung nach verschiedenen Kriterien (Herschbach, P. 2006):

1. Merkmale der Erkrankung/Behandlung
2. Selbstzuweisung
3. Psychiatrische Komorbidität
4. Einschätzung des Onkologen
5. Coping
6. Psychosoziale Belastung/Lebensqualität

Ad 1: Merkmale der Erkrankung

Die klinische Erfahrung zeigt, und das unterstreicht auch der Artikel über das „Zufriedenheitsparadox“, dass der subjektive und individuelle Bedarf nur gering mit dem objektiven Krankheitsbefund korreliert (Herschbach, P. 2002). Immer wieder erlebt man bei schwerstkranken Patienten, dass sie ihre Situation erstaunlich gut ertragen. Auf der anderen Seite gibt es Patienten mit schonenden Therapiemaßnahmen, die massive emotionale Belastung zeigen. Es kann also nicht von einer objektiven Krankheitssituation auf die Betreuungsbedürftigkeit geschlossen werden.

Ad 2: Selbstzuweisung

Die Inanspruchnahme psychosozialer Interventionsangebote durch die Patienten selbst im Sinne einer Selbstzuweisung ist auch kein zuverlässiger Indikator für die Bedürftigkeit. Viele Patienten trauen sich oftmals nicht, ihren Leidensdruck zu offenbaren oder haben Angst vor einer Stigmatisierung. Es ist also unzulässig von der Zahl der Betreuungsinanspruchnahme der Patienten auf ihren Behandlungsbedarf zu schließen. Vielmehr ist es ein langer Weg, von der Wahrnehmung und Akzeptanz

der eigenen Belastung über das Wissen um den Nutzen psychosozialer Gespräche bis schließlich zur Selbstüberwindung und einer aktiven Nachfrage. Es wurde immer wieder beobachtet, dass die Inanspruchnahme im Zusammenhang mit Merkmalen wie Krebsdiagnose, Alter (oftmals jüngere Patienten), Geschlecht (überwiegend Frauen), soziale Schicht, Beschwerdenstärke und Coping-Stil, Informationsstand (hoch) steht (Koch, U. et al. 1998; Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M. et al. 2005).

Ad 3: Psychiatrische Komorbidität

Als Standardkriterium für die psychische Belastung gilt das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Das Vorliegen einer psychiatrischen Störung z.B. Angststörung oder einer Depression wäre übertragen auf die Psychoonkologie eine Indikation für den psychoonkologischen Betreuungsbedarf. Jedoch eignet sich die psychiatrische Diagnostik nicht, das Befinden von Tumorpatienten adäquat darzustellen, da die meisten psychiatrischen Diagnosen auf belastete Tumorpatienten nicht zutreffen und somit Tumorpatienten mit ihren in der Erkrankung adäquaten Belastungsreaktionen übersehen würden. Dies sei an folgendem Beispiel näher demonstriert. Viele Krebspatienten leiden an Ängsten z.B. Angst vor Metastasierung, die als Realängste einzustufen sind (Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A. et al. 2005). Die psychiatrischen Ängste sind dagegen irrational. Würde man das Vorliegen einer psychiatrischen Störung zum Indikationskriterium machen, so würden schätzungsweise bis zu 45% psychoonkologisch belastete Krebspatienten übersehen werden (Herschbach, P. 2006). Es besteht zudem die Gefahr der „psychiatrischen Stigmatisierung“ der einzelnen Patienten.

Ad 4: Einschätzung des Onkologen

Es ist weithin bekannt, dass die Fremdeinschätzungen durch die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte oftmals nur gering mit dem Bedarf und der Selbsteinschätzung der Patienten übereinstimmen (Söllner, W., Vries, A.de, Steixner, E. et al. 2001; Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C. et al. 2004).

Studien belegen, dass insbesondere die Einschätzung der Bedürftigkeit der Patienten von Seiten der Behandler zu niedrig bzw. zu hoch ist (Spiegel, D., Sands, S. & Koopmann, C. 1994).

Ad 5: Coping

Wenn man frühzeitig denjenigen Patienten erkennen könnte, der sich in seiner Anpassungsreaktion bzw. im sog. Coping (Bewältigungsstrategie) auffällig bzw. pathologisch verhält, könnte eine rechtzeitige Intervention durch eine professionelle Unterstützung erfolgen. Allerdings sind Copingmechanismen interindividuell so komplex und unterschiedlich, dass es kaum möglich ist, auf diese Weise klinisch relevante, ökonomische Kriterien bereitzustellen (Muthny, F.A. 1994).

Ad 6: Psychosoziale Belastung/ Lebensqualität

Als Indikationskriterien am ehesten geeignet erscheinen die Kriterien der psychosozialen Belastung und der Lebensqualität. Sie wurden inzwischen beide in Form von Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten operationalisiert und finden mittlerweile in klinischen Studien Verwendung. Außerhalb von Modell- und Forschungsprojekten kommen diese Instrumente allerdings kaum zum Einsatz.

Aus den oben genannten Gründen wurde erkannt, dass die systematische Untersuchung aller Krebspatientinnen der alleinige Weg ist, die betreuungsbedürftigen Patienten zu identifizieren. Eine Reihe der gängigen international angewandten Instrumente, die dem derzeitigen Forschungsstand entsprechen, werden im Folgenden aufgeführt.

1.6.3 Methoden der Diagnostik psychosozialer Belastung

Zu den Erhebungsinstrumenten, die die allgemeine psychosoziale Belastung von Krebspatienten messen, gehört die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) (Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L. et al. 2004). Mit insgesamt 15 Items ist die PO-Bado ein Fremdbeschreibungsinstrument, das für alle Krebspatienten angewendet wird. Daneben existiert noch die Kurzversion mit 6 Items, der sog. PO-Bado-KF. Die PO-Bado erfasst die subjektiv empfundene Belastung von Krebspatienten hinsichtlich des körperlichen und psychischen Befindens. Verleugnungsprozesse können hier anhand diskrepanter verbaler und nonverbaler

Äußerungen miterfasst werden. Außerdem ist das „Distress Thermometer“ zu nennen, mit welchem auf die Frage, „Wie würden sie heute ihre psychosoziale Belastung einschätzen auf einer Skala von Null bis Zehn?“ der Grad der subjektiven Belastung aufgedeckt werden kann (Holland, J.C. et al. 1989; Holland, J.C., Breitbart, W., Jacobsen, P.B. et al. 1998). Das Ausmaß der Anpassungsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen versucht der Impact of Event Scale (IES-R) zu erfassen (Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alavarez, W. 1979). Das krebspezifische Phänomen Fatigue kann z.B. mit dem Brief Fatigue Inventory (BFI) näher beschrieben werden (Radbruch, L., Sabatowski, R., Elsner, F. et al. 2003). Die Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) bzw. deren Kurzform (Watson, M., Greer, S., Young, J. et al. 1988) und der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) werden zur Erfassung personaler und sozialer Ressourcen verwendet (Muthny, F.A. 1990). Es ist inzwischen eine große Anzahl an Messinstrumenten vorhanden, die insbesondere die Lebensqualität erfassen. Darunter sind vor allem das Selbstbeurteilungsinstrument der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), der sog. EORTC QLQ-C30 (Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergmann B et al. 1993) und das überwiegend im angloamerikanischen Raum verwendete Instrument die FACT-Scalen (Functional Assessment of Cancer Therapy) zu nennen {Bonomi, 1996 #196}. Bezüglich der Identifikation von Brustkrebspatientinnen konnte in einer Studie gezeigt werden, dass sich weder der HADS-D noch der HF als ausreichend sensitiv und spezifisch erwiesen haben (Faller, H., Olshausen, B. & Flentje, M. 2003). Es ist allgemein bekannt, dass all die bisherigen Instrumente nicht sensitiv genug sind, um für die für Patientinnen mit Mammakarzinom relevante Dimensionen der psychischen Befindlichkeit zu erfassen. Aus diesem Grund wurden speziell auf die Diagnostik von Brustkrebspatientinnen ausgerichtete Instrumente entwickelt.

Die sog. C-PASS (Breast Cancer Psychosocial Assessment Screening Scale) deckt die für die Brustkrebspatientinnen relevanten Aspekte der unterschiedlichen Standardinstrumente ab und zeichnet sich durch hohe Praktikabilität insbesondere durch seine kurze Bearbeitungszeit aus (Isermann, M., Rauchfuß, M., Diegelmann, C. et al. 2006 (in Vorbereitung)). Mit Hilfe der C-PASS kann es auch den psychodiagnostisch nicht geschulten Ärzten und anderen an der Versorgung von Brustkrebspatientinnen beteiligten Berufsgruppen gelingen, aufgrund eines leicht

interpretierbaren Profils frühzeitige Hinweise auf Störungen in der psychischen Bewältigung und Beeinträchtigungen der individuellen Lebensqualität geben. Seit Frühjahr 2007 existiert die „Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs“ (PO-Bado-BK) (Herschbach 2007 et al. im Druck), ein von Herschbach und Kollegen auf der Grundlage der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado BK) für Brustkrebspatientinnen spezifisch entwickelter Fragebogen.

1.6.4 Fragestellung der Arbeit

In der Behandlungsphase von Brustkrebspatientinnen in einem Akutkrankenhaus treten wie in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich beschrieben, psychosoziale Belastungen auf. Es wird davon ausgegangen, dass das psychische Befinden während des stationären Aufenthalts von diversen, für die Patientin kritischen Ereignissen (Operation, Warten auf das histologische Ergebnis, Mitteilung des histologischen Ergebnis, ggf. Mitteilung einer erneut notwendigen Operation u.a.) beeinflusst wird und deshalb in seiner Intensität einer Veränderung unterliegt.

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

Es soll zudem evaluiert werden, welche physischen, psychischen und sozialen Faktoren die psychosoziale Belastung beeinflussen. Darüber hinaus soll durch eine Längsschnittuntersuchung beobachtet werden, wie sich die psychosoziale Belastung und damit der psychoonkologische Betreuungsbedarf zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung darstellen bzw. ob sich eine Veränderung des Betreuungsbedarfs ergibt. Gleichzeitig soll die Praktikabilität des Untersuchungsinstruments überprüft werden, da es in der klinischen Praxis eines Akutkrankenhauses bisher noch nicht eingesetzt wurde.

Als Instrument wurde die Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs (PO-Bado-BK) eingesetzt. In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden insgesamt 93 (n=93) Brustkrebspatientinnen mit dem PO-Bado-BK befragt, darunter konnten insgesamt 79 Patientinnen (n= 79) während des stationären Aufenthalts für die Verlaufsdarstellung ein zweites Mal befragt werden. Die Befragungen erfolgten zu zwei verschiedenen Zeitpunkten. Die erste Befragung (T1) zu Beginn des stationären Aufenthalts (d.h. also vor dem operativen Eingriff während der Aufnahmephase) und

das zweite Mal (T2) d.h. kurz vor der Entlassung am Ende des stationären Aufenthalts. Zu jedem der Zeitpunkte wurde mit Hilfe des PO-Bado-BK in einem halbstrukturierten Interview die Belastung durch einen geschulten Interviewer eingeschätzt.

Zusammenfassend werden in der vorliegenden Studie aufbauend auf bisherigen Forschungsergebnissen folgende Fragen untersucht:

- Wie hoch ist der Betreuungsbedarf der befragten Brustkrebspatientinnen?
- Wird der Betreuungsbedarf von bestimmten Faktoren beeinflusst und welche sind das?
- Tritt eine Veränderung des psychosozialen Betreuungsbedarf im Verlauf des stationären Aufenthalts auf?
- Eignet sich die PO-Bado-BK als praktikables Instrument im Alltag?

2 Methoden und Patientenkollektiv

2.1 Beschreibung der Methoden

2.1.1 Studiendesign

Innerhalb einer klinisch-experimentellen Studie wurden Patientinnen mit Mammakarzinom mit der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado-BK) hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastung untersucht.

2.1.2 Studienzentrum/ Studienzeitraum

Die Interviews fanden in der Frauenklinik mit dem angegliederten interdisziplinären Brustzentrum des Markuskrankenhauses Frankfurt (Chefarzt Professor Dr. med. J. Gauwerky) sowie in der Klinik für Plastische Chirurgie (PD. Dr. med. K. Exner) statt. Die erhobenen Daten wurden nach den Vorschriften des Datenschutzgesetzes anonymisiert gespeichert und wissenschaftlich ausgewertet.

Die Interviews erfolgten während des stationären Aufenthalts insgesamt zu zwei verschiedenen Zeitpunkten, dem Zeitpunkt T1 der stationären Aufnahme und dem Zeitpunkt T2 vor der Entlassung der Patientin aus der stationären Behandlung.

Der Untersuchungszeitraum betrug insgesamt 6 Monate von April bis September 2007.

2.1.3 Interviewer und Studienablauf

Die Befragungen innerhalb einer großangelegten Studie zur psychosozialen Belastung aller onkologischen Patienten im Akutkrankenhaus wurden von Frau Dr. Dipl. Psych. Bianca Senf, Leiterin der Abteilung für Psychoonkologie initiiert und umgesetzt. An der Durchführung der Befragung beteiligt waren die Promovendin selbst, Mitarbeiter der Psychoonkologie sowie Studenten der Psychologie im Rahmen eines psychologischen Praktikums. Alle Interviewerinnen hatten eine Schweigepflichterklärung unterschrieben. Die Einarbeitung der Interviewerinnen erfolgte in mehreren Schritten:

Alle wurden ausführlich in Ziel und Zweck der Studie eingeführt, lernten die Messinstrumente kennen und wurden von der Studienleiterin Frau Dr. Senf in die Grundlagen der Psychoonkologie eingeführt. Zur Schulung der Interviews waren alle Interviewer zu Beginn der Befragung bei psychoonkologischen Interviews anwesend

und hatten Gelegenheit, ebenfalls die subjektiv empfundene Belastung der Patientinnen mit zu bewerten. Die Einschätzung der emotionalen Belastung wurde dann im Anschluss diskutiert. Außerdem wurden zu Lehr- und Demonstrationszwecken Videoaufzeichnungen von psychoonkologischen Interviews angefertigt. Diese wurden dann in regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen angeschaut. Die jeweils unterschiedlichen Bewertungsergebnisse wurden diskutiert. Darüber hinaus musste jede Interviewerin mehrfach im Rollenspiel eine andere Interviewerin befragen, ehe sie eine Patientin zum ersten Mal befragen konnte.

Nach einer intensiven Einarbeitungsphase führten die Interviewer die Befragungen selbstständig durch. Regelmäßig fanden Stichprobenkontrollen statt, indem eine der Psychoonkologinnen bei den Gesprächen anwesend war. Es bestand zu jeder Zeit für alle Interviewerinnen bei Problemen die Möglichkeit, Rücksprache mit der Studienleiterin bzw. deren Vertretung zu halten.

2.1.4 Praktische Umsetzung

Für eine lückenlose Erfassung aller Brustkrebspatientinnen wurden Stationslisten erstellt, in die jeden Morgen montags bis freitags nach Rücksprache mit den behandelnden Stationsärzten sowie den Pflegekräften neu aufgenommene Patientinnen notiert wurden. Vor jeder Befragung erfolgte eine Besprechung und Erläuterung des Interviewers mit dem behandelnden Arzt zum Allgemeinzustand und über den Aufklärungsstand der Patientin. Medizinische Daten wie Tumorentität, Histologie, Staging, Grading, geplante und erfolgte Therapien wurden erfasst und schriftlich festgehalten. Zudem wurden Alter, Familienstand, Arbeitsituation, Begleiterkrankungen, vorausgegangene tumorbezogenen Behandlungen, Einnahme von Psychopharmaka oder Beruhigungsmitteln, Karnowskyindex sowie das Stattfinden psychologischer Behandlung aktuell und in der Vergangenheit notiert. Weitere soziodemographische Daten wurden unter anderem der Patientenakte entnommen.

Nach gründlicher Durchsicht all dieser Daten wurde die Patientin aufgesucht und ausführlich darüber aufgeklärt, dass ein psychoonkologisches Interview zu zwei verschiedenen Zeitpunkten des stationären Aufenthalts erfolgen würde und wie lange die jeweiligen Gespräche in etwa dauern würden. Während der Kontaktaufnahme prüfte die Interviewerin noch einmal die Einschlusskriterien zur Studie. Sofern die Patientinnen gefähig waren, wurden sie zur Befragung in einen separaten Raum

gebeten, z.B. Arztzimmer, Ruheraum, Besprechungszimmer der Psychoonkologie, um die Privatsphäre der Gesprächssituation zu gewährleisten. War eine Patientin bettlägerig, wurde das Gespräch im Patientenzimmer durchgeführt und ggf. wurde die Bettnachbarin gebeten, für kurze Zeit, das Zimmer zu verlassen.

Nach Beendigung der Gespräche erhielt die Patientin die Information, dass sie bei Bedarf ein psychoonkologisches Gespräch vereinbaren könne und ein Informationsschreiben über das psychoonkologische Angebot im Markus-Krankenhaus. Außerdem wurde erneut auf den zweiten Gesprächstermin vor der Entlassung hingewiesen.

2.2 Beschreibung der Patientinnen

2.2.1 Charakteristika der Untersuchungsgruppe

Die Patientinnen wurden bei Erstkontakt durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Brustzentrum oder während der präoperativen Vorbereitung auf den gynäkologischen Stationen der Frauenklinik, im Brustzentrum und in der plastischen Chirurgie auf die im Rahmen einer Studie laufenden Befragungen angesprochen und auf diese Weise für die Studie gewonnen. Alle Patientinnen gaben dem von der Ethikkommission des Markuskrankenhauses angenommenen Studienprotokoll ihre schriftliche Zustimmung.

Insgesamt nahmen 93 Patientinnen an den Befragungen teil, davon 79 Patientinnen an der zweiten Befragung zur Verlaufsdarstellung. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 58 Jahre.

2.2.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien

In die Befragung eingeschlossen wurden alle Patientinnen mit histologisch gesichertem Brustkrebs, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer Behandlung in der Frauenklinik im Markuskrankenhaus befanden bzw. bei denen eine stationäre Aufnahme bevorstand, Patientinnen im Alter von über 18 Jahren, Patientinnen, die über ihre Diagnose und ihren Gesundheits- bzw. Krankenzustand ausreichend aufgeklärt waren und die eine schriftlicher Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Befragung abgegeben hatten.

Als Ausschlusskriterien galten mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, kognitive Beeinträchtigungen und ein Karnovskyindex von ≤ 70 %.

2.2.3 Reduktion der Patientenzahl der Verlaufsstichprobe gegenüber der Gesamtstichprobe

Von den insgesamt 93 Patientinnen haben 79 Patientinnen auch ein zweites Mal an der Befragung teilgenommen. Das erfolgte vor dem Hintergrund, dass alle Patientinnen schon beim ersten Mal darauf hingewiesen wurden, dass die Befragung sozusagen aus zwei Teilen bestehen und auch eine zweite Befragung erfolgen würde. Das entspricht einer Teilnahme von 85 %. 14 (15%) Patientinnen haben somit kein zweites Mal an der Befragung teilgenommen. Das liegt daran, dass 5 (5%) Patientinnen vor Stattfinden des zweiten Gespräches unangekündigt entlassen

wurden, ohne die Interviewer zu informieren (z.B. am Wochenende, an denen keine Befragungen stattfanden). Außerdem wurden 2 (2%) Patientinnen ohne Kenntnis der endgültigen Histologie entlassen und sollten sich zu einem Besprechungstermin (z.B. Privatsprechstunde) erneut vorstellen.

Andererseits lehnten 7 (8%) Patientinnen ein zweites Gespräch ab mit der Begründung, dass das erste Gespräch sie zu sehr „in Unruhe versetzt“ oder „zu sehr aufgewühlt“ hätte. In der nun im Folgenden beschriebenen Stichprobe wird also nun von 79 zweimal befragten Patientinnen ausgegangen.

2.2.4 Fehlende Daten

Im Fragebogen wurden durch Überblättern oder Übersehen von Fragen einige Daten nicht erhoben. Bei der Angabe von Lymphknotenbefall und Metastasen fehlten die Daten von jeweils 3 (4%) Patientinnen, bei der Angabe zur Operationsart fehlten die Daten von 7(9%) Patientinnen. Die Frage nach einem Lymphödem wurde von 4 (5%) Patientinnen nicht erfasst, die Angabe zum Brustaufbau fehlten bei 7 (9%) Patientinnen. Bei allen weiteren Items betrafen die fehlenden Einträge bezogen auf die Stichprobe 2 oder weniger.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs (PO-Bado-BK)

Die PO-Bado BK stellt eine Spezialversion der Psychoonkologischen Basisdokumentation PO-Bado dar. Dieser Fragebogen steht erstmals seit Beginn des Jahres 2007 zur Verfügung und dient der Erfassung psychosozialer Belastung von Brustkrebspatientinnen (Herschbach, P. 2006).

Die aus drei Teilen bestehende PO-Bado-BK ist eine Fremdeinschätzungsskala, die von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften in Form von Interviews für Patientinnen mit Brustkrebs benutzt werden kann.

Die Interviewdauer wird mit ca. 20-25 Minuten angegeben.

Im ersten Teil werden die soziodemographischen und medizinischen Angaben der Patientin erhoben. Darunter fallen Alter, Familien- und Arbeitsituation, Vorhandensein von Kindern, Diagnosestellung mit Lymphknotenbefall und vorangegangener bzw. geplanter Operationsart und Datum der Diagnosestellung, aktueller Krankheitsstatus, bereits erfolgte Behandlungen, weitere vorhandene somatische Erkrankungen, Einnahme von Psychopharmaka und psychologische Behandlung in der Vergangenheit, aktueller Funktionsstatus entsprechend der WHO- ECOG-Skala (ECOG-Skala = Eastern Cooperative Oncology Group: 0 = normale Leistungsfähigkeit, 1 = ambulante Betreuung, leichte Arbeiten möglich, 2 = weniger als 50% bettlägrig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, 3 = mehr als 50% bettlägrig, begrenzte Selbstversorgung noch möglich, 4 = ständig bettlägrig)

Im zweiten Teil werden folgende Bereiche in Interviewform beurteilt:

1. **somatische Belastung** mit 6 Items:
 - 1) Erschöpfung/Mattigkeit,
 - 2) Schmerzen
 - 3) Bewegungseinschränkung im Schulter-/Armbereich
 - 4) Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens
 - 5) Hitzewallungen
 - 6) weitere somatische Belastungen

2. **psychische Belastungen** mit 10 Items:

- 1) Schlafstörungen
- 2) Stimmungsschwankungen / Verunsicherung
- 3) kognitive Einschränkungen
- 4) Hilflosigkeit/ Ausgeliefertsein
- 5) Angst/ Sorgen /Anspannung
- 6) Scham/ Selbstunsicherheit
- 7) Veränderungen des Körpers/ Körperbildes
- 8) gestörtes Lustempfinden (Sexualität)
- 9) Trauer/ Niedergeschlagenheit / Depressivität
- 10) weitere psychische Belastungen

3. **zusätzliche Belastungsfaktoren** mit 4 Items

- 1) belastende Probleme im Familien- und Freundeskreis
- 2) Belastende wirtschaftliche Probleme
- 3) weitere zusätzliche Belastungsfaktoren
- 4) das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst (Ja/Nein)

4. Abschließend wird folgende Gesamtbeurteilung gefordert:

„Bei der Patientin besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung“ (Ja/Nein).

