Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Sophie Straßer

geboren in Darmstadt

2018

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jens Huober

Tag der Promotion: 14.02.2020

Gewidmet meinen Eltern.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis III

1. Einleitung 1

1.1 Psychoonkologie 1

1.2 Gynäkologische Karzinome als Grundlage für psychoonkologische Interventionen 5

1.2.1 Ovarial-Karzinom: 5

1.2.2 Corpus-/Endometrium-Karzinom: 7

1.2.3 Zervix-Karzinom: 9

1.2.4 Vulva-Karzinom 11

1.3 Die Behandlung in gynäkologischen Zentren 12

1.4 Hypothesen und Fragestellungen 14

2. Material und Methoden 16

2.1 Studiendesign und Durchführung 16

2.2 Einschlusskriterien 17

2.3 Ausschlusskriterien 18

2.4 Erhebungszeitpunkte(EZP) 18

2.5 Erhebungsinstrumente 19

2.6 Stichprobe 25

2.7 Statistische Auswertung 26

3. Ergebnisse 27

3.1 Gründe für die Nichtteilnahme 27

3.2: Unterschiede zwischen Nichtteilnehmern und Teilnehmern 28

3.3: Gründe der Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung 32

3.4 Untersuchung des Zusammenhangs zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung 32

3.5 Untersuchung des Zusammenhangs psychosozialer Belastung und der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung 44

3.6: Untersuchung von Unterschieden im Bedürfnis nach Unterstützung 55

3.7 Rolle des Arztes 58

3.8 Vorerfahrung und Einstellung zu Psychotherapie 60

3.9 Erhaltene soziale Unterstützung 63
4. Diskussion 64
4.1 Diskussion der Methodik und Stichprobe 64
4.2 Diskussion der Ergebnisse 66
4.2.1 Fragestellung 1: Welches waren die Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie? 66
4.2.2 Fragestellung 2: Unterscheiden sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer in Bezug auf Alter, Bildung, Diagnose und Erkrankungsdauer? 67
4.2.3 Fragestellung 3: Welches waren die Gründe für die Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung? 68
4.2.4 Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung. 68
4.2.5 Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung. 75
4.2.6 Hypothese 3: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrem Bedürfnis nach Unterstützung seit der Krebserkrankung, dem Wunsch über die Belastung durch die Krebserkrankung zu reden und in ihrer Fähigkeit diesen Wunsch zu vermitteln. 78
4.2.7 Hypothese 4: Der behandelnde Arzt spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung. 79
4.2.8 Hypothese 5: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrer Einstellung zu Psychotherapie, ihrer Vorerfahrung in Bezug auf Psychotherapie sowie der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote. 80
4.2.9 Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen erfahrener sozialer Unterstützung und Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung. 81
4.3. Zusammenfassung und Ausblick 82
5. Zusammenfassung 84
6. Literaturverzeichnis 86
Lebenslauf 97
Danksagung 98

Abkürzungsverzeichnis

AHR	Allgemeine Hochschulreife
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Ca	Karzinom
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCCU	Comprehensive Cancer Center Ulm
ECOG	Eastern Co-operative Oncology Group
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EZP	Erhebungszeitpunkt
FBK-R23	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten
FHR	Fachhochschulreife
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder , Modul des PHQ
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HPV	humane Papillomaviren
IAN	Inanspruchnehmer
ICD 10	International classification of disease
IPU	Inanspruchnahme Psychosozialer Unterstützung
M	Mittelwert
MR	Mittlere Reife
N	Anzahl
NCCN	National Comprehensive Cancer Network

NIAN	Nichtinanspruchnehmer
Ns	nicht signifikant
P	Signifikanz
PHQ-D	Patient Health Questionnaire
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
POD	Psychoonkologischer Dienst
PSU	Psychosoziale Unterstützung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QLQ-FA13	Fragebogen zur Erhebung von Lebensqualität bei Krebspatienten
S	Standardabweichung
SAP	betriebswirtschaftliches Standartsoftwareprodukt zur Datenverwaltung
SF-12	Messinstrument zur Erfassung von Lebensqualität
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSUK-8	Skala zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit
TNM	System zur Klassifikation von malignen Tumoren nach Tumorgröße, Lymphknotenbefall, Metastasierung
UICC	System zur Klassifikation von malignen Tumoren
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

1.1 Psychoonkologie

Die Konfrontation mit der Diagnose einer Krebserkrankung stellt einen schwerwiegenden Einschnitt im Leben der Betroffenen dar und übersteigt öfters die Bewältigungskapazitäten. Ein Drittel der an Krebs erkrankten Patienten in der Akutversorgung leidet unter psychischen Begleiterkrankungen. Betroffen sind dabei insbesondere jüngere Patienten und Frauen (Singer et al. 2007a). Zur psychischen Belastung aufgrund einer Krebserkrankung liegen mittlerweise hinreichend Daten vor. So leiden Patienten in der Akutversorgung einer Krebserkrankung an depressiven Verstimmungen, Angststörungen bis hin zu manifesten psychiatrischen Erkrankungen (Atesci et al. 2004; Härter et al. 2000; Iqbal 2004; Keller et al. 2004; Nakasujja et al. 2007; Özalp et al. 2008; Singer et al. 2007a; Singer et al. 2010; Wancata et al. 1998). Etwa die Hälfte der Patienten mit einer Krebserkrankung leiden unter erhöhtem „Distress“ (Brant et al. 2011; Faller et al. 2003; Flatten et al. 2003; Mehnert et al. 2010). Die psychosoziale Situation von Frauen mit gynäkologischen Tumoren ist im Vergleich zu anderen Tumorentitäten bisher wenig untersucht worden. Es konnte aber gezeigt werden, dass die Patientinnen gehäuft unter Depressionen, Ängsten, Fatigue, sexuellen, partnerschaftlichen und familiären Problemen leiden (Singer u. Schwarz 2002). Dabei unterscheiden sich die verschiedenen gynäkologischen Krebserkrankungen in der Art und dem Ausmaß der psychischen Belastung (Rieger et al. 1998). An Ovarialkarzinom erkrankte Frauen leiden häufig unter Schmerzen und Einschränkung der körperlichen Funktionsfähigkeit (Kornblith et al. 1995). Dabei haben vor allem Operationen, Strahlen- und Chemotherapie großen Einfluss auf die erlebte Lebensqualität (Miller et al. 2002). Insbesondere die hohe Rezidivwahrscheinlichkeit beim Ovarialkarzinom sorgt für emotionale Belastungen. Andere Faktoren für vermehrten Distress infolge eines Ovarialkarzinoms sind Angst vor dem Tod, Angst vor Voranschreiten der Erkrankung, sowie Veränderungen in sozialen Beziehungen. Das Potenzial für starke körperliche wie seelische Beeinträchtigungen der Lebensqualität ist hier besonders hoch (Bodurka-Bevers et al. 2000; Norton et al. 2005). Andere wichtige Themen sind Schuldgefühle gegenüber dem Partner und der Familie, veränderte Sexualität,

Veränderung des Selbstkonzeptes, Veränderung der Körperwahrnehmung und der selbst eingeschätzten Attraktivität (Ersek et al. 1997). Bei Frauen, die an Zervix- und Vulvakarzinom erkrankt sind, kommt es therapiebedingt zu starken Veränderungen im vaginalen Bereich, was Einfluss auf die Funktionsfähigkeit wie auch die Geschlechtsidentität und Sexualität hat und mit großen psychischen Belastungen einhergeht. Die Weiblichkeit der Frauen wird in psychischer wie physischer Weise verletzt. Durch die chirurgische, Chemo- oder auch Strahlentherapie kann es zusätzlich zu Dysfunktionen des Rektums und der Harnblase kommen, wobei diese Problemfelder häufig mit großem Schamgefühl belastet sind (Geue et al. 2016). Bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom ist vor allem die Größe des operativen Eingriffes mit körperlichen Veränderungen und Einschränkungen verbunden, bei Frauen mit Kinderwunsch besteht hier eine große Angst vor Fertilitätsverlust. Insbesondere ältere Patientinnen haben ein großes Risiko unter starken psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen zu leiden. (Rose u. Niehues 2017).

Werden psychische Komorbiditäten nicht erkannt und behandelt, kann es zur Einschränkung der Lebensqualität, vermehrten Komplikationen und negativen Auswirkungen auf die Prognose kommen (de Zwaan et al. 2012). Ziel der Psychoonkologie ist es, psychische Belastungen bei Patienten und Angehörigen im Rahmen einer Krebserkrankung zu identifizieren, Unterstützungsbedürfnisse zu erfassen und eine psychosoziale Betreuung für eine größtmögliche Wiedererlangung von Lebensqualität zu ermöglich (Mehnert 2014). Seit Mitte der 70er Jahre entwickelte sich die Psychoonkologie als Teildisziplin der Onkologie sowie auch der psychosozialen Medizin. Wo die frühe Psychoonkologie sich zunächst mit der Ätiologie einer Krebserkrankung auf dem Boden einer psychischen Erkrankung im Sinne der psychosomatischen Medizin befasste, kam es zu einem Wandel der Orientierung hin zu den psychosozialen Folgen, die mit einer Krebserkrankung verbunden sind. Von zentraler Bedeutung für die Psychoonkologie war die Gründung der Deutschen Krebshilfe 1974, die der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten von Beginn an eine zentrale Bedeutung zuschrieb und die Förderung der Entwicklung der Psychoonkologie in Forschung und Versorgung seither unterstützt hat (Koch et al. 2016). Die Psychoonkologie ist heute fest in den onkologischen Leitlinien verankert und ein Zertifizierungskriterium für

Organzentren sowie zentraler Bestandteil des Nationalen Krebsplanes mit dem Ziel, die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten zu einem festen Bestandteil umfassender Krebsbehandlung zu machen. Bei der psychoonkologischen Versorgung unterscheidet man zwischen psychosozialer und psychotherapeutischer Intervention. Die psychosoziale Versorgung beinhaltet vor allem die Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und unterstützende Begleitung von Patienten und Angehörigen, wohingegen die psychotherapeutische Versorgung den Schwerpunkt auf Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit manifesten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen legt. In der stationären Versorgung ist die psychoonkologische Versorgung in zertifizierten Organzentren strukturell festgeschrieben (Herschbach u. Mandel 2011). Sie erfolgt für die stationären Patienten in den zertifizierten Organzentren durch den Konsiliar- und Liaisondienst, so auch in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Ulm durch den psychoonkologischen Dienst der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm. Eine besondere Herausforderung der Psychoonkologie besteht darin, die Patienten zu detektieren, die so stark belastet sind, dass sie psychoonkologische Unterstützung benötigen. Der Behandlungsbedarf ergibt sich aus dem subjektiven Bedarf des Patienten durch den geäußerten Wunsch nach Unterstützung, und der objektiven Indikationsstellung. Demgegenüber steht die tatsächliche Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung. Die Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens sind weiterhin Gegenstand der Forschung. So kommt es vor, dass bedürftige Patienten ein Unterstützungsangebot ablehnen, auf der anderen Seite objektiv nicht bedürftige Patienten ein Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen (Herschbach 2006). Auch zwischen Bedürfnis und tatsächlicher Inanspruchnahme besteht in der Praxis ein Unterschied (Dinkel et al. 2010; Singer et al. 2011). Aufgrund der Schwierigkeit, Kriterien für den Behandlungsbedarf sicher zu identifizieren, empfehlen nationale und internationale Leitlinien den Einsatz von standardisierten krebsspezifischen Screeninginstrumenten. Genannt werden hier der Hornheimer Fragebogen, der Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),

Distressthermometer, sowie die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) (Herschbach 2006). Seit 2014 existiert die S3-Leitlinie Psychoonkologie als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Psychoonkologie. Sie gibt Empfehlungen zur Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten im Verlauf einer Krebserkrankung und richtet sich an alle in der Psychoonkologie und Onkologie tätigen Berufsgruppen. Sie gibt Empfehlungen zu strukturellen Voraussetzungen, Diagnostik, Intervention und Qualitätssicherung. Entsprechend der Leitlinie sollen Patienten und deren Angehörige frühzeitig über psychoonkologische Unterstützungsangebote informiert werden. Die Erfassung der Belastung und Behandlungsbedürftigkeit sollte frühzeitig und wiederholt bei allen Patienten mit den entsprechenden krebsspezifischen standardisierten und validierten Screeninginstrumenten erhoben werden, zusätzlich soll der individuelle Unterstützungswunsch aktiv erfragt werden, bei positivem Screening und/oder Patientenwunsch soll ein diagnostisches Gespräch erfolgen, je nach Indikationsstellung folgt dann die psychoonkologische Intervention. Psychoonkologische Interventionen beinhalten u. a. psychotherapeutische Einzelinterventionen wie auch Paar- und Gruppeninterventionen. Psychoedukative Interventionen, psychosoziale Beratung, Entspannungsverfahren, Kunst- oder Musiktherapie sollen zusätzlich unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden. Die Wirksamkeit der psychoonkologischen Interventionen wurde in einer Metaanalyse über 198 Studien belegt und im Leitlinienreport Psychoonkologie dokumentiert (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Mittlerweile ist die psychoonkologische Versorgung auch fest in den S3-Leitlinien für maligne Ovarialtumoren (Leitlinienprogramm Onkologie 2016), Endometriumkarzinom (Leitlinienprogramm Onkologie 2018) und Zervixkarzinom verankert (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Leitlinien sind allerdings nicht verpflichtend sondern stellen lediglich eine Empfehlung dar. Studien zur psychoonkologischen Versorgung in Deutschland zeigen, dass sich ein Drittel der Krebspatienten psychosoziale Unterstützung wünschen (Singer et al. 2009). Unterschiede bezüglich eines Unterstützungswunsches zwischen den unterschiedlichen Tumorentitäten sind zwar vorhanden, jedoch nicht besonders groß. Die aktuelle Versorgungssituation ist jedoch unzureichend. Eine Studie

von Singer et al. zeigte, dass bei 59% der Krebspatienten ein durch Screening ermittelter Bedarf für psychosoziale Unterstützung bestand, jedoch lediglich 11% der Patienten tatsächlich psychoonkologisch betreut wurden (Singer et al. 2011). Gründe hierfür sind zum Beispiel, dass Patienten bei sich selbst keinen Interventionsbedarf sehen oder sich auch nicht trauen, einen Wunsch nach Unterstützung zu äußern aus Scham, Angst vor Stigmatisierung oder mangelnder Informationen. Der von Patienten aktiv geäußerte Wunsch allein reicht also zur Bedarfsermittlung nicht aus (de Zwaan et al. 2012). Schwierigkeiten der psychoonkologischen Versorgung im stationären Setting ergeben sich auch durch ältere und körperlich stark beeinträchtige Patienten sowie einer immer kürzer werdenden stationären Liegedauer (Mehnert u. Hartung 2015).

Die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung durch Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren in Deutschland wurde bisher kaum untersucht. Eine landesweite Studie von Singer et al. von 2009-2010 hat erstmals die tatsächliche Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung an zertifizierten Krebszentren dokumentiert, die Inanspruchnahme der Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren lag hier bei 50 % (Singer et al. 2013). Welche Faktoren für die Inanspruchnahme für diese Patientengruppe eine Rolle spielen, ist jedoch bisher noch nicht hinreichend untersucht worden. Ziel der vorliegenden Studie ist die Erfassung von Determinanten für die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren an der Universitätsfrauenklinik Ulm.

1.2 Gynäkologische Karzinome als Grundlage für psychoonkologische Interventionen

1.2.1 Ovarial-Karzinom:

Das Ovarialkarzinom macht 3,2% aller malignen Krebserkrankungen der Frauen aus und 5,3% aller Krebssterbefälle und ist damit die 6 häufigste Krebserkrankung der Frau. In Deutschland erkrankt eine von 71 Frauen in ihrem Leben an Ovarialkarzinom. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 70 Jahren, bis zum 85. Lebensjahr steigen die Erkrankungsraten kontinuierlich.

2014 erkrankten 7.250 Frauen an Ovarial-Karzinom, die standardisierte Sterberate lag bei 6.9 Todesfällen pro 100.000 Frauen. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate lag bei 41%, die relative 10-Jahresüberlebensrate bei 32%. Ein Grund für die ungünstige Prognose ist, dass 60% der Tumoren erst im fortgeschrittenen Stadium entdeckt werden. Seit dem Jahr 2000 sind sowohl die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten als auch die absoluten Fallzahlen rückläufig. Es handelt sich histologisch überwiegend um mäßig bis schlecht differenzierte seröse Adenokarzinome. Seltene Formen des Eierstockkrebs wie die Keimzelltumoren können bereits bei Kindern oder jungen Frauen auftreten. Als Risikofaktoren gelten Alter, Übergewicht sowie hormonelle Faktoren. Auch genetische Faktoren spielen eine Rolle. So erkranken Frauen häufiger an Ovarialkarzinom, deren Verwandte ersten Grades an Brust- oder Ovarialkarzinom erkrankt sind sowie Frauen, die bereits an Brust-, Darm-, oder Gebärmutterkörperkrebs erkrankt sind. Dies wird auf Veränderungen in den Genen BRCA1 und BRCA2 zurückgeführt (Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2017). Derzeit existiert kein verlässliches Screening zur Früherkennung. Die klinische Symptomatik der erkrankten Frauen ist unspezifisch. Als erste diagnostische Maßnahme ist die gynäkologische Spiegel- und Tastuntersuchung in Kombination mit der Transvaginalsonographie angezeigt. Hier gelingt häufig schon die Einschätzung bezüglich Dignität, vor allem bei bereits fortgeschrittenen Tumoren. Bei weiteren Fragestellungen, vor allem zur Frage der Tumorausbreitung und differenzialdiagnostischen Abklärung kann weitere Bildgebung verwendet werden. Ein verlässliches Staging, also die Bestimmung der lokalen Tumorausdehnung sowie von Metastasen in Lymphknoten oder Organen, ist immer mit einem operativen Eingriff verbunden. Bei etwa einem Drittel der Patientinnen findet die Diagnosestellung im Frühstadium der Erkrankung statt und es besteht bei entsprechender Therapie gute Aussicht auf Heilung. Liegt das Stagingergebnis vor, erfolgt die Tumoreinteilung gemäß der TNM-Klassifikation und der FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics)-Klassifikation. Das weitere therapeutische Vorgehen erfolgt stadiengerecht. Die meisten Patienten profitieren im Anschluss an die Stagingoperation von einer platinhaltigen Chemotherapie, lediglich im sehr frühen Tumorstadium kann darauf verzichtet

werden. Beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom besteht das Operationsziel darin alle makroskopisch sichtbaren und tastbaren Tumoranteile zu entfernen. Häufig sind hierfür viele und auch ausgedehntere operative Eingriffe notwendig. Es folgt im Anschluss an eine initiale Tumorentfernung bzw -verkleinerung die Chemotherapie. Zusätzlich kann eine Behandlung mit einem monoklonalen Antikörper erfolgen. Nach Abschluss der Primärtherapie folgt insbesondere bei Frauen mit fortgeschrittenen Erkrankungen nach einer Lateinzzeit häufig ein Rezidiv. Die Nachsorge erfolgt über einen Zeitraum von 10 Jahren. Kommt es zum Rezidiv besteht kein kurativer Therapieansatz mehr, es geht vielmehr um Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität. Eine operative Rezidivtherapie und/ oder Chemotherapie oder auch eine endokrinologische Therapie kann erwogen werden (Kanzow et al. 2018).

1.2.2 Corpus-/Endometrium-Karzinom:

Bösartige Tumoren des Gebärmutterkörpers sind die vierthäufigste Tumorerkrankung bei Frauen und die häufigste der weiblichen Geschlechtsorgane. Eine von 50 Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Gebärmutterkörperkrebs, eine von 200 verstirbt daran. 2014 erkrankten 10.680 Frauen in Deutschland an Gebärmutterkörperkrebs. Die standardisierte Erkrankungsrate lag bei 16,1 Frauen pro 100.000 Frauen in Deutschland, die standardisierte Sterberate lag bei 2.9 Frauen pro 100.000 Frauen in Deutschland. Das mittlere Erkrankungsalter lag 2014 bei 69 Jahren. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate lag 2014 bei knapp 80%, die 10-Jahresüberlebensrate bei 75 %, damit gehört der Gebärmutterkörperkrebs zu den prognostisch günstigen Krebserkrankungen. Die Zahl der Neuerkrankungen ist leicht rückläufig, die standardisierte Sterberate hielt sich die letzten Jahre konstant. Histologisch handelt es sich zumeist um von der Schleimhaut des Gebärmutterkörpers ausgehende Adenokarzinome. 80% der Tumoren werden bereits im frühen Tumorstadium diagnostiziert. Als Risikofaktor für die Entstehung von Gebärmutterkörperkarzinomen gilt ein langfristiger Einfluss von Östrogen. Eine frühe erste Regelblutung, späte Wechseljahre, Kinderlosigkeit sowie Erkrankungen der Eierstöcke erhöhen das Risiko. Zudem spielen auch Übergewicht, Bewegungsmangel, Diabetes Mellitus Typ 2 sowie die Einnahme

von Hormonpräparaten eine Rolle. Auch Genveränderungen, die in Verbindung mit dem nicht-polypösen kolorektalen Karzinom in Verbindung stehen, erhöhen das Risiko. Bei den nicht-hormonabhängigen Karzinomen stellt ein höheres Alter einen Risikofaktor dar, ebenso eine stattgehabte Bestrahlung der Gebärmutter. (Robert Koch-Institut 2010). Ein generelles Screening zur Früherkennung wird derzeit nicht empfohlen. Vaginale Blutung nach der Menopause ist das häufigste Symptom, das Hinweis auf das Vorliegen eines Endometriumkarzinoms geben kann. Bei Verdacht sollte eine gynäkologische Untersuchung mit zytologischem Abstrich erfolgen. In jedem Fall muss zum Ausschluss eines Karzinoms eine histologische Sicherung erfolgen. Bei gesichertem Karzinom sollte ein präoperatives Staging mittels Bildgebung sowie gegebenenfalls Schnittbildverfahren zur Beurteilung der lokalen Ausbreitung zum Einsatz kommen. Die histologische Sicherung erfolgt zumeist mittels einer fraktionierten Kürettage nach einer Gebärmutterspiegelung. Die Angabe von Differenzierung, Tumorentität und Stadium ist für die Planung der operativen Therapie essenziell. Die operative Therapie erfolgt mittels explorativer Laparotomie. Frauen in der Postmenopause, die sich in einem frühen Tumorstadium befinden, werden durch eine operative Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke mit Eileitern behandelt. Bei Frauen vor der Menopause kann im frühen Tumorstadium der Erhalt der Eierstöcke bei fehlendem Tumorbefall erwogen werden. Im weiter fortgeschrittenen Tumorstadium wird eine Erweiterung der Operation durchgeführt. Ziel im fortgeschrittenen Stadium sollte eine maximale Tumorreduktion sein. Nach dem operativen Staging erfolgt die Tumoreinteilung anhand der FIGO-Klassifikation, die Patientinnen werden Risikogruppen zugeordnet von low bis high risk. Patientinnen die der low risk Gruppe angehören, benötigen nach der operativen Therapie keine weitere Behandlung. Patientinnen in der intermediate und high risk Gruppe sollten eine adjuvante Strahlentherapie erhalten. Die Therapieplanung wird in interdisziplinären Tumorboards besprochen. Eine adjuvante Chemotherapie wird je nach Tumorstadium und Tumortyp empfohlen. In weit fortgeschrittenen Tumorstadien ist eine primär systemische Chemotherapie indiziert. Zur Rezidivtherapie sowie zur palliativen Behandlung wird die Strahlentherapie eingesetzt. Für Patientinnen in einer palliativen Situation sollte ein individuelles Therapiekonzept erstellt werden, bei hormonell

abhängigen Tumoren kann eine gestagenhaltige Therapie wirksam eingesetzt werden, bei Patientinnen mit Metastasen ist eine Chemotherapie zu erwägen (Widschwendter et al. 2017).

