UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter)

Subjektiver Bedarf an psychosozialer Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen nach stationärer onkologischer Rehabilitation

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Anja Giebel
aus Hamburg

Hamburg 2013

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 21.01.2014

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Schulz

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Hünecke

Prüfungsausschuss, dritter Gutachter: Prof. Dr. Jänicke

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis **6**
1. Einleitung **7**
2. Theoretischer Hintergrund **8**
2.1 Brustkrebs 8
2.1.1 Medizinische Intervention 9
2.1.2 Körperliche Folgen 9
2.1.3 Psychosoziale Belastungen 10
2.2 Rehabilitation 11
2.2.1 Allgemeiner Ablauf einer Rehabilitation und Rehabilitationsmaßnahmen 11
2.2.2 Rehabilitations-Outcome und Inanspruchnahme bei Brustkrebs 12
2.3 Allgemeine Nachsorge 14
2.3.1 Formen der Nachsorgeangebote 14
2.3.2 Outcome von Nachsorgeangeboten 15
2.3.3 Subjektiver Bedarf und Inanspruchnahme bei Brustkrebspatientinnen 16
2.3.3.1 Studiendaten zum Alter, Bildungsniveau und Informationsstatus 17
2.3.3.2 Studiendaten zur sozialen Unterstützung und zu familiären Verhältnissen 17
2.3.3.3 Studiendaten zur Selbstwirksamkeitserwartung und zum subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge 18
2.3.3.4 Studiendaten zur Grundeinstellung gegenüber psychosozialer Intervention 19
2.3.3.5 Studiendaten zur Staatsangehörigkeit 20
2.4 Internetbasierte Nachsorge 20
2.4.1 Formen internetbasierter Nachsorgeangebote 21
2.4.2 Studienergebnisse über web-basierte Informationen 22
2.4.3 Outcome bei krebsspezifischer, web-basierter Nachsorge 23
3. Arbeitshypothesen und Fragenstellung **24**
4. Methode **25**
4.1 Hintergrund 25
4.2 Stichprobenbeschreibung 26
4.2.1 Allgemeine Datengewinnung 26
4.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien 26
4.2.3 Gruppeneinteilung der Stichprobe 27

4.3 Verwendete Instrumente 28
4.4 Statistische Auswertung 29
4.5 Erklärungen zu den ausgewerteten Prädiktoren 31
4.5.1 Alter 31
4.5.2 Bildungsniveau 31
4.5.3 Informationsstatus 32
4.5.4 Familiäre Verhältnisse 33
4.5.5 Selbstwirksamkeitserwartung 33
4.5.6 Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung 35
4.5.7 Staatsangehörigkeit 37
5. Ergebnisse 38
5.1 Stichprobenbeschreibung 38
5.2 Auswertung potenzieller Prädiktoren 40
5.2.1 Auswertung des Alters 40
5.2.2 Auswertung des Bildungsniveaus 42
5.2.3 Auswertung des Informationsstatus 45
5.2.4 Auswertung familiäre Verhältnisse 51
5.2.5 Auswertung Selbstwirksamkeitserwartung 55
5.2.6 Auswertung Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung 59
5.2.7 Auswertung Staatsangehörigkeit 68
6. Diskussion 69
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 69
6.2 Vergleich mit der Literatur 74
6.3 Methodenkritik 79
6.4 Ausblick 80
7. Zusammenfassung 81
8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 83
9. Literaturverzeichnis 85
10. Anhang 90
10.1 Fragebogen Baseline 91
10.2 Fragebogen t=0 95
10.3 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke - Alter 106
10.4 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke - Bildungsniveau 107

10.5 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Informationsstatus 108
10.6 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – familiäre Verhältnisse 111
10.7 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Selbstwirksamkeit.....112
10.8 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung.....115
10.9 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Teilauswertung FPTM 23.....115
11. Danksagung 117
12. Lebenslauf..... 118
13. Eidesstattliche Versicherung..... 120

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AR	Anschlussrehabilitation
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CAWAC	Caring about Women and Cancer (Umfrage)
d	Effektstärkenmass für Mittelwertunterschiede (Cohen 1988)
EORTC-30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HADS -D	Hospital Anxiety and Depression Scale (Deutsche Version)
H1-H6	Hypothese 1-6
ICD	International Classification of Diseases
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge, Nachsorge-Programm der Deutschen Rentenversicherung
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert
n	Häufigkeit
OR	Odds Ratio
p	Irrtumswahrscheinlichkeit (t-Test)
PA-F	Progredienzangst-Fragebogen
SD	Standardabweichung
SF-8	SF-8 Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SWE	Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung
$T_{Baseline}$	Messzeitpunkt 1, Beginn der Rehabilitation
T_0	Messzeitpunkt 2, Ende der Rehabilitation
X0	Bedarfsgruppe „Nein“
X1	Bedarfsgruppe „Ja“
z	Statistische Prüfgröße z der Standardnormalverteilung

1. Einleitung

In Deutschland erkranken etwa 58.000 Frauen jährlich neu an Brustkrebs. Statistisch betrachtet wird jede zehnte Frau im Laufe ihres Lebens diese Erkrankung bekommen und die Zahl ist weiter zunehmend (Robert-Koch-Institut, 2010).

Eine Brustkrebserkrankung ist ein einschneidendes Erlebnis für die meisten Betroffenen. Die psychosoziale Belastung steigt unter der Krebserkrankung individuell an und die Patientinnen werden vor besondere Probleme gestellt, die eine Anpassung an die neue Situation erforderlich machen. Probleme ergeben sich nicht nur aus den körperlichen Folgen, sondern auch aus der psychosozialen Belastung, die häufig mit Ängsten, Depressionen und Anpassungsschwierigkeiten bezüglich der neuen Lebenssituation sowie Störungen der Sexualität einhergehen können (Kruse et al., 2003; Neises, 2008). Eine psychosoziale Betreuung erscheint deshalb sinnvoll und gerechtfertigt und sollte standardmäßig zu Beginn einer Brustkrebsbehandlung mit angeboten werden. Jedoch wird eine solche psychologische Intervention zu Beginn oder nach einer Rehabilitation nicht von jeder Patientin in Anspruch genommen. Vor allem Selbsthilfegruppen werden nur unzureichend genutzt (Kaufmann & Ernst, 2000), obwohl dies nach derzeitiger Studienlage zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität beitragen würde (Golden-Kreutz et al., 2005).

Zur Verbesserung dieser Situation wurden in der vorliegenden Arbeit mögliche Prädiktoren analysiert, die einen Einfluss auf den subjektiven Bedarf an psychosozialer Hilfe nach einer Rehabilitation aufweisen. Hierzu erfolgte eine Untersuchung von Brustkrebspatientinnen hinsichtlich Alter, Bildungsniveau, Informationsstatus, familiären Verhältnissen, Selbstwirksamkeitserwartung, Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung und Staatsangehörigkeit.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Brustkrebs

Brustkrebs ist mit einem Anteil von 29% die häufigste Krebserkrankung bei Frauen (Robert-Koch-Institut, 2010). Laut Robert-Koch-Institut liegt die derzeitige Brustkrebsinzidenz bei 137,9/100.000 Frauen (rohe Neuerkrankungsrate, Stand 2006). Während die Neuerkrankungsrate seit 2002 zunehmend ansteigt, sinkt dagegen weiterhin die Streberate (siehe Abbildung 1).

Die 5-Jahres-Überlebensrate wird mittlerweile zwischen 83-87% angegeben (Robert-Koch-Institut, 2010). Gründe hierfür sind vor allem die bessere Früherkennung der Brustkrebserkrankung sowie die verbesserten Therapie-möglichkeiten. Im Jahr 2002 erfolgte die flächendeckende Einführung des Mammographie-Screenings in Deutschland. Seitdem hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das Mammographie-Screening als Früherkennungs-methode anerkannt und in den Pflichtkatalog der GKV aufgenommen. Damit wird Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre eine Mammographie-Untersuchung angeboten (Bundesausschuss, 2010).

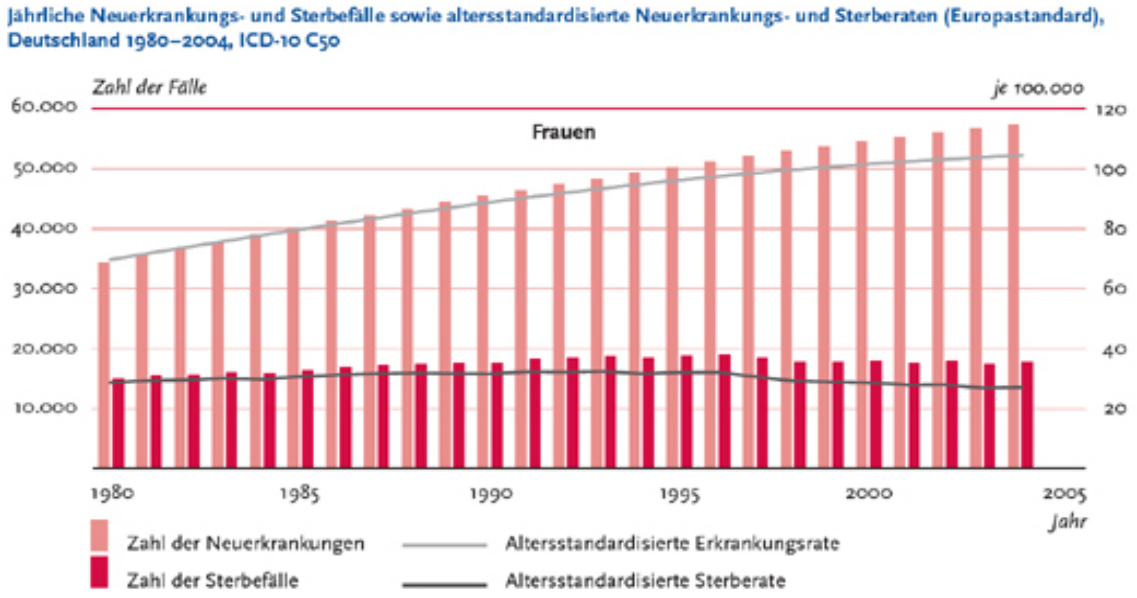


Abbildung 1, Robert-Koch-Institut, Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, S. 79

2.1.1 Medizinische Intervention

Die aktuelle Standardtherapie in der Brustkrebsbehandlung beinhaltet zunächst eine operative Entfernung des malignen Tumors. Die Operation kann entweder brusterhaltend (in ca. 70% d. F.) oder als komplette Ablation (Mastektomie) durchgeführt werden (Haag et al., 2010). Eine Rekonstruktion der erkrankten oder ggf. auch der kontralateralen Brust ist eine empfehlenswerte Therapie. Zum einen führt diese Anschlussbehandlung zu einem gesteigerten psychischen Wohlbefinden bezüglich z. B. Stimmungslage und Lebensfreunde, zum anderen wird auch die soziale Situation positiv beeinflusst (Kiene & Hoch, 2004). Eine anschließende Radio- und Chemotherapie ist in den meisten Fällen obligatorisch. In geeigneten Fällen können auch spezifische Antikörper z. B. gegen HER-2-neu Rezeptoren oder sogenannte Tripele positive/negative Therapien zur Weiterbehandlung infrage kommen (Haag et al., 2010).

2.1.2 Körperliche Folgen

Häufig wird eine Brustkrebserkrankung durch eine knotige Veränderung der Brust von der Patientin selbst festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt besitzt der Tumor meist eine Größe von > 2cm und ist bereits in mehr als 50% der Erkrankungsfälle über axilläre Lymphknoten und venöse Abflusswege metastasiert (Haag et al., 2010). Die körperlichen Beeinträchtigungen ergeben sich zum einen durch den Tumor selbst, durch seine Metastasierung, zum anderen aber auch durch nachfolgende medizinische Interventionen. Es werden Hautveränderungen und Brustschmerzen beschrieben. Neben lokalen Entzündungsreaktionen kann es im Falle einer Metastasierung zu Lymphödemen in den Armen oder zu osteolytischen Knochenmetastasen mit Knochenschmerzen kommen (Haag et al., 2010). Als Nebenwirkungen der Behandlungen stellt die strahlungsbedingte Lungenfibrose eine zwar untergeordnete aber erwähnenswerte Komplikation dar. Ebenso kann es nach einer Brustoperation zu Haltungsschäden infolge einer Asymmetrie bzw. zu einer optisch unansehnlichen Brust kommen, wenn keine Rekonstruktion angestrebt wird (Kiene & Hoch, 2004). Dies verdeutlicht, wie wichtig eine individuelle Behandlung ist und wie körperlich einschränkend und psychisch belastend eine Brustkrebserkrankung sein kann.

2.1.3 Psychosoziale Belastungen

Jede Patientin geht auf unterschiedliche Weise mit ihrer Brustkrebserkrankung um. Als Begleiterscheinungen zu der Erkrankung treten häufig bestimmte Belastungen auf, die als Folgen einer psychischen und körperlichen Auseinandersetzung zu verstehen sind. Viele Patientinnen leiden unter traumatischen Stresssymptomen wie z. B wiederkehrende intrusive Gedanken oder Verhaltensauffälligkeiten wie Vermeidungsverhalten, Betäubung oder erhöhter Erregbarkeit (Golden-Kreutz et al., 2005). Häufig leiden diese Frauen auch unter Albträumen und Schlafstörungen sowie unter Ängsten und Depressionen (Kaufmann & Ernst, 2000; Neises, 2008). Hierbei steht vor allem die Angst vor Rezidiven, vor allgemeinen Schmerzen und vor weiteren Nebenwirkungen der Behandlung im Vordergrund. Außerdem werden Ängste vor negativen sozialen Folgen insbesondere im Bereich des Familienlebens, der finanziellen Situation und im partnerschaftlichen Bereich genannt (Kaufmann & Ernst, 2000; Kruse et al., 2003). Schon mit Beginn der Therapie nimmt die Behandlungsart Einfluss auf das Wohlergehen der Patientinnen. So weisen erkrankte Frauen mit brusterhaltender Intervention im Vergleich zu denjenigen mit Mastektomie (Heim et al., 2001) und Frauen mit einer Brustrekonstruktion anstatt ohne Rekonstruktion (Kiene & Hoch, 2004) eine höhere Lebensqualität auf. Die Umstellung an die neue Lebenssituation stellt eine enorme Belastung dar und bedarf deshalb besonderer Aufmerksamkeit und Unterstützung durch geschultes Personal. Ohnmachtszustände und Anpassungsschwierigkeiten können hieraus resultieren (Kruse et al., 2003). Insbesondere sind Frauen ohne Partner, jüngere Frauen und Frauen mit mehr gynäkologischen Symptomen besonders anfällig, eine psychische Begleiterkrankung zu bekommen (Costanzo et al., 2007; Neises, 2008). Als Prädiktoren für eine psychische Komorbidität werden zudem der Fortschritt der Brustkrebserkrankung, wenig soziale Unterstützung sowie ein geringeres Bildungsniveau genannt (Costanzo et al., 2007; Mehnert & Koch, 2008). Besonders wegen des erhöhten Stressaufkommens bei Diagnosestellung und der damit verbundenen Auswirkung auf die langfristige Lebensqualität wird in Studien bereits die Notwendigkeit und der Nutzen einer frühen psychologischen Intervention und Nachsorge betont (Golden-Kreutz et al., 2005).

2.2 Rehabilitation

Für diese Arbeit wurde im Rahmen des BMBF/DRV-Projektes „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation – Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“ eine prospektive Mehrzeitpunktebefragung von Brustkrebspatientinnen durchgeführt. Hierzu wurden zwei Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert: die Paracelsus-Klinik Am See (Bad Gandersheim) und die Nordfrieslandklinik (St. Peter-Ording). Die ausgewählten Kliniken boten unter anderem spezielle onkologische Rehabilitationsprogramme für Brustkrebspatientinnen an. Das Hauptziel der Untersuchung war mögliche Prädiktoren zu untersuchen, die den Bedarf an einer psychosozialen Nachsorge nach einer stationären Rehabilitation aufzeigen.

Auf der Grundlage des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – gibt es nach §1 „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ einen gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation, wenn bestimmte versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen erfüllt sind (Bundesministerium, 2001). Kostenträger sind zum einen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zum anderen die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Eine Rehabilitation hat zum Ziel, den Gesundheitszustand zu verbessern, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen sowie eine mögliche Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Im Falle einer Brustkrebserkrankung gibt es die Möglichkeit eine onkologische Rehabilitation zu absolvieren. Neben der möglichen Fortführung der konventionellen Standardtherapie (Chemo- bzw. Schmerztherapie) wird den Brustkrebspatientinnen eine weitere Vielzahl von Behandlungen angeboten, die speziell auf die Bedürfnisse der Patientinnen abgestimmt sind (siehe 2.2.1).

2.2.1 Allgemeiner Ablauf einer Rehabilitation und Rehabilitationsmaßnahmen

Im Regelfall erfolgt auf Antrag des Versicherten innerhalb von zwei Wochen nach Klinikaufenthalt eine dreiwöchige Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation (AR) in einer anerkannten Rehabilitationsklinik. Vor Therapiebeginn wird ein individueller Reha-Plan erstellt, in dem unter anderem Therapieziele mit dem Patienten definiert werden. Neben einer funktionell-somatischen Behandlung,

wie Physiotherapie, Wassergymnastik oder Lymphdrainage, werden auch soziale Maßnahmen (Sozialberatung) und edukative Therapien (psychologische Beratungen) angeboten, die eine bessere Anpassung an die neue Lebenssituation ermöglichen sollen. Mit Beendigung der Rehabilitation wird für die Patienten ein Nachsorgeplan erstellt, um auch nachfolgend eine weitere Verbesserung der psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit zu unterstützen (DRV, 2011b).

2.2.2 Rehabilitations-Outcome und Inanspruchnahme bei Brustkrebs

Neben einem gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation fordert der Gesetzgeber auch sogenannte Qualitätssicherungsprogramme (SGB IX §20), um die Qualität und Effektivität von Reha-Zentren weiterhin zu gewährleisten. Es werden die Qualität der Struktur, des Prozesses und des Ergebnisses sowie die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit fortlaufend überprüft und damit das Rehabilitations-Outcome positiv beeinflusst (AOK-Bundesverband et al., 2004). In vielen Studien wurde bereits eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes durch eine Anschlussrehabilitation aufgezeigt (Heim et al., 2001; Kramer et al., 2003) sodass auch zukünftig die Kosten für eine AHB oder AR von den gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherungen übernommen werden. Neben der Qualität der Einrichtungen gibt es noch zahlreiche andere Faktoren, die auf das Outcome onkologischer Rehabilitation einwirken. Unter den Brustkrebspatientinnen sind es insbesondere die Frauen mit einer psychischen Komorbidität oder einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit, die signifikant von einer stationären onkologischen Rehabilitation profitieren (Heim et al., 2001; Kramer et al., 2003; Mehnert & Koch, 2008). In weiteren Studien wird außerdem berichtet, dass eine stationäre Rehabilitation vor allem positive Effekte in somatischen und psychosozialen Bereichen mit sich bringt und besonders bei „vitaler Erschöpfung“, „Depressivität“ und „Angstzuständen“ zur Verbesserung beitragen kann (Hartmann et al., 2007; Heim et al., 2001; Teichmann, 2002). Wichtig erscheint die frühe Erkennung solcher Begleiterkrankungen, damit der Therapieplan dementsprechend frühzeitig angepasst wird.

Eine weitere Studie konnte belegen, dass der Reha-Erfolg umso größer ist, wenn der somatische Eingangsstatus niedrig (d. h. Patienten mit mehr körperlichen Beschwerden), der psychosoziale Eingangsstatus hoch (d. h. Patienten, die psychisch stabiler sind) und das Alter oder die vorliegende Reha-Motivation hoch sind (Farin, 2005). Auch ältere Frauen können daher von einer AHB profitieren, jedoch werden in vielen Studien hochbetagte Tumorpatientinnen ausgeschlossen, obwohl der Erfolg einer Rehabilitation, in diesem Fall mit dem Ziel der Verhinderung einer Pflegebedürftigkeit und Erhalt der Selbstständigkeit, längst nachgewiesen wurde (Martin et al., 2000). Als Begründung hierfür heißt es, dass diese Patienten/innen schon bedingt durch das höhere Alter häufig mehr Begleiterkrankungen und Therapie-Unwillen aufweisen und deshalb öfters von ihren Arzt/Ärztin und Einrichtungen kritisch hinterfragt würden (Singer & Schulte, 2009).

Über die Inanspruchnahme einer Rehabilitation wurden bisher nur wenige Studien durchgeführt. Derzeitige Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass vor allem Patienten mit einer positiven Einstellung gegenüber psychologischen Behandlungsangeboten eher eine onkologische Rehabilitation in Anspruch nehmen und davon profitieren, wohingegen Patienten/innen mit einer ablehnenden Haltung einen geringeren Behandlungserfolg aufweisen (Yeom & Heidrich, 2009). In einem Bericht der Deutschen Rentenversicherung heißt es zudem, dass bereits seit 2005 ein Anstieg an Anträgen und Bewilligungen bezüglich einer Kostenübernahme für eine medizinische Rehabilitation (AHB) zu verzeichnen ist. Im Jahr 2008 betrug der Anteil onkologischer Erkrankungen in der Rehabilitation ca. 20%, wobei Brustkrebs und Krebserkrankungen der Verdauungsorgane dominierten. Insgesamt wurden zu diesem Zeitpunkt rund eine Million Bewilligungen für eine medizinische Rehabilitation ausgesprochen. Den größten Anteil mit 70-90% bildete dabei die stationäre Form und lediglich 10-30% entfielen auf ambulante Rehabilitationen (Klosterhuis et al., 2009).

2.3 Allgemeine Nachsorge

„Disease Management Programme“ sind heutzutage integrierter Bestandteil in der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in Brustzentren und beinhalten ein kontrolliertes Diagnose- und Therapieangebot nach aktuellen Qualitätsanforderungen (Krebsinformationsdienst KID, 2011). Die allgemeine Nachsorge nach einer Rehabilitation umfasst verschiedene Angebote, die in der Regel individuell an die Bedürfnisse der Patientinnen angepasst sein sollten. Im Allgemeinen kann eine psychologische Erstbetreuung oder Sozialberatung bereits im Krankenhaus in Anspruch genommen werden. Hauptsächlich werden jedoch während des Rehabilitationsprogrammes psychologische Angebote bereitgestellt, die von den Patientinnen auch überwiegend gut angenommen werden. Um auch nach der Rehabilitation die erlernten Bewältigungsstrategien zu stabilisieren, wird empfohlen, auch nach Abschluss der Rehabilitation weiterhin eine psychologische Hilfe aufzusuchen. Die Empfehlung und Indikation für eine psychosoziale Nachsorge wird seitens der Ärzte und Therapeuten ableitend aus den erkennbaren somatopsychischen Störungen und entsprechend der individuellen Diagnose und Motivation der Patientinnen gestellt (Neises, 2008).

2.3.1 Formen der Nachsorgeangebote

Es gibt verschiedene Nachsorgeprogramme, um die emotionale und funktionale Lebensqualität nach einer Rehabilitation entsprechend der Krankheitsbewältigung zu stabilisieren bzw. weiterhin zu verbessern. Zum Stressabbau gibt es eine Vielzahl von Interventionsprogrammen wie zum Beispiel Entspannungsverfahren, Stressmanagement-Schulungen, kognitive Verhaltenstherapien und supportive Psychotherapien, die in Form von Einzel- oder Gruppensitzungen angeboten werden (Neises, 2008). Daneben stellt die Behandlung der körperlichen Beschwerden einen besonderen Schwerpunkt dar. Insbesondere bei Patientinnen mit Ernährungsproblemen, meist Frauen mit einem BMI ≥ 25, werden Ernährungsberatungen angeboten (Demark-Wahnefried et al., 2006). Bei erhöhter Müdigkeit oder funktionellem Kapazitätsverlust gibt es zahlreiche Bewegungsprogramme, die eine nachgewiesene Verbesserung der funktionellen, aber auch kognitiven Leistungsfähigkeit aufweisen (Mutrie et al., 2007). Neben solchen Kursangeboten

gibt es auch häusliche Intervention, vor allem wenn die Patientinnen nicht mehr in der Lage sind, an Kursen außer Haus teilzunehmen. In diesem Fall ist neben der Schulung der Brustkrebspatientin auch die Einbeziehung der Familie besonders wichtig (Smith Blesch, 1996). In der Regel erstellt ein qualifiziertes Team (z.B. Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Psychologen) zu Beginn der Nachsorge einen zielorientierten Therapieplan, der entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen in Abhängigkeit von körperlichen und psychischen Einschränkungen auch später noch modelliert werden kann (Smith Blesch, 1996). Ein von der Deutschen Rentenversicherung öffentlich gefördertes Nachsorgeprogramm „IRENA“ (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) ist ein wohnortnahes, zeitnahes und in Gruppen stattfindendes Nachsorge-programm, dass insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. psychischen und psychosomatischen Störungen (PS), in Anschluss an eine Rehabilitation angeboten wird. Ziel ist die wohnortnahe und zeitnahe Nachsorge, um die Nachhaltigkeit von Kompensationsstrategien und Verhaltensänderungen nach einer Rehabilitation im Alltag zu erhöhen (DRV, 2011a). Analog zu IRENA gibt es derzeit das Nachsorge-Programm „Curriculum Hannover“, das ebenfalls von der DRV in über 30 Städten für Patienten/-innen mit einer psychischen oder psychosomatischen Störung angeboten wird.

2.3.2 Outcome von Nachsorgeangeboten

Über das Outcome von Nachsorgeangeboten liegen derzeit unterschiedliche Studienergebnisse vor. Im Allgemeinen konnte bisher festgestellt werden, dass das Outcome von Nachsorgeangeboten überwiegend von der Motivation der Brustkrebspatientinnen abhängt (Neises, 2008). So kann eine psychotherapeu-tische Intervention in Form von Einzel- oder Gruppentherapie bei ausreichender Motivation, unabhängig von der Tumorlokalisation und dem Alter der Patientin, den Abbau von Ängsten und Unsicherheiten fördern (Neises, 2008). Betrachtet man die funktionellen Bereiche der Patientin sind es vor allem abgestimmte Bewegungs- und Ernährungsprogramme, die zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit mit angeboten werden (Demark-Wahnefried et al., 2006; Emslie et al., 2007).

Im Bereich der häuslichen Nachsorge stützt sich der Erfolg von Nachsorgeprogrammen, neben der Motivation der Patientinnen, auch auf die Unterstützung durch Familienangehörige und auf ausreichende soziale, finanzielle und zwischenmenschliche Ressourcen (Smith Blesch, 1996). In vergleichbaren Studien konnte diesbezüglich ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem Outcome von Behandlungsprogrammen nachgewiesen werden. So zeigte sich in einer Studie mit Prostatakrebspatienten ein signifikanter Zusammenhang zwischen höheren Schulabschlüssen und größerem Nutzen von Nachsorgeprogrammen hinsichtlich einer verbesserten körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit (Knight et al., 2007).

2.3.3 Subjektiver Bedarf und Inanspruchnahme bei Brustkrebspatientinnen

Trotz vieler unterschiedlicher Angebote an psychosozialer Unterstützung ist die Inanspruchnahme an Nachsorgeprogrammen bei Brustkrebspatientinnen als verbesserungswürdig anzusehen. In einer Langzeitstudie über Brustkrebspatientinnen konnte aufgezeigt werden, dass etwa 38% der Patientinnen keine Nachsorge in Anspruch nehmen, obwohl in vielen Studien bereits ein deutlicher Bedarf und Nutzen festgestellt werden konnte (Kaufmann & Ernst, 2000; Mehnert & Koch, 2008). Hierzu lassen sich in der Literatur mehrere Ursachen finden. Eine mögliche Begründung für die geringe Inanspruchnahme ist, dass die Patientinnen von vielen Nachsorgeprogrammen keine Informationen erhalten. Hierzu zählen die fehlende Aufklärung durch den behandelnden Onkologen (Mehnert & Koch, 2008) oder dessen fehlende Empfehlung an psychologischer Intervention (Neises, 2008). Ein weiterer Grund könnte sein, dass viele Frauen eine ablehnende Haltung speziell gegenüber Selbsthilfegruppen aufweisen. Ein entsprechendes Studienprogramm konnte darlegen, dass manche Patientinnen trotz ihrer Vorurteile gegenüber Selbsthilfegruppen zugleich eine vergleichbare Intervention, mit Schwerpunkt auf eine körperliche Betätigung, gut angenommen und umgesetzt hatten. Ungeachtet der negativ beurteilten Selbsthilfegruppe wurden die Vorzüge der Interventionsgruppe und insbesondere die Unterstützung durch die weiteren Teilnehmerinnen von den Patientinnen hoch eingeschätzt (Emslie et al., 2007).

2.3.3.1 Studiendaten zum Alter, Bildungsniveau und Informationsstatus

In Bezug auf das Alter, das Bildungsniveau und den Informationsstatus der Brustkrebspatientinnen weisen derzeitige Studien darauf hin, dass eher jüngere Frauen, die einen höheren Schulabschluss aufweisen und gut über weiterführende Angebote informiert sind (z. B. über ihre behandelnden Ärzte, medizinischen Fachgesellschaften, Krankenkassen, Krebsberatungsstellen und pharmazeutischen Herstellern), bevorzugt eine psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen (Mehnert & Koch, 2008; Rehse, 2008). Laut einer europäischen Studie zur Erkennung und Verbesserung von Defiziten bezüglich der Information und Aufklärung bei krebskranken Frauen (CAWAC-Umfrage; Caring About Women and Cancer) heißt es, dass der Informations- und Unterstützungsbedarf in Deutschland gerade bei jüngeren Frauen sehr hoch sei, obwohl gerade diese Frauen die gegebenen Angebote als unzureichend empfinden und Selbsthilfegruppen wenig nutzen (Kaufmann & Ernst, 2000). Dabei würden vor allem jüngere Frauen mit einem mittleren Bildungsabschluss vermehrt unter krebsbedingten Stresssymptomen und großen Ängsten bezüglich eines erneuten Auftretens der Brustkrebserkrankung leiden und zudem große Schwierigkeiten aufzeigen, ein normales Leben nach einer abgeschlossenen Krebsbehandlung zu führen (Costanzo et al., 2007). In einer web-basierten Studie bezüglich eines Vergleiches von Altersstufen konnte des Weiteren aufgezeigt werden, dass es Unterschiede im sozialen Bereich des Netzwerks gibt. So beanspruchten besonders ältere Brustkrebspatientinnen die familiäre Unterstützung und jüngere Frauen suchten sich eher Personen, die neues Wissen vermittelten konnten und zudem gemeinsame Interessen aufzeigten (Ashida et al., 2009).