Das Item Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depressivität beispielsweise bezieht sich darauf, ob die Patientin bedrückt und niedergeschlagen ist, wenig Freude bei Aktivitäten empfindet und Situation als hoffnungslos und pessimistisch betrachtet. Typische Symptome einer depressiven Reaktion sind u.a. vermindertes Interesse, Gefühl von Sinnlosigkeit und Wertlosigkeit, unablässiges Grübeln, Entscheidungsunfähigkeit, Antriebsverarmung und Ein- und Durchschlafprobleme. Der Interviewer soll mit gezielten Fragen herausfinden, ob und welche Belastungsfaktoren beim jeweiligen Patienten vorhanden sind (Herschbach, P. 2006). Mit Hilfe des Manuals und Interviewleitfadens zur PO-Bado- BK soll es dem Interviewer ermöglicht werden, die Bereiche 1 und 2 bei der Patientin auf einer 5-stufigen Likertskala (0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittelmäßig, 3 = ziemlich, 4 = sehr)

einzuschätzen. Wichtig ist zu beachten, dass es um das Befinden der Patientin geht, d.h. um die Stärke der Belastung, und nicht um die Stärke eines Symptoms. Des Weiteren gilt, dass der Gesamteindruck für den Interviewer bei der Einschätzung der Patientin maßgebend ist und neben direkten Patientenäußerungen auch die nonverbale Kommunikation zu beachten ist (Herschbach, P. 2006). Für das o.g. Item wäre also darauf zu achten, ob Mimik und Gestik Anzeichen von Trauer und Niedergeschlagenheit liefern, auch wenn die Patientin diese Gefühle nicht direkt äußert.

Für den Bereich „zusätzliche Belastungsfaktoren“ und die abschließende Gesamtbeurteilung sind die Einschätzung dichotom, d.h. es gibt nur die Antwort JA oder NEIN.

Der Interviewer soll sich mit seinen Fragen im Gespräch stets auf das Zeitfenster der letzten drei Tage beschränken. Am Ende der PO-Bado soll der Interviewer entscheiden, ob bei der Patientin aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung besteht. Ein cut-off-Wert liegt zurzeit nicht vor. Die Fremdeinschätzungsskala ermöglicht im Gegensatz zur Selbsteinschätzungsskala, nonverbale und unbewusste Aspekte und Wahrnehmungen bei der Patientin zu erfassen und dadurch mögliche Verleugnungs- und Abwehrprozesse der Patientinnen zu erkennen (Vos, M. S. & de Haes, J. C. 2007).

Außerdem kann die PO-Bado-BK auch mit solchen Patientinnen durchgeführt werden, die z.B. aus körperlicher Behinderung keine Fragebögen ausfüllen können.

2.4 Statistische Datenauswertung

Der Fragebogen PO-Bado-BK wurde nach Vorgabe der Testmanuale ausgewertet. Die gewonnenen Daten wurden anonymisiert in einer SPSS Tabelle aufgenommen. Die Tabelle wurde mittels einer Stichprobe von ca. 10 % der Patientendaten auf Fehler überprüft.

Deskriptive Ergebnisse der epidemiologischen Daten wurden in absoluten Zahlen und Prozentzahlen angegeben.

Das Signifikanzniveau wurde bei 5% als signifikant und 1% als hoch signifikant festgesetzt. Von einem signifikanten Ergebnis spricht man, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit nicht höher als 5% liegt. Bei einem hochsignifikanten Ergebnis wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit nicht höher als 1 % festgelegt.

Folgende statistische Tests wurden verwendet: zur univariaten Abhängigkeitsprüfung bei kategorischen Variablen der Fragebögen wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Krauth, J. 1988) verwendet, bei kontinuierlichen Variablen der T-Test für unabhängige Stichproben. Die statistische Datenanalyse wurde durchgeführt mit dem Statistical Package for Social Science (SPSS, Inc. Chicago, Illinois, U.S.A.) Version 15. Die Darstellung in Tabellen und Graphiken erfolgte mit SPSS und Excel unter Windows 2003.

Die jeweilige Stichprobengröße, auf die sich das Ergebnis bezieht, findet sich jeweils als Anmerkung in den Tabellen bzw. auf den Abbildungen.

3 Ergebnisse

Es wurden 93 Patientinnen anhand des PO-Bado-BK interviewt. Diese bilden die Gesamtstichprobe. In ihr sind 79 Patientinnen enthalten, die im Laufe ihrer Behandlung ein zweites Mal befragt wurden. Auf diese Weise konnte der Verlauf ihrer psychosozialen Belastung durch die Krankheit und deren Behandlung erhoben werden. 14 Patientinnen wurden aus den bereits o.g. Gründen hingegen nur einmal befragt. Die Beschreibung der Stichprobe folgt der Systematik des Fragebogens (siehe Anhang). Es folgt zunächst eine Darstellung der soziodemographischen, der medizinischen und der krankheitsunabhängigen Merkmale der Stichprobe.

3.1 Soziodemographische Merkmale

Das Durchschnittliche Alter betrug 58 Jahre. Die jüngste Patientin war 30 und die älteste 87. 46 (58%) hatten Kinder, 32 (41%) hatten keine Kinder und 1 Person (1%) machte keine Angaben. 55 (70%) lebten in einer festen Partnerschaft und 24 (30%) lebten allein. Von den Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung 13 (17%) berufstätig, 23 (29%) waren krank geschrieben, 27 (34%) waren Rentenempfänger und die restlichen 16 Patientinnen (20%) gaben Hausarbeit als Hauptbeschäftigung an.

3.2 Medizinische Merkmale

16 (21%) Patientinnen der Verlaufstichprobe hatten einen Lymphknotenbefall, 13 (17%) hatten keinen und 47 (62%) war dies nicht bekannt. Die Ergebnisse zum Lymphknotenstatus am 2. Meßzeitpunkt, also nach Vorhandensein eines endgültigen Pathologieberichts, zeigten, dass von den insgesamt 79 Patientinnen nur 24 Patientinnen einen Lymphknotenbefall angaben und 10 Patientinnen keine Kenntnis über einen Lymphknotenbefall hatten. 53 (74%) Patientinnen hatten eine brusterhaltende Therapie erhalten, 16 (22%) dagegen eine Mastektomie. 3 (4%) gaben hier „Sonstiges“ an. Unter die Kategorie „Sonstiges“ fielen z.B. die hautsparende Entfernung des Brustdrüsengewebes (subcutane Mastektomie) oder eine operative Probenentnahme aus der Brust (offene Mamma-PE).

Bei 5 (7%) der Patientinnen war ein Brustaufbau erfolgt, bei 4 (6%) wurde ein Brustaufbau geplant. 5 (7%) Patientinnen klagten über ein Lymphödem, bei 61 (81%) war kein Lymphödem vorhanden. 59 (76%) Patientinnen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Menopause, 17 (22%) waren noch nicht in der Menopause. 5 (7%) gaben an, Metastasen zu haben, 25 (33%) gaben an, keine Metastasen zu haben, wobei 46 (61 %) angaben, dass ihnen Metastasen nicht bekannt seien. 69 (90%) Patientinnen hatten eine Ersterkrankung, 3 (4%) hatten ein Rezidiv und 5 (7%) hatten einen Zweittumor (siehe Abb.1).

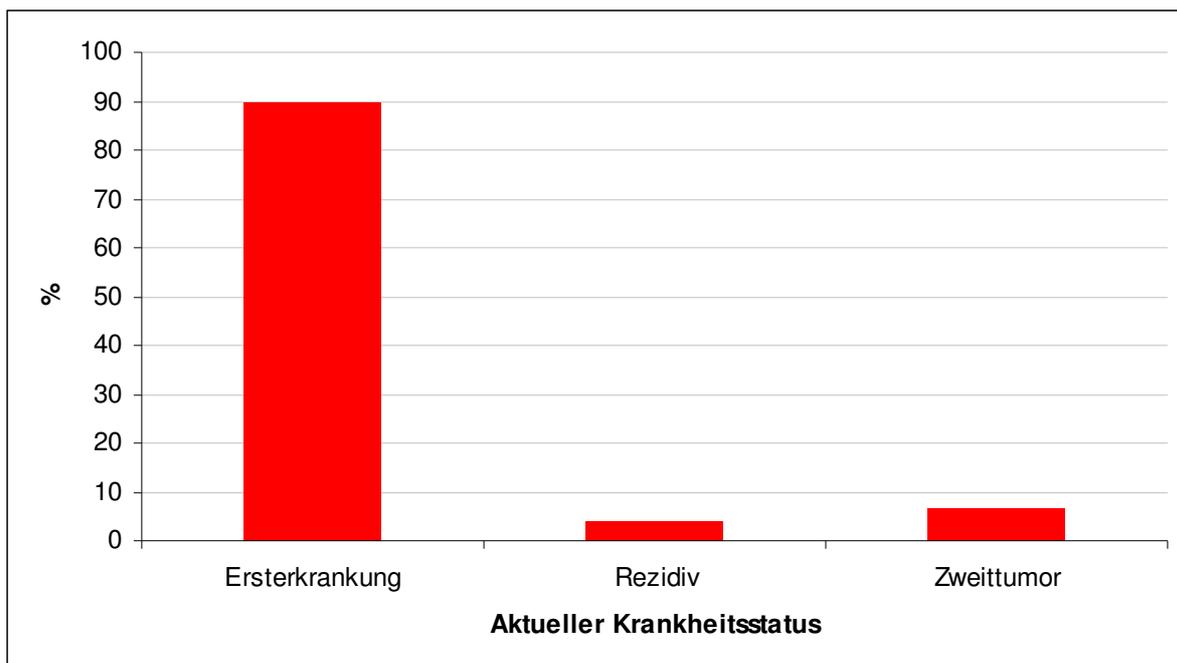


Abbildung 1: Aktueller Krankheitsstatus

3 Ergebnisse

19 (24%) Patientinnen hatten in den letzten 2 Monaten eine Operation erhalten, 10 (13%) hatten eine Chemotherapie erhalten, 1 (1%) Patientin eine Hormontherapie, 5 (6%) Patientinnen eine Operation und eine Chemotherapie, 2 (3%) eine Operation und eine Hormontherapie und 37 (47%) Patientinnen hatten dagegen in den vergangenen 2 Monaten keine Therapie erhalten (siehe Abb.2).

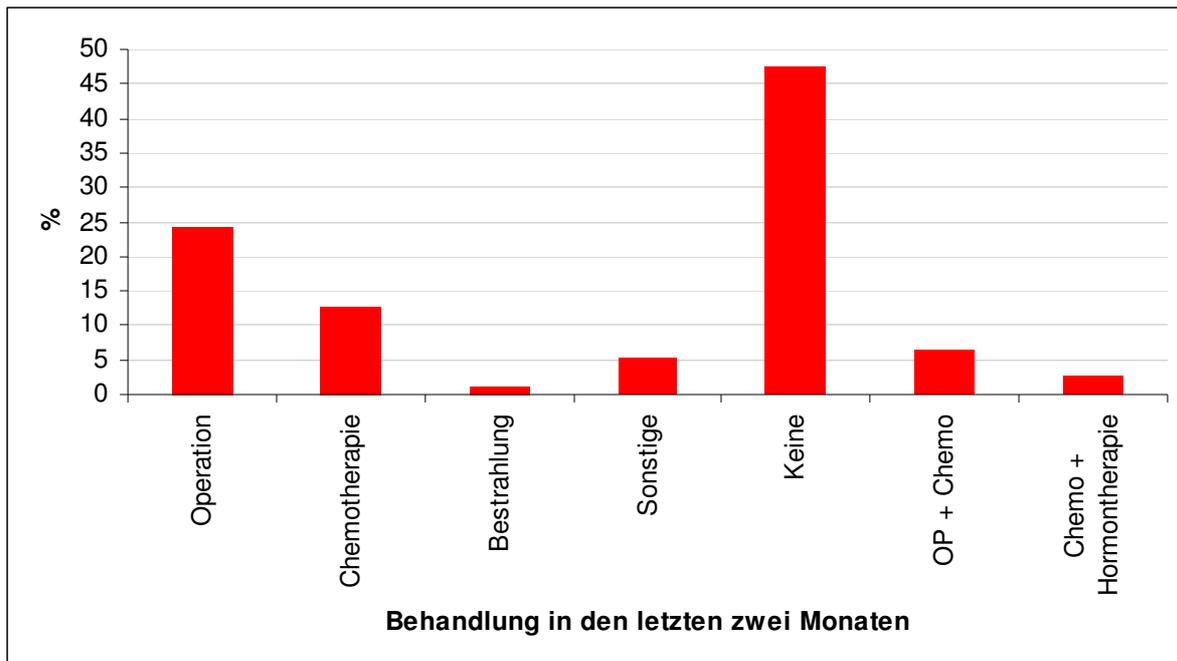


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate (OP, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie, sonstige, keine, OP + Chemotherapie, OP + Hormontherapie, Chemotherapie + Hormontherapie, Chemotherapie + Bestrahlung)

3.3 Krankheitsunabhängige Merkmale

41 (53%) Patientinnen gaben an, an weiteren somatischen Erkrankungen zu leiden, 37 (47%) verneinten dies. 31 (39%) Patientinnen hatten regelmäßig Psychopharmaka bzw. Opiate eingenommen, 48 (61%) verneinten die Einnahme. 29 (38%) hatten in der Vergangenheit eine psychologische bzw. psychiatrische Behandlung erhalten, 48 (61%) hatten noch keine derartige Behandlung erhalten (siehe Abb. 3).

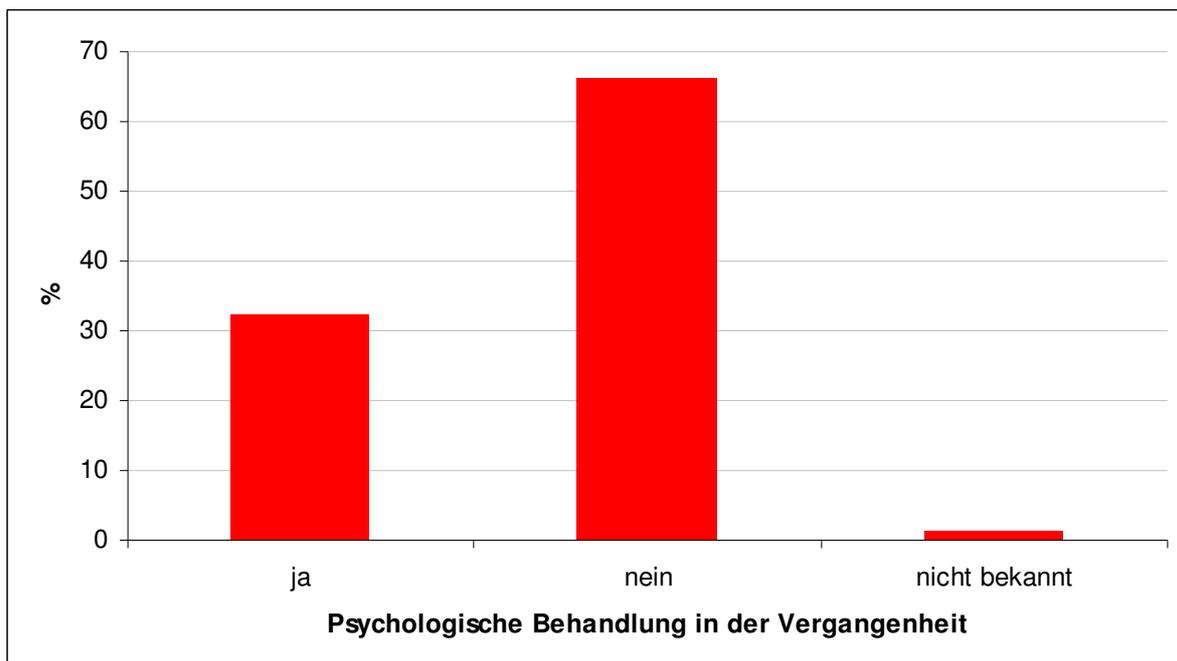


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der Patientinnen mit psychologischer Behandlung in der Vergangenheit

Nach der WHO-Funktionseinteilung hatten 58 (73%) Patientinnen ein normales Aktivitätsniveau.

Bei 16 (20%) Patientinnen waren zwar Symptome vorhanden, die Patientinnen waren aber fast uneingeschränkt gehfähig. Jeweils 2 (3%) Patientinnen waren nach der WHO-Skala weniger bzw. mehr als 50 % der Zeit bettlägerig. 1 (2%) Patientin war ständig bettlägerig (siehe Abb. 4).

3 Ergebnisse

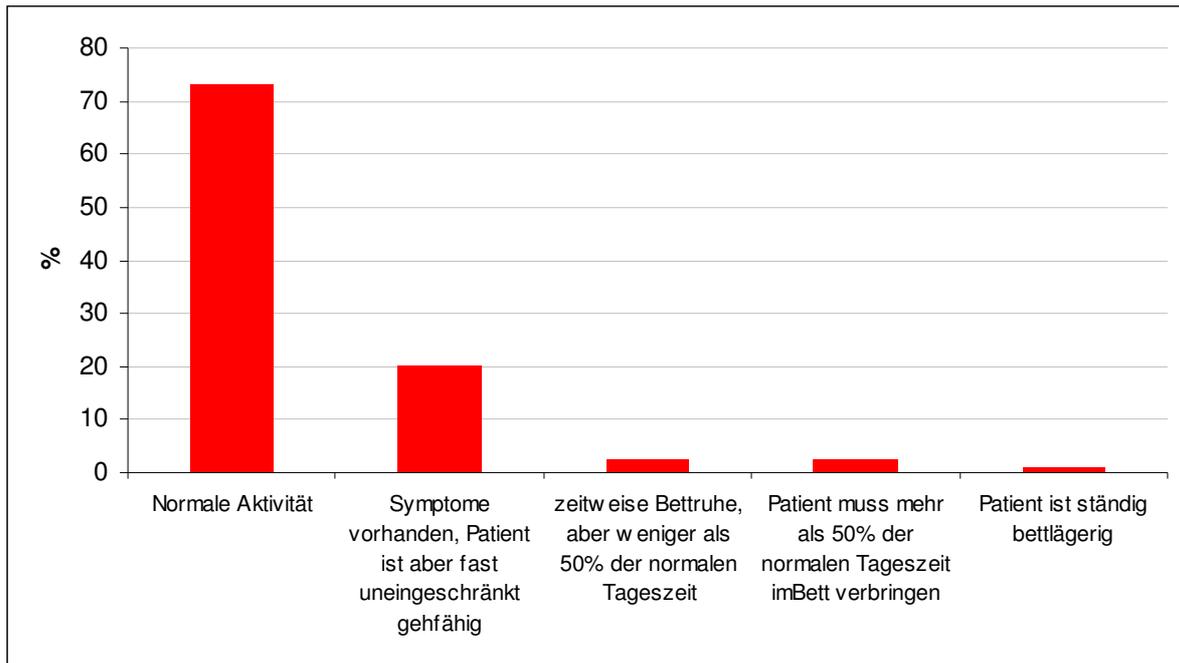


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung des aktuellen Funktionsstatus der Stichprobe

3.4 Beschreibung der einzelnen Belastungsfaktoren

Die einzelnen Belastungsfaktoren wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0-4 für jede einzelne Patientin bewertet. Ein Wert von 0 bedeutet, dass die jeweilige Belastung bei einer Patientin nicht gegeben ist und 4, dass die Patientin sehr darunter leidet. Die durchschnittlichen Einschätzungen der einzelnen Belastungsfaktoren und deren Mittelwerte sind in den Abbildungen 5 bis 8 enthalten.

3.4.1 Somatische Belastungsfaktoren

Mit einem Mittelwert von $M=1,06$ und einer Standardabweichung von $1,049$ ist der Bereich Erschöpfung/ Mattigkeit bzgl. der somatischen Belastungen in dieser Stichprobe am stärksten ausgeprägt, gefolgt von den Bereichen Schmerzen, „Weitere somatische Belastungen“ und Hitzewallungen. Mit einem Mittelwert von $M = 0,50$, ($SD = 0,785$) stellt der Faktor „Bewegungseinschränkungen im Schulter- bzw. Armbereich“ die geringste somatische Belastung dar (siehe Abb. 5).

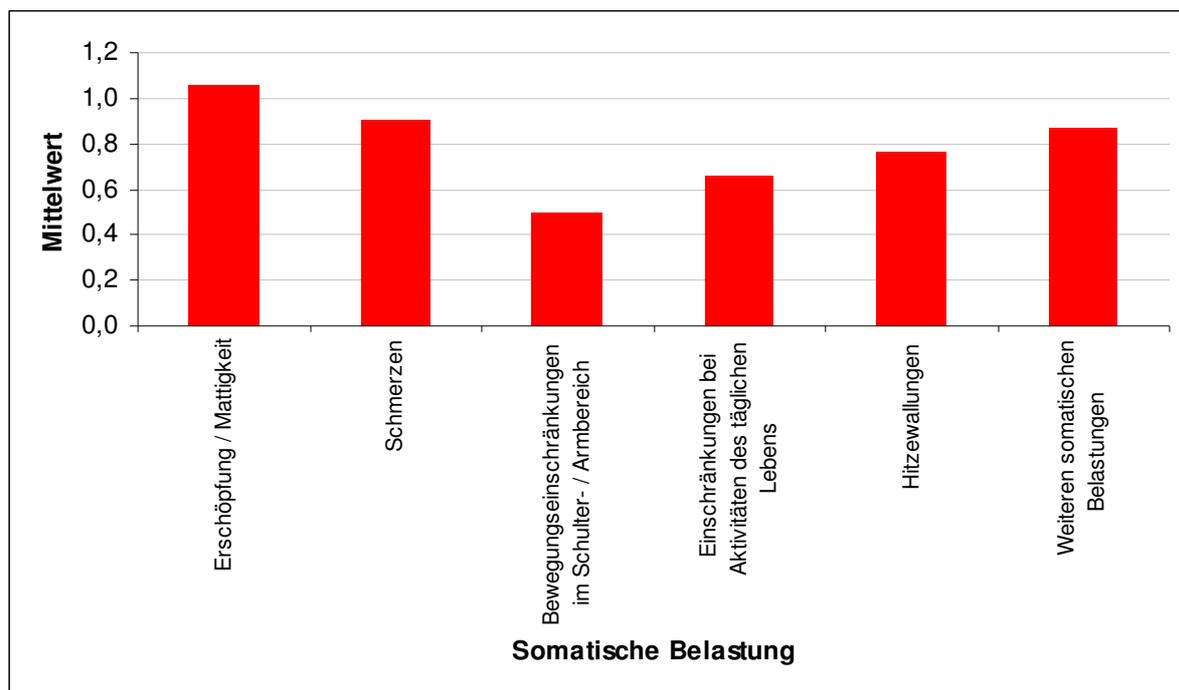


Abbildung 5: Mittelwerte der somatischen Belastungen

3.4.2 Psychische Belastungsfaktoren

Mit einem Mittelwert von $M = 2,27$ ist die Belastung, die durch „Angst, Sorgen und Anspannungen“ gegeben ist, in dieser Stichprobe am stärksten ausgeprägt, gefolgt von den Bereichen „Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depressivität“, „Schlafstörungen“, „Weitere psychische Belastungen“ und „Stimmungsschwankungen/ Verunsicherung“. Mit einem Mittelwert von $M = 0,59$, stellt der Faktor „Gestörtes Lustempfinden (Sexualität)“ die geringste psychische Belastung dar (siehe Abb.6).