1.2.3 Zervix-Karzinom:

In Deutschland erkrankten 2014 4.540 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Dies entspricht einer standardisierten Erkrankungsrate von 9,2 Frauen pro 100.000 Frauen in Deutschland. 1.506 an Gebärmutterhals erkrankte Frauen in Deutschland verstarben 2014, dies entspricht einer standardisierten Sterberate von 2,4 Frauen pro 100.000 Frauen in Deutschland. Die relative 5-Jahresüberlebensrate lag 2014 bei 69%, die relative 10-Jahresüberlebensrate bei 65 %. Insgesamt blieben die Neuerkrankungsraten die letzten 10 Jahre stabil, nachdem es die vorherigen 30 Jahre zu einem starken Rückgang kam. Die Sterberaten sind ebenfalls seit der 1980er Jahre deutlich rückläufig. Dies wird auf die lange bestehenden gut organisierten Früherkennungsprogramme zurückgeführt. Bei etwa drei Viertel der Tumoren handelt es sich histologisch um Plattenepithelkarzinome. Das mittlere Erkrankungsalter am invasiven Karzinom liegt bei 53 Jahren. Häufiger ist das in-situ-Karzinom, das meistens im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bei im Mittel 20 Jahre jüngeren Frauen entdeckt wird. Die relativ gute Prognose des Gebärmutterhalskrebses liegt zum Teil daran, dass 60 % der Tumoren im frühen Tumorstadium entdeckt werden. Hauptrisikofaktor für das Zervixkarzinom sind sexuell übertragene humane Papillomaviren (HPV). Weitere Risikofaktoren sind Rauchen, andere sexuell übertragene Erreger, früher Beginn sexueller Aktivität, viele Geburten sowie ein geschwächtes Immunsystem. In Deutschland bietet das gesetzliche Früherkennungsprogramm Frauen ab 20 Jahren einen jährlichen Zellabstrich des Gebärmutterhalses an, ab dem 35. Lebensjahr besteht zusätzlich die Möglichkeit alle 3 Jahre einen HPV-Test durchführen zu lassen. Die ständige Impfkommission empfiehlt Mädchen im Alter zwischen 9 und 14 Jahren gegen HPV zu impfen. (Robert Koch-Institut 2010). Bei klinischem Verdacht auf ein Zervixkarzinom erfolgt eine Biopsie der auffälligen Areale. Zusätzlich kann zur weiteren Einteilung der frühen Stadien eine Konisation oder eine fraktionierte Abrasio durchgeführt werden. Die Stadieneinteilung in der FIGO-Klassifikation

erfolgt durch die körperliche Untersuchung, ergänzt durch den transvaginalen Ultraschall. Schnittbildverfahren können zum Ausschluss von Fernmetastasen bzw zur Beurteilung der Ausbreitung des Lokalbefundes herangezogen werden. Nach dem operativen Staging erfolgt die Einteilung gemäß der TNM-Klassifikation. Neben anderen Faktoren spielt ein noch bestehender Kinderwunsch der Patientin für die Therapieplanung eine entscheidende Rolle. Jedoch ist der Organerhalt nur bei einer Tumorgröße unter 2 cm sinnvoll. Es gibt verschiedene organerhaltende operative Verfahren, jedoch können diese mit einer reduzierten onkologischen Sicherheit einhergehen. Im sehr frühen Stadium reicht bei nicht vorhandenen Risikofaktoren und bestehendem Kinderwunsch eine Konisation aus. Bei bereits abgeschlossener Familienplanung sollte eine einfache Hysterektomie erfolgen, ab den höheren Stadien empfiehlt sich neben einer Hysterektomie dann ein operatives Staging sowie die Entfernung der Parametrien. Bei Adenokarzinomen sowie nach der Menopause sollten die Adnexen ebenfalls entfernt werden. Eine Radiochemotherapie kann je nach Stadium als adjuvante oder bereits früher als alleinige primäre Therapie oder aber Rezidivtherapie angewandt werden. Bei bereits fortgeschrittenen Karzinomen kann eine neoadjuvante Chemotherapie zum Einsatz kommen, hierdurch kann die Operabilitätsrate erhöht werden. Bei Auftreten eines Rezidivs ist die Prognose insbesondere bei Fernmetastasierung schlecht. Wenn noch nicht erfolgt, kommt bevorzugt eine Radiochemotherapie zum Einsatz, ist diese bereits erfolgt, sind die therapeutischen Optionen limitiert. Radikale Operationen mit Entfernung von Harnblase, Rektum, künstlicher Harnableitung und künstlichem Darmausgang können für bestimmte Patientinnen eine Option darstellen. Häufig gehen diese Operationen mit einer hohen Morbidität mit postoperativen Komplikationen und starker Einbuße von Lebensqualität einher. Bei bestehenden Fernmetastasen können Chemotherapie sowie die Therapie mit Antikörpern eingesetzt werden. Die Nachsorge erfolgt über einen Zeitraum von 10 Jahren. (de Gregorio u. Ebner 2017).

1.2.4 Vulva-Karzinom

Beim Vulvakarzinom handelt es sich um einen bösartigen Tumor der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane. In den letzten 10 Jahren wurde in Deutschland ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungen verzeichnet. 2014 erkrankten in Deutschland 3.130 Frauen an Vulvakarzinom. Dies entspricht einer standardisierten Erkrankungsrate von 7,6 Frauen pro 100.000 Frauen in Deutschland. Die Sterberate lag bei 0,9 Frauen pro 100.000 Frauen. Die relative 5-Jahresüberlebensrate lag bei 68%, die relative 10-Jahresüberlebensrate bei 62%. Die Anzahl der Erkrankungen seit den 2000er Jahren hat sich mehr als verdoppelt. Auch die Sterberaten stiegen seitdem an. 2015 starben 940 Frauen an einem Vulvakarzinom. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 72 Jahren. Die meisten invasiven Karzinome werden in einem frühen Tumorstadium entdeckt, wobei in diesem Stadium häufig schon Lymphknotenbefall vorliegt. Bei den Vulvakarzinomen handelt es sich meist um Plattenkarzinome. Man unterscheidet nichtverhornende und verhornende. Bei 65-80% der Vulvakarzinome handelt es sich um verhornende Plattenepithelkarzinome. Risikofaktoren für die Entstehung eines Vulvakarzinoms sind bei der nichtverhornenden Form eine chronische Infektion mit HPV, es sind hierbei vor allem jüngere Frauen betroffen. Verhornende Vulvakarzinome betreffen vor allem ältere Frauen. Risikofaktoren sind hier vorwiegend degenerative und chronisch entzündliche Hauterkrankungen. Allgemeine Risikofaktoren für die Entstehung eines Vulvakarzinoms sind Rauchen, ein geschwächtes Immunsystem sowie andere Krebserkrankungen im Genitalbereich. Für das Vulvakarzinom existiert keine gezielte Früherkennung. Für die nichtverhornenden Formen gilt die HPV-Impfung als mögliche Prävention. (Robert Koch-Institut 2010). Zur weiteren Diagnostik sollten bei der vollständigen Untersuchung von äußerem und inneren Geschlechtsorgan sowie des anogenitalen Bereiches Biopsien aus auffälligen Arealen entnommen werden. Mittels der histopathologischen Untersuchung kann dann eine Aussage bezüglich Krebsvorstufen, Invasivität oder dermatologischen Erkrankungen getroffen werden. Besteht ein invasives Tumorwachstum sind Angaben zur Tumorausdehnung, Invasionstiefe sowie Einbruch in Blut- und Lymphgefäße wichtig. Ein prätherapeutisches Staging dient der Bestimmung von Tumorgröße, -ausdehnung, Infiltrationstiefe und

Untersuchung der Lymphabflusswege. Zusätzliche Schnittbildgebung wird bei Tumoren >2 cm sowie Befall von angrenzenden Strukturen nötig. Für die Ausdehnung ist die Magnetresonanztomographie, für die Suche nach Fernmetastasen die Computertomographie geeignet. Mittels Zystoskopie kann ein Befall von Harnblase oder Rektum ausgeschlossen werden. Die Einteilung des Tumors in Stadien erfolgt anhand des operativen Befundes entsprechend der FIGO-Klassifikation oder TNM. Lokal begrenzte Tumoren wie leichte und mittelschwere Dysplasien können mittels Exzision oder Laservaporisation entfernt werden. In seltenen Fällen wird eine großflächige Hautentfernung der Vulva notwendig. Bei den invasiven Tumoren erfolgt eine stadiengerechte Operation. Die operative Methode beim Vulvakarzinom ist die lokale radikale Exzision des Befundes, ggf je nach Befund mit kompletter Vulvektomie und Entfernung der Lymphknoten. Dieser operative Eingriff kann bei Risikopatientinnen mit Wundheilungsstörungen einhergehen. Bei Befall von Lymphknoten kann eine Therapie im Rahmen eines multimodalen Konzeptes einschließlich Strahlentherapie erwogen werden. Bei Befall von angrenzenden Organen kann eine Ausweitung der Vulvektomie infrage kommen. Bei erhöhtem Risiko für ein Lokalrezidiv können die lokale Strahlentherapie sowie die Bestrahlung der Lymphabflusswege der Leiste sowie des Beckens bei bestehenden Metastasen erfolgen. Ist eine operative Therapie unmöglich oder wird von der Patientin abgelehnt, kann auch eine primäre Radiochemotherapie zum Einsatz kommen. Die meisten Vulvakarzinome treten als Lokalrezidiv ca 2 Jahre nach der Primärerkrankung auf. Folglich hat die Nachsorge eine große Bedeutung. Ein Lokalrezidiv sollte mit dem Ziel einer R0-Resektion erfolgen. Bei Inoperabilität kann die Durchführung einer Radiochemotherapie indiziert sein. Bei Rezidiven der Leiste und/oder des kleinen Beckens besteht eine palliative Situation mit schlechter Prognose. (Stüber et al. 2017).

1.3 Die Behandlung in gynäkologischen Zentren

In Deutschland wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften und onkologischen Arbeitsgemeinschaften ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Patientinnen mit Tumorerkrankungen eingerichtet. Seit 2003 gibt es sogenannte Organkrebszentren, die regelmäßig

auf ihre Qualität überprüft werden, mit dem Ziel Krebspatienten in jedem Krankheitsstadium optimale Diagnostik, Therapie und weitere unterstützende Maßnahmen zu gewährleisten. In Organzentren wird nach den aktuellen onkologischen Leitlinien im interdisziplinären, multiprofessionellen Team gearbeitet, die Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Palliativtherapie einbeziehen. Zentrales Element der Organzentren sind die Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen, die Sicherstellung der psychoonkologischen Versorgung, der sozialmedizinischen Beratung, Teilnahme an klinischen Studien, Dokumentation der klinischen Verläufe in Zusammenarbeit mit klinischen Krebsregistern sowie Einführung eines Qualitätsmanagements. Seit 2008 können in Deutschland gynäkologische Krebszentren zertifiziert werden. 2016 existierten 135 dieser Zentren in Deutschland und über ein Drittel der Patientinnen mit Primärtumor wurden zu diesem Zeitpunkt in zertifizierten Zentren behandelt (Krebszentren ; Ortmann 2013; Schmalenberg 2012; Stuck et al. 2015). Sowohl für das Endometriumkarzinom als auch für das Ovarialkarzinom besteht hohe Evidenz, dass die Versorgung in spezialisierten onkologischen Zentren einen positiven Einfluss auf das Gesamtüberleben der Patientinnen hat (Beckmann et al. 2014). 2010 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit den Nationalen Krebsplan mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung weiter zu optimieren (Beckmann u. Lux 2012). Entsprechend des Nationalen Krebsplanes kam es neben der Entstehung der Organzentren auch zur Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes der onkologischen Versorgung. So wurde 2007 erstmals das Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung vorgestellt. Die Basis bilden hier die zertifizierten Organzentren. Diesen übergeordnet sind die Onkologischen Zentren, die mehrere Tumorentitäten betreuen und einen höheren Grad an Spezialisierung benötigen als die Organzentren. Diesen wiederum übergeordnet sind die Onkologischen Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center), die von der Deutschen Krebshilfe gefördert werden, und neben der Patientenversorgung den Schwerpunkt auf Forschung und Lehre legen (Wesselmann 2012). Das Gynäkologische Tumorzentrum der Universitätsfrauenklinik Ulm ist eines der zertifizierten Organzentren des Tumorzentrums Alb-Allgäu-Bodensee und Teil des Integrativen Tumorzentrums des Universitätsklinikums und der

Medizinischen Fakultät Ulm (Comprehensive Cancer Center Ulm) und wurde 2008 als eines der ersten Gynäkologischen Zentren zertifiziert. Das Comprehensive Cancer Center ist eines von bundesweit 14 Onkologischen Spitzenzentren, die von der Deutschen Krebshilfe zertifiziert sind.

1.4 Hypothesen und Fragestellungen

Die vorliegende Studie ist Teil einer Multicenter Studie unter der Leitung des Instituts für Rehaforschung und Prävention der Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs Universität Freiburg. Der Titel der Hauptstudie lautet „Psychoonkologische Beratung und Behandlung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC): Multizentrische Studie zur Erfassung des Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme des psychoonkologischen Versorgungsangebots“. Die Untersuchungsmaterialen der vorliegenden Studie entsprechen denen der Hauptstudie. Die hier vorgelegte Studie bezieht sich dabei auf den Teilbereich der Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren in der Universitätsfrauenklinik Ulm. Folgende Hypothesen und Fragestellungen wurden formuliert:

Fragestellungen:

1. Wie viele Patienten sind bereit an der Studie teilzunehmen und was sind die Gründe einer möglichen Nichtteilnahme?
2. Unterscheiden sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer an der Studie in Bezug auf Alter, Bildung, Diagnose und Erkrankungsdauer?
3. Welches waren die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung?

Hypothesen:

1. Es gibt einen Zusammenhang zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.
2. Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung.
3. Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrem Bedürfnis nach Unterstützung aufgrund der Krebserkrankung, dem Wunsch über die Belastung durch die Krebserkrankung zu reden und in ihrer Fähigkeit diesen Wunsch zu vermitteln.
4. Der behandelnde Arzt spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung.
5. Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in Ihrer Einstellung zu Psychotherapie, ihrer Vorerfahrung in Bezug auf Psychotherapie sowie der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote.
6. Es gibt einen Zusammenhang zwischen erfahrener sozialer Unterstützung und Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign und Durchführung

Das Forschungsprojekt ist Teil eines multizentrischen Projektes, initiiert von der Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg unter der Leitung von Antje Büttner-Teleaga, Anika Buchholz, Werner Vach und Joachim Weis zur Erfassung des Bedarfs, der Indikationsstellung und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung im Rahmen der Comprehensive Cancer Center (CCC), das von der Deutschen Krebshilfe e.V. gefördert wurde. Es handelt sich hier um eine Standortanalyse des Comprehensive Cancer Center Ulm unter der Leitung von Dr. Dipl.-Psych. Klaus Hönig und wurde in der Universitätsfrauenklinik Ulm, auf den gynäkologischen Stationen 2 und 3, durchgeführt. Die Zustimmung der Ethikkommission der Universität Ulm zum Ethikantrag (Nr 272/13) erfolgte am 09.09.2013. Bei der Studie handelt es sich um eine prospektive Kohortenanalyse. Im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014 wurden auf den gynäkologischen Stationen Patienten mit bösartigen Unterleibstumoren kontinuierlich erfasst. Durch auf den Stationen ausgelegte Flyer wurden die Patienten auf die Studie aufmerksam gemacht. Es wurden in die Studie eingeschlossene sowie ausgeschlossene Patienten erfasst. Patienten, die die Einschlusskriterien nach Prüfen der Patientenakte und Rücksprache mit den Stationsärzten erfüllten, wurden auf Station über die Studie mündlich und schriftlich informiert und erhielten sowohl verbale als auch schriftliche Anleitungen zum Ausfüllen der Bögen. Die Patienten wurden ausführlich über die Freiwilligkeit sowie Anonymität der Studie hingewiesen sowie zur Möglichkeit jeder Zeit abbrechen zu können und dass eine Nichtteilnahme ohne Konsequenzen für ihre weitere Behandlung bleibt. Patienten, die schriftlich in die Studie einwilligten, wurde psychoonkologische Unterstützung während des Klinikaufenthalts angeboten sowie zum Zeitpunkt der Einwilligung in die Studie und vor Entlassung Fragebögen ausgehändigt. Patienten, die die Einschlusskriterien zwar erfüllten, jedoch nicht teilnehmen wollten, wurden gesondert mithilfe eines Nichtteilnehmerbogen erfasst.

Die Patienten erhielten zunächst folgende Studienmaterialien in schriftlicher Form auf Station ausgehändigt:

- Informationsflyer mit Kontaktdaten
- Patienteninformation
- Einwilligungserklärung
- Distressthermometer

Die Patienteninformation und die Einwilligungserklärung wurden den Patienten nach deren Unterschrift als Kopie ausgehändigt. Bei vorhandenem Wunsch nach einem psychosomatischen Konsil wurde dieses am selben Tag angemeldet. Vor Entlassung und nach einem gegebenenfalls stattgefundenen psychoonkologischen Gespräch wurde den Patienten erneut ein Fragebogen ausgehändigt. Dieser beinhaltete Distressthermometer, PHQ-9, GAD-7 in Kurzform, HADS, SF-12, SSUK-8, EORTC QLQ-FA13, einen selbstentwickelten Fragebogen, sowie Fragen zur Person. Bei allen eingeschlossenen Patienten wurde während des stationären Aufenthalts das Medizinische Datenblatt Onkologie ausgefüllt. Hierzu wurden aktuelle Daten aus der Patientenakte sowie der elektronischen Akte im SAP entnommen, sowie der aktuelle Funktionsstatus und die körperliche Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index, ECOG Skala) erfasst. Den an der Studie teilnehmenden Patienten wurde ein Code in Form einer fortlaufenden Zahl von 01-79, die sogenannte Patienten-ID zur Wahrung der Anonymität zugeteilt. Dieser Code wurde auf allen Erhebungsdokumenten eingetragen. Zur Auswertung der Daten wurde nur die Patienten-ID verwendet. Die Patientendaten wurden gemäß dem Datenschutz verwaltet und archiviert.

2.2 Einschlusskriterien

In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit bösartigen Tumorerkrankung des Unterleibs (Neuerkrankung oder Rezidiv) ohne Selektion von Diagnosegruppen, Tumorstatus oder anderen Merkmalen. Es wurde ein Mindestalter von 18 Jahren vorausgesetzt und die Studienteilnehmer mussten sich körperlich sowie psychisch und geistig in der Lage fühlen, an der Befragung teilzunehmen. Ob die Behandlungssituation kurativ oder palliativ war sowie die Art der Behandlung spielte für den Einschluss keine Rolle. Für die Beantwortung und

das Verständnis der Fragen erforderlichen Deutschkenntnisse wurden vorausgesetzt. Die Patienten mussten zudem bevor sie auf die Studie angesprochen wurden vom behandelnden Arzt vollständig über ihre Diagnose sowie die Behandlungsoptionen und Prognose aufgeklärt sein.

2.3 Ausschlusskriterien

Patienten mit Anzeichen einer akuten psychiatrischen Erkrankung (Schizophrenie, wahnhafte, psychotische, bipolare Störungen sowie schwere Persönlichkeitsstörungen) oder Anzeichen einer chronisch-neurologischen Erkrankung (z.B. Demenz) sowie starken kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen wurden von der Studie ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen wurden Patienten unter 18 Jahren und Patienten, die die deutsche Sprache gar nicht oder nur sehr schlecht beherrschten. Die Ausschlusskriterien wurden anhand der Daten der Krankenakte sowie in Zusammenarbeit mit den behandelnden Stationsärzten überprüft.

2.4 Erhebungszeitpunkte(EZP)

Die Studie umfasst zwei Erhebungszeitpunkte (EZP) T0 und T1. EZP T0 erfolgte am Tag des Einschlusses in die Studie und beinhaltet das Screening auf psychosoziale Belastung mittels des Distressthermometers sowie die Erhebung der Daten des Medizinischen Datenblattes vor oder während der laufenden Behandlung und nach erfolgter Diagnosestellung. EZP T1 erfolgte zwischen 1-2 Tagen und 2 Wochen nach T0 vor der Entlassung und bei Patienten mit Wunsch nach psychoonkologischer Betreuung nachdem diese erfolgt war, es wurde hier eine ausführliche Fragebogenerhebung psychosozialer Merkmale durchgeführt (Distress-Thermometer, PHQ-9, GAD-7-Kurzform, HADS, SF-12, SSUK-8, EORTC QLQ-FA13, sowie Fragebögen zum Unterstützungs-und Gesprächsbedarf und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und Fragen zu soziodemographischen Merkmalen).

2.5 Erhebungsinstrumente

Als Kerninstrumentarium werden zu EZP T0 und T1 standardisierte und validierte Instrumente/ Fragebögen zur Erhebung psychosozialer Belastung, psychischer Befindlichkeit, Lebensqualität und sozialen Unterstützung (Distress-Thermometer, PHQ-9, HADS, SF12, SSUK, EORTC QLQ-FA13) sowie selbstentwickelte Instrumente zur Erfassung der Erwartungen und Wünsche hinsichtlich einer psychoonkologischen Betreuung, der Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden psychoonkologischen Angeboten, der Vermittlungswege und der Barrieren bei Nichtinanspruchnehmern von psychoonkologischer Beratung eingesetzt. Ebenso werden im Verlauf die spätere Inanspruchnahme der psychosozialen, medizinischen und rehabilitativen Angebote erhoben. Zusätzlich wurden zum EZP T1 Instrumente zur Einschätzung des aktuellen Funktionsstatus (ECOG Skala 0-4) und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index) genutzt. Darüber hinaus werden soziodemographische sowie medizinische Basismerkmale erhoben.

Es wurden Instrumente zur Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung verwendet.