2.3.3.2 Studiendaten zur sozialen Unterstützung und zu familiären Verhältnissen

Über die soziale Unterstützung bzw. familiären Verhältnisse konnten bisher alters abhängige Unterschiede in der Wahl des unterstützenden Umfelds aufgezeigt werden. In einer Netzwerkstudie über Brustkrebspatientinnen heißt es, dass vor allem ältere Patientinnen eher festere und familiäre Bindungen mit Netzwerkmitgliedern eingehen, dagegen jüngere Frauen häufiger ihr Umfeld entsprechend ihrer Gemütslage durch neue Kontakte anpassen (Ashida et al., 2009). Unter den

an brustkrebserkrankten Frauen sind es insbesondere die Frauen ohne Partner (Neises, 2008) und mit wenig sozialer Unterstützung (Mehnert & Koch, 2008), die häufiger eine psychische Komorbidität aufzeigen und somit eher auf Unterstützung angewiesen sind. Zudem zeigte sich in Studien über Brustkrebspatientinnen bezüglich Stressanfälligkeit nach abgeschlossener Krebsbehandlung, dass insbesondere die Frauen, die geschieden oder getrennt lebend waren, häufiger eine Studie abbrachen als Verheiratete oder Singles (Costanzo et al., 2007). Die klassische geschlechtsspezifische Rollenverteilung in Bezug auf Kinderbetreuung und häusliche Pflichten stellt darüber hinaus ein großes Hindernis der Inanspruchnahme einer Nachsorgebehandlung dar. Eine qualitative Studie über Brustkrebspatientinnen berichtete, dass viele Frauen neben ihrer Krebserkrankung auch mit der Versorgung Ihrer Kinder sowie der Verbesserung und Aufrechterhaltung familiärer Beziehungen derart belastet sind, dass diese sich nicht vorstellen könnten darüber hinaus anderen in einer Gruppe zu helfen und keine Kraft übrig hätten, an Angeboten wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen teilzunehmen. Besonders deutlich zeigte sich dieses ablehnende Verhalten bei Brustkrebspatientinnen mit sehr jungen Kindern, bei der die Rolle „eine gute Mutter zu sein“ die Suche nach Unterstützung in einer Gruppe stark zurückstellt hatte (Emslie et al., 2007).

2.3.3.3 Studiendaten zur Selbstwirksamkeitserwartung und zum subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Bei der Selbstwirksamkeitserwartung und dem subjektiven Bedarf an Nachsorge zeigte sich in Studien, dass ein kurzes Zeitintervall zwischen Diagnosestellung und Nachsorgeangeboten sich positiv auf die Bereitschaft zur Teilnahme auswirkt und besonders jüngere Frauen mehr Zuversicht für eine gesündere Lebensumstellung mitbringen (Demark-Wahnefried et al., 2006). Einige Frauen gaben an, nach ihrer Diagnosestellung besonders empfindlich und wachsam gegenüber ihrem Körper gewesen zu sein und vor allem Bewegungsprogramme als gute Ablenkung zu den üblichen Krankenhausprogrammen zu empfinden (Emslie et al., 2007). Ebenso zeigte sich in einer kürzlich veröffentlichten Studie über Stressprädiktoren bei Brustkrebspatientinnen, dass auch die Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung der

Krebserkrankung einen großen Stellenwert einnimmt. Frauen mit einem starken Gefühl der Kontrolle über ihr Leben würden zuversichtlicher in die eigenen Bewältigungsstrategien sein als diejenigen, die ein schwächeres Gefühl aufzeigten (Henselmans et al., 2010).

2.3.3.4 Studiendaten zur Grundeinstellung gegenüber psychosozialer Intervention

In einigen Studien wird bereits über den Einfluss der Grundeinstellung gegenüber psychosozialer Intervention berichtet. So konnte aufgezeigt werden, dass vor allem die Einstellung der Patientin aber auch die Einstellung der behandelnden Ärzte/-innen Auswirkungen auf das Nachsorgeergebnis hat (Yeom & Heidrich, 2009). Eine negative Grundeinstellung seitens der Patientin und den behandelnden Ärzte/-innen könnte eine weiterführende Behandlung erschweren. So zeigte sich bei älteren Brustkrebspatientinnen (> 64 Jahre) ein signifikanter Zusammenhang zwischen negativer Grundeinstellung und einer geringeren Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe mit dem Resultat einer deutlich verringerten Lebensqualität (Yeom & Heidrich, 2009). Wie groß der Einfluss des Alters auf die Grundeinstellung der Patientinnen war, lies sich aus der Studie nicht eindeutig entnehmen. Die Auswirkung der Grundeinstellung war jedoch deutlich erkennbar. Zudem weisen Brustkrebspatientinnen mitunter Vorurteile gegenüber psychosozialen Nachsorgemaßnahmen auf, die besonders gegenüber Selbsthilfegruppen zu finden sind (siehe Abschnitt 2.3.3). Eine qualitative Studie bezüglich der Erfahrung von Brustkrebspatientinnen in einer Sportgruppe mit Selbsthilfegruppen-Charakter konnte aufzeigen, dass die Mehrzahl der Teilnehmerinnen, trotz positiver Einstellung bezüglich ihrer Behandlungsgruppe, eine besonders ablehnende Haltung gegenüber Selbsthilfegruppen aufwies. So definierten die Brustkrebspatientinnen die Teilnehmerinnen einer klassischen Selbsthilfegruppe als „depressiv“ und „Frauen ohne genügend Freunde“. Sie sagten aus, dass eine Selbsthilfegruppe „nicht für mich zutreffend“ wäre und begründeten dies mit „als ob der Krebs alles im Leben wäre“. Im Widerspruch dazu empfanden sie jedoch ihre eigene Gruppenzugehörigkeit als sehr wichtig und nützlich und fühlten sich besonders durch andere Kursteilnehmer/-innen und den Kursleiter/-innen motiviert (Emslie et al., 2007). Im Vergleich zu dieser Studie ist es wichtig anzumerken,

dass auch sehr viele Patientinnen angeben von einer Selbsthilfegruppe zu profitieren, weil diese eine große Unterstützung darstellen würde. Besonders die Anteilnahme und das Verständnis von ebenso Betroffenen würden diesen Frauen einen geschützten Rahmen bieten, in dem sie sich austauschen und Probleme ansprechen könnten (Sommer, 2011).

2.3.3.5 Studiendaten zur Staatsangehörigkeit

Über einen Einfluss der Staatsangehörigkeit zum psychotherapeutischen Bedarf konnten keine Studienergebnisse gefunden werden. In diesem Fall wurde explorativ untersucht.

2.4 Internetbasierte Nachsorge

Viele Patientinnen haben einen großen Informationsbedarf über ihre Krebserkrankung. Zum einen gilt der Arzt/die Ärztin als wichtigste Anlaufstelle für ungeklärte Fragen, zum anderen werden auch Krebsratgeber, Fachliteratur, Funk- und Fernsehen und besonders das Internet vermehrt zum Selbststudium genutzt (Scheibler et al., 2006). Die Umstellung vom Papierformat hin zu web-basierten Informationen wurde bereits in einigen Studien untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Nutzung des Internets zu einer signifikanten Wissenszunahme und einer positiven Verhaltensänderung beiträgt (Wantland et al., 2004). In den letzten Jahren sind die Angebote an web-basierten Informationen gestiegen. Dies lässt sich im Allgemeinen durch die insgesamt steigende Anzahl von Informationsangeboten bezogen auf das Thema „Brustkrebs“ in Google und PubMed verdeutlichen. Während die Anzahl der Treffer in Google für den Begriff „Brustkrebs“ im Jahr 2003 bei 79.800 Treffer lag, gab es im Jahr 2005 schon 705.000 und im Jahr 2011 sogar 969.000 Treffer[1] (Schmidt-Kaehler, 2005). Bei PubMed erkennt man ebenso eine ansteigende Tendenz. So finden sich zum jeweiligen Beginn des Jahres 2003 134.173 veröffentlichte Publikationen, für das Jahr 2005 bereits 153.614 und im Jahr 2011 sogar 224.716 Publikationen zu dem Suchbegriff „breast cancer“[2].

[1] Eigene Recherche, 2011 (http://www.google.de)
[2] Eigene Recherche, 2011 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

2.4.1 Formen internetbasierter Nachsorgeangebote

Viele Patientinnen mit chronischen Erkrankungen haben Schwierigkeiten im Anschluss an eine Rehabilitation die erlernten Bewältigungsstrategien im Alltag umzusetzen und bedürfen einer anschließenden Nachsorge, die zum Teil nicht gewährleistet ist. In einem Bericht der WHO von 2006 wird bereits auf die bestehenden Versorgungslücken an psychosozialer Behandlung in Europa hingewiesen[3] und gefordert[4], eine „umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen“ (WHO, 2006). Neuere Studien weisen darauf hin, dass die Nutzung von internetbezogenen Nachsorgeprogrammen diese Versorgungslücken schließen können. Derzeit gibt es jedoch nur wenige computervermittelte, poststationäre Nachsorge-Angebote, doch die Zahl ist weiterhin ansteigend.

Ein Programm „Internet-Chat-Brücke“ wurde bereits 2001 in Zusammenarbeit zwischen der Techniker Krankenkasse (TK), den Panorama Fachkliniken und der Forschungsstelle für Psychotherapie des Universitätsklinikum Heidelbergs (FOST) erarbeitet und sieht eine Nachbetreuung poststationärer Psychotherapiepatienten vor. Die Zufriedenheit und Anwesenheitsrate nach Inanspruchnahme bestätigt den Erfolg dieses Angebots. Die Abbruchrate lag bei lediglich 9.4% und 83.7% der Teilnehmer gaben an, die Internetbrücke für „sinnvoll“ zu halten (Kordy et al., 2011; Wangemann & Golkaramnay, 2004). Als besonders vorteilhaft des web-basierten Verfahrens gegenüber üblichen Therapieangeboten sind die in Abbildung 2 dargestellten Punkte.

[3] Siehe S.3 „Behandlungslücken“ (WHO, 2006)
[4] Siehe S.11 „Prioritäten“ (WHO, 2006)

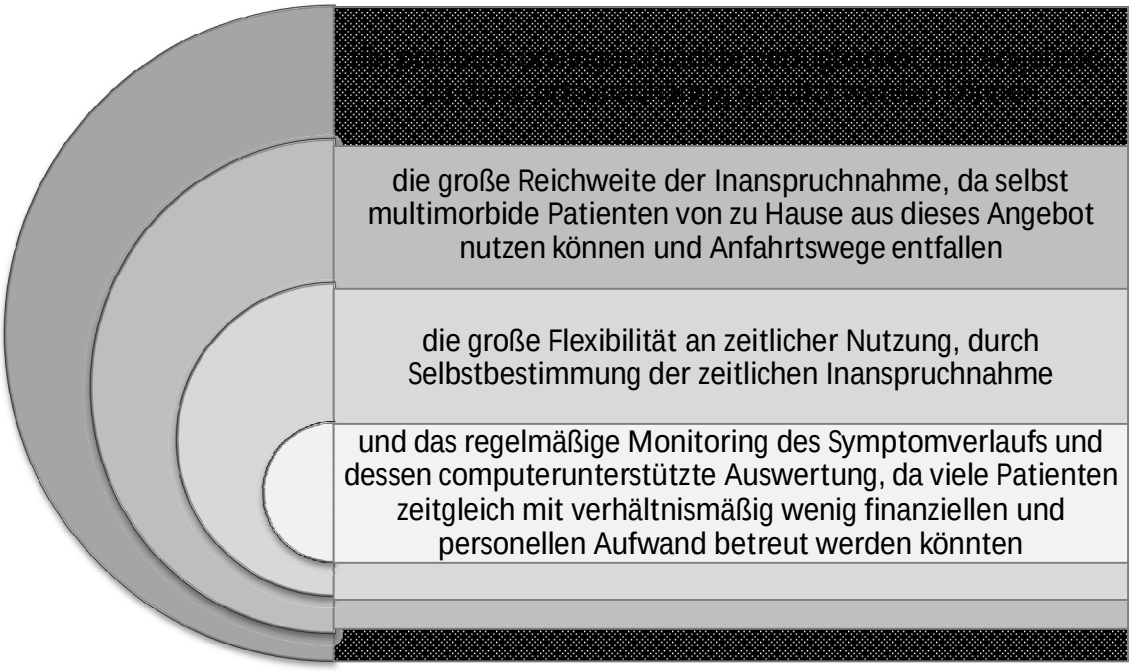


Abbildung 2, Möglichkeiten der computergestützten Kommunikationsanalyse in Internet-Chatgruppen (Zimmer et al., 2008)

Auch wenn keine Computerkenntnisse für diese Therapieangebote vorausgesetzt werden, so erscheinen sie doch als vorteilhaft, denn der Umgang mit dem Internet könnte besonders für ältere Patientinnen, die keine Computerkenntnisse mitbringen, eine zusätzliche Hürde darstellen. Um dem entgegenzuwirken, werden heutzutage Internetbetreuer zur Verfügung gestellt, die zu gewissen Zeiten Hilfestellungen im Umgang mit dem Computer anbieten.

2.4.2 Studienergebnisse über web-basierte Informationen

Studien deuten an, dass ein höheres Einkommen und eine bessere Schulbildung als Prädiktoren für eine häufigere Internetnutzung gelten (Fogel et al., 2002). In Deutschland sind es vor allem jüngere Frauen mit einer höheren Schulbildung (z.B. Hochschulabschluss), die sich häufiger über das Internet informieren und zugleich diesen Informationsgewinn für eine aktive Entscheidungsteilnahme bei Ärzten/-innen einsetzen (Scheibler et al., 2006). Dabei wurde in dieser Studie nicht vollständig geklärt, ob das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch

diese Internet-Informationen auch negativ beeinflusst werden könnte. Es wird berichtet, dass viele dieser Patientinnen falsche Informationen von zutreffender Literatur im Internet nicht unterscheiden könnten und bedingt durch diese Falschinformationen einer Arztmeinung kritisch gegenüber stünden (Scheibler et al., 2006). Eine weitere Studie über die Nutzung des Internets insbesondere bei Patientinnen mit einer nachgewiesenen Depression, konnte die Effektivität der Behandlung über das Internet ebenfalls bestätigen. So zeigten diese Patientinnen geringere depressive Symptome im Vergleich zur Kontrollgruppe (Christensen et al., 2004).

2.4.3 Outcome bei krebsspezifischer, web-basierter Nachsorge

Das Internet ist mit seiner weigehend unbegrenzten zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit als Nachsorgeinstrument sehr geeignet, um ein breites Spektrum von Patienten/-innen zu erreichen, insbesondere wenn Patienten berufstätig oder anderweitig stark eingebunden sind (z.B. Kinderbetreuung, Pflege von Verwandten). Jüngeres Alter stellt dabei einen Prädiktor für eine häufigere Internetnutzung dar und erhöht die Inanspruchnahme einer internetgestützten Intervention (Scheibler et al., 2006). In einer web-basierten Studie über Brustkrebs-patientinnen wurde festgestellt, dass gerade ältere Frauen länger bestehende Kontakte pflegten und einen größeren Anteil an familiären Bindungen aufwiesen (siehe 2.3.3.2). Jüngere Brustkrebspatientinnen hingegen wechselten häufiger ihre Verbindungen, was einer Änderung ihrer Gemütslage zugeschrieben wurde (Ashida et al., 2009). Eine Studie berichtet sogar, dass eine web-basierte im Vergleich zu einer nicht-web-basierten Intervention, das Outcome der Patienten mit chronischen Erkrankungen, insbesondere die körperliche und psychische Gesundheit betreffend, signifikant verbessern soll. Als Parameter galten hierbei der Wissenserwerb und eine positive Verhaltensänderung (Wantland et al., 2004).

3. Arbeitshypothesen und Fragenstellung

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt, werden viele an Brustkrebs erkrankte Frauen vor besondere Probleme gestellt, die eine umfangreiche psychosoziale Unterstützung notwendig erscheinen lassen. Dennoch gibt es Defizite bei der Inanspruchnahme vorhandener Nachsorgeangebote und es stellt sich die Frage, welche Faktoren den subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge beeinflussen. Bis jetzt ist nicht ausreichend untersucht worden, welche Prädiktoren vorliegen müssen, damit Nachsorgeangebote wie z.B. Selbsthilfegruppen hinreichend genutzt werden. In der vorliegenden Arbeit wird deshalb folgende Fragestellung bearbeitet und hinsichtlich der genannten Hypothesen untersucht:

Fragestellung: Was sind Prädiktoren des subjektiven Bedarfs an psychosozialer Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen?

H1: Jüngere Brustkrebspatientinnen und Patientinnen mit einem höheren Bildungsniveau begeben sich häufiger in eine psychosoziale Nachsorge.

H2: Brustkrebspatientinnen mit einem größeren Bedarf an Informationen nehmen häufiger an Nachsorgeprogrammen teil.

H3: Brustkrebspatientinnen in einer festen Partnerschaft sowie Patientinnen ohne Kinder begeben sich häufiger in eine psychosoziale Nachsorge.

H4: Brustkrebspatientinnen mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung nehmen häufiger psychosoziale Nachsorgeprogramme in Anspruch.

H5: Brustkrebspatientinnen mit einer negativen Grundeinstellung lehnen häufiger psychosoziale Nachsorgeprogramme ab.

H6: Brustkrebspatientinnen mit deutscher Staatsangehörigkeit begeben sich häufiger in eine psychosoziale Nachsorge.

4. Methode

4.1 Hintergrund

Im Rahmen des BMBF/DRV-Projektes „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation – Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“ wurde unter anderem eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung von Brustkrebspatientinnen durchgeführt und die Veränderung des subjektiven Bedarfs an psychosozialer Betreuung bezüglich einer Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation ermittelt. Innerhalb der Qualitätssicherung der Rehabilitationskliniken erfolgte neben der Klinikdokumentation eine Befragung der Patientinnen mit standardisierten Fragebögen, die zu Beginn (Baseline-Erhebung, Messzeitpunkt 1) und zum Ende der Rehabilitation (t0-Erhebung, Messzeitpunkt 2) ausgegeben wurden. Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen fand zum einen in der Paracelsus-Klinik am See (Bad Gandersheim) und zum anderen in der Nordfrieslandklinik (St. Peter-Ording) statt. Die Dateneingabe und Auswertung erfolgte in Hamburg, im Institut für Medizinische Psychologie (Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf) unter der Leitung von Prof. Dr. Holger Schulz.

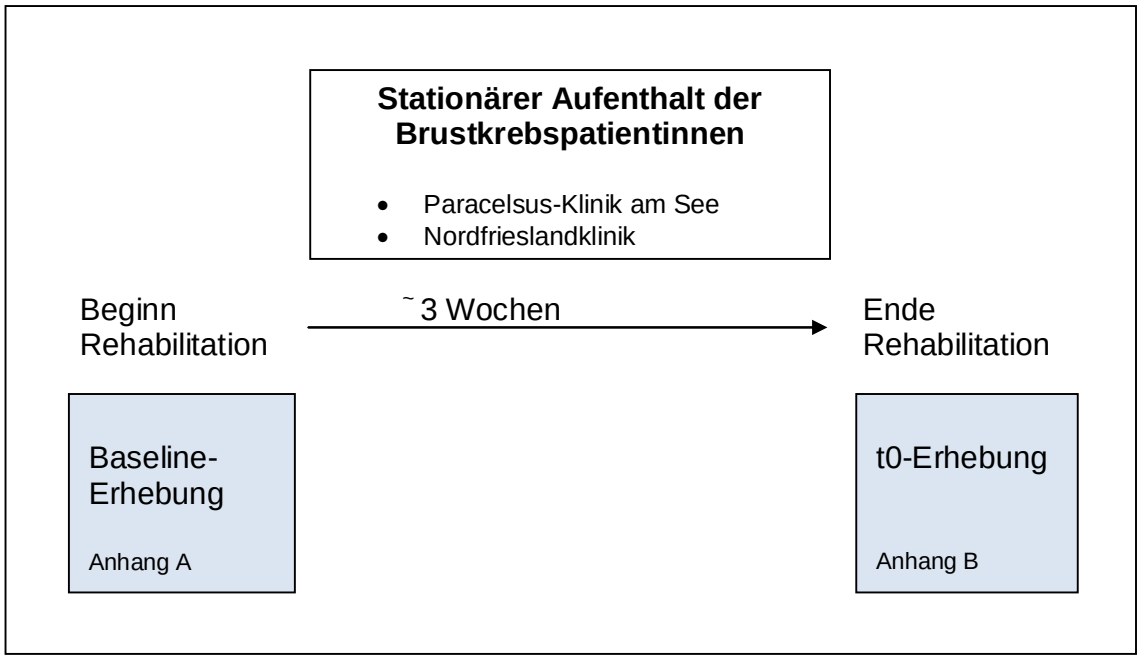


Abbildung 3, Schematische Darstellung der Datenerfassung

4.2 Stichprobenbeschreibung

Die Fragestellung und die aufgestellten Hypothesen (siehe Abschnitt 3) sollten anhand einer repräsentativen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen im Verlauf einer stationär onkologischen Rehabilitationsbehandlung untersucht werden. Hierzu erfolgte eine Gruppeneinteilung der Patientinnen hinsichtlich eines psychotherapeutischen Nachsorgebedarfs „Bedarf Ja/Nein“ (siehe Abschnitt 4.2.3 Gruppeneinteilung der Stichprobe). Die Bedarfsgruppen wurden zur Untersuchung möglicher Prädiktoren miteinander verglichen (siehe Auswertung 4.4).

4.2.1 Allgemeine Datengewinnung

Von den ursprünglich erhobenen Datensätzen von n=1995 Patienten/-innen mit verschiedenen onkologischen Erkrankungen wurde eine Einteilung in Diagnosegruppen nach ICD-10 vorgenommen. Für die vorliegende Arbeit wurde lediglich die Teilstichprobe der Brustkrebspatientinnen C50, „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]“ (DIMDI, 2011) für die Auswertung herangezogen. Insgesamt wurden n=1095 Patienten/-innen mit Brustkrebs bezüglich ihrer Lebenssituation und ihres Gesundheitszustandes befragt. Der Anteil der Frauen betrug 99.7%, der Anteil der Männer 0.3%. Bedingt durch die geringere Anzahl männlicher Patienten mit Brustkrebs erfolgte nur eine Auswertung der Fragebögen der Frauen (n=1088). 456 Brustkrebspatientinnen wurden in der Paracelsus-Klinik und 632 Patientinnen in der Nordfrieslandklinik behandelt.

4.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Einschlusskriterien für die Stichprobe galten folgende Voraussetzungen:

- eine vorliegende oder stattgehabte Brustkrebserkrankung
- weibliches Geschlecht
- mehr als drei Tage stationäre Behandlung
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse
- keine schwere Depression bzw. akute, rezidivierende oder chronische Suizidalität
- keine akute psychotische Symptomatik

4.2.3 Gruppeneinteilung der Stichprobe

Die Gruppeneinteilung der Brustkrebspatientinnen erfolgte anhand einer ausgewählten Frage am Ende der Rehabilitation zum Thema „Bedürfnis nach Unterstützung“: „Haben Sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den Wunsch mit jemandem über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?“. Unter den 1088 Brustkrebspatientinnen gab es insgesamt 801 Patientinnen, die in die Gruppen „**Bedarf Ja“ (X1)** und **„Bedarf Nein“ (X0)** eingeteilt worden sind. Die übrigen 287 Patientinnen haben diese Frage nicht beantwortet, sodass eine Zuordnung in eine der beiden Gruppen nicht möglich war (siehe Tabelle 1 bzw. Anhang B).

Tabelle 1, Gruppeneinteilung anhand der ausgewählten Frage

Frage: „Haben Sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den Wunsch, mit jemanden über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?“			
Antwortmöglichkeiten	**Gruppenzuordnung**		**Anzahl der Brustkrebs-patientinnen**
1 Überhaupt nicht	->	„Bedarf Nein“ (X0)	317
2 ein wenig 3 ziemlich 4 stark 5 sehr stark	->	„Bedarf Ja“ (X1)	484
Frage nicht beantwortet	Keine Zuordnung möglich		287

4.3 Verwendete Instrumente

Für die prospektive Studie wurde eine schriftliche Befragung bei Brustkrebspatientinnen zu zwei Messzeitpunkten während des Rehabilitationsaufenthaltes (Baseline, t0) durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte in der Zeit von 05/2008 bis 07/2010 in der Rehabilitationsklinik Paracelsus-Klinik, Am See (Bad Gandersheim) und von 01/2009 bis 12/2010 in der Hamm-Klinik Nordfriesland (St. Peter-Ording). Brustkrebspatientinnen, die die Einschlusskriterien für die Studie erfüllten, wurden gebeten zu Beginn ihrer Rehabilitation einen Baseline-Fragebogen ($t_{Baseline}$) und zum Ende einen t0-Fragebogen (t_0) auszufüllen (siehe Abbildung 3). Die Bearbeitungszeit pro Fragebogen betrug zwischen 20 und 40 Minuten. In 767 Fällen wurde nur der Baseline-Fragebogen und bei 801 Patienten nur der t0-Fragebogen ausgefüllt. Insgesamt konnten bei 767 Patientinnen Verlaufsdaten zu zwei Messzeitpunkten ($t_{Baseline;}$ t_0) ermittelt werden. Zur Untersuchung der Fragestellung und Hypothesen wurden folgende Abschnitte der Fragebögen ausgewertet (siehe hierzu auch Abschnitt 4.5):

Baseline-Erhebung (Beginn Rehabilitation, Messzeitpunkt 1):

- Datum des Rehabilitationsbeginns (Baselineeintritt)
- Geburtsdatum der Patientin (Berechnung des Alters zu Beginn der Rehabilitation)

t0-Erhebung (Ende der Rehabilitation, Messzeitpunkt 2):

- soziodemographische Angaben
- Angaben zu Informationen/Informationsquellen bezüglich der Erkrankung
- SWE-Fragebogenskala zur Ermittlung der Selbstwirksamkeitserwartung/ Empowerment (Gütekriterien siehe 4.5.5 Selbstwirksamkeitserwartung)
- Angaben zur Grundeinstellung über psychotherapeutische Behandlungen
- Motivationsfragebogen „FPTM-23 – Skala zur Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ (Gütekriterien siehe 4.5.6 Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung)

4.4 Statistische Auswertung

Das Patientenkollektiv wurde nach potenziellen Prädiktoren untersucht, die den subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge aufzeigen. Hierzu wurden Vergleiche zwischen den Gruppen „Bedarf Ja/Nein“ (siehe 4.2.3) hinsichtlich nachfolgender Variablen durchgeführt. Als mögliche Prädiktoren kamen das Alter, das Bildungsniveau, der Informationsstatus, die familiären Verhältnisse, die Selbstwirksamkeitserwartung, die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung und die Staatsangehörigkeit von Brustkrebspatientinnen infrage. Die Auswahl der Prädiktoren erfolgte überwiegend literaturbasiert.

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit dem Statistikprogramm PASW (Predictive Analytics Software, Version 18.0) durchgeführt. Eine erste Analyse der Daten erfolgte zunächst über deskriptive Statistik. Anhand der Fragestellung und aufgestellten Hypothesen wurde ein Vergleich der Gruppen „Bedarf Ja“ (X1) und „Bedarf Nein“ (X0) hinsichtlich absoluter Häufigkeiten bzw. gültiger Prozente, Mittelwerte und Standardabweichungen vorgenommen. Neben der deskriptiven Auswertung wurden auch uni- und multivariate Verfahren angewandt. Bei metrischen Angaben wie z. B. dem Alter der Patientinnen oder der Anzahl ihrer Kinder (siehe 4.5.4), die einer Normalverteilung entsprachen, wurden Mittelwert-vergleiche mit einem t-Test (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha=0.05$ für unabhängige, intervallskalierte Variablen) untersucht und die mittlere Differenz mit dem dazugehörigen Konfidenzintervall bestimmt. Zur Berechnung von Unterschieden zwischen soziodemographischen Merkmalen wie z. B. der schulischen Ausbildung oder dem höchsten Berufsabschluss (siehe 4.5.2) wurden Kreuztabellen aufgestellt und zum Chi-Quadrat-Test nach Pearson (für nominal oder ordinal skalierte Variablen) der dazugehörige p-Wert sowie das Odds Ratio (OR) bestimmt. Bei der Auswertung der Selbstwirksamkeitserwartung mittels SWE-Skala erfolgte vor Durchführung der Gruppentests eine Überprüfung auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test. Eine statistisch signifikante Abweichung von der Normalverteilung entsprach ein $p<0.05$. In diesem Fall wurde der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test (bei unabhängigen, nicht normal-verteilten Stichproben) angewendet.

Nachfolgend wurden Effektstärken unter Verwendung der „gepoolten Standardabweichung“ nach Cohen ermittelt. Da die Angabe der Effektgröße (d) vom Skalenniveau abhängig ist, wurde ein Intervallskalenniveau zur Berechnung vorausgesetzt. Hierbei wurde eine um mindestens 0.3 Einheiten gemessene Differenz zwischen den einzelnen Zielkriterien bei den verglichenen Gruppen erwartet. Eine Effektgröße von $d \leq 0.2$ entspricht dabei einer kleinen, ein d von 0.5 einer mittleren und ein d von 0.8 einer großen Effektstärke (Leonhart, 2004; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Die Berechnung erfolgte mit Hilfe von Excel-Tabellen (siehe Anhang C)

Neben der Berechnung der Effektstärken wurden über logistische Regressionsanalyse mittels multivariater Verfahren Eintrittswahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe bestimmt. Hierbei wurden binär-logistische Regressionsanalysen durchgeführt und das Odds Ratio mit dem dazugehörigen p-Wert berechnet (Backhaus et al., 2006).

4.5 Erklärungen zu den ausgewerteten Prädiktoren

Wie bereits in der Einleitung (Abschnitt 1) geschildert, bezieht sich diese Arbeit auf die Erkennung von Prädiktoren, die einen subjektiven Bedarf an psychosozialer Unterstützung anzeigen. Als Grundlage für die Auswertung wurden geeignete Fragen aus dem Baseline- und t0-Fragebogen untersucht (siehe Anhang A und B) und ein Vergleich zwischen den Gruppen „Bedarf Ja“ (X1) und „Bedarf Nein“ (X0) durchgeführt. Im Folgenden werden die untersuchten Prädiktoren kurz erläutert.

4.5.1 Alter

Für die Auswertung des Alters erfolgte eine Einteilung der Patientinnen in Altersgruppen bezogen auf den Baselineeintritt. Es wurden 8 Gruppen gebildet:

Tabelle 2, Übersicht über die Einteilung der Altersgruppen (Jahren)

Gruppe	1	2	3	4	5	6	7	8
Alter	≤ 40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	≥ 71

4.5.2 Bildungsniveau

Zur Bewertung des Bildungsniveaus wurden Angaben über die schulische Ausbildung und den Berufsabschluss verwendet. Die Brustkrebspatientinnen wurden gebeten, eine zutreffende Antwort aus den in Tabelle 3 dargestellten Möglichkeiten anzukreuzen. Die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wurde bei beiden Fragen nicht aufgeführt. Angaben die bei „Sonstiges“ gemacht wurden, konnten teilweise einer anderen Antwortmöglichkeit zugeordnet werden oder wurden bei der Auswertung als fehlende Werte berücksichtigt (z. B. Volksschulabschluss -> Hauptschulabschluss; Handelsschule -> Fachschule).

Tabelle 3, Übersicht über die Bewertung des Bildungsniveaus

Schulische Ausbildung (Frage 3, Anhang B)		**Höchster Berufsabschluss** (Frage 4, Anhang B)	
- kein Schulabschluss	(KSA)	- noch in der Berufsausbildung	(BA)
- Sonderschulabschluss	(SSA)	- abgeschlossene Lehre/Fachschule	(AL)
- Hauptschulabschluss	(HSA)	- Meister	(M)
- Realschulabschluss	(RSA)	- Fachhochschule/Universität	(FU)
- Fachabitur/Abitur	(FA)	- ohne Berufsabschluss	(OB)

4.5.3 Informationsstatus

Die Auswertung des Informationsstatus wurde anhand von drei Fragen durchgeführt, die den Nutzen von Informationsquellen, das Informationsbedürfnis und die Art des Wohnorts analysierten (siehe Tabelle 4). Die erste Frage untersuchte unterschiedliche Informationsquellen, um einen Überblick über den Bedarf und die bevorzugte Inanspruchnahme zu gewinnen. Bei der zweiten Frage wurde nach der Einstellung bzw. dem Informationsbedürfnis bezüglich der Erkrankung und Behandlung gefragt. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Angaben wichtige Hinweise auf eine weitere Inanspruchnahme an psychosozialer Unterstützung liefern. Bei der dritten Frage: „Wo leben Sie?“ wurde überprüft, ob es Zusammenhänge zwischen der Größe des Wohnorts und dem Informationsstatus gibt.

Tabelle 4, Übersicht über die Einteilung des Informationsstatus

Frage	Antwortmöglichkeiten
Welche Informationsquellen nutzen Sie, um sich über Ihre Erkrankung und Behandlung zu informieren? (Frage 18, Anhang B) 1: gar nicht 2: selten 3: manchmal 4: häufig 5: Regelmäßig	- Gespräche mit Ärzten - Gespräche mit sonstigem med. Personal - Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten - Gespräche im Familien-/Freundeskreis - Selbsthilfegruppen - Krebsberatungsstellen - Beratung durch Krankenkassen - Informationsbroschüren - Bücher - Tageszeitungen, Zeitschriften - Fernsehen, Radio - Internet
Wie ist Ihre persönliche Einstellung zu Informationen im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung und Behandlung? (Frage 15, Anhang B)	„Zu viele Informationen verunsichern oder überfordern mich eher“ „Ich möchte eher so viele Informationen wie möglich erhalten“
Wo leben Sie? (Frage 7, Anhang B)	- Dorf - Kleinstadt (unter 25.000 Einwohner) - mittlere Stadt (25.000 bis 100.000 Einw.) - Großstadt (über 100.000 Einw.)

4.5.4 Familiäre Verhältnisse

Die Auswertung der familiären Verhältnisse erfolgte anhand der Analyse des häuslichen Umfelds der Patientinnen mittels zweier Fragen (siehe Tabelle 5). Bei der ersten Frage sollten die Patientinnen Angaben über ihren Familienstand machen. Hierdurch konnte die prädiktive Bedeutung des partnerschaftlichen Verhältnisses für die Inanspruchnahme einer psychosozialen Unterstützung genauer untersucht werden. Außerdem wurden die Studienteilnehmerinnen gebeten, eine Aussage bezüglich der Anzahl an Personen bzw. Kinder in ihrem Haushalt zu machen. Auch bei dieser Frage wurde ein Einfluss auf die Inanspruchnahme an psychosozialer Nachsorge analysiert. Beide Ergebnisse wurden später mit Literaturangaben verglichen.

Tabelle 5, Übersicht über die Fragen zu den familiären Verhältnissen

Frage	Antwortmöglichkeiten
Familienstand/Kinder (Frage 6, Anhang B)	- ledig - verheiratet oder in fester Partnerschaft - verheiratet, aber getrennt lebend - geschieden
Familie und Haushalt (Frage 8, Anhang B) - Angabe der jeweiligen Anzahl	- Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie? - Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt? (als Haushalt gilt eine zusammen wohnende und wirtschaftende Personengruppe) - Wie viele Erwachsene leben in Ihrem Haushalt? (Zählen Sie sich selbst bitte mit)

4.5.5 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Erhebung der Selbstwirksamkeitserwartung erfolgte zum einen mittels einer standardisierten Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), zum anderen durch eine gezielte Fragestellung zum Thema „Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen“. Die SWE-Skala diente der Erfassung der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, d. h. wie gut sich die Patientinnen vorstellen konnten mit schwierigen Situationen fertig zu werden. Sie umfasst zehn Items, die vierstufig beantwortet werden konnten (1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum,

3=stimmt eher, 4=stimmt genau). Durch Summation aller Antworten erhielt man einen individuellen Score, der zwischen 10 und 40 lag. Ein hoher Wert sprach für eine große optimistische Einstellung in die eigenen Fähigkeiten. Die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) des SWE-Fragebogens liegt bei deutschen Stichproben zwischen 0.80 und 0.90. Die Normwerte basieren auf einer repräsentativen Datenerhebung von 2001 (N=2.031; Range: 14-95 Jahre). Der Mittelwert wird mit durchschnittlich 29 ±4 (SD) Punkten angegeben (Schumacher et al., 2001; Schwarzer & Jerusalem, 1999). In dieser Arbeit wurde untersucht, inwieweit die Selbstwirksamkeitserwartung mit der Umsetzung von Maßnahmen einhergeht. In Tabelle 6 sind die einzelnen Items zu beiden Fragentypen aufgeführt.

Tabelle 6, Übersicht über die Auswertung zur Selbstwirksamkeitserwartung

Frage	Antwortmöglichkeiten
SWE-Fragebogen (Frage 25, Anhang B)**:** **1.** Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. **2.** Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. **3.** Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. **4.** In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. **5.** Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. **6.** Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. **7.** Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. **8.** Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. **9.** Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. **10.** Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	• Stimmt nicht • Stimmt kaum • Stimmt eher • Stimmt genau
Wenn Sie an die empfohlenen oder eingeleiteten ambulanten Maßnahmen denken: Glauben Sie, dass Sie die Maßnahmen durchführen bzw. umsetzen können? (Frage 13, Anhang B)	• alle Maßnahmen • einige Maßnahmen • keine Maßnahmen • es wurden keine Maßnahmen empfohlen

4.5.6 Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung

Die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung wurde anhand von fünf Fragen untersucht, die in Tabelle 7 aufgeführt sind. Bei der **ersten Frage** wurden die Patientinnen anhand ausgewählter Beispiele gebeten, Angaben über die Inanspruchnahme von Angeboten vor ihrem Klinikaufenthalt zu machen. Bei der **zweiten Frage** wurde dann die Nutzung einer psychosozialen Unterstützung außerhalb der Rehabilitationsklinik weiter erfragt. Neben einer Liste von Angeboten wurde hier auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme untersucht. Beide Fragen sollten schließlich miteinander verglichen werden, um bevorzugte Angebote herauszuarbeiten und ggf. Rückschlüsse auf die Plausibilität der Antworten zu beiden Fragen zu ermitteln. Die **dritte Frage** ermittelte die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Unterstützung anhand einer zehnstufigen Skala. Je größer der Skalenwert war, desto positiver galt die Einstellung zur psychotherapeutischen Unterstützung. Bei der **vierten Fragestellung** wurden die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme analysiert und auf typische Konstellationen bezüglich der Antworten zu Frage drei untersucht, d. h. ob sich Rückschlüsse auf die Grundeinstellung nachweisen lassen. Zuletzt wurde noch eine **fünfte Frage** ausgewertet. Es handelte sich um einen Abschnitt eines standardisierten Motivationsfragebogens „FPTM-23“ und beinhaltete die „Skala zur Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“. Es gab 4 Items, die fünfstufig beantwortet werden konnten (1=gar nicht, 2=kaum, 3=etwas, 4=ziemlich, 5=sehr). Durch Summation aller Antworten erhielt man einen individuellen Score, der geteilt durch die gültigen Antworten einen Rohwert ergab. Ein hoher Rohwert wurde mit der Einstellung assoziiert, dass eine psychische Hilfsbedürftigkeit als ein Zeichen von Schwäche und mangelndem Charakter angesehen wird. Die interne Konsistenz (Cronbach´s Alpha) des FPTM-Fragebogens liegt zwischen 0.77 und 0.86. Die Normwerte basieren auf fünf repräsentativen klinischen Stichproben (N_{gesamt}=6261; Alter: 40 ±10 Jahre). Überprüfungen der faktoriellen Validität zeigen, dass die 6 Faktoren 54.5% bzw. 55.5% der Varianz aufklären[5] (Nübling et al., 2006; Schulz et al., 2003).

[5] Eine Überprüfung der faktoriellen Validität zeigt, dass die 6 Faktoren 64% der Varianz aufklären (Schulz et al., 2003)

Tabelle 7, Übersicht über die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung

Fragen	Antwortmöglichkeiten
„Haben Sie vor Ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?“ (Frage 9, Anhang B)	• Selbsthilfegruppe • Beratungsstelle • psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/Gespräche • keines
„Haben Sie außerhalb der Rehabilitationsklinik aufgrund Ihrer Krebserkrankung Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?“ (Frage 19, Anhang B) Antwortmöglichkeiten: • Nein • Ja **<u>Wenn ja:</u>** Gar nicht, kaum, etwas, ziemlich, sehr	• Psychotherapie • psychologische Beratung/Unterstützung • sozialrechtliche Beratung/Unterstützung • seelsorgerische Unterstützung • Selbsthilfegruppe • Unterstützung durch Krebsberatungsstelle • Telefonberatung durch Experten • Internetberatung durch Experten • Internet-Forum mit Betroffenen
„Wie ist Ihre Grundeinstellung zu psychotherapeutischer Unterstützung?“ (Frage 20, Anhang B)	Skala 0-10 (0: negativ, 10 positiv)
„Falls Sie keine psychosoziale Unterstützung aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Anspruch genommen haben, welches sind die Gründe dafür?“ (Frage 21, Anhang B)	• Ich brauche keine Unterstützung • Ich weiß nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll • Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt • Sonstiges
(Frage 28, Anhang B) • **Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden** • **Ich finde man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen** • **Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig** • **Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien**	• gar nicht • kaum • etwas • ziemlich • sehr

4.5.7 Staatsangehörigkeit

Die Brustkrebspatientinnen wurden gebeten, ihre Staatsangehörigkeit und die ihrer Eltern anzugeben (siehe Tabelle 8). Zur Auswertung wurden lediglich die Angaben der Patientinnen berücksichtigt.

Tabelle 8, Übersicht über die Auswertung der Staatsangehörigkeit

Frage	Antwortmöglichkeiten
„Die Staatsangehörigkeit welches Landes…“ (Frage 2b, Anhang B) • **haben Sie** • (hat Ihre Mutter) • (hat Ihr Vater)	• Deutschland • Andere, und zwar …

5. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Ergebnisse zu den untersuchten Hypothesen tabellarisch abgebildet und erläutert. Zunächst erfolgt die Darstellung der wichtigsten soziodemographischen Daten der Brustkrebspatientinnen im Gesamten und entsprechend ihrer jeweiligen Einteilung in die Gruppen **„Bedarf ja“ (X1)** und **„Bedarf nein“ (X0)**. Anschließend werden die Ergebnisse der beiden Gruppen im Hinblick auf mögliche Prädiktoren miteinander verglichen und schließlich im letzten Abschnitt die Gruppenunterschiede zur Inanspruchnahme zusammenfassend dargestellt.

5.1 Stichprobenbeschreibung

In der folgenden Tabelle 9 werden die soziodemographischen Eigenschaften der Brustkrebspatientinnen insgesamt sowie getrennt nach den beiden Bedarfsgruppen dargestellt. Diese Tabelle dient zunächst der Orientierung, da eine genauere Analyse der einzelnen Zielvariablen in den nachfolgenden Abschnitten stattfindet. Von den insgesamt n=1088 Brustkrebspatientinnen konnten n=801 in Bedarfsgruppen zugeordnet werden. Es gibt 484 Patientinnen die einen „Bedarf ja“ und 317 Patientinnen die einen „Bedarf nein“ angaben. In 287 Fällen konnte kein Bedarf ermittelt werden (vgl. Abschnitt 4.2.3 Gruppeneinteilung der Stichprobe). Das **Durchschnittsalter** der gesamten Stichprobe liegt bei 57.10 Jahre (SD=10.34, Range: 26-89). In Hinblick auf die **Staatsangehörigkeit** ist der Anteil an deutschen Patientinnen erhöht und liegt bei insgesamt 98.4%. Bezüglich der **schulischen Ausbildung** gibt es nur wenige Patientinnen die entweder „keinen“ oder einen „Sonderschulabschluss“ aufweisen. Mehrheitlich besitzen die Patientinnen der gesamten Stichprobe einen „Realschulabschluss“ (37.6%) gefolgt von Hauptschulabschlüssen (32.8%) und Fachabitur/Abitur (28.1%). Bei der Frage zur **beruflichen Situation** haben die meisten Frauen „Rente“ (43.7%) angegeben. Unter diesem Begriff wurden folgende Arten von Renten zusammengefasst: Erwerbsminderungs-/Unfähigkeitsrente, Frührente/Frühpension, Altersrente und Witwen-Rente. An zweiter Stelle wurde dann die „Berufstätigkeit in Teilzeit“ (24.6%) und an dritter Stelle die „Berufstätigkeit in Vollzeit“ (22.9%) genannt. Angaben zum **Familienstand** wurden von 67.6% der Frauen mit „verheiratet“ oder

in einer „feste[n] Partnerschaft“ beantwortet. Die übrigen Antwortmöglichkeiten zum Familienstand sind zur Übersicht in der Tabelle 9 zusammengefasst (vgl. hierzu Tabelle 18).

Tabelle 9, Übersicht soziodemographische Daten

Parameter	Gesamte Stichprobe (n=1088)	Bedarf Ja (n=484/1088)	Bedarf Nein (n=317/1088)
Alter (Jahre ± SD)	(n=939/1088) 57.10 (±10.34)	(n=446/484) 55.11 (±9.89)	(n=277/317) 58.96 (±10.31)
Staatsangehörigkeit	(n=829/1088)	(n=445/484)	(n=288/317)
- deutsch	98.4%	97.8%	99.7%
- andere	1.6%	2.2%	0.3%
Schulische Ausbildung	(n=859/1088)	(n=463/484)	(n=299/317)
- kein Schulabschluss	0.9%	0.4%	1.0%
- Sonderschulabschluss	0.6%	0.6%	0.7%
- Hauptschulabschluss	32.8%	26.8%	34.1%
- Realschulabschluss	37.6%	38.2%	39.5%
- Fachabitur/ Abitur	28.1%	33.9%	24.7%
Aktuelle berufliche Situation	(n=892/1088)	(n=482/484)	(n=312/317)
- Berufstätig, Vollzeit	22.9%	26.8%	21.2%
- Berufstätig, Teilzeit	24.6%	28.6%	20.8%
- Hausfrau, nicht berufstätig	17.4%	14.7%	20.5%
- Ausbildung/ Studium*	0.4%	0.4%	0.6%
- Geringfügig beschäftigt (400 €)	5.9%	5.6%	7.1%
- Arbeitslosengeld (I+II)*	2.8%	3.3%	1.2%
- Rente*	43.7%	33.5%	28.9%
Familienstand	(n=903/1088)	(n=483/484)	(n=315/317)
- verheiratet/feste Partnerschaft	67.6%	65.4%	71.1%
- ledig/geschieden/verwitwet/ getrennt lebend*	32.5%	34.5%	28.9%

* zu Kategorien zusammengefasste Antwortmöglichkeiten

5.2 Auswertung potenzieller Prädiktoren

Die Übersicht über die soziodemographischen Angaben lieferte bereits erste Hinweise auf Unterschiede in den Gruppen „Bedarf Ja/Nein“. Nachfolgend werden die einzelnen Zielvariablen bei den Brustkrebspatientinnen im Hinblick auf einen subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge genauer analysiert. Anhand der Einteilung in Bedarfsgruppen werden die Angaben der Patientinnen entsprechend der Fragestellung (siehe Abschnitt 3) ausführlich untersucht und dargestellt.

5.2.1 Auswertung des Alters

Eine deskriptive Untersuchung der Brustkrebspatientinnen ergibt, dass das durchschnittliche Alter der gesamten Stichprobe bei 57.10 Jahren (SD=10.34, Range: 26-89) liegt. Die Gruppe „Bedarf Ja“ (M=55.11, SD=9.89) ist um durchschnittlich 3.86 Jahre unter dem Altersdurchschnitt der Gruppe „Bedarf Nein“ (M=58.96, SD=10.31). Zur Übersicht sind in Tabelle 10 die Ergebnisse der Altersunterschiede zum ersten Messzeitpunkt (Baseline-Erhebung) dargestellt. Bei der graphischen Betrachtung der Altersgruppenverteilung in Abbildung 4 lässt sich dieser Unterschied deutlich erkennen. Zudem zeigt ein Vergleich der beiden Bedarfsgruppen mittels t-Test (siehe Tabelle 13), dass sich das Alter entsprechend signifikant unterscheidet ($p_{Alter}<0.001$, $KI_{Alter=}[-5.36, 2.35]$, $p_{Altersgruppen}<0.001$, $KI_{Altersgruppen}=[-0.986, -0.418]$). Die Berechnung der Effektstärke mittels gepoolter Standardabweichung ergibt ein d=0.38 (siehe Anhang C). Diesbezüglich kann ein Unterschied mit kleiner Effektstärke nachgewiesen werden. Des Weiteren ergibt die Auswertung der binär-logistischen Regressionsanalyse, dass die deskriptiv beobachteten Altersunterschiede statistisch signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten nachweisen ($OR_{Alter}=0.963$, $OR_{Altersgruppen}=0.821$, $p_{Alter/Altersgruppen}<0.001$). Zusammenfassend lässt sich folglich feststellen, dass jüngere Brustkrebspatientinnen eher einen Bedarf an psychosozialer Nachsorge aufweisen als Ältere und dementsprechend jüngeres Alter als Prädiktor für einen subjektiven Bedarf an psychosozialer Inanspruchnahme angesehen werden kann.

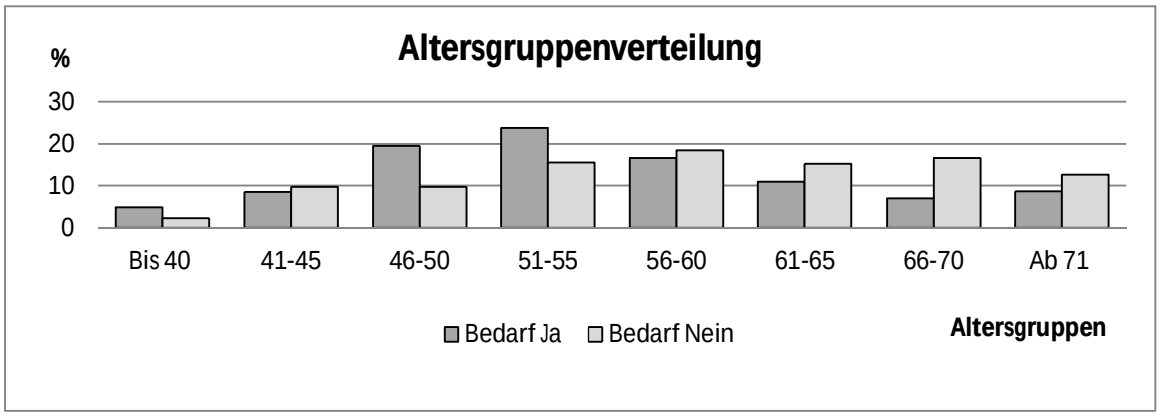


Abbildung 4, Altersgruppenverteilung

Tabelle 10, Übersicht über die Altersgruppenverteilung

Alters-gruppen	Jahre	**Bedarf Ja** (n=446/1088)				**Bedarf Nein** (n=277/1088)			
		n	**%**	**M**	**SD**	**n**	**%**	**M**	**SD**
1	bis 40	22	4.9	35.78	3.98	6	2.2	36.74	2.75
2	41-45	38	8.5	42.86	1.54	27	9.7	43.15	1.23
3	46-50	87	19.5	48.10	1.56	27	9.7	48.40	1.62
4	51-55	106	23.8	53.09	1.58	43	15.5	52.73	1.29
5	56-60	74	16.6	57.65	1.42	51	18.4	57.87	1.52
6	61-65	49	11.0	62.61	1.45	42	15.2	63.11	1.49
7	66-70	31	7.0	67.62	1.43	46	16.6	68.01	1.45
8	ab 71	39	8.7	74.88	2.88	35	12.6	75.50	3.05

Tabelle 11, Übersicht Auswertung „Alter“

Variable	**Bedarf Ja**		**Bedarf Nein**		**Signifikanzen**			
	M	**SD**	**M**	**SD**	**p***	**KI der Differenez**	**OR**	**p****
Alter (26-89)	55.11	9.89	58.96	10.31	<0.001	-3.855 [-5.365, 2.346]	0.963	<0.001
Altersgruppen (1-8)	4.43	1.85	5.13	1.93	<0.001	-0.703 [-0.986, -0.418]	0.821	<0.001

* T-Test für Mittelwertgleichheit, Varianzen sind gleich, Konfidenzintervall 95%
** Binär-logistische Regressionsanalyse

5.2.2 Auswertung des Bildungsniveaus

Im folgenden Abschnitt findet eine Untersuchung des Bildungsniveaus anhand von zwei Fragen statt: a) zur schulischen Ausbildung b) zum Berufsabschluss. Die entsprechenden Skalen sind in Abbildung 5 und Abbildung 6 ersichtlich.

Wie bereits in Tabelle 9 zu erkennen ist, ergibt die Auswertung der **schulischen Ausbildung**, dass sowohl in der Bedarfsgruppe „Ja“ als auch in der Bedarfsgruppe „Nein“ mehrheitlich ein Realschulabschluss vorliegt ($X1_{RSA}$=38.2%, $X0_{RSA}$=39.5%). Betrachtet man jedoch die Anzahl der Hauptschulabschlüsse und Abschlüsse mit Allgemeiner Hochschulreife in beiden Gruppen, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Während in der Bedarfsgruppe „Ja“ mehr Abiturientinnen als Patientinnen mit Hauptschulabschlüssen vorhanden sind ($X1_{FA}$=33.9%, $X1_{HSA}$=26.8%), ist dieses Verhältnis in der Bedarfsgruppe „Nein“ genau umgekehrt ($X0_{FA}$=24.7%, $X0_{HSA}$=34.1%). Nur wenige Frauen besitzen entweder „keinen“ oder einen „Sonderschulabschluss“. Eine Analyse der Daten anhand des Chi-Quadrat-Tests (linear mit linear, Vertrauensintervall: 95%) ergibt, dass sich beide Gruppen signifikant voneinander unterscheiden (X^2=8.828, p=0.003). Die Berechnung der Effektgröße nach Cohen (d=0.23) weisst auf eine kleine Effektstärke hin (siehe Anhang C) und bei der Berechnung der binär-logistischen Regressionsanalyse lässt sich eine signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf bei einem Vergleich zwischen den Kategorien Hauptschulabschluss und Fachabitur/Abitur feststellen (OR=0.573, p=0.004). Anhand des Odds-Ratio ist somit erkennbar, dass die Bedarfsgruppe „Nein“ eine um 42.7% erniedrigte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf aufweist. Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass je besser die Ausbildung ist, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass Brustkrebspatientinnen eine psychosoziale Nachsorge in Anspruch nehmen (vgl. hierzu Tabelle 12).

Tabelle 12, Übersicht Auswertung „Schulische Ausbildung“

Variable		Bedarf Ja			Bedarf Nein			Signifikanzen				
Schulische Ausbildung	**Skalen**	**n**	**%**	**M (SD)***	**n**	**%**	**M (SD)***	**d**	**X^2**	**p****	**OR**	**p*****
		(n=463)			(n=299)							
KSA	1	2	0.4		3	1.0					0.314	0.210
SSA	2	3	0.6	4.05 (±0.82)	2	0.7	3.86 (±0.83)	0.23	8.828	0.003	0.707	0.707
HSA	3	124	26.8		102	34.1					**0.573**	**0.004**
RSA	4	177	38.2		118	39.5					0.707	0.060
FA	5	157	33.9		74	24.7						

* Mittelwert/Standardabweichung bezogen auf die Skala (siehe Abbildung 5)
** Chi-Quadrat Zusammenhang linear mit linear (für $p<0.05$)
*** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorien verglichen mit FA)

KSA: Abkürzung für „kein Schulabschluss“
SSA: Abkürzung für „Sonderschulabschluss“
HSA: Abkürzung für „Hauptschulabschluss“
RSA: Abkürzung für „Realschulabschluss“
FA: Abkürzung für „Fachabitur/ Abitur“

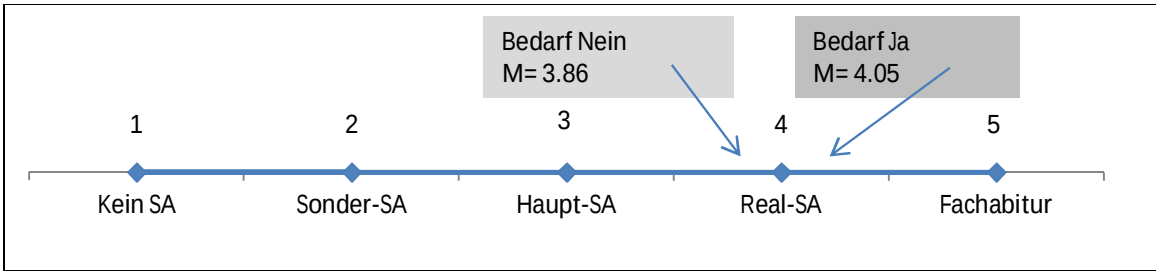


Abbildung 5, Skala zur Schulischen Ausbildung

In der nachfolgenden Tabelle 13 sind die Ergebnisse zu der Untersuchung des **Berufsabschlusses** abgebildet. Es ist erkennbar, dass in beiden Gruppen vorwiegend eine abgeschlossene Lehre/Fachschule besteht ($X1_{AL}$=63.1%, $X0_{AL}$=73.2%). Bei weiterer Betrachtung erkennt man, dass in der Gruppe „Bedarf Nein“ der Anteil an Fachschulabschlüssen leicht erhöht ist, hingegen in der Gruppe „Bedarf Ja“ ein größerer Anteil an Meistern und Fachhochschul-/Universitäts-abschlüssen zu finden sind ($X1_{M}$=3.2%, $X0_{M}$=0%, $X1_{FU}$=28.4%, $X0_{FU}$=21.5%). Bei

der Analyse mittels Chi-Quadrat-Tests (linear mit linear) stellt sich heraus, dass diese Zusammenhänge signifikant sind (X^2=8.828, p=0.003). Die Berechnung der Effektgröße nach Cohen ergibt ein d=0.17 und weisst auf eine sehr schwache Effektstärke hin. Bei der Auswertung der binär-logistischen Regressionsanalyse zeigt sich, dass bei einem Vergleich der Kategorie „Berufsschulausbildung“ mit „Fachhochschule/Universität“ eine signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann (OR=0.653, p=0.033). Die Gruppe „Bedarf Nein“ zeigt damit einen um 34.7% verminderten Nachsorgebedarf auf. Es lässt sich deshalb ableiten, dass ein höherer Berufsschulabschluss mit einer größeren Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine psychologische Nachsorgebehandlung in Anspruch zu nehmen. Ein höheres Bildungsniveau kann somit als Prädiktor für eine psychosoziale Nachsorge angesehen werden.

Tabelle 13, Übersicht Auswertung „höchster Berufsabschluss“

Variable		**Bedarf ja**			**Bedarf nein**			**Signifikanzen**				
Berufsschul-abschluss	**Skalen**	**n**	**%**	**M (SD)***	**n**	**%**	**M (SD)***	**d**	**X^2**	**p****	**OR**	**p*****
		(n=377)			(n=228)							
OB	1	18	4.8		11	4.8					0.749	0.492
BA	2	2	0.5	2.50	1	0.4	2.33	0.17	3.859	**0.049**	0.916	0.943
AL	3	238	63.1	(±1.06)	167	73.2	(±0.98)				**0.653**	**0.033**
M	4	12	3.2		0	0					7.4^8	0.999
FU	5	107	28.4		49	21.5						

* Mittelwert/Standardabweichung bezogen auf die Skala (siehe Abbildung 6)
** Chi-Quadrat Zusammenhang linear mit linear (für p<0.05)
*** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorien verglichen mit FU)

OB: Abkürzung für „ohne Berufsschulabschluss“
BA: Abkürzung für „noch in der Berufsausbildung“
AL: Abkürzung für „Abgeschlossene Lehre/ Fachschule“
M: Abkürzung für „Meister“
FU: Abkürzung für „Fachhochschule/ Universität“

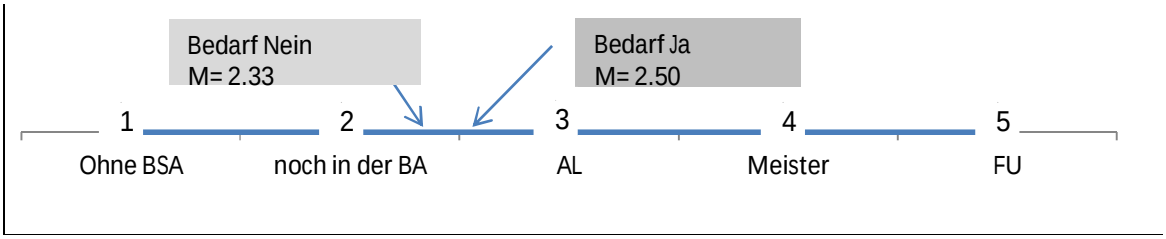


Abbildung 6, Skala zum Berufsschulabschluss

5.2.3 Auswertung des Informationsstatus

Die Auswertung des Informationsstatus erfolgte anhand von drei Fragen, die sich auf a) Informationsquellen, b) den Einstellungen zu Informationen und c) den Wohnort der Patientinnen bezogen.

Zur Untersuchung der **ersten Frage (a)**: „Welche **Informationsquellen** nutzen Sie, um sich über Ihre Erkrankung und Behandlung zu informieren?“ erfolgte die Auswertung einer fünf-stufigen Skala mit folgender Einteilung: „1=gar nicht, 2=selten, 3=manchmal, 4=häufig, 5=regelmäßig“. Eine erste Analyse ergibt, dass die Patientinnen beider Bedarfsgruppen vor allem „Gespräche mit Ärzten“ „Informationsbroschüren“ und „Gespräche mit Familie/Freunden“ bevorzugen ($M_{(X1)GÄ}$=4.05, $SD_{(X1)GÄ}$=0.92, $M_{(X0)GÄ}$=4.11, $SD_{(X0)GÄ}$=0.98), $M_{(X1)IB}$=3.34, $SD_{(X1)IB}$=0.92, $M_{(X0)IB}$=3.12, $SD_{(X0)IB}$=1.07, $M_{(X1)GF}$=3.32, $SD_{(X1)GF}$=1.12, $M_{(X0)GF}$=3.40, $SD_{(X0)GF}$=1.09). Dagegen gebrauchen beide Gruppen die Quellen „Krebsberatungsstellen“ „Selbsthilfegruppen“ und „Krankenkassen“ eher „selten“ bis „gar nicht“ ($M_{(X1)KB}$=1.54, $SD_{(X1)KB}$=0.95, $M_{(X0)KB}$=1.24, $M_{(X0)KB}$=0.68, $M_{(X1)S}$=1.61, $SD_{(X1)S}$=1.19, $M_{(X0)S}$=1.32, $SD_{(X0)S}$=0.94, $M_{(X1)KK}$=1.91, $SD_{(X1)KK}$=1.03, $M_{(X0)KK}$=1.93, $SD_{(X0)KK}$=1.06).

Berechnungen mittels t-Tests ergeben, dass sich signifikante Unterschiede in der Nutzungshäufigkeit zwischen den Gruppen „Bedarf Ja/Nein“ darstellen. Insbesondere ergibt die Auswertung über die Nutzung der „Informations-broschüren“, des „Internets“, der „Gespräche mit sonstigem med. Personal“, der „Selbsthilfegruppen“ und der „Krebsberatungsstellen“, dass signifikant höhere Skalenwerte in der Gruppe „Bedarf Ja“ im Vergleich zur Gruppe „Bedarf Nein“ zu

finden sind ($M_{(X1)IB}$=3.34, $SD_{(X1)IB}$=0.92, $M_{(X0)IB}$=3.12, $SD_{(X0)IB}$=1.07, p_{IB}=0.004, d_{IB}=0.22, $M_{(X1)I}$=2.92, $SD_{(X1)I}$=1.32, $M_{(X0)I}$=2.47, $SD_{(X0)I}$=1.38, p_I<0.001, d_I=0.34, $M_{(X1)GP}$=2.90, $SD_{(X1)GP}$=1.17, $M_{(X0)GP}$=2.67, $SD_{(X0)GP}$=1.28, p_{GP}=0.029, d_{GP}=0.19,. $M_{(X1)S}$=1.61, $SD_{(X1)S}$=1.19, $M_{(X0)S}$=1.32, $SD_{(X0)S}$=0.94, p_S=0.002, d_S=0.26, $M_{(X1)KB}$=1.54, $SD_{(X1)KB}$=0.95, $M_{(X0)KB}$=1.24, $SD_{(X0)KB}$=0.68, p_{KB}<0.001, d_{KB}=0.35). Dazugehörige Berechnungen der Effektstärken nach Cohen weisen kleine bis mittlere Effekte nach. Eine Auswertung mittels binär-logistischer Regressions-analyse ergibt, dass sich bei einem Vergleich der Kategorie „nie“ (zusammengefasst aus „gar nicht“ und „selten“) mit der Kategorie „häufig“ (zusammengefasst aus „häufig“ und „regelmäßig“) zum Teil signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten ergeben. Demnach ergibt sich in der Gruppe „Bedarf Nein“ eine erniedrigte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen subjektiven Nachsorgebedarf bei den Informationsquellen „Informationsbroschüren“ von 65.8%, bei „Gesprächen mit Betroffenen/Erkrankten“ von 60.7%, bei der Nutzung des „Internets“ von 58.0%, bei „Gesprächen mit sonstigem med. Personal“ von 56.5% und bei „Selbsthilfegruppen“ von 50.9% (OR_{IB}=0.342, p_{IB}=0.001, OR_{GB}=0.393, p_{GB}=0.007, OR_I=0.627, p_I<0.001, OR_{GP}=0.434, p_{GP}=0.001, OR_S=0.491, p_S=0.033).

Es lässt sich somit Schlussfolgern, dass besonders die Informationsquellen „Informationsbroschüren“, „Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten“, „Internet“ und „Selbsthilfegruppen“ häufiger von den Brustkrebspatientinnen in der Bedarfsgruppe „Ja“ gebraucht werden und sich dieses Ergebnis in einer signifikant erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit bestätigt. Siehe hierzu Tabelle 14, Tabelle 15, Abbildung 7 und Abbildung 8.

Tabelle 14, Übersicht Auswertung „Informationsquellen“

Variable	Bedarf Ja			Bedarf Nein			Signifikanzen			
Informations-quellen	n	M_{Skala}	SD_{Skala}	n	M_{Skala}	SD_{Skala}	d	p*	Mittlere Differenz	KI
GÄ	468	4.05	0.92	302	4.11	0.98	0.06	0.422	-0.056	[-0.192, 0.081]
IB	440	3.34	0.92	265	3.12	1.07	**0.22**	**0.004**	0.222	[0.073, 0.372]
GF	441	3.32	1.12	268	3.40	1.09	0.26	0.368	-0.077	[-0.246, 0.091]
GB	447	3.23	1.02	254	3.04	1.07	0.18	0.161	0.197	[0.037, 0.357]
I	413	2.92	1.32	248	2.47	1.38	**0.34**	**0.000**	0.457	[0.246, 0.668]
Z	426	2.90	1.15	265	2.88	1.22	0.02	0.798	0.024	[-0.157, 0.204]
GP	381	2.90	1.17	222	2.67	1.28	**0.19**	**0.029**	0.224	[0.023, 0.424]
B	418	2.86	1.15	251	2.73	1.21	0.11	0.152	0.135	[-0.049, 0.319]
F/R	424	2.85	1.04	266	2.87	1.15	0.02	0.819	-0.019	[-0.186, 0.147]
KK	392	1.91	1.03	224	1.93	1.06	0.02	0.838	-0.018	[-0.189, 0.153]
S	382	1.61	1.19	222	1.32	0.94	**0.26**	**0.002**	0.288	[0.106, 0.471]
KB	375	1.54	0.95	212	1.24	0.68	**0.35**	**0.000**	0.305	[0.160, 0.451]

* T-Test für Mittelwertgleichheit, Varianzen sind gleich, Konfidenzintervall 95%
Skala 1-5: (1: gar nicht, 2: selten, 3: manchmal, 4: häufig, 5: regelmäßig)

Tabelle 15, Übersicht Binär-logistische Regressionsanalyse „Informationsquellen"

Variable	Signifikanzen*			
Informations-quellen	„nie“		„manchmal“	
	OR	p*	OR	p*
GÄ	0.251	0.101	0.949	0.752
IB	**0.342**	**0.001**	0.728	0.054
GF	1.235	0.547	1.176	0.310
GB	**0.393**	**0.007**	0.824	0.252
I	**0.627**	**<0.001**	1.247	0.397
Z	0.824	0.431	1.108	0.569
GP	**0.434**	**0.001**	0.918	0.672
B	0.745	0.217	1.021	0.908
F/R	0.918	0.761	1.159	0.423
KK	0.865	0.661	0.865	0.661
S	**0.491**	**0.033**	1.176	0.700
KB	0.444	0.119	1.289	0.651

* Binär-logistische Regressionsanalyse, [Kategorien: „nie“ (gar nicht/selten) und „manchmal“ verglichen mit „häufig“ (häufig/regelmäßig)]

GÄ: Abkürzung für „Gespräche mit Ärzten“
IB: Abkürzung für „Informationsbroschüren“
GF: Abkürzung für „Gespräche im Familien-/Freundeskreis“
GB: Abkürzung für „Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten“
I: Abkürzung für „Internet“
Z: Abkürzung für „Tageszeitungen, Zeitschriften“
GP: Abkürzung für „Gespräche mit sonstigem med. Personal“
B: Abkürzung für „Bücher“
F/R: Abkürzung für „Fernsehen, Radio“
KK: Abkürzung für „Beratung durch Krankenkassen“
S: Abkürzung für „Selbsthilfegruppen“
KB: Abkürzung für „Krebsberatungsstellen“

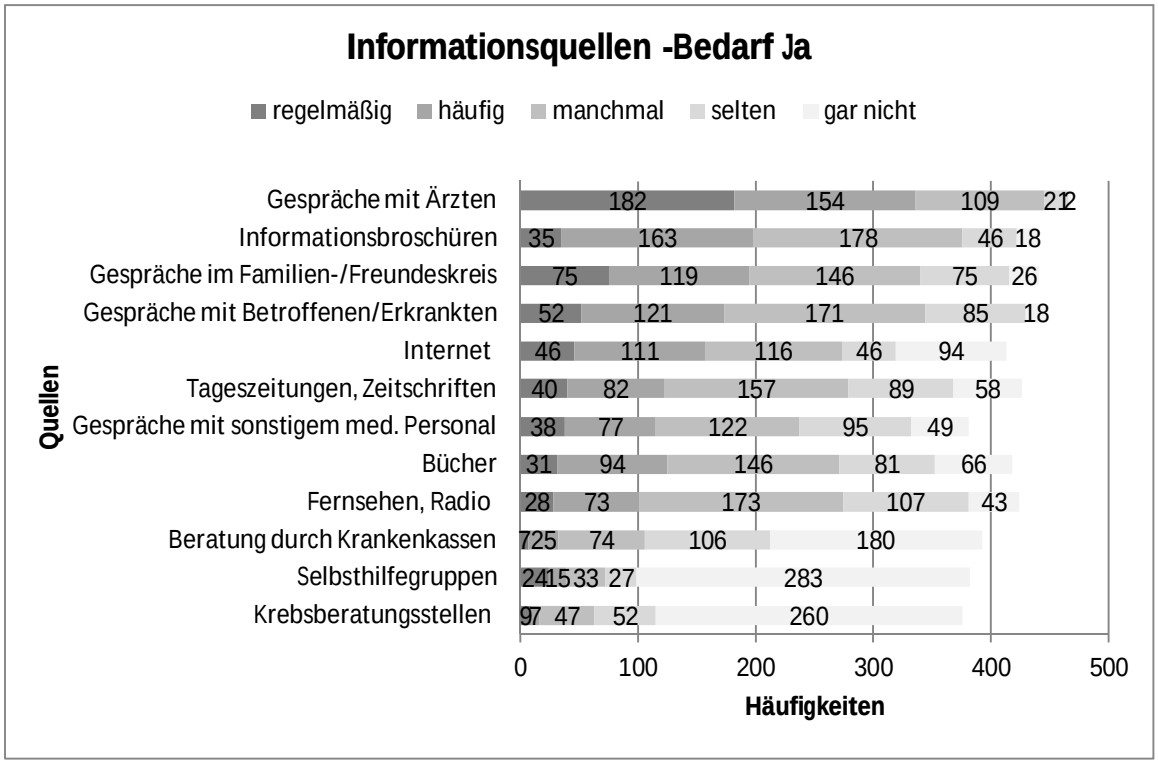


Abbildung 7, Informationsquellen -Bedarf Ja

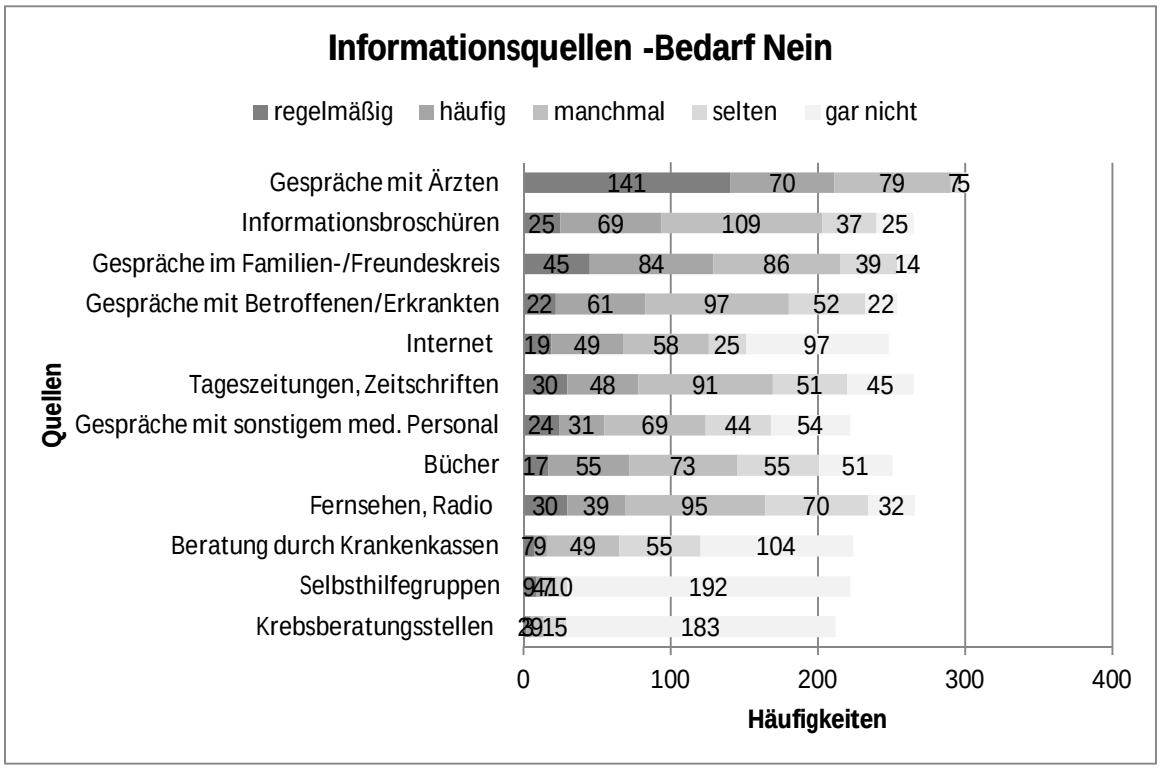


Abbildung 8, Informationsquellen -Bedarf Nein

Bei der Auswertung der **zweiten Frage (b)** „Wie ist Ihre **persönliche Einstellung zu Informationen** im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung und Behandlung?“ wünschen sich beide Gruppen überwiegend mehr Informationen zu erhalten (X1: 61%; X0: 55%). Es zeigt sich hierbei ein kleiner Unterschied in der Häufigkeitsverteilung, wobei dieses im Chi-Quadrat-Test nach Pearson jedoch nicht signifikant ist (X^2=2.778, p=0.096). Demzufolge wurde auf eine weitere Untersuchung verzichtet. In Tabelle 16 sind die einzelnen Werte abgebildet. Zur Vollständigkeit wurden auch Angaben aufgeführt, bei denen die Patientinnen beide Aussagen ankreuzten. Diese wurden jedoch nicht weiter ausgewertet.

Tabelle 16, Übersicht Auswertung „persönliche Einstellung zu Informationen“

Variable	Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen	
Persönliche Einstellung	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***
Gesamt	(n=467)		(n=302)			
„Zu viele Informationen verunsichern oder überfordern mich eher“	182	39.0	136	45.0	2.778	0.096
„Ich möchte eher so viele Informationen wie möglich erhalten“	285	61.0	166	55.0		
beides ausgewählt	5		2			

* Chi-Quadrat-Test nach Pearson (für p<0.05)

Zur Auswertung der **dritten Fragestellung (c)**: **„Wo leben Sie“** wurde in Abbildung 9 die Verteilung der Stadtgröße in den einzelnen Gruppen dargestellt. Beide Gruppen geben in etwa gleich häufig die jeweiligen Stadtgrößen an ($X1_{Dorf}$=22.8%, $X0_{Dorf}$=24.3%, $X1_{Kleinstadt}$=19.7%, $X0_{Kleinstadt}$=23.3%, $X1_{Mittlere\ Stadt}$=23.9%, $X0_{Mittlere\ Stadt}$=24.3%, $X1_{Großstadt}$=33.6%, $X0_{Großstadt}$=28.2%), sodass kein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen festgestellt werden kann (X^2=2.994, p=0.392). Dementsprechend lässt sich auch kein Bezug zwischen einem kleinem Dorf oder einer Großstadt auf die Entscheidung eine psychotherapeutische Nachsorge in Anspruch zu nehmen, ableiten. Siehe Tabelle 17.

Tabelle 17, Übersicht Auswertung „Wohnort"

Variable	Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen	
Wohnort – Wo leben Sie	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***
Gesamt	(n=456)		(n=309)			
Dorf	104	22.8	75	24.3		
Kleinstadt	90	19.7	72	23.3	2.994	0.392
Mittlere Stadt	109	23.9	75	24.3		
Großstadt	153	33.6	87	28.2		

* Chi-Quadrat-Test nach Pearson (für p<0.05)

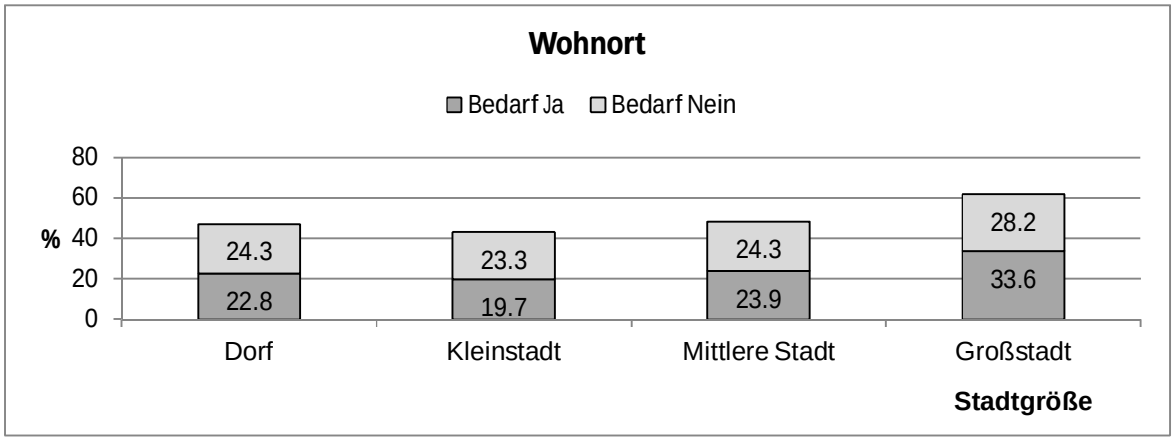


Abbildung 9, Auswertung „Wohnort“

5.2.4 Auswertung familiäre Verhältnisse

Eine Untersuchung der familiären Verhältnisse erfolgte durch die Auswertung von zwei Fragen bezüglich a) Familienstand/Kinder und b) Familie/Haushalt.

Die Auswertung der **ersten Frage (a)** nach dem **„Familienstand und Kinder“** zeigt auf, dass die meisten der Brustkrebspatientinnen entweder „verheiratet“ sind oder in einer „festen Partnerschaft“ leben ($X1_{insg.}$=65.4%, $X0_{insg.}$=71.1%). Nur wenige Patientinnen sind ledig (X1=9.7%, X0=7.3%), verheiratet - aber getrennt lebend (X1=3.3%, X0=2.2%), geschieden (X1=12.2%, X0=7.0%) oder verwitwet (X1=9.3%, X0=12.4%). Ein Vergleich der beiden Gruppen mittels Chi-Quadrat-Tests nach Pearson ergibt, dass ein signifikanter Unterschied besteht (X^2=9.821, p=0.044). Fasst man einzelne Items zu Kategorien zusammen [(a) verheiratet/ feste Partnerschaft; (b) ledig/ geschieden/ verwitwet/ getrennt lebend], dann lässt sich das vorherige Ergebnis jedoch nicht bestätigen (X^2=2.818, p=0.093), es besteht nur noch ein tendenziell signifikanter Unterschied. Auch eine nachfolgende Untersuchung mittels binär-logistischer Regressionsanalyse (siehe Tabelle 18 bzw. Abbildung 10) kann keine statistisch signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit der zusammengefassten Variablen belegen ($OR_{a,b}$=0.769, $p_{a,b}$=0.094).

Tabelle 18, Übersicht Auswertung „Familienstand und Kinder"

Variable	Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen			
Familienstand und Kinder	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
Gesamt	(n=483)		(n=315)					
Ledig	47	9.7	23	7.3				
Verheiratet oder in fester Partnerschaft	316	65.4	224	71.1				
Verheiratet, aber getrennt lebend	16	3.3	7	2.2	9.821	**0.044**		
Geschieden	59	12.2	22	7.0				
Verwitwet	45	9.3	39	12.4				
a) Verheiratet/ feste Partnerschaft;	316	65.4	224	71.1				
b) Ledig/ geschieden/ verwitwet/ getrennt lebend	167	34.6	91	28.9	2.818	0.093	0.263	0.094

Prozentwerte sind spaltenweise angegeben
* Chi-Quadrat-Test nach Pearson (für p<0.05)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorie a verglichen mit der Kategorie b)

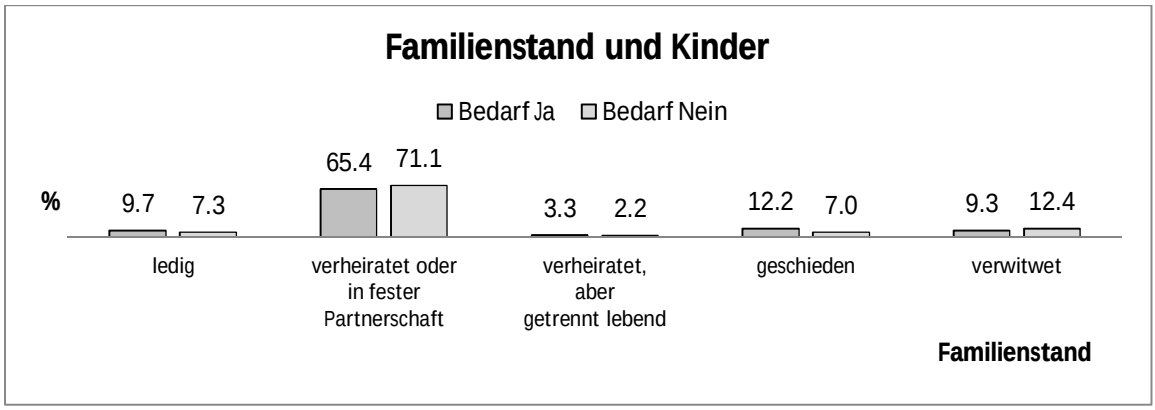


Abbildung 10, Auswertung „Familienstand“

In der Tabelle 19 und Tabelle 20 sind die Ergebnisse über die Auswertung der **zweiten Fragestellung** hinsichtlich **„Familie und Haushalt“** dargestellt. Es ist erkennbar, dass die Brustkrebspatientinnen im Durchschnitt n=1.60 ±1.05 Kinder haben (M_{X1}=1.51, SD_{X1}=1.03, M_{X0}=1.68, SD_{X0}=1.10). Insgesamt befinden sich n=0.26 ±0.64 Kinder unter 18 Jahre (M_{X1}=0.30, SD_{X1}=0.66, M_{X0}=0.22, SD_{X0}=0.63)

und durchschnittlich 2.01 ±0.81 Erwachsene (M_{X1}=2.00, SD_{X1}=0.76, M_{X0}=2.07, SD_{X0}=0.92) in den Haushalten der Patientinnen. Die Berechnung mittels t-Test zeigt, dass die Anzahl der eigenen oder adoptierten Kinder in der Gruppe „Bedarf Nein“ signifikant erhöht ist (p=0.039, KI=-0.165 [-0.323, -0.008]), jedoch keine Unterschiede in den Gruppen bezüglich der Anzahl der Minderjährigen (p=0.147, KI=0.072 [0.026, 0.171]) oder der Anzahl der Erwachsenen (p=0.270, KI=-0.069 [-0.191, 0.053]) zu finden sind. Dazugehörige Effektstärken zeigen nur sehr geringe Effekte auf ($d_{Kinder\text{-}Anzahl}$=0.16, $d_{Kinder<18Jahre}$=0.12, $d_{Erwachsene}$=0.08).

Eine Zusammenfassung der beiden ersten Fragestellungen zu jeweils zwei Antwortmöglichkeiten [(a) keine Kinder (b) eins oder mehr Kinder] und die weitere Berechnung mittels Chi-Quadrat-Test bzw. binär-logistischer Regressionsanalyse können die oberen Ergebnisse jedoch nicht bestätigen. Hierbei zeigt sich, dass die Anzahl der Kinder nicht mehr hinreichend signifikant ist ($X^2_{Kinder\text{-}Anzahl}$=0.372, $OR_{Kinder\text{-}Anzahl}$=1.135, $p_{Kinder\text{-}Anzahl}$=0.542) jedoch die Anzahl der Minderjährigen in der Gruppe „Bedarf Nein“ statistisch signifikant erscheint ($X^2_{Kinder<18Jahre}$=4.864, $OR_{Kinder<18Jahre}$=0.630, $p_{Kinder<18Jahre}$=0.028).

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass bei den Patientinnen in der Gruppe „Bedarf Ja“, wenn auch mit sehr geringer Effektstärke, signifikant weniger Kinder in den Haushalten leben, jedoch keine signifikant erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf nachgewiesen werden kann. Bezüglich der Anzahl an Minderjährigen oder der Anzahl an Erwachsenen lassen sich keine hinreichenden Ergebnisse ableiten.

Tabelle 19, Übersicht Auswertung „Familie und Haushalt"

Variable	Gesamt		Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen		
Familie und Haushalt	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**p***	**KI**	**d**
Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?	(n=818)		(n=434)		(n=291)		**0.039**	-0.165 [-0.323, -0.008]	0.16
	1.60	1.05	1.51	1.03	1.68	1.10			
Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt?	(n=788)		(n=423)		(n=278)		0.147	0.072 [0.026, 0.171]	0.12
	0.26	0.64	0.30	0.66	0.22	0.63			
Wie viele Erwachsene leben in Ihrem Haushalt?	(n=830)		(n=447)		(n=291)		0.270	-0.069 [-0.191, 0.053]	0.08
	2.01	0.81	2.00	0.76	2.07	0.92			

* T-Test für Mittelwertgleichheit, Varianzen sind gleich, Konfidenzintervall 95%

Tabelle 20, Übersicht Auswertung „Familie und Haushalt" (in Gruppen eingeteilt)

Variable		Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen			
Familie und Haushalt		**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p****	**OR**	**p*****
Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?	Keine Kinder	73	16.8	44	15.1	0.372	0.542	1.135	0.542
	Eins oder mehr Kinder	361	83.2	247	84.9				
Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt?	Keine Kinder	336	79.4	239	86.0	4.864	**0.027**	0.630	**0.028**
	Eins oder mehr Kinder	87	20.6	39	14.0				

** Chi-Quadrat nach Pearson (für p<0.05)
*** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorien „keine Kinder“ verglichen mit „eins oder mehr Kinder“)

5.2.5 Auswertung Selbstwirksamkeitserwartung

Eine Beurteilung der Selbstwirksamkeitserwartung erfolgte über die Auswertung von a) einer standardisierten Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE-Skala) sowie b) einer Frage zum Thema „Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen“. Vor Durchführung der Gruppentests erfolgte eine Überprüfung auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test. Die SWE-Skala weist zu 99%iger Wahrscheinlichkeit keine Normalverteilung auf ($p<0.001$), somit findet der Mann-Whitney-U-Test Anwendung.

Die Skala **zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung** (SWE-Skala) umfasst Werte zwischen 10-40 Punkten. Der Mittelwert der Gruppe „Bedarf Ja“ liegt bei $M_{X1}=26.67$ Punkten ($SD_{X1}=5.54$, Range: 10-40) und in der Gruppe „Bedarf Nein“ bei $M_{X0}=30.70$ Punkten ($SD_{X0}=5.11$, Range: 13-40). In der Tabelle 21 sind die Ergebnisse zu der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Bedarfsgruppen und der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung dargestellt. Die Auswertung des Mann-Whitney-U-Tests ergibt, dass statistisch signifikante Unterschiede vorliegen ($p<0.001$). In der nachfolgenden Tabelle 22 sind die Ergebnisse der binär-logistischen Regressionsanalyse sowie die Berechnungen der jeweiligen Effektstärken nach Cohen mittels gepoolter Standardabweichung dargestellt. Die einzelnen Items zeigen hoch signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten auf ($p<0.001$), wobei der Gesamt-Skalenwert[6] für die Bedarfsgruppe „Ja“ eine um 77.7% und der Gesamtscore[7] eine um 13.8% verringerte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf ergibt. Außerdem können im Allgemeinen mittlere Effektstärken nachgewiesen werden ($d_{SEW1}=0.44$, $d_{SEW2}=0.45$, $d_{SEW3}=0.50$, $d_{SEW4}=0.49$, $d_{SEW5}=0.64$, $d_{SEW6}=0.67$, $d_{SEW7}=0.64$, $d_{SEW8}=0.65$, $d_{SEW9}=0.62$, $d_{SEW10}=0.52$). Zusammenfassend ist erkennbar, dass die Gruppe „Bedarf Ja“ eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aufweist, als die Gruppe „Bedarf Nein“, was an mittleren Effektstärken und hoch signifikanten Eintrittswahrscheinlichkeiten deutlich wird.