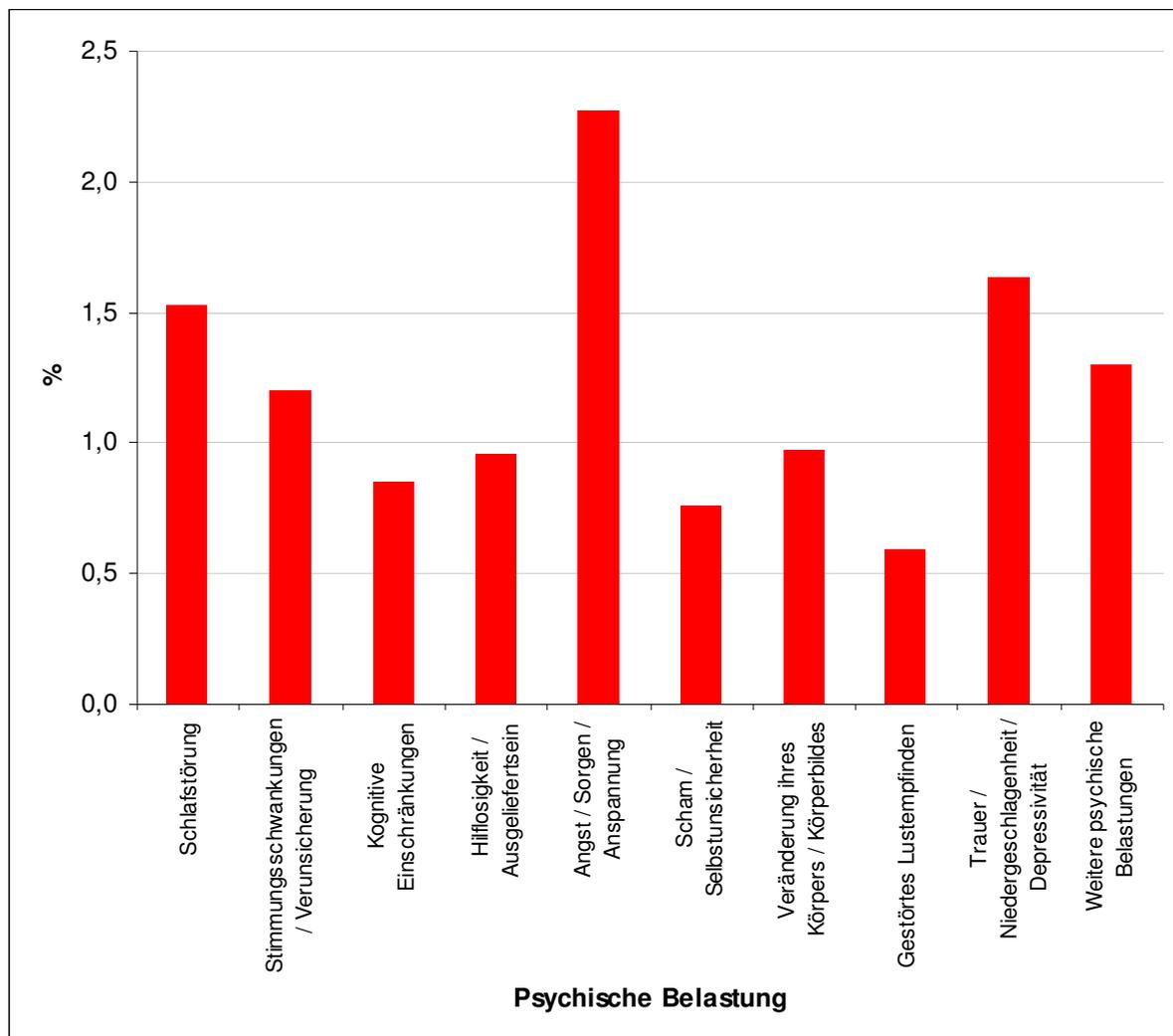


Abbildung 6: Mittelwerte der psychischen Belastungen

3.4.3 Zusätzliche Belastungsfaktoren

Zusätzlich werden im PO Bado BK noch weitere Belastungsbereiche auf deren Vorhandensein geprüft. Die Einschätzung erfolgt hierbei dichotom. Die relativen Häufigkeiten sind in Abbildungen 7, 8 und 9 enthalten. 41 (52%) Patientinnen gaben Probleme im Familien- und Freundeskreis an. Fast ebenso viele, nämlich 38 (48%) hatten keine Probleme. Bei nur 15%, das entspricht 12 Patientinnen waren wirtschaftliche Probleme vorhanden, bei 67 (85%) der Patientinnen wurden keine wirtschaftlichen Probleme festgestellt. 18 (24%) Patientinnen klagten über weitere Belastungsfaktoren zu denen z.B. Probleme mit Ärzten/ Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit zählen, während 59 (77%) diesbezüglich keine Probleme hatten. Von 2 Patientinnen fehlten hier die Angaben.

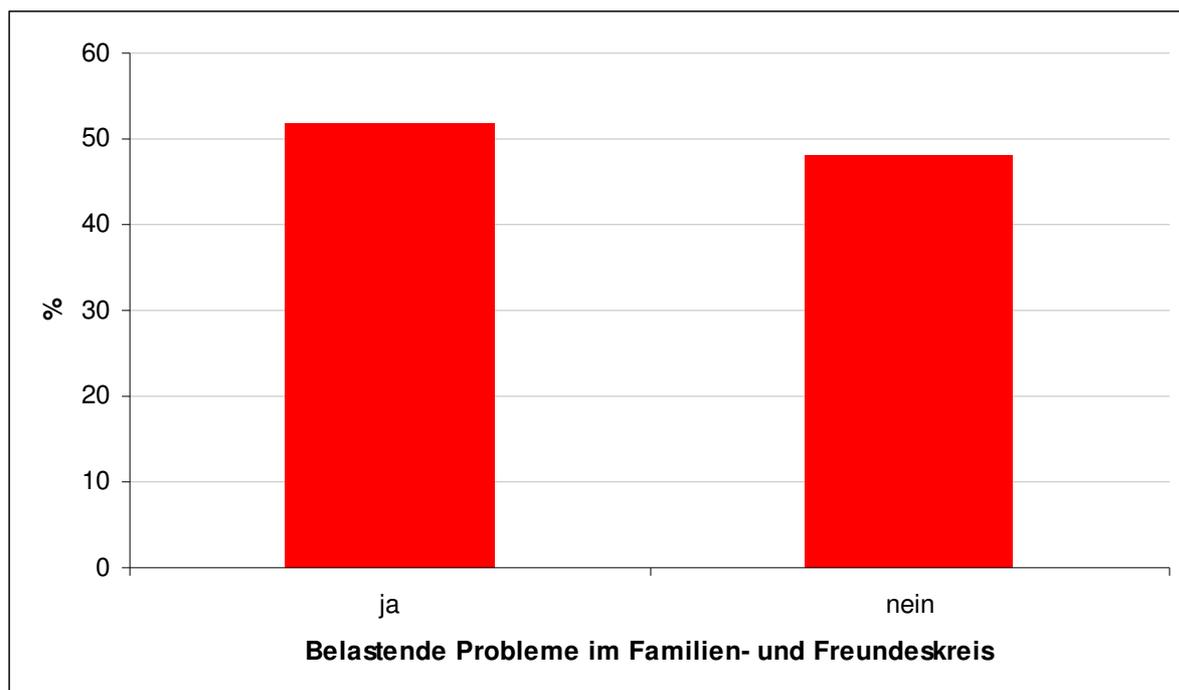


Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der belastenden Probleme im Familien- oder Freundeskreis

3 Ergebnisse

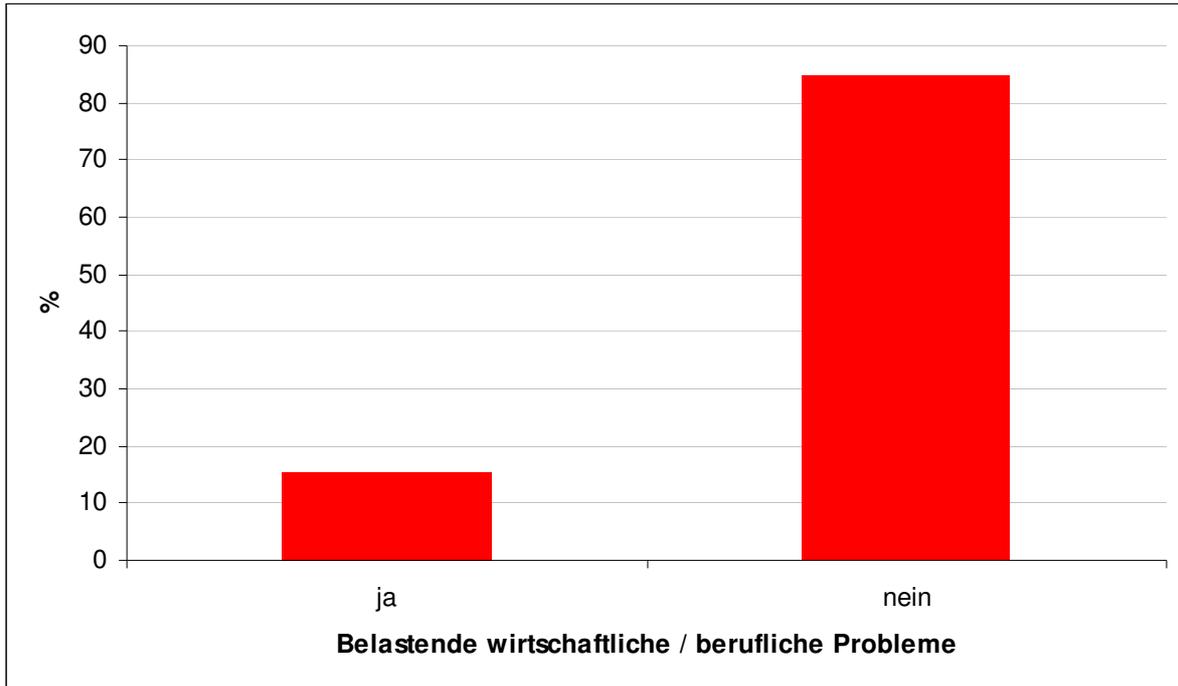


Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der belastenden wirtschaftlichen / beruflichen Probleme

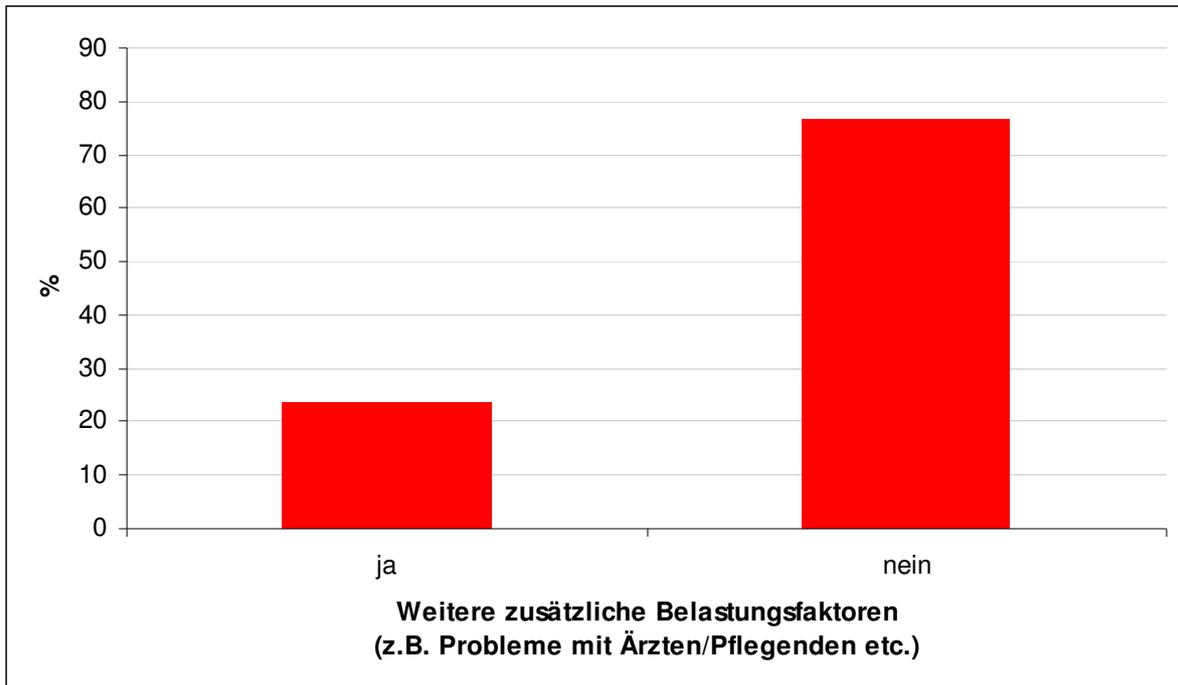


Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der weiteren zusätzlichen Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/ Pflegenden etc.)

3.5 Beschreibung des psychosozialen Betreuungsbedarfs

Der PO-Bado-BK dient dazu festzustellen, ob bei einer Patientin die psychosozialen Belastungen durch die Erkrankung insgesamt so hoch sind, dass eine psychoonkologische Beratung vonnöten ist. Dies wird durch das zweistufige Item „Bei der Patientin besteht aktuell eine Indikation für professionelle Unterstützung“ (ja versus nein) eingestuft. Diese Einstufung erfolgt als Gesamteinschätzung. So könnte eine Patientin, die nur mittlere Belastungswerte bei den einzelnen Items erhält, eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung erhalten, wenn sie beispielsweise bei der Frage nach familiären oder sozialen Problemen einen hohen Wert (4 = sehr) erzielt. Damit erhält man zwei Gruppen: Patientinnen, bei denen eine Indikation für eine professionelle Unterstützung vorlag, und Patientinnen, bei denen zum Zeitpunkt keine Indikation für eine weitere psychoonkologische Behandlung vorlag. Für 79 der Befragten liegt demnach zum ersten Messzeitpunkt eine Beurteilung vor, ob eine Indikation für eine psychoonkologische Betreuung gegeben ist oder nicht. Die Verteilung ist in Abb. 10 dargestellt. 44 Patientinnen (56%) waren in der vorliegenden Untersuchung psychosozial so stark belastet, dass sie eine Indikation zu einer psychoonkologischen Behandlung erhielten, 35 (44%) zeigten keinen psychosozialen Betreuungsbedarf.

Die Patientinnen mit Indikation sind aber nicht signifikant zahlreicher als diejenigen, bei denen keine Indikation vorliegt (Chi-Quadrat = 1,025; $p > 0,05$). Somit wurde bei fast derselben Anzahl an Patientinnen ein Bedarf an psychoonkologischer Betreuung festgestellt, wie bei diejenigen, die keinen Bedarf an einer Betreuung hatten.

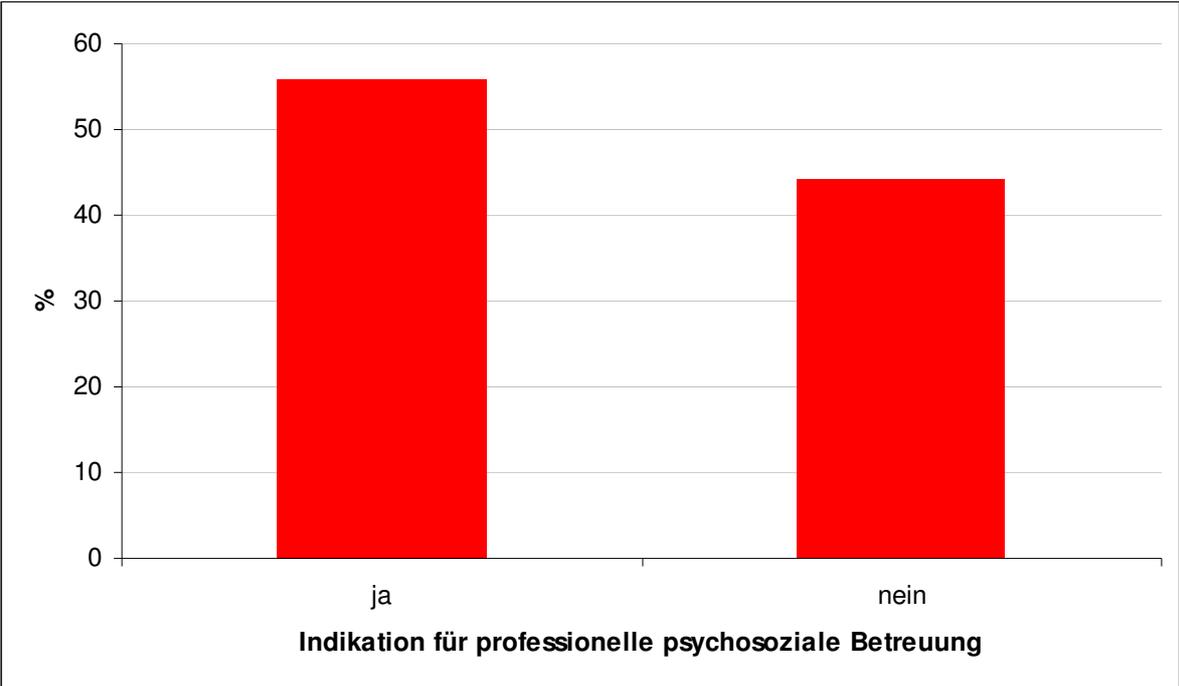


Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Betreuungsindikation

3.5.1 Zusammenhänge zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und den einzelnen Merkmalen

Um den Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Betreuungsbedarf mit den einzelnen soziodemographischen, medizinischen und krankheitsunabhängigen Merkmalen zu testen, wurde in allen Fällen, der Chi-Quadrat Unabhängigkeitstest durchgeführt. Dieser kommt bei Daten mit Nominalskalenniveau zur Anwendung. Ein signifikantes Ergebnis würde bedeuten, dass der Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung nicht unabhängig ist von den entsprechenden soziodemographischen, medizinischen und krankheitsunabhängigen Merkmalen.

3.5.1.1 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und soziodemographischen Merkmalen

Studien zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf haben immer wieder auch Einflüsse soziodemographischer Merkmale wie Alter und das Vorhandensein von Kindern auf den Betreuungsbedarf festgestellt. Dieser mögliche Einfluss wurde deshalb in der vorliegenden Studie ebenfalls untersucht.

Die Stichprobe wurde bei der Altersvariabel an dem Wert 60 dichotomisiert. Somit wurde die Stichprobe aufgeteilt in diejenigen, die unter oder genau 60 Jahre alt sind und diejenigen die über 60 Jahre sind. Wie aus der Tabelle 1 zu entnehmen ist, ergibt sich weder eine Signifikanz für die Items „Alter“, „Feste Partnerschaft“, für das Vorhandensein von „Kindern“ noch für die aktuelle „Arbeitssituation“. Es ließ sich auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation und der Indikation nach der PO-Bado-BK herstellen. Getestet wurde jeweils, ob sich die Gruppe z.B. „berufstätig“ gegenüber der restlichen Gruppe „nicht berufstätig“ hinsichtlich der Indikation bzw. des psychosozialen Betreuungsbedarfs unterschied.

3 Ergebnisse

Tabelle 1: Korrelation zwischen Indikation (Ja/Nein) und den soziodemographischen Daten sowie deren Signifikanz

Merkmal	n	Chi-Quadrat	Signifikanz
Alter	75	1,586	n.s. ^A
Feste Partnerschaft	75	0,009	n.s. ^A
Kinder	74	0,222	n.s. ^A
Arbeitssituation	75	2,306	n.s. ^A

^A nicht signifikant

^B p = 0,05

^C p = 0,01

3.5.1.2 Zusammenhang von psychosozialen Betreuungsbedarf und medizinischen Merkmalen

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

In der unten stehenden Tabelle 2 werden die medizinischen Merkmale in Bezug auf die psychosoziale Belastung dargestellt. Hierbei gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der psychosozialen Belastung und der Operationsart, einem erhaltenen Brustaufbau, dem Vorliegen eines Lymphödems, dem Menopausenstatus, dem Vorhandensein von Metastasen, dem aktuellen Krankheitsstatus oder der Behandlung in den letzten zwei Monaten.

Tabelle 2: Korrelation zwischen Indikation (Ja/Nein) und medizinische Daten sowie deren Signifikanz

Merkmal	N	Chi-Quadrat	Signifikanz
Lymphknotenbefall	72	5,973	* ^B
Operationsart	68	0,676	n.s. ^A
Brustaufbau	68	2,958	n.s. ^A
Lymphödem	72	3,253	n.s. ^A
Menopause	74	0,042	n.s. ^A
Metastasen	73	0,028	n.s. ^A
Aktueller Krankheitsstatus	73	2,513	n.s. ^A
Behandlung in den letzten 2 Monaten	74	5,413	n.s. ^A

^A nicht signifikant

^B p = 0,05

^C p = 0,01

3 Ergebnisse

Signifikant hängt dagegen der Bedarf an psychoonkologischer Belastung vom Vorhandensein eines Lymphknotenbefalls ab (Chi-Quadrat 5,973, $p = 0,05$).

Dieser signifikante Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines Lymphknotenbefalls und der Indikation zur psychosozialen Belastung ist in Abbildung 11 dargestellt.