Instrumente zur **Selbsteinschätzung**:

Das NCCN **Distress-Thermometer** ist ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes Screeninginstrument, das mit Hilfe einer Skala mit Werten von 0-10 den Grad psychosozialer Belastung bei onkologischen Patienten innerhalb der letzten 7 Tage erfasst. Der Wert 0 bedeutet dabei, dass der Patient sich gar nicht belastet fühlt, der Wert 10 geht mit einem maximalen Belastungsgrad einher. Ein Wert von 5 gilt als Cut-Off und bedeutet, dass der Patient auffällig belastet ist und psychoonkologische Unterstützung benötigt. Zusätzlich werden 36 Fragen zu praktischen, familiären, emotionalen, körperlichen und spirituellen oder religiösen Problemen gestellt, die jeweils mit Ja oder Nein beantwortet werden. Hat der Patient darüber hinaus Probleme oder Beschwerden, hat er die Möglichkeit diese in einem Freitextfeld anzugeben. Es wurde hier die deutsche Version verwendet (Mehnert et al. 2006).

Bei dem **Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-9** handelt es sich um die deutsche Version des Depressionsmoduls des Patient Health Questionaire (PHQ-

D). Der Bogen ist sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von psychischen Störungen (depressive Störungen (Majordepression und andere depressive Störungen, Panikstörungen)) und der psychosozialen Funktionsfähigkeit geeignet. Zunächst gibt der Patient an, wie stark er sich die letzten 2 Wochen durch Beschwerden beeinträchtigt gefühlt hat, die unter 9 Items von a-i beschrieben werden. Es gibt 4 Antwortmöglichkeiten, die von „überhaupt nicht“ bis „beihnahe jeden Tag“ abgestuft werden. Es werden Fragen zur Stimmung, Interesse, Schlaf, Erschöpfung, Appetit, Konzentrationsfähigkeit, Antrieb, Selbstwahrnehmung und Todeswunsch beziehungsweise Wunsch sich selbst zu verletzen gestellt. Weiterhin soll der Patient angeben wie sehr die Beschwerden vom ersten Punkt es dem Patienten erschwert haben, die Arbeit zu tun, den Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen, wobei unter vier Antwortmöglichkeiten abgestuft wurde von „überhaupt nicht erschwert“ bis „sehr stark erschwert“. Zur Auswertung wurden den Antwortmöglichkeiten der 9 unterschiedlichen Items Werte von 0 „überhaupt nicht“ bis 3 „beinahe jeden Tag“ zugeschrieben aus denen Skalensummenwerte berechnet wurden. Diese Skalensummenwerte reichen von 0-27 und können den Schweregrad der psychischen Störung widergeben, wobei die Höhe der Summe mit der Schwere der Störung einhergeht. Werte ≥ 5 repräsentieren eine milde Depression, Werte ≥ 10 eine moderate Depression, Werte ≥ 15 eine schwere Depression und Werte ≥ 20 eine sehr schwere Depression (Gräfe et al. 2004; Kroenke et al. 2001).

Der **Gesundheitsfragebogen GAD-7** wurde in der deutschen Fassung verwendet. Es handelt sich um ein Modul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) und wurde entwickelt um Angststörungen detektieren und das Ausmaß von Angstsymptomatik bestimmen zu können. Der Fragebogen umfasst sieben Fragen (a-g) mit jeweils vier abgestuften Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ bis „beinahe jeden Tag“. Die Fragen beziehen sich auf Nervosität, Ängstlichkeit, übermäßige Sorgen und die Fähigkeit diese zu stoppen, Schwierigkeiten zu entspannen, Unruhe, Gereiztheit und Angstgefühle bezogen auf die letzten zwei Wochen. Den vier Antwortmöglichkeiten werden Zahlenwerte von 0 „überhaupt nicht“ bis 3 „beinahe jeden Tag“ zugeordnet so dass durch Zusammenzählen der Werte Skalensummenwerte von 0-21 berechnet werden können. Die Höhe der Skalensummenwerte geht dabei mit der Ausprägung der

Angstsymptomatik einher, wobei Werte ≥ als leichte, Werte ≥ 10 als moderate und Werte ≥ 15 als schwere Angststörung interpretiert werden können (Spitzer et al. 2006; Löwe et al. 2008).

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)- Deutsche Version ist ein Fragebogen für Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden und dient als Screeninginstrument für Angst und Depression sowie leichtere Ausprägungen psychischer Störungen. Dabei liegt das Augenmerk der Fragen auf der psychischen Befindlichkeit und klammert körperliche Beschwerden aus, um eine Verfälschung der Ergebnisse durch eine somatische Komponente zu vermeiden. Die Fragen beziehen sich auf die letzten sieben Tage und bestehen aus 14 Items mit jeweils 4 itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (Zahlenwert 0-3). Um ängstliche und depressive Symptomatik gesondert auswerten zu können wird der Fragebogen in 2 Subskalen mit jeweils 7 zugehörigen Items unterteilt. So können pro Subskala Skalensummenwerte von 0-21 berechnet werden. Werte von 0-7 gelten dabei als normal. Der Cut-Off-Wert für Angst liegt bei einem Wert von 11, der Cut-Off-Wert für Depression bei einem Wert von 9. Alle Werte ab dem Cut-Off-Wert und größer gelten als klinisch auffällig. Je größer der Wert desto höher der Schweregrad der Ausprägung (Hermann-Lingen et al. 2011).

Der **Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12-deutsche Version** ist eine Kurzform des SF-36 Health Survey und dient als Messinstrument zur Ermittlung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Patienten. Es wurde hier die Standardversion des SF-12 verwendet. Er umfasst 12 Items die sich auf die vergangenen 4 Wochen beziehen. Die Antwortmöglichkeiten variieren von dichotom (Ja oder Nein) bis zu sechs Abstufungen. Es werden Fragen zur Einschätzung des Gesundheitszustands, zum Grad der Einschränkung durch den Gesundheitszustand bezogen auf Alltagstätigkeiten, zu Einschränkungen bei der Arbeit oder zu Haus aufgrund körperlicher Gesundheit, zu Einschränkungen bei der Arbeit oder zu Hause aufgrund seelischer Probleme, zu Einschränkung von Kontakten zu Mitmenschen aufgrund seelischer oder körperlicher Probleme und zur psychischen Befindlichkeit gestellt. Zur Auswertung werden zwei Summenskalen erstellt – eine körperliche und eine psychische Summenskala, die jeweils 6 Items umfassen und Werte zwischen 0-100 erreichen können. Je höher die Werte, desto höher die psychische und körperliche Lebensqualität, wobei

Normdaten je nach Altersabschnitt variieren (Bullinger 2000; Gandek et al. 1998; Ellert u. Kurth 2013).

Die **Skala zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit** (**SSUK-8) kurze Version** ist eine Kurzfassung der deutschen Version des Ilness-specific Social Support Scale bestehend aus 8 Items und dient der Erfassung subjektiver Einschätzung sozialer Unterstützung bei Erkrankung. Die 8 Fragen beziehen sich auf die positive und negative Einflussmöglichkeit nahestehender Personen im Fall einer Erkrankung. Die 5 Antwortmöglichkeiten pro Item reichen in Abstufung von „nie“ bis „immer“. Es werden 2 Subskalen mit jeweils 4 Items gebildet, die einmal die positive Unterstützung und einmal die belastende Interaktion abbilden. Zur Auswertung des Fragebogens wird aus den 4 Items der beiden Subskalen jeweils der Mittelwert berechnet. Die Höhe des Mittelwerts geht mit dem Grad der Ausprägung der sozialen Einflussnahme einher (Ullrich u. Mehnert 2010).

Das **EORTC QLQ-FA13** ist ein multidimensionales Instrument zur Erfassung von Fatiguesymptomen bei Tumorpatienten das von der EORTC Quality of Life Group entwickelt wurde. Der Fragebogen gliedert sich in 13 Items mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (4) bezogen auf die letzten 7 Tage. Diese wiederum beinhalten drei Subskalen und zwei einzelne Items: die physische Subskala (Item 1-4), die emotionale Subskala (Item 5-8,) die kognitive Subskala (Item 9-11) und die Items 12 (Beeinträchtigungen des täglichen Lebens) und 13 (soziale Auswirkungen). Es werden Fragen zu kognitiven, emotionalen und körperlichen Beeinträchtigungen gestellt. Zum Zeitpunkt der Studie hatte das Modul die Phase III abgeschlossen und befand sich in Phase IV. Bei der Auswertung der drei Subskalen und der zwei einzelnen Items wurde ein Rohwert berechnet der durch lineare Transformation umgewandelt wurde um Werte zwischen 0 und 100 zu erhalten. Je höher die Werte desto höher der Ausprägungsgrad der Erschöpfung.

Der **Fragenbogen zum Unterstützungs- und Gesprächsbedarf** ist ein von der Arbeitsgruppe der Tumorbiologie Freiburg selbstentwickeltes Instrument, das den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung sowie den Wunsch und die Möglichkeit über die Erkrankung zu sprechen abbildet. Es wird im ersten Item nach der Bereitschaft gefragt psychosoziale Unterstützung anzunehmen sowie differenziert gefragt von wem man sich die Unterstützung wünschen würde (Arzt,

Psychologe, Pflegekraft, Seelsorger etc) wobei mit Ja oder Nein geantwortet wird. Im zweiten Item wird gefragt ob auf Empfehlung eines Arztes psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden würde mit den Antwortmöglichkeiten „Ja, Nein, Vielleicht“. In Item 3 wird nach der Fähigkeit mit verschiedenen Personen über seelische Belastungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu sprechen gefragt, wobei es fünf Antwortmöglichkeiten mit Abstufungen von „gar nicht“ bis „sehr gut“ gibt. Unter Item 4 wird nach dem Wunsch (a) und nach der Möglichkeit (b) über die Erkrankung zu sprechen gefragt mit 5 möglichen Antworten abgestuft von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Item 5 fragt nach der Fähigkeit den Wunsch nach Gesprächen über die psychische Belastung dem Arzt vermitteln zu können mit den drei Antwortmöglichkeiten „Nein ‚Ja, Vielleicht“. Im 6. Item wird danach gefragt über welche verschiedene Belange man mit dem Arzt sprechen kann (seelische Belastungen, familiäre Probleme, Fragen zu Partnerschaft und Sexualität und Gedanken zu Tod und Sterben).

Bei den **Fragen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung** handelt es sich um einen eigenentwickelten Fragebogen des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er erfasst welche Art psychosozialer Unterstützung bereits erfolgt ist, wo diese erfolgt ist, wie die Grundeinstellung hierzu ist, wo eventuelle Barrieren liegen. Im ersten Item wird gefragt, welche Form der Unterstützung bezüglich seelischer und sozialer Belange seit Beginn der Krebserkrankung in Anspruch genommen wurde (Mehrfachantwort möglich), welche dann bewertet werden soll von „gar nicht hilfreich“ bis „sehr hilfreich“. Im zweiten Item wird nach dem Ort der Inanspruchnahme (Krankenhaus/ Tumorzentrum, Rehabilitationsklinik, psychosoziale Krebsberatungsstelle, Sonstiges mit Freitext, kein Angebot in Anspruch genommen) gefragt. Auf einer Skala von 0-10 soll im dritten Item die Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung seit Beginn der Krebserkrankung angegeben werden wobei 0 den negativsten Grad und 10 den positivsten Grad markiert. Item vier erfragt ob bereits vor der bestehenden Krebserkrankung psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen wurde, nach dem Grund für die Unterstützung und ob diese eher erfolgreich oder eher nicht erfolgreich war. Item 5 fragt nach einer seit der Krebserkrankung vorliegenden Empfehlung oder Überweisung für psychosoziale Unterstützung durch den Arzt und ob diese in Anspruch genommen wurde. Item 6 fragt nach Gründen für eine Nichtinanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

wobei Mehrfachantworten möglich sind. Im 7. Item wird gefragt, ob Psychopharmaka (wie z.B. Antidepressiva) eingenommen wurden oder immer noch eingenommen werden, welches die Gründe dafür sind, um welche Pharmaka es sich handelt und wann diese eingenommen wurden oder werden und ob die Therapie eher erfolgreich oder eher nicht erfolgreich war (Mehnert et al. 2012).

Der **Fragebogen zu soziodemographischen Merkmalen** wurde orientierend an der Arbeitsgruppe Routinedaten (Deck u. Röckelein 1999) erstellt. Er ermittelt aktuelles Datum, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Vorhandensein einer festen Partnerschaft, Anzahl von Kindern, Anzahl der Personen im Haushalt, Anzahl der Personen älter 18 Jahre in einem Haushalt, höchster Schulabschluss, abgeschlossene Berufsausbildung, liegt aktuell eine Krankschreibung vor und seit wann, Erwerbstätigkeit vor Diagnose der Tumorerkrankung, letzte berufliche Stellung, Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises und Grad der Behinderung in Prozent.

Instrumente zur **Fremdeinschätzung**:

Auf dem **Medizinischen Datenblatt Onkologie** werden basismedizinische Daten erhoben. Es wird das aktuelle Datum, Tag der Aufnahme und der Entlassung, die Begründung für den Zugang des Patienten zum Psychoonkologischen Dienst (POD) (Erreichen des Cut-off-Werts, Wunsch des Patienten, Vorliegen eines Fremdantrags durch Arzt oder Psychologen) sowie folgende Daten aus der Patientenakte entnommen: Tumor-Diagnose/ Lokalisation, Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Zweittumor, Rezidiv), Zeitpunkt der aktuellen Diagnose, Zeitpunkt der Erstdiagnose, TNM-Schlüssel, aktueller Krankheitsstatus (Remission, Teilremission, Progress, stabile Erkrankung, nicht beurteilbar), aktuelle Metastasierung, Stadienklassifikation (UICC), aktuelle Behandlungssituation (kurativ, palliativ, derzeit nicht entscheidbar), weitere relevante somatische Diagnosen, relevante psychische Diagnosen. Zusätzlich wurde zur Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit der **Karnofsky-Index** bestimmt, mit dessen Hilfe der Grad der körperlichen Einschränkung in Prozent eingeschätzt wird, wobei 100% keine Beschwerden bedeuten und 10% einen moribunden Zustand beschreiben. Ergänzt wird der Karnofsky-Index durch die **ECOG-Skala 0-4,** mit deren Hilfe auf einer Skala von 0 (normale Aktivität) bis 4

(Patient ist ständig bettlägerig) der aktuelle Funktionsstatus bestimmt wird (Buccheri et al. 1996).

Auf dem **Nichtteilnehmerbogen** wurden Patienten erfasst, die zwar die Einschlusskriterien erfüllten, jedoch aus unterschiedlichen Gründen entschieden nicht an der Studie teilzunehmen. Auf dem Nichtteilnehmerbogen wurde das aktuelle Datum, das Alter der Patienten, das Geschlecht, der Grund für die Nichtteilnahme, die aktuelle Diagnose, der Zeitpunkt der Erstdiagnose sowie der höchste Schul-bzw Bildungsabschluss vermerkt.

2.6 Stichprobe

Im Untersuchungszeitraum wurden auf den gynäkologischen Stationen 2 und 3 der Universitätsfrauenklinik Ulm 194 Patienten mit Unterleibstumoren erfasst. Davon erfüllten 142 Patienten die Einschlusskriterien. 52 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien nicht und wurden somit von der Studie ausgeschlossen. Gründe für den Ausschluss waren bei 17 Patienten mangelnde Sprachkenntnisse, bei 12 Patienten ein stark reduzierter Allgemeinzustand, bei 12 Patienten eine bekannte dementielle Erkrankung, bei 5 Patienten ein präfinaler Zustand, bei 4 Patienten eine starke kognitive Einschränkung und bei zwei Patienten eine bekannte Schizophrenie. Von den 142 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, erklärten sich 84 Patienten bereit, an der Studie teilzunehmen. Von diesen 84 Teilnehmern gaben jedoch 5 die T1-Bögen nicht ab und baten auf Nachfrage hin den nachträglichen Ausschluss aus der Studie. Somit blieben 79 Teilnehmer mit vollständigem Datensatz (n=79). Die 58 Patienten, die nicht teilnehmen wollten, nannten dafür unterschiedliche Gründe (psychische Belastung, körperliche Belastung, kein Interesse, sonstige Gründe). Von den 79 Teilnehmern der Studie nahmen 41 das Angebot des POD des CCC der Universitätsklinik Ulm an und bekamen psychoonkologische Beratung. Die 38 übrigen Teilnehmer nahmen zwar an der Studie teil, nahmen aber keine psychoonkologische Beratung in Anspruch. Es entstanden somit unter den Studienteilnehmern 2 Gruppen: die der Inanspruchnehmer psychoonkologischer Beratung und die der Nichtinanspruchnehmer psychoonkologischer Beratung. Diese wurden aufgrund der ähnlichen Gruppengrößen bei der Auswertung der

Daten in Bezug auf verschieden Variablen miteinander verglichen. Desweiteren wurden die Nichtteilnehmer mit den Teilnehmern der Studie verglichen.

2.7 Statistische Auswertung

Zunächst wurden alle Daten in eine Microsoft Excel Tabelle eingegeben um anschließend mit der Statistiksoftware SPSS 22 ausgewertet zu werden. Die Daten wurden deskriptiv anhand von Häufigkeiten, Mittelwert und Standardabweichung beschrieben. Um Unterschiede zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Studie, Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern psychoonkologischer Unterstützung zu prüfen, wurde je nach Skalenniveau getestet. Bei Nominalskalen wurde der Qui-Quadrat-Test (exakter Test nach Fisher, Qui-Quadrat-Test nach Pearson) bei Ordinalskalen als nichtparametrischer Test der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Bei intervallskalierten Daten wurde zunächst die Art der Verteilung mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Lag eine Normalverteilung vor wurde parametrisch, lag keine Normalverteilung vor, wurde nichtparametrisch getestet. Als Signifikanzniveau wurde $p<0,05$ definiert. Es wurde eine größere Zahl paralleler Signifikanztests durchgeführt, auf eine Adjustierung des Alpha-Fehlers wurde aber verzichtet. Daher sollen die Ergebnisse vorwiegend explorativ interpretiert werden. Tabellen wurden in Microsoft Word, Graphiken in Microsoft Excel erstellt.

3. Ergebnisse

Es werden hier die Ergebnisse zu den Hypothesen und Fragestellungen entsprechend der Reihenfolge aus der Einleitung dargestellt.

3.1 Gründe für die Nichtteilnahme

58 Patienten entschieden sich gegen eine Teilnahme an der Studie.

Fragestellung 1: Welches waren die Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie?

Tabelle 1: Gründe für Nichtteilnahme an der Studie (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl %: Prozent

Grund für Nichtteilnahme	n	%
Psychische Belastung	27	46,6
Körperliche Belastung	12	20,7
Kein Interesse	16	27,6
Sonstiges	3	5,2

Wie Tabelle 1 zeigt, war der am häufigsten genannte Grund für die Nichtteilnahme zu starke psychische Belastung.

3.2: Unterschiede zwischen Nichtteilnehmern und Teilnehmern

Fragestellung 2: Unterscheiden sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer in Bezug auf Alter, Bildung, Diagnose und Erkrankungsdauer?

Tabelle 2 zeigt den Mittelwert des Alters in Jahren für die Gruppen der Nichtteilnehmer und Teilnehmer. Bei den Nichtteilnehmern war die jüngste Patientin 41 Jahre alt, die älteste Patientin 85 Jahre alt. Bei den Teilnehmern war die jüngste Patientin 25 Jahre und die älteste Patientin 81 Jahre alt.

Tabelle 2: Alter in Jahren bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test

***: sehr hoch signifikant

	Teilnehmer			Nichtteilnehmer			p
Alter	n	M	S	n	M	S	
	79	58,76	13,32	58	69,64	10,13	0,000***

;

Die Teilnehmer der Studie sind im Mittel über 10 Jahre jünger als die Nichtteilnehmer. Im Mann-Whitney-Test zeigte sich dieser Unterschied als sehr hoch signifikant.

Es kam somit bei der Studie zu einer Altersselektion, die Teilnehmer sind jünger als die Nichtteilnehmer.

Tabelle 3: Schulbildung von Teilnehmern und Nichtteilnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
***: sehr hoch signifikant

MR: Mittlere Reife
AHR: Allgemeine Hochschulreife
FHR: Fachhochschulreife

	Teilnehmer		Nichtteilnehmer		p
Höchster Schulabschluss	n	%	n	%	
Haupt-/Volksschule	37	48,1	47	81,0	0,000***
Realschule/MR	17	22,1	7	12,1	
Abitur/AHR/FHR	23	29,9	4	6,9	

Knapp die Hälfte der Teilnehmer hat einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss. Bei den Nichtteilnehmern sind es über 80 % die als höchsten Schulabschluss den Hauptschulabschluss haben. Knapp ein Drittel der Teilnehmer besitzt das Abitur oder die Fachhochschulreife als höchsten Schulabschluss, bei den Nichtteilnehmer sind es nur knapp 7 %. Die Teilnehmer zeigen hier hoch signifikant einen höheren Bildungsgrad.

Tabelle 4: Diagnosen von Teilnehmern und Nichtteilnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
ICD-10: International Classification of Disease
Ca: Karzinom

ICD-10	Teilnehmer		Nichtteilnehmer		p
	n	%	n	%	
C54:Corpus-Ca	26	32,9	22	37,9	ns
C56:Ovarial-Ca	25	31,6	19	32,8	
C53:Cervix-Ca	21	26,6	8	13,8	
C51:Vulva-Ca	6	7,6	8	13,8	
C58:Chorion-Ca	1	1,3	0	0	
Granulosazelltumor	0	0	1	1,7	

In beiden Gruppen waren die meisten Patienten an Corpus- und Ovarialkarzinom erkrankt. Numerische Unterschiede bestanden bei Cervix- und Vulvakarzinom. Es waren mehr Teilnehmer an Cervix-Karzinom als Nichtteilnehmer erkrankt, wohingegen mehr Nichtteilnehmer an Vulvakarzinom erkrankt waren als Teilnehmer. Signifikante Unterschiede bestanden jedoch nicht zwischen den Gruppen.

Tabelle 5: Erkrankungsdauer in Wochen bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern zwischen Erstdiagnose und T0 (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test
ns: nicht signifikant

Erkrankungsdauer	Teilnehmer			Nichtteilnehmer			p
	n	M	S	n	M	S	
	79	37,66	92,32	58	55,74	104,13	ns

Numerisch zeigen die Nichtteilnehmer eine längere Erkrankungsdauer als die Teilnehmer. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht jedoch nicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bei der Frage nach Unterschieden zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern gezeigt hat, dass Teilnehmer der Studie jünger sind als Nichtteilnehmer und einen besseren Bildungsgrad haben. Unterschiede in Diagnose und Erkrankungsdauer konnten jedoch nicht gefunden werden.

3.3: Gründe der Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung

Fragestellung 3: Welches waren die Gründe für die Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung?