[6] **Gesamt-Skalenwert:** Durchschnittliche Skalenwert innerhalb einer Gruppe (Werte: 1-4)
[7] **Gesamtscore:** Summe der gesamten Skalenwerte innerhalb einer Gruppe (Werte: 10-40)

Tabelle 21, Übersicht Auswertung SWE-Fragebogen

Variable		Bedarf Ja			Bedarf Nein			Signifikanzen	
SWE-Skala		**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**Z**	**p***
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	472	2.85	0.74	310	3.17	0.70	-5.995	**<0.001**
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	477	2.93	0.65	310	3.22	0.63	-6.232	**<0.001**
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	474	2.69	0.76	308	3.06	0.71	-6.840	**<0.001**
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	475	2.53	0.73	308	2.88	0.68	-6.657	**<0.001**
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	478	2.68	0.71	310	3.13	0.68	-8.777	**<0.001**
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	476	2.52	0.78	310	3.03	0.72	-8.814	**<0.001**
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	476	2.71	0.75	310	3.18	0.70	-8.810	**<0.001**
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	475	2.62	0.75	311	3.10	0.73	-8.578	**<0.001**
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	475	2.57	0.71	310	3.00	0.67	-8.297	**<0.001**
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	474	2.67	0.66	311	3.01	0.63	-7.225	**<0.001**
	Gesamt-Skalenwert**	473	2.68	0.55	310	3.08	0.51	-9.869	**<0.001**
	Gesamtscore***	473	26.67	5.54	310	30.70	5.11	-9.822	**<0.001**

* Mann-Whitney-U-Test

Skala 1-4: (1: stimmt nicht, 2: stimmt kaum, 3: stimmt eher, 4: stimmt genau)

Tabelle 22, weitere Auswertungen zum SWE-Fragebogen

Variable		Signifikanzen						
SWE-Fragebogen		**OR „stimmt nicht“**	**p** „stimmt nicht“**	**OR „stimmt kaum“**	**p** „stimmt kaum“**	**OR „stimmt eher“**	**p** „stimmt eher“**	**d**
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	6.688	**0.001**	3.440	**<0.001**	2.218	**<0.001**	0.44
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	5.577	**0.003**	4.500	**<0.001**	2.404	**<0.001**	0.45
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	5.035	**<0.001**	5.027	**<0.001**	2.096	**<0.001**	0.50
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	7.167	**<0.001**	4.966	**<0.001**	2.265	**<0.001**	0.49
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	9.900	**<0.001**	8.800	**<0.001**	3.294	**<0.001**	0.64
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	16.237	**<0.001**	6.686	**<0.001**	2.971	**<0.001**	0.67
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	7.051	**<0.001**	8.974	**<0.001**	2.929	**<0.001**	0.64
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	12.406	**<0.001**	8.298	**<0.001**	4.303	**<0.001**	0.65
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	10.546	**<0.001**	9.284	**<0.001**	3.373	**<0.001**	0.62
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	7.000	**<0.001**	6.976	**<0.001**	2.712	**<0.001**	0.52
	Gesamt-Skalenwert	**OR:** 0.223, **p<0.001**						
	Gesamtscore	**OR:** 0.862, **p<0.001**						

** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorien verglichen mit „stimmt genau“)

Die Ergebnisse der weiteren Auswertung bezüglich der **„Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen**“ sind in Tabelle 23 und Abbildung 11 aufgeführt. Hieraus ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Brustkrebspatientinnen in beiden Bedarfsgruppen am häufigsten die Umsetzung „einiger Maßnahmen“ (X1: 63.2%, X0: 49.6%) angibt. Sehr viel weniger Patientinnen benennen „alle Maßnahmen“ (X1: 16.5%, X0: 14.5%) und nur wenige Patientinnen geben an, „keine Maßnahmen“ durchführen oder umsetzen zu können (X1: 1.5%, X0: 2.5%). Des Weiteren benennt ein erheblicher Anteil der Brustkrebspatientinnen, dass „keine Maßnahmen empfohlen“ wurden (X1: 18.8 %, X0: 33.6 %). Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson und der binär-logistischen Regressionsanalyse sind nicht signifikant (X^2=1.533, p=0.465).

Tabelle 23, Übersicht Auswertung „Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen“

	Bedarf Ja		**Bedarf Nein**		**Signifikanzen**			
Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen: Wenn Sie an die empfohlenen oder eingeleiteten ambulanten Maßnahmen denken: Glauben Sie, dass Sie die Maßnahmen durchführen bzw. umsetzen können?								
	n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
Gesamt	(n=399)		(n=256)					
alle Maßnahmen	66	16.5	37	14.5	1.533	0.465		
einige Maßnahmen	252	63.2	127	49.6			1.112	0.647
keine Maßnahmen	6	1.5	6	2.3			0.561	0.345
es wurden keine Maßnahmen empfohlen	75	18.8	86	33.6				

* Chi-Quadrat nach Pearson (für p<0.05)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorien verglichen mit „alle Maßnahmen“)

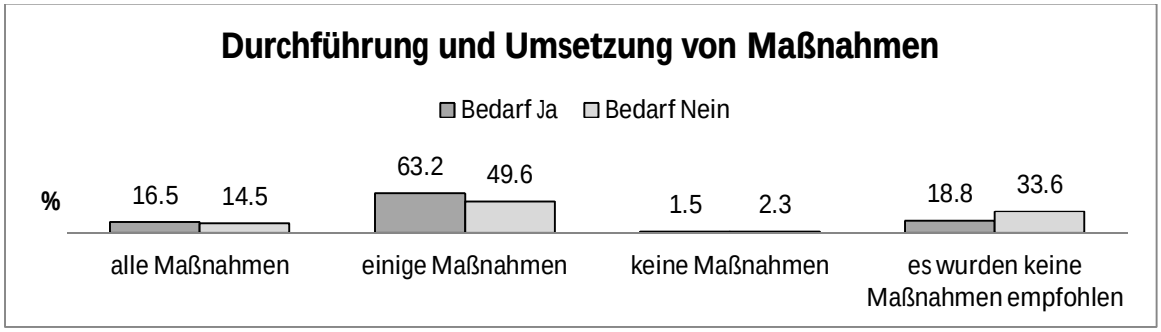


Abbildung 11, Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen

5.2.6 Auswertung Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung

Die Auswertung der Grundeinstellung umfasst eine Reihe von Fragen, die sich auf **a)** die Inanspruchnahme vorheriger Angebote, **b)** die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung **c)** die Grundeinstellung zu psychotherapeutischer Unterstützung **d)** die Gründe für die Ablehnung psychosozialer Unterstützung und **e)** die Auswertung eines standardisierten Motivationsfragebogen-Abschnitts: „Skala zur Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ (FPTM 23) konzentrieren.

Bei der Auswertung der **ersten Fragestellung (a)**: „Haben Sie vor Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?“ geben beide Bedarfsgruppen jedoch besonders die Bedarfsgruppe „Nein“ an, dass Sie „Selbsthilfegruppen“ und „Beratungsstellen“ ($SG_{(X1)nein}$=84.7%, $SG_{(X0)nein}$=93.7%, $BS_{(X1)nein}$= 80.3%, $BS_{(X0)nein}$=88.8%) sowie „keines der Angebote“ bisher in Anspruch genommen haben ($K_{(X1)nein}$=60.0%, $K_{(X0)nein}$=30.7%). Eine „psychologische Behandlung“ wurde dagegen bereits von einigen Patientinnen, vor allem aber in der Gruppe „Bedarf Ja“ aufgesucht ($PB_{(X1)ja}$=41.5%, $PB_{(X0)ja}$=15.5%). Die nachfolgende Untersuchung mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt, dass diese Zusammenhänge statistisch signifikant sind (X^2_{SG}=14.371, p_{SG}<0.001, X^2_{BS}=9.690, p_{BS}=0.002, X^2_{PB}=58.020, p_{PB}<0.001, X^2_K=60.272, p_K<0.001) und anhand der binärlogistischen Regressionsanalyse lassen sich ebenfalls hoch signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten nachweisen (OR_{SG}=0.372, p_{SG}<0.001, OR_{BS}=0.515, p_{BS}=0.002, OR_{PB}=0.259, p_{PB}<0.001, OR_K=3.381, p_K<0.001). Dementsprechend zeigt die Bedarfsgruppe „Nein“ im Hinblick auf die Nutzung einer „Selbsthilfegruppe“ eine um 62.8% verminderte Wahrscheinlichkeit, sowie bei der Nutzung einer „Beratungsstelle“ eine um 48.5% und der Nutzung einer „psychotherapeutischen Behandlung“ eine um 74.1% verminderte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf auf.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ im Vergleich zur Bedarfsgruppe „Nein“ bereits vor dem Klinikaufenthalt häufiger unterstützende Angebote in Anspruch genommen hat. Am meisten wurden „psychologische Behandlungen“, eher seltener „Selbsthilfegruppen“ und „Beratungsstellen“

aufgesucht. Alle Angaben sind sowohl im Chi-Quadrat-Test als auch in der binär-logistischen Regressionsanalyse hoch signifikant. Siehe hierzu Tabelle 24 und Abbildung 12.

Tabelle 24, Übersicht Auswertung „Inanspruchnahme vorheriger Angebote"

		Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen			
Inanspruchnahme vorheriger Angebote: Haben Sie vor Ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote in Anspruch genommen?									
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
Gesamt		(n=472)		(n=303)					
Selbsthilfegruppe	Ja	72	15.3	19	6.3	14.371	**<0.001**	0.372	**<0.001**
	Nein	400	84.7	284	93.7				
Beratungsstelle	Ja	93	19.7	34	11.2	9.690	**0.002**	0.515	**0.002**
	Nein	379	80.3	269	88.8				
psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/ Gespräche	Ja	196	41.5	47	15.5	58.020	**<0.001**	0.259	**<0.001**
	Nein	276	58.5	256	84.5				
keines	Ja	189	40.0	210	69.3	60.272	**<0.001**	3.381	**<0.001**
	Nein	283	60.0	93	30.7				

* Chi-Quadrat nach Pearson (für p<0.05)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorie „Nein“ verglichen mit Kategorie „Ja“)

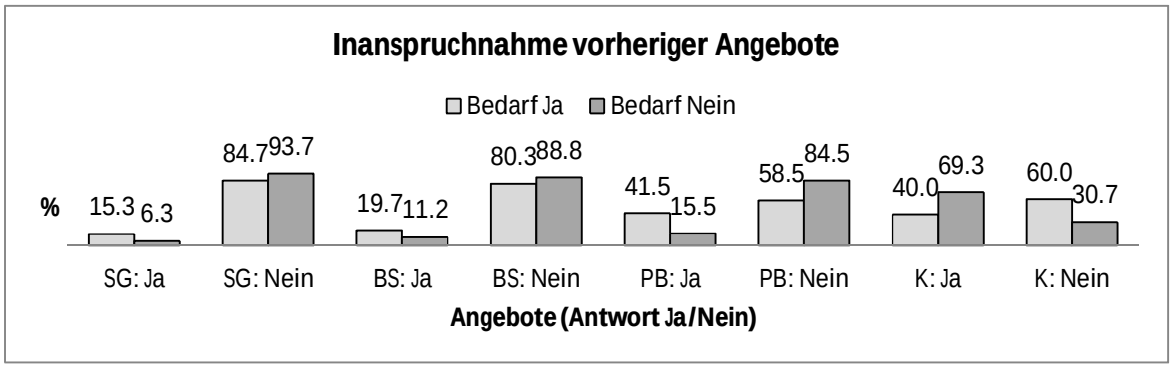


Abbildung 12, Inanspruchnahme vorheriger Angebote

SG: Abkürzung für „Selbsthilfegruppe“
BS: Abkürzung für „Beratungsstelle“
PB: Abkürzung für „psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/Gespräche“
K: Abkürzung für „keines“

In der Tabelle 25 sind die Ergebnisse zu der **zweiten Fragestellung (b)** aufgezeigt: „Haben Sie außerhalb der Rehabilitationsklinik aufgrund Ihrer Krebserkrankung Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?“. In Abbildung 13 und Abbildung 14 erkennt man die dazugehörigen Häufigkeitsverteilungen. Bei der deskriptiven Untersuchung zeigt sich, dass die aufgelisteten Angebote von beiden Bedarfsgruppen mehrheitlich „nicht in Anspruch genommen“ werden. Die drei am häufigsten genutzten Angebote, die zudem als „etwas“ bis „sehr hilfreich“ beschrieben werden, sind in beiden Gruppen die „Psychologische Beratung/Unterstützung“ ($X1_{Ja}$: 43.2%, $X0_{Ja}$: 14,6%), die „sozialrechtliche Beratung/Unterstützung“ ($X1_{Ja}$: 38.4%, $X0_{Ja}$: 30.9%) sowie in Gruppe Bedarf „Ja“ die „Psychotherapie“ ($X1_{Ja}$: 33.2%, $X0_{Ja}$: 6.3%) bzw. in der Gruppe „Bedarf Nein“ die „Krebsberatungsstellen“ ($X1_{Ja}$:21.6%, $X0_{Ja}$: 9.5%). Bei der weiteren Untersuchung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Bedarfsgruppen und der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten zeigt der Chi-Quadrat-Test nach Pearson in diesen Fällen, dass statistisch signifikant mehr Angebote in der Gruppe „Bedarf Ja“ wahrgenommen werden als in der Gruppe „Bedarf Nein“ ($X^2_{Psych.Ber.}$=63.490, $p_{Psych.Ber.}$<0.001, $X^2_{sozialr.Ber.}$=4.019, $p_{sozialr.Ber.}$=0.045, $X^2_{Psychoth.}$=70.720, $p_{Psychoth.}$<0.001, $X^2_{Krebsber.}$=17.337, $p_{Krebsber.}$ <0.001). Eine nachfolgende Analyse mittels binär-logistischer Regressionsanalyse kann zudem signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten nachweisen ($OR_{Psych.Ber.}$= 0.224, $p_{Psych.Ber.}$<0.001, $OR_{sozialr.Ber.}$=0.719, $p_{sozialr.Ber.}$=0.045, $OR_{Psychoth.}$=0.136, $p_{Psychoth.}$<0.001, $OR_{Krebsber.}$=0.380, $p_{Krebsber.}$<0.001). Somit liegt in der Gruppe „Bedarf Nein“ hinsichtlich einer „Psychologischen Beratung/Unterstützung“ eine um 77.6%, sowie bei der „sozialrechtlichen Beratung/Unterstützung“ eine um 28.1%, der „Psychotherapie“ eine um 86.4% und bei der Nutzung einer „Krebsberatungsstelle“ eine um 62.0% verringerte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf vor.

Die in Tabelle 25 weiter genannten Items, werden ebenfalls überwiegend statistisch signifikant häufiger in der Gruppe „Bedarf Ja“ als in der Gruppe „Bedarf Nein“ in Anspruch genommen. Da diese Angebote eine sehr geringe Inanspruchnahme aufweisen, werden sie bei der Auswertung nicht weiter berücksichtigt.

Insgesamt ist erkennbar, das die Bedarfsgruppe „Ja“ alle aufgeführten Angebote statistisch häufiger und mit einer signifikant erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf in Anspruch genommen hat und vor allem die „Psychologische Beratung/Unterstützung“, die „sozialrechtliche Beratung/Unterstützung“ sowie die „Psychotherapie“ mit „etwas“ bis „sehr hilfreich“ bewertet.

Tabelle 25, Übersicht Auswertung „Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung"

		Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen			
Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung: Haben Sie außerhalb der Rehabilitationsklinik aufgrund Ihrer Krebserkrankung Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?									
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
psychologische Beratung/ Unterstützung	Ja	179	43.2	41	14.6	63.490	**<0.001**	0.224	**<0.001**
	Nein	235	56.8	240	85.4				
sozialrechtliche Beratung/ Unterstützung	Ja	157	38.4	86	30.9	4.019	**0.045**	0.719	**0.045**
	Nein	252	61.6	192	69.1				
Psychotherapie	Ja	140	33.2	18	6.3	70.720	**<0.001**	0.136	**<0.001**
	Nein	282	66.8	267	93.7				
Unterstützung durch Krebsberatungs-stelle	Ja	88	21.6	26	9.5	17.337	**<0.001**	0.380	**<0.001**
	Nein	320	78.4	249	90.5				
Selbsthilfegruppe	Ja	84	20.3	18	6.5	24.919	**<0.001**	0.274	**<0.001**
	Nein	330	79.7	258	93.5				
Internet-Forum mit Betroffenen	Ja	51	12.8	14	5.1	10.894	**0.001**	0.368	**0.001**
	Nein	349	87.3	260	94.9				
seelsorgerische Unterstützung	Ja	46	11.5	20	7.4	3.056	0.080	0.615	0.083
	Nein	355	88.5	251	92.6				
Telefonberatung durch Experten	Ja	38	9.4	9	3.3	9.433	**0.002**	0.328	**0.003**
	Nein	367	90.6	265	96.7				
Internetberatung durch Experten	Ja	32	8.0	7	2.5	8.862	**0.003**	0.301	**0.005**
	Nein	369	92.0	268	97.5				

* Chi-Quadrat nach Pearson (für $p<0.05$)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorie „Nein“ mit Kategorie „Ja“ verglichen)

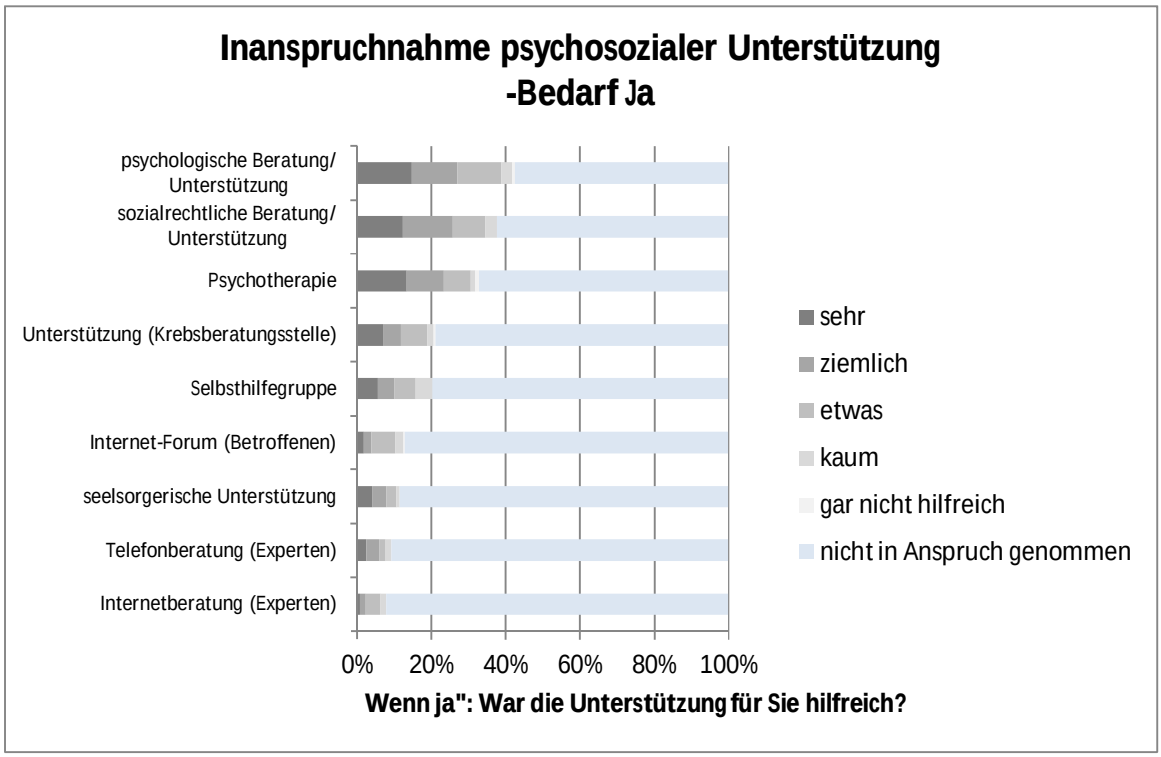


Abbildung 13, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung -Bedarf Ja

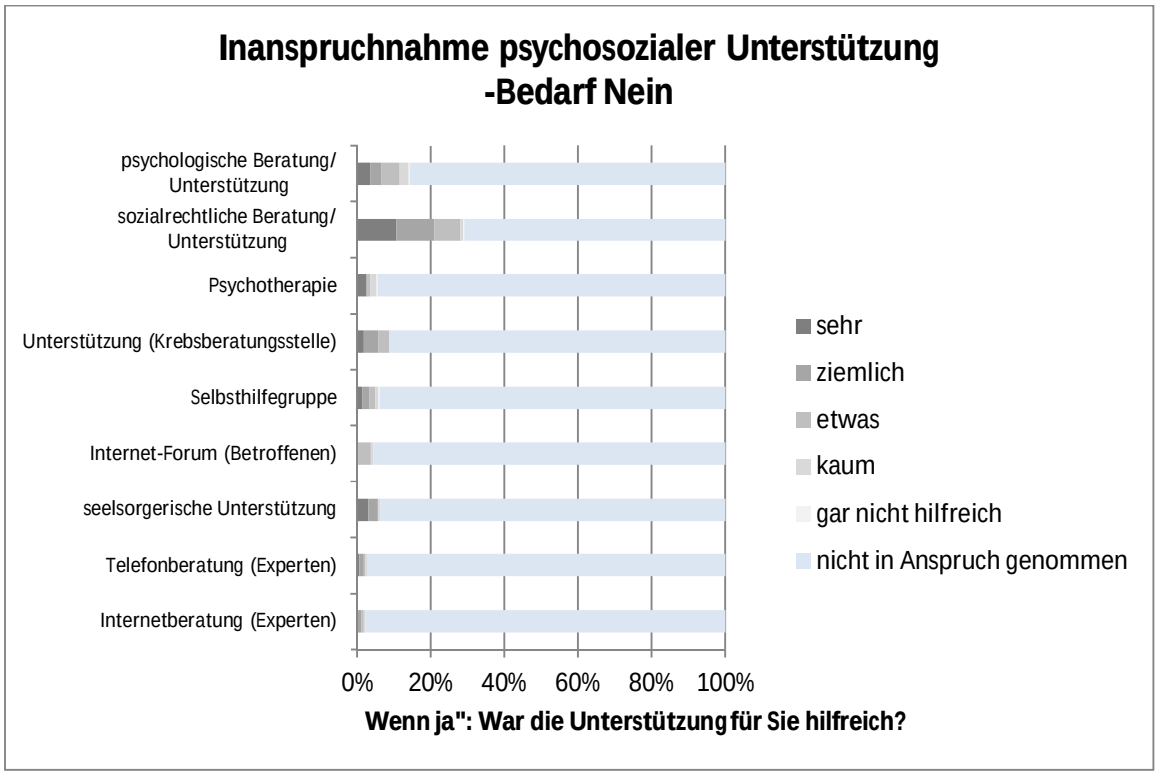


Abbildung 14, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung -Bedarf Nein

Die Ergebnisse über die Auswertung zur **dritten Fragestellung (c):** Skala über die „Grundeinstellung zu psychotherapeutischen Unterstützung“ sind in Tabelle 26 und Abbildung 15 aufgeführt. Es ist erkennbar, dass in der Gruppe „Bedarf Ja“ eine positivere Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Unterstützung aufzufinden ist, als im Vergleich zur Gruppe „Bedarf Nein“ (M_{X1}=7.56, SD_{X1}=2.28, M_{X0}=5.36, SD_{X0}=2.90). Das Minimum des Skalenwertes beträgt in beiden Gruppen 0 und das Maximum jeweils 10. Eine Auswertung mittels t-Test zeigt einen statistisch signifikanten Unterschied auf ($p<0.001$). Die binär-logistische Regressionsanalyse bestätigt außerdem, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ im Vergleich zur Bedarfsgruppe „Nein“, zu 37.7% eine signifikant höhere Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf aufweist (OR=1.377, $p<0.001$). Ein nachfolgende Berechnung der Effektstärke nach Cohen mittels gepoolter Standardabweichung weist ein d=0.87 nach und entspricht damit einer großen Effektstärke.

Tabelle 26, Übersicht Auswertung „Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung“

	Bedarf ja		**Bedarf nein**		**Signifikanzen**				
Grundeinstellung zu psychotherapeutischer Unterstützung									
	M	**SD**	**M**	**SD**	**p***	**KI**	**OR**	**p****	**d**
[Skala: 0 =negativ, 10= positiv]	(n=449) 7.56	2.28	(n=266) 5.36	2.90	**<0.001**	-2.204 [-2.588,-1.820]	1.377	**<0.001**	0.87

* T-Test für Mittelwertgleichheit, Varianzen sind gleich, Konfidenzintervall 95%
** Binär-logistische Regressionsanalyse

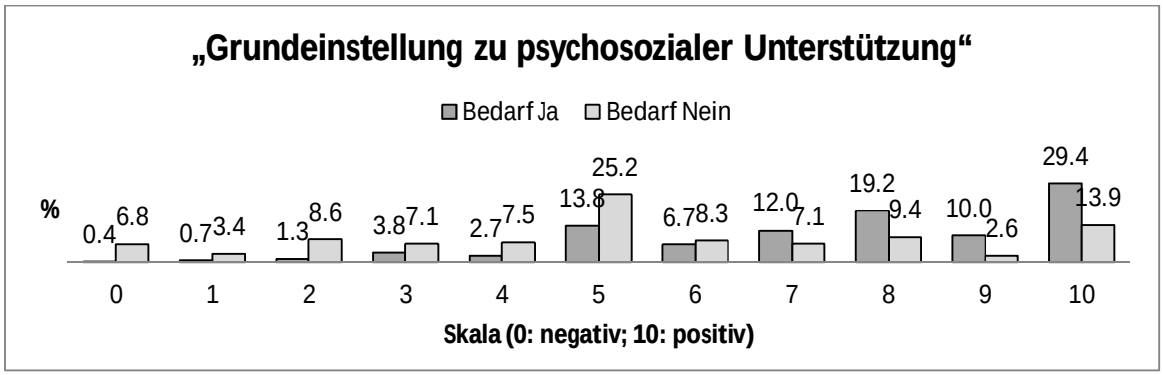


Abbildung 15, Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung

In der Abbildung 16 und Tabelle 27 sind die Ergebnisse zu der nachfolgenden **vierten Fragestellung (d)** über die „Gründe für die Ablehnungen einer psychosozialen Unterstützung“ aufgeführt. Es ist erkennbar, dass beide Gruppen am häufigsten mit „Ich brauche keine Unterstützung“ geantwortet haben (X1: 35.3%, X0: 85.5%). Dabei ist der Anteil in der Gruppe „Bedarf Nein“ deutlich größer als in der Gruppe „Bedarf Ja“, was mittels Chi-Quadrat-Test signifikant bestätigt wird (X^2=140.215, p<0.001). Als zweiter/dritter Grund wird von den Patientinnen, besonders von der Gruppe „Bedarf Ja“ angegeben, dass Sie nicht wüssten, an wen Sie sich diesbezüglich wenden sollten (X1: 23.5%, X0: 4.0%, X^2=43.487, p<0.001) bzw. dass sie nicht wüssten, dass es solche Angebote gibt (X1: 13.1%, X0: 2.9%, X^2=19.245, p<0.001). Auch hierbei zeigt der Chi-Quadrat-Test bezüglich beider Gruppen zu den genannten Aussagen hoch signifikante Unterschiede auf. Die binär-logistische Regressionsanalyse kann außerdem zu allen Items signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten bestätigen ($OR_{Aussage1}$=10.806, $p_{Aussage1}$<0.001, $OR_{Aussage2}$=0.135, $p_{Aussage2}$<0.001, $OR_{Aussage3}$=0.197, $p_{Aussage3}$<0.001).

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Mehrheit der Patientinnen beider Bedarfsgruppen vor allem der Bedarfsgruppe „Nein“, subjektiv keine Unterstützung benötigt. Außerdem gibt die Gruppe „Bedarf Ja“ im Vergleich zur Bedarfsgruppe „Nein“ statistisch häufiger an, dass sie nicht wüssten an wen sie sich diesbezüglich wenden sollten und dass sie nicht wüssten, dass es solche Angebote gibt. Die Ergebnisse sind in der logistischen Regressionsanalyse signifikant.

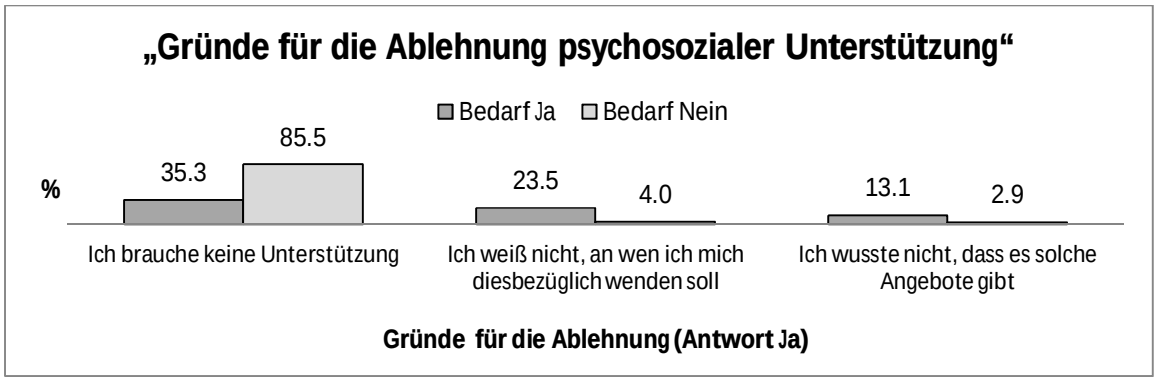


Abbildung 16, Gründe für die Ablehnung psychosozialer Unterstützung

Tabelle 27, Gründe für Ablehnung psychosozialer Unterstützung

		Bedarf Ja		Bedarf Nein		Signifikanzen			
Gründe für Ablehnung psychosozialer Unterstützung									
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
Ich brauche keine Unterstützung	Ja	89	35.3	236	85.5	140.215	**<0.001**	10.806	**<0.001**
	Nein	163	64.7	40	14.5				
Ich weiß nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll	Ja	59	23.5	11	4.0	43.487	**<0.001**	0.135	**<0.001**
	Nein	192	76.5	265	96.0				
Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt	Ja	33	13.1	8	2.9	19.245	**<0.001**	0.197	**<0.001**
	Nein	218	86.9	268	97.1				

* Chi-Quadrat nach Pearson (für $p<0.05$)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorie „Nein“ verglichen mit Kategorie „Ja“)

Die deskriptive Auswertung der **fünften Fragestellung (e):** Motivationsfragebogen-Skala „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ zeigt, dass die Frauen beider Bedarfsgruppen die einzelnen Aussagen überwiegend mit „kaum“ bis „etwas“ beantwortet haben. Bei der Analyse der fünfstufigen Skala stellt sich heraus, das der Gesamtscore der Gruppe „Bedarf Ja“ bei $M_{X1}=8.80$ ($SD_{X1}=3.77$) und in der Gruppe „Bedarf Nein“ bei $M_{X0}=10.24$ ($SD_{X0}=4.45$) liegt. Eine dazugehörige Berechnung der Rohwerte ergibt $M_{X1}=2.24$ ($SD_{X1}=0.96$) und $M_{X0}=2.60$ ($SD_{X0}=1.13$) und gemäß einer vierstufigen Antwortskala (Rohwert *4/5) einem $M_{X1\text{-}Roh\text{-}neu}=1.79$ ($SD_{X1\text{-}neu}=0.77$) und $M_{X0\text{-}Roh\text{-}neu}=2.08$ ($SD_{X0\text{-}neu}=0.90$). Der hieraus resultierende T-Wert entspricht damit, laut manueller Auswertung, in der Gruppe „Bedarf Ja“ einem Prozentrang der Norm von 50% ($T\text{-}Wert_{X1}=50$) und in der Gruppe „Bedarf Nein“ zwischen 20-33% ($T\text{-}Wert_{X0}=56$). Bei der weiteren Untersuchung der Ergebnisse mittels t-Test können statistisch signifikante Unterschiede sowie mittlere Effektstärken nachgewiesen werden ($p_{Ges.Score}<0.007$, $KI_{Ges.Score}=2.810$ [0.780, 4.839], $p_{Rohwert}<0.001$, $KI_{Rohwert}=0.360$ [0.212, 0.508], $d_{Ges.Score}=0.36$, $d_{Rohwert}=0.35$). Die binär-logistische Regressionsanalyse bestätigt zudem, dass die Gruppe „Bedarf Nein“ eine um 28.4% signifikant verminderte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf aufweist ($OR_{Ges.Score}=0.917$, $p_{Ges.Score}<0.001$, $OR_{Rohwert}=0.716$, $p_{Rohwert}<0.001$).

In Tabelle 28 sind die Ergebnisse über die Auswertung der Skala „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ des FPTM23-Fragebogens abgebildet. Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ eine positivere Einstellung zur psychischen Hilfsbedürftigkeit aufweist, als die Bedarfsgruppe „Nein“. Es liegen hierbei mittlere Effektstärken vor. Sowohl im t-Test als auch in der binär-logistischen Regressionsanalyse sind die Ergebnisse zudem signifikant.

Tabelle 28, Übersicht Auswertung „FPTM 23“

	Bedarf Ja		**Bedarf Nein**		**Signifikanzen**				
FPTM 23	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**p***	**KI**	**OR**	**p****	**d**
Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	(n=477) 2.60	1.20	(n=303) 2.91	1.31	**0.001**	0.308 [0.129, 0.487]	0.819	**0.001**	0.25
Ich finde man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen	(n=474) 2.43	1.18	(n=304) 2.84	1.33	**<0.001**	[0.403 0.224, 0.582]	0.772	**<0.001**	0.33
Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	(n=470) 2.10	1.12	(n=301) 2.49	1.26	**<0.001**	0.386 [0.216, 0.556]	0.760	**<0.001**	0.33
Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	(n=469) 1.76	0.99	(n=297) 2.12	1.17	**<0.001**	0.364 [0.210, 0.519]	0.732	**<0.001**	0.34
Gesamtscore	(n=478) 8.80	3.77	(n=305) 10.24	4.45	**0.007**	2.810 [0.780, 4.839]	0.917	**<0.001**	0.36
Gesamt-Skalenwert (Rohwert)	(n=478) 2.24	0.96	(n=305) 2.60	1.13	**<0.001**	0.360 [0.212, 0.508]	0.716	**<0.001**	0.35
Rohwert$_{neu}$ * **	1.79	0.77	2.08	0.90					
T-Wert**	**T-Wert$_{X1}$=50** (Prozentrang der Norm= 50%) **T-Wert$_{X0}$=56** (Prozentrang der Norm= 20-33%)								

***** T-Test für Mittelwertgleichheit, Varianzen sind gleich, Konfidenzintervall 95%
** Binär-logistische Regressionsanalyse
*** Rohwert$_{neu}$= Rohwert*4/5
******** T-Wert: Manuelle Auswertung (Normtabelle: Gesamt-Skalenwert für eine vierstufige Skala)

Skala 1-5 (1: gar nicht, 2: kaum, 3: etwas, 4: ziemlich, 5: sehr)

5.2.7 Auswertung Staatsangehörigkeit

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Bedarfsgruppen und der Staatsangehörigkeit ergibt die deskriptive Auswertung, dass überwiegend deutsche Patientinnen in beiden Bedarfsgruppen vertreten sind (X1: 97.8%, X0: 99.7%). Unter denen, die keiner Gruppe zugeordnet werden konnten, befinden sich lediglich 2.1% Patientinnen mit einer anderen Staatsangehörigkeit. Hierunter haben 95/287 Patientinnen die Frage beantwortet. Insgesamt kann man deshalb schlussfolgern, dass für die Auswertung fehlende Werte nicht ins Gewicht fallen würden. Die Auswertung des Chi-Quadrat-Test ergibt, dass es statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der Staatsangehörigkeit gibt (X^2=4.270, p<0.001). Eine weitere Untersuchung mittels binär-logistischer Regressionsanalyse weist jedoch keine signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit auf (OR=0.152, p=0.073). Hieraus lässt sich schließen, dass Patientinnen mit einer anderen Staatsangehörigkeit als „deutsch“ sich nicht häufiger in eine psychologische Nachsorgebehandlung begeben. Siehe Tabelle 29.

Tabelle 29, Übersicht Auswertung „Staatsangehörigkeit"

Variable	**Bedarf Ja**		**Bedarf Nein**		**Signifikanzen**			
Staatsangehörigkeit	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p***	**OR**	**p****
Gesamt	(n=445)		(n=228)					
Deutsch	435	97.8	287	99.7	4.270	**0.039**	0.152	0.073
Andere Staats-angehörigkeit	10	2.2	1	0.3				

* Chi-Quadrat nach Pearson (für p<0.05)
** Binär-logistische Regressionsanalyse (Kategorie „Deutsch“ verglichen mit „Andere“)

6. Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, welche möglichen Prädiktoren einen Einfluss auf den subjektiven Bedarf an psychosozialer Hilfe nach einer Rehabilitation aufweisen. Insbesondere das Alter, das Bildungsniveau, der Informationsstatus, die familiären Verhältnisse, die Selbstwirksamkeitserwartung, die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung und die Staatsangehörigkeit der Patientinnen wurden genauer analysiert. Hierzu erfolgte eine Einteilung der Patientinnen in eine Gruppe X1: „Bedarf Ja“ und eine Gruppe X0: „Bedarf Nein“. Die hierfür ausgewählten Kliniken (Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim; Nordfrieslandklinik, St. Peter-Ording) boten unter anderem spezielle onkologische Rehabilitationsprogramme für Brustkrebspatientinnen an, sodass für diese Studie von einer gleichen Ausgangssituation bezüglich der Rehabilitationsbedingungen der Studienteilnehmerinnen ausgegangen werden konnte. Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt und anhand der aufgestellten Hypothesen diskutiert.

Die erste Hypothese beschäftigt sich mit den Unterschieden hinsichtlich des Alters und Bildungsniveaus der Patientinnen und sagt aus, dass sich Jüngere und Patientinnen mit einem höheren Bildungsniveau häufiger in psychologische Behandlung begeben. Ein entsprechender Vergleich der beiden Bedarfsgruppen (X1, X0) ergibt, dass die Frauen mit einem Nachsorgebedarf (Gruppe X1) signifikant um durchschnittlich 3,86 Jahre jünger sind. Zudem wurde festgestellt, dass in der Gruppe „Bedarf Ja“ mehr Abiturientinnen sowie Fachhochschul-/Universitätsabschlüsse vorhanden sind, hingegen der Anteil an Frauen mit Hauptschul- /Fachschulabschlüssen in der Gruppe „Bedarf Nein“ erhöht ist. In der binär-logistischen Regressionsanalyse sind die genannten Ergebnisse signifikant.

Damit bestätigt sich die Annahme, dass ein geringeres Alter und ein höheres Bildungsniveau als Prädiktor für eine Inanspruchnahme einer psychosozialen Nachsorge anzusehen sind.

Die zweite Hypothese besagt, dass Patientinnen mit einem größeren Bedarf an Informationen häufiger an Nachsorgeprogrammen teilnehmen. Anhand der Ergebnisse ist ersichtlich, dass vor allem die Informationsquellen „Gespräche mit Ärzten“, „Informationsbroschüren“, „Gespräche im Familien-/Freundeskreis“ und „Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten“ von beiden Gruppen bevorzugt verwendet werden. Ein Vergleich der beiden Bedarfsgruppen (X1, X0) hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit („nie“ verglichen mit „häufig“) macht deutlich, dass besonders die Quellen „Informationsbroschüren“, „Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten“, „Internet“ sowie „Selbsthilfegruppen“ häufiger von den Patientinnen der Bedarfsgruppe „Ja“ gebraucht werden und diesbezüglich auch signifikant erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeiten vorliegen. Bei der weiteren Auswertung über die persönliche Einstellung zu Informationen ist erkennbar, dass sich die Patientinnen beider Bedarfsgruppen überwiegend wünschen, mehr Informationen über die Erkrankung bzw. Behandlung zu erhalten (X1: 61%; X0: 55%). Hierfür kann jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen belegt werden. Auch die Auswertung des Wohnorts der Patientinnen zeigt keinen statistischen Einfluss auf den Nachsorgebedarf auf. Beide Gruppen geben die jeweiligen Stadtgrößen in etwa gleich häufig an. Insofern ist kein Bezug zwischen der Stadtgröße und einem Nachsorgebedarf erkennbar.

Zusammenfassend ist aus den Ergebnissen feststellbar, dass der Bedarf an psychologischer Nachsorge zwar vom Informationsstatus abhängig ist, jedoch nicht unmittelbar mit einem Wunsch nach mehr Informationen verknüpft ist.

Die dritte Hypothese bezieht sich auf die familiären Verhältnisse und beinhaltet die Aussage, dass Patientinnen in einer festen Partnerschaft bzw. ohne Kinder sich häufiger in psychologische Behandlung begeben. In der untersuchten Stichprobe sind die sozialen Beziehungen in beiden Bedarfsgruppen (X1, X0) in etwa gleich häufig verteilt. Die meisten der Brustkrebspatientinnen sind „verheiratet“ oder leben in einer „festen Partnerschaft“ (X=65.4%, X0=71.1%), dagegen ist der Anteil an Ledigen, Geschiedenen, Verwitweten und Getrenntlebenden in beiden Gruppen deutlich geringer. Ein Vergleich der Gruppen weist

jedoch keinen signifikanten Unterschied auf. Bei der weiteren Auswertung zeigt sich, dass durchschnittlich jeweils 2.01 ±0.81 Erwachsene in den Haushalten wohnen. Zudem geben die Frauen an, dass sie etwa 1.60 ±1.05 Kinder und entsprechend 0.26 ±0.64 Kinder unter 18 Jahre haben. Es ist erkennbar, dass in der Gruppe „Bedarf Ja“ signifikant weniger Kinder zu finden sind, jedoch lässt sich hierfür keine signifikant erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf aufweisen. Darüber hinaus sind die Ergebnisse über die Anzahl der im Haushalt lebenden Minderjährigen und Erwachsenen nicht hinreichend signifikant. Es lässt sich jedoch eine tendenziell verringerte Anzahl an Minderjährigen in der Gruppe „Bedarf Ja“ feststellen.

Insgesamt ergibt die Untersuchung der dritten Hypothese, dass die vorliegenden Ergebnisse diese nur zum Teil bestätigen können und daher ein tendenzieller Zusammenhang zwischen den familiären Verhältnissen und einem Nachsorgebedarf nachgewiesen werden kann.

Die vierte Hypothese beschreibt, dass Patientinnen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung sich häufiger in psychologische Behandlung begeben. Im Hinblick auf diese Aussage erfolgte die Auswertung des standardisierten SWE-Fragebogens, bei der ein hoher Skalenwert einer großen optimistischen Einstellung in die eigenen Fähigkeiten entspricht. Die Auswertung ergibt, dass der Mittelwert der Gruppe „Bedarf Ja“ mit M_{X1}=26.67 Punkten (SD_{X1}=5.54) signifikant niedriger ist als in der Gruppe „Bedarf Nein“ (M_{X0}=30.70 Punkten, SD_{X0}=5.11). Zudem wird eine hoch signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit und mittlere Effektstärke nachgewiesen. Des Weiteren zeigt sich, dass die Frauen in beiden Bedarfsgruppen nur zum Teil Maßnahmen umsetzten können. Viele Patientinnen geben an, dass Sie „einige Maßnahmen“ (X1: 63.2%, X0: 49.6%) bzw. wenige Frauen benennen „alle Maßnahmen“ oder „keine Maßnahmen“ umsetzen zu können. Beide Bedarfsgruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant voneinander. Vielen Frauen äußern, dass „keine Maßnahmen empfohlen“ wurden (X1: 18.8 %, X0: 33.6 %).

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zeigt sich, dass die Gruppe „Bedarf Ja“ eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aufweist als die Gruppe „Bedarf Nein“ und kein Zusammenhang zwischen der Umsetzung von Maßnahmen und einem subjektiven Nachsorgebedarf festgestellt werden kann. Die vierte Hypothese wird somit nicht bestätigt und ist demzufolge abzulehnen.

Die fünfte Hypothese lautet, dass Patientinnen mit einer negativen Grundeinstellung häufiger psychologische Behandlungen ablehnen. Die Auswertung ergibt, dass besonders die Frauen mit einem Nachsorgebedarf (X1) bereits vor ihrem Klinikaufenthalt unterstützende Angebote in Anspruch genommen haben. Hierbei wurden vor allem psychologische Behandlungen ($PB_{(X1)ja}$=41.5%, $PB_{(X0)ja}$=15.5%) und seltener Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen aufgesucht. Es ist erkennbar, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ (X1) im Vergleich zur Bedarfsgruppe „Nein“ (X0) häufiger andere Angebote in Anspruch genommen hat und zudem in der binär-logistischen Regressionsanalyse eine signifikant höhere Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Nachsorgebedarf aufweist. Insgesamt bewerten diese Frauen vor allem die Angebote: „Psychologische Beratung/Unterstützung“, „sozialrechtliche Beratung/Unterstützung“ sowie die „Psychotherapie“ mit „etwas“ bis „sehr hilfreich“. Doch auch wenn sich Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen ergeben, muss erwähnt werden, dass die Mehrheit der Brustkrebspatientinnen in beiden Bedarfsgruppen die aufgelisteten Angebote bisher noch nicht in Anspruch genommen hat (X1: 56.8%-92.0%, X0: 69.1%–97.5%).

Generell erscheint die Grundeinstellung in Bezug auf eine psychotherapeutische Unterstützung in der Gruppe „Bedarf Ja“ signifikant positiver als im Vergleich zur Gruppe „Bedarf Nein“ (M_{X1}=7.56, SD_{X1}=2.28, M_{X0}=5.36, SD_{X0}=2.90) und geht zugleich mit einer signifikant erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit und großen Effektstärke einher. Im Falle einer Ablehnung von unterstützenden Maßnahmen geben insbesondere die Frauen ohne Nachsorgebedarf an, dass sie keine Unterstützung bräuchten (X1: 35.3%, X0: 85.5%). Dagegen benennen Patientinnen in der Gruppe „Bedarf Ja“ auch recht häufig, dass Sie nicht wüssten, an wen Sie sich diesbezüglich wenden sollten (X1: 23.5%, X0: 4.0%) oder, dass

Sie nicht wüssten, dass es solche Angebote gibt (X1: 13.1%, X0: 2.9%). Diese Ergebnisse weisen in der logistischen Regressionsanalyse signifikante Eintrittswahrscheinlichkeiten auf.

Eine weitere Analyse zu der fünften Hypothese befasst sich mit der Auswertung der Skala „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ des Motivationsfragebogen „FPTM-23“ bei der ein hoher Rohwert mit einer Einstellung assoziiert wird, dass eine psychische Hilfsbedürftigkeit als ein Zeichen von Schwäche und mangelndem Charakter angesehen wird. Es ist erkennbar, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ eine signifikant positivere Einstellung zur psychischen Hilfsbedürftigkeit aufweist als die Bedarfsgruppe „Nein“. Hierzu lassen sich mittlere Effektstärken und zudem signifikante Werte in der binär-logistischen Regressionsanalyse finden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Mehrheit der Patientinnen in beiden Bedarfsgruppen subjektiv keine Unterstützung benötigt. Die Grundeinstellung gegenüber psychischer Unterstützung und die Einstellung bezüglich einer psychischen Hilfsbedürftigkeit sind jedoch in der Bedarfsgruppe „Ja“ deutlich höher. Außerdem geben Frauen mit einem Nachsorgebedarf signifikant häufiger an, bereits eine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen zu haben und bewerten viele Angebote relativ positiv mit „etwas“ bis „sehr hilfreich“. Die fünfte Hypothese kann anhand der vorliegenden Ergebnisse somit bestätigt werden.

Die sechste Hypothese besagt, dass sich Patientinnen mit einer deutschen Staatsangehörigkeit häufiger in psychologische Behandlung begeben. Die Untersuchung ergibt, dass in beiden Bedarfsgruppen überwiegend deutsche Patientinnen vertreten sind (X1: 97.8%, X0: 99.7%). Auch wenn sich diesbezüglich signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen finden lassen, so ergibt die Untersuchung der binär-logistischen Regressionsanalyse keine signifikante Eintrittswahrscheinlichkeit. Die sechste Hypothese wird damit nicht bestätigt.

6.2 Vergleich mit der Literatur

Bei der vorliegenden Stichprobe wurden Brustkrebspatientinnen der onkologischen Rehabilitation untersucht, die damit bereits einer Teilnahmebereitschaft für ein Nachsorgeprogramm in Form der Rehabilitationsmaßnahme zugestimmt hatten. Es sollte somit berücksichtigt werden, dass die vorliegenden Ergebnisse lediglich auf Brustkrebspatientinnen zutreffen, die im Allgemeinen eine Nachsorge befürworten, jedoch bezüglich einer psychosozialen Unterstützung nach einer Rehabilitation, unterschiedliche Inanspruchnahmen angeben. Ein Vergleich mit der aktuellen Literatur zum Thema „Subjektiver Bedarf an psychosozialer Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen nach stationärer onkologischer Rehabilitation“ macht deutlich, wie wichtig eine psychosoziale Anschlussbehandlung an eine Rehabilitation sein kann. Neben den somatischen Beschwerden werden häufig auch psychosoziale Belastungen bei Brustkrebspatientinnen beschrieben, die anhaltend und ausgeprägt sein können und eine gezielte Nachsorge nach einer Rehabilitation notwendig werden lassen (Costanzo et al., 2007; Golden-Kreutz et al., 2005; Kaufmann & Ernst, 2000; Kruse et al., 2003; Mehnert & Koch, 2008). Derzeit vorhandene Nachsorgeangebote sind z.B. Entspannungstherapien, Stressmanagement-Schulungen, kognitive Verhaltenstherapien oder supportive Psychotherapien, die häufig entsprechend der erkennbar somatopsychischen Störungen anhand der vorliegenden Diagnose und Motivation der Brustkrebs-patientinnen empfohlen werden (Neises, 2008).

Die Nachfrage und Inanspruchnahme an psychosozialen Interventionsprogrammen hat sich in den letzten Jahren zunehmend verbessert (Lindow et al., 2011; Muthny et al., 1998), jedoch ist laut Studienangaben die Anzahl der Nicht-Teilnehmerinnen noch immer ziemlich hoch und liegt nach derzeitigem Stand bei ca. 38% (Mehnert & Koch, 2008). Studien belegen jedoch den Nutzen psychosozialer Interventionen aufgrund der Nachhaltigkeit der erworbenen Kompensationsstrategien und der weiterhin positiven Verhaltensänderungen der Patientinnen (Kaufmann & Ernst, 2000; Mehnert & Koch, 2008). Es erscheint deshalb sinnvoll, weiterhin Patienten für diese Interventionsprogramme zu gewinnen, setzt aber optimaler weise eine ausführliche Analyse über die möglichen Prädiktoren voraus.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Untersuchung des **Alters**, **Bildungsniveaus** und **Informationsstatus** bezüglich ihres Einflusses auf eine psychosoziale Nachsorge entsprechen soweit den Literaturangaben. Es wird berichtet, dass Brustkrebspatientinnen mit einem Nachsorgebedarf jünger seien, einen höheren Schulabschluss aufweisen und gut über weiterführende Angebote informiert sind (Mehnert & Koch, 2008). Außerdem seien gerade jüngere Frauen an weiteren Informationen bezüglich ihrer Erkrankung interessiert und würden zugleich vorliegende Angebote als unzureichend empfinden (Kaufmann & Ernst, 2000). Zum einen sind in der hier vorliegenden Stichprobe Frauen mit einem Nachsorgebedarf (Gruppe X1) um durchschnittlich 3,86 Jahre signifikant jünger als die Bedarfsgruppe „Nein“ (X0), zum anderen weisen Sie auch ein höheres Bildungsniveau und eine höhere Inanspruchnahme von Informationsquellen auf. Außerdem ist ersichtlich, dass sich beide Gruppen (X1, X0) wünschen, mehr Informationen über die Erkrankung/Behandlung zu erhalten. Daraus lässt sich ableiten, dass den Brustkrebspatientinnen möglichst zeitnah eine geeignete Nachsorge angeboten werden müsste und der Umgang mit Informationsquellen durch gezielte Schulungen erleichtert werden sollte. Es ist Anzunehmen, dass damit das Interesse für Nachsorgeangebote bei den Patientinnen weiter geweckt werden könnte.

Ein weiterer Vergleich mit Literaturangaben macht deutlich, dass im Hinblick auf die **familiären Verhältnisse** weitere Studiendaten notwendig sind, um die derzeitige Datenlage hinreichend zu beurteilen. In einigen Studien wurde bereits festgestellt, dass insbesondere geschiedene oder getrennt lebende Frauen häufiger eine Interventionsstudie abbrechen als Verheiratete oder Singles (Costanzo et al., 2007), dabei stand vor allem ein erhöhtes Stressaufkommen bei den jüngeren Brustkrebspatientinnen in dem Vordergrund. Des Weiteren berichten Studien, dass vor allem ältere Brustkrebspatientinnen eher eine familiäre Unterstützung beanspruchen und im Vergleich dazu jüngere Frauen eher Personen aufsuchen, die neues Wissen vermitteln und mehr gemeinsame Interessen aufweisen (Ashida et al., 2009). In Familien hat man außerdem festgestellt, dass aufgrund einer Kinderbetreuung, erkrankte Frauen seltener an

Nachsorgeprogrammen teilnehmen, obwohl diese offensichtlich mehrfach belastet sind (Emslie et al., 2007). In der hier vorliegenden Stichprobe konnte nur zum Teil ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand und einem Nachsorgebedarf festgestellt werden. Es wurde beobachtet, dass die Anzahl der Frauen, die Kinder zu betreuen haben, in der Gruppe „Bedarf Nein“ größer ausfällt als in der Gruppe „Bedarf Ja“. Es bedarf diesbezüglich jedoch weiterer Studien, die diesen Zusammenhang in Bezug auf Brustkrebspatientinnen bestätigen.

Im Hinblick auf die **Selbstwirksamkeitserwartung** deuten bisher nur wenige Studien darauf hin, dass die Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung der Krebserkrankung eine große Rolle spielt. Es heißt, dass Frauen mit einem starken Gefühl der Kontrolle über ihr Leben zuversichtlicher in die eigenen Bewältigungsstrategien seien als Patientinnen, die ein geringeres Gefühl aufzeigten (Henselmans et al., 2010). Außerdem wird berichtet, dass sich ein früher Zeitpunkt nach der Diagnosestellung überwiegend positiv auf die Bereitschaft zu einer Teilnahme an Nachsorgeangeboten auswirkt (Demark-Wahnefried et al., 2006). So deutet eine Studie darauf hin, dass Brustkrebspatientinnen nach der Diagnosestellung besonders empfindlich und wachsam gegenüber ihrem Körper seien (Emslie et al., 2007). Vermutlich sind die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt besonders hilfsbedürftig und demnach bereiter ein Hilfsangebot anzunehmen. Es bietet sich somit an, Patientinnen direkt nach ihrer Krebsdiagnose, mögliche psychosoziale Angebote vorzustellen.

In der vorliegenden Stichprobe weisen die Brustkrebspatientinnen mit einem Nachsorgebedarf (Gruppe X1) eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung auf, was verglichen mit den Angaben aus der Literatur und der eigenen Hypothese, einen Widerspruch darstellt. Die Gründe sind hierfür unklar. Es wäre jedoch möglich, dass sich ein gewisser Alterseffekt bei der Auswertung des SWE-Fragebogens ergeben hat. In Studien wurde bereits festgestellt, dass die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mit zunehmenden Alter abnimmt (Schumacher et al., 2001). Dieser Effekt kann, soweit vorhanden, für die vorliegende Auswertung nicht ausgeschlossen werden. Es sollten deshalb weitere

Untersuchungen durchgeführt werden, die den hier ermittelten Zusammenhang, zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Nachsorgebedarf, bestätigen.

Eine weitere Teilauswertung beschäftigte sich mit dem Zusammenhang zwischen der **Grundeinstellung** und der Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten. Es wurde davon ausgegangen, dass Brustkrebspatientinnen mit einer negativen Grundeinstellung häufiger psychosoziale Nachsorgeprogramme ablehnen und sich hierbei schon Schwierigkeiten auftun, die die Akzeptanz von entsprechenden Nachsorgeprogrammen betreffen. Deshalb erfolgte eine Auswertung von Fragen, bei denen die Inanspruchnahme und Häufigkeiten von bereits aufgesuchten Angeboten untersucht wurde. Ziel war es, bevorzugte Angebote zu ermitteln sowie die Grundeinstellung und Motivation der Teilnehmerinnen zu analysieren. In Bezug auf die Grundeinstellung weisen derzeitige Studien darauf hin, dass die Inanspruchnahme an bestimmten Nachsorgeangeboten zum Teil sehr gering ausfällt, weil viele Patientinnen eine negative Einstellung aufweisen, wie in dem Beispiel der „Selbsthilfegruppen“ zu erkennen ist (Emslie et al., 2007). Es wird jedoch auch berichtet, dass viele Teilnehmerinnen von einer Selbsthilfegruppe profitieren und sich die Frauen in der Gemeinschaft sehr wohl fühlen würden (Sommer, 2011). In einer weiteren Studie über ältere Brustkrebspatientinnen heißt es, dass Frauen mit einer negativen Grundeinstellung zu einer symptomatischen Behandlung sowie negative Einstellungen der behandelnden Ärzte/-innen, Einfluss auf das Nachsorgeergebnis nehmen würden und schließlich mit einer deutlich verringerten Lebensqualität der Patientinnen einhergehen könnten (Yeom & Heidrich, 2009).

In der vorliegenden Untersuchung wurde festgestellt, dass Brustkrebspatientinnen mit einem Nachsorgebedarf (Gruppe X1) im Vergleich zur Gruppe „Bedarf Nein“ (X0) signifikant häufiger und mit einer besseren Grundeinstellung zu psycho-sozialen Unterstützung, von derartigen Angeboten Gebrauch machen. Jedoch ist im Allgemeinen die Teilnehmerzahl bei beiden Bedarfsgruppen (X1, X0) nur sehr gering vorhanden. Es bestätigt sich damit die Aussage, dass Angebote wie die „Selbsthilfegruppe nur zu einem sehr spärlichen Anteil in Anspruch genommen

werden. Hierbei scheint möglicherweise ein Imageproblem vorzuliegen, da man in Studien festgestellt hat, dass vergleichbare Angebote wie Sportprogramme mit Selbsthilfegruppen-Charakter von Patientinnen besser angenommen wurden (Emslie et al., 2007). Die weitere Auswertung der Skala „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ des FPTM23-Fragebogens zeigt außerdem, dass die Bedarfsgruppe „Ja“ eine positivere Einstellung zur psychischen Hilfsbedürftigkeit aufweist als die Bedarfsgruppe „Nein“, sodass man daraus ableiten kann, dass Patientinnen mit einem Nachsorgebedarf eine insgesamt positivere Einstellung gegenüber psychosozialen Angeboten aufweisen als die Vergleichsgruppe.

Die vorhandenen Ergebnisse bezüglich der Grundeinstellung und Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten entsprechen den Literaturangaben und zeigen zugleich auf, dass eine Verbesserung der Akzeptanz von Nachsorgeangeboten schon mit der Empfehlung von Ärzte/-innen beginnt. Man sollte deshalb möglichst frühzeitig den Brustkrebspatientinnen entsprechende Angebote nahe legen und mögliche Vorurteile ansprechen, um eine breitere Zustimmung zu gewinnen. Letztendlich ist und bleibt es jedoch die freie Entscheidung der Patientin, ein Angebot anzunehmen oder abzulehnen.

Die Untersuchung der **Staatsangehörigkeit** erfolgte explorativ. Überraschenderweise konnte bei der deskriptiven Auswertung ein Zusammenhang zwischen den Bedarfsgruppen und der Staatsangehörigkeit festgestellt werden, der sich jedoch bei einer weiteren Untersuchung mittels binär-logistischer Regressionsanalyse nicht bestätigen ließ. Einen Einfluss der Staatsangehörigkeit auf einen Nachsorgebedarf ist somit nicht eindeutig nachweisbar. Wahrscheinlich liegt es daran, dass der Anteil an Brustkrebspatientinnen mit einer „anderen Staatsangehörigkeit“ zwischen 0.3 - 2.2% liegt und dementsprechend der Anteil an Deutschen in der vorliegenden Stichprobe sehr hoch ist. Deshalb sollten in den nachfolgenden Studien Untersuchungen mit einem größeren Anteil an Patientinnen mit Migrationshintergrund durchgeführt werden, die den potentiellen Einfluss des Migrationsstatus auf einen Nachsorgebedarf genauer erforschen.

6.3 Methodenkritik

In der vorliegenden Arbeit konnte die Untersuchung von möglichen Prädiktoren hinsichtlich eines subjektiven Bedarfs für eine psychosoziale Nachsorge nach einer stationären Rehabilitation erfolgreich umgesetzt werden. Eine Analyse fand hierbei durch die Auswertung von zusammengestellten Fragebögen statt, die zu Beginn (Baseline-Erhebung, Messzeitpunkt 1) und zum Ende der Rehabilitation (t0-Erhebung, Messzeitpunkt 2) an Brustkrebspatientinnen ausgegeben wurden.

Der gesamte **Stichprobenumfang** erscheint mit 1088 Brustkrebspatientinnen durchaus angemessen. Es wurden nur weibliche Teilnehmerinnen ausgewählt, weil diese den größeren Anteil der Stichprobe bildeten und diesbezüglich das Geschlecht als möglicher Einflussfaktor ausgeschlossen werden konnte. Ein Mangel dieser Studie ist allerdings, dass der Eingangsstatus der Patientinnen nicht überprüft und berücksichtigt wurde, d. h. welches Ausmaß die Krebserkrankung psychisch und körperlich bisher eingenommen hat und in welchem Umfang Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen wurden. Zudem erfolgte die **Einteilung der Bedarfsgruppen** (X1: n=484, X0: n=317) anhand einer einzigen Frage: „Haben Sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den Wunsch, mit jemanden über die psychische Belastung durch ihre Erkrankung zu sprechen?“. Es ist somit fraglich, ob diese Einteilung den wirklichen Bedarf der Patientinnen wiederspiegelt, d. h. wie reliable und valide diese Frage ist. Hinsichtlich der **Fragestellung** wurden **gezielte Hypothesen untersucht**, die sich im Vergleich zu den Literaturangaben als geeignet herausstellten. In zwei Fällen erfolgte eine Analyse mit standardisierten Instrumenten (SWE-Fragebogen, Skala des FPTM-Motivations-fragebogens). Einschränkend ist auf die bei einigen Hypothesen hohe Anzahl an durchgeführten inferenzstatistischen Vergleichen hinzuweisen, welche zu einem kumulierenden Alpha-Fehler führen können, der statistisch nicht kontrolliert wurde. Andererseits wurden die zentralen Fragen nicht auf Einzelitemebene getestet, sondern immer zunächst auf Skalenebene, die weiter durchgeführten Tests einzelner Items dienten eher der explorativen inhaltlichen Aufklärung potentieller Unterschiede in den untersuchten Konstrukten.

6.4 Ausblick

Es konnte aufgezeigt werden, dass sich ein geringeres Alter, ein höheres Bildungsniveau, eine geringere Anzahl von Kindern im eigenen Haushalt sowie ein guter Informationsstatus und eine positive Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Unterstützung, positiv auf die Bereitschaft eine psychosoziale Nachsorge in Anspruch zu nehmen, auswirkt. Zusammenfassend lässt sich belegen, dass eine stationäre Rehabilitation deutlich zur Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit beiträgt (Heim et al., 2001; Kramer et al., 2003; Mehnert & Koch, 2008; Teichmann, 2002), die Inanspruchnahme einer Nachsorgemaßnahme jedoch weiterhin als verbesserungswürdig zu betrachten ist (Emslie et al., 2007; Lindow et al., 2011; Mehnert & Koch, 2008; Neises, 2008). Neuere Studien verdeutlichen bereits, dass die Inanspruchnahme von web-basierten Informationsquellen wie z. B. Internet-Chat-Gruppen, die derzeit auffindbaren Versorgungslücken schließen könnten. Der Trend zu mehr Informationen aus dem Internet wurde in dieser Studie zwar nicht untersucht, lässt sich aber durch Literaturangaben und steigende Anwenderzahlen in PubMed und Google verdeutlichen (Scheibler et al., 2006; Schmidt-Kaehler, 2005; Wantland et al., 2004). Neben der Veränderung des Angebotes an Nachsorgeprogrammen, sollte die Aufklärung durch den behandelnden Onkologen weiter verbessert werden. Möglicherweise müssten diesbezüglich vorliegende Leitlinien überarbeitet oder weitere Qualitätsmaßnahmen für onkologische Praxen eingeführt werden. Auch wenn das Fehlen von typischen Symptomen wie Angstzuständen, Anpassungsschwierigkeiten an die neue Situation oder Depressionen (Kruse et al., 2003; Neises, 2008) bei den Brustkrebspatientinnen gegen eine Empfehlung für eine psychologische Intervention spricht, so sollten diese Frauen dennoch Informationen über Nachsorgeangebote erhalten. Ich möchte zum Schluss noch einmal darauf hinweisen, dass in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen der Staatsangehörigkeit der Brustkrebspatientinnen hinsichtlich einer veränderten Inanspruchnahme für einen subjektiven Nachsorgebedarf festgestellt werden konnte. Nachfolgende Studien könnten vor allem hier ansetzen und genauere Erkenntnisse liefern, die zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Nachsorgeprogrammen beitragen würden.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Brustkrebs ist die häufigste onkologische Erkrankung bei Frauen. Neben körperlichen Beschwerden werden oft psychosoziale Probleme beschrieben, die einer qualifizierten Behandlung bedürfen. Entsprechende Nachsorgeprogramme werden derzeit nur von wenig Betroffenen in Anspruch genommen, deshalb liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bei der Untersuchung potenzieller Prädiktoren, die den subjektiven Bedarf an psychosozialer Nachsorge nach einer onkologischen Rehabilitation aufzeigen. **Methode:** Im Rahmen des BMBF/DRV-Projektes „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation – Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“ wurde im Verlauf einer stationären Rehabilitation eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung von Brustkrebspatientinnen durchgeführt und die Stichprobe bezüglich der Variablen Alter, Bildungsniveau, Informationsstatus, familiären Verhältnisse, Selbstwirksamkeitserwartung, Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung und Staatsangehörigkeit hinsichtlich eines Bedürfnisses für eine psychosoziale Unterstützung (Gruppe X1: „Bedarf Ja“; Gruppe X0: „Bedarf Nein“) sowohl deskriptiv als auch mit non-/parametrischen Verfahren untersucht. **Ergebnisse:** Die Auswertung ergibt, dass vor allem jüngere Patientinnen mit einem höheren Bildungsniveau eine signifikant größere Wahrscheinlichkeit für eine Inanspruchnahme einer psychosozialen Nachsorge aufweisen und Patientinnen mit einer geringeren Anzahl von im Haushalt lebenden Kindern einen tendenziell erhöhte Wahrscheinlichkeit erkennen lassen. Sowohl der Wohnort der Patientinnen als auch die partnerschaftlichen Verhältnisse zeigen keinen Einfluss auf einen Nachsorgebedarf auf. In den vorliegenden Ergebnissen ist weiterhin erkennbar, dass eine frühere Nutzung zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle oder sonstigen psychotherapeutischen Behandlung mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für eine spätere Therapie einhergeht. In dieser Stichprobe weisen Patientinnen der Bedarfsgruppe „Ja“ eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung und positivere Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung auf. Einen Zusammenhang zwischen Staatsangehörigkeit und einem subjektiven Bedarf ist

nicht nachweisbar. **Fazit:** Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wichtige Erkenntnisse für eine Verbesserung der psychosozialen Nachsorge liefern. Es wäre wünschenswert, den Anteil der Brustkrebspatientinnen für einen Nachsorgebedarf zu erhöhen, um den Frauen letztendlich eine bessere Lebensqualität zu bieten. Ansätze bilden hierbei neuere Formen von Nachsorgeangeboten wie z.B. Internet-Chat-Gruppen, die sich laut Literaturangaben bisher als geeignet herausstellen.

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1, Gruppeneinteilung anhand der ausgewählten Frage 27
Tabelle 2, Übersicht über die Einteilung der Altersgruppen (Jahren)..... 31
Tabelle 3, Übersicht über die Bewertung des Bildungsniveaus 31
Tabelle 4, Übersicht über die Einteilung des Informationsstatus 32
Tabelle 5, Übersicht über die Fragen zu den familiären Verhältnissen..... 33
Tabelle 6, Übersicht über die Auswertung zur Selbstwirksamkeitserwartung..... 34
Tabelle 7, Übersicht über die Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung 36
Tabelle 8, Übersicht über die Auswertung der Staatsangehörigkeit 37
Tabelle 9, Übersicht soziodemographische Daten..... 39
Tabelle 10, Übersicht über die Altersgruppenverteilung 41
Tabelle 11, Übersicht Auswertung „Alter“ 41
Tabelle 12, Übersicht Auswertung „Schulische Ausbildung“..... 43
Tabelle 13, Übersicht Auswertung „höchster Berufsabschluss“..... 44
Tabelle 14, Übersicht Auswertung „Informationsquellen“..... 47
Tabelle 15, Übersicht Binär-logistische Regressionsanalyse „Informationsquellen" 47
Tabelle 16, Übersicht Auswertung „persönliche Einstellung zu Informationen“ 50
Tabelle 17, Übersicht Auswertung „Wohnort" 50
Tabelle 18, Übersicht Auswertung „Familienstand und Kinder" 52
Tabelle 19, Übersicht Auswertung „Familie und Haushalt" 54
Tabelle 20, Übersicht Auswertung „Familie und Haushalt" (in Gruppen eingeteilt)54
Tabelle 21, Übersicht Auswertung SWE-Fragebogen 56
Tabelle 22, weitere Auswertungen zum SWE-Fragebogen 57
Tabelle 23, Übersicht Auswertung „Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen“ 58
Tabelle 24, Übersicht Auswertung „Inanspruchnahme vorheriger Angebote"..... 60
Tabelle 25, Übersicht Auswertung „Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung"..... 62
Tabelle 26, Übersicht Auswertung „Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung“..... 64
Tabelle 27, Gründe für Ablehnung psychosozialer Unterstützung 66
Tabelle 28, Übersicht Auswertung „FPTM 23“..... 67
Tabelle 29, Übersicht Auswertung „Staatsangehörigkeit" 68

Abbildung 1, Robert-Koch-Institut, Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, S. 79 8
Abbildung 2, Möglichkeiten der computergestützten Kommunikationsanalyse in Internet-Chatgruppen (Zimmer et al., 2008) 22
Abbildung 3, Schematische Darstellung der Datenerfassung.....
Abbildung 4, Altersgruppenverteilung 41
Abbildung 5, Skala zur Schulischen Ausbildung 43
Abbildung 6, Skala zum Berufsschulabschluss 45
Abbildung 7, Informationsquellen -Bedarf Ja 48
Abbildung 8, Informationsquellen -Bedarf Nein 49
Abbildung 9, Auswertung „Wohnort“ 51
Abbildung 10, Auswertung „Familienstand“ 52
Abbildung 11, Durchführung und Umsetzung von Maßnahmen 58
Abbildung 12, Inanspruchnahme vorheriger Angebote 60
Abbildung 13, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung -Bedarf Ja..... 63
Abbildung 14, Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung -Bedarf Nein 63
Abbildung 15, Grundeinstellung zu psychosozialer Unterstützung 64
Abbildung 16, Gründe für die Ablehnung psychosozialer Unterstützung 65

9. Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband, e.V., V. d. E., GbR, B. B., e.V., I., Knappschaft, & Sozialversicherung, S. d. I. (2004). Qualitäts-Sicherung, medizinische Rehabilitation Retrieved 19.04.2011, from http://www.qs-reha.de/5.php

Ashida, S., Palmquist, A. E. L., Basen-Engquist, K., Singletary, S. E., & Koehly, L. M. (2009). Changes in Female Support Network Systems and Adaptation After Breast Cancer Diagnosis: Differences Between Older and Younger Patients. *The Gerontologist, 49*(4), 549-559.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysenmethoden*: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Bundesausschuss, G. (2010). Pressemitteilung; Aktualisiertes Merkblatt Mammographie-Screening: Aufklärung über Vor- und Nachteile des Programms Retrieved 14.04.2011, from http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/347/

Bundesministerium (2001, 2011-03-24). Bundesministerium der Justiz; Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19. 6.2001, BGBl. I S. 1046) Retrieved 16.04.2011, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html

Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ, 328*(7434), 265.

Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer, 97*(12), 1625-1631.

Demark-Wahnefried, W., Clipp, E. C., Morey, M. C., Pieper, C. F., Sloane, R., Snyder, D. C., et al. (2006). Lifestyle Intervention Development Study to Improve Physical Function in Older Adults With Cancer: Outcomes From Project LEAD. *Journal of Clinical Oncology, 24*(21), 3465-3473.

DIMDI, D. I. f. M. D. u. I. (2011). ICD-10-GM. *Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma] (C50-C50)* Retrieved 13.05.2011, from http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm

DRV, D. R. (2011a). IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) Retrieved 31.05.2011, from http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/DRVB/de/Navigation/Service/Zielgruppen/reha_einrichtungen/nachsorgeprogramm_node.html

DRV, D. R. (2011b). Onkologische Rehabilitation Retrieved 16.04.2011, from http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/SharedDocs/de/Navigation/Rehabilitation/leistungen/onkologische_node.html

Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., et al. (2007). "I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer"; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research, 22*(6), 827-838.

Farin, E. (2005). Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitaion. *Rehabilitation 2005, 44*, 157-164.

Fogel, J., Albert, S. M., Schnabel, F., Ditkoff, B. A., & Neugut, A. I. (2002). Use of the Internet by Women with Breast Cancer Retrieved 02.02.2011, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761930/

Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M., et al. (2005). *Traumatic Stress, Perceived Global Stress, and Life Events: Prospectively Predicting Quality of Life in Breast Cancer Patients*.Unpublished manuscript, Ohio.

Haag, Hanhart, & Müller (Eds.). (2010). *Gynäkologie und Urologie -für Studium und Praxis* (5. Auflage ed.). Breisach am Rhein: Dr. med Markus Müller.

Hartmann, U., Muche, R., & Monika, R.-B. (2007). Effects of a Step-by-Step Inpatient Rehabilitation Programme on Quality of Life in Breast Cancer Patients. A Prospective Randomised Study. *Onkologie 2007, 30*, 177-182.

Heim, M. E., Kunert, S., & Özkan, I. (2001). Effects of Inpatient Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Onkologie 2001, 24*, 268-272.

Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology 2010, 29*(2), 160-168.

Kaufmann, M., & Ernst, B. (2000). Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. [CAWAC-Umfrage in Deutschland]. *Deutsches Ärzteblatt, 97*(47), A3191-A3196.

Kiene, M., & Hoch, J. (2004). Mammakarzinom und Lebensqualität - Gewinn durch Rekonstruktion und Angleichung der Gegenseite? *Handchir Mikrochir Plast Chir 2004, 36*, 384-391.

Klosterhuis, H., Zander, J., & Naumann, B. (2009). Rehabilitation der Rentenversicherung: Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. *die BG 09.09*, 394-400.

Knight, S. J., Latini, D. M., Hart, S. L., Sadetsky, N., Kane, C. J., DuChane, J., et al. (2007). Education predicts quality of life among men with prostate cancer cared for in the department of Veterans affairs. *Cancer, 109*(9), 1769-1776.

Kordy, H., Wolf, M., & Zimmer, B. (2011). Chat-Brücke Retrieved 01.06.2011, from http://www.chatgruppe.de/scheidegg/website/projectinfo.php

Kramer, R., Meißner, B., Schultze-Berndt, A., & Franz, I.-W. (2003). Verlaufsstudie psychologischer Effekte in der stationären Rehabilitation (VESPER-Studie). *Dtsch Med Wochenschr 2003, 128*, 1470-1474.

Krebsinformationsdienst KID, D. K. (2011). Behandlungsmöglichkeiten bei Brustkrebs - eine Übersicht: Adressen, Leitlinien, individuelle Planung Retrieved 28.04.2011, from http://www.krebsinformationsdienst.de/index.php

Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W., Söllner, W., & Keller, M. (2003). Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. *Psychotherapeut 2003, 48*(2), 93-99.

Leonhart, R. (2004). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation, 43*(04), 241,246.

Lindow, B., Naumann, B., & Klosterhuis, H. (2011). Kontinuität der rehabilitativen Versorgung –Selbsthilfe und Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation Der Rentenversicherung. *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011* Retrieved 11.07.2012, from http://dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/NEU/DAGSHG/SHGJahrbuch/DAGSHG_JB2011_16_Lindow.pdf

Maier-Riehle, B., & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation, 39*(04), 189,199.

Martin, S., Zimprich, D., Oster, P., Wahl, H. W., Minnemann, E., Baethe, M., et al. (2000). Erfolg und Erfolgsvariabilität stationärer Rehabilitation alter Menschen: Eine empirische Studie auf der Basis medizinisch-geriatrischer und psychosozialer Indikatoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33*(1), 24-35.

Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research, 64*(4), 383-391.

Muthny, F. A., Mücke, K., Rodi, B., & Stecker, R. (1998). Integration psychosozialer Versorgung in die Onkologie – Bedarf, Implementierung und Inanspruchnahme am Beispiel des ‚Herforder Modells' *Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2006, 7*(Volume 7, Number 4/ 1998), 171-177.

Mutrie, N., Campbell, A. M., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., et al. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ, 334*(7592), 517.

Neises, M. (2008). Psychooncologic Aspects of Breast Cancer. *Breast Care 2008, 3*(5), 351-356.

Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U., & Wittmann, W. W. (2006). Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) -Testkonstruktion und Gütekriterien. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, 252-270.

Rehse, B. (2008). Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebots bei von Brustkrebs betroffenen Frauen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 68*(9), 907.

Robert-Koch-Institut, R. (2010, 14.04.2011). Brustdrüse der Frau, ICD-10 C50. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends; Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland* Retrieved 23.02.2011, from http://www.rki.de/cln_160/nn_197444/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Praevalenz/Lokalisationen/C50.html?__nnn=true

Scheibler, F., Steffen, P., & Pfaff, H. (2006). Patienteninformation im Internet, Vertrauen in den Arzt und Partizipative Entscheidungsfindung - eine Querschnittstudie bei Brustkrebspatientinnne in Deutschland. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2006, 15*, 71-76.

Schmidt-Kaehler (2005). Gesundheitsberatung im Internet. Universität Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Schulz, H., Lang, K., Nübling, R., & Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23 *PsyJOURNALS, Diagnostica, Volume 49, Number 2 / 2003*, 83-93.

Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2001). *Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*.Unpublished manuscript.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen.*Unpublished manuscript, Berlin.

Singer, S., & Schulte, T. (2009). Lebensqualität von älteren Tumorpatienten, Bedarf und Nutzen von Anschlussheilbehandlungen. *Dtsch Med Wochenschr 2009, 134*, 121-126.

Smith Blesch, K. (1996). Rehabilitation of the Cancer Patient at Home. *Seminars in Onkology Nursing 1996, 12*(3), 219-225.

Sommer, K. (2011). Warum Selbsthilfe bei Brustkrebs? *Überleben mit Brustkrebs* Retrieved 12.05.2011, from http://www.ueberleben-mit-brustkrebs.de/mein-leben/leben-mit-brustkrebs/selbsthilfe/article-warum-selbsthilfe-bei-brustkrebs-20678.html

Teichmann, J. V. (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation 2002, 41*, 53-63.

Wangemann, T., & Golkaramnay, V. (2004). Chat-Gruppe als Brücke in den Alltag. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 9, 101*, A550-553.

Wantland, J. D., Portillo, J. C., Holzemer, L. W., Slaughter, R., & McGhee, M. E. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *J Med Internet Res, 6*(4), e40.

WHO (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. *Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO* Retrieved 01.06.2011, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf

Yeom, H.-e., & Heidrich, S. M. (2009). Effect of Perceived Barriers to Symptom Management on Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing, 32*(4), 309-316 310.1097/NCC.1090b1013e31819e31239e.

Zimmer, B., Mössner, M., Haug, S., Bauer, S., & Kordy, H. (2008). Möglichkeiten der computergestützten Kommunikationsanalyse in Internet-Chatgruppen. http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0208/zimmer.pdf

10. Anhang

Anhang A: Fragebogen Baseline
(Messzeitpunkt 1, Beginn der Rehabilitation)

Anhang B: Fragebogen t=0
(Messzeitpunkt 2, Ende der Rehabilitation)

Anhang C: Excel-Tabellen zur Berechnung der Effektstärken
– Alter
– Bildungsniveau
– Informationsstatus
– Familiäre Verhältnisse
– Selbstwirksamkeitserwartung
– Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung
– FPTM 23, Skala „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“

10.1 Fragebogen Baseline

Etikett

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, Angaben zu Ihrer Lebenssituation und Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Mit der Beantwortung des Fragebogens tragen Sie dazu bei, die Qualität der Behandlung zu verbessern und patientengerechter zu gestalten.

In dem Bogen werden Fragen zu verschiedenen Bereichen gestellt, da wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer Situation machen möchten. Da wir einen Fragebogen verwenden, mit dem sehr viele Patientinnen und Patienten befragt werden, könnte es vereinzelt sein, dass einzelne Fragen nicht ganz genau auf Ihre persönliche Situation zutreffen. Wir möchten Sie bitten, auch diese Fragen – so gut es eben geht – auszufüllen.

Es gibt keine „richtigen" oder „falschen" Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Wenn sich Verständnisprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben sollten, können Sie sich gerne an Herrn Büschges oder Herrn Gaspar wenden.

Wir möchten Sie bitten diesen Fragebogen ausgefüllt an der Rezeption abzugeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte kreuzen Sie an, wie es für Sie in der letzten Woche am ehesten zutraf

Ich fühle mich angespannt oder überreizt ○1 meistens ○2 oft ○3 von Zeit zu Zeit/gelegentlich ○4 überhaupt nicht	**Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst** ○1 fast immer ○2 sehr oft ○3 manchmal ○4 überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ○1 ganz genau so ○2 nicht ganz so sehr ○3 nur noch ein wenig ○4 kaum oder gar nicht	**Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend** ○1 überhaupt nicht ○2 gelegentlich ○3 ziemlich oft ○4 sehr oft
Mich überkommt die ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte ○1 ja, sehr stark ○2 ja, aber nicht allzu stark ○3 etwas, aber es macht mir keine Sorgen ○4 überhaupt nicht	**Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren** ○1 ja, stimmt genau ○2 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte ○3 möglicherweise kümmere ich mich zuwenig darum ○4 ich kümmere mich so viel darum wie immer

A

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ○1 ja, so viel wie immer ○2 nicht mehr ganz so viel ○3 inzwischen viel weniger ○4 überhaupt nicht	**Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein** ○1 ja, tatsächlich sehr ○2 ziemlich ○3 nicht sehr ○4 überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf ○1 einen Großteil der Zeit ○2 verhältnismäßig ofta ○3 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft ○4 nur gelegentlich/nie	**Ich blicke mit Freude in die Zukunft** ○1 ja, sehr ○2 eher weniger als früher ○3 viel weniger als früher ○4 kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich ○1 überhaupt nicht ○2 selten ○3 manchmal ○4 meistens	**Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand** ○1 ja, tatsächlich sehr oft ○2 ziemlich oft ○3 nicht sehr oft ○4 überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ○1 ja, natürlich ○2 gewöhnlich schon ○3 nicht oft ○4 überhaupt nicht	**Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen** ○1 oft ○2 manchmal ○3 eher selten ○4 sehr selten

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen schweren Koffer zu tragen)?	○1	○2	○3	○4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	○1	○2	○3	○4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, kurze Strecken außer Haus gehen?	○1	○2	○3	○4
Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	○1	○2	○3	○4
Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	○1	○2	○3	○4

Während der letzten Woche:	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen alltäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie bei Ihrem Hobby oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	○1	○2	○3	○4

B

Waren Sie kurzatmig?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schmerzen?	○1	○2	○3	○4
Mussten Sie sich ausruhen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schlafstörungen?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich schwach?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Appetitmangel?	○1	○2	○3	○4
War Ihnen übel?	○1	○2	○3	○4
Haben Sie erbrochen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Verstopfung?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Durchfall?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie müde?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslesen oder Fernsehen?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich angespannt?	○1	○2	○3	○4
Haben Sie sich Sorgen gemacht?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie reizbar?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	○1	○2	○3	○4

C

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

ausgezeichnet						sehr schlecht
○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

ausgezeichnet						sehr schlecht
○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7

Da die Klinik computergestützte Angebote vorhält, möchten wir Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihren Computererfahrungen bitten.

Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?

○ 1 gut ○ 2 mittel ○ 3 schlecht

Haben Sie zu Hause einen Internetzugang? – Wenn ja, was für einen?

○ 1 nein ○ 2 ja, ISDN oder langsamer ○ 3 ja, und zwar DSL ○ 4 ja, unbekannt

Wie oft gehen Sie ca. pro Woche ins Internet oder nutzen e-Mail?

○ 1 täglich ○ 2 2 – 6 mal pro Woche ○ 3 ca. 1x pro Woche ○ 4 seltener / nie

Bitte tragen Sie ihre Initialen ein: _____

Ihr Geburtsdatum (Monat, Jahr): _____

Das heutige Datum (Tag, Monat, Jahr): _____

D

10.2 Fragebogen t=0

Patient/-in

Nordfriesland

Ansprechpartner:
Herr Büschges, Raum 186

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten, Angaben zu Ihrer Lebenssituation und Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Mit der Beantwortung des Fragebogens tragen Sie dazu bei, die Qualität der Behandlung zu verbessern und patientengerechter zu gestalten.
In dem Bogen werden Fragen zu verschiedenen Bereichen gestellt, da wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer Situation machen möchten. Da wir einen Fragebogen verwenden, mit dem sehr viele Patientinnen und Patienten befragt werden, könnte es vereinzelt sein, dass einzelne Fragen nicht ganz genau auf Ihre persönliche Situation zutreffen. Wir möchten Sie bitten, auch diese Fragen – so gut es eben geht – auszufüllen.

Wir bitten Sie herzlich, den Fragebogen sorgfältig und vollständig zu beantworten.
Dabei ist es selbstverständlich möglich, bei der Beantwortung der Fragen Pausen einzulegen, das heißt, den Fragebogen „in Etappen" auszufüllen.

- Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten ein Kästchen/eine Zahl ankreuzen.
- Es gibt keine „richtigen" oder „falschen" Antworten. Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, d.h. es werden keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen. Ihr Name und Ihre Zimmernummer rechts oben auf dieser Seite dienen nur der Zuordnung dieses Fragebogens und werden von uns umgehend geschwärzt.
Wenn sich Verständnisprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben sollten, können Sie sich gerne an Herrn Büschges oder Herrn Gaspar wenden.

Wir möchten Sie bitten diesen Fragebogen ausgefüllt während Ihres Entlassungsgespräches bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin abzugeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

A

1. Heutiges Datum : _____

Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person:

2. Ihre Muttersprache ist...?

○ 1 deutsch	○ 2 andere und zwar: _____

2a. Sprachkenntnisse, wenn deutsch nicht Ihre Muttersprache ist.

○ 1 gut	○ 2 mittel	○ 3 schlecht

2b. Die Staatsangehörigkeit welchen Landes ....

haben Sie	○ 1 Deutschland	○ 2 andere, und zwar: _____
hat Ihre Mutter	○ 1 Deutschland	○ 2 andere, und zwar: _____
hat Ihr Vater	○ 1 Deutschland	○ 2 andere, und zwar: _____

3. Schulische Ausbildung

○ 1 kein Schulabschluss
○ 2 Sonderschulabschluss
○ 3 Hauptschulabschluss
○ 4 Realschulabschluss
○ 5 Fachabitur/Abitur
○ 6 Sonstiges:_____

4. Höchster Berufsabschluss

○ 1 noch in der Berufsausbildung
○ 2 abgeschlossene Lehre/Fachschule
○ 3 Meister
○ 4 Fachhochschule/Universität
○ 5 ohne Berufsabschluss
○ 6 Sonstiges:_____

5. Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen sind möglich)

○ 1 berufstätig, Vollzeit
○ 2 berufstätig, Teilzeit
○ 3 Hausfrau, nicht berufstätig
○ 4 Ausbildung im Betrieb
○ 5 Praktikum
○ 6 Studentin
○ 7 geringfügig beschäftigt (400 €)
○ 8 arbeitslos (Arbeitslosengeld I)
○ 9 arbeitslos (Arbeitslosengeld II „Hartz IV")
○ 10 Grundsicherung
○ 11 Erwerbsminderungs- /Unfähigkeitsrente
seit: .|__|__|.|__|__|
Monat Jahr
○ 12 Frührente/Frühpension
○ 13 Altersrente
○ 14 Witwen-Rente
○ 15 Sonstiges:_____
○ 16 unbekannt/unklar

6. Familienstand/Kinder

○ 1 ledig
○ 2 verheiratet oder in fester Partnerschaft
○ 3 verheiratet, aber getrennt lebend
○ 4 geschieden
○ 5 verwitwet

7. Wo leben Sie?

○ 1 Dorf
○ 2 Kleinstadt (unter 25.000 Einwohner)
○ 3 mittlere Stadt (25.000 bis 100.000 Einw.)
○ 4 Großstadt (über 100.000 Einw.)

8. Familie und Haushalt

Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?	_____ (Anzahl)
Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt? (als Haushalt gilt eine zusammen wohnende und wirtschaftende Personengruppe)	_____ (Anzahl)
Wie viele Erwachsene leben in Ihrem Haushalt? (Zählen Sie sich selbst bitte mit)	_____ (Anzahl)

9. Haben Sie vor Ihrem Klinikaufenthalt eines der folgenden Angebote Innanspruch genommen?

○ 1 Selbsthilfegruppe
○ 2 Beratungsstelle
○ 3 psychologische oder psychotherapeutische Behandlung/Gespräche
○ 4 keines
○ 5 andere, und zwar: _____

B

10. Wurden für Sie weitere medizinische oder therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der stationären Behandlung eingeleitet oder empfohlen?

- ○ 1 ambulante psychoonkologische Behandlung /Beratung
- ○ 2 IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) der DRV
- ○ 3 Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- ○ 4 Krankengymnastische Weiterbehandlung
- ○ 5 andere, und zwar: _____
- ○ 6 nein, keine

11. Wurden Ihnen Veränderungen Ihrer Lebensführung empfohlen?

- ○ 1 regelmäßige sportliche oder körperliche Aktivitäten
- ○ 2 Durchführung der erlernten krankengymnastischen Übungen
- ○ 3 Durchführung der erlernten psychotherapeutischen Übungen (z.B. Entspannungstraining, Stressbewältigungsstrategien)
- ○ 4 Reduktion von Genussmitteln (z.B. Alkohol, Zigaretten)
- ○ 5 soziale Kontakte aufnehmen oder ausbauen (z.B. Freunde, Bekannte, Familie)
- ○ 6 Veränderung der Wohnsituation (z.B. betreutes Wohnen, therapeutische WG, eigene Wohnung)
- ○ 7 andere, und zwar: _____
- ○ 8 nein, keine

11a. Wenn ja, haben Sie während der stationären Behandlung Informationsmaterialien oder andere Hilfestellungen bekommen, die Ihnen die Umsetzung der Veränderungen in Ihrer Lebensführung erleichtern sollen?

○ 1 ja	○ 2 teilweise	○ 3 nein

12. Wurden Sie hier in der Klinik bei der Vorbereitung auf die ambulanten Maßnahmen (z.B. weitere Therapien, berufliche Maßnahmen, etc.) unterstützt?

○ 1 gar nicht	○ 2 wenig	○ 3 mittel	○ 4 stark	○ 5 sehr stark

13. Wenn Sie an die empfohlenen oder eingeleiteten ambulanten Maßnahmen denken: Glauben Sie, dass Sie die Maßnahmen durchführen bzw. umsetzen können?

○ 1 alle Maßnahmen	○ 2 einige Maßnahmen	○ 3 keine Maßnahmen	○ 4 es wurden keine Maßnahmen empfohlen

14. Nutzen Sie das Internet?

○ 1 ja	○ 2 nein (...weiter mit Frage 15)

14a. Wenn ja, wie? (Mehrfachnennungen sind möglich):

- ○ 1 Informationen suchen
- ○ 2 E-Mail
- ○ 3 Diskussionsforen
- ○ 4 Chat
- ○ 5 Organisation von Terminen
- ○ 6 andere, und zwar: _____

C

Jeder Mensch hat ein unterschiedliches Bedürfnis nach Information.
Wir würden gern besser verstehen, wie gut Sie sich über Ihre Erkrankung und deren Behandlung informiert fühlen und welche Informationsquellen Sie nutzen.

15. Wie ist Ihre persönliche Einstellung zu Informationen im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung und Behandlung?