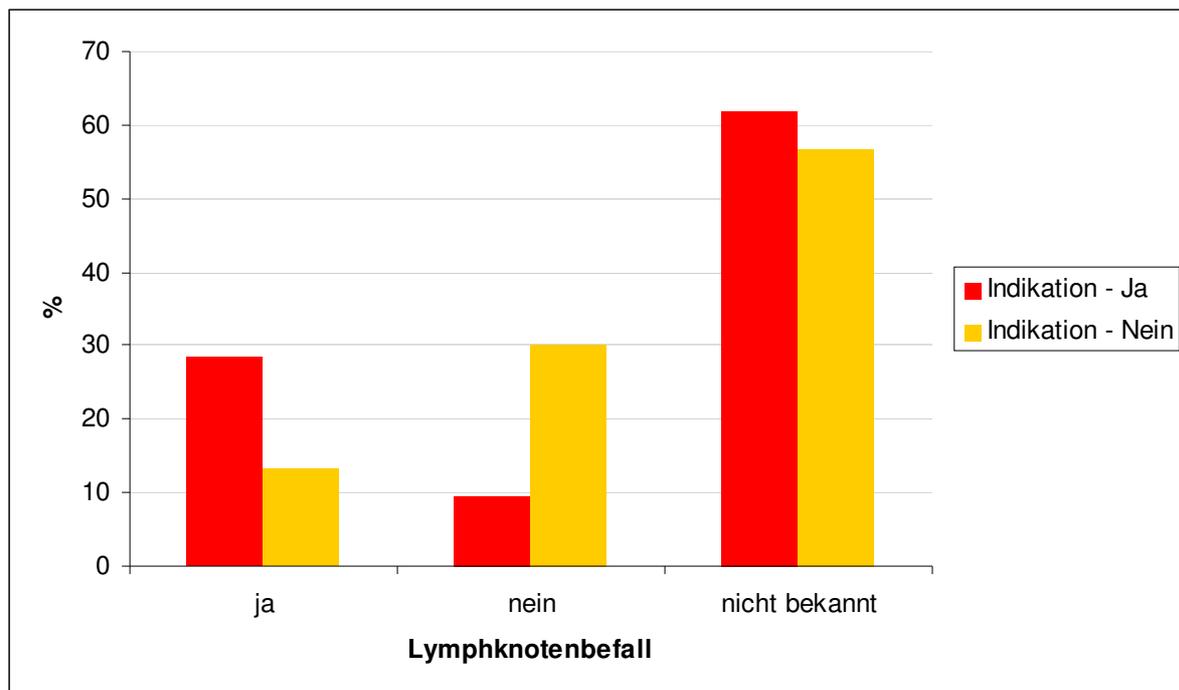


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Lymphknotenbefall und psychosozialer Belastung zum 1. Meßzeitpunkt

Wie aus der Abbildung 11 ersichtlich ist, zeigt sich, dass bei denjenigen, die einen Bedarf an psychoonkologischer Beratung haben, weit häufiger ein Lymphknotenbefall vorliegt, wohingegen bei denen, die keine Indikation für eine psychologische Betreuung aufweisen, dies der umgekehrte Fall ist. Hierbei ist aber der große Anteil mit 61,8% zu erwähnen, denen ein Lymphknotenbefall zum Befragungszeitpunkt nicht bekannt war. Deshalb werden an dieser Stelle auch noch die Ergebnisse zum 2. Meßpunkt dargestellt. Die Anzahl derjenigen, denen ein Lymphknotenbefall nicht bekannt ist, hat sich auf die Zahl von 10 (23,7%) Patientinnen reduziert. Jedoch ist hier keine signifikante Abhängigkeit der Indikationsstellung vom Lymphknotenbefall herzustellen (Chi-Quadrat = 2,188; $p > 0,05$)

3 Ergebnisse

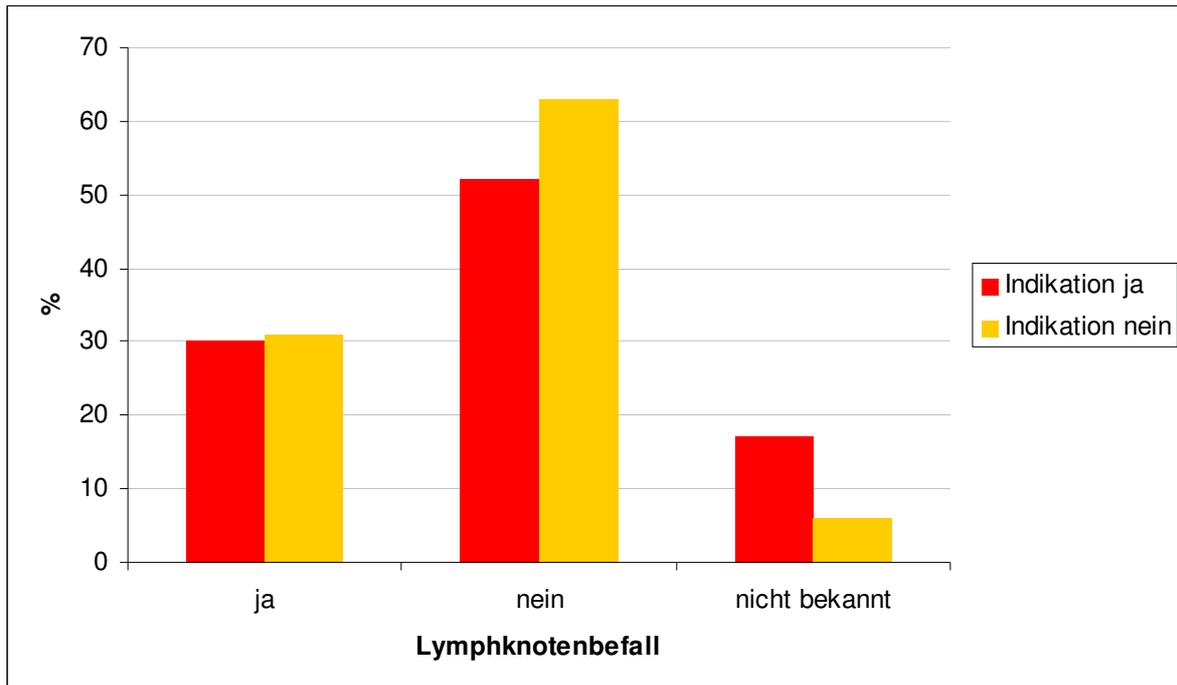


Abbildung 12: Zusammenhang zwischen Lymphknotenbefall und psychosozialer Belastung zum 2. Meßzeitpunkt

Viele Patientinnen wussten zum 1. Meßzeitpunkt nicht oder noch nicht über das Vorhandensein von Metastasen Bescheid. Deshalb wurde ebenfalls zum 2. Meßzeitpunkt das Vorhandensein von Metastasen in Bezug auf die psychosoziale Indikation evaluiert. Auch zum 2. Meßzeitpunkt ergab sich kein signifikantes Ergebnis bezüglich der Betreuungsindikation und dem Vorhandensein von Metastasen (Chi-Quadrat= 0.093; $p > 0.05$).

3.5.2 Zusammenhang von psychosozialen Betreuungsbedarf und krankheitsunabhängigen Merkmalen

Auch wurde überprüft, ob die Patientinnen zusätzlich unter weiteren somatischen Erkrankungen (z.B. Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) litten und ob diese Einfluss auf die psychoonkologische Behandlungsbedürftigkeit zeigt. Der mögliche Einfluss vom aktuellen Funktionsstatus auf den Betreuungsbedarf sollte ebenfalls wie in vielen anderen Studien untersucht werden.

Die Einnahme von psychotropen Substanzen wird in Studien zur psychoonkologischen Bedarfsdiagnostik ebenso selten erfasst wie eine psychologische oder psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit. Der Einfluss dieser Parameter auf die psychische Belastung der Patientinnen wurde jedoch in einigen Studien nachgewiesen und soll auch hier überprüft werden. Während es weder einen signifikanten Zusammenhang zwischen der psychosozialen Bedarfsindikation und der Einnahme von Psychopharmaka noch vom aktuellen Funktionsstatus gibt, existiert wie man der Tabelle 3 entnehmen kann, ein hochsignifikanter Zusammenhang, ob in der Vergangenheit eine psychologische Behandlung in Anspruch genommen wurde (Chi-Quadrat = 6,615; $p = 0,01$).

Tabelle 3: Korrelation zwischen Betreuungsindikation (Ja/ Nein) und krankheitsunabhängigen Merkmalen sowie deren Signifikanz

Merkmal	N	Chi-Quadrat	Signifikanz
Weitere Erkrankungen	74	1,217	n.s. ^A
Psychopharmaka/ Opiate	75	0,209	n.s. ^A
Psychologische Behandlung in der Vergangenheit	73	6,615	**C
Aktueller Funktionsstatus	75	3,585	n.s. ^A

^A nicht signifikant

^B $p = 0,05$

^C $p = 0,01$

Die folgende Abbildung 13 stellt den Zusammenhang zwischen dem Merkmal „Psychologische Behandlung in der Vergangenheit“ und der Indikation zur psychosozialen Unterstützung dar. Von denjenigen Patientinnen, die eine psychologische Behandlung in der Vergangenheit hatten, ergab sich eine signifikant höhere Indikation zur psychosozialen Betreuung. Umgekehrt bedurften Patientinnen,

3 Ergebnisse

die keine psychologische Behandlung hatten, auch signifikant weniger Patientinnen eine Indikation zur psychosozialen Betreuung.

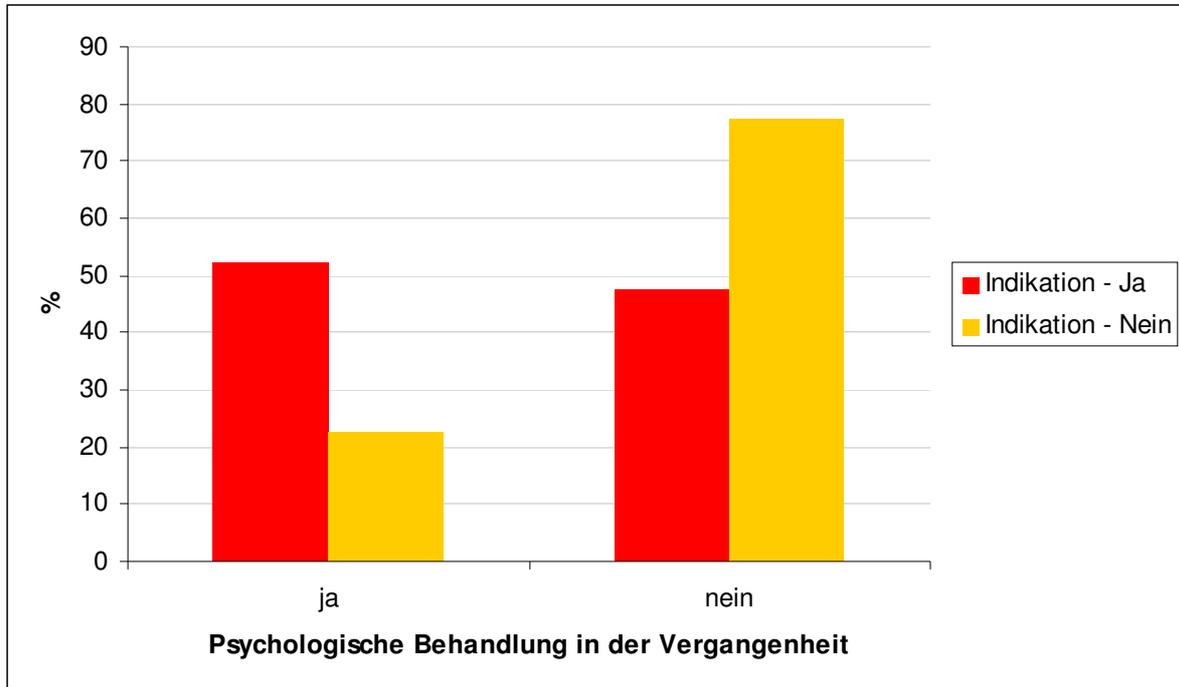


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und psychologischer Behandlung in der Vergangenheit

3.6 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und einzelnen Belastungsfaktoren

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der Indikation für eine psychosoziale Betreuung und den einzelnen Belastungsfaktoren zu untersuchen, wurden die einzelnen Belastungsfaktoren in Abhängigkeit der Indikation für eine psychoonkologische Betreuung evaluiert. Die Abbildungen 14- 18 stellen für jeden Belastungsfaktor die Mittelwerte dar in Abhängigkeit, ob eine Indikation vorliegt oder nicht. Die Unterschiede wurden mit Hilfe eines t-Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz getestet.

3.6.1 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarfs und somatischen Belastungsfaktoren

In Abb. 14 werden signifikante Unterschiede zwischen den Faktoren „Erschöpfung / Mattigkeit“ ($t = 4,087$), „Hitzewallungen“ ($t = 3,229$) und „Weitere somatische Belastungen“ ($t = 3,687$) deutlich sichtbar. Nicht signifikante Zusammenhänge zeigen die Belastungsfaktoren „Schmerzen“ ($t = 0,73$), „Bewegungseinschränkungen im Schulter-/ Armbereich“ ($t = 0,453$), und „Einschränkungen von Aktivitäten des alltäglichen Lebens“ ($t=1,624$) in Bezug auf einen erhöhten Bedarf für psychosoziale Unterstützung.

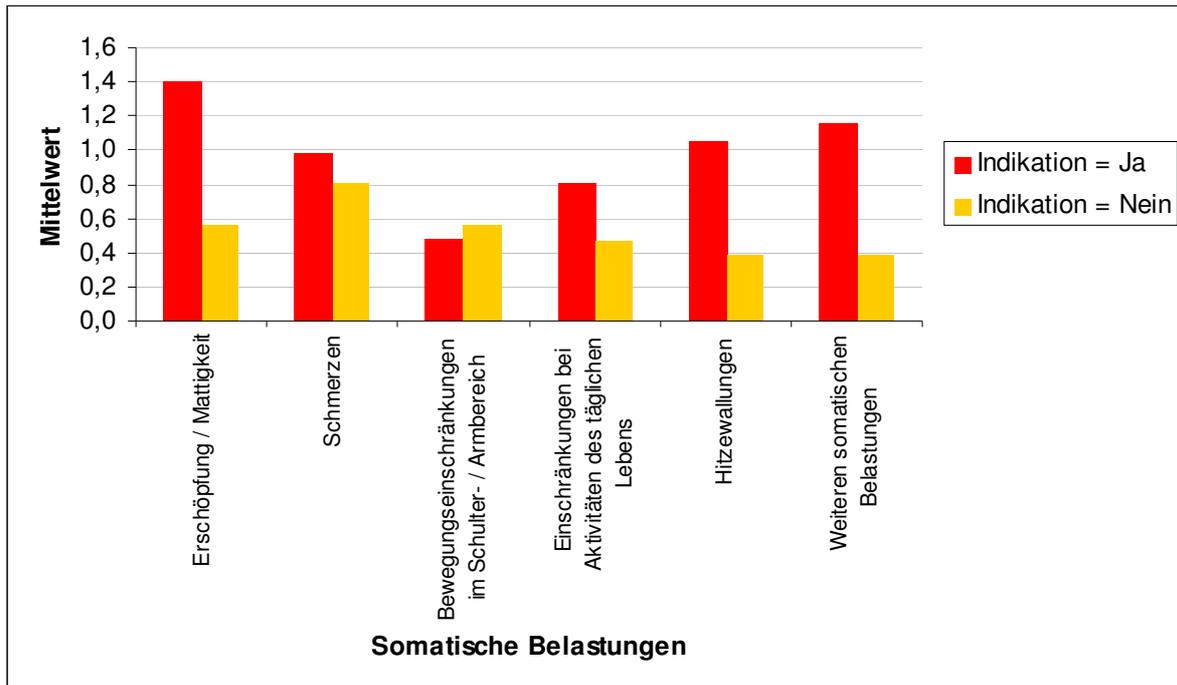


Abbildung 14: Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und somatischen Belastungsfaktoren

3.6.2 Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarfs und psychischen Belastungsfaktoren

Bei der Darstellung des Zusammenhangs der psychischen Belastungsfaktoren und des psychosozialen Betreuungsbedarfs zeigten sich außer beim Merkmal „Gestörtes Lustempfinden (Sexualität)“ bei allen anderen Merkmalen signifikante und hoch signifikante Zusammenhänge. Diese Zusammenhänge sind in Abbildung 15 dargestellt.

3 Ergebnisse

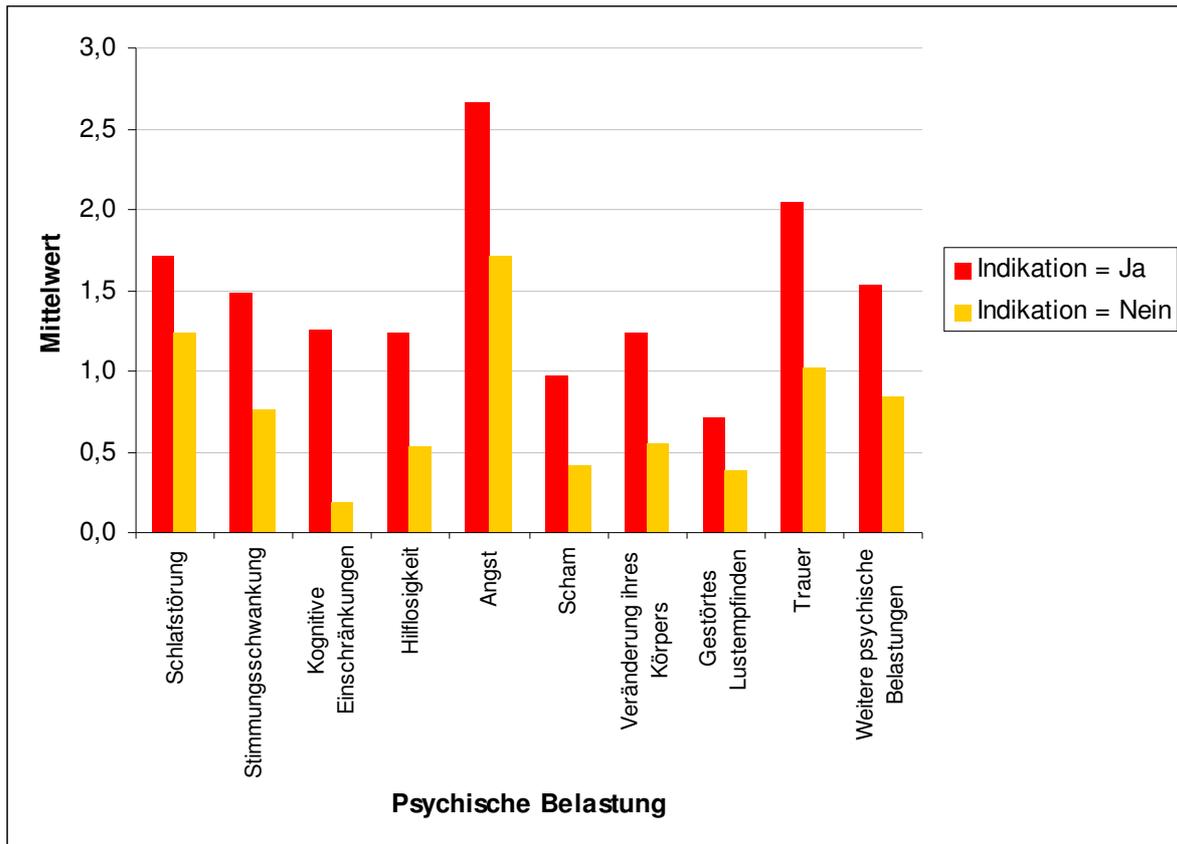


Abbildung 15: Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und psychosozialen Belastungsfaktoren

3.6.3 Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und zusätzlichen Belastungsfaktoren

Bei den zusätzlich erhobenen Belastungsbereichen wurde der Zusammenhang mit der Indikation mit Hilfe eines Chi-Quadrat Unabhängigkeitstest auf Signifikanz getestet, da hier jeweils zwei dichotome Merkmale miteinander verglichen werden. Weder Belastungen im Familien- und Freundeskreis, wirtschaftliche Probleme oder weitere Probleme hängen signifikant mit dem Betreuungsbedarf zusammen (Chi-Quadrat = 0,935; $p > 0,05$; Chi-Quadrat = 0,006; $p > 0,05$ und Chi-Quadrat = 2,953; $p > 0,05$). Somit hatten diese Belastungsbereiche keinen Einfluss darauf, ob eine Indikation für eine psychoonkologische Betreuung bestand.

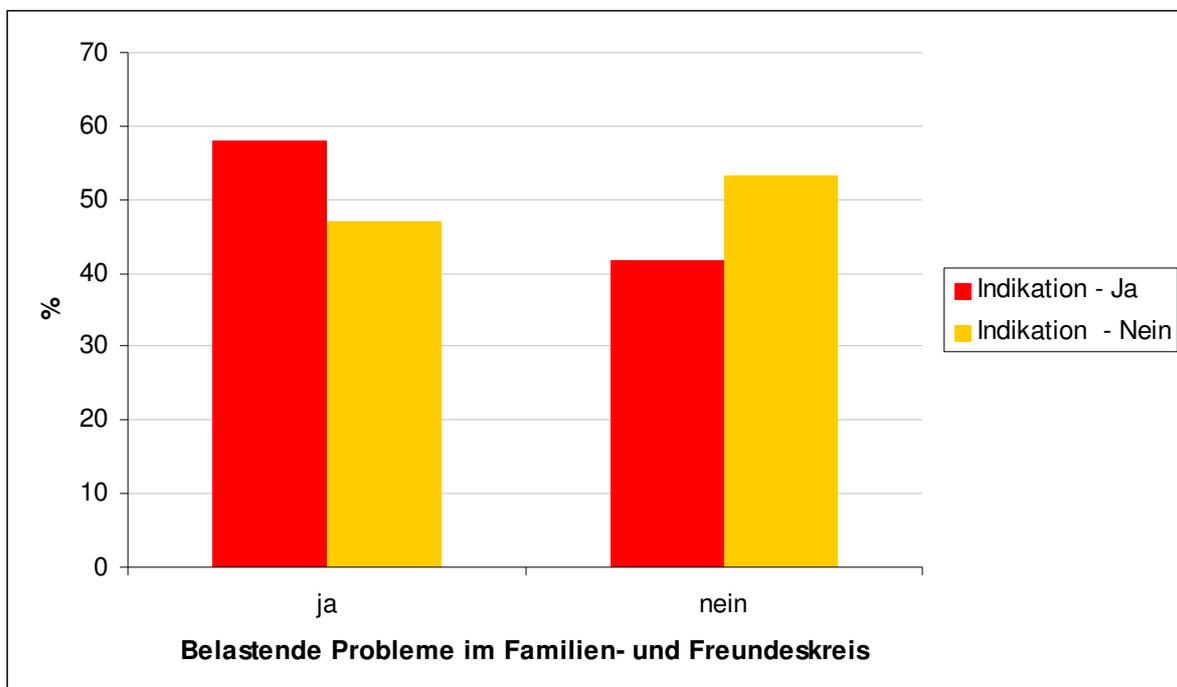


Abbildung 16: Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und belastende Probleme im Familien-oder Freundeskreis