Tabelle 6: Gründe für die Ablehnung von psychoonkologischer Unterstützung (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

POD: psychoonkologischer Dienst

Gründe für Ablehnung des POD	Nichtinanspruchnehmer	
	n	%
Unterstützung vorhanden durch Familie/Freunde	25	65,8
Kein Bedarf	12	31,6
Nicht ausreichend Informationen erhalten	5	13,2
Ansprechpartner nicht bekannt	2	5,3

Wie aus Tabelle 6 zu entnehmen, ist ausreichend psychosoziale Unterstützung durch Familie und Freunde der Hauptgrund, warum keine psychoonkologische Unterstützung durch den psychoonkologischen Dienst in Anspruch genommen wird, fehlende Information oder Unkenntnis des geeigneten Ansprechpartners für die Unterstützung spielen nur eine untergeordnete Rolle.

3.4 Untersuchung des Zusammenhangs zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung

Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.

Tabelle 7: Diagnosen von Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
ICD-10: International Classification of Disease
Ca: Karzinom

ICD-10	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
C54:Corpus-Ca	13	31,7	13	34,2	ns
C56:Ovarial-Ca	12	29,3	13	34,2	
C53:Cervix-Ca	12	29,3	9	23,7	
C51:Vulva-Ca	3	7,3	3	7,9	
C58:Chorion-Ca	1	2,4	0	0	

Die drei häufigsten Diagnosen waren in beiden Gruppen das Corpus-, Ovarial- und Cervixkarzinom. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 8: Tumorstadium Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer in T0 (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz
ns: nicht signifikant (Qui-Quadrat-Test)
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
T: Tumorgröße und Ausdehnung
N: Lymphknotenstatus
M: Fernmetastasierung

TNM-Stadium		IAN		NIAN		p
		n	%	n	%	
T	1	8	19,5	9	23,7	ns
	2	3	7,3	0	0	
	3	4	9,8	6	15,8	
N	0	6	14,6	2	5,3	ns
	1	3	7,3	3	7,9	
	x	6	14,6	10	26,3	
M	0	5	12,2	3	7,9	ns
	1	3	7,3	0	0	
	x	7	17,1	12	31,6	
unklar		26	63,4	23	60,5	ns

Wie aus Tabelle 8 zu entnehmen ist, war zum Zeitpunkt T0 bei einem Großteil der Patientinnen das Staging noch nicht abgeschlossen und die Einteilung noch unklar. Die Mehrzahl der Patientinnen mit abgeschlossenem Staging waren im T1-Stadium, Lymphknotenstatus und Metastatasierung waren aber auch hier mehrheitlich unklar. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich nicht.

Tabelle 9: Art der Erkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Art der Erkrankung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ersterkrankung	34	82,9	29	76,3	ns
Zweittumor	2	4,9	3	7,9	ns
Rezidiv	5	12,2	6	15,8	ns

In beiden Gruppen zeigte sich eine deutliche Mehrheit bei der Ersterkrankung. Es konnten im Pearson-Qui-Quadrattest für Kreuztabellen in der zweiseitigen Testung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden.

Tabelle 10: Erkrankungsdauer in Wochen seit Erstdiagnose und T0 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Erkrankungsdauer	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	29,68	66,78	38	46,26	114,01	ns

Die Nichtinanspruchnehmer hatten im Mittel eine längere Krankheitsdauer. In der zweiseitigen Testung des Mann-Whitney-Test bestand hier aber kein signifikanter Unterschied. Auffallend ist hier die hohe Differenz in der Standardabweichung.

Tabelle 11: Behandlungssituation Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer in T0 (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
OP: Operation

Behandlungssituation		IAN		NIAN		p
		n	%	n	%	
OP	abgeschlossen	35	85,4	35	92,1	ns
	laufend	0	0	1	2,6	
	geplant	4	9,8	2	5,3	
Radiatio	abgeschlossen	0	0	2	5,3	ns
	geplant	5	12,2	4	10,5	
	unklar	20	48,8	21	55,3	
Chemo-therapie	abgeschlossen	3	7,3	3	7,9	ns
	laufend	3	7,3	2	5,3	
	geplant	5	12,2	8	21,1	
	Unklar	21	51,2	18	47,4	
Analgesie	laufend	39	95,1	37	97,4	ns

Bei den meisten Patienten war zum Zeitpunkt T0 die Operation abgeschlossen und die meisten benötigten Schmerzmitteltherapie. Andere Therapieformen waren bei der Mehrzahl der Patientinnen zu diesem Zeitpunkt noch nicht geplant. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 12: Somatische Nebendiagnosen Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl IAN: Inanspruchnehmer
%: Prozent NIAN: Nichtinanspruchnehmer
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant

Diagnose	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Arterielle Hypertonie	11	26,8	6	15,8	ns
Adipositas	6	14,6	6	15,8	
Hypothyreose	3	7,3	6	15,8	
Diabetes Mellitus	3	7,3	2	5,3	
Chronische Gastritis	2	4,8	1	2,6	
Asthma bronchiale	1	2,4	0	0	
Endometriose	1	2,4	0	0	
Hydronephrose	1	2,4	0	0	
Lymphozele	1	2,4	0	0	
Bandscheibenprolaps	0	0	1	2,6	
Gonarthrose	0	0	1	2,6	
Hiatushernie	0	0	1	2,6	
Fibromyalgie	1	2,6	0	0	
Osteoporose	0	0	1	2,6	
Tinnitus	0	0	1	2,6	

Am häufigsten waren als somatische Nebendiagnosen in beiden Gruppen die arterielle Hypertonie, die Adipositas, die Hypothyreose und der Diabetes mellitus. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 13: Psychische Diagnosen Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PTBS: posttraumatische Belastungsstörung

Diagnose	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Depression	5	12,2	2	5,3	ns
Rezidivierende Depression	0	0	1	2,6	
PTBS	0	0	1	2,6	

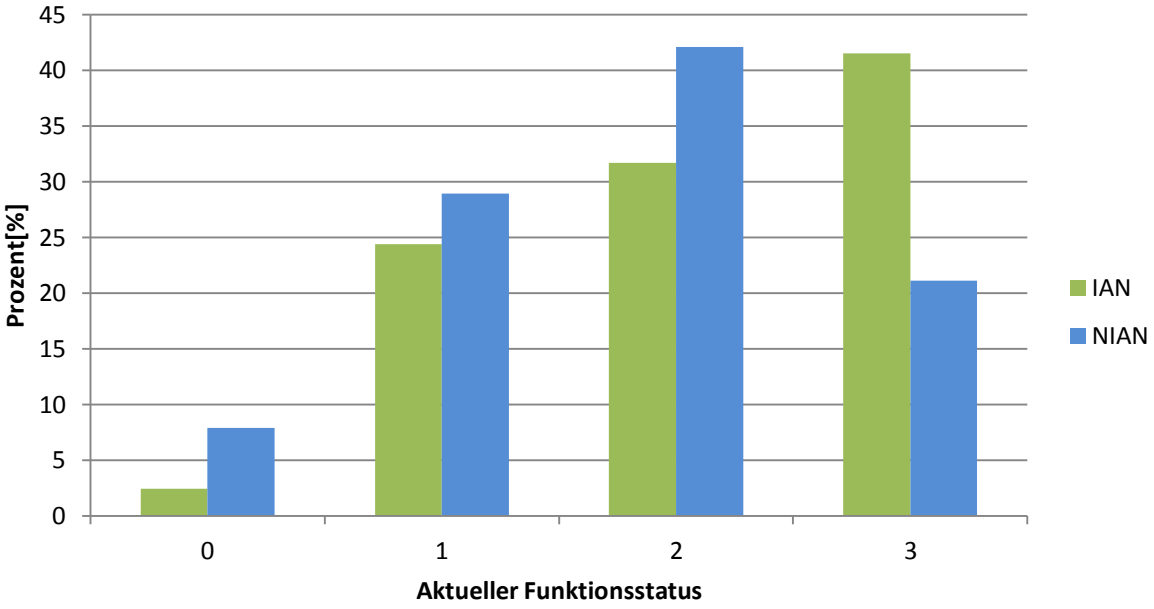
Bei Einschluss in die Studie hatten numerisch mehr Inanspruchnehmer als Nichtinanspruchnehmer eine Depression. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden nicht.

Tabelle 14: WHO-ECOG-Skala 0-4 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
WHO: World Health Organisation
ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

Aktueller Funktionsstatus	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	2,12	0,87	38	1,76	0,88	0,076

Folgende Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung auf die verschiedenen Funktionsgrade für die beiden Gruppen.



IAN:	Inanspruchnehmer	WHO:	World Health Organisation
NIAN:	Nichtinanspruchnehmer	ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group
0:	normale Aktivität		
1:	wenig Einschränkung		
2:	Bettruhe < 50% des Tages		
3:	Bettruhe <50% des Tages		
4:	permanente Bettlägerigkeit		

Abbildung 1: **WHO-ECOG-Skala 0-4 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern** (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Bei den Inanspruchnehmern gab es eine Mehrheit bei den Patienten, die mehr als 50% der normalen Zeit im Bett verbringen musste, bei den Nichtinanspruchnehmern eine Mehrheit bei denen, die zeitweise Bettruhe einhalten mussten. Bei keinem der Teilnehmer bestand permanente Bettlägerigkeit. Im Mann-Whitney-Test zeigt sich in der zweiseitigen Testung ein Trend dahingehend, dass Inanspruchnehmer im Funktionsstatus eingeschränkter sind.

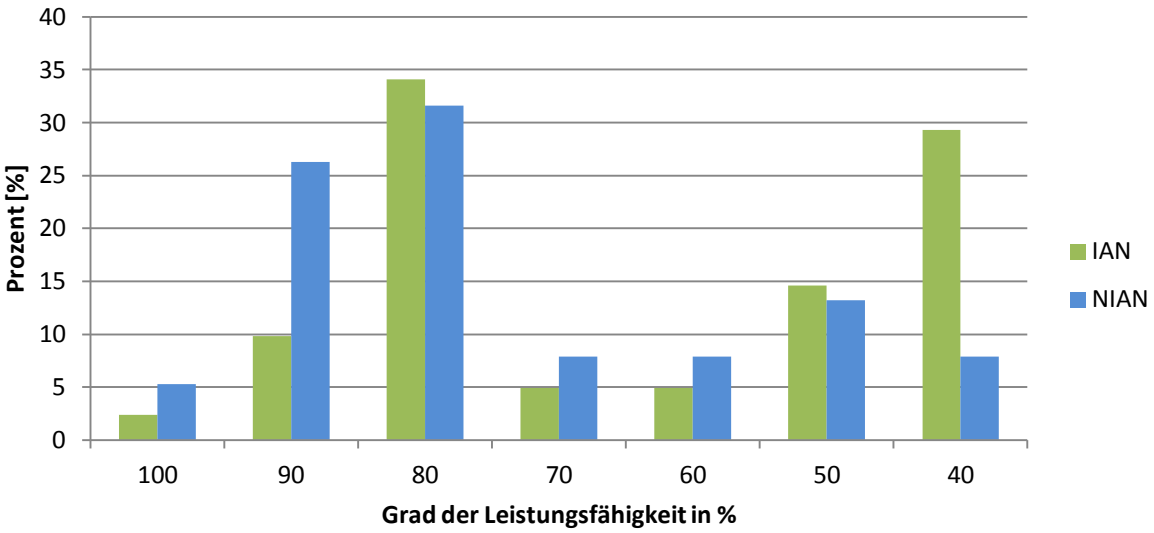
Tabelle 15: Karnofsky-Index bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
*:signifikant p < 0,05

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Körperliche Leistungsfähigkeit	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	6,39	1,99	38	7,42	1,75	0,014*

Folgende Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung auf die verschiedenen Grade der Leistungsfähigkeit für Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer.



IAN: Inanspruchnehmer NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Abbildung 2: Karnofsky-Index bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Bei beiden Gruppen erfolgte am häufigsten eine Einschätzung bei 80%. Auffallend ist, dass bei knapp einem Drittel der Inanspruchnehmer die Leistungsfähigkeit bei 40% eingeschätzt wurde. Im Mann-Whitney-Test zeigte sich für die Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit in der zweiseitigen Testung ein signifikanter Unterschied. Die Inanspruchnehmer sind wesentlich eingeschränkter in der körperlichen Leistungsfähigkeit als die Nichtinanspruchnehmer.

Tabelle 16: Mittlere Liegezeit in Tagen bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

	IAN			NIAN			p
Liegezeit	n	M	S	n	M	S	
	41	10,41	9,91	38	8,05	5,04	ns

Numerisch zeigen die Inanspruchnehmer eine längere mittlere Liegezeit als die Nichtinanspruchnehmer, der Unterschied ist nicht signifikant.

Tabelle 17: Alter der Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

	IAN			NIAN			p
Alter	n	M	S	n	M	S	
	41	56,9	13,6	38	60,8	12,9	ns

Bei den Inanspruchnehmern waren die jüngste Patientin 25 und die älteste Patientin 81 Jahre alt. Bei den Nichtinanspruchnehmern waren die jüngste Patientin 31 Jahre und die älteste Patientin ebenfalls 81 Jahre alt. Es bestand

zwar numerisch ein Altersunterschied, im Mann-Whitney-Test zeigte sich bei zweiseitiger Testung jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern.

Tabelle 18: Familiäre und häusliche Situation von Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Chi Quadrat-Test)
ns: nicht Signifikanz

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Familiäre und häusliche Situation	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ledig	6	14,6	4	10,5	ns
Verheiratet	28	68,3	25	65,8	
Geschieden/getrennt	3	7,3	6	15,8	
Verwitwet	4	9,8	3	7,9	
Mit Partner lebend	31	75,6	28	73,7	
Kinder	34	82,9	28	73,7	
Allein lebend	7	17,1	7	18,4	

In beiden Gruppen war die Mehrzahl verheiratet, lebte mit dem Partner zusammen und hatte Kinder. Im Chi-Quadrattest für Kreuztabellen zeigten sich hier in der zweiseitigen Testung keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 19 zeigt die Gegenüberstellung der Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer in Bezug auf den höchsten Schulabschluss und eine Berufsausbildung. Dabei werden die Items kein Schulabschluss, Hauptschule/Volksschule, Realschule/Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule, Fachhochschulreife, Abitur/ allgemeine Hochschulreife und anderer Schulabschluss in die drei Kategorien Haupt-/Volkschulabschluss, Realschule/Mittlere Reife und Abitur/Allgemeine Hochschulreife und Fachhochschulreife zusammengefasst. Die Items keine Berufsausbildung, Lehre,

Fachschule, Fachhochschule, Universität und andere Berufsausbildung werden zusammengefasst in drei Kategorien: Keine/Lehre/andere, Fachschule und Fachhochschule/Uni.

Tabelle 19: Schul- und Ausbildung von Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
MR: Mittlere Reife
AHR: Allgemeine Hochschulreife
FHR: Fachhochschulreife

	IAN		NIAN		p
Höchster Schulabschluss	n	%	n	%	
Haupt-/Volksschule	18	43,9	19	50,0	ns
Realschule/MR	9	22,0	8	21,1	
Abitur/AHR/FHR	13	31,7	10	26,3	
Berufsausbildung					
Keine/Lehre/andere	26	63,4	30	78,9	
Fachschule	8	19,5	3	7,9	
Fachhochschule/Uni	7	17,1	5	13,2	

In beiden Gruppen fand sich eine Mehrheit beim Haupt- bzw Volksschulabschluss, gefolgt von Realschulabschluss bzw Mittlere Reife. In beiden Gruppen wurde am häufigsten die Lehre als bester Ausbildungsgrad angegeben, wobei die Nichtinanspruchnehmer etwas häufiger die Lehre, die Inanspruchnehmer etwas häufiger die Fachholschule angegeben hatten. Im Mann-Whitney-Test zeigte sich im zweiseitigen Test kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Bei der Frage nach der Erwerbstätigkeit (Tabelle 20) werden die Ergebnisse der 11 Items dichotomisiert in „erwerbstätig“ und „nicht erwerbstätig“ dargestellt.

Tabelle 20: Erwerbstätigkeit vor Erkrankung von Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Erwerbstätigkeit	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	22	53,6	18	47,4	ns
Nein	19	46,3	20	52,6	

Bei den Inanspruchnehmern waren etwas mehr als die Hälfte zuletzt erwerbstätig, bei den Nichtinanspruchnehmern etwas weniger als die Hälfte. Im Qui-Quadrattest für Kreuztabellen konnte in der zweiseitigen Testung kein signifikanter Unterschied gezeigt werden.

Es kann zusammenfassend gesagt werden, dass es keinen Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern in Bezug auf medizinische und soziodemographische Merkmale gibt. Lediglich in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit zeigten sich die Inanspruchnehmer signifikant weniger leistungsfähig als die Nichtinanspruchnehmer. Die Hypothese kann somit nur teilweise bestätigt werden.

3.5 Untersuchung des Zusammenhangs psychosozialer Belastung und der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung

Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung.

Zur Bearbeitung der Hypothese 4 wurden das Distressthermometer, der PHQ-9, GAD-7 , HADS sowie SF-12 und EORTC QLQ-FA13 ausgewertet.

Das Distressthermometer wurde zum Zeitpunkt T0 und T1 ausgegeben. In Tabelle 21 werden die Ergebnisse zum Grad der Belastung für beide Gruppen zu beiden Zeitpunkten dargestellt.

Tabelle 21: Distressthermometer Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer zum Zeitpunkt T0 und T1 (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Wilcoxon-Test)

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

DT	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
T0	41	6,63	1,98	38	6,07	2,36	ns
T1	41	5,61	2,26	38	5,13	2,30	ns

Sowohl Inanspruchnehmer als auch Nichtinanspruchnehmer gaben zu beiden Messzeitpunkten einen mittleren Belastungswert größer als 5 auf dem Distressthermometer an und sind somit als hoch belastet einzustufen. Es zeigten sich zwar die Inanspruchnehmer numerisch stärker belastet als die Nichtinanspruchnehmer, aber im Mann-Whitney-Test konnte weder zum Zeitpunkt T0 noch zum Zeitpunkt T1 ein signifikanter Unterschied gefunden werden.

Im Distressthermometer haben die Patienten innerhalb einer Problemliste die Gründe für ihre psychosoziale Belastung angegeben. Die 36 Items gliedern sich in Praktische Probleme, familiäre Probleme, emotionale Probleme, spirituelle/religiöse Probleme und körperliche Probleme. Die verschiedenen körperlichen und praktischen Probleme wurden zusammengefasst und in Tabelle 22 dargestellt. Die emotionalen und familiären Probleme werden hier gesondert und als einzelne Items in Tabelle 23 angegeben. Es zeigten sich für praktische und körperliche Probleme lediglich zum Zeitpunkt T0 im Mann-Whitney-Test signifikante Unterschiede dahingehend, dass Inanspruchnehmer stärker belastet waren.

Tabelle 22: Distressthermomenter Belastungen in den einzelnen Problemfeldern bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern in T0 (a) und T1 (b) (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant
*: signifikant (p<0,05)

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

a)

Problem-felder	Anzahl Items	IAN			NIAN			p
		n	M	S	n	M	S	
Praktisch	5	41	0,71	0,98	38	0,34	0,78	0,018*
Körperlich	21	41	7,54	3,59	38	6,26	4,27	0,037*

b)

Problem-felder	Anzahl Items	IAN			NIAN			p
		n	M	S	n	M	S	
Praktisch	5	41	0,54	0,87	38	0,37	0,81	ns
Körperlich	21	41	7,07	4,61	38	6,92	4,00	ns

In Tabelle 23 werden familiäre und emotionale Probleme im Gruppenvergleich dargestellt. In a) bei den familiären Problemen gab es zwar numerische aber im Qui-Quadrat-Test (exakter Test nach Fisher) für Kreuztabellen keine Unterschiede sondern nur Tendenzen. Bei den emotionalen Problemen gab es in allen Problemfeldern numerische Unterschiede, bei Ängsten, Traurigkeit, Depression und Interessenverlust gab es signifikante Unterschiede dahingehend, dass Inanspruchnehmer stärker belastet waren. In b) zeigten sich zum Zeitpunkt T1 zwar numerische aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf familiäre und emotionale Probleme.