○1 Zu viele Informationen verunsichern oder überfordern mich eher
○2 Ich möchte eher so viele Informationen wie möglich erhalten

16. Gibt es Themen, über die Sie sich *mehr* Informationen wünschen?

○1 nein
○2 ja
Wenn ja, geben Sie bitte an, über welche Themen? _____

17. Gibt es Themen, über die Sie sich *weniger* Informationen wünschen?

○1 nein
○2 ja
Wenn ja, geben Sie bitte an, zu welchen Themen? _____

18. Welche Informationsquellen nutzen Sie, um sich über Ihre Erkrankung und Behandlung zu informieren?

	Wie häufig informieren Sie sich...				
Ich informiere mich durch...	**gar nicht**	**selten**	**manchmal**	**häufig**	**regel-mäßig**
Gespräche mit Ärzten	○1	○2	○3	○4	○5
Gespräche mit sonstigem med. Personal	○1	○2	○3	○4	○5
Gespräche mit Betroffenen/Erkrankten	○1	○2	○3	○4	○5
Gespräche im Familien-/Freundeskreis	○1	○2	○3	○4	○5
Selbsthilfegruppen	○1	○2	○3	○4	○5
Krebsberatungsstellen	○1	○2	○3	○4	○5
Beratung durch Krankenkassen	○1	○2	○3	○4	○5
Informationsbroschüren	○1	○2	○3	○4	○5
Bücher	○1	○2	○3	○4	○5
Tageszeitungen, Zeitschriften	○1	○2	○3	○4	○5
Fernsehen, Radio	○1	○2	○3	○4	○5
Internet	○1	○2	○3	○4	○5

D

Fragen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung

Jeder Mensch hat ein unterschiedliches Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung (z.B. Selbsthilfegruppen, Lebensberatung, Sozialberatung, Psychotherapie).
Wir möchten gern wissen, welche Unterstützungsangebote Sie nutzen und wie zufrieden Sie mit den Angeboten sind.

19. Haben Sie außerhalb der Rehabilitationsklinik aufgrund Ihrer Krebserkrankung Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen und sozialen Belange in Anspruch genommen?
Bitte beurteilen Sie jede Aussage. Wenn Sie ein Angebot in Anspruch genommen haben („ja"), beurteilen Sie bitte jeweils nebenstehend, wie hilfreich das jeweilige Angebot für Sie persönlich war. Bei „nein" gehen Sie bitte zur nächsten Zeile über.

	in Anspruch genommen		Wenn „ja": War die Unterstützung für Sie hilfreich?				
	nein	ja	gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Psychotherapie	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
psychologische Beratung/Unterstützung	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
sozialrechtliche Beratung/Unterstützung	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
seelsorgerische Unterstützung	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Selbsthilfegruppe	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Unterstützung durch Krebsberatungsstelle	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Telefonberatung durch Experten	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Internetberatung durch Experten	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Internet-Forum mit Betroffenen	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5
Sonstiges: _____	○1	○2 →	○1	○2	○3	○4	○5

20. Wie ist Ihre Grundeinstellung zu psychotherapeutischer Unterstützung?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
negativ — positiv

21. Falls Sie <u>keine</u> psychosoziale Unterstützung aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Anspruch genommen haben, welches sind die Gründe dafür?
(Es können mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden)

○1 Ich brauche keine Unterstützung
○2 Ich weiß nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll
○3 Ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt
○4 Sonstiges _____

22. Bedürfnis nach Unterstützung

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
a.	Haben Sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung den *Wunsch*, mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen?	○1	○2	○3	○4	○5
b.	Haben Sie nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung die *Möglichkeit*, mit jemandem über die psychische Belastung durch Ihre Erkrankung zu sprechen?	○1	○2	○3	○4	○5

E

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

23a	**Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?**					
○ 1 aus-gezeichnet	○ 2 sehr gut	○ 3 gut	○ 4 weniger gut	○ 5 schlecht	○ 6 sehr schlecht	
23b	**Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der vergangenen Woche bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?**					
○ 1 überhaupt nicht	○ 2 sehr wenig	○ 3 mäßig	○ 4 ziemlich	○ 5 war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage		
23c	**Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?**					
○ 1 überhaupt nicht	○ 2 sehr wenig	○ 3 mäßig	○ 4 ziemlich	○ 5 war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage		
23d	**Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?**					
○ 1 Ich hatte keine Schmerzen	○ 2 sehr leicht	○ 3 leicht	○ 4 mäßig	○ 5 stark	○ 6 sehr stark	
23e	**Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?**					
○ 1 sehr viel	○ 2 ziemlich viel	○ 3 mäßig viel	○ 4 ein wenig	○ 5 gar keine		
23f	**Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?**					
○ 1 überhaupt nicht	○ 2 sehr wenig	○ 3 mäßig	○ 4 ziemlich	○ 5 war zu diesen Kontakten nicht in der Lage		
23g	**Wie sehr haben Ihnen in der vergangenen Woche seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?**					
○ 1 überhaupt nicht	○ 2 etwas	○ 3 mäßig	○ 4 ziemlich	○ 5 sehr		
23h	**Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?**					
○ 1 überhaupt nicht	○ 2 sehr wenig	○ 3 mäßig	○ 4 ziemlich	○ 5 war dazu nicht in der Lage		

F

24. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich alle auf Ihre Erkrankung und mögliche Zukunftssorgen beziehen. Sie werden sehen, dass einige Fragen vielleicht nicht auf Sie zutreffen (zum Beispiel bei Fragen zum Beruf, wenn Sie nicht (mehr) berufstätig sind). Wir bitten Sie in diesem Fall ein Kreuz bei „nie“ zu machen.

	nie	selten	manch-mal	oft	sehr oft
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst.	○1	○2	○3	○4	○5
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös.	○1	○2	○3	○4	○5
Ich habe Angst vor Schmerzen.	○1	○2	○3	○4	○5
Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst.	○1	○2	○3	○4	○5
Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich (z.B. Herzklopfen, Magenschmerzen, Verspannung).	○1	○2	○3	○4	○5
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten, beunruhigt mich.	○1	○2	○3	○4	○5
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte.	○1	○2	○3	○4	○5
Ich habe Sorge, dass ich meinen Hobbys wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann.	○1	○2	○3	○4	○5
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung.	○1	○2	○3	○4	○5
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten.	○1	○2	○3	○4	○5
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte.	○1	○2	○3	○4	○5
Der Gedanke, ich könnte wegen Krankheit in der Arbeit ausfallen, beunruhigt mich.	○1	○2	○3	○4	○5

25. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	○1	○2	○3	○4
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	○1	○2	○3	○4
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	○1	○2	○3	○4
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	○1	○2	○3	○4
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	○1	○2	○3	○4
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	○1	○2	○3	○4
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	○1	○2	○3	○4
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	○1	○2	○3	○4
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	○1	○2	○3	○4
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	○1	○2	○3	○4

G

Vertiefende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrem Befinden	
26. Bitte kreuzen Sie an, wie es für Sie in der letzten Woche am ehesten zutraf	
Ich fühle mich angespannt oder überreizt ○1 meistens ○2 oft ○3 von Zeit zu Zeit/gelegentlich ○4 überhaupt nicht	**Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst** ○1 fast immer ○2 sehr oft ○3 manchmal ○4 überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ○1 ganz genau so ○2 nicht ganz so sehr ○3 nur noch ein wenig ○4 kaum oder gar nicht	**Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend** ○1 überhaupt nicht ○2 gelegentlich ○3 ziemlich oft ○4 sehr oft
Mich überkommt die ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte ○1 ja, sehr stark ○2 ja, aber nicht allzu stark ○3 etwas, aber es macht mir keine Sorgen ○4 überhaupt nicht	**Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren** ○1 ja, stimmt genau ○2 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte ○3 möglicherweise kümmere ich mich zuwenig darum ○4 ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ○1 ja, so viel wie immer ○2 nicht mehr ganz so viel ○3 inzwischen viel weniger ○4 überhaupt nicht	**Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein** ○1 ja, tatsächlich sehr ○2 ziemlich ○3 nicht sehr ○4 überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf ○1 einen Großteil der Zeit ○2 verhältnismäßig oft ○3 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft ○4 nur gelegentlich/nie	**Ich blicke mit Freude in die Zukunft** ○1 ja, sehr ○2 eher weniger als früher ○3 viel weniger als früher ○4 kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich ○1 überhaupt nicht ○2 selten ○3 manchmal ○4 meistens	**Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand** ○1 ja, tatsächlich sehr oft ○2 ziemlich oft ○3 nicht sehr oft ○4 überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ○1 ja, natürlich ○2 gewöhnlich schon ○3 nicht oft ○4 überhaupt nicht	**Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen** ○1 oft ○2 manchmal ○3 eher selten ○4 sehr selten

H

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen.

27. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen schweren Koffer zu tragen)?	○1	○2	○3	○4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	○1	○2	○3	○4
Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, kurze Strecken außer Haus zu gehen?	○1	○2	○3	○4
Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	○1	○2	○3	○4
Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	○1	○2	○3	○4

Während der letzten Woche:

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen alltäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie bei Ihrem Hobby oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie kurzatmig?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schmerzen?	○1	○2	○3	○4
Mussten Sie sich ausruhen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schlafstörungen?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich schwach?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Appetitmangel?	○1	○2	○3	○4
War Ihnen übel?	○1	○2	○3	○4
Haben Sie erbrochen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Verstopfung?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Durchfall?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie müde?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitung lesen oder Fernsehen?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich angespannt?	○1	○2	○3	○4

I

Haben Sie sich Sorgen gemacht?	○1	○2	○3	○4
Waren Sie reizbar?	○1	○2	○3	○4
Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	○1	○2	○3	○4
Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	○1	○2	○3	○4
Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	○1	○2	○3	○4

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

ausgezeichnet						sehr schlecht
○1	○2	○3	○4	○5	○6	○7

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

ausgezeichnet						sehr schlecht
○1	○2	○3	○4	○5	○6	○7

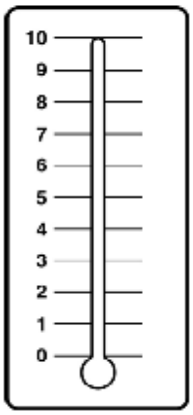
28. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Einstellungen auf Sie zutreffen

	gar nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	○1	○2	○3	○4	○5
Ich finde man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen	○1	○2	○3	○4	○5
Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	○1	○2	○3	○4	○5
Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	○1	○2	○3	○4	○5

J

Distress Thermometer

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



Extrem belastet

Gar nicht belastet

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

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Körperliche Probleme			**Praktische Probleme**
○1	○2	Schmerzen	○1	○2	Bewegung/Mobilität
○1	○2	Übelkeit	○1	○2	Waschen, Ankleiden
○1	○2	Erschöpfung	○1	○2	Wohnsituation
○1	○2	Schlaf	○1	○2	Arbeitsituation/Schule
○1	○2	äußeres Erscheinungsbild	○1	○2	Beförderung (Transport)
○1	○2	Atmung	○1	○2	finanzielle Sorgen
○1	○2	Entzündungen im Mundbereich	○1	○2	Versicherung
○1	○2	Essen/Ernährung			
○1	○2	Verdauungsstörungen			**Emotionale Probleme**
○1	○2	Verstopfung	○1	○2	Sorgen
○1	○2	Durchfall	○1	○2	Ängste
○1	○2	Konzentrationsschwierigkeiten	○1	○2	Traurigkeit
○1	○2	Veränderungen beim Wasser lassen	○1	○2	Depression
○1	○2	Fieber	○1	○2	Nervosität
○1	○2	trockene/juckende Haut			
○1	○2	trockene/verstopfte Nase			**Familiäre Probleme**
○1	○2	Kribbeln in Händen/Füßen	○1	○2	im Umgang mit dem Partner
○1	○2	angeschwollen/aufgedunsen fühlen	○1	○2	im Umgang mit den Kindern
○1	○2	Hitzewallungen/Schweißausbrüche	○1	○2	Kinderbetreuung
○1	○2	Schwindel	○1	○2	Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
○1	○2	sexuelle Probleme			
			Sonstige Probleme:		
		Spirituelle/religiöse Belange	_____		
○1	○2	in Bezug auf Gott	_____		
○1	○2	Verlust des Glaubens	_____		

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

K

10.3 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke - Alter

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	**Auswertung des Alters**					
3						
4	Formeln:					
5	**d=**	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8						
9	$M_{Bedarf\ ja}$	55,11				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	58,96				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	9,89				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	10,31				
13	$n_{Bedarf\ ja}$	446				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	277				
15	$SD_{gepoolt}$	10,05				
16	d	0,38				
17						

=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)

=((B10-B9)/B15)

10.4 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke - Bildungsniveau

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung der schulischen Ausbildung					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ ja} - M_{Bedarf\ nein}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8						
9	$M_{Bedarf\ ja}$	4,05				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	3,86				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,819				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,830	=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)			
13	$n_{Bedarf\ ja}$	463				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	299				
15	$SD_{gepoolt}$	0,82	=((B9-B10)/B15)			
16	d	0,23				
17						
18						
19	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
20	Auswertung des höchsten Berufsschulabschlusses					
21						
22	Formeln:					
23	d=	$(M_{Bedarf\ ja} - M_{Bedarf\ nein}) / SD_{gepoolt}$				
24	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
25						
26						
27	$M_{Bedarf\ ja}$	2,5				
28	$M_{Bedarf\ nein}$	2,33				
29	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,057				
30	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,976				
31	$n_{Bedarf\ ja}$	377	=((((B32-1)*B30^2)+(B31-1)*B29^2)/(B32+B31-2))^(1/2)			
32	$n_{Bedarf\ nein}$	228				
33	$SD_{gepoolt}$	1,03	=((B27-B28)/B33)			
34	d	0,17				
35						

10.5 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Informationsstatus

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung des Informationsquellen					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ ja} - M_{Bedarf\ nein}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8	Internet					
9	$M_{Bedarf\ ja}$	2,92				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	2,47				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,32				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,38				
13	$n_{Bedarf\ ja}$	413	=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)			
14	$n_{Bedarf\ nein}$	248				
15	$SD_{gepoolt}$	1,34	=((B9-B10)/B15)			
16	d	0,34				
17						
18	Fernsehen, Radio					
19	$M_{Bedarf\ ja}$	2,85				
20	$M_{Bedarf\ nein}$	2,87				
21	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,04				
22	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,15				
23	$n_{Bedarf\ ja}$	424	=((((B24-1)*B22^2)+(B23-1)*B21^2)/(B24+B23-2))^(1/2)			
24	$n_{Bedarf\ nein}$	266				
25	$SD_{gepoolt}$	1,08	=((B19-B20)/B25)			
26	d	-0,02				
27						
28	Tageszeitungen, Zeitschriften					
29	$M_{Bedarf\ ja}$	2,9				
30	$M_{Bedarf\ nein}$	2,88				
31	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,15				
32	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,22				
33	$n_{Bedarf\ ja}$	426				
34	$n_{Bedarf\ nein}$	265	=((((B34-1)*B32^2)+(B33-1)*B31^2)/(B34+B33-2))^(1/2)			
35	$SD_{gepoolt}$	1,18				
36	d	0,02	=((B29-B30)/B35)			
37						

	A	B	C	D	E	F
38	Bücher					
39	$M_{Bedarf\ ja}$	2,86				
40	$M_{Bedarf\ nein}$	2,73				
41	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,15				
42	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,21	=((((B44-1)*B42^2)+(B43-1)*B41^2)/(B44+B43-2))^(1/2)			
43	$n_{Bedarf\ ja}$	418				
44	$n_{Bedarf\ nein}$	251	=((B39-B40)/B45)			
45	$SD_{gepoolt}$	1,17				
46	d	0,11				
47						
48	Informationsbroschüren					
49	$M_{Bedarf\ ja}$	3,34				
50	$M_{Bedarf\ nein}$	3,12				
51	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,92				
52	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,07	=((((B54-1)*B52^2)+(B53-1)*B51^2)/(B54+B53-2))^(1/2)			
53	$n_{Bedarf\ ja}$	440				
54	$n_{Bedarf\ nein}$	265	=((B49-B50)/B55)			
55	$SD_{gepoolt}$	0,98				
56	d	0,22				
57						
58	Beratung durch Krankenkassen					
59	$M_{Bedarf\ ja}$	1,91				
60	$M_{Bedarf\ nein}$	1,93				
61	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,03				
62	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,06	=((((B64-1)*B62^2)+(B63-1)*B61^2)/(B64+B63-2))^(1/2)			
63	$n_{Bedarf\ ja}$	392				
64	$n_{Bedarf\ nein}$	224	=((B59-B60)/B65)			
65	$SD_{gepoolt}$	1,04				
66	d	-0,02				
67						
68	Krebsberatungsstellen					
69	$M_{Bedarf\ ja}$	1,54				
70	$M_{Bedarf\ nein}$	1,24				
71	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,95				
72	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,68	=((((B74-1)*B72^2)+(B73-1)*B71^2)/(B74+B73-2))^(1/2)			
73	$n_{Bedarf\ ja}$	375				
74	$n_{Bedarf\ nein}$	212	=((B69-B70)/B75)			
75	$SD_{gepoolt}$	0,86				
76	d	0,35				
77						

	A	B	C	D	E	F
78	Selbsthilfegruppen					
79	$M_{Bedarf\ ja}$	1,61				
80	$M_{Bedarf\ nein}$	1,32				
81	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,19				
82	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,94	=((((B84-1)*B82^2)+(B83-1)*B81^2)/(B84+B83-2))^(1/2)			
83	$n_{Bedarf\ ja}$	382				
84	$n_{Bedarf\ nein}$	222	=((B79-B80)/B85)			
85	$SD_{gepoolt}$	1,10				
86	d	0,26				
87						
88	Gespräche im Familien-/ Freundeskreis					
89	$M_{Bedarf\ ja}$	1,61				
90	$M_{Bedarf\ nein}$	1,32				
91	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,12				
92	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,09	=((((B94-1)*B92^2)+(B93-1)*B91^2)/(B94+B93-2))^(1/2)			
93	$n_{Bedarf\ ja}$	441				
94	$n_{Bedarf\ nein}$	268	=((B89-B90)/B95)			
95	$SD_{gepoolt}$	1,11				
96	d	0,26				
97						
98	Gespräche mit Betroffenen/ Erkrankten					
99	$M_{Bedarf\ ja}$	3,23				
100	$M_{Bedarf\ nein}$	3,04				
101	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,02				
102	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,07	=((((B104-1)*B102^2)+(B103-1)*B101^2)/(B104+B103-2))^(1/2)			
103	$n_{Bedarf\ ja}$	447				
104	$n_{Bedarf\ nein}$	254	=((B99-B100)/B105)			
105	$SD_{gepoolt}$	1,04				
106	d	0,18				
107						
108	Gespräche mit sonstigem med. Personal					
109	$M_{Bedarf\ ja}$	2,9				
110	$M_{Bedarf\ nein}$	2,67				
111	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,17				
112	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,28	=((((B114-1)*B112^2)+(B113-1)*B111^2)/(B114+B113-2))^(1/2)			
113	$n_{Bedarf\ ja}$	381				
114	$n_{Bedarf\ nein}$	222	=((B109-B110)/B115)			
115	$SD_{gepoolt}$	1,21				
116	d	0,19				
117						

	A	B	C	D	E	F
118	Gespräche mit Ärzten					
119	$M_{Bedarf\ ja}$	4,05				
120	$M_{Bedarf\ nein}$	4,11				
121	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,92				
122	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,98				
123	$n_{Bedarf\ ja}$	468				
124	$n_{Bedarf\ nein}$	302				
125	$SD_{gepoolt}$	0,94				
126	d	-0,06				

=((((B124-1)*B122^2)+(B123-1)*B121^2)/(B124+B123-2))^(1/2)

=((B119-B120)/B125)

10.6 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – familiäre Verhältnisse

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung des Alters					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8	Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?					
9	$M_{Bedarf\ ja}$	1,51				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	1,68				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,03				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,1				
13	$n_{Bedarf\ ja}$	434				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	291				
15	$SD_{gepoolt}$	1,06				
16	d	0,16				
17						
18	Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt?					
19	$M_{Bedarf\ ja}$	0,3				
20	$M_{Bedarf\ nein}$	0,22				
21	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,66				
22	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,63				
23	$n_{Bedarf\ ja}$	423				
24	$n_{Bedarf\ nein}$	278				
25	$SD_{gepoolt}$	0,65				
26	d	-0,12				
27						
28	Wie viele Erwachsene leben in Ihrem Haushalt?					
29	$M_{Bedarf\ ja}$	2				
30	$M_{Bedarf\ nein}$	2,07				
31	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,76				
32	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,92				
33	$n_{Bedarf\ ja}$	447				
34	$n_{Bedarf\ nein}$	291				
35	$SD_{gepoolt}$	0,83				
36	d	0,08				

=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)

=((B10-B9)/B15)

=((((B24-1)*B22^2)+(B23-1)*B21^2)/(B24+B23-2))^(1/2)

=((B20-B19)/B25)

=((((B34-1)*B32^2)+(B33-1)*B31^2)/(B34+B33-2))^(1/2)

=((B30-B29)/B35)

10.7 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Selbstwirksamkeit

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung SWE-Skala					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.					
9	$M_{Bedarf\ ja}$	2,85				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	3,17				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,74				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,7	=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)			
13	$n_{Bedarf\ ja}$	472				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	310	=((B10-B9)/B15)			
15	$SD_{gepoolt}$	0,72				
16	d	0,44				
17						
18	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.					
19	$M_{Bedarf\ ja}$	2,93				
20	$M_{Bedarf\ nein}$	3,22				
21	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,65				
22	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,63				
23	$n_{Bedarf\ ja}$	477				
24	$n_{Bedarf\ nein}$	310	=((((B24-1)*B22^2)+(B23-1)*B21^2)/(B24+B23-2))^(1/2)			
25	$SD_{gepoolt}$	0,64				
26	d	0,45	=((B20-B19)/B25)			
27						
28	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.					
29	$M_{Bedarf\ ja}$	2,69				
30	$M_{Bedarf\ nein}$	3,06				
31	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,76				
32	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,71				
33	$n_{Bedarf\ ja}$	474	=((((B34-1)*B32^2)+(B33-1)*B31^2)/(B34+B33-2))^(1/2)			
34	$n_{Bedarf\ nein}$	308				
35	$SD_{gepoolt}$	0,74	=((B30-B29)/B35)			
36	d	0,50				
37						

	A	B	C	D	E	F
38	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll					
39	$M_{Bedarf\ ja}$	2,53				
40	$M_{Bedarf\ nein}$	2,88				
41	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,73				
42	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,68				
43	$n_{Bedarf\ ja}$	475	=((((B44-1)*B42^2)+(B43-1)*B41^2)/(B44+B43-2))^(1/2)			
44	$n_{Bedarf\ nein}$	308				
45	$SD_{gepoolt}$	0,71	=((B40-B39)/B45)			
46	d	0,49				
47						
48	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.					
49	$M_{Bedarf\ ja}$	2,68				
50	$M_{Bedarf\ nein}$	3,13				
51	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,71				
52	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,68				
53	$n_{Bedarf\ ja}$	478	=((((B54-1)*B52^2)+(B53-1)*B51^2)/(B54+B53-2))^(1/2)			
54	$n_{Bedarf\ nein}$	310				
55	$SD_{gepoolt}$	0,70	=((B50-B49)/B55)			
56	d	0,64				
57						
58	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.					
59	$M_{Bedarf\ ja}$	2,52				
60	$M_{Bedarf\ nein}$	3,03				
61	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,78				
62	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,72				
63	$n_{Bedarf\ ja}$	476	=((((B64-1)*B62^2)+(B63-1)*B61^2)/(B64+B63-2))^(1/2)			
64	$n_{Bedarf\ nein}$	310				
65	$SD_{gepoolt}$	0,76	=((B60-B59)/B65)			
66	d	0,67				
67						
68	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.					
69	$M_{Bedarf\ ja}$	2,71				
70	$M_{Bedarf\ nein}$	3,18				
71	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,75				
72	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,7				
73	$n_{Bedarf\ ja}$	476	=((((B74-1)*B72^2)+(B73-1)*B71^2)/(B74+B73-2))^(1/2)			
74	$n_{Bedarf\ nein}$	310				
75	$SD_{gepoolt}$	0,73	=((B70-B69)/B75)			
76	d	0,64				
77						

	A	B	C	D	E	F
78	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.					
79	$M_{Bedarf\ ja}$	2,62				
80	$M_{Bedarf\ nein}$	3,1				
81	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,75				
82	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,73				
83	$n_{Bedarf\ ja}$	475	=((((B84-1)*B82^2)+(B83-1)*B81^2)/(B84+B83-2))^(1/2)			
84	$n_{Bedarf\ nein}$	311				
85	$SD_{gepoolt}$	0,74	=((B80-B79)/B85)			
86	d	0,65				
87						
88	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.					
89	$M_{Bedarf\ ja}$	2,57				
90	$M_{Bedarf\ nein}$	3				
91	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,71				
92	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,67				
93	$n_{Bedarf\ ja}$	475	=((((B94-1)*B92^2)+(B93-1)*B91^2)/(B94+B93-2))^(1/2)			
94	$n_{Bedarf\ nein}$	310				
95	$SD_{gepoolt}$	0,69	=((B90-B89)/B95)			
96	d	0,62				
97						
98	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.					
99	$M_{Bedarf\ ja}$	2,67				
100	$M_{Bedarf\ nein}$	3,01				
101	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,66				
102	$SD_{Bedarf\ nein}$	0,63				
103	$n_{Bedarf\ ja}$	474	=((((B104-1)*B102^2)+(B103-1)*B101^2)/(B104+B103-2))^(1/2)			
104	$n_{Bedarf\ nein}$	311				
105	$SD_{gepoolt}$	0,65	=((B100-B99)/B105)			
106	d	0,52				

10.8 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Grundeinstellung zur psychotherapeutischen Behandlung

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung über die Grundeinstellung					
3	zu psychotherapeutischen Unterstützung					
4						
5	Formeln:					
6	d=	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
7	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
8						
9						
10	$M_{Bedarf\ ja}$	7,56				
11	$M_{Bedarf\ nein}$	5,36				
12	$SD_{Bedarf\ ja}$	2,28				
13	$SD_{Bedarf\ nein}$	2,9				
14	$n_{Bedarf\ ja}$	449				
15	$n_{Bedarf\ nein}$	266				
16	$SD_{gepoolt}$	2,53				
17	d	-0,87				

=((((B15-1)*B13^2)+(B14-1)*B12^2)/(B15+B14-2))^(1/2)

=((B11-B10)/B16)

10.9 Excel-Tabelle zur Berechnung der Effektstärke – Teilauswertung FPTM 23

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung "FPTM 23"					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8	Gesamtscore					
9	$M_{Bedarf\ ja}$	8,8				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	10,24				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	3,77				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	4,45				
13	$n_{Bedarf\ ja}$	478				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	305				
15	$SD_{gepoolt}$	4,05				
16	d	0,36				
17						
18	Gesamt Skalenwert (Rohwert)					
19	$M_{Bedarf\ ja}$	2,24				
20	$M_{Bedarf\ nein}$	2,6				
21	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,96				
22	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,13				
23	$n_{Bedarf\ ja}$	478				
24	$n_{Bedarf\ nein}$	305				
25	$SD_{gepoolt}$	1,03				
26	d	0,35				

=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)

=((B10-B9)/B15)

=((((B24-1)*B22^2)+(B23-1)*B21^2)/(B24+B23-2))^(1/2)

=((B20-B19)/B25)

	A	B	C	D	E	F
1	**Berechnung der Effektstärke (d)**					
2	Auswertung "FPTM 23"					
3						
4	Formeln:					
5	d=	$(M_{Bedarf\ nein} - M_{Bedarf\ ja}) / SD_{gepoolt}$				
6	$SD_{gepoolt}$=	$(((n_1-1)s_1^2)+(n_2-1)s_2^2)/(n_1+n_2-2))^{(1/2)}$				
7						
8	Jeder Erwachsene Mensch ...					
9	$M_{Bedarf\ ja}$	2,6				
10	$M_{Bedarf\ nein}$	2,91				
11	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,2				
12	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,31	=((((B14-1)*B12^2)+(B13-1)*B11^2)/(B14+B13-2))^(1/2)			
13	$n_{Bedarf\ ja}$	477				
14	$n_{Bedarf\ nein}$	303				
15	$SD_{gepoolt}$	1,24	=((B10-B9)/B15)			
16	d	0,25				
17						
18	Ich finde man sollte ...					
19	$M_{Bedarf\ ja}$	2,43				
20	$M_{Bedarf\ nein}$	2,84				
21	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,18				
22	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,33	=((((B24-1)*B22^2)+(B23-1)*B21^2)/(B24+B23-2))^(1/2)			
23	$n_{Bedarf\ ja}$	474				
24	$n_{Bedarf\ nein}$	304				
25	$SD_{gepoolt}$	1,24	=((B20-B19)/B25)			
26	d	0,33				
27						
28	Mensch die Charakter haben ...					
29	$M_{Bedarf\ ja}$	2,1				
30	$M_{Bedarf\ nein}$	2,49				
31	$SD_{Bedarf\ ja}$	1,12				
32	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,26	=((((B34-1)*B32^2)+(B33-1)*B31^2)/(B34+B33-2))^(1/2)			
33	$n_{Bedarf\ ja}$	470				
34	$n_{Bedarf\ nein}$	301				
35	$SD_{gepoolt}$	1,18	=((B30-B29)/B35)			
36	d	0,33				
37						
38	Den meisten Menschen ...					
39	$M_{Bedarf\ ja}$	1,76				
40	$M_{Bedarf\ nein}$	2,12				
41	$SD_{Bedarf\ ja}$	0,99				
42	$SD_{Bedarf\ nein}$	1,17	=((((B44-1)*B42^2)+(B43-1)*B41^2)/(B44+B43-2))^(1/2)			
43	$n_{Bedarf\ ja}$	469				
44	$n_{Bedarf\ nein}$	297				
45	$SD_{gepoolt}$	1,06	=((B40-B39)/B45)			
46	d	0,34				

11. Danksagung

Mein größter Dank gebührt meinem Mann und meinem kleinen Sohn, die mir ganz viel Mut und Kraft schenken und stets zur Seite stehen.

Mein Dank gilt natürlich auch meiner Betreuung, Frau Dipl.-Psych. Juliane Fink, und meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Holger Schulz, die mich mit ihrem Wissen unterstützt und gut voran gebracht haben sowie Frau Dipl.-Wi.-Math. Lena Herich, die mir bei statistischen Fragen stets zur Stelle war.

Ebenso möchte ich mich auch bei all denjenigen Patientinnen für ihre Offenheit bedanken, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ich finde es nicht selbstverständlich, dass man so viele persönliche Fragen beantwortet.

Ich hoffe, dass meine Arbeit vielen Menschen weiterhelfen wird.

DANKE

13. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....