3 Ergebnisse

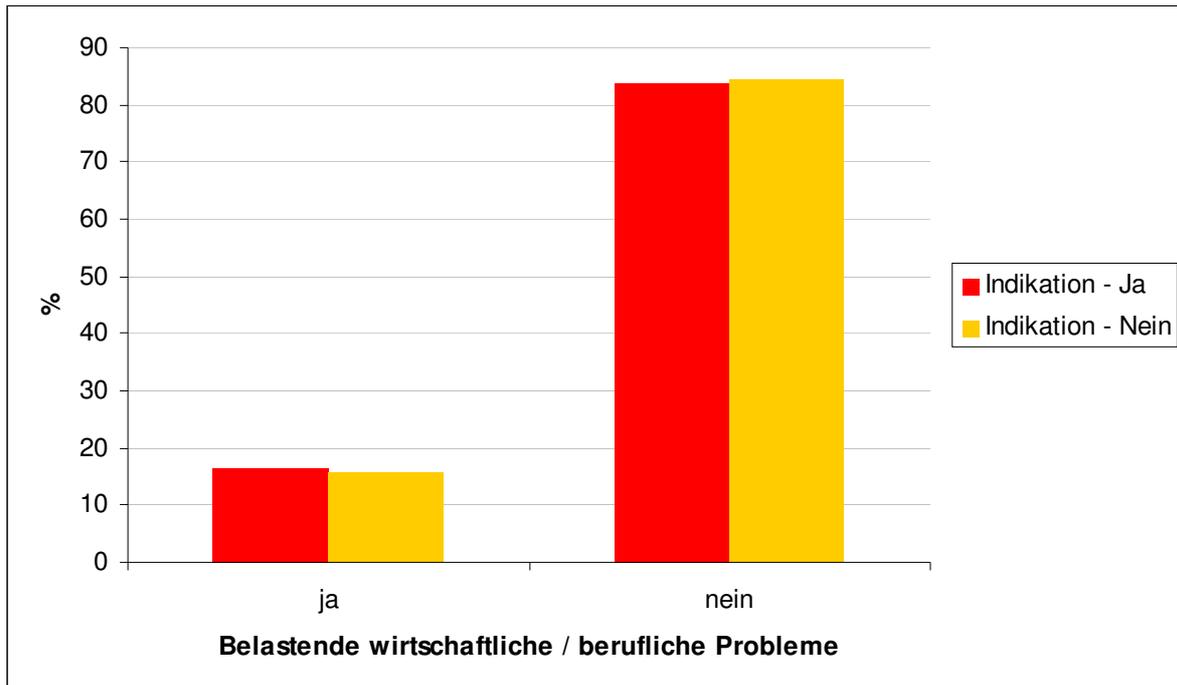


Abbildung 17: Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und belastende wirtschaftliche/ berufliche Probleme

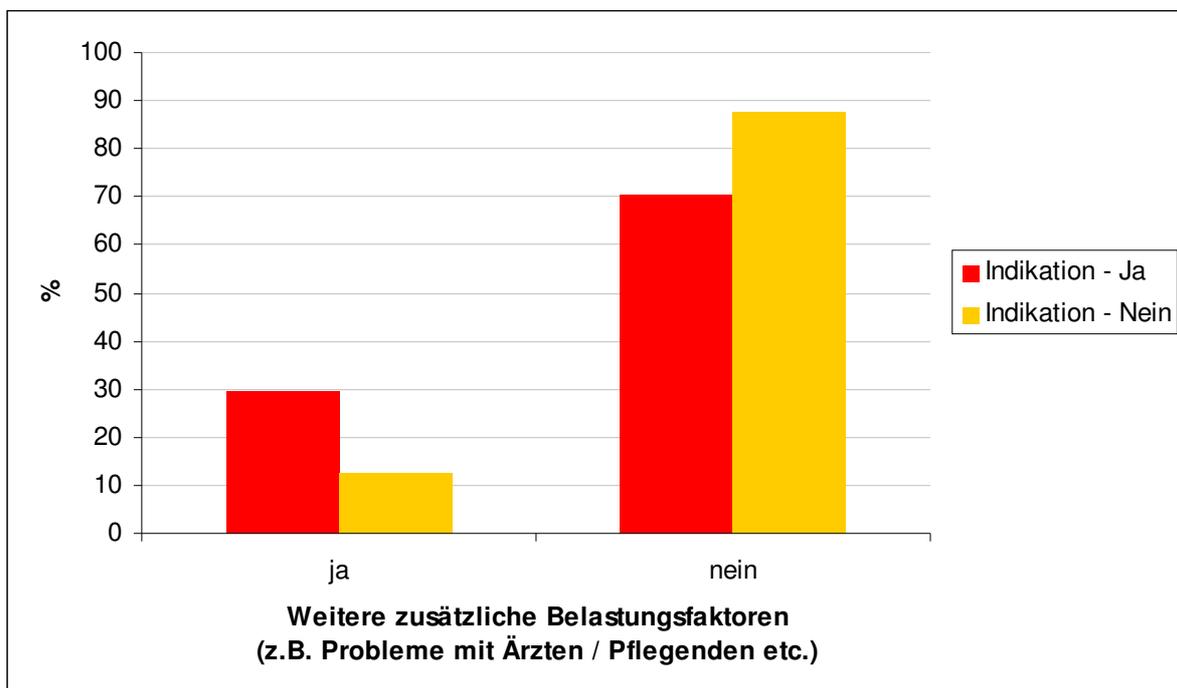


Abbildung 18: Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und weiteren zusätzlichen Belastungsfaktoren

3.7 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und Verlauf des stationären Aufenthalts

Bei 79 Fällen liegt im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus eine zweite Einschätzung des Betreuungsbedarfs mit Hilfe des PO Bado-BK vor. Somit konnte überprüft werden, ob sich eine Änderung an der eingeschätzten Belastung vom 1. zum 2. Messzeitpunkt ergab. Da ein und dieselbe Stichprobe zweimal befragt wurde, liegt eine abhängige Stichprobe vor.

Die Einschätzung, ob eine Indikation für eine psychoonkologische Betreuung gegeben ist, ist dichotom, demnach wurde mit dem McNemar Chi-Quadrat Test auf Signifikanz überprüft. Es ergab sich keine signifikante Zunahme oder Abnahme in der Häufigkeit des eingeschätzten Betreuungsbedarfs (Chi-Quadrat = 0,00; $p > 0,05$). So zeigt sich, dass von 32 (41%) Personen, die schon zum 1. Messzeitpunkt eine Indikation aufwiesen, auch eine Indikation beim 2. Messzeitpunkt hatten. Die Anzahl derjenigen, die zum 1. Messzeitpunkt und zum 2. Messzeitpunkt keine Indikation aufwiesen, beläuft sich auf 21. Eine Änderung fand statt, wenn eine Patientin, die zum 1. Messzeitpunkt keine Indikation zeigte, eine Indikation zum 2. Messzeitpunkt aufwies oder wenn eine Patientin, die zum 1. Messzeitpunkt eine Indikation aufwies, aber zum 2. Messzeitpunkt keine Indikation zeigte. Dies war bei der ersten Möglichkeit in 14 Fällen der Fall. Bei der zweiten kam dies bei 12 Patientinnen vor. Eine Veränderung trat also bei 26 Personen auf bzw. in 33%.

3 Ergebnisse

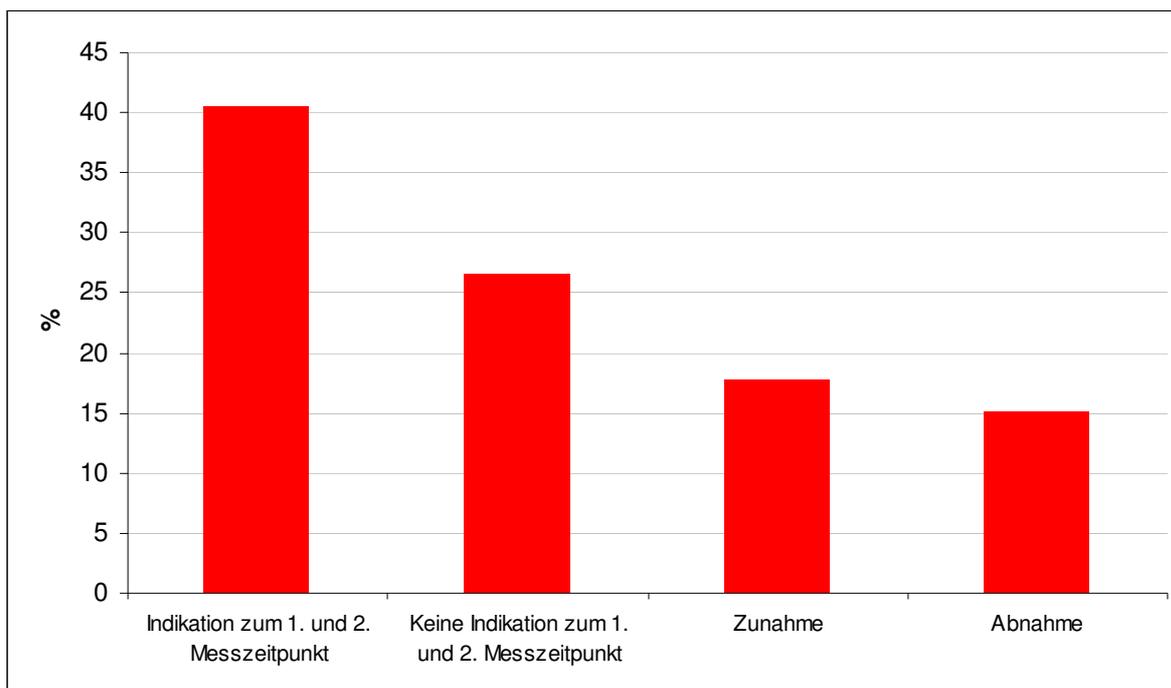


Abbildung 19: Zusammenhang zwischen psychosozialer Betreuungsindikation im Verlauf des stationären Aufenthalts

3.8 Zusammenhang zwischen psychosozialer Indikation und stationärer Aufenthaltsdauer

Wird die Dauer zwischen den beiden Messzeitpunkten als weitere Variable betrachtet, dann führt dies im Falle der Einschätzung, ob ein psychoonkologischer Betreuungsbedarf vorliegt zu einem signifikantem Ergebnis. Ein verlängerter Abstand zwischen den beiden Befragungszeitpunkten ist mit einer längeren stationären Aufenthaltsdauer gleichzusetzen, da die Befragungen immer zu Beginn und am Ende eines stationären Aufenthalts stattgefunden haben.

So konnte man bei den Patientinnen, die zum zweiten Zeitpunkt eine Indikation für eine psychoonkologische Betreuung aufzeigten, eine signifikant höher durchschnittliche Dauer zwischen 1. und 2. Befragung und damit eine längere Aufenthaltsdauer feststellen, als bei den Patientinnen, bei denen bei der 2. Befragung keine Indikation vorlag ($t(60) = 2,17$; $p < 0,05$) (siehe Abb. 18). Die durchschnittliche Dauer zwischen der 1. und 2. Befragung lag für beide Gruppen bei $M = 8,5$ Tagen.

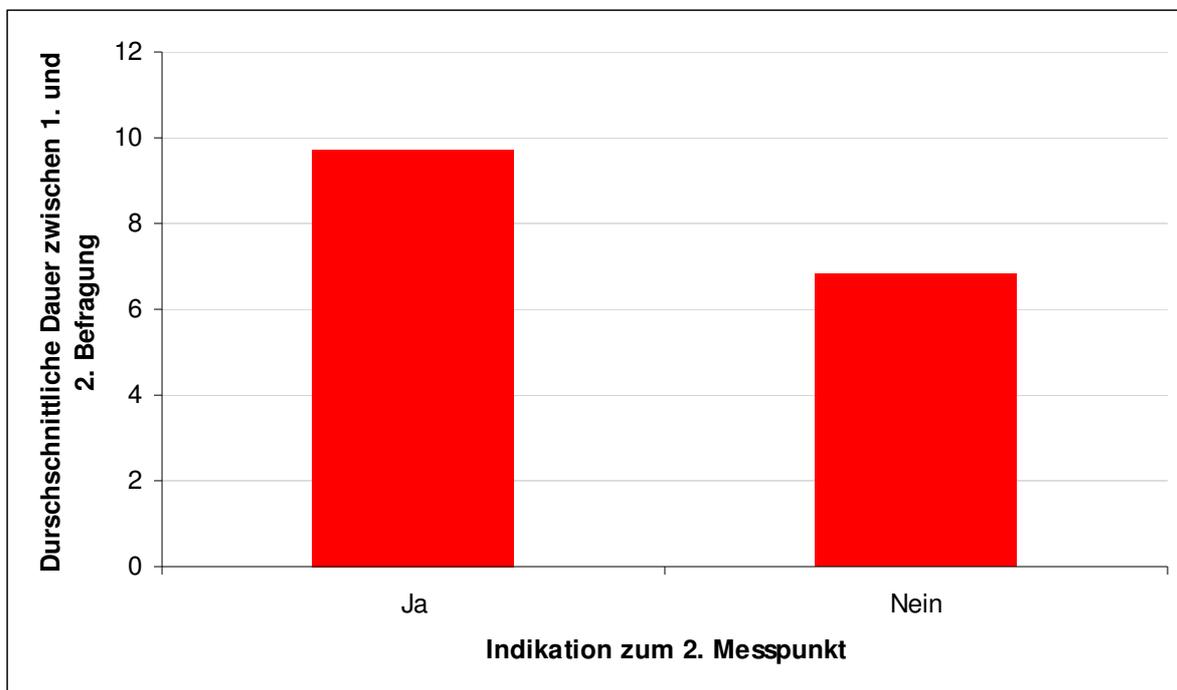


Abbildung 20: Zusammenhang zwischen psychosozialer Betreuungsindikation und stationärer Aufenthaltsdauer

3.9 Vergleich von somatischen und psychischen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts

Wenn man nun die Ergebnisse der einzelnen Belastungsmerkmale zum 1. Meßzeitpunkt denen zum 2. Meßzeitpunkt gegenüberstellt und vergleicht, so ergibt sich in nur 2 Fällen ein signifikantes Ergebnis bezüglich einer signifikanten Veränderung. Dies trifft auf die Merkmale „Bewegungseinschränkung im Schulter/Armbereich“ sowie für „Stimmungsschwankung/ Verunsicherung“ zu. Die Mittelwerte zu beiden Messzeitpunkten für diese beiden Faktoren sind in Abb. 21 dargestellt. Die Signifikanzprüfung erfolgte anhand des T-Tests für verbundene Stichproben.

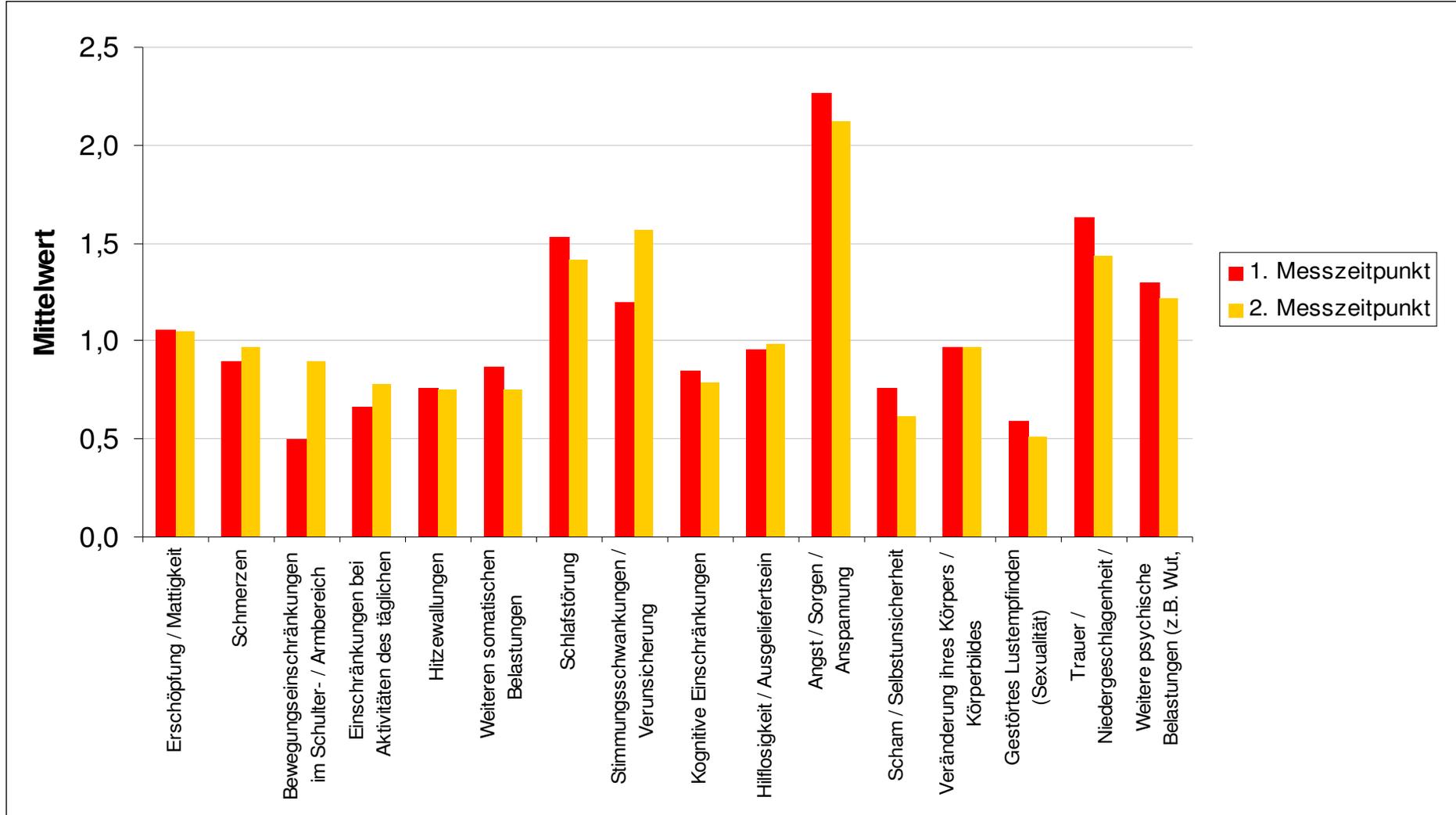


Abbildung 21: Vergleichsdarstellung der somatischen und psychischen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts

3.10 Vergleich von zusätzlichen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts

Es erfolgte außerdem eine Gegenüberstellung der zusätzlichen Belastungsfaktoren zu den beiden Befragungszeitpunkten. Bezüglich der wirtschaftlichen/ beruflichen sowie der weiteren Belastungsfaktoren trat keine signifikante Veränderung auf. Es ergab sich allerdings eine signifikante Abnahme der belastenden Probleme im Familien- und Freundeskreis. (Chi-Quadrat = 5; $p < 0,05$). Die Prüfung erfolgte hier ebenfalls mit dem McNemar Chi-Quadrat Test.

Der McNemar Chi-Quadrat Test berücksichtigt nur diejenigen Fälle, bei denen eine Veränderung eingetreten ist. Er überprüft also, ob diejenigen Patientinnen, die vorher eine Betreuungsindikation hatten, zum 2. Meßzeitpunkt keine Indikation mehr hatten und umgekehrt. Es sind immerhin 20 (26%) Personen von 78, bei denen eine Änderung auftrat und davon sind es 15 (19%), die im Verlauf beim 2. Messzeitpunkt keine Belastung im Familien und Freundeskreis mehr aufwiesen. Wenn man diese Häufigkeiten auf die Gesamtanzahl der auswertbaren Fälle bezieht, dann fand bei 58 (74%) Patientinnen keine Änderung statt und bei 20 (26%) Patientinnen konnte eine Änderung registriert werden.

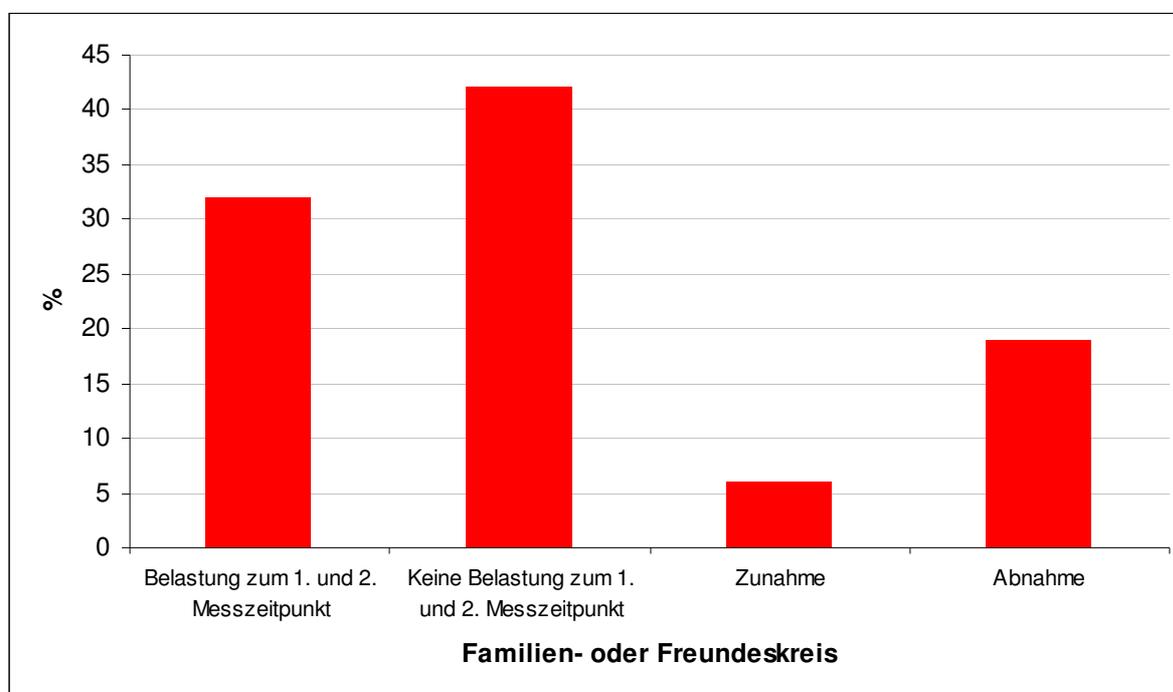


Abbildung 22: Verlaufsdarstellung von Problemen im Familien- oder Freundeskreis

4 Diskussion

Die vorliegende psychoonkologische Untersuchung verfolgte zwei miteinander verknüpfte Ziele. Es ging zum einem darum, die psychosoziale Belastung anhand des Fremdeinschätzungsinstrument PO-Bado-BK im stationären Verlauf an einem Schwerpunktkrankenhaus zu erheben und zu bewerten und im Verlauf darzustellen. Zum anderen sollte ein neues Instrumentarium spezifisch für Brustkrebspatientinnen erprobt und bewertet werden.

4.1 Repräsentativität der Stichprobe

Vor-und Nachteile ergaben sich dadurch, dass die Studie in komplexen klinischen Strukturen durchgeführt wurde und somit Daten unter klinischen Routinebedingungen und nicht unter Studienbedingungen erhoben wurden. Es zeigte sich eine große Bereitschaft der Patientinnen, an der Studie mitzuwirken. Nur 7 von insgesamt 93 Patientinnen, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, lehnten eine zweite Befragung ab. Das Argument, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnahme möglicherweise gerade psychisch stark belastete Patientinnen nicht erfasst wurden, trifft somit auf die vorliegende Stichprobe nicht zu. Die Daten von weiteren 7 von 93 Patientinnen konnten aus organisatorischen Gründen nicht erfasst werden, weil sie vor Erhalt der endgültigen Histologie oder vor der zweiten Befragung am Wochenende (wo keine Befragungen stattfanden) ohne Rücksprache mit dem Untersucherteam aus der Klinik entlassen worden waren.