Tabelle 23: Distressthermometer familiäre und emotionale Probleme bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern in T0 (a) und T1 (b) (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
*: signifikant (p<0,05)

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer

a)

Familiäre Probleme	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Umgang mit Partner	9	22,0	4	10,5	0,087
Umgang mit Kindern	8	19,5	3	7,9	0,069
Emotionale Probleme	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Sorgen	35	85,4	27	71,1	0,086
Ängste	36	87,8	27	71,1	0,046*
Traurigkeit	32	78,0	19	50,0	0,006*
Depression	16	39,0	7	18,4	0,026*
Nervosität	25	61,0	20	52,6	ns
Interessenverlust	14	34,1	6	15,8	0,037*

b)

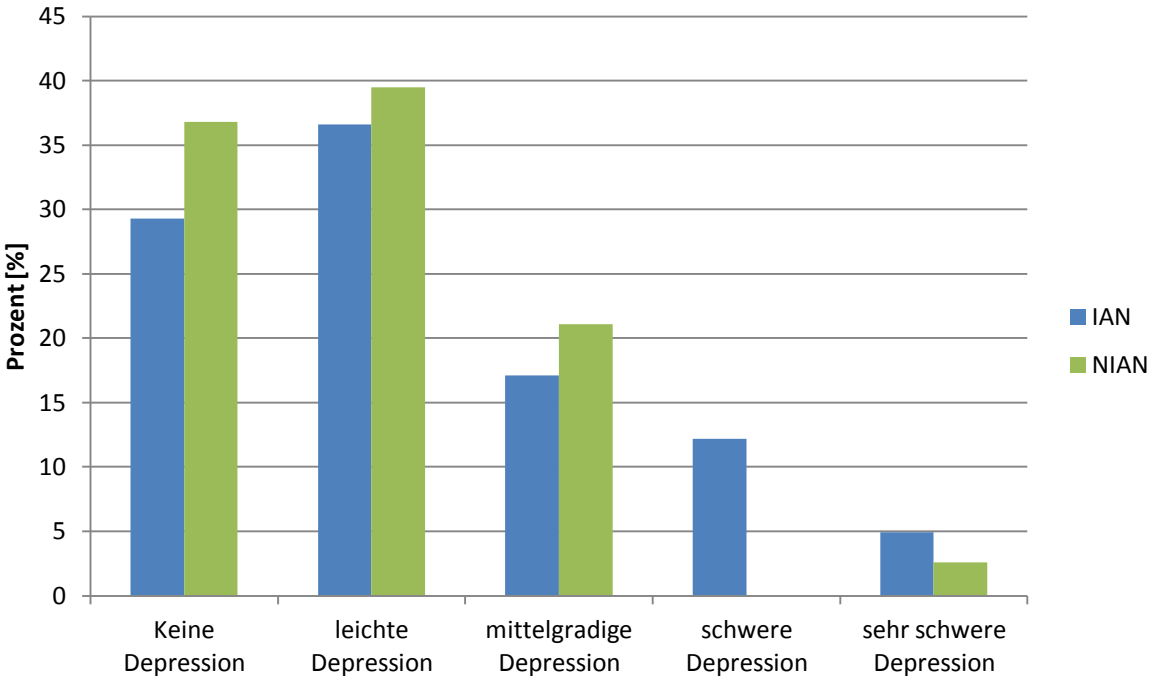
Familiäre Probleme	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Umgang mit Partner	4	9,8	4	10,5	ns
Umgang mit Kindern	5	12,2	3	7,9	ns
Emotionale Probleme	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Sorgen	31	75,6	25	65,8	ns
Ängste	32	78,0	23	60,5	0,071
Traurigkeit	25	61,0	17	44,7	0,089
Depression	12	29,3	5	13,2	0,052
Nervosität	20	48,8	18	47,4	ns
Interessenverlust	10	24,4	7	18,4	ns

Tabelle 24: PHQ-9 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PHQ: Patient Health Questionnaire

PHQ-9	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	8,32	5,858	38	6,84	4,659	ns



IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PHQ: Patient Health Questionnaire

Abbildung 3: Grad der depressiven Ausprägung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern im PHQ-9 (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Die Mehrheit in beiden Gruppen zeigte keine oder eine leichte depressive Symptomatik. Die Nichtinanspruchnehmer zeigten numerisch seltener eine depressive Symptomatik als die Inanspruchnehmer, wobei die Inanspruchnehmer numerisch häufiger eine schwere bzw eine sehr schwere depressive Symptomatik zeigten als die Nichtinanspruchnehmer. Es zeigte sich zwar numerisch bei den

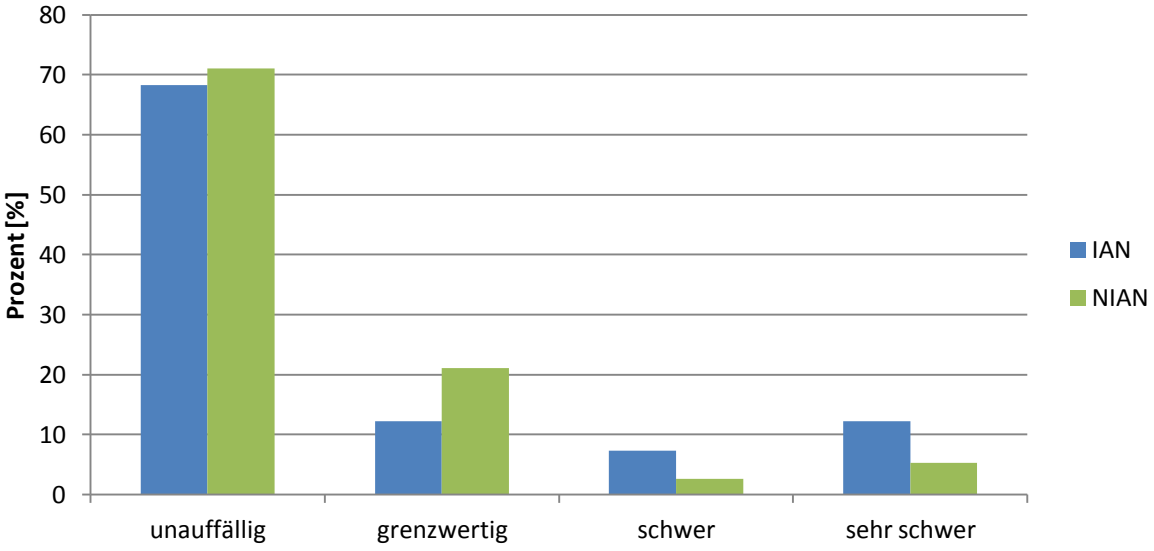
Inanspruchnehmern ein höherer Mittelwert, aber kein signifikanter Unterschied im Mann-Whitney-Test.

Tabelle 25: HADS Depressivitätswert bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS Depressivitätswert	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	6,78	5,027	38	5,42	4,124	ns



IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

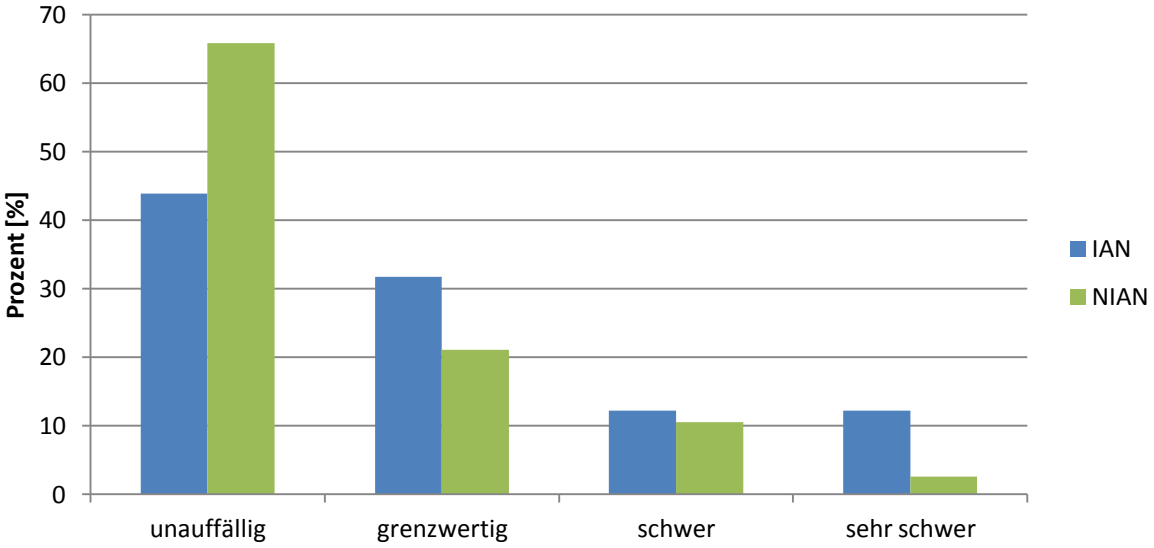
Abbildung 4: Grad der Ausprägung depressiver Störung im HADS bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Es zeigte sich zwar numerisch ein höherer Mittelwert für Depressivität bei den Inanspruchnehmern, es konnte jedoch im Mann-Whitney-Test kein signifikanter Unterschied gezeigt werden. Die Mehrheit der beiden Gruppen zeigte sich im unauffälligen Bereich, numerisch fanden sich mehr Inanspruchnehmer als Nichtinanspruchnehmer im schweren bzw sehr schweren Bereich.

Tabelle 26: HADS Angstwert bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS Angstwert	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	7,71	4,921	38	5,89	3,937	0,051



IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

Abbildung 5: **Grad der Ausprägung von Angst im HADS bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern** (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

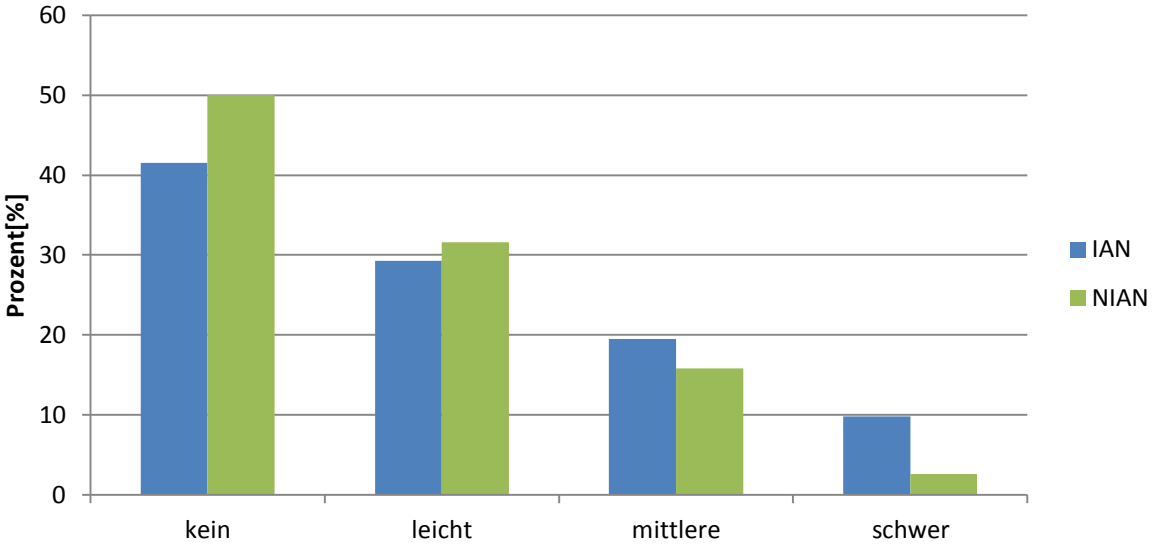
Es fand sich bei den Inanspruchnehmern numerisch ein höherer Mittelwert als bei den Nichtinanspruchnehmern. Im Mann-Whitney-Test zeigte sich eine starke Tendenz dahingehend dass Inanspruchnehmer einen stärkeren Grad von Angststörung zeigten. Numerisch zeigten sich mehr Nichtinanspruchnehmer im unauffälligen Bereich als Inanspruchnehmer, wohingegen die Inanspruchnehmer numerisch häufiger in den Bereichen grenzwertig, schwer und sehr schwer zu finden waren.

Tabelle 27: GAD-7 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
GAD: Generalized Anxiety Disorder

GAD7	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	7,05	5,55	38	5,66	4,25	ns



IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
GAD: Generalized Anxiety Disorder

Abbildung 6: Grad der Ausprägung von Angst in GAD-7 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Numerisch zeigte sich im GAD-7 ein höherer Mittelwert bei den Inanspruchnehmern, der sich im Mann-Whitney-Test allerdings nicht als signifikant erwies. Die Hälfte der Nichtinanspruchnehmer zeigte keine Angstsymptomatik, bei den Inanspruchnehmern waren es etwas über 40 %. Etwa ein Drittel in beiden Gruppen zeigte eine leichte Angstsymptomatik. Etwa 10 % bei den Inanspruchnehmern zeigte eine schwere Symptomatik, bei den Nichtinanspruchnehmern waren es knapp 3 %.

Der Grad der Lebensqualität wurde anhand des SF-12 (Tabelle 28) und des Fatiguemodul EORTC QLQ FA-13 (Tabelle 29) ermittelt und zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern verglichen.

Tabelle 28: SF-12 bei bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
SF-12: Short Form Gesundheits-fragebogen 12 Items

SF-12	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
Körperliche Summenskala	41	36,0	8,67	38	36,9	8,63	ns
Psychische Summenskala	41	44,6	13,75	38	47,6	11,38	

Es zeigte sich im SF-12 numerisch eine höhere Lebensqualität bei den Nichtinanspruchnehmern in der psychischen Summenskala, im Mann-Whitney-Test konnten hier aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen belegt werden.

Tabelle 29: EORTC QLQ FA-13 bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant
ATL:Aktivitäten des täglichen Lebens
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
EORTC:European Organization for Research and Treatment of Cancer
QLQ: Quality of Life Questionnaire

EORTC QLQ FA-13	IAN			NIAN			p
Erschöpfung	n	M	S	n	M	S	
körperlich	41	59,5	31,04	38	59,4	29,07	ns
emotional	41	47,2	32,31	38	37,3	27,18	
kognitiv	41	19,5	24,92	38	19,5	23,87	
Beeinträchtigung ATL	41	46,3	37,18	38	47,3	36,04	
Soziale Auswirkung	41	13,0	27,76	38	14,0	27,54	

Bezüglich Fatigue zeigten sich zwar numerisch die Inanspruchnehmer emotional erschöpfter als die Nichtinanspruchnehmer, im Mann-Whitney-Test ergaben sich aber auch hier keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl Inanspruchnehmer wie Nichtinanspruchnehmer hoch belastet waren. Signifikante Unterschiede gab es zum Zeitpunkt T0 im Distressthermometer bei den körperlichen, praktischen und emotionalen (Ängste, Traurigkeit, Depression, Interesseverlust) Problemfeldern, nicht jedoch in Bezug auf die Gesamtbelastung. Im HADS Angstwert fand sich eine starke Tendenz dahin, dass Inanspruchnehmer einen höheren Grad an Angstsymptomatik zeigten. Somit kann die Hypothese nur teilweise bestätigt werden.

3.6: Untersuchung von Unterschieden im Bedürfnis nach Unterstützung

Hypothese 3: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrem Bedürfnis nach Unterstützung seit der Krebserkrankung, dem Wunsch über die Belastung durch die Krebserkrankung zu reden und in ihrer Fähigkeit diesen Wunsch zu vermitteln.

Tabelle 30: Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung seit der Krebserkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
*: signifikant: p<0,05

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PSU: Psychosoziale Unterstützung

Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	23	56,1	9	23,7	0,003*
Nein	18	43,9	29	76,3	

Inanspruchnehmer zeigten im Qui-Quadrat-Test für Kreuztabellen ein signifikant höheres Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung seit der Krebserkrankung als die Nichtinanspruchnehmer. Jedoch hatte auch knapp ein Viertel der Nichtteilnehmer ein Bedürfnis nach psychoonkologischer Unterstützung seit der Krebserkrankung.

Tabelle 31 zeigt die Mittelwerte für die Ergebnisse für die beiden Gruppen bezüglich der Frage ob und wie stark ein Wunsch besteht über die Belastung durch die Krebserkrankung zu sprechen.

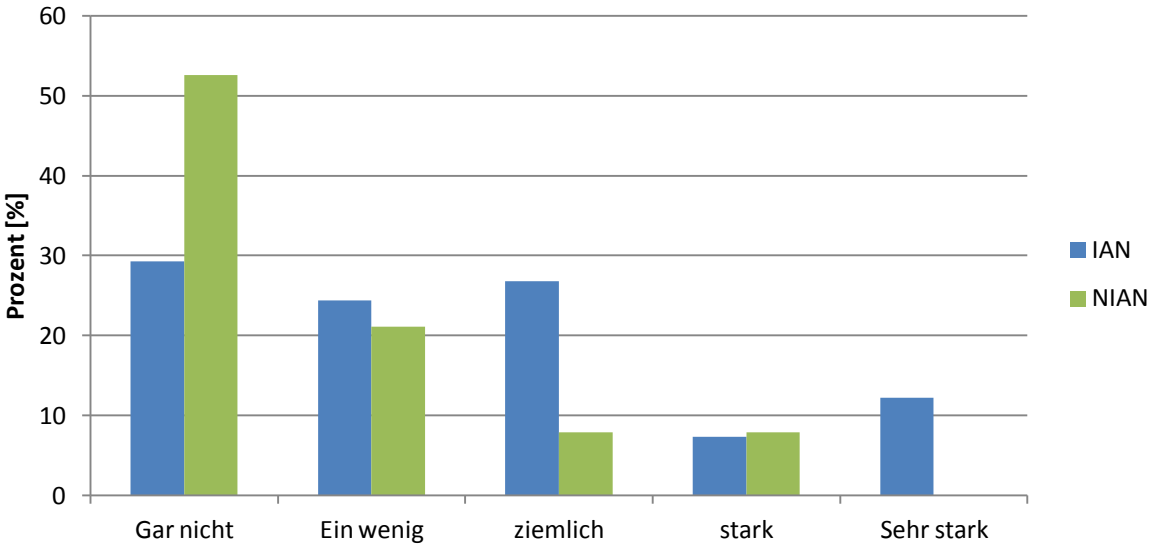
Tabelle 31: Wunsch nach Gesprächen über Belastung durch Erkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
*: signifikant p<0,05

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PSU: Psychosoziale Unterstützung

Wunsch nach Gesprächen	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	2,49	1,33	38	1,92	1,17	0,041*

Folgende Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung auf die verschiedenen Abstufungsgrade für die Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer.



IAN: Inanspruchnehmer NIAN: Nichtinanspruchnehmer

Abbildung 7: Wunsch nach Gesprächen bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

Signifikant mehr Inanspruchnehmer haben den Wunsch nach einem Gespräch bezüglich der Belastung durch die Erkrankung als Nichtinanspruchnehmer. Über die Hälfte der Nichtinanspruchnehmer hat kein Bedürfnis über die Belastung durch

die Krebserkrankung zu reden. Auffallend ist, dass immerhin über 20 % der Nichtinanspruchnehmer angeben, ein wenig das Bedürfnis zu haben und jeweils knapp 10 % angaben, ziemlich bzw stark das Bedürfnis nach Gesprächen zu haben.

Tabelle 32: Fähigkeit den Wunsch nach Gespräch zu vermitteln bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
*: signifikant p< 0,05
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PSU: Psychosoziale Unterstützung

Fähigkeit Wunsch zu vermitteln	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	33	80,5	21	55,3	0,046*
Nein	0	0	4	10,5	
Weiß nicht	8	19,5	11	28,9	

Bei der Frage danach, dem Arzt den Wunsch nach Gesprächen vermitteln zu können beantworteten signifikant mehr Inanspruchnehmer diese mit Ja als Nichtinanspruchnehmer.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass signifikant mehr Inanspruchnehmer als Nichtinanspruchnehmer ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung hatten, signifikant mehr Inanspruchnehmer als Nichtinanspruchnehmer über die Belastung bezüglich der Krebserkrankung reden wollten und signifikant mehr Inanspruchnehmer als Nichtinanspruchnehmer den Wunsch nach Gesprächen vermitteln konnten. Somit kann die Hypothese bestätigt werden.

3.7 Rolle des Arztes

Hypothese 4: Der behandelnde Arzt spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung.

Im Fragebogen zur Psychosozialen Unterstützung (PSU) wurden die Patienten gefragt, ob sie falls bei Ihnen eine psychische Erkrankung diagnostiziert würde, aufgrund der Empfehlung ihres Arztes psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würden. Tabelle 33 zeigt die Ergebnisse für beide Gruppen im Vergleich.

Tabelle 33: Inanspruchnahme von Psychotherapie aufgrund von Arztempfehlung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PSU: Psychosoziale Unterstützung

Inanspruchnahme bei Arztempfehlung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	31	75,6	21	55,3	ns
Nein	2	4,9	4	10,5	
Vielleicht	8	19,5	13	34,2	

Bei beiden Gruppen hatte eine Mehrheit angegeben, der Empfehlung ihres Arztes nachzukommen. Numerisch waren es mehr Inanspruchnehmer, die die Frage mit Ja beantworteten. Signifikante Unterschiede wurden aber nicht gefunden. Das heißt beide Gruppen würden einer Arztempfehlung zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Unterstützung mehrheitlich nachkommen.

Die Studienteilnehmer wurden gefragt, ob sie seit Beginn der Krebserkrankung von ihrem Arzt eine Empfehlung oder Überweisung für psychotherapeutische Unterstützung bekommen haben (Tabelle 34a). Außerdem wurde dokumentiert ob

die Patientinnen zum Zeitpunkt T0 Arztempfehlungen auf psychoonkologische Unterstützung erhalten hatten(Tabelle 34 b).

Tabelle 34: Empfehlung für psychosoziale Unterstützung durch Arzt seit Beginn der Krebserkrankung (a) und Empfehlung durch Stationsarzt während stationärem Aufenthalt (b) bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
*: signifikant p<0,05

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
IPU: Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

a)Empfehlung seit Erkrankung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	6	14,6	4	10,5	ns
Nein	35	85,4	34	89,5	

b)Empfehlung in T0	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	8	19,5	1	2,6	0,030*
Nein	33	80,5	37	97,4	

Bei den Arztempfehlungen seit Beginn der Krebserkrankung zeigten sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Beide Gruppen hatten mehrheitlich keine Arztempfehlungen für psychoonkologische Unterstützung bekommen. Bei den während des stationären Aufenthalts dokumentierten konsiliarischen Arztanträgen zum Zeitpunkt T0 (Tabelle 34 b) konnten allerdings signifikante Unterschiede gefunden werden. Inanspruchnehmer hatten hier signifikant häufiger die Empfehlung des Stationsarztes für psychoonkologische Unterstützung bekommen, wobei auch hier in beiden Gruppen die Mehrzahl keine Arztempfehlung erhalten hatte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Arzt für das Inanspruchnahmeverhalten eine Rolle spielt, womit die Hypothese 6 bestätigt wird.

3.8 Vorerfahrung und Einstellung zu Psychotherapie

Hypothese 5: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrer Einstellung zu Psychotherapie, ihrer Vorerfahrung in Bezug auf Psychotherapie sowie der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote.

Im Fragebogen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (IPU) wurden die Patienten zu ihrer Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung befragt, die in Tabelle 35 dargestellt wird.

Tabelle 35: Grundeinstellung zur psychosozialen Unterstützung seit Beginn der Krebserkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
S: Standardabweichung
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
PSU: Psychosoziale Unterstützung

Einstellung PSU	IAN			NIAN			p
	n	M	S	n	M	S	
	41	6,293	2,5617	38	5,237	2,7747	ns

Wie Tabelle 35 zu entnehmen ist, haben beide Gruppen eine im Mittel eher positive Einstellung und zwar numerisch die Inanspruchnehmer eine etwas positivere Grundeinstellung als die Nichtinanspruchnehmer, dieser Unterschied aber nicht signifikant ist.

Unter dem Punkt 4 des Fragebogens IPU wurden die Patienten gefragt, ob sie vor der Krebserkrankung schon einmal psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen haben.

Tabelle 36: Inanspruchnahme Psychotherapie vor Krebserkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
*: signifikant p<0,05

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
IPU: Inanspruchnahme psychsozialer Unterstützung

Psychotherapie vor Krebserkrankung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Ja	8	19,5	1	2,6	0,030*
Nein	33	80,5	37	97,4	

Knapp ein Fünftel der Inanspruchnehmer hatten vor der Krebserkrankung Psychotherapie in Anspruch genommen und unterschieden sich damit signifikant von den Nichtianspruchnehmern. Das heißt, Patienten die schon einmal Psychotherapie in Anspruch genommen haben, nehmen auch eher wieder diese Unterstützung in Anspruch.

Tabelle 37: Unterstützung seit Beginn der Krebserkrankung bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
ns nicht signifikant

IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
*: signifikant p<0,05

Art der Unterstützung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Psychotherapie	5	12,2	0	0,0	0,028*
Sozialrechtliche Beratung	19	46,3	8	21,1	0,016*
Seelsorge	2	4,9	1	2,6	ns
Selbsthilfegruppe	2	4,9	1	2,6	ns
Krebsberatungsstelle	4	9,8	2	5,3	ns

Bei der Frage, ob seit Beginn der Krebserkrankung Unterstützung bezüglich psychischer und sozialer Belange in Anspruch genommen wurde, zeigte sich im Qui-Quadrat-Test, dass signifikant mehr Inanspruchnehmer auch Psychotherapie sowie sozialrechtliche Beratung in Anspruch genommen hatten als Nichtinanspruchnehmer. Seelsorge, Selbsthilfegruppen oder Krebsberatungsstellen waren kaum in Anspruch genommen worden.

Tabelle 38: Psychopharmakotherapie bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
%: Prozent
p: Signifikanz (Qui-Quadrat-Test)
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
*: signifikant p<0,05

Art der Unterstützung	IAN		NIAN		p
	n	%	n	%	
Psychopharmakotherapie	10	24,4	3	7,9	0,035*

Knapp ein Viertel der Inanspruchnehmer gaben an, Psychopharmaka einzunehmen und unterschieden sich damit signifikant von den Nichtinanspruchnehmern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer nicht in der Einstellung zu Psychotherapie unterscheiden, jedoch in der Vorerfahrung mit Psychotherapie vor und während der Krebserkrankung sowie in der Inanspruchnahme anderer Formen von Unterstützung (sozialrechtliche Beratung, Psychopharmakatherapie). Somit kann die Hypothese teilweise bestätigt werden.

3.9 Erhaltene soziale Unterstützung

Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen erfahrener sozialer Unterstützung und Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.

Tabelle 39: Positive und belastende Interaktionen bei Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern (SSUK-8) (erhoben in der Universitätsfrauenklinik Ulm an Patientinnen mit Unterleibskrebs im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014)

n: Anzahl
M: Mittelwert
p: Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
ns: nicht signifikant
IAN: Inanspruchnehmer
NIAN: Nichtinanspruchnehmer
SSUK: Skala zur sozialen Unterstützung bei Krankheit

Interaktion	IAN			NIAN			P
	n	M	S	n	M	S	
positiv	41	13,78	3,27	38	14,47	2,56	ns
belastend	41	3,61	3,33	38	3,11	2,71	ns

Zwar zeigten sich numerisch bei den Inanspruchnehmern ein höherer Mittelwert bei den positiven Interaktionen und ein niedrigerer Mittelwert bei den belastenden Interaktionen, ein signifikanter Unterschied konnte im Mann-Whitney-Test jedoch nicht gezeigt werden. Somit kann die Hypothese nicht bestätigt werden.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik und Stichprobe

Dem Großteil der Daten der vorliegenden Studie liegt eine Fragebogenerhebung zugrunde. Die zum Einsatz gekommenen Fragebögen und Messinstrumente zum Distress (NCCN Distress-Thermometer), zu Angst und Depression (HADS, PHQ-9, GAD-7), zur sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK-8), zur Lebensqualität (SF-12) und zur körperlichen Funktionsfähigkeit sind hinreichend valide und reliabel und somit auch international vergleichbar (Löwe et al. 2008; Spitzer et al. 2006; Hermann-Lingen et al. 2011; Gräfe et al. 2004; Kroenke et al. 2001; Bullinger 2000; Gandek et al. 1998; Ullrich u. Mehnert 2010; Buccheri et al. 1996). Zusätzlich zur Fragebogenerhebung wurden für das medizinische Datenblatt Daten aus der Patientenakte entnommen. Hier ergab sich das Problem, dass zum Zeitpunkt des Einschlusses der Patienten in die Studie bei vielen Patienten keine Aussage zum Krankheitsstadium, der Tumorausdehnung oder der Therapie gemacht werden konnte, da zu diesem Zeitpunkt oftmals noch kein histologisches Ergebnis oder Stagingergebnis vorlag. Somit sind die Ergebnisse des Vergleichs von Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern psychosozialer Unterstützung bei diesen Variablen nur eingeschränkt beurteilbar. Hervorzuheben beim Design der Studie ist, dass allen Teilnehmern aktiv psychoonkologische Unterstützung angeboten wurde und sie sich aktiv dafür oder dagegen entscheiden mussten, was so im klinischen Alltag nicht praktiziert wird. Es ist davon auszugehen, dass der hohe Anteil der Inanspruchnehmer in der vorliegenden Studie zu einem gewissen Anteil damit zu tun hat, dass den Patientinnen aktiv die Unterstützung angeboten und vermittelt wurde, so dass hier der Zugangsweg für die Patientinnen sehr einfach war. Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass es bei den Nichtteilnehmern Patientinnen gab, die Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung gehabt hätten, jedoch aufgrund der Studie diese nicht in Anspruch nehmen wollten. Zu Bedenken ist auch, dass sich die Patienten nicht immer in der selben Krankheitsphase zum Zeitpunkt der Befragung befanden und somit gegebenenfalls unterschiedliche Belastungen und Bedürfnisse hatten.

Patientinnen mit Unterleibskarzinomen sind stark körperlich und psychisch belastet, was sowohl in der Literatur beschrieben ist (Johnson et al. 2010; Singer u. Schwarz 2002; Arden-Close et al. 2008; Powell et al. 2008; Lutgendorf et al. 2000; Steginga u. Dunn 1997; Singer et al. 2007b; Kornblith et al. 1995; Bodurka-Bevers et al. 2000; Weidner et al. 2006) als auch in dieser Studie die Patientenrekrutierung extrem erschwerte. Dies führte sowohl zu einer hohen Ausschlussquote als auch zu einer niedrigen Teilnehmerzahl (Teilnehmerrate 41%), was die Aussagekraft der vorliegenden Studie sicherlich limitiert. Eine höhere Fallzahl war angestrebt, konnte jedoch im geplanten Zeitraum nicht rekrutiert werden. Viele der Nichtteilnehmerinnen standen der Studie sehr skeptisch gegenüber, hatten Angst vor Stigmatisierung oder davor, dass ihre Daten anderweitig verwendet werden könnten. Viele gaben auch an, sie wollten nicht teilnehmen, da sie sich nicht mental mit ihrer Krankheit und der damit verbundenen psychischen Belastung auseinander setzen wollten. Gerade hochbelastete Patienten wurden somit in dieser Studie zum Teil nicht berücksichtigt. Positiv zu werten ist die geringe Drop-out-Rate von 5 von 84 Patientinnen (5,95 %) sowie ein vollständig vorliegender Datensatz von den verbliebenen 79 Patientinnen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es im stationären Setting möglich war, die Patienten persönlich zu betreuen und an das Ausfüllen und zeitgerechte Abgeben der Bögen zu erinnern, was im ambulanten Bereich oftmals nicht möglich ist. Es fand eine gewisse Alters- sowie Bildungsverzerrung statt, die 58 Nichtteilnehmer waren im Mittel zehn Jahre älter als die Teilnehmer und hatten eine niedrigere Schulbildung. Dies war auch in anderen Studien der Fall ((Faller et al. 2016), (Söllner et al. 2004)), wobei man nicht den Anteil der ausgeschlossenen 52 Patienten vernachlässigen darf, von denen weder Daten zum Alter noch zur Bildung vorliegen.

Vergleichsdaten zum untersuchten Patientenkollektiv für die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung insbesondere an einem zertifizierten Krebszentrum in Deutschland sind rar und existierten vor 2013 lediglich für Patientinnen mit Mammakarzinom (Singer et al. 2013). Einige Studien untersuchten das Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung, nicht jedoch die tatsächlich erfolgte Inanspruchnahme. Allgemein sind gynäkologische Krebspatientinnen hinsichtlich ihrem Bedürfnis nach und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung aufgrund ihrer Krebserkrankung wenig

untersucht worden (Singer u. Schwarz 2002) (dasselbe gilt aber auch für andere Krebsdiagnosen (Faller et al. 2016)). Studien hierzu liegen hauptsächlich zu Brustkrebspatientinnen vor (Singer et al. 2011). Dies könnte daran liegen, dass die Prävalenz von Unterleibstumoren deutlich niedriger ist als z.B. beim Mammakarzinom (Singer u. Schwarz 2002). Es wurde für die Vergleiche mit der Literatur deshalb auf Studien ausgewichen, die zwar die gleichen Variablen untersucht haben, aber nicht ausschließlich das gleiche Patientenkollektiv, was die Aussage zur Vergleichbarkeit einschränkt, vor allem dann wenn es sich um ein gemischtgeschlechtliches oder männliches Kollektiv handelt. Es wurde hier bewusst darauf verzichtet Studien mit rein männlichem Kollektiv zum Vergleich heranzuziehen, da es Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Umgang mit Krebserkrankung und im Bedürfnis nach Unterstützung gibt (Sanson-Fisher et al. 2000; Merckaert et al. 2010; Ernstmann et al. 2009; Singer et al. 2007b; Steginga et al. 2008).

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt entsprechend der Gliederung im Ergebnisteil.

4.2.1 Fragestellung 1: Welches waren die Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie?

In der vorliegenden Studie war der am häufigsten genannte Grund für die Nichtteilnahme zu starke psychische Belastung, gefolgt von fehlendem Interesse. An dritter Stelle wurde zu viel körperliche Belastung als Nichtteilnahmegrund genannt. Hohe psychische sowie körperliche Belastung wurden für Frauen mit Krebserkrankungen des Unterleibs auch in der Literatur beschrieben (Johnson et al. 2010; Singer u. Schwarz 2002; Arden-Close et al. 2008; Powell et al. 2008; Lutgendorf et al. 2000; Steginga u. Dunn 1997; Singer et al. 2007b; Kornblith et al. 1995; Bodurka-Bevers et al. 2000; Weidner et al. 2006). Auf Nachfrage hin gaben viele der Patientinnen an, sie fühlten sich durch Bearbeiten der Bögen zusätzlich belastet, da diese sie mit der Krebserkrankung konfrontieren würden. Viele

Patientinnen wollten sich lieber ablenken und vermeiden, an die Krebserkrankung zu denken. Auch in einer Studie an der Universität von Auckland, Neuseeland, zum Inanspruchnahmeverhalten psychosozialer Unterstützung von Patientinnen mit Mammakarzinom, gaben Nichtteilnehmer als Grund an, sie wollten nicht an den Krebs erinnert werden (Cameron et al. 2005). Eine Studie aus Manchester, Großbritannien, mit Patientinnen die an Ovarialkarzinom erkrankt waren, fand ebenfalls als Hauptgrund einer Nichtteilnahme mangelndes Interesse an der Studie sowie Angst an die Krebserkrankung erinnert zu werden (Goncalves et al. 2008). Konradt und Fary untersuchten in einer Studie Gründe, die zur Teilnahme an einer Studie motivierten und fanden, dass persönliches Interesse am Thema der Fragebogenbefragung eine wichtige Determinante zur Teilnahme an einer Studie ist (Konradt u. Fary 2006).

4.2.2 Fragestellung 2: Unterscheiden sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer in Bezug auf Alter, Bildung, Diagnose und Erkrankungsdauer?

In der vorliegenden Studie waren die Teilnehmer der Studie im Mittel mehr als 10 Jahre jünger als die Nichtteilnehmer. Dieser Unterschied war hoch signifikant. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem einer Multicenterstudie aus Deutschland von Faller et al. (Faller et al. 2016). Auch eine Studie aus Innsbruck konnte zeigen, dass Nichtteilnehmer im Mittel 7,7 Jahre älter waren als die Teilnehmer (Söllner et al. 2004). Der Bildungsgrad der Teilnehmer war in der vorliegenden Studie höher, auch hier war der Unterschied hoch signifikant. Dieses Ergebnis deckt sich ebenfalls mit dem der Studie von Faller et al. (Faller et al. 2016) und passt zu dem Ergebnis der Studie von Konradt und Fary, die fanden, dass geringeres Alter und bessere Bildung Determinanten zur Bereitschaft zur Teilnahme an Fragebogenstudien sind (Konradt u. Fary 2006). Signifikante Unterschiede in Diagnose und Erkrankungsdauer konnten in dieser Studie nicht gefunden werden, was sich mit dem Ergebnis der Studie von Söllner et al. deckt (Söllner et al. 2004). Daraus folgt, dass Alter und Bildungsgrad Einfluss auf eine Studienteilnahme haben, wohingegen Diagnose oder Erkrankungsdauer eher keine Rolle spielen.

4.2.3 Fragestellung 3: Welches waren die Gründe für die Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung?

Als häufigster Grund für die Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung wurde in dieser Studie die ausreichende Unterstützung durch Familie und Freunde genannt. Mit etwas mehr als 30 Prozent wurde als zweithäufigster Grund fehlender Bedarf genannt. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem der Studie von Plass und Koch, hier wurde ebenfalls als häufigste Gründe für die Nichtinanspruchnahme ausreichende Unterstützung durch Familie und Freunde sowie fehlender Bedarf genannt (Plass u. Koch 2001). Auch eine Studie aus den Niederlanden kam zu dem gleichen Ergebnis (Vos et al. 2004). Mit etwas mehr als 13 Prozent an vierter Stelle wurde fehlende Information genannt. Lediglich 2 Mal wurde angegeben, dass nicht bekannt sei, an wen man sich diesbezüglich wenden könne. Fehlende Informationen wurden als häufige Gründe und Barrieren für die Nichtinanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung bei verschiedenen Autoren gefunden (Weis u. Giesler 2016; Faller et al. 2016; Lehmann et al. 2009; Eakin u. Strycker 2001; Steele u. Fitch 2008).

4.2.4 Hypothese 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen medizinischen und soziodemographischen Merkmalen und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.

In der vorliegenden Studie gab es bei der Mehrheit der untersuchten medizinischen Merkmale keine Unterschiede zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern psychoonkologischer Unterstützung (Tumordiagnose, Tumorstadium, Art der Erkrankung, (Ersterkrankung, Zweittumor, Rezidiv), Erkrankungsdauer, Behandlungssituation, somatische Nebendiagnosen, psychische Diagnosen, Liegezeit), wobei zu beachten ist, dass der Datenvergleich bezüglich des Tumorstadiums nicht aussagekräftig ist, da bei über 60 % der Patienten in beiden Gruppen das Tumorstadium zum Zeitpunkt der Erhebung unklar war. Dieses Ergebnis deckt sich aber mit den Ergebnissen anderer Studien, die ebenfalls keine Unterschiede bei somatischen Merkmalen zwischen den beiden Gruppen fanden (Söllner et al. 2004; Schou et al. 2008; Denscherz et al. 2013; Plass u. Koch 2001). Einige Studien haben auch gezielt nur Patientinnen

nach einer Ersterkrankung ausgewählt, so dass dort nicht mehr nach Ersterkrankung, Zweiterkrankung oder Rezidiv unterschieden werden musste (Rehse et al. 2008; Denscherz et al. 2013; Schou et al. 2008). In der vorliegenden Studie zeigte sich kein Unterschied in der Dauer der Erkrankung zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern, dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien (Plass u. Koch 2001; Mehnert u. Koch 2008; Denscherz et al. 2013).

In der vorliegenden Studie zeigten sich Tendenzen in der ECOG-4-Skala dahingehend, dass Inanspruchnehmer stärker in der Funktionsfähigkeit eingeschränkt sind als Nichtinanspruchnehmer, beim Karnofsky-Index zeigten sich die Inanspruchnehmer signifikant stärker in ihrer Funktions- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Auch in einer Multicenterstudie von Faller et al. zeigte sich der Karnofsky-Index signifikant niedriger bei den Inanspruchnehmern als bei den Nichtinanspruchnehmern (Faller et al. 2016). Möglicherweise führt hier die Einschränkung des körperlichen Funktionsstatus zu einem höheren Bedürfnis nach Unterstützung. So beschreibt eine Arbeit von Götze et al., dass bei älteren Krebspatienten der körperliche Funktionsstatus der beste Prädiktor für das Ausmaß psychischer Belastung sei (Götze et al. 2016). Es gibt zudem Studien, die zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Einschränkung im Funktionsstatus und erlebtem Distress gibt (Kornblith et al. 1995; Norton et al. 2005). Eine Studie von Denscherz et al. zeigte allerdings keine Unterschiede zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern im aktuellen Funktionsstatus (Denscherz et al. 2013), diese Studie wurde jedoch an Brustkrebspatientinnen durchgeführt, die sich in der Art der OP von dem hier untersuchten Patientenkollektiv unterscheiden. So können Patientinnen nach Brust erhaltender Therapie aber auch nach einer Ablatio in den meisten Fällen noch am selben Tag wieder selbständig aufstehen, während Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen durch die Art der Operation oftmals für einen gewissen Zeitraum nach der Operation noch schwer körperlich beeinträchtigt sind und unter der Funktionsbeeinträchtigung leiden (Bodurka-Bevers et al. 2000).

Bezüglich des Alters zeigte sich in der vorliegenden Studie zwar numerisch ein Unterschied dahingehend, dass die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung jünger waren, dieser war aber nicht signifikant. Es gibt bei der

Frage, ob die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung jünger sind als die Nichtinanspruchnehmer keine eindeutige Studienlage. Es gibt Studien aus Deutschland, die ebenfalls keine Unterschiede gefunden haben und somit die Hypothese unterstützen. So zum Beispiel eine Studie mit 51 erstmals an Brustkrebs erkrankten Patientinnen, die stationär im Klinikum München-Harlaching behandelt wurden, von denen 27 psychoonkologische Unterstützung in Anspruch genommen hatten (Denscherz et al. 2013). Auch in einer Studie von Ernst et al. mit 252 Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen, die im stationären Rahmen rekrutiert wurden, spielte das Alter keine Rolle bei der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Ernst et al. 2009). Auch Studien aus dem europäischen Ausland unterstützen das Ergebnis, wie eine Studie aus Innsbruck, Österreich, mit 100 Mammakarzinompatientinnen unter Strahlentherapie (Söllner et al. 2004), eine Studie aus Uppsala, Schweden, an gemischtgeschlechtlichen Krebspatienten unterschiedlicher Diagnose, von denen 70% an Brustkrebs erkrankt waren (Berglund et al. 1997) und eine Studie aus Oslo, Norwegen, an 165 Patientinnen, die an einem frühen Stadium des Mamakarzinoms erkrankt waren (Schou et al. 2008)., wobei hier zu berücksichtigen ist, dass die Art der Unterstützung sich von der vorliegenden Studie unterscheidet und somit auch gegebenenfalls mit einer anderen Akzeptanz verbunden ist, sowie sich auch das gesamte Gesundheitswesen von dem in Deutschland unterscheidet. Folgende Studien widersprechen der Hypothese und fanden, dass Inanspruchnehmer jünger waren als Nichtinanspruchnehmer: Eine Studie aus Deutschland mit 157 an Brustkrebs erkrankten Patientinnen, die in einem städtischen Klinikum rekrutiert wurden, von denen 77 Patientinnen psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nahmen, zeigte, dass die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung signifikant jünger waren als die Nichtinanspruchnehmer (Rehse et al. 2008). Auch eine Studie aus Hamburg an Langzeit-Brustkrebsüberlebenden mit 1083 Patientinnen konnte zeigen, dass die Inanspruchnehmer jünger waren als die Nichtinanspruchnehmer wobei die Studie Langzeitüberlebende retrospektiv untersuchte und auch ambulante Angebote in die Inanspruchnahme mitgezählt wurden (Mehnert u. Koch 2008). Eine Studie von Plass und Koch mit 132 Krebspatienten davon 88% Frauen und 72% an Brustkrebspatienten zeigte ebenfalls, dass Inanspruchnehmer jünger waren, wobei es sich hier um ambulante Patientenversorgung handelte, was gegebenenfalls die Barrieren für die Patienten

erhöhte und somit dazu führte, dass eher jüngere Patienten die Angebote annahmen (Plass u. Koch 2001), zu dem gleichen Ergebnis kam eine aktuelle Studie von Zeissig et al. mit 6143 Patienten, von denen 44% Brustkrebs hatten, 20% Darmkrebs und 36% Prostatakrebs, die Patienten wurden im Nachhinein über ihre im Krankenhaus genutzten Unterstützungsangebote befragt (Zeissig et al. 2015). Eine aktuelle Multicenterstudie an 4020 Patienten mit unterschiedlichen Krebsdiagnosen zeigte ebenfalls, dass die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung signifikant jünger waren als die Nichtinanspruchnehmer wobei hier die Mehrzahl der Patienten ambulante Angebote angenommen hatten (Faller et al. 2016). Auch internationale Studien aus Australien, Neuseeland, Großbritannien und Kanada fanden dass jüngere Patienten häufiger Inanspruchnehmer von psychoonkologischer Unterstützung waren ((Eakin u. Strycker 2001), (Steginga et al. 2008), (Cameron et al. 2005), (Grande et al. 2006), (Edgar et al. 2000), (Gray et al. 2000), wobei es sich zum Teil um retrospektive Befragungen handelte und auch ambulante Angebote sowie Gruppenangebote und alternative Unterstützungsangebote berücksichtigt wurden, die gegebenenfalls eher jüngere Patienten ansprechen. Auch ist zu beachten, dass es sich um andere Gesundheitssysteme handelt, mit anderen Barrieren und Zugangsmöglichkeiten. Es kann bezüglich der Hypothese keine abschließende Aussage getroffen werden. Es fällt allerdings auf, dass vor allem Inanspruchnehmer von ambulanten, Gruppen- und alternativmedizinischen Angeboten jünger sind als die Nichtinanspruchnehmer, was damit zu tun haben könnte, dass die Barrieren für die Inanspruchnahme hier wesentlich höher sind als im stationären Setting und in der Einzelbetreuung. Zusammenfassend wird festgestellt, dass bei der vorliegenden Studie zwar keine signifikante Differenz zwischen den Inanspruchnehmerinnen und Nichtinanspruchnehmerinnen bezüglich des Alters besteht, jedoch die Tendenz erkennbar ist, dass jüngere Patientinnen eher zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Hilfe bereit sind als ältere. Diese Tendenz ist auch in anderen Studien mit ähnlicher Fragestellung erkennbar.

Bezüglich der familiären und häuslichen Situation zeigte sich in der vorliegenden Studie kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dies entspricht dem Ergebnis der meisten in der Literatur auffindbaren Studien. Eine Studie aus Deutschland an 157 Brustkrebspatientinnen, die im stationären Setting rekrutiert

wurden, kam zu demselben Ergebnis (Rehse et al. 2008). Eine weitere Studie aus Deutschland an Krebspatienten unterschiedlicher Diagnose, die im ambulanten Setting untersucht wurden, zeigte hier ebenfalls keine Unterschiede (Plass u. Koch 2001), ebenso eine Studie von Denscherz et al. mit 51 an Brustkrebs erkrankten Patientinnen, die im Klinikum München-Harlaching rekrutiert wurden (Denscherz et al. 2013). Auch internationale Studien kamen zu diesem Ergebnis: eine Studie aus Innsbruck, Österreich, mit 100 an Brustkrebs erkrankten Frauen, (Söllner et al. 2004), eine Studie aus Montreal, Canada, mit 156 Mamakarzinompatientinnen (Edgar et al. 2000), eine Studie von Cameron et al. an Mamakarzinompatientinnen (Cameron et al. 2005), eine Studie von Berglund et al. (Berglund et al. 1997), sowie eine Studie von Schou et al. an 165 Brustkrebspatientinnen (Schou et al. 2008). Zu einem anderen Ergebnis kam eine Studie von Mehnert und Koch an Brustkrebspatientinnen, hier waren Inanspruchnehmer häufiger Single oder geschieden (Mehnert u. Koch 2008), Ernst et al. fanden in ihrer Studie mit Krebspatienten unterschiedlicher Diagnose, dass alleinlebende Frauen häufiger Inanspruchnehmer psychosozialer Unterstützung waren (Ernst et al. 2009). Eine Multicenterstudie von Faller et al. zeigte, dass Patienten ohne Partner häufiger psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nahmen, wobei bei den Inanspruchnehmern auch Männer waren (Faller et al. 2016). Denkbar wäre, dass im stationären Setting die familiäre Konstellation eine nicht so große Rolle für eine Inanspruchnahme von zusätzlicher Unterstützung spielt wie im ambulanten Setting.

In der vorliegenden Studie gab es keinen Unterschied im Bildungsgrad zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern psychoonkologischer Unterstützung. Auch hier fanden sich unterschiedliche Angaben in der Literatur. Von den Studien aus Deutschland zeigte nur die Studie von Plass und Koch keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Plass u. Koch 2001). Allerdings gibt es Studien aus dem Ausland, die zum gleichen Ergebnis kamen: eine Studie aus Innsbruck, Österreich, an 100 Mammakarzinompatientinnen (Söllner et al. 2004), eine Studie mit 156 Mamakarzinompatientinnen, die an Lehrkrankenhäusern der Universität Montreal, Kanada, rekrutiert wurden,(Edgar et al. 2000), eine Studie aus Queensland, Australien, mit 439 Krebspatienten (Steginga et al. 2008), eine Studie an 110 Mamakarzinompatientinnen aus Auckland, Neuseeland, (Cameron et al. 2005), sowie eine Studie von der Universität Ulleval in Oslo, Norwegen, mit

165 Mamakarzinompatientinnen (Schou et al. 2008). Einige Studien kamen aber zu dem Ergebnis, dass Inanspruchnehmer von psychosozialen Unterstützungsangeboten einen höheren Bildungsgrad hatten als Nichtinanspruchnehmer: aus Deutschland fand die Studie von Rehse et al. mit Mammakarzinompatientinnen, dass Inanspruchnehmer einen höheren Bildungsgrad in Bezug auf den Schulabschluss und ein abgeschlossenes Studium hatten (Rehse et al. 2008), auch eine Studie von Mehnert und Koch kam zu dem Ergebnis, dass Inanspruchnehmer gebildeter waren als Nichtinanspruchnehmer (Mehnert u. Koch 2008), ebenso die Studie von Zeissig et al., die Patienten unterschiedlicher Krebsdiagnosen postalisch zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten von psychoonkologischen Angeboten in der stationären Versorgung sowie von ambulanten Krebsberatungsstellen befragt hat (Zeissig et al. 2015) Dass ein höherer Bildungsstand mit der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung assoziiert ist, zeigte auch eine aktuelle Studie, die 237 Mamakarzinompatientinnen im stationären Setting in Akutkliniken in Hamburg nach abgeschlossener OP befragte (Hofreuter-Gätgens et al. 2016). Auch die Multicenterstudie von Faller et al. zeigte, dass Inanspruchnehmer gebildeter waren (Faller et al. 2016). Von den Studien aus dem Ausland zeigte eine Studie aus Queensland, Australien, in einer retrospektiven Umfrage, dass die Inanspruchnehmer jünger waren (Eakin u. Strycker 2001), zum gleichen Ergebnis kam auch eine Studie aus Großbritannien zur Teilnahme an Krebshilfegruppen die zeigte, dass die Teilnehmer einen signifikant höheren Bildungsgrad hatten als die Nichtteilnehmer (Grande et al. 2006). Die vorliegende Studie unterscheidet sich von den Vergleichsstudien darin, dass aktiv auf die Patienten zugegangen wurde und ein psychoonkologisches Gespräch angeboten wurde, so dass die Patienten nicht selbst aktiv werden mussten. Es ist vorstellbar, dass dadurch und das stationäre Setting im Gegensatz zu den ambulanten Angeboten Patientinnen der Zugang erleichtert wurde, die sonst eventuell kein Angebot angenommen hätten und somit Bildungsgrad und andere soziodemographische Unterschiede nicht mehr so stark ins Gewicht fallen. Zu dieser Schlussfolgerung kamen auch Zeissig et al. die fanden, dass soziodemographische Faktoren bei der Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten eine größere Rolle spielen als bei den Angeboten vom Psychoonkologischen Dienst im stationären Setting (Zeissig et al. 2015). Ebenfalls muss bedacht werden, dass die vorliegende Studie in einem zertifizierten

Krebszentrum durchgeführt wurde, was bei einem Teil der Vergleichsstudien nicht der Fall war, so dass dort für die Patientinnen zusätzlich höhere Barrieren für die Inanspruchnahme bestanden (Singer et al. 2013).

In der vorliegenden Studie gab es keinen Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern bezüglich der Erwerbstätigkeit. Dies entspricht dem Ergebnis der Mehrzahl der in der Literatur gefundenen Studien. Zum gleichen Ergebnis kamen zwei Studien aus Deutschland: die Studie von Denscherz et al. mit 51 an Brustkrebs erkrankten Patienten (Denscherz et al. 2013) und auch in der Studie von Plass und Koch zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Plass u. Koch 2001). Auch internationale Studien kamen zum gleichen Ergebnis: eine Studie aus Uppsala, Schweden, die ebenfalls keine Unterschiede bezüglich Erwerbstätigkeit zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern fand (Berglund et al. 1997), eine Studie aus Montreal, Kanada, mit 156 Mammakarzimompatientinnen (Edgar et al. 2000), eine Studie aus Auckland, Neuseeland, mit 110 Mammakarzinompatientinnen (Cameron et al. 2005), sowie eine Studie aus Oslo, Norwegen, mit 165 Mamakarzinompatientinnen (Schou et al. 2008). Eine Studie aus Deutschland kam zu einem anderen Ergebnis: bei einer Studie von Rehse et al. zeigten sich signifikante Unterschiede dahingehend, dass mehr Inanspruchnehmer (49,4%) berufstätig waren als Nichtinanspruchnehmer (26,3%) (Rehse et al. 2008). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine retrospektive Studie aus Ontario mit 731 an invasivem Mammakarzinom erkrankten Patientinnen, die zeigte, dass die Inanspruchnehmer häufiger erwerbstätig waren (Gray et al. 2000). Es ist auch hier vorstellbar, dass bei aktivem Angebot und insgesamt niedrigschwelligen Zugangswegen für die Patientinnen auch eine Erwerbstätigkeit oder Erwerbslosigkeit keine größere Rolle spielen.

4.2.5 Hypothese 2: Es gibt einen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung.

In der vorliegenden Studie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Gesamtbelastungsgrades im Distressthermometer. Auffallend ist aber, dass sowohl die Inanspruchnehmer wie auch die Nichtinanspruchnehmer sich zu beiden Erhebungszeitpunkten auf der Distressthermometerskala als stark belastet eingeschätzt haben so dass sie im Mittel den Cut-Off-Wert von 5 erreichten oder überschritten. Signifikante Unterschiede zeigten sich zu T0 bei den Problemfeldern „körperlich, praktisch und emotional“ des Distressthermometers. Hier zeigten sich Inanspruchnehmer signifikant stärker belastet. Diese These wird von den meisten Studien gestützt. In einer Studie aus Deutschland mit 51 Brustkrebspatientinnen zeigten sich bei Aufnahme der Patientinnen signifikante Unterschiede in der Gesamtbelastung des Distressthermometers sowie beim „emotionalen Problemfeld“ (Denscherz et al. 2013). Ebenso psychisch belasteter zeigten sich Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung in einer Studie von Rehse et al (Rehse et al. 2008). Höheren Distress zeigten auch Inanspruchnehmer der Studie von Plass und Koch (Plass u. Koch 2001). Eine Studie, die Krebspatienten unterschiedlicher Diagnose in Akutkliniken in Westfalen-Lippe rekrutierte, fand ebenfalls, dass die Patienten, die psychisch am meisten belastet waren auch am häufigsten psychoonkologische Unterstützung in Anspruch genommen haben (Kost et al. 2009). Eine aktuelle Multicenterstudie von Faller et al. fand, dass Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung im Distressthermometer höher belastet waren als die Nichtinanspruchnehmer (Faller et al. 2016). Auch Studien aus dem Ausland bestätigen die These: eine Studie aus Auckland mit 110 Mamakarzinompatientinnen zeigte, dass die Inanspruchnehmer mehr krebsbezogenen Distress hatten als die Nichtinanspruchnehmer (Cameron et al. 2005), eine Studie aus Queensland, Australien, zeigte bei Inanspruchnehmern höheren krankheitsbezogenen Distress (Steginga et al. 2008). Auch Teilnehmer einer kommunalen Krebshilfegruppe in Großbritannien waren signifikant stärker psychosozial belastet als Nichtteilnehmer (Grande et al. 2006). Zu einem anderen Ergebnis kam eine Studie mit 93 Brustkrebspatientinnen, die an der Charite Universitätsklinik Berlin befragt wurden, hier zeigten sich die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung nicht belasteter als die

Nichtinanspruchnehmer (Voigt et al. 2007). In der vorliegenden Studie haben einige Patientinnen Unterstützung angenommen, die im Distressthermometer unterhalb des Cut-Off-Wertes lagen, was mit dem aktiven Angebot zur Unterstützung liegen kann, so dass dies einen Teil dazu beiträgt, dass es hier keinen signifikanten Unterschied im Gesamtbelastungsgrad zwischen den beiden Gruppen gab. Viel auffälliger ist die Tatsache, dass bei den Nichtinanspruchnehmern auch die große Mehrzahl (76,3%) den Cut-Off-Wert erreichten oder darüber lagen und somit als stark belastet und unterstützungsbedürftig anzusehen sind. Das heißt, dass in der vorliegenden Studie ein großer Teil unterstützungsbedürftiger Patientinnen keine Hilfe erhalten hat. Es ist also davon auszugehen, dass belastete Patientinnen eher psychoonkologische Unterstützung annehmen, jedoch gibt es einen großen Teil ebenfalls belasteter Patientinnen, die keine Unterstützung in Anspruch nehmen, was in vorherigen Studien schon festgestellt wurde (Faller et al. 2016; Denscherz et al. 2013; Plass u. Koch 2001).

In der vorliegenden Studie zeigten sich zwar im HADS sowie im PHQ-9 numerisch in den Bereichen „schwer und sehr schwer“ Unterschiede, diese waren aber nicht signifikant. Studien aus Deutschland unterstützen die Hypothese. Die Studie von Rehse et al., zeigte, dass die Inanspruchnehmer sich im HADS depressiver zeigten als die Nichtinanspruchnehmer (Rehse et al. 2008). Bei einer Studie von Denscherz et al. zeigten sich im PHQ-4 die Inanspruchnehmer signifikant depressiver, (Denscherz et al. 2013). Depressiv stärker belastet im PHQ-9 zeigten sich auch die Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung in einer aktuellen Multicenterstudie von Faller et al. (Faller et al. 2016). Eine Studie aus Uppsala, Schweden, zeigte, dass Inanspruchnehmer einen signifikant höheren HADS Depressivitätswert hatten (Berglund et al. 1997). Es gibt allerdings auch Studien, die zeigten, dass Inanspruchnehmer keine stärkeren depressiven Symptome aufweisen, wie eine Studie aus Auckland, Neuseeland, an 110 Mamakarzinompatientinnen (Cameron et al. 2005). Auch bei einer Studie aus Sydney, Australien, mit 513 Krebspatienten unterschiedlicher Diagnose, zeigten sich die Inanspruchnehmer psychologischer Unterstützung nicht depressiver als die Nichtinanspruchnehmer (Pascoe et al. 2000). Auch eine Studie aus Oslo, Norwegen, mit 165 Mamakarzinompatientinnen zeigte, dass es keine Unterschiede bezüglich depressiver Symptome gibt (Schou et al. 2008). Eine

Studie aus Montreal, Kanada, mit 156 Mamakarzinompatientinnen fand hier ebenfalls keine Unterschiede (Edgar et al. 2000). In Zusammenschau mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie und der vorhandenen Literatur ist davon auszugehen, dass Patientinnen, die depressiv stärker belastet sind, auch eher Unterstützung in Anspruch nehmen. Bemerkenswert ist hier wieder, dass in der vorliegenden Studie die Mehrzahl der Patientinnen zumindest im PHQ-9 sowohl bei den Inanspruchnehmern wie bei den Nichtinanspruchnehmern depressiv belastet sind. Was erneut zeigt, dass ein hoher Teil belasteter Patientinnen keine Unterstützung erhalten hat.

Als weiterer Aspekt in der vorliegenden Studie zeigte sich ein starker Trend (p=0,051) im HADS Angstwert dahingehend, dass Inanspruchnehmer ängstlicher waren als Nichtinanspruchnehmer. Im GAD-7 zeigten sich die Inanspruchnehmer auch hier ängstlicher, ein signifikanter Unterschied konnte jedoch nicht gezeigt werden. Die Studie von Rehse bestätigt die Hypothese dahingehend, dass die Inanspruchnehmer sich im HADS ängstlicher zeigten als die Nichtinanspruchnehmer (Rehse et al. 2008), was auch die Studie von Denscherz et al. zeigte (Denscherz et al. 2013). Im HADS Angstwert stärker belastet zeigten sich auch die Inanspruchnehmer in einer Multicenterstudie von Faller et al. (Faller et al. 2016). Auch Studien aus dem Ausland konnten diese These bestätigen. So konnte von einer Studie aus Uppsala, Schweden, gezeigt werden, dass Inanspruchnehmer einen signifikant höheren HADS Angstwert hatten. Auch die Teilnehmer einer kommunalen Krebshilfegruppe zeigten in einer Studie aus Großbritannien einen signifikant höheren HADS Angstwert als Nichtteilnehmer (Grande et al. 2006). Eine Studie aus Sydney, Australien, zeigte, dass Inanspruchnehmer psychologischer Unterstützung ängstlicher waren (Pascoe et al. 2000). Allerdings gibt es auch Studien, die zeigten, dass Inanspruchnehmer nicht mehr Angst hatten als Nichinanspruchnehmer psychosozialer Unterstützung: Eine Studie an 110 Mammakarzinompatientinnen aus Auckland, Neuseeland, (Cameron et al. 2005), eine Studie aus Oslo, Norwegen, mit 165 Mamakarzinompatientinnen (Schou et al. 2008) und eine Studie aus Montreal, Kanada, mit 156 Mammakarzinompatientinnen (Edgar et al. 2000). Es ist davon auszugehen, dass zumindest tendenziell eher ängstliche Patientinnen Unterstützung annehmen. Auffallend bei dieser Studie ist, dass zwar mehr Nichtinanspruchnehmer im unauffälligen Bereich waren als Inanspruchnehmer,

jedoch ein deutlicher Anteil der Patientinnen leicht/grenzwertig bis mittel/schwer belastet waren und in diesem Teil die Gruppen sehr ähnliche Anteile hatten. Das heißt, dass auch ein großer Teil der Patientinnen mit Angstsymptomatik keine Unterstützung angenommen hat.

In der vorliegenden Studie zeigte sich kein Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern bezüglich der Lebensqualität. Lediglich numerisch zeigten die Nichtinanspruchnehmer eine höhere krankheitsbezogene Lebensqualität im SF-12. Bezüglich Fatigue zeigten sich die Inanspruchnehmer numerisch vor allem emotional stärker belastet als die Nichtinanspruchnehmer. Zum Thema Lebensqualität und Inanspruchnahmeverhalten gibt es kaum Studien. Es wurde nur eine Studie aus dem Ausland gefunden. Bei einer Studie mit 156 Mamakarzinompatientinnen aus Montreal, Kanada, zeigten die Inanspruchnehmer mehr Symptome von Fatigue als die Nichtinanspruchnehmer (Edgar et al. 2000). Es ist somit unklar, in wie weit Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer sich in ihrer empfundenen Lebensqualität und in Fatigue unterscheiden.

4.2.6 Hypothese 3: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrem Bedürfnis nach Unterstützung seit der Krebserkrankung, dem Wunsch über die Belastung durch die Krebserkrankung zu reden und in ihrer Fähigkeit diesen Wunsch zu vermitteln.

In der vorliegenden Studie zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern in dem Wunsch und Bedürfnis nach Unterstützung sowie dem Wunsch nach Gesprächen. Dass in dieser Studie 95% der Patienten mit geäußerten Wunsch auch Unterstützung erhalten haben, liegt mit Sicherheit zum Teil an der Studie an sich, da hier jeder Patient aktiv angesprochen wurde und Ressourcen durch den POD zur Verfügung gestellt wurden. Schaut man jedoch darauf, was die Patienten nicht bei Nachfragen sondern im Fragebogen auf die Frage nach Unterstützungsbedürfnis seit der Krebserkrankung geantwortet haben, sieht man, dass hier bei den Inanspruchnehmern lediglich ein Anteil von 56,1% mit Ja geantwortet hat, wobei bei den Nichtinanspruchnehmern immerhin 23,7% ein Bedürfnis angaben.

Interessant ist auch, dass knapp die Hälfte der Nichtteilnehmer ein geringes bis starkes Bedürfnis nach Gesprächen angab. Ernst et al. fanden in einer Studie mit 252 Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen, dass der zu Behandlungsbeginn geäußerte Wunsch nach Unterstützung ein Prädiktor für die spätere Inanspruchnahme ist (Ernst et al. 2009), was somit das Ergebnis dieser vorliegenden Studie stützt. Es gibt einige Studien, die zeigen, dass Patienten zwar das Bedürfnis nach Unterstützung hatten, jedoch nur ein Teil von ihnen auch tatsächlich Hilfe in Anspruch genommen hat (Pascoe et al. 2000; Ernst et al. 2009),(Dinkel et al. 2010) was ebenfalls das Ergebnis der vorliegenden Studie stützt. Inanspruchnehmer konnten in dieser Studie signifikant besser ihren Wunsch nach Gesprächen vermitteln als Nichtinanspruchnehmer. Es wurde keine vergleichbare Studie gefunden, die diese Fragestellung untersucht hat. Es gibt allerdings Studien, aus deren Ergebnis die Autoren die Schlussfolgerung zogen, dass Nichtinitiative von Seiten der Patienten zu weniger Arztanträgen auf psychosoziale Unterstützung führt und somit die Unterstützung aktiv erfolgen sollte (Denscherz et al. 2013) auch sollte die Bedarfserhebung und auch das Vermitteln des Angebotes nicht nur einmalig sein (Lehmann et al. 2009).

4.2.7 Hypothese 4: Der behandelnde Arzt spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischer Unterstützung.

In der vorliegenden Studie hatten Inanspruchnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung signifikant mehr Arztanträge für psychoonkologische Unterstützung durch den POD erhalten als Nichtinanspruchnehmer. Bei beiden Gruppen hatte eine Mehrheit der Patienten angegeben, sie würden einer Empfehlung ihres Arztes zur Inanspruchnahme von Psychotherapie nachzukommen. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer Studie von Eakin et al., die zeigte, dass Inanspruchnehmer häufiger Arztanträge hatten woraus die Schlussfolgerung gezogen wurde, dass eine Arztüberweisung einen großen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat (Eakin u. Strycker 2001). Auch eine Arbeit von Mehnert und Koch konnte zeigen, dass die Arztüberweisung eine wichtige Rolle für die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung darstellt (Mehnert u. Koch 2008). Zu diesem Schluss kommt auch eine Übersichtsarbeit von Lehmann, Koch und Mehnert, die der Arzt-Patienten-Kommunikation bei der Inanspruchnahme von

Unterstützungsangeboten eine wichtige Rolle beimisst (Lehmann et al. 2009). Auch eine deutsche Übersichtsarbeit von Mehnert und Hartung konnte aufzeigen, dass Patienten zumindest im ambulanten Setting mehrheitlich aufgrund einer Empfehlung des behandelnden Arztes Unterstützungsangebote annehmen (Mehnert u. Hartung 2015). Eine Studie zur Annahme des Unterstützungsangebots einer kommunalen Krebshilfegruppe zeigte, dass Inanspruchnehmern die Meinung ihres Arztes zum Unterstützungsangebot wichtig war und somit die Inanspruchnahme möglicherweise beeinflusst hat (Grande et al. 2006). Eine Studie aus Montreal, Kanada, mit 156 an Brustkrebs erkrankten Patientinnen zeigte, dass Patienten die Meinung des Arztes zur Nutzung psychosozialer Unterstützung wichtig war und diese auch die Inanspruchnahme positiv beeinflusste (Edgar et al. 2000). Dinkel et al. zeigten, dass der Ansprechpartner bei psychischer Belastung in erster Linie der betreuende Arzt ist (Dinkel et al. 2010). Der Arzt scheint somit eine wichtige Rolle bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung zu spielen.

4.2.8 Hypothese 5: Inanspruchnehmer und Nichtinanspruchnehmer unterscheiden sich in ihrer Einstellung zu Psychotherapie, ihrer Vorerfahrung in Bezug auf Psychotherapie sowie der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote.

In der vorliegenden Studie fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung, wobei die Einstellung in beiden Gruppen eher positiv war. Es gibt Studien aus Deutschland und auch aus dem Ausland, die allerdings zeigen, dass Inanspruchnehmer psychosozialer Unterstützung eine positivere Einstellung zu Psychotherapie haben (Plass u. Koch 2001) Auch in der Multicenterstudie von Faller et al. zeigte sich bei den Inanspruchnehmern psychoonkologischer Unterstützung eine positivere Einstellung zur Unterstützungsangeboten (Faller et al. 2016). Auch Studien aus dem Ausland stützen diese These: Steginga et al. zeigten eine positivere Einstelllung zu psychosozialer Unterstützung auf Seiten der Inanspruchnehmer (Steginga et al. 2008). Auch eine Studie zur Teilnahme an einer kommunalen Krebshilfegruppe in Großbritannien zeigte, dass die Inanspruchnehmer hier eine signifikant positivere Einstellung zum Unterstützungsangebot hatten als die

Nichtinanspruchnehmer (Grande et al. 2006). In der vorliegenden Studie wurden auch Patienten vom POD betreut, die bisher eine eher negative Einstellung zu psychosozialer Unterstützung hatten, was auch am aktiven Angebot liegen mag. Das erklärt möglicherweise warum es hier keine Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. In der vorliegenden Studie hatten die Inanspruchnehmer signifikant häufiger Vorerfahrung mit Psychotherapie .Eine Studie mit Brustkrebspatientinnen zeigte hier jedoch keine Unterschiede (Denscherz et al. 2013). Stützen könnte die These eine aktuelle Multicenterstudie aus Deutschland die zeigte, dass Patienten, die bereits Psychotherapie erhalten hatten, ein wesentlich höheres Bedürfnis nach erneuter Unterstützung hatten als Patienten ohne vorherige Psychotherapie (Faller et al. 2016). In der vorliegenden Studie nahmen Inanspruchnehmer psychoonkologischer Unterstützung auch häufiger andere Formen der psychosozialen Unterstützung war, inklusive Psychopharmakatherapie. Eine vergleichbare Studie, die diese Fragestellung ebenfalls untersucht hat, wurde nicht gefunden. Lediglich eine Studie von Denscherz et al fand, dass es keine Unterschiede zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern bezüglich Psychopharmakoeinnahme gab (Denscherz et al. 2013).

4.2.9 Hypothese 6: Es gibt einen Zusammenhang zwischen erfahrener sozialer Unterstützung und Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung.

In der vorliegenden Studie zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen in der gefühlt erhaltenen oder nicht erhaltenen sozialen Unterstützung. Diese Hypothese wird unterstützt von einer Studie von Rehse et al., auch hier fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der erhaltenen sozialen Unterstützung (Rehse et al. 2008). Auch in der Studie aus Auckland, Neuseeland, mit 110 Mamakarzinompatientinnen konnten keine Unterschiede bezüglich sozialer Unterstützung zwischen den Gruppen gezeigt werden (Cameron et al. 2005). In der Multicenterstudie von Faller et al. konnte im SSUK-8 gezeigt werden, dass Inanspruchnehmer weniger positive Unterstützung bekamen als Nichtinanspruchnehmer und mehr belastende Interaktionen hatten als Nichtinanspruchnehmern (Faller et al. 2016), wobei hier auch wieder bedacht werden muss, dass auch ambulante Unterstützungsangebote mit zur

Inanspruchnahme dazu gezählt wurden. Es ist denkbar, dass die soziale Unterstützung im stationären Setting eine geringere Rolle bei der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung spielt als in ambulanter Behandlung.

4.3. Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich mit Berücksichtigung der aktuellen Literatur aussagen, dass bei der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung medizinische Merkmale keine Rolle zu spielen scheinen mit Ausnahme des aktuellen Funktionsstatus. Dass eine Beeinträchtigung des Funktionsstatus mit psychischer Belastung einhergeht, ist belegt (Götze et al. 2016). Gegebenenfalls führt die körperliche Beeinträchtigung auch zu einem verstärkten Gefühl der Hilflosigkeit und führt so zu einem gesteigerten Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Soziodemographische Merkmale scheinen keine Rolle zu spielen, zumindest nicht im hier untersuchten stationären Setting. Eine Rolle für die Inanspruchnahme scheinen psychische Merkmale wie vermehrter krankheitsbezogener Distress, Angst und Depression zu spielen. Wichtig für die Inanspruchnahme sind nach dieser Studie geäußerter Wunsch und Bedürfnis sowie die Fähigkeit dieses auch zu äußern. Außerdem spielt die Überweisung des Arztes eine bedeutende Rolle. Die Einstellung zu und prinzipielle Bereitschaft zur Annahme von Psychotherapie war hier im stationären Setting von untergeordneter Bedeutung. Bei Vorerfahrung mit Psychotherapie scheinen die Patienten auch eher wieder bereit für erneute Unterstützung. Erlebte soziale Unterstützung spielte hier im stationären Setting keine Rolle. Auffallend ist der hohe Belastungsgrad auch bei den Nichtinanspruchnehmern psychoonkologischer Unterstützung.

Nachdem es bekannt ist, wie hoch psychisch und körperlich belastet Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren sind, benötigt es jetzt mehr Daten zur Versorgungssituation dieser Patientinnen. Da scheinbar ein hoher Anteil hoch belasteter Patientinnen keine Unterstützung bekommt oder sie aus unterschiedlichen Gründen ablehnt, ist es von medizinischem Interesse von welchen Faktoren die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung außerdem noch bestimmt wird. Sicherlich sollte die Art der Patientenüberweisung zum POD

überdacht werden. Es scheint wichtig zu sein, dass das Angebot aktiv und auch gegebenenfalls mehrmals erfolgt, da es augenscheinlich Patienten gibt, die ihr Bedürfnis nach Unterstützung nicht oder nicht klar zum Ausdruck bringen können und entsprechend motiviert und unterstützt werden müssen. Gerade der Bedarf älterer Patienten an Unterstützung und deren Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten sind noch wenig erforscht, so dass darauf in Zukunft mehr Augenmerk gerichtet werden sollte.

5. Zusammenfassung

Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen sind großen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Dennoch sind bisher wenige Studien zur Erfassung von psychosozialer Belastung, Unterstützungsbedürfnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durchgeführt worden. Ziele der vorliegenden Arbeit waren daher die Erhebung von Angst, Depressivität, Lebensqualität sowie Unterstützungsbedürfnis. Weiterhin sollte untersucht werden, welche Faktoren die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützungsangebote beeinflussen. Die Erhebung wurde in der Frauenklinik des Universitätsklinikums Ulm durchgeführt. Im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014 wurden konsekutiv alle stationär behandelten Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen erfasst (n=194). 142 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien, von diesen erklärten sich 79 bereit, an der Studie teilzunehmen. Die Patientinnen, die sich zur Studienteilnahme bereiterklärten, erhielten standardisierte Fragebögen zur Erfassung der psychosozialen Belastung, der Lebensqualität sowie der sozialen Unterstützung. Zusätzlich wurden soziodemographische und medizinische Daten erhoben. Nach Erhebung des Wunsches nach psychoonkologischer Unterstützung wurden die Teilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt, die Inanspruchnehmer (n=41) und die Nichtinanspruchnehmer (n=38). Des weiteren wurden Daten von den Patientinnen erhoben, die nicht an der Studie teilnahmen (n=58), und mit den Teilnehmerdaten verglichen.

Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern bezüglich soziodemographischer Faktoren wie Geschlecht, Alter, Schulbildung. Bei den medizinischen Merkmalen war lediglich die körperliche Funktionsfähigkeit der Inanspruchnehmer deutlich eingeschränkter. Hinsichtlich der psychosozialen Belastung ergaben sich bei der Gesamtbelastung im Distressthermometer keine Unterschiede, jedoch zeigten sich beide Gruppen hoch belastet. Bei den körperlichen, praktischen und emotionalen Problemfeldern des Distressthermometers zeigten sich Inanspruchnehmer jedoch signifikant stärker belastet. Ein signifikanter Unterschied zwischen Inanspruchnehmern und Nichtinanspruchnehmern ergab sich erwartungsgemäß bei dem Wunsch nach

Unterstützung sowie dem Wunsch nach Gesprächen. Inanspruchnehmer konnten den Wunsch nach Unterstützung besser äußern als Nichtinanspruchnehmer. Es konnte auch ein Zusammenhang zwischen Arztempfehlungen und tatsächlich beanspruchter Unterstützung gezeigt werden. Patientinnen, die schon einmal Erfahrung mit Psychotherapie gemacht hatten, nahmen auch häufiger wieder Unterstützung in Anspruch. Keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme hatten die Einstellung zu Psychotherapie und die erlebte soziale Unterstützung.

Beim Vergleich der Teilnehmer mit den Nichtteilnehmern konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmer der Studie signifikant jünger und besser gebildet waren. Zu starke psychische Belastung war der Hauptgrund für die Nichtteilnahme an der Untersuchung.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie lässt sich sagen, dass psychoonkologische Unterstützung ein aktives Angebot sein sollte, da viele Patienten den Wunsch nach Unterstützung nicht äußern können. Da die Arztempfehlung eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung zu sein scheint, ist es wichtig Ärzte zu sensibilisieren und zu schulen, damit sie psychosozialen Stress und den Bedarf an Unterstützung besser erkennen können. Ein hoher Anteil hochbelasteter Patienten nahm nicht an der Studie teil und konnte somit nicht untersucht werden. Weitere Studien zum besseren Verständnis für die Bedürfnisse von Frauen mit Unterleibskarzinomen sind nötig.

6. Literaturverzeichnis

1. Arden-Close E, Gidron Y, Moss-Morris R: Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review. Psycho-Oncology, 17: 1061-1072 (2008)

2. Atesci F C, Baltalarli B, Oguzhanoglu N K, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N: Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. Supportive Care in Cancer, 12: 161-167 (2004)

3. Beckmann M, Lux M: Nationaler Krebsplan. Der Gynäkologe, 45: 218-222 (2012)

4. Beckmann M, Lux M, Fasching P, Scharl A: Entwicklungen der gynäkologischen Onkologie–Verbesserung der Versorgung auf vielen Ebenen. Der Gynäkologe, 47: 638-647 (2014)

5. Berglund G, Bolund C, Gustafsson U, Sjödén P: Is the Wish to Participate in a Cancer Rehabilitation Program an Indicator of the Need? Comparisons of Participants and Non-Participants in a Randomized Study. Psycho-Oncology, 6: 35-46 (1997)

6. Bertz J, Dahm S, Haberland J, et al. Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Berlin: Robert Koch-Institut; 2010.

7. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack C L, Fitzgerald M A, Wolf J K, de Moor C, Gershenson D M: Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecologic oncology, 78: 302-308 (2000)

8. Brant J M, Beck S, Dudley W N, Cobb P, Pepper G, Miaskowski C: Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. Cancer nursing, 34: 67-77 (2011)

9. Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M: Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: a prospective, longitudinal study of 536 patients from a single institution. European journal of cancer, 32: 1135-1141 (1996)

10. Bullinger M: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 43: 190-197 (2000)

11. Cameron L D, Booth R J, Schlatter M, Ziginskas D, Harman J E, Benson S R: Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. Psychosomatic medicine, 67: 584-589 (2005)

12. de Gregorio N, Ebner F: Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms. Der Gynäkologe, 50: 125-133 (2017)

13. de Zwaan M, Mösch P, Sinzinger H, Stresing K, Oberhof P, Kohl C, Schilke C, Müller A: Der Zusammenhang zwischen psychoonkologischem Betreuungsbedarf, Wunsch nach Unterstützung und tatsächlicher Behandlung bei Krebspatientinnen und-patienten. neuropsychiatrie, 26: 152-158 (2012)

14. Deck R, Röckelein E: DRV-Schriften, 16: 84-89 (1999)

15. Denscherz C A, Hoffmann K, Lutz L, Klug G, Huber D: Nutzung und Nutzen psychoonkologischer Versorgung bei Patientinnen mit Mamma-Karzinom. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59: 369-377 (2013)

16. Dinkel A, Berth H, Tchitchekian G, Dörre F, Balck F: Bedürfnis nach psychosozialer Beratung und Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen bei Krebspatienten. Psychologie und Medizin–Traumpaar oder Vernunftehe, 107-117 (2010)

17. Eakin E G, Strycker L A: Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. Psycho-Oncology, 10: 103-113 (2001)

18. Edgar L, Remmer J, Rosberger Z, Fournier M A: Resource use in women completing treatment for breast cancer. Psycho-Oncology, 9: 428-438 (2000)

19. Ellert U, Kurth B: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56: 643-649 (2013)

20. Ernst J, Lehmann A, Krauß O, Köhler U, Schwarz R: Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patienten. TumorDiagnostik & Therapie, 30: 269-274 (2009)

21. Ernstmann N, Neumann M, Ommen O, Galushko M, Wirtz M, Voltz R, Hallek M, Pfaff H: Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. Supportive Care in Cancer, 17: 1417 (2009)

22. Ersek M, Ferrell B R, Dow K H, Melancon C H: Quality of life in women with ovarian cancer. Western journal of nursing research, 19: 334-350 (1997)

23. Faller H, Olshausen B, Flentje M: Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 53: 229-235 (2003)

24. Faller H, Weis J, Koch U, Brahler E, Harter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Boehncke A, Hund B, Reuter K, Richard M, Sehner S, Wittchen H U, Mehnert A: Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. Psycho-oncology, (2016)

25. Flatten G, Jünger S, Gunkel S, Singh J, Petzold E: Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 53: 191-201 (2003)

26. Gandek B, Ware J E, Aaronson N K, Apolone G, Bjorner J B, Brazier J E, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L: Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. Journal of clinical epidemiology, 51: 1171-1178 (1998)

27. Geue K, Sowa E, Kuhnt S: Physical and psychosocial sequelae for cervical cancer patients. Onkologe, 22: 780-784 (2016)

28. Goncalves V, Jayson G, Tarrier N: A longitudinal investigation of psychological morbidity in patients with ovarian cancer. British journal of cancer, 99: 1794-1801 (2008)

29. Götze H, Mehnert A, Köhler N: Übersicht–Psychologische, soziale und körperliche Belastungen älterer Krebspatienten. TumorDiagnostik & Therapie, 37: 565-567 (2016)

30. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B: Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Diagnostica, 50: 171-181 (2004)

31. Grande G, Myers L, Sutton S: How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not? Psycho-Oncology, 15: 321-334 (2006)

32. Gray R E, Goel V, Fitch M I, Franssen E, Chart P, Greenberg M, Bakker D, Labrecque M, Hollowaty E, Godel R: Utilization of professional supportive care services by women with breast cancer. Breast cancer research and treatment, 64: 253-258 (2000)

33. Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J: Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 39: 317-323 (2000)

34. Hermann-Lingen C, Buss U, Snaith R P: Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D). 3., aktualisierte und neu normierte Auflage, Hans Huber, Bern, (2011)

35. Herschbach P: Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. Der Onkologe, 12: 41-47 (2006)

36. Herschbach P, Mandel T: Psychoonkologische Versorgung im Nationalen KrebsplanPsychooncological treatment within the national cancer program. Der Onkologe, 17: 1107-1114 (2011)

37. Hofreuter-Gätgens K, Klein J, Fisch M, Graefen M, Schlotfeldt T, Witzel I, von dem Knesebeck O: Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme onkologischer Versorgungsangebote. Das Gesundheitswesen, (2016)

38. Iqbal A: Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. Breast, 25: 32.9 (2004)

39. Johnson R L, Gold M A, Wyche K F: Distress in women with gynecologic cancer. Psycho-Oncology, 19: 665-668 (2010)

40. Kanzow M, van Mackelenbergh M, Maass N, Bauerschlag D: Diagnostik und Therapie des Ovarialkarzinoms. Der Onkologe, 24: 343-356 (2018)

41. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Löwe B, Herfarth C, Lehnert T: Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. Annals of Oncology, 15: 1243-1249 (2004)

42. Koch U, Holland J C, Mehnert A: Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. Handbuch Psychoonkologie.Hogrefe Verlag GmbH & Co, KG, 13-22 (2016)

43. Konradt U, Fary Y: Determinanten der Motivation und der Bereitschaft zur Teilnahme an Fragebogenstudien. Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology, 214: 87-96 (2006)

44. Kornblith A B, Thaler H T, Wong G, Vlamis V, MCCARTHYLEPORE J, Loseth D B, Hakes T, Hoskins W J, Portenoy R K: Quality of life of women with ovarian cancer. Gynecologic oncology, 59: 231-242 (1995)

45. Kost C, Labouvie H, Kosfelder J, Höhl U, Herrmann-Lingen C, Kusch M: Veränderung der psychischen Belastung von Krebspatienten im Rahmen einer strukturierten psychoonkologischen Versorgung. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 59: 432-439 (2009)

46. Krebsgesellschaft, Deutsche & Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe, Deutsche & Gynäkologische Onkologie, Arbeitsgemeinschaft & Gynäkologische

Krebszentren, Zertifizierungskommission & W. Beckmann, Matthias & Wesselmann, S & Kowalski, Christoph & Ferencz, Julia. (2016). Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren 2016 – Qualitätsindikatoren [Annual Report of certified Gynaecological Cancer Centers 2016] – Quality indicators. 10.13140/RG.2.1.1052.0568.: Kennzahlenauswertung 2016.

46. Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B: The Phq-9. Journal of general internal medicine, 16: 606-613 (2001)

47. Lehmann C, Koch U, Mehnert A: Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 59: e3-e27 (2009)

48. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom, Langversion 1.0. AWMF Registriernummer: 032/034-OL: (2018)

49. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, Langversion 2.0. AWMF-Registriernummer:032/035OL: (2016)

50. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Leitlinienreport 1.0, AWMF-Registriernummer:032/051OL: (2014)

51. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion, 1.0. AWMF-Registriernummer: 032/033OL: (2014)

52. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg P: Validation and Standardization of the General Anxiety Disorder Sreener (GAD-7) in the general population. Medical Care, 46: 266-274 (2008)

53. Lutgendorf S K, Anderson B, Rothrock N, Buller R E, Sood A K, Sorosky J I: Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. Cancer, 89: 1402-1411 (2000)

54. Mehnert A: Psychoonkologie. Der Gynäkologe, 47: 427-434 (2014)

55. Mehnert A, Hartung T: Psychoonkologische Versorgungsforschung. Der Nervenarzt, 86: 258-265 (2015)

56. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U: Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. European journal of cancer care, 19: 736-745 (2010)

57. Mehnert A, Koch U: Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. Journal of psychosomatic research, 64: 383-391 (2008)

58. Mehnert A, Koch U, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Faller H, Keller M, Brähler E, Härter M: Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients–study protocol of an epidemiological multi-center study. BMC psychiatry, 12: 70 (2012)

59. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U: Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers

Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54: 213-223 (2006)

60. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder J, Razavi D: Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. Psycho-Oncology, 19: 141-149 (2010)

61. Miller B E, Pittman B, Case D, McQuellon R P: Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. Gynecologic oncology, 87: 178-184 (2002)

62. Nakasujja N, Musisi S, Walugembe J, Wallace D: Psychiatric disorders among the elderly on non-psychiatric wards in an African setting. International psychogeriatrics, 19: 691-704 (2007)

63. Norton T R, Manne S L, Rubin S, Hernandez E, Carlson J, Bergman C, Rosenblum N: Ovarian cancer patients' psychological distress: the role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control, and self-esteem. Health Psychology, 24: 143 (2005)

64. Ortmann O: Entwicklung der gynäkologischen Krebszentren. Frauenheilkunde up2date, 7: 320-321 (2013)

65. Özalp E, Soygür H, Cankurtaran E, Turhan L, Akbıyık D, Geyik P: Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 17: 668-675 (2008)

66. Pascoe S, Edelman S, Kidman A: Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: 785-791 (2000)

67. Plass A, Koch U: Participation of oncological outpatients in psychosocial support. Psycho-Oncology, 10: 511-520 (2001)

68. Powell C B, Kneier A, Chen L, Rubin M, Kronewetter C, Levine E: A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. Gynecologic oncology, 111: 137-143 (2008)

69. Rehse B, Reuter E, Schneider B, Schwickerath J: Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebots bei von Brustkrebs betroffenen Frauen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 68: 907-914 (2008)

70. Rieger E, Touyz S W, Wain G V: The role of the clinical psychologist in gynecological cancer. Journal of psychosomatic research, 45: 201-214 (1998)

72. Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deuschland e.V. (Hrsg), Krebs in Deutschland für 2013/2014, 11. Ausgabe, Berlin (2017)

73. Rose A D, Niehues C: Körperliche Beschwerden und psychosoziale Belastungen bei Endometriumkarzinom. Der Onkologe, 23: 42-49 (2017)

74. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P: The unmet supportive care needs of patients with cancer. Cancer, 88: 226-237 (2000)

75. Schmalenberg H: Zertifizierungsverfahren für Onkologische Zentren in Deutschland, Certification of cancer centers in Germany. Der Onkologe, 18: 501-510 (2012)

76. Schou I, Ekeberg O, Karesen R, Sorensen E: Psychosocial intervention as a component of routine breast cancer care—who participates and does it help? Psycho-Oncology, 17: 716-720 (2008)

77. Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann R, Köhler U, Krauß O, Schwarz R: Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132: 2071-2076 (2007)

78. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E: Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care-a meta-analysis. Annals of Oncology, 21: 925-930 (2010)

79. Singer S, Götze H, Möbius C, Witzigmann H, Kortmann R, Lehmann A, Höckel M, Schwarz R, Hauss J: Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. Langenbeck's archives of surgery, 394: 723-731 (2009)

80. Singer S, Dieng S, Wesselmann S: Psycho-oncological care in certified cancer centres—a nationwide analysis in Germany. Psycho-Oncology, 22: 1435-1437 (2013)

81. Singer S, Hohlfeld S, Müller-Briel D, Dietz A, Brähler E, Schröter K, Lehmann-Laue A: Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Psychotherapeut, 56: 386 (2011)

82. Singer S, Hohlfeld S, Müller-Briel D, Dietz A, Brähler E, Schröter K, Lehmann-Laue A: Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Psychotherapeut, 56: 386 (2011)

83. Singer S, Schwarz R: Psychoonkologische Nachbetreuung von Patientinnen mit einem Zervix-und Endometriumkarzinom. Zentralblatt für Gynäkologie, 124: 64-70 (2002)

84. Söllner W, Maislinger S, König A, DeVries A, Lukas P: Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. Psycho-Oncology, 13: 893-897 (2004)

85. Spitzer R L, Kroenke K, Williams J B, Löwe B: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166: 1092-1097 (2006)

86. Steele R, Fitch M I: Supportive care needs of women with gynecologic cancer. Cancer nursing, 31: 284-291 (2008)

87. Steginga S K, Campbell A, Ferguson M, Beeden A, Walls M, Cairns W, Dunn J: Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. Psycho-Oncology, 17: 997-1005 (2008)

88. Steginga S K, Dunn J: Women's experiences following treatment for gynecologic cancer. Oncology nursing forum, 24: 1403-1408 (1997)

89. Stüber T N, Wulff C, Wöckel A: Diagnostik und Therapie des Vulva-und VaginalkarzinomsDiagnosis and treatment of vulvar and vaginal cancer. best practice onkologie, 12: 330-337 (2017)

90. Stuck B A, Schultz J D, Geisthoff U, Mattheis S, Hörmann K, Lang S: Interdisziplinäre Tumorbehandung auf definiert hohem Niveau. HNO Nachrichten, 45: 28-31 (2015)

91. Ullrich A, Mehnert A: Psychometrische Evaluation and Validierung einer 8-Item Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) bei Krebspatienten. Klinische Diagnostik und Evaluation, 3: 359-381 (2010)

92. Voigt B, Grimm A, Schmid G, Schneider A, Winzer K, Klapp B, Rauchfuss M: Belastungserleben von Mammakarzinompatientinnen in der postoperativen Behandlungsphase. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 67: 1268-1273 (2007)

93. Vos P J, Garssen B, Visser A P, Duivenvoorden H J, de Haes H C: Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer: a comparison between participants and non-participants. Psychotherapy and psychosomatics, 73: 276-285 (2004)

94. Wancata J, Benda N, Hajji M: Prõvalenz und Verlauf seelischer Erkrankungen an internen Krankenhausabteilungen. Wien Klin Wochenschr, 110: 597-603 (1998)

95. Weidner K, Hessel A, Einsle F, Siedentopf F, Joraschky P, Distler W: Lebensqualität bei stationären Patientinnen einer Universitätsfrauenklinik. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 66: 481-489 (2006)

96. Weis J, Giesler J: Standards in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten. Der Onkologe, 22: 198-205 (2016)

97. Wesselmann S: Entwicklung der Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft Development of the certification process for organ cancer centers and oncology centers of the German Cancer Society. Der Onkologe, 18: 511-516 (2012)

98. Widschwendter P, Welte B, de Gregorio N, Janni W, Scholz C: Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms. Der Gynäkologe, 50: 343-356 (2017)

99. Zeissig S R, Singer S, Koch L, Blettner M, Arndt V: Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm-und Prostatakrebsüberlebende. PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 65: 177-182 (2015)

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben. Meinem Betreuer Dr. Klaus Hönig, meinem Doktorvater Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim, dem Team der Frauenklinik Ulm, Edit Rottler, meiner Familie und Manuel.