4.2 Somatische und psychische Belastungsfaktoren

Eine häufige Folge einer Krebserkrankung stellt das sog. Fatigue-Syndrom dar, das mit Abgeschlagenheit, Müdigkeit und mangelnder Leistungsfähigkeit einhergeht. Die Symptomatik kann ihren Beginn während der Therapie haben, kann aber auch erst Monate nach Abschluss der Behandlung in Erscheinung treten.

In der vorliegenden Stichprobe gaben der größte Teil der Patientinnen ($M = 1,06$) bzgl. der somatischen Belastungsfaktoren Belastungen im Bereich „Erschöpfung / Mattigkeit“ an, gefolgt von Belastungen in den Bereichen „Schmerzen“, „Weitere somatische Belastungen“ und „Hitzewallungen“. Diese Ergebnisse entsprechen den Ergebnissen aus einer Studie am Brustzentrum Köpenick, bei denen 157 Patientinnen, darunter 87,6 % Patientinnen mit einem Mammakarzinom, mit dem PO-Bado-KF befragt wurden (Kaufmann, S. 2004). Darin äußerten die meisten Patientinnen Probleme in Bezug auf den Belastungsfaktor „Erschöpfung/ Mattigkeit“. Auch wenn die Stichprobe des Brustzentrums Köpenick nicht ausschließlich Brustkrebspatientinnen umfasst, so sind die Ergebnisse, die mit der PO-Bado-KF gemessen wurden, deren Fragen im PO-Bado-BK enthalten sind, mit denen der vorliegenden Studie vergleichbar.

Bezüglich der psychischen Belastungsfaktoren gibt es auch vergleichbare Ergebnisse. So litten die Patientinnen der vorliegenden Studie vorwiegend unter den Belastungen „Angst/ Sorgen/ Anspannungen“. Außerdem wurden in absteigender Reihenfolge Belastungen in den Bereichen „Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depressivität“, „Schlafstörungen“, „Weitere psychische Belastungen“ und „Stimmungsschwankungen / Verunsicherung“ festgestellt. Die Untersuchungsergebnisse der Stichprobe des Brustzentrums Köpenick wiesen ganz ähnliche Ergebnisse auf. Voran stehen die Belastungen der Bereiche „Angst / Sorgen / Anspannung“ ($M = 1,6$), gefolgt von „Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depression“ ($M = 1,5$), „Schlafstörungen“ ($M = 1,2$), „Stimmungsschwankungen“ ($M = 1$), „kognitive Einschränkungen“ und „Hilflosigkeit/ Ausgeliefertsein“ (jeweils $M = 0,5$), „Scham/ Selbstunsicherheit“ ($M = 0,2$) und „Weitere psychische Belastungen“ ($M = 0,3$).

Diese Ergebnisse spiegeln vor allem die Situation wieder, in der sich Patientinnen in einer Akutklinik befinden. Denn in der Phase unmittelbar nach Mitteilung der Diagnose und zu Beginn der Therapie stehen vor allem existenzielle Probleme und

die Angst vor dem Ausmaß der Erkrankung und dem Fortschreiten der Erkrankung bis hin zur Todesangst im Vordergrund (vgl. Kap. 1.4.2.).

Studien bestätigen immer wieder, dass Angst noch weit vor den depressiven Störungen zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund steht (Schwarz, R. et al. 2000; Pouget-Schors, D. et al. 2005).

4.2.1 Psychosozialer Betreuungsbedarf

In der vorliegenden Stichprobe hatten 56 % (N = 44) der Patientinnen einen psychosozialen Betreuungsbedarf und damit waren über die Hälfte der Patientinnen so stark belastet, dass sie eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung erhielten. Der psychosoziale Betreuungsbedarf in der vorliegenden Studie liegt damit deutlich höher als in anderen Studien, in denen bei ca. 30% aller Patienten ein psychosozialer Betreuungsbedarf beschrieben wird (Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P. et al. 1994; Keller, M. et al. 2004; Bultz, B. D. & Carlson, L. E. 2006; Sellick, S. M. & Edwardson, A. D. 2007). Dabei ist anzumerken, dass diese Angaben in den verschiedenen Studien allerdings sehr stark in Abhängigkeit von der untersuchten Erkrankung, der Erkrankungsphase, der Institution (Rehabilitationsklinik, Akutklinik, ambulanter Beratungsbereich) und den verwendeten Messinstrumenten variieren.

Bei einer großangelegten Untersuchung, bei denen 6365 Patienten mit dem PO-Bado befragt wurden, zeigte die Gruppe der Brustkrebspatientinnen, die mit 34% die größte Gruppe darstellte, im Vergleich zu Patienten mit anderen Tumorerkrankungen relative niedrige Werte (M=15,72) für die psychosoziale Unterstützungsindikation (Herschbach, P., Book, K., Brandl, T. et al. 2008b).

Eine zur vorliegenden Untersuchung sehr ähnliche Studie wurde an der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin durchgeführt. Hierbei wurden zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 406 Patienten mit der verlängerten Version des PO-Bado befragt. Die Ergebnisse bzgl. der Anzahl der psychosozialen Betreuungsindikation fielen mit 15 % im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie niedriger aus. 168 Patienten (41,4 %) waren so stark belastet, dass sie eine Indikation erhielten (Goerling, U., Odebrecht, S., Schiller, G. et al. 2006). Bei dieser Stichprobe handelte es sich um eine homogene Gruppe von überwiegend ähnlichen Tumorentitäten, nämlich vorwiegend gastrointestinale Tumoren. Somit sind die

Ergebnisse mit denen der einheitlichen Gruppe der Mammakarzinompatientinnen in der vorliegenden Studie vergleichbar.

In einer aktuellen an der Universitätsklinik Leipzig laufenden Studie wurden 689 Krebspatienten mittels klinischer Interviews (SKID) untersucht. Der SKID ist nicht krebsspezifisch und erfasst psychische Störungen nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM IV (Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. et al. 2003). Auch hier zeigten sich hohe Prävalenzraten für manifeste psychische Störungen nach dem DSM IV. 83 % der Befragten wünschten sich eine psychosoziale Unterstützung (Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J. et al. 2007). Hierbei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Patienten, was sowohl für die verschiedenen Tumorarten als auch für die Geschlechterverteilung gilt.

Es ist zu vermuten, dass die hohen Belastungswerte der hier vorliegenden Studie die psychische Situation von Brustkrebspatientinnen repräsentieren, die sich in einer Phase unmittelbar nach Diagnosemitteilung befanden. Die Patientinnen der Stichprobe kamen zur stationären Aufnahme, gezeichnet durch massive Angst, vor dem operativen Eingriff, der Angst vor einer körperlichen Verstümmelung und den weiteren Ergebnissen der Diagnostik, die sich im stationären Aufenthalt ergeben würden. Außerdem handelt es sich dabei ausschließlich um weibliche Patientinnen, die in einigen Studien gegenüber männlichen Patienten höhere Belastungswerte aufweisen. So zeigte die Untersuchung an der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin einen signifikanten Geschlechterunterschied: Frauen erhielten auffällig häufiger eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung (Goerling, U. et al. 2006; Herschbach, P. et al. 2008b).

Jedoch ist bei der vorliegenden Studie bzgl. der hohen Belastungswerte kritisch anzumerken, dass die Interviews auch von Studenten der Psychologie und nicht ausschließlich von erfahrenen Psychoonkologen durchgeführt worden sind. Man könnte vermuten, dass sich die jüngeren Interviewer vom Schicksal der Patientinnen selbst so belastet fühlten, dass sie insgesamt dazu neigten, die Belastung zu hoch einzuschätzen.

4.3 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und soziodemographischen Merkmalen

Es zeigte sich, dass weder die Merkmale „Alter“, „Feste Partnerschaft“, das Vorhandensein von Kindern, oder die „Arbeitsituation“ einen signifikanten Einfluss auf den Betreuungsbedarf hatten. Das erscheint ungewöhnlich. So könnte man annehmen, dass vor allem jüngere Patientinnen mehr Bedarf äußerten, weil sie in ihrem jungen Alter mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert werden und sich oftmals aus einem völligen Gesundheitsgefühl mit dieser neuen Situation auseinandersetzen müssen. Die Angst vor Verlust von Integrität und Selbständigkeit, Arbeitsunfähigkeit und damit verbundener wirtschaftlicher Bedrohung für sie selbst und ihre Familie erscheint unüberwindlich. Das zeigt auch eine Studie von Strittmatter, in der der Betreuungsbedarf gemessen mit dem Hornheider Fragebogen (HF) bei der jüngeren Altersgruppe mit 49,3% am höchsten, bei der mittleren Altersgruppe mit 49% nur minimal geringer und bei der älteren Altersgruppe mit nur 36% am geringsten erschien (Strittmatter, G., Mawick, R. & Tilkorn, M. 1998). In einer früheren Untersuchung von 1985 fiel auf, dass je jünger die Patientin und je günstiger das Tumorstadium war, desto mehr die psychische Belastung in den Vordergrund trat bzw. sich bei älteren Patientinnen mit ungünstigerem Tumorstadium zeigte, dass das rein physische Leiden im Vordergrund stand und umso weniger eine psychotherapeutische Betreuung sinnvoll erschien. (Sellschopp, A., Schwarz, R. & Michel, U. 1985). Dem gegenüber ergab eine Studie mit 406 sowohl Patienten als auch Patientinnen, bei denen am Tag der stationären Aufnahme mit dem PO-Bado die psychosoziale Betreuungsbedürftigkeit untersucht wurde, keinen signifikanten Unterschied bzgl. der Betreuungsindikation in Abhängigkeit von den verschiedenen Altersgruppen (Goerling, U. et al. 2006).

Andererseits zeigten Erfahrungen während und außerhalb der Studie, dass insbesondere jüngere Patientinnen, die Kinder hatten, einen geringeren Bedarf äußerten im Gegensatz zu älteren Patientinnen. Weil diese Patientinnen trotz ihrer Erkrankung weiterhin ihre familiären und mütterlichen Verpflichtungen nachgehen mussten, ist zu vermuten, dass ihnen diese Lebensaufgabe zu ausreichend großem Durchhaltevermögen und Kampfgeist (sog. „fighting spirit“) verhalf. Es war immer wieder festzustellen, dass gerade diese Patientinnen sich sehr offensiv der Erkrankung und den Therapiemaßnahmen stellten.

4.4 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und medizinischen Merkmalen

Nur das Vorhandensein eines Lymphknotenbefalls zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit. Diese Beobachtungen bestätigen Ergebnisse aus einer Studie von Herschbach, bei der während der Validierungsphase der PO-Bado-Bk Brustkrebspatientinnen mit Lymphknotenbefall höhere Belastungswerte erzielten ($t = 2,14$; $p = 0,036$) als diejenigen, bei denen kein Lymphknotenbefall nachweisbar war (Herschbach, P., Book, K., Brandl, T. et al. 2008; Herschbach, P., Book, K., Brandl, T. et al. 2008a). Die Patientinnen mit Lymphknotenbefall und einem damit lokal fortgeschritteneren Erkrankungsstadium sahen sich vermutlich mit einer sehr viel größeren Angst vor dem Fortschreiten und Metastasierungsrisiko ihrer Erkrankung konfrontiert als Patientinnen mit nodalnegativen Tumoren. Das Risiko des frühen Fortschreitens der Erkrankung wurde zu einer realistischen Bedrohung. Es ist naheliegend, dass der Bedarf nach Unterstützung deshalb erhöht war.

Bei der vorliegenden Studie ist jedoch zu beachten, dass 47 (62%) Patientinnen keine Kenntnis über einen Lymphknotenbefall angaben. Das lag zum einen daran, dass den Patientinnen dieser Stichprobe zum ersten Befragungszeitpunkt ein Lymphknotenbefall deshalb noch nicht bekannt war, da die Befragung zumeist vor der Operation bzw. noch vor dem Vorliegen eines histologischen Ergebnisses stattfand. Eine Angabe über einen Lymphknotenbefall konnte also noch nicht gegeben werden. Ausnahmen bildeten diejenigen Patientinnen, bei denen schon in der vorausgegangenen Diagnostikphase z.B. im Rahmen einer präoperativen Probebiopsie ein histologischer Nachweis eines Lymphknotenbefalls erhoben werden konnte. Das betraf allerdings nur wenige Patientinnen.

Fragen wie sie in der Fragenversion des PO-Bado-BK gestellt werden, sind von den meisten Patientinnen nach einem zeitlichen Abstand zum Klinikaufenthalt sicherlich leichter zu beantworten z.B. während des Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik oder in der ambulanten Nachsorgephase als während des Aufenthalts in einer Akutklinik.

In die Stichprobe der vorliegenden Studie wurden Patientinnen mit unterschiedlichen Krankheitsstadien des Mammakarzinoms aufgenommen, um dadurch ein Bild des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs aller in der Frauenklinik behandelten Brustkrebspatientinnen zu erhalten und entsprechende Risikogruppen zu identifizieren.

Widersprüchlich zur derzeitigen Studienlage erscheint die Tatsache, dass in der vorliegenden Studie bei den Patientinnen mit einer bereits vorhandenen Metastasierung kein signifikanter Zusammenhang zum Betreuungsbedarf vorhanden war. Es ist nach klinischer Erfahrung davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Patienten, bei denen die Krankheit weit fortgeschritten ist und Metastasen nachgewiesen worden sind, höher belastet sind und daher besondere Aufmerksamkeit bedürfen.

Bei den Daten der vorliegenden Studie ist jedoch unbedingt anzumerken, dass es sich bei den untersuchten Patientinnen zu fast 90% (69 Patientinnen) um Patientinnen mit einer Ersterkrankung handelt. Bei nur 5 Patientinnen (7%) wurden Metastasen nachgewiesen bzw. bei über der Hälfte, 46 Patientinnen (bzw. 61%) waren Metastasen nicht bekannt. Somit ist diese Stichprobe hinsichtlich Aussagen zu Metastasen nicht repräsentativ.

In einer Studie mit 394 Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs gemessen mit dem FBK-R23 zeigten sich 40,9 % als psychisch hochgradig belastet. Hierbei waren niedriges Lebensalter und Metastasen signifikante Prädiktoren für eine höhere psychische Belastung (Herschbach, P. et al. 2004). Auch in weiteren Untersuchungen zeigten sich höhere psychosoziale Belastungen bei Krebspatienten mit Metastasen (Cella, D. F., Orofiamma, B., Holland, J. C. et al. 1987; Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. 1999; Kissane, D.W. et al. 2004; Herschbach, P. et al. 2008a). In einer anderen Studie wurden jedoch ähnliche Ergebnisse wie bei der vorliegenden Studie gezeigt. In jener Studie wurden Patientinnen im frühen Stadium eines Mammakarzinoms mit Patientinnen verglichen, die sich in einem metastasierten Stadium befanden. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der psychischen Belastung (45% Belastung bei frühen Stadien ohne nachgewiesene Metastasierung versus 42% im metastasierten Stadium (Kissane, D.W. et al. 2004). Die Daten der Patientinnen wurden sowohl mit klinischen Interviews als auch mit Selbsteinschätzungsfragebögen erhoben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigten auch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den einzelnen Therapieoptionen bzgl. der erfolgten „Behandlung in den letzten zwei Monaten“ und dem psychosozialen Betreuungsbedarf.

Eine EU-Studie stellte dar, dass die Symptomausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung unabhängig von den objektiven Krankheitsmerkmalen wie Tumorigradung oder Operationsform (Mastektomie versus brusterhaltende Operation) waren (Ditz, S. et al. 2006). Dem widerspricht die schon zitierte Studie von Herschbach, bei der sich herausstellte, dass höhere Belastungswerte gemessen mit dem PO-Bado-BK für Patientinnen auftraten, die eine komplette Brustentfernung erhalten hatten gegenüber denjenigen, die brusterhaltend operiert werden konnten. Auch diejenigen Patientinnen, die nach der Brustentfernung eine Brustrekonstruktion erhalten hatten, hatten einen geringeren Betreuungsbedarf wie diejenigen, die keine Rekonstruktion erhalten hatten (Herschbach, P. et al. 2008a). Auch scheint nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine vorausgegangene Behandlung in Form von Operation, Chemotherapie, Bestrahlung oder einer Hormontherapie keinen signifikanten Einfluss auf den psychosozialen Betreuungsbedarf zu haben. Dem gegenüber stehen Ergebnisse einer weiteren Studie von Herschbach, in der die vorausgegangene Therapie einen entscheidenden Einfluß auf das psychosoziale Befinden von Krebspatienten hat. In dieser Studie wurde die psychosoziale Betreuungsindikation von 6365 Krebspatienten, die mit dem PO-Bado untersucht wurden, mit der vorangegangenen Therapieform verglichen (Herschbach, P. et al. 2008b). Es wurden Patientengruppen mit vorausgegangener Therapie wie operative Therapie oder Strahlen -oder Chemotherapie und Patienten ohne Therapie bzgl. ihrer psychosozialen Belastung untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass diejenigen Patienten, die keine chirurgische Intervention oder Bestrahlung in den vergangenen 2 Monaten erhalten hatten, eine höhere Betreuungsindikation hatten, als diejenigen mit einer Therapie. Das liegt vermutlich daran, dass Therapieformen wie Operation und Bestrahlung stärker mit der Hoffnung auf Überleben und Heilung korrelieren. Aus der klinischen Erfahrung wird immer wieder offensichtlich, dass sich viele Patientinnen ‚beruhigter‘ fühlen, wenn der Tumor durch die Therapiemaßnahme (in Form von Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie) „entfernt“ wird. Ist eine Operation aufgrund des Erkrankungstyps nicht möglich, wird diese Situation verständlicherweise als potenziell bedrohlich erlebt.

4.5 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und krankheitsunabhängigen Merkmalen

Die PO-Bado-BK erfasst zudem, ob sich die Patientinnen vor Ausbruch der Brustkrebserkrankung in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung befanden. Dabei wurde angenommen, dass Patientinnen, die eine Hilfe in dieser Form im Vorfeld der Diagnose bereits in Anspruch genommen hatten, auch eine entsprechende psychiatrische Komorbidität mitbrachten. In der vorliegenden Studie zeigte sich bei denjenigen Patientinnen, die sich aufgrund psychischer Belastung schon in der Vergangenheit bzw. zum Zeitpunkt der Befragung in psychologischer Betreuung befanden, ein signifikanter Zusammenhang bzgl. einer Betreuungsindikation. Es existieren nur wenige Studien, die das Vorhandensein psychischer Störungen vor Ausbruch der Krebserkrankung untersuchten. In diesen finden sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit einer hohen psychischen Belastung, vor allem mit Angst und Depressivität (Dean, C. 1987; Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A. et al. 1997; Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A. et al. 1997; Jenkins, C. et al. 1998).

Dies begründet sich wahrscheinlich darin, dass diese Patientinnen, die schon vor der Brustkrebserkrankung unter psychischen Beschwerden litten, eine größere Grundbelastung haben und somit unter dem Eindruck einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung keine ausreichenden Ressourcen mobilisieren können. So ist anzunehmen, dass bereits größere Probleme im innerpsychischen und familiären oder beruflichen Bereich vorhanden waren und diese Patientinnen durch die Diagnosemitteilung aus dem psychischen Gleichgewicht geraten waren. Durch eine Brustkrebserkrankung können auch frühere Konflikte und Belastungen aktiviert werden, die bisher zu keiner psychischen Auffälligkeit geführt haben.

Andererseits könnte es auch sein, dass Patientinnen, die eine psychologische Behandlung erhalten hatten, sensibler für die eigenen psychosozialen Belastungen sind und diese also eher wahrnehmen und mitteilen, was sich in einer höheren Einschätzung in der Fremdbeurteilungsskala widerspiegeln könnte.

Weiterhin scheint der „aktuelle Funktionsstatus“ keinen Einfluss auf die Betreuungsbedürftigkeit zu haben.

Das widerspricht den Ergebnissen von Herschbach, bei denen Brustkrebspatientinnen mit „normaler Aktivität“ (Stufe 0) gemessen mit dem PO-Bado-BK gegenüber denjenigen mit Funktionsstatus 1 und 2 (1 = Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig; 2 = Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen) einen geringeren Bedarf an psychosozialer Betreuung aufwiesen (Herschbach, P. et al. 2008; Herschbach, P. et al. 2008a). Eine ganze Reihe von Studien bestätigt eine eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit als hohen Risikofaktor für eine psychosoziale Belastung (Cella, D. F. et al. 1987; Aass, N. et al. 1997; Grassi, L. et al. 1997; Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B. et al. 2001). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind hinsichtlich des Funktionsstatus nur eingeschränkt beurteilbar, da es sich hierbei zu über 90% um Patientinnen handelt, die sich in den Stufen 0 und 1 und mit 20% somit fast uneingeschränkt und zu 70 % überhaupt nicht eingeschränkt funktionsfähig sind. Es handelt sich also um eine hoch selektive Gruppe, die demzufolge in Bezug auf den Funktionsstatus keinen erhöhten Betreuungsbedarf aufweist.

In der PO-Bado-BK wird auch nach der Einnahme von psychotropen Substanzen wie Tranquilizer, Antidepressiva oder sonstige Schlafmittel gefragt. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, in denen gezeigt wurde, dass die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka mit höheren Belastungswerten einhergeht, konnte in der vorliegenden Studie diesbezüglich kein signifikanter Zusammenhang mit der Indikation zu psychoonkologischer Intervention festgestellt werden (Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K. et al. 2003; Knight, L., Mussell, M., Brandl, T. et al. 2008). So könnte man doch annehmen, dass ähnlich wie bei dem Merkmal „psychische Behandlung in der Vergangenheit“ für das Merkmal „Einnahme von Psychopharmaka“ auch eine positive Korrelation im Bezug auf den psychosozialen Betreuungsbedarf bestehen müsste. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen diese Annahme nicht. Vielleicht aus dem Grund, dass diejenigen Patientinnen, die sich unter dem Einfluss von Psychopharmaka befanden, aufgrund der positiven Medikamentenwirkung an weniger Schlafstörungen litten und in der Akutphase unmittelbar nach Diagnosestellung insgesamt psychisch stabiler waren.

4.6 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und einzelnen Belastungsfaktoren

4.6.1 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und somatischen Belastungsfaktoren

Durch den im Vorfeld stattgefundenen belastenden therapeutischen Eingriff z.B. durch eine präoperative Chemotherapie klagten viele Patientinnen über „Hitzewallungen“ und über Probleme, die unter den Items „Erschöpfung/ Mattigkeit“ und „Weitere somatische Belastungen“ einzuordnen sind. Dass diese wiederum in einem engen signifikanten Zusammenhang mit einer höheren psychischen Belastung standen, ist naheliegend, wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen. Auffallend erscheint allerdings, dass die „Einschränkungen im täglichen Leben“ keinen Einfluss auf die psychosoziale Belastung hatte. Dies widerspricht den Ergebnissen einer Verlaufsuntersuchung, in der insbesondere psychische Belastung in Abhängigkeit zu den Items Fatigue und Einschränkungen im täglichen Leben noch im Verlauf an Intensität zugenommen hatten (Knight, L. et al. 2008).

Vor dem Hintergrund, dass die Untersuchung zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts stattfand, 69 (89,6%) Patientinnen eine Ersterkrankung aufwiesen und erst seit Kurzem mit der Erkrankungssituation konfrontiert waren, ist erklärbar, dass diese Patientinnen mögliche Einschränkungen in ihrem Alltag bis dato noch nicht feststellen konnten und damit keine Aussage getroffen werden konnte.

4.6.2 Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf und psychischen Belastungsfaktoren

Bei den psychischen Belastungsfaktoren zeigten die Belastung durch Ängste, Sorgen, Anspannung mit einem Mittelwert von $M = 2,27$ die stärkste Ausprägung. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in weiteren Studien (Aschenbrenner, A. et al. 2003; Faller, H. et al. 2005; Rieg-Appleson, C. 2005; Singer, S. et al. 2007). Bei 77 Patientinnen mit Mammakarzinom, die während der Strahlentherapie mit dem HADS und dem HF befragt wurden, zeigten sich bei der Angstskala 20% auffällige Werte. Hingegen waren auf der Depressivitätsskala nur 5% auffällig (Faller, H. et al. 2003). Neben dem Item „Angst/ Sorgen/ Anspannung“ ergaben sich in der vorliegenden

Studie bei dem Item „Trauer/ Niedergeschlagenheit/ Depressivität“ die zweithöchsten Belastungswerte gefolgt von den Items „Schlafstörung“, „Weitere psychische Belastungen“ und „Stimmungsschwankung / Verunsicherung“. Auch diese Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien, bei denen die „Depressivität“ mit niedrigeren Werten als die des Items „Angst“ angegeben wurden. Da in der vorliegenden Studie die Interviews häufig kurz nach der Diagnosemitteilung erfolgten, oftmals nur wenige Tage danach, klagten die meisten Patientinnen über massive Schlafstörungen und einige Patientinnen erhielten sogar vorübergehend Beruhigungsmittel. Immer wieder berichteten die Patientinnen auf die Frage, wie sie ihre Stimmung beschreiben würden, dass sie sich ständig zwischen „Hoffen und Bangen“ bewegen würden und dass ihre Stimmung mit einer „Achterbahnfahrt“ verglichen werden könnte. Die Belastung bzgl. des Merkmals „gestörtes Lustempfinden“ jedoch schien bei den Ersterkrankten zum Zeitpunkt der Erstversorgung noch nicht relevant. Diese Belastung gewinnt sicherlich erst im weiteren Verlauf der Erkrankung an Relevanz.

4.6.3 Zusammenhang zwischen psychosozialen Betreuungsbedarf und zusätzlichen Belastungsfaktoren

Bei der Auswertung der zusätzlichen Belastungsfaktoren ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Situation und der psychosozialen Belastung. So wäre auch hier anzunehmen, dass die psychosoziale Belastung durch zusätzliche wirtschaftliche und berufliche Probleme wie Einkommenskürzungen, drohender Arbeitsplatzverlust verstärkt worden wäre. Die fehlende Korrelation der vorliegenden Untersuchung ist einerseits wieder unter dem Aspekt der Befragung in einem Akutkrankenhaus bei überwiegend Ersterkrankten zu interpretieren. Mögliche wirtschaftliche oder berufliche Probleme treten bekanntermaßen bei den Patientinnen erst in der therapeutischen Folgephase auf, wenn belastende therapeutische Maßnahmen eine längere Arbeitsunfähigkeit bewirken. Die Studienlage verhält sich diesbezüglich jedoch uneinheitlich. In einer Studie der Nachwuchsgruppe der psychosozialen Onkologie an der Universität Leipzig wurde gezeigt, dass bei Patientinnen mit geringerem Einkommen und deshalb häufigeren wirtschaftlichen Problemen ein höherer psychosozialer Betreuungsbedarf bestand als bei Patientinnen mit höherem Einkommen (Krauß, O., Kauschke, M., Slesazeck,

H. et al. 2004). In einer früheren Untersuchung konnte eine höhere allgemeine psychische Belastung gemessen mit dem General Health Questionnaire (GHQ-60) bei sozial schlechter gestellten Patientinnen ermittelt werden (Hughson, A. V., Cooper, A. F., McArdle, C. S. et al. 1988). In anderen Studien konnte jedoch festgestellt werden, dass der ökonomische Status kein relevanter Risikofaktor für eine höhere psychische Belastung zu sein schien (Aschenbrenner, A. et al. 2003).

4.6.4 Zusammenhang zwischen psychosozialen Befinden im Verlauf des stationären Aufenthalts

4.6.4.1 Vergleich von psychosozialen Behandlungsbedarf im stationären Verlauf

Erstmalig wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die PO-Bado-BK in einer Akutklinik verwendet. Des Weiteren kommt hinzu, dass die Untersuchung zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten d.h. also im stationären Verlauf erfolgte. Dabei wurde davon ausgegangen, dass der psychosoziale Behandlungsbedarf während des Klinikaufenthalts zunehmen würde. Es wurde angenommen, dass viele Patientinnen erst durch die Therapie ein Krankheitsgefühl mit Leidensdruck bekommen würden und ihnen erst nach und nach das gesamte Ausmaß und die Bedeutung der Diagnose bewusst werden würde (Rieg-Appleson, C. 2005).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen jedoch keine signifikante Veränderung des psychosozialen Behandlungsbedarfs zum ersten Befragungszeitpunkt gegenüber dem zweiten Befragungszeitpunkt. Diese Ergebnisse werden bestätigt durch Untersuchungen einer Studie von Knight, bei der 99 Patientinnen mit dem PO-Bado und dem HADS gemessen wurden. Die Messung erfolgte jeweils vor und nach einer Strahlentherapie zum Zeitpunkt T0 und T1. Dabei änderte sich der psychosoziale Behandlungsbedarf nicht im Verlauf sowohl für die Messungen mit dem PO-Bado als auch für den HADS (Knight, L. et al. 2008). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind unter dem Aspekt zu betrachten, dass der Erhebungszeitraum im Durchschnitt 6 Tage betrug. Diese 6 Tage stellen zum durchschnittlichen Krankheitsintervall von Monaten bis Jahre ein für eine derartige Verlaufsdarstellung nicht repräsentatives Zeitintervall dar. Erwartungsgemäß treten psychosoziale Belastungen und weitere Probleme erst im größeren Zeitintervall von Monaten bis Jahren auf. Diese Behauptung bekräftigen Ergebnisse einer Studie

von Härter, bei der die psychische Belastung nach 4 Wochen, 12 Monaten und nach einer Langzeituntersuchung gemessen mit dem Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) kontinuierlich zunahm (Härter, M. et al. 2001).

4.6.4.2 Abhängigkeit des psychosozialen Betreuungsbedarfs vom Zeitintervall der beiden Messzeitpunkte

Bezüglich des zeitlichen Abstands zwischen den beiden Befragungen ergibt sich auch keine signifikante Veränderung bzgl. der psychosozialen Belastung. Die psychische Belastung war demzufolge bei Patientinnen unabhängig von der Aufenthaltsdauer und den zeitlichen Abstand zwischen den Befragungen. Das war sicherlich auch auf die durchschnittlich kurze Liegedauer der Patientinnen zurückzuführen, bei der sich kaum größere Schwankungen in den Zeitintervallen die Aufenthaltsdauer betreffend ergaben. Denn in zahlreichen Studien wurde eine depressive Verstimmung mit längerer Hospitalisation (Fulop, G. et al. 1987; Morris, P.L. et al. 1991), höheren Mortalitätsraten (Silverstone, P.H. 1990) und auch einem höheren Suizidrisiko (Louhivouri, K.S. et al. 1979) assoziiert. Diese Ergebnisse wurden jedoch in Langzeituntersuchungen erhoben.

4.6.4.3 Der Einfluss somatischer Belastungsfaktoren im stationären Verlauf

Von allen einzelnen Items, die die somatischen Beschwerden angeben, zeigte nur das Item „Bewegungseinschränkung im Schulter-Armbereich“ eine deutliche Zunahme der psychosozialen Belastung. Dieses Ergebnis erscheint plausibel, da die Bewegungseinschränkungen erst durch den operativen Eingriff aufgetreten und zum ersten Befragungszeitpunkt noch gar nicht vorhanden waren.

Zu erwarten wäre auch eine Zunahme der „Erschöpfung/ Mattigkeit“ im Sinne eines durch Behandlung entstandenen Fatiguesyndroms. In einer Studie, bei der 41 Brustkrebspatientinnen zu 3 verschiedenen Zeitpunkten während der Bestrahlung mit dem HADS befragt wurden, zeigte sich zunächst eine Zunahme der Fatigue, die nach Abschluss der Bestrahlung zum dritten Befragungszeitpunkt wieder zu ihrem Ausgangswert zurückgegangen war (Geinitz, H., Zimmermann, F. B., Stoll, P. et al. 2001). Und in der bereits o.g. Studie zeigte sich gerade im Verlauf der Erkrankung eine Zunahme der Beschwerden und Belastung durch das Fatigue (Knight, L. et al. 2008). Eine Erklärung für das geringe Änderungsverhalten der somatischen Belastungen in der vorliegenden Studie liefert auch hier der Aspekt des kurzen

Befragungszeitraums von wenigen Tagen, unter dem sich eine signifikante Veränderung kaum ergeben kann. Zumeist treten Erschöpfungssymptome erst im späteren Verlauf einer belastenden Therapie wie Strahlentherapie oder während oder nach einer Chemotherapie auf und verändern in dieser Zeit ihre Intensität (Keller, M. 2001).

4.6.4.4 Einfluss psychischer Belastungsfaktoren im stationären Verlauf

Bei der Verlaufsdokumentation der psychischen Belastungsfaktoren zeigt sich alleine eine signifikante Zunahme der Belastung bzgl. des Items „Stimmungsschwankungen/ Verunsicherung“. Das bedeutet also, dass bei den Patientinnen die Verunsicherung im Hinblick auf ihre Erkrankung und die neue Lebenssituation zum Ende des stationären Aufenthalts zugenommen hatte. Auch hatte die „Stimmungslage“ bei den meisten Patientinnen keine Beruhigung erfahren. Dies lässt sich damit erklären, dass viele Patientinnen kurz vor der Entlassung nun in eine ungewisse Phase der weiterführenden Therapie entlassen wurden, ohne Kenntnis darüber, ob die für sie gewählten Therapiemaßnahmen effektiv und erfolgreich sein würden. Die Patientinnen wurden gewissermaßen gezwungen, sich an die Krankheitssituation anzupassen und ihr Leben auf die Nebenwirkungen der Therapie einzurichten.

Bezüglich der Bereiche „Sorgen und Ängste“ hätte man erwarten können, dass diese zum zweiten Messpunkt deutlich höher ausfallen würden als zum ersten Messpunkt, vor allem mit der Begründung, dass die Patientinnen bei Entlassung aus der Akutklinik erst das ganze Ausmaß an Belastung, die die Krankheit mit sich bringt, erfassen und sich nun zumeist erst noch auf eine lange Therapiephase einstellen müssen. Für die vorliegende Stichprobe würde ein derartiger Therapieverlauf zutreffen, da sie ja in erster Linie erkrankte Patientinnen beinhaltet (fast 90%). In der bereits oben genannten Studie von Geinitz wurde bei der Gruppe von 41 Brustkrebspatientinnen, bei der der HADS als Messinstrument verwendet wurde eine signifikante Zunahme der Angstwerte, aber keine Veränderung bzgl. der Depressionswerte festgestellt (Geinitz, H. et al. 2001).

Auch könnte man davon ausgehen, dass zum zweiten Befragungszeitpunkt nach erfolgter Operation das Körperbildempfinden im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt deutlich gestörter ausfallen würde. Die körperlichen Veränderungen werden oft als extrem belastend empfunden, da das weibliche Selbstwertgefühl durch die operative Veränderung an der Brust oder durch den

Verlust der ganzen Brust stark geschwächt wird (Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C. et al. 1999; Keller, M. 2001; Ditz, S. et al. 2006). In der vorliegenden Studie trat hierzu keine Veränderung auf.

Die vorliegende Studie zeigt einen unveränderten Verlauf im Bereich „gestörtes Lustempfinden“. Auch dieses Ergebnis ist damit zu erklären, dass diese Problematik erst im weiteren Krankheitsverlauf also erst außerhalb einer Akutklinik an Intensität gewinnt und damit bei den beiden Befragungszeitpunkten noch nicht relevant war (Barni, S. et al. 1997).

Auch das Gefühl „Hilflosigkeit/ Ausgeliefertsein“ unterlag bei der vorliegenden Studie im stationären Verlauf keiner signifikanten Veränderung.

So wäre davon auszugehen, dass die Patientinnen bei der Entlassung günstigerweise nach einem ausführlichen Arzt-Patienten-Gespräch eine gewisse Vertrautheit zum Ablauf der Behandlung erfahren und Vertrautheit mit den behandelnden Ärzten gewonnen hätten, was wiederum das Gefühl „Ausgeliefertsein“ und „Hilflosigkeit“ günstig beeinflusst haben könnte und eher zu einer Abnahme im Verlauf hätte führen können. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützen diese Mutmaßungen nicht. So ist anzunehmen, dass die meisten Patientinnen keine Entlastung bzgl. dieser Belastungsfaktoren erfahren konnten und sie während des kurzen stationären Aufenthalts auch keine psychische Sicherheit durch eine gefestigte Arzt-Patienten-Beziehung oder im privaten Umfeld erlangen konnten. Die Diagnosemitteilung war erst kürzlich erfolgt und das Gefühl des Ausgeliefertseins in einem hoch technisierten medizinischen Apparat hielt demzufolge weiter an.

4.6.4.5 Einfluss krankheitsunabhängiger Belastungsfaktoren im stationären Verlauf

Eine Veränderung in Bezug auf die zusätzlichen Belastungsfaktoren wie „wirtschaftliche und berufliche Probleme“ und „zusätzliche Belastungsfaktoren“ im Verlauf der stationären Behandlung trat in der vorliegenden Untersuchung nicht auf. Das ist sicherlich wieder erklärbar mit der Begründung, dass die Befragung der Patientinnen in einem sehr kurzen Zeitintervall stattfand und sich am Ende des stationären Aufenthalts noch keine Veränderungen im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt ergeben hatten. Auch diese Problematik wird sich

erfahrungsgemäß voraussichtlich erst in der folgenden Krankheitsphase mit folgender Therapie ergeben.

Es ergab sich in der Verlaufsbeobachtung allerdings eine signifikante Abnahme der „belastenden Probleme im Familien–und Freundeskreis“.

Die Erfahrung im Klinikalltag zeigt, dass viele Patienten und deren Angehörige sich gleichermaßen in einer Art Schockzustand befinden. Probleme im innerfamiliären Bereich werden in dieser Zeit nicht angesprochen oder ausgeblendet, andererseits herrscht auch im familiären Bereich oder im Freundeskreis eine gewisse Sprachlosigkeit. Angesichts des hohen Leidensdruck der betroffenen Patientinnen durch die Erkrankung treten familiäre Probleme möglicherweise eher in den Hintergrund. Erst nach und nach wird ihnen die Abhängigkeit von einem intakten sozialen Netz bewusst und die Probleme treten, wenn das in dieser Art nicht existiert, erst nach einer gewissen Zeitspanne auf.

5 Ausblick

Bei dem in der vorliegenden Studie verwendeten Fragebogen sind folgende Probleme, die mit der praktischen Anwendung im Klinikalltag zusammenhängen, darzulegen:

- Aufgrund des intensiven Zeitaufwands von mindestens 25 Minuten pro Patientin eignet sich dieses Instrument nicht, um es in das normale Anamnesegespräch z.B. im Rahmen der stationären Aufnahme zu integrieren.
- Außerdem beinhaltet dieser Basisdokumentationsbogen Fragen, die zum Zeitpunkt des Aufenthalts in einer Akutklinik von Patientinnen mit einer Ersterkrankung noch nicht beantwortet werden können. Die Angaben zielen eher auf Aussagen ab, die schon eine längere Krankheitsdauer voraussetzen. Das betrifft wie bereits oben erwähnt die Bereiche „Fatigue“, ein Symptom, das häufig erst verspätet eintritt, „gestörtes Lustempfinden“ und die „zusätzlichen Belastungsfaktoren“. Es scheint auch nicht praktikabel für eine aktuelle Befragung kurz nach Diagnosemitteilung, da die Frage „Behandlung in den letzten 2 Monaten“ von einer bereits bestehende Krankheitsdauer von mehr als 2 Monaten ausgeht

Da es also aus den oben erwähnten Gründen nicht möglich erscheint, den gesamten Fragebogen des PO-Bado-BK in das medizinische Anamnesegespräch zu integrieren, könnten jedoch routinemäßig im ärztlichen Erstgespräch bei Aufnahme und Aufklärung der Patientin gezielt Fragen exploriert werden, die sich in der vorliegenden Untersuchung als Prädiktoren für psychosoziale Belastung erwiesen hatten wie z.B. die krankheitsunabhängigen Probleme wie familiäre, soziale und wirtschaftliche Probleme als auch die Einnahme von Psychopharmaka und die psychologische Behandlung in der Vergangenheit (Senf, B. 2009).

Durch Kenntnis dieser Belastungsbereiche sollte es dem behandelten Arzt gelingen, ohne spezifische Fachkenntnisse, Patientinnen mit besondere Belastung herauszufiltern und die betreffende Patientin zum psychoonkologischen Beratungsgespräch weiter zu verweisen.

Insbesondere ist anzumerken, dass immer wieder Patientinnen während der Studie mitteilten, dass sie sich durch die Befragung alleine besser und „ganzheitlicher“

betreut und sich in ihrer Erkrankungssituation „ernster genommen“ fühlten. Hier kommt zum Ausdruck, was bisher noch nicht Gegenstand der Forschung war, nämlich das Auftreten von Interventionseffekten durch das psychosoziale Anamnesegespräch mittels des PO-Bado-BK (Senf, B. 2009).

Allein schon durch die Beschäftigung und Anteilnahme mit der psychosozialen Situation der Patientin und eine gegebenenfalls rechtzeitige Zuweisung zur psychoonkologischen Betreuung würde auch das Arzt-Patienten-Verhältnis gestärkt (Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D. et al. 2006). Dies wiederum wird zur Entlastung des gesamten Behandlungsteams beitragen und langfristig eine bessere humanitäre Behandlung der Patientinnen bewirken. Die positive Wirkung einer psychoonkologischen Betreuung von Brustkrebspatientinnen ist heutzutage unbestritten und darf Patientinnen nicht mehr vorenthalten werden (Herschbach, P. 2008).

6 Zusammenfassung

Das seit 2007 existierende Fremdeinschätzungsinstrument, die PO-Bado-BK hatte in der vorliegenden Studie mehrere Aufgaben zu erfüllen. Es sollten einerseits die psychosoziale Belastung von Brustkrebspatientinnen und Einflußfaktoren als prädiktive Faktoren untersucht werden, andererseits sollte eine mögliche Veränderung des psychosozialen Betreuungsbedarfs im Verlauf dargestellt werden. Gleichzeitig wurde die Praktikabilität der PO-Bado-BK in einer Akutklinik geprüft.

Die vorliegende Studie bestätigt eine ausgesprochen hohe psychosoziale Belastung von Brustkrebspatientinnen und erfordert somit eine flächendeckende psychoonkologische Betreuung. Den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge bestand bei 44 Patientinnen von 79 Patientinnen eine Indikation zur psychoonkologischen Betreuung. Das bedeutet, dass über die Hälfte (55,7%) der befragten Frauen sich über ein kritisches Maß hinaus durch ihre Erkrankung psychosozial belastet fühlten. Die vorliegende Studie bestätigt damit eine große Anzahl von empirischen Untersuchungen zum psychoonkologischen Betreuungsbedarf in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen.

Als prädiktive Faktoren standen „Psychologische Behandlung in der Vergangenheit“, das Vorhandensein von „Lymphknotenbefall“, ein „fortgeschrittener Krankheitsstatus“ und „krankheitsunabhängige Belastungen“ (erhoben mit dem PO-Bado-BK) mit der psychoonkologischen Behandlungsindikation im Zusammenhang.

Bei der Verlaufsdarstellung während des stationären Aufenthalts zeigten sich jedoch keine signifikanten Veränderungen bezüglich der psychosozialen Belastung. So war bei 53 (67%) Patientinnen keine Veränderung festzustellen. 26 (33%) Patientinnen zeigten eine Veränderung, wobei davon bei jeweils der Hälfte eine Zu- bzw. eine Abnahme der psychosozialen Belastung registriert wurden.

Es hat sich gezeigt, dass die PO-Bado-BK mit ausgewählten Fragen, welche insbesondere die psychosoziale Situation von Brustkrebspatientinnen betreffen, valide psychoonkologisch behandlungsbedürftige Patientinnen identifizieren kann. Bezüglich der Ergebnisse der Verlaufsmessung ist anzumerken, dass das Befragungsintervall von durchschnittlich 6 Tagen nicht als repräsentatives Zeitintervall im Hinblick auf eine oftmals jahrelang anhaltende Krankheitssituation gewertet werden kann und sich gegebenenfalls erst Veränderungen im weiteren Krankheitsverlauf abzeichnen.

Durch das psychoonkologische Anamnesegespräch selbst und durch die möglicherweise darauffolgende psychoonkologische Intervention ist von einer emotionalen Entlastung der Patientinnen auszugehen. All diese Argumente sprechen dafür, die PO-Bado-BK in das Anamnesegespräch bei Aufnahme der Patientin zu integrieren.

Jedoch hat sich die PO-Bado-BK aufgrund des intensiven Zeitaufwandes für die Alltagssituation in einer Akutklinik nicht praktikabel erwiesen. Es sollte allerdings diskutiert werden, eine Auswahl an Fragen des PO-Bado-BK, die positive Prädiktoren enthalten, routinemäßig in das Anamnesegespräch zu integrieren.

7 Literaturverzeichnis

- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A. & Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital: *Eur J Cancer* 33(10): 1597-604.
- Albert, U.-S. (2008). *Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland*. München, Zuckschwerdt-Verlag
- Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K. & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen - Ein systematischer Überblick über empirische Studien: *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 12: 15-28.
- Barni, S. & Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients: *Ann Oncol* 8: 149-153.
- Bartsch, H.H., Moser, M.T., Weis, J., Adam, G. & Kruck, P. (2000). Prävalenz von Fatigue bei Krebspatienten in der stationären Rehabilitation: Verteilungsmuster und Einflussfaktoren. *Fatigue bei Krebspatienten*. Weis und Bartsch. Basel, Karger.
- Bjorkenstam, C., Edberg, A., Ayoubi, S. & Rosen, M. (2005). Are cancer patients at higher suicide risk than the general population?: *Scand J Public Health* 33(3): 208-214.
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign--future directions in cancer care: *Psychooncology* 15(2): 93-95.
- Bultz, B., Speca, M., Brasher, P., Reggie, P.H. & Page, S. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early breast cancer patients: *Psychooncology* 9: 303-313.
- Bundesamt, Statistisches (18.10.2006). Sterbefälle nach den 10 häufigsten Todesursachen insgesamt und nach dem Geschlecht 2005 (online): [http:// www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.htm](http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.htm).
- Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M., Ziginiskas, D., Harman, J.E. & Benson, S. (2005). Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer: *Psychosomatic Medicine* 67: 584-589.

- Cella, D. F., Orofiamma, B., Holland, J. C., Silberfarb, P. M., Tross, S., Feldstein, M., Perry, M., Maurer, L. H., Comis, R. & Orav, E. J. (1987). The relationship of psychological distress, extent of disease, and performance status in patients with lung cancer: *Cancer* 60(7): 1661-1667.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R. & Andryowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study: *Health Psychol* 20: 176-185.
- Dean, C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness: *J Psychosom Res* 31(3): 385-392.
- Dilling, H. , Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Ditz, S., Diegelmann, C. & Isermann, M. (2006). *Psychoonkologie - Schwerpunkt Brustkrebs*. Stuttgart, Kohlhammer
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG e.V.) (2004). Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau. Eine nationale S3-Leitlinie: www.krebsgesellschaft.de/downloads/s3-Leitlinie-mammakarzinom_korrigierte.pdf.
- Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients: *Psychooncology* 8(4): 295-305.
- Edwards, A.G. , Hailey, S. & Maxwell, M. (2004). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer: *Cochrane Database Syst Rev* 2.
- Eidtmann, H. & Jonat, W. (2002). Supplement 1: *Onkologie* 8: 511-514.
- Engel, I., Hölzer, D., Kerr, J. & al., et (2003). *Epidemiologie. Manual Mammakarzinom*. München, Wien, New York. Zuckschwerdt.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen, Hogrefe.
- Faller, H., Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy: *Psychother Psychosom Med Psychol* 53(5): 229-235.
- Faller, H., Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie: *Psychother Psych Med* 53: 229-235.

- Faller, H. & Weis, J. (2005). Bedarf psychosozialer Unterstützung und reale Versorgung. *Psychotherapie bei somatische Erkrankungen*. Faller. Stuttgart, Thieme Verlag (im Druck).
- Fawzy, F., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later: *Arch Gen Psychiatry* 50: 681-689.
- Fawzy, I.F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't?: *European Journal of Cancer* 35: 1559-1564.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Arndt, L.A. & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care: *Arch Gen Psychiatry* 52: 100-113.
- Flor, H. (2002). Phantom limb pain: characteristics, causes and treatment: *Lancet Neurology* 1: 182-189.
- Fulop, G., Strain, J.J., Vita, J., Lyons, J.S. & Hammer, J.S. (1987). Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients. A preliminary report.: *Am J Psychiatr* 144: 872-878.
- Geinitz, H., Zimmermann, F. B., Molls, M. et al. (2001). Fatigue, serum cytokine levels, and blood cell counts during radiotherapy of patients with breast cancer: *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 51(3): 691-698.
- Goerling, U., Odebrecht, S., Schiller, G. & Schlag, P. M. (2006). Need for psychosocial care in in-patients with tumour disease. Investigations conducted in a clinic specializing in tumour surgery: *Chirurg* 77(1): 41-46; discussion 46.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J. & Vincent, L. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer: *N Engl J Med* 345: 1719-1726.
- Grassi, L., Malacarne, P., Maestri, A. & Ramelli, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer: *J Affect Disord* 44(1): 21-30.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer, effect on outcome: *Lancet*: 785-787.
- Halstead, M. T. & Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors: *Cancer Nurs* 17(2): 94-100.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A. & al., et (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in

- inpatient, rehabilitation and outpatient treatment.: *European Journal of Cancer* 37(11): 1385-1393.
- Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A. & Weis, J. (2000). Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation: *Rehabilitation (Stuttg)* 39(6): 317-323.
- Heckel, U. & Weis, J. (2006). Medizinpsychologische Aspekte der Patientin mit Mammakarzinom. *Management des Mammakarzinoms*. Kreienberg, Jonat, Volm, Möbus und Alt. Heidelberg, Springer. 3. Auflage.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., Clay, K. F. & Ahles, T. A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer: *Cancer* 107(12): 2924-2931.
- Heim, E. (1998). Coping-status of knowledge in the 90's: *Psychother Psychosom Med Psychol* 48(9-10): 321-37.
- Herschbach, P. (2002). The "Well-being paradox" in quality-of-life research: *Psychother Psychosom Med Psychol* 52 (3-4): 141-150.
- Herschbach, P. (2006). Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie-Grundlagen und Erfassungsmethoden: *Onkologie* 12: 41-47.
- Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G. et al. (2005). Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire: *J Psychosom Res* 58(6): 505-511.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Lindena, G., Neuwohner, K. & Marten-Mittag, B. (2008b). Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale: *Br J Cancer* 99(1): 37-43.
- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M. & Marten-Mittag, B. (2008a). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients: *Onkologie* 31(11): 591-596.
- Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L. & Keller, M. (2004). Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben-Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado): *Deutsches Ärzteblatt* 101: 799-802.

- 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: *Br J Cancer* 91(3): 504-511.
- Herschbach, P. & Marten-Mittag, B. (2007). Entwicklung und Erprobung einer psychoonkologischen Basisdokumentation: *Unveröffentlichtes Manuskript. München/ Heidelberg.*
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B. & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-23): *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 12(1-8).
- Heyst, van I. (1982). *Das Schlimmste war die Angst. Geschichte einer Krebserkrankung und ihrer Heilung.* Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
- Holland, J.C. (2002). History of psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers.: *Psychosomatic Medicine* 64: 206-221.
- Holland, J.C., Breitbart, W., Jacobsen, P.B. & Lederberg, M.S. (1998). *Psycho-Oncology.* New York, Oxford University Press
- Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989). *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer.*
- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alavarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress.: *Psychosomatic Medicine* 41: 209-218.
- Hughson, A. V., Cooper, A. F., McArdle, C. S. & Smith, D. C. (1988). Psychosocial consequences of mastectomy: levels of morbidity and associated factors: *J Psychosom Res* 32(4-5): 383-91.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T. & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment: *Eur J Cancer* 30A(1): 37-40.
- Isermann, M., Diegelmann, C., Kaiser, W. & Priebe, S. (2001). Post traumatic stress symptoms in breast cancer patients. Poster presented at the 1st World Congress on Women's Health, Berlin, Germany.
- Isermann, M., Rauchfuß, M., Diegelmann, C., Kaiser, W. & Priebe, S. (2006) (in Vorbereitung). Screening for psychosocial reactions during breast cancer treatment and rehabilitation.
- Jacobsen, P. B., Meade, C. D., Stein, K. D., Chirikos, T. N., Small, B. J. & Ruckdeschel, J. C. (2002). Efficacy and costs of two forms of stress

- management training for cancer patients undergoing chemotherapy: *J Clin Oncol* 20(12): 2851-62.
- Jenkins, C., Carmody, T.J. & Rusch, A.J. (1998). Depression in radiation oncology patients: A preliminary evaluation: *J Affect Disord* 50: 17-21.
- Kappauf, H. & Gallmeier, W. (2000). *Nach der Diagnose Krebs. Leben ist eine Alternative*. München, Herder Verlag
- Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H., Craver, L.F. & Burchenal, J.H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: *Cancer*: 634-656.
- Kaufmann, M., Costa, S.D. & Scharl, A. (2006). *Die Gynäkologie*. Heidelberg, Springer Medizin Verlag
- Kaufmann, S. (2004).
www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/Erfahrbericht-psychoonko-Kaufmann-2004.pdf. Köpenick.
- Keller, M. (2001). Effekte psychosozialer Intervention auf Lebensqualität und Krankheitsverlauf von Krebspatienten: *Onkologe* 7: 133-143.
- 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: *Ann Oncol* 15: 1243-1249.
- Kissane, D.W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D.M., Bloch, S. & Smith, G.C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis: *Aust N Z J Psychiat* 38: 320-326.
- Knight, L., Mussell, M., Brandl, T., Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Treiber, M. & Keller, M. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients: *J Psychosom Res* 64(4): 373-381.
- Koch, U. & Weis, J. (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken."* Stuttgart, Schattauer
- Koch, U. & Weis, J. (1998). Psychoonkologie in Deutschland.: *Psychother Psych Med* 48: 319-320.
- Krauβ, O., Kauschke, M., Slesazeck, H. & Klein, A. (2004). Psychische Belastung, Versorgungsbedarf und psychosoziale Behandlungspraxis bei stationär behandelten Krebspatienten: *PDF-Datei*.

- Krauth, J. (1988). *Distribution-Free Statistics: an Application-Oriented Approach*. Amsterdam, New York, Oxford, Krebsgesellschaft, Deutsche (2003). *Fatigue-Wenn Müdigkeit quälend wird. Erschöpfungszustände von Tumorpatienten. Ursachen und Therapie*. Frankfurt am Main,
- Kreienberg, R., Jonat, W., Möbus, U. & Alt, D. (2006). *Management des Mammakarzinoms*. Heidelberg, Springer
- Kroner, K., Knudsen, U.B., Lundby, L. & Hvid, H. (1992). Long-term phantom breast syndrome after mastectomy: *Clin J Pain 8: 334-346*.
- Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W., Söllner, W. & Keller, M. (2003). Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs: *Psychotherapeut 48 (Springer): 93-99*.
- Küchler, T., Bestmann, B., Rappat, S., Henne-Bruns, D. & Wood-Dauphinee, S. (2007). Impact of Psychotherapeutic Support for Patients with Gastrointestinal Cancer Undergoing Surgery: 10-Year Survival Results of a Randomized Trial: *Journal of Clinical Oncology 25(No 18): 2702-2708*.
- Larbig, W. & Tschuschke, V. (2000). *Psychoonkologische Interventionen*. München Basel,
- Lorenz, W., Ollenschläger, G. & al., et (2001). Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ.: *ZaeFO 95(Suppl. 1, 1-84)*.
- Loscalzo, M. & Brintzenhofesoc, K. (1998). Brief crisis counselling. *Psycho-oncology*. Holland. New York, Oxford University Press: 662-675.
- Louhivouri, K.S. & Hakama, M. (1979). Risk of suicide among cancer patients: *Am J Epidemiol 109: 57-65*.
- Maercker, A. & Schützwohl, M (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R): *Diagnostica 44: 130-141*.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A. & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment: *Arch Gen Psychiatry 52(2): 89-99*.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2005). Psychosocial care of cancer patients-International differences in definition, healthcare structures and therapeutic approaches.: *Support care Cancer 13(8): 579-588*.

- Mehnert, A., Peterson, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus: *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2: 77-84.
- Meyer, T.J. & Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments: *Health Psychol* 14: 101-108.
- Mock, V., Pickett, M., Ropka, M.E. & al., et (2001). Fatigue and Quality of life outcomes of exercise during cancer treatment: *Cancer Prac* 9 (3): 119-127.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. & Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer: *Psychooncology* 7(3): 218-228.
- Morris, P.L., Robinson, R.G., Raphael, B. & Bishop, D. (1991). The relation between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalised patients.: *Psychiatry* 54: 306-316.
- Muthny, F.A. (1990). Zur Spezifität der Krankheitsverarbeitung. *Krankheitsverarbeitung*. Muthny. Berlin, Springer: 143-166.
- Muthny, F.A. (1994). Zur Messung von Lebensqualität in der Onkologie: *Onkologie* 17(547-556).
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2004). Distress treatment guidelines for patients: www.nccn.org.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (1999). Psychosocial clinical practice guidelines: Information, support and counselling for women with breast cancer. Commonwealth of Australia, Canberra.
- Pouget-Schors, D. & Degner, H. (2005). Erkennen des psychosozialen Behandlungsbedarfs bei Tumorpatienten. *Manual Psychoonkologie*. München, Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt Verlag München.
- Pschyrembel, W. (2007). *Pschyrembel-Klinisches Wörterbuch*.
- Radbruch, L., Sabatowski, R., Elsner, F. & al., et (2003). Validation of the German Version of the Brief Fatigue Inventory: *J Pain Symp Manage*: 449-458.
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies: *Patient Educ Couns* 50(2): 179-186.

- Rieg-Appleson, C. (2005). *Manual Psychoonkologie: Die psychische Situation und das psychische Erleben von Tumorpatienten während der Krankheitsphasen*. München Wien New York, W. Zuckschwerdt Verlag
- Robert-Koch-Institut (2005). Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. In: www.rki.de (Hrsg.), (Vol 5.). Saarbrücken: Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
- Rosenbaum, E., Gautier, H., Fobair, P., Neri, E., Festa, B., Hawn, M., Andrews, A., Hirshberger, N., Selim, S. & Spiegel, D. (2004). Cancer supportive care, improving the quality of life for cancer patients. A program evaluation report: *Support Care Cancer* 12(5): 293-301.
- Röttger, K. (2003). *Psychosoziale Onkologie für Pflegende. Grundlagen-Modelle - Anregungen für die Praxis*. Hanover, Schlütersche
- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM IV-Tr*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt, A. (2000). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Krebserkrankungen- Diagnostik und Epidemiologie: *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 46: 35-56.
- Schwarz, R. & Krauß, O. (2000). Palliativmedizin-psychologische Therapie: *Internist* 41: 612-618.
- Sehlen, S., Hollenhorst, H., Schymura, B., Firsching, M., Aydemir, U., Herschbach, P. & al., et (2001). Krankheitsspezifische Belastung von Tumorpatienten zu Beginn einer Strahlentherapie: *Strahlentherapie und Onkologie* 10: 530-537.
- Sellick, S. M. & Edwardson, A. D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale: *Psychooncology* 16(6): 534-542.
- Sellschopp, A., Schwarz, R. & Michel, U. (1985). *Psychosoziale Probleme bei Brustkrebs*. Heidelberg, Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer
- Senf, B. (2009). Psychosoziale Belastung von Krebspatienten in akutstationäre Behandlung. Eine Belastungsdiagnostik anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung: *Inaugural-Dissertation Institut für Medizinische Psychologie der Johann Wolfgang von Goethe Universität*.
- Sherad, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses: *Br J Cancer* 80: 1770-1780.

- Silverstone, P.H. (1990). Depression increases mortality and morbidity in acute life threatening medical illness: *J Psychosom Res* 34: 651-657.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Kohler, U., Krauss, O. & Schwarz, R. (2007). [Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital]: *Dtsch Med Wochenschr* 132(40): 2071-2076.
- 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.
- Söllner, W., Vries, A.de, Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling?: *Br J Cancer* 84: 179-185.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S., Antoni, M. H., Derhagopian, R. P., Ironson, G. & Love, N. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients: *Health Psychol* 18(2): 159-168.
- Spiegel, D. & al., et (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer: *Lancet* 14: 888-892.
- Spiegel, D., Sands, S. & Koopmann, C. (1994). Pain and depression in patient with cancer: *Cancer* 74: 2570-2578.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. N. & Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians: *J Chronic Dis* 34(12): 585-597.
- Strittmatter, G. (1997). *Indikationen zur Intervention in der Psychoonkologie- Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten*. Münster, Waxmann
- Strittmatter, G., Mawick, R. & Tilkorn, M. (1998). Need for psychosocial management of facial and skin tumor patients: *Psychother Psychosom Med Psychol* 48(9-10): 349-357.
- Tewes, U., Wildgrube, K. & Hrsg. (1999). *Psychologie- Lexikon*. Oldenburg
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart, New York, Schattauer

- Vos, M. S. & de Haes, J. C. (2007). Denial in cancer patients, an explorative review: *Psychooncology* 16(1): 12-25.
- Watson, M., Greer, S., Young, J. & al., et (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale: *Psychol Med* 18(1): 203-209.
- Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study: *Lancet* 354: 1331-1336.
- Weis, J. (2003). Support groups for cancer patients: *Support Care Cancer* 11(12): 763-8.
- Weis, J., Koch, U. & Matthey, K. (1998). Need for psycho-oncologic management in Germany--a comparison of present status and future needs: *Psychother Psychosom Med Psychol* 48(9-10): 417-424.
- Wordon, J.W. & Weisman, A.D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients: *Gen Hosp Psychiatry* 6: 243-249.

8 Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Korrelation zwischen Indikation (Ja/Nein) und den soziodemographischen Daten sowie deren Signifikanz
- Tabelle 2: Korrelation zwischen Indikation (Ja/Nein) und medizinische Daten sowie deren Signifikanz
- Tabelle 3: Korrelation zwischen Betreuungsindikation (Ja/ Nein) und krankheitsunabhängigen Merkmalen sowie deren Signifikanz

8.2 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Aktueller Krankheitsstatus
- Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Behandlung innerhalb der letzten zwei Monate (OP, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie, sonstige, keine, OP + Chemotherapie, OP + Hormontherapie, Chemotherapie + Hormontherapie, Chemotherapie + Bestrahlung)
- Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der Patientinnen mit psychologischer Behandlung in der Vergangenheit
- Abbildung 4: Prozentuale Verteilung des aktuellen Funktionsstatus der Stichprobe
- Abbildung 5: Mittelwerte der somatischen Belastungen
- Abbildung 6: Mittelwerte der psychischen Belastungen
- Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der belastenden Probleme im Familien- oder Freundeskreis
- Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der belastenden wirtschaftlichen / beruflichen Probleme
- Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der weiteren zusätzlichen Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/ Pflegenden etc.)
- Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Betreuungsindikation
- Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Lymphknotenbefall und psychosozialer Belastung zum 1. Meßzeitpunkt
- Abbildung 12: Zusammenhang zwischen Lymphknotenbefall und psychosozialer Belastung zum 2. Meßzeitpunkt
- Abbildung 13: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und psychologischer Behandlung in der Vergangenheit
- Abbildung 14: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und somatischen Belastungsfaktoren
- Abbildung 15: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und psychosozialen Belastungsfaktoren
- Abbildung 16: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und belastende Probleme im Familien-oder Freundeskreis
- Abbildung 17: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und belastende wirtschaftliche/ berufliche Probleme
- Abbildung 18: Zusammenhang zwischen psychosozialem Betreuungsbedarf (Ja/Nein) und weiteren zusätzlichen Belastungsfaktoren
- Abbildung 19: Zusammenhang zwischen psychosozialer Betreuungsindikation im Verlauf des stationären Aufenthalts

Abbildung 20: Zusammenhang zwischen psychosozialer Betreuungsindikation und stationärer Aufenthaltsdauer.

Abbildung 21: Vergleichsdarstellung der somatischen und psychischen Belastungsfaktoren im Verlauf des stationären Aufenthalts

Abbildung 22: Verlaufsdarstellung von Problemen im Familien- oder Freundeskreis

8.3 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abk.	Abkürzung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
bzgl.	bezüglich
Dapo e.V.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
DKG e.V.	Deutsche Krebsgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
EFPOS	European Federation of Psycho-Oncology
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FBK –R23	revidierte Fassung des Fragebogen zur Belastung Krebskranker
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPOS	International Society of Psycho-Oncology
ICD-10	Internationale Klassifikation von Krankheiten
Kap.	Kapitel
Lj.	Lebensjahr
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NHMRC	National Health and Medical Research Council
n.s.	nicht signifikant
o.g.	oben genannt
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
PO-Bado-KF	Psychoonkologische Basisdokumentation Kurzform
PO-Bado-BK	Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs
PSAPOH	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V.
PSO e.V.	Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie e.V.
PTSB	Posttraumatische Belastungsstörung
QLQ-C30	Quality-of-Life-Questionnaire
SKID	Strukturiertes klinisches Interview
Tab.	Tabelle

u. a. und andere
WHO Weltgesundheitsorganisation

8.4 Erhebungsinstrumente

PO-Bado-BK

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Psychoonkologische Basisdokumentation – Brustkrebs (PO-Bado-BK)

Untersucher:

*das seelische Befinden
von Krebspatienten*

Patient

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Datum:

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

Soziodemographische und medizinische Angaben

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

© AG PO-Bado München 2007

PO-Bado-BK

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

1. Somatische Belastungen

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

2. Psychische Belastungen

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

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

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

© AG PO-Bado München 2007

Psychosoziale Belastungen von Krebspatientinnen /-Krebspatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Ziel Ziel dieses Vorhabens ist es, zunächst mehr über die spezifischen Belastungen von Krebspatientinnen /-patienten zu erfahren. Auf der Grundlage dieser Erkenntnis soll später ein spezielles Dokumentationsinstrument entwickelt werden.

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

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

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

Einverständnis Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form in der Abteilung für Psychoonkologie ausgewertet werden.

Datum, Unterschrift

8.5 Danksagung

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. Axel Dignaß, Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main. Ich danke ihm sehr für die Betreuung und sein Interesse an der Arbeit, die hilfreichen Anmerkungen und die schnellen Rückmeldungen.

Besonderer Dank geht an meine Doktorarbeitsbetreuerin Frau Dr. Dipl. Psych. Bianca Senf, die mich zum Mitwirken an dieser interessanten Studie ermutigt und damit meine Begeisterung für den Bereich Psychoonkologie begründet hat. Sie hat mich mit unermüdlicher Geduld durch diese Doktorarbeitsphase begleitet. Riesendank für die intensive Unterstützung und die zahlreichen wertvollen Ratschläge auch während einiger Doktorarbeitsurlaube.

Ich danke meinem Chef, Herrn Prof. J. Gauwerky, der mir bei der Durchführung der Studie in unserer Frauenklinik sehr hilfreich zur Seite gestanden hat. Aber auch ohne die hilfreiche Unterstützung und Aufmunterung meiner Kollegen und der guten Zusammenarbeit mit den Schwestern auf den Stationen wäre die Umsetzung der Studie nicht möglich gewesen.

Bei den Mitarbeitern der Psychoonkologie Frau Sabine Theobald, Frau Sibylle Kersten, Frau Nina Wolf sowie den Studentinnen der Psychologie möchte ich mich für die konstruktive Zusammenarbeit und ihr großes Engagement bei der Umsetzung der Studie bedanken.

Eine große Hilfe insbesondere bei Computerproblemen und Textverarbeitung war mir stets Joscha Steetskamp und Katharina Heintze. Herzlichen Dank dafür!

In besonderer Weise möchte ich Caroline Erber danken, mit der mich seit Studienbeginn eine großartige Freundschaft und die Freude an unserem Beruf verbindet.

Auch meiner Familie möchte ich herzlich für den nicht enden wollenden Ansporn, ihre Unterstützung und ihr Interesse danken.

Ein besonders großer Dank, verbunden mit größtem Respekt, geht an die vielen Patientinnen, die sich für die psychoonkologische Forschung zur Verfügung stellten. Sie haben durch die Bereitschaft der Teilnahme an der Studie dazu beigetragen, dass hoffentlich künftig noch menschenwürdiger und besser behandelt wird. Sie haben mich gelehrt, anders über das Leben nachzudenken.

8.6 Lebenslauf

„Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

8.7 Erklärung an Eides Statt

„Ich, Ulrike Roth, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Evaluation des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs bei Patientinnen mit Mammakarzinom im stationären Verlauf“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift