

**UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

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

**Bedarfs- und Akzeptanzfaktoren einer therapeutisch geleiteten  
Chatintervention via Internet bei männlichen Krebspatienten in der  
Nachsorge:**

**Eine qualitative Studie**

**Dissertation**

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

vorgelegt von:

Susanne Martha Anton  
aus Hamburg

Hamburg 2014

**Angenommen von der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 08.07.2014**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Holger Schulz**

**Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Dieter Flesh-Janys**

**Prüfungsausschuss, dritter Gutachter: PD Dr. Dennis Säring**

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>7</b>
2.1 Epidemiologie und psychische Belastungen bei Prostatakarzinom.....	7
2.2 Weitere im Rahmen dieser Arbeit relevante Krebsentitäten.....	8
2.3 Rehabilitation.....	9
2.4 Psychosoziale Nachsorge.....	12
2.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme psychosozialer Nachsorge.....	13
<b>2.6 Computer- und Internetnutzung in Deutschland</b> .....	<b>14</b>
2.6.1 Soziodemographische Variablen.....	14
2.6.2 Informationen zu Gesundheitsthemen via Internet.....	16
2.6.3 Empirische Befunde und Studienlage zum Thema internetbasierte Nachsorge allgemein.....	17
<b>3. Ziele und Fragestellungen</b> .....	<b>29</b>
<b>4. Methodenteil</b> .....	<b>30</b>
4.1 Studiendesign.....	30
4.2 Rekrutierung der Stichprobe für die Interviews.....	30
4.3 Beschreibung der Stichprobe.....	32
4.4 Der Interviewleitfaden und die Interviewdurchführung.....	34
4.5 Die Auswertung der Interviews.....	36
4.5.1 Die Vorbereitungen.....	36
4.5.2 Der Ablauf der skalierenden Strukturierung nach Mayring (2010).....	36
4.5.3 Die Ergebnisaufbereitung nach skaliertem Strukturierung nach Mayring (2010).....	41
4.5.4 Die Auswertung von Patientenantworten nach relativen und absoluten Häufigkeiten.....	42
<b>5. Die Forschungsfragen und erste Operationalisierungen</b> .....	<b>47</b>
5.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung.....	47
5.2 Informationsbedarf.....	48
5.3 Einstellung zur Chatintervention.....	48
5.4 Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge.....	49
<b>6. Ergebnisse</b> .....	<b>51</b>

6.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung.....	51
6.2 Bedarf an Informationen.....	65
6.3 Einstellung zur Chatintervention.....	72
6.4 Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge.....	89
<b>7. Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>	<b>108</b>
<b>8. Diskussion.....</b>	<b>110</b>
8.1 Zielsetzung der vorliegenden Studie.....	110
8.2 Bedeutung der vorliegenden Studie.....	110
8.3 Potentiell fördernde und hemmende Faktoren einer Teilnahmebereitschaft der vorliegenden Studie.....	116
8.4 Methodenkritische Auseinandersetzung.....	128
8.4 Güte der Untersuchungsergebnisse.....	138
8.5 Ausblick.....	145
<b>9. Zusammenfassung.....</b>	<b>148</b>
<b>10. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>150</b>

**Anhang:**

<b>11. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>168</b>
<b>12. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>168</b>
<b>13. Vorschlag eines Fragebogens für Folgestudien.....</b>	<b>172</b>
<b>14. Lebenslauf.....</b>	<b>177</b>
<b>15. Danksagung.....</b>	<b>178</b>
<b>16. Erläuterungen / Definitionen.....</b>	<b>179</b>
<b>17. Der verwendete Interviewleitfaden.....</b>	<b>180</b>
<b>18. Der Screeningbogen.....</b>	<b>182</b>
<b>19. Die Datenschutzerklärung.....</b>	<b>183</b>
<b>20. Die Kodierleitfäden.....</b>	<b>184</b>
20.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung.....	184
20.2 Bedarf an Informationen.....	203
20.3 Einstellung zur Chatintervention.....	213
20.4 Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge.....	232
<b>21. Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>259</b>

## **1. Einleitung**

Die vorliegende qualitative Studie mit explorativem Charakter befasst sich mit den Faktoren, die eine potentielle Teilnahmebereitschaft männlicher, überwiegend urogenitaler Krebspatienten an therapeutisch geleiteten Chatgruppen, beeinflussen können. Im Jahr 2010 erkrankten 258.017 Männer, ohne Einbeziehung der an nicht-melanotischem Hautkrebs erkrankten Patienten, in Deutschland neu an Krebs (GEKID 2013). Krebserkrankungen gelten aktuell als die zweithäufigste Todesursache nach Herz-Kreislaferkrankungen und die Anzahl der Todesfälle, bedingt durch Krebserkrankungen, ist in den letzten 30 Jahren um 25 % angestiegen (Statistisches Bundesamt 2013). Die häufigsten und ausgeprägtesten Ängste von Krebspatienten stellen Progredienz- (Herschbach, Keller, Knight, Brandl, Huber, Henrich & Marten-Mittag 2004) bzw. Rezidivängste (Charles, Sellick, Montesanto & Mohide 1996, Köhler, Kreutzmann, Koenigsmann, Köhler, Franke & Frommer 2006) dar. Der Kontakt zwischen Pflegepersonal oder Ärzten und ihren Patienten über Informations- und Kommunikationstechnologien hat im letzten Jahrzehnt zugenommen (Hersh, Helfand, Wallace, Kraemer, Patterson, Shapiro & Greenlick 2001, Bessell, McDonald, Silagy, Aanderson, Hiller & Sansom 2002, Car und Sheikh 2004a, Car und Sheikh 2004b). Auch ist bekannt, dass gesunde und kranke Menschen das Internet als Informationsmedium zu ihrer Gesundheit nutzen (Risk und Petersen 2002, Kinnane und Milne 2010). Das Internet bietet zudem die Möglichkeit Menschen unabhängig von ihrem jeweiligen Aufenthaltsort zu vernetzen (Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug & Bauer 2006). Ein großer Vorteil von Online-Interventionen ist, dass Patienten erreicht werden, die sonst aufgrund von mangelnder Infrastruktur, zeitlicher oder finanzieller Einschränkungen unter Umständen keine Behandlung in Anspruch nehmen würden (Margraf, Schneider, Wilhelm & Pfaltz 2009). Internetbasierte Nachsorge kann daher eine Möglichkeit sein, den Zugang zu psychosozialer Nachsorge zu erleichtern. Die Zahlen der allgemeinen Internetnutzer sind in den letzten Jahren stetig anstiegen (Czajka und Mohr 2009). Im Befragungszeitraum 2011 verfügten 81% aller Haushalte in Deutschland über einen Computer (stationärer oder mobiler Computer) und 77 % der privaten Haushalte in Deutschland über einen Internetzugang (Czajka und Jechová 2012). Das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf hat in Zusammenarbeit mit zwei Rehabilitationskliniken

(Standorte St.Peter-Ording und Bad Gandersheim) und der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg im November 2007 ein Projekt mit dem Namen „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“ ins Leben gerufen, das Teil des BMBF-Förderschwerpunktes „Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ war und im Rahmen der Studie durch die Deutsche Rentenversicherung gefördert wurde. Urogenitale und gastrointestinale männliche Krebspatienten sowie Brustkrebspatientinnen konnten sich im Rahmen des Projekts einmal wöchentlich über zwölf Sitzungen virtuell in einem Chatprogramm unter therapeutischer Leitung treffen und sich dabei anonym über im Vorfeld festgelegte Themen austauschen. In Deutschland gab es bislang keine vergleichbaren Studien, die sich dem Thema internetbasierte Nachsorge bei männlichen Krebspatienten mittels eines halboffenen Interviewleitfadens genähert haben.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Epidemiologie und psychische Belastungen bei Prostatakarzinom**

Die überwiegende Anzahl der in dieser Studie befragten Patienten waren mit n=11 Prostatakrebspatienten. Prostatakrebs gilt als die häufigste Krebserkrankung in Deutschland (RKI 2012) und war im Jahr 2010 die dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern (Deutsches Krebsforschungszentrum 2012). Die Inzidenz lag im Jahr 2010 bei etwa 64.467 Fällen, die Zahl jährlich neu auftretender Prostatatumoren ist seit 1999 um rund 50 % angestiegen (GEKID 2013). Die altersstandardisierte Erkrankungsrate ist um 25 % angestiegen, im Gegensatz dazu ist die Sterberate seit 2003 leicht rückläufig (RKI und GEKID 2010). Die Mortalität an Prostatakrebs betrug im Jahr 2010 in Deutschland 112.861 (RKI und GEKID 2013). Seit den frühen 1980er Jahren besteht ein Anstieg der Erkrankungsraten durch eine frühere und vermehrte Entdeckung vieler Tumoren durch den prostataspezifischen Antigen (PSA)-Test. Dies führt zu deutlich höheren Erkrankungsraten im Altersbereich zwischen 50 und 69 Jahren und zu einer Senkung des mittleren Erkrankungsalters auf 70 Jahre im Jahr 2008. Vor dem 50. Lebensjahr tritt Prostatakrebs allerdings kaum auf. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Prostatakrebs hat sich in den letzten Jahren in Deutschland erheblich verbessert, da die Diagnosestellung durch den PSA-Test im Schnitt in einem früheren Erkrankungsstadium erfolgt. Sie liegt bei 92 % und ist die zweithöchste in Deutschland. Nur Hodenkrebs hat noch eine höhere Überlebensrate von 96% (RKI und GEKID 2010). Die medizinischen Therapien und Behandlungen des Prostatakrebs verursachen eine Reihe physischer und psychischer Nebenwirkungen, die für den Patienten unangenehm sind (Lintz, Moynihan, Steginga, Norman, Eeles, Huddart, Dearnaley & Watson 2003). Die medikamentösen Therapien mit Hormonen in der Prostatakrebsbehandlung können zu Hitzewallungen, Verlust von Muskelmasse und Libido, erektiler Dysfunktion, Gewichtszunahme, Müdigkeit, verminderter geistiger Leistungsfähigkeit, weiblichem Brustwachstum, Osteoporose, Anämie, Depression und Leberfunktionsstörungen führen (American Cancer Society 2005a). Psychische Belastungen in Zusammenhang mit krebs- und behandlungsbedingten Symptomen können darüber hinaus insbesondere durch Inkontinenz und sexuelle Funktionsstörungen sowie das Fortschreiten der Krebserkrankung ausgelöst

werden (Ullrich, Carson, Lutgendorf & Williams 2003). Sowohl die externe Strahlentherapie (EBRT = external beam radiation therapy) als auch die interne Strahlentherapie (Brachytherapie) der Prostata führen häufig zu vorübergehenden Darmfunktionsstörungen wie Durchfall und Blut im Stuhl, Inkontinenz, häufigem Harndrang, Harnröhrenstrikturen aber auch zu Lymphödem und Müdigkeit (American Cancer Society 2005b). Zudem kann die operative Therapie Inkontinenz oder Störungen der sexuellen Funktionsfähigkeit hervorrufen. Hinzu kommt die erhebliche psychische Belastung der Diagnose für Patienten und ihre Familien (Kornblith, Herr, Ofman, Scher & Holland 1994). Der Umgang mit dem Schock der Diagnose der Krebserkrankung und die zumindest vorübergehende Beeinträchtigung der Sexualität sowie das Vorliegen einer krankheits- oder therapiebedingten Inkontinenz kann bei Prostatakrebspatienten zu einer tiefen Verunsicherung im männlichen Selbstwerterleben führen (Tschusche 2003, Zettl, Menges-Beutel & Otto 2005).

## **2.2 Weitere im Rahmen dieser Arbeit relevante Krebsentitäten**

Neben den elf Prostatakrebspatienten konnten drei Hodenkrebspatienten für die Interviewdurchführung rekrutiert werden. Im Jahr 2010 lag die Inzidenz einer Hodenkrebskrankung in Deutschland bei etwa 3.939 Männern (GEKID 2013). Damit gehört diese Erkrankung mit einem Anteil von 1,6 % an allen Krebserkrankungen bei Männern zu den selteneren Krebsarten mit einer geringen Mortalitätsrate von 3,9 % (2008 waren es in Deutschland 153 Verstorbene an der Krankheit). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 38 Jahren. Das höchste Erkrankungsrisiko, jemals im Laufe des Lebens an Hodenkrebs zu erkranken, besteht im Alter von 20 Jahren (1 von 150 Männern). Im Gegensatz zu fast allen anderen Krebserkrankungen treten die meisten Fälle zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr auf. In dieser Altersgruppe ist Hodenkrebs der häufigste bösartige Tumor bei Männern. Mit einem relativen 5-Jahres-Überleben von ca. 96 % gehört der Hodenkrebs zu den prognostisch günstigsten bösartigen Neubildungen (RKI und GEKID 2010). Ein männlicher Patient, der sich für die Teilnahme an der Interviewstudie entschieden hatte, war an Nierenkrebs erkrankt. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Nierentumoren beträgt ca. 90 %, wobei die Prognose gut ist für Tumoren, die in einem frühen Stadium diagnostiziert werden. Bei

fortgeschrittenen Stadien sind die Heilungschancen eher ungünstig mit < 5% 5-Jahresüberlebensraten bei solitären, nicht resezierten Metastasen (Herold 2011). Seit Ende der 1990er Jahre bewegen sich die altersstandardisierten Nierenkrebserkrankungsraten bei Männern und Frauen auf einem konstanten Niveau, die Erkrankungsrate der Männer liegt dabei deutlich höher als die der Frauen. Die absolute Inzidenz an Nierenkrebserkrankungen in Deutschland stieg in den letzten Jahren leicht an. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68 Jahren für Männer. Bei den altersstandardisierten Mortalitätsraten ist ein rückläufiger Trend zu beobachten (RKI und GEKID 2010). Im Jahr 2010 betrug die Inzidenz einer Nierenkrebserkrankung in Deutschland bei Männern 9.429 (GEKID 2013). Ein im Rahmen der Interviews befragter Patient war an Magenkrebs erkrankt. Seit mehr als 30 Jahren ist in Deutschland ein stetiger Rückgang der Erkrankungs- und Sterberaten an Magenkrebs zu beobachten. Männer erkranken im Mittel mit 70 Jahren. Die Inzidenz von Magenkrebs betrug im Jahr 2010 in Deutschland 9.455 bei Männern (GEKID 2013). Die Überlebensaussichten mit Magenkrebs haben sich zwar verbessert, im Vergleich mit anderen Krebserkrankungen sind sie jedoch weiterhin eher ungünstig. Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten liegen bei 30 % (RKI und GEKID 2010).

### **2.3 Rehabilitation**

*„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO, 1981, S. 9).*

Die Rekrutierung der Patienten für die vorliegende Interviewstudie erfolgte im Setting des stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik „Klinik Nordfriesland“. In diesem Abschnitt wird insbesondere auf die Rolle der Rehabilitation im Zusammenhang mit Krebserkrankungen eingegangen. Die Entwicklung von Rehabilitationswissenschaften führte zu einer Erweiterung des

Wissens und zu einer gesteigert wahrgenommenen Relevanz einer Rehabilitation bei Krebserkrankten (Brueggemann und Korsukewitz 2004). Laut Otto (2005) und Teichmann (2002) bietet die stationäre Rehabilitation in spezialisierten Einrichtungen die besten und umfassendsten Rehabilitationsmöglichkeiten. Da der Hauptfokus der vorliegenden Studie auf das Prostatakrebspatientenkollektiv gelegt wurde, werden in diesem Abschnitt gezielt Studienergebnisse vorgestellt, die Daten zu der Rehabilitation bei männlichen urologisch-onkologischen Patienten liefern. Weis und Domann (2006) sprachen insbesondere aufgrund der steigenden Inzidenz von Brustkrebspatientinnen- und Prostatakrebspatienten von einer zunehmenden Bedeutung der Rehabilitation für diese Gruppen onkologischer Patienten. Maßnahmen, die zum Zweck einer onkologischen Rehabilitation bei Prostatakarzinompatienten durchgeführt werden, lassen sich in ihrer Wirksamkeit allerdings nur bei wenigen Interventionen belegen und sind bisher nur selten untersucht worden (Hergert, Hofreuter, Melchior, Morfeld, Schulz, Watzke, Koch & Bergelt 2009). Die Relevanz rehabilitativer Maßnahmen ergibt sich laut Dombo und Otto (2009) vor allem durch die Stadien unabhängige operative Therapie von Prostatakarzinomen mit der Folge ihrer typischen Nebenwirkungen (siehe Abschnitt 2.1 Epidemiologie und psychische Belastungen des Prostatakarzinoms). Die urologisch-onkologische Rehabilitation dient vor allem der Verbesserung der Lebensqualität im Anschluss an die Tumorerkrankung und -behandlung, da der Zustand von unter anderem der Art die Krankheit zu verarbeiten, der genannten Tumorprognose, den Komplikationen im Behandlungsverlauf sowie körperlichen Begleiterscheinungen der Therapie abhängen kann (Dombo, Goepel, Müller, Otto, Rübben & Sperling 2009). Während der Rehabilitation von an Prostatakarzinom erkrankten Männern stehen in der Behandlung der körperlichen Symptome die Inkontinenz, die erektile Dysfunktion und das Lymphödem im Vordergrund (Delbrück, Schmoll, Höffken & Possinger 2006). Während laut Gralla, Buchser, Haas, Anders, Kramer, Lein, Knoll und Roigas (2008) sowie Heinzer, Heuer, V Nordenflycht, Eichelberg, Friederich, Goetz und Huland (2005) in Akutkliniken im Vordergrund steht, therapeutische Maßnahmen schnellstmöglich durchzuführen, betonten Dombo et al. (2009) die Rolle der Rehabilitation bei urologisch-onkologischen Patienten als relevant, da die postoperative Harninkontinenz und erektile Dysfunktion in diesem Rahmen ausgiebig behandelt und eine für den Patienten zufriedenstellende Krankheitsbewältigung ermöglicht werden kann.

26.000 Patienten mit einer Prostatakreberkrankung nahmen im Jahr 2009 eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010). Lehmann, Beierlein, Hagen-Aukamp, Kerschgens, Rhee, Frühauf, Otto, Graefen, Krüll, Berger, Koch und Bergelt (2012) stellten fest, dass bei Prostatakrebspatienten insbesondere die subjektive Überzeugung, ob eine rehabilitative Maßnahme zur Behandlung ihrer Beschwerden hilfreich sein könne, über eine Inanspruchnahme entscheidet. Bei der Planung einer rehabilitativen Maßnahme, insbesondere für ältere Patienten, ist es wichtig im Vorwege die funktionellen Defizite und die bestehenden Kompensationsmöglichkeiten in Relation zum Alter zu erfassen sowie die Erwartungen des Patienten gegenüber der Rehabilitationsmaßnahme einzubeziehen (Harlacher und Füsgen 2000). Tripp, Schulte, Schröck, Hass, Berger und Muthny (2012) stellten fest, dass Ärzte in der Rehabilitation die psychosozialen Ziele von Krebspatienten im Vergleich mit körperlichen Zustandsverbesserungen als weniger relevant einschätzen. Die Autoren führten dies auf den geringen zeitlichen Rahmen für die Erfassung der Rehabilitationsziele der Patienten im Setting der Rehabilitation zurück. Meyer, Pohontsch und Raspe (2009) berichteten allerdings, dass für Patienten Schwierigkeiten beständen, die angestrebten Ziele ihrer Rehabilitation zu verbalisieren. Die Diagnose Prostatakrebs führt bei Patienten im Vorrentenalter nur in 26 % zu einer dauerhaften Nichterwerbstätigkeit, denn 74 % der Patienten nehmen laut Herkommer, Fuchs, Hautmann und Volkmer (2005) nach der Rehabilitation ihre Arbeit wieder auf. In der Übersichtsarbeit von Mehnert (2011) konnte gezeigt werden, dass männliche Krebspatienten häufiger nach der Genesung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren und kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen als Frauen mit einer Krebserkrankung. Während erwerbstätige Prostatakrebspatienten nach durchschnittlich 27 Krankheitstagen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren (Bradley, Oberst & Schenk 2006), liegt der Umfang krankheitsbedingter Fehlzeit bei Brustkrebspatientinnen durchschnittlich bei elf Monaten (Balak, Roelen, Koopmans, Ten Berge & Groothoff 2008).

## **2.4 Psychosoziale Nachsorge**

Bei onkologischen Patienten können sich im Krankheitsverlauf psychische Störungen entwickeln, wie beispielsweise depressive Syndrome oder Ängste (Köllner 2004). Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins und Saul stellten im Jahr 2001 fest, dass nur ein geringer Anteil von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen bei männlichen und weiblichen Krebspatienten von betreuenden Ärzten erkannt und einem Interventionsangebot zugeführt werden, obwohl die vielfältigen psychosozialen Folgen einer Krebserkrankung inzwischen als empirisch ausführlich belegt gelten (Holland 2010). Fallowfield et al. (2001) kritisierten, dass Ärzte erlernte kommunikative Fertigkeiten für die Diagnostik psychischer Erkrankungen ungenügend anwenden. Zudem, dass Ärzte aufgrund mangelnder Erfahrung, einer hohen Arbeitsbelastung und unzufriedenstellender Bezahlung die schwierige psychosoziale Situation der Krebspatienten nicht ausreichend hinterfragen, psychische Erkrankungen nur inkonstant erkennen und die Patienten zu selten einer Behandlung zuführen (Fallowfield et al. 2001). Ärzte sollten sich laut Fallowfield et al. (2001) in der Kommunikation mit psychisch belasteten Krebspatienten üben, die klinischen Anzeichen von Ängsten und Depressionen bewusster wahrnehmen und betroffenen Patienten bei Bedarf psychische Unterstützung vermitteln. Zu häufig werden psychologische Symptome bei Patienten als normale Folge der Krebserkrankung angenommen (Fallowfield 1988, Newell, Sanson Fisher, Girgis & Bonaventura 1998). Auch Kiesler und Auerbach (2006) schrieben in ihrer Übersichtsarbeit der gelungenen Kommunikation zwischen dem betreuenden Arzt und dem Patienten eine wichtige Bedeutung zu, insbesondere im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit und die Bereitschaft der Patienten zur Nutzung psychosozialer Unterstützungsangebote. Die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, Krebszentren und so genannten onkologischen Spitzenzentren nach dem Vorbild der Comprehensive Cancer Center in den USA hat dazu beitragen, die psychosoziale Versorgung als einen wichtigen Bestandteil einer umfassenden evidenzbasierten onkologischen Behandlung zu implementieren (Mehnert, Lehmann, Cao & Koch 2006). Psychoonkologische Unterstützung konnte in ihrer Effektivität in Metaanalysen bereits belegt werden (Meyer und Mark 1995, Rehse und Pukrop 2003). Insbesondere die Lebensqualität, die Symptome der Erkrankung (Schmerzen, Fatigue) und auch die Krankheitsverarbeitung wurden durch psychoonkologische

Unterstützung bei verschiedenen Krebserkrankungen positiv beeinflusst (Jacobsen, Meade, Stein, Chirikos, Small & Ruckdeschel 2002, Rosenbaum, Gautier, Fobair, Neri, Festa, Hawn, Andrews, Hirshberger, Selim & Spiegel 2004). Die Literatur liefert verschiedene Anhaltspunkte zum Anteil der als psychisch beeinträchtigt und damit als psycho(-onkologisch) betreuungsbedürftig geltenden Krebspatienten. Die Prozentzahlen bewegen sich im Bereich zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Tumorpatienten (Kasper und Kollenbaum 2001, Raabe und Braun 2002). Dass die Prävalenz einer behandlungsbedürftigen Depression in der Literatur mehrfach auf ein Drittel aller onkologischen Patienten eingeschätzt wird, mutet niedrig an, da nach Zettl, Menges-Beutel und Otto (2005) bereits ein Drittel aller Patienten eines Allgemeinkrankenhauses als psychisch betreuungsbedürftig angesehen werden müssen.

## **2.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme psychosozialer Nachsorge**

Männliche onkologische Patienten schätzen im Vergleich zu weiblichen onkologischen Patientinnen ihren eigenen psychoonkologischen Versorgungsbedarf sowie ihre Ängste und Depressivität als geringer ein (Strittmacher 2004). Sowohl Lordick, Gündel, von Schilling, Würschmidt, Leps, Sandler, Schüßler, Brandl, Peschel und Sellschopp (2002) als auch Lueboonthavatchai (2007) konnten feststellen, dass männliche Krebspatienten weniger an psychoedukativen Angeboten teilnehmen als weibliche Krebspatientinnen, da sie sich durch eine psychosoziale Betreuung schneller stigmatisiert und beschämt fühlen. Für männliche Krebspatienten bedeutet psychosoziale Nachsorge dagegen eher die geschlechtsbedingte Rolle nicht mehr zu erfüllen und sie verlieren an eigener Wertschätzung (Meerwein 1998). Dies spiegelt sich auch darin wieder, dass Männer wesentlich seltener professionelle Unterstützung in Bezug auf bestehende Konflikte / Probleme mit ihrer Erkrankung in Anspruch nehmen als weibliche Krebspatientinnen, sondern sich eher durch ihre Partnerinnen eine private Unterstützung suchen (Okuyama, Endo, Seto, Kato, Kato, Seki, Akechi, Furukawa, Eguchi & Hosaka 2008). In einer Studie von Lam, Au, Wong, Lehmann, Koch, Fielding und Mehnert (2011), die sich mit den zentralen Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen auseinandergesetzt hat,

konnte herausgefunden werden, dass Patientinnen es als bedeutsam ansehen sich regelmäßig mit einem Mitglied des Behandlungsteams besprechen zu können sowie Informationen zu dem Umgang mit ihrer Erkrankung, über potentielle Behandlungsnebenwirkungen sowie auch über Verhaltensempfehlungen zu erhalten, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden steigern können. Während männliche Krebspatienten mangelnde ärztliche Untersuchungen und berufliche Probleme als hohe Belastungen empfinden, leiden weibliche Krebspatientinnen vermehrt unter psychischen Belastungen und innerer Unruhe. Die Angst vor dem Tumor ist bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich ausgeprägt (Keller, Sommerfeldt, Fischer, Knight, Riesbeck, Lowe, Herfarth & Lehnert 2004).

## **2.6 Computer- und Internetnutzung in Deutschland**

### **2.6.1 Soziodemographische Variablen**

Alters- und geschlechtsspezifische Erhebungen über die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien werden in Deutschland von den Statistischen Ämtern der Länder seit dem Jahr 2002 durchgeführt. Das Statistische Bundesamt sammelt die Daten der einzelnen Bundesländer und sorgt für die Aufstellung der Daten bis zu ihrer Veröffentlichung als bundesweite Ergebnisse. Die jährlich durchgeführten schriftlichen Befragungen dienen u.a. dazu die Nutzung und Ausstattung mit insbesondere Computern und Internetanschlüssen sowie anderen Formen von Informations- und Kommunikationstechnologien in privaten Haushalten in Deutschland zu erfassen. Dabei ist besonders von Interesse, in welcher Form und Häufigkeit sowie mit welcher Zielsetzung das Internet von den Privatpersonen genutzt wird. Als Internetnutzer gilt dabei, wer mindestens einmal in dem Zeitraum von drei Monaten vor der Befragung das Internet genutzt hat. Die im ersten Quartal des Jahres 2011 erhobenen Ergebnisse der Befragungen des Statistischen Bundesamts wurden auf 39,7 Millionen Haushalte und etwa 74,1 Millionen Personen im Alter ab zehn Jahren in Deutschland hochgerechnet. Im Jahr 2011 verfügten 81% aller Haushalte über einen Computer und 77 % der privaten Haushalte in Deutschland über einen Internetzugang (Statistisches Bundesamt 2011a). In der Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen in Einpersonenhaushalten

lebenden Personen lagen der Anteil der Haushalte mit einem Computer bei 74 % und der Anteil der Haushalte mit einem Internetzugang bei 68 %. Bei den jüngeren Einpersonenhaushalten (16 bis 44 Jahren) lag der Anteil derer, die über einen eigenen Computer- bzw. Internetanschluss verfügten, bei über 90%. Immerhin ein Drittel (33 %) der Einpersonenhaushalte im Alter von 65 Jahren oder älter besaß im Jahr 2011 einen Computer / Internetzugang. Zwischen dem Erhebungsjahr 2008 bis zum Erhebungsjahr 2011 gab es einen Anstieg um 8 % bei der Anzahl der Internetanschlüsse in deutschen Privathaushalten. Knapp ein Viertel (23 %) aller privaten Haushalte in Deutschland verfügten im Jahr 2011 nicht über einen eigenen Internetanschluss. 72 % der Einpersonenhaushalte und 74 % der Zweipersonenhaushalte nannten als Hauptgrund für einen fehlenden Internetzugang „keinen Bedarf“. In absteigender Häufigkeit wurden des Weiteren fehlende notwendige Kenntnisse für den Umgang mit dem Internet, zu hohe Anschaffungs- sowie Nutzungskosten des Internetanschlusses sowie Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und des Schutzes der Privatsphäre angegeben. In Zweipersonenhaushalten wurden diese Hinderungsgründe tendenziell seltener genannt. Die Untersuchung des Internetnutzungsverhaltens ergab, dass 95 % der Deutschen zwischen 16 und 74 Jahren das Internet im ersten Quartal 2011 von zuhause aus nutzten. Drei Viertel der gesamten Internetnutzer (56,4 Millionen, 76 % der Gesamtbevölkerung) nutzten im ersten Quartal 2011 täglich oder fast täglich das Internet. Es lässt sich anhand der Ergebnisse der vorherigen jährlichen Erhebungen feststellen, dass nicht nur die Anzahl der Internetnutzer anhaltend gestiegen ist, sondern auch die Frequenz der Internetnutzung (Czajka und Jechová 2012).

Es ließ sich die folgende Schlussfolgerung ableiten:

Für die meisten privaten Haushalte in Deutschland ist in den letzten Jahren die private Ausstattung mit Computern und einem Internetzugang konventionell geworden, allerdings gibt es eine nicht unbedeutende Anzahl an Haushalten, die keinen Computer mit Internetzugang besitzen (überwiegend Einpersonenhaushalte, in denen Personen ab 65 Jahren leben). Frauen der gleichen Altersklasse sind seltener mit einem Computer oder einem Internetzugang ausgestattet als Männer (Czajka und Jechová 2012). Die tägliche Internetnutzung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (Czajka und Jechová 2012). Es zeigte sich anhand der Ergebnisse der Initiative D21

((N)onliner Atlas (2012)) die Tendenz, dass gerade die Bevölkerungsschichten über dem 60. Lebensjahr Potential für eine zukünftig steigende Teilnahme an einer breiten Internetnutzung haben und dass sich anscheinend insbesondere Frauen für die Internetnutzung interessieren, allerdings waren im Jahr 2012 noch geschlechtsspezifische Nutzungsunterschiede mit einem deutlich höheren Prozentsatz an männlichen Nutzern offensichtlich (über zehn Prozent mehr männliche als weibliche Internetnutzer).

### **2.6.2 Informationen zu Gesundheitsthemen via Internet**

Mit dem progredienten Anstieg der Internetnutzung haben auch die Aktivitäten über das / Tätigkeiten mit dem Internet zugenommen. Die Suche nach Informationen gehörte zu häufigen Tätigkeiten der befragten Personen. Männer zwischen 25 und 44 Jahren verfolgten vor allem Online-Nachrichten mit einem Anteil von 75 %, Frauen informierten sich am häufigsten über Gesundheitsthemen mit einem Anteil von 72 %. Während laut Döring (1999) Männer und jüngere Menschen einen Hauptanteil der Nutzer neuer Medien im Umgang mit Krankheiten darstellten, machten laut Czajka und Jechová (2012) die Internetnutzer ab 65 Jahren mit 74 % den größten Anteil der an der Internetsuche nach Themen, wie Krankheiten und Ernährung, beteiligten Personen aus. Die Kommunikationsagentur MSL Germany und das Marktforschungsinstitut SKOPOS führten im Jahr 2012 eine repräsentative Gesundheitsstudie durch, bei der 1001 Personen, quotiert nach Alter, Geschlecht, Region und Bildung im Rahmen eines Online- Panels über ihr Informationsverhalten zum Thema Gesundheit befragt wurden. Die größte Vertrauenswürdigkeit wurde internetbasierten Beratungsangeboten von Ärzten zuteil mit 55 %, Gesundheitsforen- und -communities nannten 30 % der befragten Personen und 24 % der befragten Personen vertrauten Beiträgen personalisierter Nutzer. Nur 9 % der befragten Personen vertrauten Beiträgen von anonymen Nutzern. Damit zeigte sich, dass internetbasierte Angebote, welche die subjektiven Meinungen und Erfahrungen anderer Betroffener wiedergeben, von maximal einem Drittel der in der MSL-Gesundheitsstudie befragten Personen angenommen wurden. Die Schnelligkeit von Ansprechpartnern in der Beantwortung von Gesundheitsfragen via Internet wurde häufig als positiver Faktor einer internetbasierten Beratung erwähnt,

ebenso wie das „Besprechen“ von Gesundheitsthemen in Gruppen einer angemessenen Größe, ein adäquater Umgangston unter den Gruppenmitgliedern, eine hohe Nutzerfreundlichkeit sowie ein vielfältiges inhaltliches Angebot wurde von den befragten Personen als positiv an internetbasierten Angeboten für „Laien“ erörtert. Als Haupterfolgswfaktor für die Nutzung internetbasierter Beratungsangebote wurde in der repräsentativen MSL-Gesundheitsstudie 2012, bei der 1001 Personen, quotiert nach Alter, Geschlecht, Region und Bildung im Rahmen eines Online-Panels über ihr Informationsverhalten zum Thema Gesundheit befragt wurden, die Unabhängigkeit des Betreibers der Internetseite genannt. Unter der Unabhängigkeit des Seitenbetreibers verstanden die Autoren, dass der Seitenbetreiber nicht in Abhängigkeit zu einem Unternehmen steht, das Medikamente oder andere Gesundheitsprodukte anbietet. Die Leute vertrauen Informationen also eher, wenn sie dahinter kein kommerzielles Interesse vermuten müssen (MSL-Gesundheitsstudie 2012). Insbesondere Personen mit leichten oder chronischen Erkrankungen recherchierten bevorzugt im Internet und vermieden einen Arzt aufzusuchen. 32 % der Befragten empfanden die Informationen, die sie über das Internet bezogen hatten, verständlicher als die Kommunikation mit ihrem Arzt (MSL-Gesundheitsstudie 2012). Eichenberg und Malberg (2011) hielten die Entwicklung von Gütesiegeln zur Kennzeichnung seriöser Gesundheitsangebote im Internet für notwendig, da sie die Qualität der Gesundheitsinformationen bei eigenen Recherchen nicht durchweg zufrieden gestellt hatte.

### **2.6.3 Empirische Befunde und Studienlage zum Thema internetbasierte Nachsorge allgemein**

Die gezielte Planung einer Nachsorge verfolgt das Ziel, eine konstante Versorgung zu gewährleisten sowie die Kommunikation und Kooperation zwischen einzelnen beteiligten Institutionen (stationär, ambulant, rehabilitativ) zu steigern. Es gibt internationale und nationale Leitlinien und Versorgungsempfehlungen, die auf die Bedeutung einer umfassenden Nachsorgeplanung in der Versorgung von Krebskranken hinweisen (Hewitt und Ganz 2006, Grunfeld und Earle 2010). Die Eigeninitiative des Patienten zu fördern sowie einen ausreichenden Informationsstand zu gewährleisten ist dabei relevant (Dirmaier und Härter 2011, Härter, Müller, Dirmaier, Donner-Banzhoff, Bieber & Eich 2011). Die modernen Informations- und Kommunikationsmedien (IKT), wie das Internet und Mobiltelefone, werden immer stärker in das alltägliche Leben der Menschen integriert und eröffnen ihnen die zeit- und ortsungebundene Möglichkeit andere Personen zu erreichen und sich zu verschiedenen Themenbereichen zu informieren. Diese Tatsache beeinflusst neben der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung auch die Umsetzung von psychosozialer Nachsorge via Internet (Zimmer, Moessner & Kordy 2010). Im deutschen Gesundheitssystem bedingt die strikte Trennung ambulanter und stationärer Versorgung eine erschwerte Vernetzung der Patientenversorgung zwischen den Behandlungswegen (Zimmer et al. 2010). Moessner, Zimmer, Wolf und Bauer (2008) und Zimmer et al. (2010) halten unter anderem das Internet für geeignet, eine lückenlose Versorgung ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, während der Therapie und beim Übergang zurück in den Alltag zu ermöglichen, und Informationen für Patienten zu ihrer Erkrankung transparenter zu machen. Haley (2005) teilt die nichtpersönlich durchgeführte Beratung in telefonische Beratung (auch menügesteuert), Beratung im Radio, E-Mail Beratung und Beratung über ein Nachrichten Board (Anfragen werden an eine virtuelle Pinnwand angebracht und danach beantwortet; die Fragenden benutzen hierbei in der Regel ein Pseudonym), Chat-Rooms (eine synchrone Form des Austausches im Netz, die oft im Rahmen von »Peer counseling«, aber auch für Gruppen genutzt wird), telefonische Beratung über das Internet, Videoberatung/Videokonferenzen sowie computerbasierte oder simulierte Beratung (die Beratung erfolgt nicht durch eine reale Person, sondern durch ein

interaktives Computerprogramm) sowie das E-Coaching/ Internet-Therapie (interaktive Module für einen bestimmten Problembereich) ein. Die neuen Medien können als bedeutsames Angebot für stark belastete Kollektive in der onkologischen Nachsorge als auch in der Betreuung psychisch erkrankter Personen angesehen werden (Haley 2005). Auch Döring und Eichenberg (2007) halten mobile Medien für geeignet, in bereits bestehende Behandlungsformen integriert zu werden, wie beispielsweise Mobiltelefone oder Minicomputer in den Bereich der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Die internetbasierte Nachsorge ist eine moderne Form der Nachsorge, die Nachsorge effektiv in die häusliche Umgebung der Patienten bringen kann und sich diese unabhängig von ihrem jeweiligen Aufenthaltsort vernetzen können. Patienten mit mangelnder psychosozialer Infrastruktur, zeitlichen oder finanziellen Einschränkungen, die sonst keine Behandlung in Anspruch nehmen würden, erhalten die Möglichkeit eine Nachsorge in Anspruch zu nehmen (Margraf et al. 2009). Die folgenden Studien, die das Internet bereits in seiner Rolle als Informations- und Kommunikationsmedium sowie im Rahmen psychosozialer Nachsorgemöglichkeiten untersucht haben, gehören zu den wenigen Studien, die auch männliche Patienten in die Stichproben miteinbezogen haben. Um einen Überblick über den Untersuchungsgegenstand, die Durchführung und die Ergebnisse dieser Studien zu geben, werden diese im Folgenden stichpunktartig beschrieben. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie unter anderem im Kontext der folgenden Studien diskutiert. Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken und Emmelkamp (2003) sowie Golkaramnay, Dogs, Dogs und Kordy (2003) gehörten zu den Pionieren auf dem Gebiet internetbasierter Nachsorge für belastete Patientenkollektive (Zimmer et al. 2010).

#### **A. Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken und Emmelkamp (2003)**

Es handelt sich um eine kontrollierte Studie, die ein internetbasiertes Nachsorgeprogramm für n=122 Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung untersucht hat. Beleuchtet wurde der schriftliche Kontakt via Internet zwischen den Patienten (20% Männer und 80% Frauen) und ihren Therapeuten. Der Therapeut analysierte die schriftlich vom Patienten

beschriebenen Aspekte des Traumas und lieferte Anregungen für die Verarbeitung. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und die psychopathologischen Auffälligkeiten fielen bei der Interventionsgruppe deutlich geringer im Vergleich zu der Kontrollgruppe aus. Die höchsten Verbesserungsraten durch den internetbasierten Austausch zwischen den Patienten und den Therapeuten wurden für depressive Störungen und den Umgang mit dem Trauma erzielt.

### **B. Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug und Bauer (2006):**

Untersucht wurde das Projekt „Internetbrücke“, welches über einen Zeitraum von 12-15 Wochen lief. Acht bis zehn Patienten unterschiedlicher psychosomatischer Erkrankungen nahmen an einer psychotherapeutisch geleiteten Chatgruppensitzung teil (insgesamt 114 Chatgruppenteilnehmer, 78.9 % Frauen und 21.1 % Männer, im Durchschnitt 41.7 Jahre alt und 53.3 % waren verheiratet). 114 Patienten wurden in die Vergleichsgruppe eingeschlossen, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten oder nicht an den Chatgruppen teilnehmen wollten (72.8 % Frauen und 27.2 % Männer, im Durchschnitt 43.2 Jahre alt und 49.1 % waren verheiratet). Das Projekt stellte eine Zusammenarbeit zwischen Techniker Krankenkasse, der Panoramafachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin und Naturheilverfahren Scheidegg/Allgäu sowie der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg dar. Im Anschluss an die stationäre fachpsychotherapeutische Behandlung bekamen die Patienten das Angebot Unterstützung über das Internet in Form von therapeutisch geleiteten Chatgruppen zu erhalten (einmal wöchentliche Chatgruppensitzung über die Dauer von 90 Minuten). Eine prospektive kontrollierte Beobachtungsstudie (Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy 2007, Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug & Bauer 2006) untersuchte die Ergebnisse des Projekts „Internetbrücke“. Die Chatteilnehmer kannten den Chattherapeuten bereits von ihrem Aufenthalt in der Panorama-Fachklinik. Es erfolgte eine Abstimmung der zu besprechenden Themen im Vorfeld der Intervention. Unter Nutzung des „Propensity-score-Matching-Ansatzes“ wurden „matched pairs“ gebildet (jedem Teilnehmer des Chatprogramms wurde der Patient aus der Vergleichsstichprobe zugeordnet, der unter Einbeziehung der Merkmale Geschlecht, Alter, Verweildauer, Problemdauer, Computer-/ Interneterfahrung und psychische Beeinträchtigung bei der Entlassung

aus der Klinik die höchsten Übereinstimmungen hatte). Untersucht wurde die Bereitschaft der Patienten an der Chatgruppe teilzunehmen, die Praktikabilität der verwendeten Technik, der subjektive Nutzen sowie die Effektivität der Chatgruppe. Die Effektivität wurde an der Entwicklung des körperlichen und psychischen Befindens nach sechs Monaten im Vergleich mit dem Ausgangswert nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme gemessen. Das psychische Befinden und in geringerem Maß auch das körperliche Befinden zeigte sechs Monate nach der stationären Rehabilitation signifikante Unterschiede der Chatteilnehmer gegenüber der Vergleichsgruppe. Die Verschlechterung des psychischen und körperlichen Zustands fiel unter den Teilnehmern an der Chatgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe geringer aus. Im Jahr 2011 postulierten Kordy, Theis und Wolf noch ergänzend nachhaltige Verbesserungen psychosozialer Probleme der Chatteilnehmer gegenüber der Vergleichsgruppe. Die Akzeptanz wurde in der Studie unter anderem an der Bereitschaft zur Teilnahme gemessen. Alle Patienten, denen das Angebot der internetbasierten Nachsorge gemacht wurde, entschieden sich auch für die Teilnahme und hohe Teilnahmebereitschaft wurde abgeleitet. Zudem wurde die Akzeptanz an der An-/ Abwesenheitsrate bei den wöchentlichen Chatgruppensitzungen gemessen, wobei die Anwesenheitsrate der Patienten während der Chatgruppe zwischen 85 % und 90% lag und damit hoch war, die Abbrecherquote wurde mit unter 10 % als niedrig eingeschätzt. Die Zufriedenheit mit der „Internetbrücke“ war hoch: Über 90 % der Chatteilnehmer äußerten sich positiv über die Chatgruppe, über 80% schätzten die therapeutische Leitung der Chatgruppe, 83 % der Chatteilnehmer sahen die „Internetbrücke“ als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Gesundheitsversorgung an, mehr als 50 % der Teilnehmer gaben an, dass sie für die Chatgruppe auch bereit wären zusätzlich Geld zu bezahlen und diese als hilfreich empfunden zu haben durch den ermöglichten Erfahrungsaustausch mit Mitpatienten. Ein Drittel der Chatteilnehmer äußerte sich negativ über das Verwenden eines Pseudonyms in Bezug auf den Aufbau einer Beziehung zu den Mitteilnehmern, nur knapp 40 % der Chatteilnehmer fanden Anonymität im Chat wichtig. Nur knapp 15 % der Patienten fühlten sich durch die Technik eingeschränkt. Im Durchschnitt schätzten sich die Chatteilnehmer „als etwas erfahren“ im Umgang mit Computern und dem Internet ein. Etwa ein Drittel der Chatteilnehmer hatte gar keine Erfahrungen mit

Computern oder dem Internet gesammelt und ein Drittel schätzte sich selbst als sehr erfahren im Umgang mit dem Computer bzw. dem Internet ein.

Eine eingeschränkte Validität der Ergebnisse zeigte sich bei Betrachtung der Struktur der Stichprobe, da Patienten verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder in die Studie einbezogen wurden und der überwiegende Anteil der Patientengruppen weiblich war. Die Übertragbarkeit der Resultate auf Patientengruppen anderer Diagnosen und männlichen Geschlechts ist damit nur eingeschränkt möglich.

### **C. Hoybye, Oksbjerg Dalton, Christensen, Ross, Gaardbo Kuhn und Johansen (2010):**

Diese dänische Studie untersuchte die fördernden und hemmenden soziodemographischen und psychologischen Determinanten bezüglich einer Teilnahme an internetbasierten Selbsthilfegruppen ohne therapeutische Begleitung. Die eingeschlossene Stichprobe n=211 umfasste 13% Männer und 87% Frauen verschiedener Krebsarten, davon waren 47 % Chatteilnehmer und 53 % Nichtteilnehmer. Der Chatgruppenzeitraum betrug zwölf Wochen im Anschluss an die aktive Therapiephase. Die Chaträume waren durchgehend passwortgeschützt zugänglich. Vor Beginn der Rehabilitation wurde das Alter, das Geschlecht, die Krebsart sowie einige soziodemographische Variablen wie der Familienstand, die Bildung, das Arbeitsverhältnis, die Einkommensverhältnisse, die subjektive Lebensqualität und auch psychologische Aspekte, wie der Umgang mit der Erkrankung und die Stimmung der Patienten, anhand eines Fragebogens erhoben. Die Auswertung erfolgte anhand des Kriteriums „Teilnehmer / Nichtteilnehmer“. Als fördernde Faktoren der Teilnahmebereitschaft in dieser Studie konnten ein höherer sozioökonomischer Status (höheres Einkommen bei bestehendem festen Arbeitsbeschäftigungsverhältnis), ein signifikant jüngeres Alter und eine bestehende Lebenspartnerschaft / Ehe festgestellt werden. Als mögliche hemmende Faktoren der Teilnahmebereitschaft in dieser Studie wurden Arbeitslosigkeit und ein vermeidender gedanklicher Umgang mit der Erkrankung („cognitive avoidance“) festgestellt.

Die Studie von Hoybye et al. (2010) ähnelte der vorliegenden Studie in einigen Aspekten (internetbasierte Nachsorge, an Krebs erkrankte Patienten) und unterschied sich auch in einigen Bereichen (Stichprobengröße und -zusammensetzung, Art der Datenerhebung, untersuchte Aspekte) von der vorliegenden Studie. Hoybye et al. (2010) leiteten aus ihren Ergebnissen ab, dass Folgestudien, bestehend aus größeren Stichproben, die Korrelation zwischen der Krebsart und der Einstellung gegenüber internetbasierter Nachsorge näher untersuchen sollten. In ihrer Studie konnten sie aufgrund der inhomogenen Stichprobe, bestehend aus überwiegend Frauen und prozentual wenigen Männern verschiedener Krebserkrankungen, eine Antwort auf diese Fragestellung nicht signifikant ableiten. Die Resultate besaßen eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie, dennoch konnten Hinweise auf Schwerpunkte für Folgefragebögen, wie soziodemographische und sozioökonomische Aspekte, abgeleitet werden.

#### **D. Ruland, Andersen, Jeneson, Moore, Grimsbø und Børøsund (2013)**

Untersucht wurde ein norwegisches Internetangebot für Brustkrebspatientinnen und Prostatakrebspatienten. Die Patienten konnten online ihren Gesundheitszustand dokumentieren, Handlungsempfehlungen für den Umgang mit bestimmten Symptomen erhalten, Informationen zu ihrer Erkrankung erfahren, ein anonymes Diskussionsforum zum Austausch mit Mitpatienten nutzen sowie onkologisch erfahrenem Krankenpflegepersonal Fragen stellen. Die breit genutzten Angebote waren vor allem das Diskussionsforum sowie der mögliche Austausch mit dem Krankenpflegepersonal. Die Patienteninterviews wurden sowohl mit Nutzern als auch Nichtnutzern des Internetportals geführt. Bei häufiger Nutzung wurde das Internetportal als sehr hilfreich von den Nutzern empfunden. Die Nichtnutzer lehnten das Gefühl ab bei Teilnahme in der Rolle des Kranken zu sein, wollten nicht an die Krebserkrankung erinnert werden und wünschten sich das Leben möglichst in Normalität fortzusetzen. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Nutzern / Nichtnutzern in Bezug auf Aspekte, wie das Alter, den sozioökonomischen Status, die bisherige Behandlung, das Geschlecht, das Krankheitsstadium und die Komorbiditäten. Die Nutzer der Internetplattform zeigten eine deutliche Reduktion von Depressionen, die Krebspatienten häufig

begleiten (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs & Carnicke 1983, Parle, Jones & Maguire 1996, Harrison und Maguire 1994).

Die Studienergebnisse werden durch unterschiedliche Aspekte limitiert, die Ruland et al. (2013) diskutiert haben. Zum Einen wurden Patienten unterschiedlicher Krankheitsstadien und bisheriger Behandlungen gemeinsam betrachtet. Es bestand auch kein Zugang zu Krankenakten, die mögliche Begleiterkrankungen, insbesondere psychischer Genese, aufgedeckt und damit potentiell zu einer abweichenden Bewertung der Internetnutzung der Patienten geführt hätte. Zum Anderen konnten die Autoren nicht sicher nachweisen, ob die Patienten das Internetportal genutzt haben, um sich über ihre Krankheit zu informieren, sich mit dem onkologisch ausgebildetem Pflegepersonal austauschen zu können oder ob es die Kombination aus beidem war. Daher sahen Ruland et al. (2013) weiterhin Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Akzeptanz- und Bedarfsfaktoren internetbasierter Nachsorgeangebote, um das Potential für Patienten unterschiedlicher Krankheitsstadien und vergangener Zeit seit Diagnosestellung zu untersuchen.

**E. Van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Lebrun, Drossaers-Bakker, Smit, Seydel und van de Laar (2008b):**

Es handelte sich um eine qualitative Analyse bei der überwiegend weibliche Patientinnen mit Brustkrebs, Fibromyalgie oder Arthritis zu ihren positiven und negativen Erfahrungen im Rahmen ihrer Teilnahme an Selbsthilfeforen ohne therapeutische Leitung anhand halboffener Interviewleitfäden befragt wurden. Die positiv bewerteten Aspekte an den Selbsthilfeforen waren eine patientenverständliche Sprache innerhalb der Chatgruppen, der hohe Informationsgehalt, das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Chatgruppen, die emotionale Verbundenheit mit den anderen Chatteilnehmern, eine bessere Bewertung der eigenen Situation durch den Vergleich des eigenen Schicksals mit dem anderer Patienten sowie anderen Patienten Mut und positive Energien geben zu können, der Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten, da das Gespräch mit externen Personen über die eigene Erkrankung verhindere, die Freunde / Familie mit dem Thema Krankheit zu belasten und den Raum zu geben, mit der Familie / Freunden die alltäglichen Dinge zu thematisieren, eine zum Positiven veränderte

Beziehung zu dem behandelnden Arzt mit mehr Mut diesem Fragen zu der eigenen Erkrankung zu stellen, der patientenseitige Wille den Therapieplan einzuhalten sowie die Akzeptanz der Erkrankung stieg nach Aussage der meisten Patienten über den Teilnahmezeitraum. Einige der Patienten konnten auch anhand der in der Chatgruppe gesammelten Erfahrungen offener mit ihrer Erkrankung gegenüber anderen, nichterkrankten Personen des sozialen Umfelds umgehen. Die Chatgruppe bot den befragten Patienten auch Raum für das Beschreiben und Teilen positiver Dinge. Die befragten Patienten äußerten auch durch die Teilnahme an der onlinebasierten Gruppendiskussion mehr Vertrauen in ihre jeweilige Therapie, mehr Optimismus für das Leben mit der Diagnose sowie eine Wiederherstellung ihrer Selbstachtung, trotz der Diagnose, gewonnen zu haben. Für einige Patienten bedeuteten die online Foren ein erweitertes soziales Umfeld, für andere Patientinnen bedeuteten die online Foren ihr „neues“ soziales Umfeld, da sich viele aus dem sozialen Umfeld nach Diagnosestellung oder im Verlauf der Krankheit von ihnen abgewendet hatten. Die hemmenden, ablehnenden Faktoren gegenüber den Selbsthilfeforen waren eine fragwürdige Qualität der durch Mitpatienten verfassten Informationen und Ratschläge sowie gelegentliche Redundanzen in den besprochenen Themen, insbesondere bei längerer Teilnahme an den Selbsthilfeforen. Zudem äußerten die befragten Patienten durch von Mitpatienten verfasste „negative“ Beiträge auch in ihrer eigenen Stimmung / Verfassung beeinträchtigt gewesen zu sein.

Van Uden-Kraan et al. (2008b) schränken die Validität ihrer Ergebnisse ein, da diese ausschließlich die Meinungen der aktiv an internetbasierten Selbsthilfegruppen teilnehmenden Patienten unterschiedlicher Diagnosen wiedergaben. Personen, die sich gegen eine Teilnahme an internetbasierten Selbsthilfegruppen entschieden hatten, wurden nicht in die Studie einbezogen. Die potentiellen Gründe einer Nichtteilnahme wurden nicht eruiert. Als einen weiteren Kritikpunkt beschrieben van Uden-Kraan et al. (2008b) die Tatsache, dass eine Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe limitiert war und Männer unter den befragten Personen unterrepräsentiert waren.

#### **F. Buntrock, Hopfgarten, Adolfsson, Onelev und Steineck (2007):**

Es wurden 500 schwedische Patienten mit Prostatakrebs befragt (zwischen 50. und 80. Lebensjahr, das mediane Alter der Patienten lag bei 71 Jahren). Die Patienten füllten einen Fragebogen mit 146 Fragen u.a. zu der Nutzung des Internets, zu soziodemographischen Faktoren, Informationen über die Krankheit, die bisherige Behandlung und der von den Patienten wahrgenommenen Lebensqualität aus. 41.1 % der befragten Patienten verfügten über einen Internetanschluss, aber nur 16.4 % dieser Patienten nutzten das Internet, um sich über ihre Krebsart zu informieren. Gezeigt werden konnte eine altersabhängige Nutzung des Internets als Informationsmedium (zwischen 70 und 80 Jahren nutzten nur 8 % der Patienten das Internet; Vgl. 39 % der zwischen 50 bis 60 Jahre alten Patienten). 61 % der befragten Patienten, die das Internet für das Informieren über ihre Erkrankung genutzt hatten, fühlten sich via Internet zufriedenstellend über ihre Krankheit informiert. Die fördernden Aspekte im Hinblick auf die Nutzung des Internets als Informationsmedium über die Erkrankung waren ein jüngeres Alter, eine höhere Bildung, ein höheres Einkommen sowie eine bestehende Lebenspartnerschaft, in welcher der Patient sich über seine Gefühle austauschen kann. Das Internet fand laut Buntrock et al bei den untersuchten Prostatakrebspatienten im Jahr 2002, gemessen an der Nutzung des Internets als Informationsmedium, keine breite Akzeptanz.

Da es bislang nur wenige Studien gibt, die das Internet als Informationsmedium für Prostatakrebspatienten untersucht haben, kann diese Studie als Forschungsgrundlage für Folgestudien angesehen werden und lässt auch in einigen Aspekten einen Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zu.

#### **G. Owen, Klapow, Roth und Trucker (2004):**

Es handelte sich um eine Machbarkeitsstudie zu der Nutzung internetbasierter Diskussionsforen von Prostatakrebspatienten und Brustkrebspatientinnen. Es erfolgte eine Inhaltsanalyse der in Diskussionsforen geschriebenen Einträge der Patienten anhand eines Computerprogramms. Es wurden insbesondere geäußerte Emotionen (sowohl positiv als auch negativ), die Beschreibung der gedanklichen Auseinandersetzung mit der Erkrankung sowie auch auf das Motiv der Patienten für das Verfassen von Beiträgen in den Diskussionsforen analysiert.

Die Untersuchung der Charakteristika der Kommunikation innerhalb internetbasierter Selbsthilfeforen erfolgte durch Zuteilung der Patientenaussagen in zuvor gebildete Kategorien. Es konnte eine höhere Nutzungsfrequenz der Diskussionsforen bei den Brustkrebspatientinnen im Vergleich mit den Prostatakrebspatienten festgestellt werden (gemessen an der Zeitspanne zwischen einzelnen Einträgen in die Diskussionsforen). Die Brustkrebspatientinnen benutzten auffallend mehr Worte, die ihre Emotionen zum Ausdruck im Hinblick auf ihre Krebserkrankung brachten, als die Prostatakrebspatienten. Die potentiellen Akzeptanzfaktoren für eine Teilnahme an internetbasierten Nachsorgeangeboten bei den untersuchten männlichen Patienten waren die Aussicht auf mehr Informationen zu ihrer Erkrankung und eine Unterstützung bei der Entscheidung für eine Behandlungsform. Die potentiellen Akzeptanzfaktoren für eine Teilnahme an internetbasierten Nachsorgeangeboten bei den untersuchten weiblichen Krebspatienten waren hauptsächlich der Wunsch nach emotionaler Unterstützung und der Möglichkeit zum Austausch von Emotionen. Owen et al. (2004) erachteten als kritisch an ihrer Studie, dass weder die soziodemographischen Variablen, wie das Alter, das Bildungsniveau, der sozioökonomische Status, die ethnische Herkunft sowie die Erfahrungen mit dem Internet der untersuchten Personen im Vorwege der Studie erfasst wurden. Owen et al. (2004) leiteten ab, dass Folgestudien diese Variablen in die Analyse der Kommunikation in Diskussionsforen ergänzend einbeziehen sollten. Owen et al. (2004) vermuteten einen potentiellen Zusammenhang zwischen dem Erkrankungsstadium mit der Nutzung von Diskussionsforen und befürworteten eine weitere Untersuchung dieses Aspekts in Folgestudien.

Die Ergebnisse der Studie von Owen et al. (2004) konnten Hinweise liefern, welche Aspekte in zukünftigen Patientenschulungen potentielle Argumente für eine Teilnahme an internetbasierter Nachsorge für weibliche und männliche Krebspatienten sein könnten. Ein potentiell überzeugendes Argument für die Brustkrebspatientinnen könnte die Möglichkeit sein, sich auf emotionaler Ebene mit anderen Personen über ihr Befinden austauschen zu können. Für die Prostatakrebspatienten könnte das potentiell überzeugende Argument lauten, dass sie sich über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten informieren können. Nachfolgende Studien, welche die Kommunikation weiblicher und

männlicher KrebspatientInnen in Diskussionsforen untersucht werden, sollten detaillierter Bezug auf soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Patienten sowie auch das Erkrankungsstadium nehmen.

### **H. Merwart (2012), Dissertation**

Es handelte sich um eine geschlechtsspezifische Untersuchung über die Inanspruchnahme von psychosozialen / psychoonkologischen Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Die Inanspruchnahme von unpersönlichen Unterstützungsangeboten (exemplarisch Telefon- und Internetberatung durch Experten, Internet-Foren mit anderen Betroffenen) korrelierte positiv mit verschiedenen Faktoren. Dazu gehörte ein jüngeres Alter des Patienten. Eine aktuell vorliegende psychische Störung verdoppelte die Inanspruchnahme gegenüber Patienten ohne psychische Diagnose. Der Aufenthalt in der Akutklinik verdoppelte die Teilnahmebereitschaft gegenüber einem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik. Es lag keine Korrelation zwischen der Inanspruchnahme und dem Geschlecht sowie mit der generellen Sicht auf psychosoziale Nachsorgeangebote vor. Zudem konnte keine Korrelation zwischen dem Alter und dem Bildungsstand sowie der Häufigkeit der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten nachgewiesen werden. Als Grund für eine generelle Nichtinanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote konnte „kein Bedarf an Hilfe“ eruiert werden.

Bei der multizentrischen Studie im Rahmen der Dissertation von Merwart (2012) handelt es sich um eine Querschnittsstudie ohne Kontrollgruppe, die an n=3600 Krebspatienten durchgeführt wurde. Die Stichprobe enthielt mehr Frauen als Männer. Daher gilt es die Ergebnisse von Merwart kritisch zu beurteilen und der Bezug zu der vorliegenden Studie kann nur eingeschränkt hergestellt werden.

### **3. Ziele und Fragestellungen**

Der erste Abschnitt des Ergebnisteil exploriert die Frage, inwieweit der Gesundheitszustand im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme, die Einstellung gegenüber der Krebserkrankung sowie gegenüber psychosozialer Nachsorge im Allgemeinen über das potentielle Interesse an Nachsorgeverfahren, entscheiden. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der potentiellen Akzeptanz psychosozial ausgerichteter Chatgruppen. Der zweite Abschnitt des Ergebnisteils befasst sich mit der Frage nach dem Wissensstand, den die Krebspatienten in Bezug auf ihre Erkrankung hatten, wie sie sich bislang über ihre Erkrankung informiert hatten und inwiefern Interesse an weiteren Informationen über die Erkrankung bestand. Sollte das Internet in den kommenden Jahren neben seiner Funktion als Freizeit- und Arbeitsmedium auch vermehrt als Instrument in der Nachsorge von Krebserkrankungen einen wichtigen Stellenwert erreichen, bestünde für Krebspatienten neben Möglichkeiten der Nachsorge, wie dem engen Kontakt mit dem behandelnden Hausarzt, Selbsthilfegruppen oder Gesprächstherapiekonzepten, zusätzlich die Möglichkeit, ein Nachsorgekonzept zu wählen, das sie auch von zuhause nutzen können. Daraus ergibt sich die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung, die im dritten Abschnitt des Ergebnisteils behandelt wird. Es galt herauszuarbeiten, worauf die Akzeptanz bzw. Ablehnung der Patienten gegenüber einer potentiellen Teilnahme an therapeutisch geleiteten Chatgruppen basierte. Angestrebt wurde, Hinweise auf Unterschiede in den Einstellungen der beiden Gruppen „potentielle Teilnehmer/ Nichtteilnehmer“ gegenüber dem hier untersuchten Modell einer internetbasierten Nachsorge in Form einer therapeutisch geleiteten Chatgruppe zu explorieren. Im vierten Abschnitt des Ergebnisteils wurden zusätzlich noch technische Aspekte beleuchtet. Die Patienten wurden zu ihren Erfahrungen im Umgang mit Computern und dem Internet befragt und zu der Rolle, die das Internet in ihrem Leben einnimmt. Es wurde angestrebt die Bedingungen zu erfassen, die dazu beitragen können, dass Patienten in höherem Maße ein Chatnachsorgeangebot in Anspruch nehmen. Die gegenwärtige Studienlage lässt es noch nicht zu, Hypothesen zu testen, weswegen die vorliegende Arbeit explorativ vorgeht.

## **4. Methodenteil**

### **4.1 Studiendesign**

Es handelte sich um eine qualitative Studie mit explorativem Charakter.

### **4.2 Rekrutierung der Stichprobe für die Interviews**

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte am Ende ihres im Regelfall dreiwöchigen Aufenthaltes in der onkologischen Rehabilitationsklinik „Klinik Nordfriesland“ in St. Peter-Ording. Es fand bereits eine Vorauswahl der potentiellen Chatteilnehmer und Nicht-Chatteilnehmer durch die „Klinik Nordfriesland“ statt. Neben den weiblichen Patientinnen mit Brustkrebs, wurden von den männlichen Patienten ausschließlich diejenigen mit urogenitalen und gastrointestinalen Krebserkrankungen zu der Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik zum Thema „E-Nachsorge: Ein neues Angebot“ eingeladen. Zudem mussten die eingeladenen Patienten für eine stationäre Behandlung von länger als drei Tagen in der Rehabilitationsklinik sein, über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen sowie bereits die Indikation für eine psychosoziale Nachsorge, nach Verlassen der Rehabilitationsklinik, gestellt bekommen haben. In der Patientenschulung für die stationären, onkologischen Patienten wurde eine Powerpoint-Präsentation durch einen Studienmitarbeiter gezeigt, die den Patienten einen Überblick über das Thema internetbasierte Nachsorge (E-Nachsorge) gab. Den Patienten wurde mithilfe einiger Powerpointfolien auch der Zweck der geplanten Interviews für die vorliegende Studie erörtert. Im Durchschnitt besuchten ca. 20 Patienten der Rehabilitationsklinik die wöchentlich stattfindende Aufklärungsveranstaltung über die E-Nachsorge, darunter betrug der Anteil der männlichen Patienten durchschnittlich 20%. Die genaue Anzahl der Männer, welche die Patientenschulung über den Rekrutierungszeitraum besucht haben, liegt nicht vor. Direkt nach der durchschnittlich zwanzigminütigen Präsentation erhielten die Patienten die Möglichkeit an bereit gestellten Laptops miteinander versuchsweise unter Anleitung des Studienmitarbeiters zu „Chatten“. Dabei stand im Vordergrund den Patienten die Anmeldung im Chatprogramm sowie die technischen Handgriffe für die Nutzung des Chatprogramms zu erklären.

Parallel fand die Rekrutierung der Patienten für die Interviews dieser Studie statt. Die Patienten wurden gebeten ein Screeningdokument (siehe Anhang 18. Der Screeningbogen) und eine Einverständniserklärung zum Thema Datenschutz / Teilnahmebedingungen an der Studie (siehe Anhang 19. Die Datenschutzerklärung) auszufüllen. Diese beiden Dokumente wurden durch die Autorin in Zusammenarbeit mit zwei Studienmitarbeiterinnen (Dipl. Psychologin und medizinische Doktorandin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) entwickelt. Die Entwicklung des Screeningbogens erfolgte ohne vorherige Literaturrecherche. Die persönlichen Daten, wie der Name und die Art der Krebserkrankung des Patienten, das Geburtsdatum, die Art des Internetzugangs zuhause bzw. am Arbeitsplatz, die Häufigkeit der Nutzung des Internets und die subjektive Einschätzung der Computerkenntnisse wurden mittels des Screeningbogens erfragt. Man erhoffte sich anhand der Angaben auf dem Screeningbogen Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen der Krebsart, dem Alter, den bisherigen Umgang mit Computern und dem Internet sowie einer potentiellen Teilnahmebereitschaft an der therapeutisch geleiteten Chatgruppe ableiten zu können. Die Patienten konnten auf dem Screeningdokument ihr Einverständnis geben, dass sie ihre persönlichen Daten zur Kontaktaufnahme für ein persönliches bzw. telefonisches Interview für die vorliegende Studie zur Verfügung stellen wollten. Dabei war im Vorfeld der Interviews irrelevant, ob sie sich für eine potentielle Chatteilnahme entschieden hatten oder nicht. Alle in dieser Studie befragten Patienten wurden anhand des gleichen Screeningbogens rekrutiert. Innerhalb des Rekrutierungszeitraums von zwölf Wochen konnten zehn potentielle Chatteilnehmer und sechs potentiell nichtteilnahmebereite Patienten rekrutiert werden. Diese Patienten hatten auf dem Screeningbogen ihre potentielle Teilnahmebereitschaft angegeben und die Datenschutzerklärung vollständig ausgefüllt, so dass ein zeitnaher Termin für das Interview in Rücksprache mit den Patienten festgelegt wurde und das Interview durchgeführt werden konnte. Wenn das Einverständnis für die Kontaktaufnahme zur Studienteilnahme durch die Patienten nicht erteilt wurde, wurde der ausgefüllte Screeningbogen vernichtet. Die interviewbereiten Patienten wurden je nach ihrem Wunsch direkt vor Ort in der Rehabilitationsklinik, telefonisch im Verlauf des Klinikaufenthalts oder zuhause nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik durch die Autorin befragt. Persönliche Daten, wie Wohnverhältnisse, Familienstand, Berufsstand / sozialer

Status, aber auch Verdienst / Vermögensverhältnisse wurden nicht erhoben. Dieses Vorgehen beruhte auf der Vorstellung der Studienmitarbeiterinnen, dass sich die Interviewteilnahmebereitschaft der Patienten durch eine größtmögliche Anonymität in Bezug auf persönliche soziodemographische und sozioökonomische Angaben, erhöhen lassen würde. Dieser Aspekt wird im Abschnitt 8.4 Methodenkritische Auseinandersetzung diskutiert.

### **4.3 Beschreibung der Stichprobe**

Die Patienten, die in dieser Interviewstudie zur Chatnachsorge befragt wurden, waren überwiegend Prostatakrebspatienten (11x C61 nach ICD-10-Diagnoseverschlüsselung), aber auch Männer mit anderen urogenitalen bzw. gastrointestinalen Krebsleiden nach ICD-10-Diagnoseverschlüsselung (3x C62, 1x C16, 1x C64). Das mittlere Alter der befragten Patienten lag bei den potentiellen Chatteilnehmern bei 59.5 Jahren und bei den potentiellen Nicht-Chatteilnehmern bei 56.2 Jahren. Die folgenden Tabellen beschreiben die beiden Stichproben der potentiellen Chatteilnehmer und potentiellen Nicht-Chatteilnehmer. In einigen Fällen bestanden Abweichungen zwischen den Angaben über die Computerkenntnisse auf dem Screeningbogen und den Interviewantworten der Patienten. Beide Angaben pro Patient wurden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2 gegenübergestellt. Die Abweichungen werden im Abschnitt 8.4 Methodenkritische Auseinandersetzung diskutiert.

**Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe „potentielle Chatteilnehmer“**

<b>Teilnehmer (*TN)</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Computer-Kenntnisse (Screeningbogen)</b>	<b>Computer-Kenntnisse (Interviews)</b>	<b>Verfügbarkeit eines Internetzugangs zuhause</b>
Prostatakrebs (A)	58	gut	„gut-sehr gut“	DSL
Prostatakrebs (B)	62	mittel	„mittel“	DSL
Prostatakrebs (C)	72	mittel	„mittel“	ja, ISDN oder langsamer
Prostatakrebs (D)	71	schlecht	„mittel“	DSL
Prostatakrebs (E)	67	mittel	„mittel“	DSL
Prostatakrebs (F)	60	mittel	„mittel“	ja, ISDN oder langsamer
Magenkrebs (G)	60	mittel	„mittel“	DSL
Hodenkrebs (H)	39	gut	„gut-richtig gut“	DSL
Hodenkrebs (I)	43	mittel	„gut-sehr gut“	DSL
Prostatakrebs (J)	63	gut	gut-sehr gut“	kein Internetzugang zuhause

\*TN= potentielle Chatteilnehmer

**Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe „potentielle Nicht-Chatteilnehmer“**

<b>Nichtteilnehmer (**NTN)</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Computer-Kenntnisse (Screening-bogen)</b>	<b>Computer-Kenntnisse (Interviews)</b>	<b>Verfügbarkeit eines Internetzugangs zuhause</b>
Nierenkrebs (K)	62	mittel	„mittel“	DSL
Prostatakrebs (L)	64	mittel	„schlecht“	DSL
Prostatakrebs (M)	60	schlecht	„schlecht“	kein Internetzugang zuhause
Prostatakrebs (N)	61	schlecht	„mittel“	kein Internetzugang zuhause
Prostatakrebs (O)	58	mittel	„mittel“	DSL
Hodenkrebs (P)	32	gut	„gut- sehr gut“	DSL

\*\*NTN= potentielle Nicht-Chatteilnehmer

#### **4.4 Der Interviewleitfaden und die Interviewdurchführung**

Die verwendeten Interviewfragen im Interviewleitfaden für die telefonischen bzw. persönlichen Befragungen wurden von der Autorin gemeinsam mit zwei Mitarbeiterinnen des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf entwickelt (Diplom-Psychologin und medizinische Doktorandin). Das Leitfadenterview umfasste ausschließlich offene Fragen. Die Interviewfragen dienten dazu, die Untersuchungsziele zu operationalisieren. Dabei bestand unter den an der Entwicklung des Interviewleitfadens beteiligten Studienmitarbeiterinnen der Konsens, dass in den Interviewfragen neben dem Gesundheitszustand, der Einstellung gegenüber der Krebserkrankung, dem Bedarf an psychosozialer und professioneller Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, dem Informationsstand und dem

Informationsbedarf über die Erkrankung, der Beurteilung der Patientenschulung und der internetbasierten Nachsorge via therapeutisch geleiteter Chatgruppe, auch der Nutzen, die Akzeptanz sowie die Erfahrungen der Patienten mit dem Internet erfasst werden sollten. Ziel war es, Hinweise auf fördernde und hemmende Faktoren einer potentiellen Teilnahmebereitschaft aus den Patientenantworten ableiten zu können. Vier der sechzehn Interviews erfolgten in der Rehabilitationsklinik im persönlichen Gespräch zwischen der Autorin und dem Patienten, zwölf Interviews wurden telefonisch durchgeführt. Unter anderem soziodemographische und sozioökonomische Aspekte, die in der Literatur bereits als korrelierende Faktoren mit einer Internetnutzung und Teilnahmebereitschaft bei männlichen Patienten beschrieben worden waren (Vgl. Hoybye et al. 2010), wurden in dem Interviewleitfaden nicht erfragt, was in dem Abschnitt 8.4 Methodenkritische Auseinandersetzung diskutiert wird. Zur Einleitung des Interviews stellte sich die Interviewerin vor, begrüßte den Patienten und erklärte das Ziel und den Zeitrahmen des Interviews. Unabhängig davon, ob das Interview persönlich oder telefonisch durchgeführt wurde, lief ein Aufzeichnungsgerät als Erinnerungsstütze mit. Dieses geschah mit dem mündlichen Einverständnis des jeweiligen Patienten. Nachdem der Patient das mündliche Einverständnis für die Aufnahme mithilfe eines Tonaufnahmegeräts gegeben hatte, wurden dem Patienten die datenschutzrechtlichen Bedingungen erklärt (ggf. auch warum während der Aufnahme auf die persönliche Anrede verzichtet wurde). Den Patienten wurde zu Beginn des Interviews mitgeteilt, dass die Interviews ca. zwanzig Minuten dauern würden. Die Interviews wurden durchschnittlich in einem zeitlichen Rahmen von 20 Minuten durchgeführt. Dabei wurden die Fragen stets in der gleichen Reihenfolge gestellt. Der Wortlaut der Fragen war in der Regel gleich. Wenn Patienten aber Antworten auf nachfolgende Fragen bereits im Vorwege mitbeantwortet hatten, wurde auf die erneute Fragestellung zu diesem Thema verzichtet, um den Interviewfluss nicht zu stören.

## **4.5 Die Auswertung der Interviews**

### **4.5.1 Die Vorbereitungen**

Die Antworten der Patienten auf die Interviewfragen wurden im Anschluss an die Interviews vom Tonband in die Schriftform überführt und die Tonbänder danach gelöscht. Bei der Niederschrift wurden gegebenenfalls Dialekte bereinigt, Satzbaufehler behoben sowie Sprachfüllsel wie „ähs“, „hms“ und „öhs“ entfernt (Mayring 2002), da ausschließlich die inhaltlich-thematische Ebene relevant für die Datenerhebung im Rahmen der Interviewstudie war. Persönliche Informationen, die nicht zur Beantwortung der Fragestellungen dienten sowie Unvollständigkeiten, Wiederholungen und Füllwörter, wurden bei der Niederschrift ebenfalls ausgelassen. Die Anonymisierung der Patienten erfolgte durch die Codierung mit Buchstaben.

### **4.5.2. Der Ablauf der skalierenden Strukturierung nach Mayring (2010)**

Die Auswertung der Interviews erfolgte bei der überwiegenden Anzahl der Interviewfragen in Anlehnung an das Modell der skalierenden Strukturierung von Mayring (2010). Ziel der Auswertung war es, „*das Material bzw. bestimmte Materialteile auf einer Skala (in der Regel Ordinalskala) einzuschätzen*“ (Mayring, 2010, S.101). Spezielle Interpretationsregeln wurden berücksichtigt (Mayring, 2010, S. 104). Nach Niederschrift der Interviews wurden zunächst die Auswertungseinheiten festgelegt. Die Auswertungseinheit stellte die Textstelle des Interviews dar, die der Antwort des Patienten auf die zu untersuchende Interviewfrage entsprach. Die Auswertungseinheiten der einzelnen Interviewfragen wurden farbig markiert. Beispielsweise stellte eine Auswertungseinheit eines potentiellen Chatteilnehmers auf die Frage nach seiner Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein dar: „*Letztlich weiß man ja nicht vorher, was sich hinter dem Begriff psychosoziale Nachsorge so alles verbergen kann. Viele Menschen denken wohl beim ersten Kontakt mit dem Wort an Psychiatrie und Depressionen. Dabei ist es ja ganz anders, die psychosoziale Nachsorge soll verhindern, dass man da landet: mit Depressionen in der Psychiatrie. Ich stehe hinter dem Gedanken den Menschen nicht nach der Krankheitsphase alleine zu lassen, darum mache ich ja auch bei der Chatgruppe gerne mit. (...) auf jeden Fall*

*ist es eine Erfahrung wert. Ich finde psychosoziale Nachsorge generell gut, werde sie auch in Anspruch nehmen.*“ (potentieller Chatteilnehmer H, Interviewfrage 7.1.5). Es war bedeutsam, aus den Antworten der Patienten die Anteile zu filtern, die unmittelbar die Antwort auf die untersuchte Interviewfrage lieferten. Dieser Anteil der Interviewantwort stellte die Kodiereinheit dar und wurde, um Übersichtlichkeit zu erreichen, andersfarbig als die gesamte Auswertungseinheit einer Interviewfrage markiert. Die Kodiereinheit auf die Frage nach der Einstellung gegenüber psychosozialer Nachsorge im oben genannten Beispiel des potentiellen Chatteilnehmers H lautete: *„Ich finde psychosoziale Nachsorge generell gut, werde sie auch in Anspruch nehmen.“* Die Kodiereinheiten stellten die Textstellen dar, die im weiteren Prozess der Inhaltsanalyse einer Kategorie zugewiesen wurden. Die zu analysierenden Aspekte, nach Mayring (2010) auch als Einschätzungsdimensionen bezeichnet, die sich aus den Forschungsfragen ergaben, wurden im Sinne einer Ordinalskala skaliert. Auf diese Weise ergaben sich die Kategorien dieser Inhaltsanalyse. Die strukturierende Inhaltsanalyse beruht auf dem Prinzip, dass Kategorien durch Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln beschrieben werden. Zu diesem Zweck wurde für jede Einschätzungsdimension und ihre einzelnen Ausprägungen ein Kodierleitfaden erstellt. Mithilfe des Kodierleitfadens erfolgte eine Zuteilung der markierten Kodiereinheiten der befragten Patienten in die Kategorien. Die treffendsten Aussagen innerhalb der Interviews wurden als Ankerbeispiel in den Kodierleitfaden aufgenommen. Ein Beispiel dient der Verdeutlichung:

- Aktueller Gesundheitszustand (positiv - negativ)

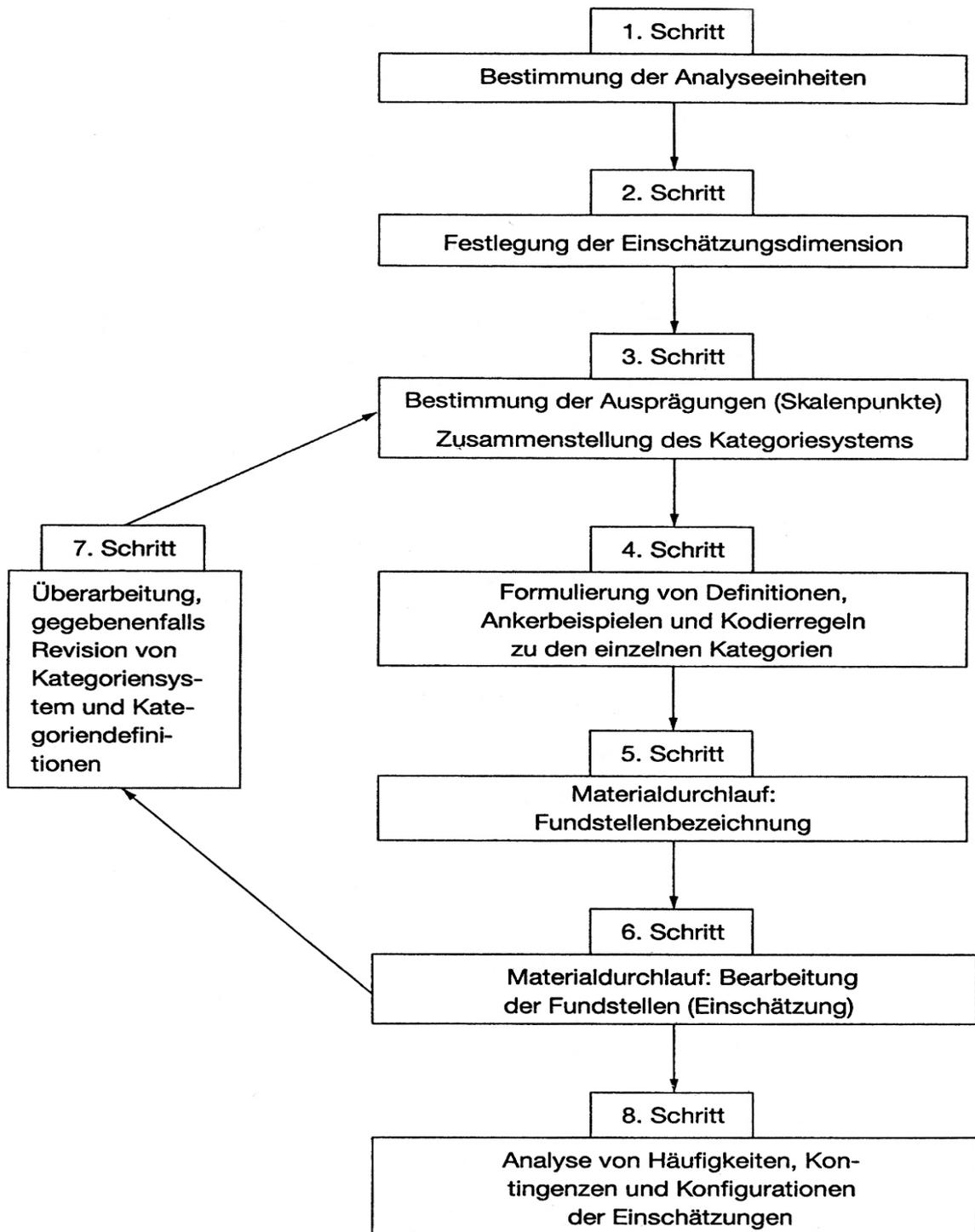
Der Begriff „Aktueller Gesundheitszustand“ bildete die Einschätzungsdimension und die Skalierung wurde durch die Ausprägungen „positiv“ und „negativ“ definiert. Die übrigen Einschätzungsdimensionen, die sich anhand des Interviewleitfadens ergeben haben, werden im Folgenden mit ihrer Skalierung und den Ausprägungen aufgelistet:

- Einstellung gegenüber der Erkrankung (positiv - neutral - negativ)
- Wunsch nach professioneller Hilfe (vorhanden - nicht vorhanden)
- Alternative Verarbeitungshilfen neben der Chatgruppe (private / professionelle Hilfe vorstellbar - private / professionelle Hilfe nicht vorstellbar)
- Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein (positiv - negativ)

- Vorstellung optimaler Form internetbasierter Nachsorge (vorstellbar - nicht vorstellbar)
- Zufriedenheit mit Behandlung (zufrieden - neutral - unzufrieden)
- Vorstellung optimaler Form der ambulanten Nachsorge (vorhanden - nicht vorhanden)
- Informationsstand über die Erkrankung (ausreichend informiert - unzureichend informiert)
- Informationssuche über die Erkrankung (gezielt nach Informationen gesucht - nicht gezielt nach Informationen gesucht)
- Weiterempfehlung von Internetseiten (vorhanden - nicht vorhanden)
- Persönliche Gründe für eine Chatteilnahme (vorhanden - nicht vorhanden)
- Barrieren einer Chatteilnahme (vorhanden - nicht vorhanden)
- Offene Fragen nach der Patientenschulung (vorhanden - nicht vorhanden)
- Beurteilung der Patientenschulung (positiv - neutral)
- Verbesserungsvorschläge Patientenschulung (vorhanden - nicht vorhanden)
- Anregungen zur Verbesserung der Intervention (vorhanden - nicht vorhanden)
- Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs (vorhanden - nicht vorhanden)
- Organisatorische Bedenken (vorhanden - nicht vorhanden)
- Erfahrungen mit dem Internet (vorhanden - nicht vorhanden)
- Computer mit Internetzugang (vorhanden - nicht vorhanden)
- Häufigkeit der Internetnutzung (täglich - mehrmals pro Woche - selten - nie)
- Anschaffung eines Computers (vorstellbar - nicht vorstellbar)
- Zielsetzung bei der Internetnutzung (vorhanden - nicht vorhanden)
- Bedeutung des Internets (groß - gering - keine)
- Befürchtungen bei der Internetnutzung (vorhanden - nicht vorhanden)
- Vorteile eines Internetzugangs vorhanden
- Erfahrungen mit Forum- / Chatdiskussionen (aus eigener Erfahrung bekannt - begrifflich bekannt - begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen)

Bei der Überarbeitung in Zusammenarbeit mit einer Studienmitarbeiterin (Dipl. Psychologin) wurde das Kategoriensystem so lange angepasst, bis eine zufriedenstellende Version vorlag. Eine Aktualisierung des Kategoriensystems

erfolgte, wenn neue Ausprägungen der Einschätzungsdimensionen bei Durchsicht der Interviewantworten auffielen oder wenn Kodiereinheiten nicht in bereits gebildete Kategorien zugeteilt werden konnten, da es für diese Einschätzungsdimension weder eine Kategorie noch Kodierregeln gab. In diesem Fall wurden die Analyseschritte drei bis sechs erneut durchlaufen, bis alle Kodiereinheiten unter Beachtung der Kodierregeln zu einer Kategorie zugeordnet werden konnten. Die Abbildung 1 stellt die einzelnen Schritte des Ablaufmodells der skalierenden Strukturierung in schematischer Form dar.



**Abbildung 1: Ablaufmodell einer skalierenden Strukturierung (P. Mayring, 2010, S. 102)**

Zur Verdeutlichung der Materialaufarbeitung wird im Folgenden die Kategorienbildung der Variablen „Zufriedenheit mit der Behandlung“ vorgestellt.

Die vollständigen Beschreibungen der Kategorien und Kodierleitfäden der übrigen Interviewfragen und Variablen befinden sich im Anhang 20.

**Tabelle 3: Beispiel Kategorienbildung „Zufriedenheit mit der Behandlung“**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K14: zufrieden</b>	Patient äußerte sich über die bisherige Behandlung - positiv - führte keine negativen Aspekte an	<i>„Die Versorgung bislang war wirklich gut, ich kann darüber nichts Schlechtes verlieren.“</i>	Alle Ausprägungen der Definition mussten zutreffen
<b>K15: neutral</b>	Patient beschrieb die bisherige Behandlung - weder positiv noch negativ - als nicht bewertbar	<i>„Klar, war es eine schwere Zeit für mich und ob die Behandlung jetzt gut war oder nicht kann ich zur Zeit noch nicht sagen.“</i>	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
<b>K16: unzufrieden</b>	Patient äußerte sich über die bisherige Behandlung - negativ - nannte Kritikpunkte	<i>„Ich hätte es besser gefunden, wenn ich kurz nach der Diagnosestellung jemanden zum Sprechen gehabt hätte, wie beispielsweise einen Psychologen“</i>	Mindestens eine Ausprägung der Definition musste zutreffen

#### **4.5.3 Die Ergebnisaufbereitung nach skaliertem Strukturierung nach Mayring (2010)**

Nachdem die Patientenantworten in die adäquaten Kategorien unter Beachtung der Kodierregeln eingeteilt worden waren, wurden für die Ergebnisaufbereitung anschließend die Kategorien quantitativ nach Häufigkeit der Zuteilung von

Patientenaussagen ausgewertet. Bei Nennung einer Kategorie durch mehr als die Hälfte der potentiell teilnahmebereiten oder nichtteilnahmebereiten Patienten, wurde von einer möglichen Relevanz dieser genannten Kategorie für die potentielle Teilnahmebereitschaft ausgegangen. Im Umkehrschluss wurde bei Angabe von weniger als der Hälfte der Patienten die entsprechende Kategorie für potentiell nicht relevant in ihrer Auswirkung auf die potentielle Teilnahmebereitschaft angesehen.

#### **4.5.4 Auswertung von Patientenantworten nach relativen und absoluten Häufigkeiten**

Interviewantworten auf Fragestellungen, die nicht mittels Kategorienbildung auswertbar waren, wurden ausschließlich nach relativen und absoluten Häufigkeiten der genannten Antworten ausgewertet. Dabei handelte es sich um Antwortmöglichkeiten, welche sich nicht in einer Ordinalskala anordnen ließen. Dies traf bei der Interviewfrage 6.2.2 „*Wo und wie sind Sie nach Diagnosestellung an die sinnvollsten Informationen für sich selbst gelangt?*“ zu. Die Auswertung der Frage wird im Folgenden gezeigt.

Die relevanten Aspekte in den Interviewantworten wurden zunächst im Text über eine Markierung hervorgehoben.

**Tabelle 4.1: Kodierleitfaden + Antworten der \*TN zu Frage 6.2.2**

*TN	Paraphrase
A	„Ich habe mich viel über das <b>Internet</b> informiert, vor allem nachdem ich von den Ärzten immer kaum Antworten erhalten habe auf meine vielen Fragen.“
B	„Ich habe die wertvollsten Informationen aus <b>Büchern</b> bezogen, die ich mir von meiner einen Bekannten habe mitbringen lassen.“
C	„Ich habe die interessanten Informationen über das <b>Internet</b> gefunden, das war einfach von der Informationsmasse reichlich.“
D	„Ich habe viel mit <b>Ärzten und Therapeuten</b> gesprochen, die mir sehr viel Informationen mit auf den Weg gegeben haben.“
E	„Ich habe die sinnvollsten Informationen von meinen <b>Ärzten</b> bekommen, die mich im Krankenhaus behandelt haben. Dabei mehr von den jungen Ärzten als von den älteren, erfahreneren Ärzten.“
F	„Es tat immer gut mit <b>Ärzten und Therapeuten</b> zu sprechen, weil sie mir gezielter als Bücher über einige Fragen hinweg geholfen haben.“
G	„Ich fand die <b>Broschüren</b> in der Klinik sehr gut strukturiert, um erstmal einen Überblick über die Erkrankung zu bekommen.“
H	„Das <b>Internet</b> ist und bleibt einfach ein großartiges Medium, um sich über vielfältige Themen zu informieren. Ich fand es sehr spannend mich über das Internet zu informieren zu meiner Krebserkrankung.“
I	„Ich habe sehr viele Informationen in <b>Broschüren</b> gefunden, die mir meine Frau über das Internet bestellt hatte. Damit konnte ich mich unabhängig von den Ärzten auch für mich informieren.“
J	„Ich habe die relevantesten Informationen dann doch von den <b>Ärzten</b> erfahren im Akutkrankenhaus, auch wenn ich mich parallel dann noch auf anderem Wege über die Krankheit informiert habe.“

\*TN= potentielle Chatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 4.2: Kodierleitfaden + Antworten der \*\*NTN zu Frage 6.2.2**

<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>
K	<i>„Ich spreche ja gerne persönlich über Probleme oder stelle Fragen (...). Darum würde ich rückblickend sagen, dass die <b>Ärzte und Therapeuten</b> mir durchweg eine gute Stütze waren, auch um mich zu informieren.“</i>
L	<i>„In der Klinik gab es kleine blaue <b>Broschüren</b>, die waren nicht allzu dick, aber sehr informativ und in einer angenehmen Schriftgröße (...). In denen habe ich viel geblättert und viele Informationen bekommen.“</i>
M	<i>„Ich habe mich am liebsten über <b>Broschüren</b> aus der Klinik informiert.“</i>
N	<i>„Ich finde, es gibt im Buchhandel sehr gute <b>Bücher</b> von ehemaligen Patienten und Ärzten, die mir sehr breite Informationen geliefert haben.“</i>
O	<i>„Auch wenn es mir zu wenig Informationen waren häufig (...), waren die Informationen durch die behandelnden <b>Ärzte / Therapeuten</b> qualitativ sehr hilfreich.“</i>
P	<i>„Als Informationsquelle meiner Wahl würde ich das <b>Internet</b> nennen wollen, ich habe sehr gern die Erfahrungsberichten anderer Patienten in Foren gelesen und mit meinen eigenen Erfahrungen verglichen.“</i>

\*\*NTN= potentielle Nichtchattennehmer

Nach Bestimmung der relativen und absoluten Häufigkeiten in allen Interviewantworten ergab sich folgende Übersicht:

**Tabelle 5: Übersicht über die relativen und absoluten Häufigkeiten der Nennungen auf die Interviewfrage 6.2.2**

<b>Informationsquellen</b>		
Quelle der sinnvollsten Informationen	absolute Häufigkeit der Nennungen	relative Häufigkeit der Nennungen
- Bücher/ Broschüren		
Gesamt	6	37.5 %
potentielle Teilnehmer	3	30 %
potentielle Nichtteilnehmer	3	50 %
- Gespräch mit Arzt / Therapeut		
Gesamt	6	37.5 %
potentielle Teilnehmer	4	40 %
potentielle Nichtteilnehmer	2	33.3 %
- Internet		
Gesamt	4	25 %
potentielle Teilnehmer	3	30 %
potentielle Nichtteilnehmer	1	16.7 %

Bei Nennung einer Informationsquelle durch mehr als die Hälfte der potentiell teilnahmebereiten oder nichtteilnahmebereiten Patienten, wurde von einer möglichen Relevanz dieser genannten Quelle für die potentielle Teilnahmebereitschaft ausgegangen. Die Hälfte aller potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten gab an, die sinnvollsten Informationen durch Broschüren bzw. Bücher erfahren zu haben. Ob und in welchem Ausmaß die Informationsquelle des Patienten die Bereitschaft zur Teilnahme beeinflusst haben

könnte, wird im Abschnitt 8.3 Potentiell fördernde und hemmende Faktoren einer Teilnahmebereitschaft der vorliegenden Studie wiederaufgegriffen.

## **5. Forschungsfragen und Operationalisierungen**

In den folgenden Abschnitten werden die Forschungsfragen vorgestellt, die zur Ermittlung der Akzeptanz-, Bedarfs- und ablehnenden Faktoren der Chatgruppen dienen sollten. Die Fragestellungen wurden aus den Untersuchungszielen entwickelt. Die erste Forschungsfrage bezog sich auf den generellen Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Die anderen drei Forschungsfragen waren Fragen zu dem Informationsbedarf bei Diagnosestellung über die Krebserkrankung, der Einstellung gegenüber der Chatintervention sowie zu der allgemeinen Internetnutzung und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge. Zu jeder Forschungsfrage wird im folgenden Abschnitt kurz beschrieben, welche Fragen aus dem Interviewleitfaden diese operationalisieren. Der vollständige Interviewleitfaden findet sich im Anhang 17. Der verwendete Interviewleitfaden.

### **5.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung**

Operationalisiert wurde der Bedarf einer psychosozialen Nachsorge durch den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung, die Einstellung gegenüber der Erkrankung, die generelle Beurteilung von psychosozialer Unterstützung (insbesondere privater / professioneller Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung), die Beurteilung der bisherigen Behandlung / Versorgung sowie die Äußerung subjektiv optimaler internetbasierter Nachsorgeformen durch die potentiell teilnahmebereiten und nichtteilnahmebereiten Patienten. Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

*\* Wie fühlen Sie sich aktuell? Wie ist Ihre Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung?*

*\* Würden Sie sich Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse und bei der Wiederaufnahme Ihres Alltagslebens wünschen?*

*\* Wie ist ihre allgemeine Einstellung zu psychosozialer Nachsorge?*

*\* Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsphase?*

*\* Gibt es etwas, das Sie bis jetzt in Ihrer Versorgung / Behandlung vermisst haben oder kritisieren?*

*\* Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen ambulanten Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsphase?*

## **5.2 Informationsbedarf**

Operationalisiert wurde der Informationsbedarf durch die subjektive Einschätzung des Informationsbedarfs zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, die Informationen nach denen in den verwendeten Quellen gesucht wurde sowie ob spezielle Internetseiten als Informationsquellen genutzt und weiterempfohlen wurden. Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

*\* Hätten Sie sich mehr Informationen gewünscht nach Diagnosestellung im Krankenhaus?*

*\* Wo und wie sind Sie nach Diagnosestellung an die sinnvollsten Informationen gelangt und nach welchen Informationen haben Sie explizit gesucht?*

*\* Gibt es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und die Sie auch anderen Patienten empfehlen würden?*

## **5.3 Einstellung zur Chatintervention**

Die Einstellung zur Chatintervention wurde durch die Fragen nach persönlichen Gründen für und gegen eine potentielle Teilnahme, die subjektiven Vor- und Nachteile einer internetbasierten Nachsorge sowie mögliche Anregungen im Vorfeld der Intervention operationalisiert. Die Bewertung / patientenseitige Kritik / Verbesserungsvorschläge / offenen Fragen in Bezug auf die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik wurden bei dieser Forschungsfrage mituntersucht, da anzunehmen war, dass bei der Patientenschulung die Basis für eine potentielle Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an internetbasierter Nachsorge geschaffen wurde.

Folgende Fragen wurden den Patienten gestellt:

- \* *Welche persönlichen Gründe würden für eine Teilnahme sprechen?*
- \* *Welche Gründe / Bedenken könnten gegen eine Teilnahme am Chat sprechen?*
- \* *Sehen Sie Nachteile in internetbasierter Nachsorge?*
- \* *Sehen Sie auch positive Aspekte, die eine therapeutische Chatgruppe mit sich bringen könnte?*
- \* *Haben Sie Befürchtungen gegenüber einer Teilnahme? (nur nichtteilnahmebereite Patienten)*
- \* *Welche Aspekte führen Sie zu einer Teilnahme? (nur teilnahmebereite Patienten)*
- \* *Sind aus Ihrer Sicht Fragen offen geblieben bei der Patientenschulung?*
- \* *Wie hat Ihnen die Patientenschulung gefallen?*
- \* *Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung?*
- \* *Haben Sie im Vorwege der eigentlichen Chatintervention Anregungen, um den Ablauf der Intervention möglicherweise zu verbessern?*

#### **5.4 Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge**

Die Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge wurde durch Interviewfragen nach der Verfügbarkeit eines Computers mit Internetzugang, Vorerfahrungen mit Computern und dem Internet, insbesondere mit Forum-/ Chatdiskussionen, Vorteilen eines Internetzugangs und Befürchtungen gegenüber einer Internetnutzung operationalisiert. Fragen zu der Nutzungsfrequenz des Internets, individuellen Gründen für die Internetnutzung, zu subjektiv vorhandenen Computer- / Internetkenntnissen und der Bedeutung des Internets wurden ebenfalls an die Patienten gerichtet und operationalisierten die allgemeine Nutzung des Internets.

Folgende Fragen wurden den Patienten im Rahmen des Interviews gestellt:

- \* Wie häufig nutzen Sie das Internet?*
- \* Haben Sie einen Computer mit Internetzugang zur freien Verfügung? Wenn ja, wo?*
- \* Wenn nein, denken Sie über die Anschaffung eines Computers nach?*
- \* Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet?*
- \* Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?*
- \* Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf die Nutzung des Internets?*
- \* Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?*
- \* Sagen Ihnen die Begriffe „Forums-/Chatgruppendifkussionen“ etwas? Haben Sie schon einmal an so etwas teilgenommen?*

## 6. Ergebnisse

### 6.1 Bedarf an psychosozialer Unterstützung

#### 6.1.1 Wie fühlen Sie sich aktuell?

Mit dieser Frage wurde jedes Interview eingeleitet. Die Kategorien lauteten K1 „positive Bewertung des Gesundheitszustands“ und K2 „negative Bewertung des Gesundheitszustands“. Eine positive Bewertung im Sinne der Kategorie K1 lag dann vor, wenn der Gesundheitszustand als positiv beschrieben wurde, die Patienten keine gesundheitlichen Probleme in Form von Schmerzen angaben und keine körperlichen Einschränkungen beschrieben (z.B. *„Mir geht es gerade ziemlich gut, habe keine Schmerzen mehr und kann mich zur Zeit nicht beschweren.“*; siehe Anhang D1 TN A ). Eine negative Bewertung im Sinne der Kategorie K2 ergab sich, wenn die Patienten sich negativ über ihren Gesundheitszustand äußerten oder einschränkende Schmerzen bzw. Alltagseinschränkungen im Interview erwähnten (z.B. *„Mir geht es zur Zeit noch sehr schlecht, ich kann mich nur schwer bewegen und an Sport ist bei den Schmerzen im Rücken noch lange nicht zu denken.“*; siehe Anhang D1 TN G).

**Tabelle 6: Aktueller Gesundheitszustand**

<b>Aktueller Gesundheitszustand</b>	
K1: positive Bewertung des Gesundheitszustands n=12 (75%)	K2: negative Bewertung des Gesundheitszustands n=4 (25%)
*TN: n=6 60% **NTN: n=6 100%	*TN: n=4 40%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.1.2 Wie ist ihre Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung?

In die Kategorie K3 „positive Einstellung“ wurde bei dieser Forschungsfrage eingeschlossen, wer angab eine positive Einstellung gegenüber der Erkrankung zu haben bzw. bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit keine negativen Gefühle zu spüren (z.B. *„Ich kann sagen mir geht es gut, wenn ich an meine Krankheit denke.“*; siehe Anhang D2 TN A). Nur ein teilnahmebereiter Patient wurde der Kategorie K3 „positive Einstellung“ zugeteilt. Wenn die Auseinandersetzung mit der Erkrankung die Patienten laut ihrer Interviewantworten in eine negative Stimmung versetzte oder die Patienten eine negative Einstellung gegenüber der Erkrankung äußerten, wurden diese Patientenantworten in die Kategorie K5 „negative Äußerung“ aufgenommen (z.B. *„Ich beschäftige mich sehr ungern mit meiner Erkrankung, weil ich dann immer so traurig werde und mich frage, warum mir das widerfahren ist.“*; siehe Anhang D2 TN G). Drei Teilnehmer an der therapeutischen Chatgruppe ließen sich in die Kategorie K4 „neutrale Äußerung“ einordnen. Diese Kategorie ergab sich, wenn die Aussage der Patienten weder in die Kategorie „positive Einstellung gegenüber der Erkrankung“ noch „negative Einstellung gegenüber der Erkrankung“ einzuordnen war oder sich ambivalente Tendenzen zeigten. Zwei potentiell teilnahmebereite Patienten gaben an, dass sie *„nicht wissen, was sie über ihre Erkrankung denken sollen“* (siehe Anhang D2 TN C), *„die Frage nach der Einstellung gegenüber der Erkrankung für schwierig halten“* (siehe Anhang D2 TN B) und ein potentiell teilnahmebereiter Patient äußerte *„Wie ich mich fühle, wenn ich mich mit meinem Zustand auseinandersetze, kann ich gar nicht so genau sagen, mal gut, mal schlecht.“*; siehe Anhang D2 TN F).

**Tabelle 7: Einstellung zu der Erkrankung**

<b>Einstellung zu der Erkrankung</b>		
K3: Positive Einstellung gegenüber Erkrankung n=7 (44%)	K4: Neutrale Einstellung gegenüber Erkrankung n=3 (19%)	K5: Negative Einstellung gegenüber Erkrankung n=6 (37%)
*TN n=1 10% **NTN n=6 100%	*TN n=3 30% **NTN n=0 0%	*TN n=6 60% **NTN n=0 0%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### **6.1.3 Würden Sie sich professionelle Hilfe bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse und bei der Wiederaufnahme Ihres Alltagslebens wünschen?**

Die Kategorien bei dieser Frage lauteten K6 „Wunsch nach professioneller Hilfe vorhanden“ und K7 „Wunsch nach professioneller Hilfe nicht vorhanden“. Eine Zuteilung in die Kategorie „Wunsch nach professioneller Hilfe vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient den Wunsch bejahte oder sich positiv über professionelle Hilfe äußerte. Eine Zuteilung in die Kategorie „Wunsch nach professioneller Hilfe nicht vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient den Wunsch verneinte oder sich negativ über professionelle Hilfe äußerte. Bei denjenigen, die sich Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung gewünscht hatten, handelte es sich um neun potentiell teilnahmebereite Patienten und einen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten. Unter den sechs Patienten, die von sich selbst meinten keine professionelle Hilfe zu benötigen, waren ein potentiell teilnahmebereiter und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten. Der potentiell nichtteilnahmebereite Patient, der trotz eines Wunsches nach Hilfe bei der Verarbeitung der Krankheit keine Chatteilnahme wahrnehmen wollte, gab Gründe an, die ihn von einer Teilnahme am Chatprogramm abhalten würden („Ja, das ist gut. Wenn Hilfe bei

der Verarbeitung, dann aber keine Hilfe über das Internet durch Mitpatienten.“  
siehe Anhang D3 NTN O).

**Tabelle 8: Wunsch nach professioneller Hilfe bei der Verarbeitung der Krankheitserlebnisse**

<b>Wunsch nach professioneller Hilfe bei der Verarbeitung der Krankheitserlebnisse<sup>2</sup></b>	
K6: Wunsch nach professioneller Hilfe vorhanden n=10 (63%)	K7: Wunsch nach professioneller Hilfe nicht vorhanden n=6 (38%)
*TN n=9 90% **NTN n=1 17%	*TN n=1 10% **NTN =5 83%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnahme

#### **6.1.4 In welcher Form wünschen Sie Hilfe bei der Verarbeitung, wenn nicht in Form von Chatgruppen?**

Die Kategorien lauteten K8 „Private / Professionelle Hilfe vorstellbar“ und K9 „Private/ Professionelle Hilfe nicht vorstellbar“. Die Zuteilung in die erstgenannte Kategorie erfolgte, wenn der Patient sich positiv über mindestens eine (private /professionelle) Form der Unterstützung geäußert hatte oder mindestens eine alternative Form der Unterstützung nannte, die er potentiell in Anspruch nehmen würde. Die Zuteilung in die zweitgenannte Kategorie erfolgte, wenn der Patient keinen Wunsch nach privater oder professioneller Form der Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung äußerte oder in seiner Interviewantwort private bzw. professionelle Hilfe ablehnte. Vier potentiell teilnahmebereite Patienten und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient an der Chatgruppe nannten die „Familie“, „Freunde“ und / oder „Bekannte“ auf die Interviewfrage nach ihrer gewünschten Verarbeitungshilfe. Ein potentiell teilnahmebereiter und ein potentiell

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

nichtteilnahmebereiter Patient gaben an, dass sie neben ihrer Familie / Freunden / Bekannten auch gerne professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden in Form einer Gesprächstherapie. Die Einzeltherapie als explizites Wunschinstrument der professionellen Nachsorge wurde von zwei potentiell teilnahmebereiten Patienten an der Chatgruppe genannt. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wurde von einem potentiellen Chatteilnehmer als geeignetes Mittel in der Nachsorge genannt. Zwei Patienten erachteten den regelmäßigen Kontakt zu einem Psychoonkologen als wünschenswert, darunter war ein potentiell teilnahmebereiter Patient und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient. Vier Patienten konnten sich keine Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse vorstellen, darunter ein potentiell teilnahmebereiter Patient und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chatprogramm. Diese gehörten in die Kategorie „Private / Professionelle Hilfe nicht vorstellbar“. Damit wurde deutlich, dass die in dieser Studie befragten Patienten die wichtigste Säule in der Verarbeitung der Krankheitsphase in professionellen Nachsorgeangeboten gesehen haben. Ein potentiell teilnahmebereiter Patient sprach davon, dass er gerade den Vorteil in einer professionellen Nachsorge, wie einer Einzeltherapie sehen würde, dass Familie und Freunde nicht mit den eigenen Problemen und Sorgen belastet werden müssten (z.B. *„Ich finde es gar nicht mal schlecht mit jemand Unabhängigen oder mir unbekanntem Personen über die Krankheit zu sprechen als immer mit meiner Familie oder Bekannten, weil die es sicher auch belastet von meinen ganzen psychischen und körperlichen Nachwirkungen zu hören, wenn ich mal wieder jammere oder schimpfe. Also eine Einzeltherapie kommt vielleicht noch zusätzlich zur Chatgruppe in Frage.“* siehe Anhang D4 TN B). Die Selbsthilfegruppen wurden in diesen Interviews nur einmal von einem potentiell teilnahmebereiten Patienten erwähnt. Auf Nachfrage gab dieser Patient an, dass er am liebsten nur mit Patienten unter therapeutischer Leitung sprechen wollte mit der gleichen Krebserkrankung wie er und die Gesprächspartner möglichst in seinem Alter sein sollten (*„Wenn ich Mitpatienten meines Alters und der ähnlichen oder sogar gleichen Krebserkrankung sprechen kann, die ihre eigenen Erfahrungen gemacht haben, ist das doch besser als wieder mit Therapeuten / Ärzten Gespräche zwischen Tür und Angel zu führen, die dann eh in ihrer Fachsprache reden.“* siehe Anhang D4 TN A).

**Tabelle 9: Alternative Verarbeitungshilfen zur Chatgruppe**

<b>Wunsch nach Verarbeitungshilfe in anderer Form als Chatgruppen</b>	
<p>K8: Private / Professionelle Hilfe vorstellbar n=12 (75%)</p>	<p>K9: Private / Professionelle Hilfe nicht vorstellbar n=4 (25%)</p>
<p>- Einzel/ Gruppentherapie neben Hilfe durch Familie/ Freunde n=2 *TN n=1 10% **NTN n=1 17%</p>	<p>- keine Hilfe n=4 *TN n=1 10% **NTN n=3 50%</p>
<p>- Einzeltherapie n=2 *TN n=2 20%</p>	
<p>- Selbsthilfegruppe n=1 *TN n=1 10%</p>	
<p>- Psychoonkologe n=2 *TN n=1 10% **NTN n=1 17%</p>	
<p>- Familie/Freunde n=5 *TN n=4 40% **NTN n=1 17%</p>	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.1.5 Wie ist Ihre allgemeine Einstellung zu psychosozialer Nachsorge?

Die Kategorien bei dieser Frage lauteten K10 „positive Einstellung“ und K11 „negative Einstellung“. Der Kategorie K10 „positive Einstellung“ wurden die Aussagen zugeteilt, in denen der Patient angab, psychosoziale Nachsorge als „gut“, „sinnvoll“ oder „wichtig“ zu erachten (z.B. *„Ich finde psychosoziale Nachsorge durchaus sinnvoll, man kommt sonst im Leben ja fast nie in so eine Grenzsituation und wer kommt schon alleine damit klar.“* siehe Anhang D5 TN B). Alle potentiell teilnahmebereiten Patienten und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten wurden dieser Kategorie zugeteilt. Ein Patient aus der Kohorte der Nichtteilnehmer gab an, dass er psychosoziale Nachsorge allgemein als *„nicht sinnvoll“* erachten würde. Die Aussage wurde der Kategorie „negative Einstellung“ gegenüber psychosozialer Nachsorge zugeteilt. (*„Ich glaube nicht, dass ich gesund werde, wenn ich mich noch weiter mit einem Therapeuten oder Arzt über meine Misere unterhalte. Ich will mit meinem Problem abschließen sobald ich aus der Reha entlassen bin, halte sie daher für nicht sinnvoll.“*; siehe Anhang D5 NTN M).

**Tabelle 10: Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein**

<b>Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein</b>	
K10: positive Einstellung n=15 (94%)	K11: negative Einstellung n=1 (6%)
- sinnvoll n=9 *TN n=4 40% **NTN n=5 83%	- nicht sinnvoll **NTN n=1 17%
- gut n=2 *TN n=2 20%	
- wichtig n=3 *TN n=3 30%	
- sehr wichtig n=1 *TN n=1 10%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### **6.1.6 Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsphase?**

Die Kategorien bei dieser Interviewfrage lauteten K12 „konkrete Art vorstellbar“ und K13 „konkrete Art nicht vorstellbar“. Bei dieser Frage gab es neun Patienten, die eine klare Vorstellung davon äußerten, wie sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen würden und damit mit ihren Aussagen der Kategorie „konkrete Art vorstellbar“ zugeteilt wurden und sieben Patienten, die keine konkrete Vorstellung äußerten, und damit der Kategorie „konkrete Art nicht vorstellbar“ zugeteilt wurden. Unter den Patienten, die sich als optimale internetbasierte Nachsorge einen Skypekontakt im Sinne einer Einzeltherapie mit einem Therapeuten / Arzt vorstellen konnten, waren zwei potentiell teilnahmebereite Patienten (*„Ich könnte mir einen Skypekontakt mit einem*

*Therapeuten gut vorstellen. Man könnte dann visuell und auditorisch kommunizieren.*“; siehe Anhang D6 TN A). Fünf der verbliebenen potentiellen Chatteilnehmer gaben an, dass sie die therapeutisch geleitete Chatgruppe als beste Option einer internetbasierten Nachsorge ansehen würden (*„Ich finde die therapeutische Chatgruppe optimal als internetbasierte Nachsorge.“*; siehe Anhang D6 TN B). Ein potentiell teilnahmebereiter Patient und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient gaben an, dass sie eine optimale Nachsorge in einem Emailkontakt zwischen ihnen und einem Therapeuten / Arzt sehen würden (*„Ich könnte mir (...) einen Emailkontakt mit einem Therapeuten / Arzt gut vorstellen. Da hat man keinen festen Termin und kann flexibel antworten.“*; siehe Anhang D6 TN G). Von den sieben Patienten, die keine konkrete Vorstellung von einer für sie optimalen internetbasierten Nachsorge hatten, waren zwei potentiell teilnahmebereite und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten. Ein Patient aus der Kohorte der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten gab an, dass er keine favorisierte Meinung gegenüber einer internetbasierten Nachsorgeoption haben würde, da er *„keine Erfahrung mit dem Internet bislang gesammelt habe und er deshalb auch die einzelnen Möglichkeiten gar nicht kennen könne“*; siehe Anhang D6 NTN M.

**Tabelle 11: Optimale internetbasierte Nachsorge vorstellbar**

<b>Optimale internetbasierte Nachsorge vorstellbar</b>	
K12: konkrete Art vorstellbar n=9 (56%)	K13: konkrete Art nicht vorstellbar n=7 (44%)
- Skypekontakt mit Therapeuten *TN n=2 20%-	*TN n=2 20% **NTN n=5 83%
- Therapeutisch geleitete Chatgruppe *TN n=5 50%	
- Emailkontakt zwischen Therapeut/Patient *TN n=1 10% **NTN n=1 17%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### **6.1.7 Gibt es etwas, das Sie bis jetzt in Ihrer Versorgung / Behandlung vermisst haben oder kritisieren?**

Die Interviewantworten wurden der Kategorie K14 „zufrieden“ hinsichtlich der Beurteilung der bisherigen Versorgung / Behandlung zugeordnet, wenn der Patient sich positiv geäußert hatte und keine negativen Aspekte aufführte (z.B. *„Die Versorgung bislang war wirklich gut, ich kann darüber nichts Schlechtes verlieren.“*; siehe Anhang D7 TN A). Die Aussagen von fünf potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten und eines potentiellen Chatteilnehmers wurden dieser Kategorie zugeordnet. Die Kategorie K15 „neutrale“ Beurteilung ergab sich, wenn weder eine Beschreibung im positiven noch negativen Sinne vorlag oder der Patient angab die Behandlung / Versorgung nicht bewerten zu können (z.B. *„Klar, war es eine schwere Zeit für mich und ob die Behandlung jetzt gut war oder nicht kann ich zur Zeit noch nicht sagen.“*; siehe Anhang D7 TN D). Drei potentielle Chatteilnehmer sprachen im Zusammenhang mit der Versorgung / Behandlung weder von besonders positiven noch besonders negativen Erfahrungen. Die Kategorie K16 „unzufrieden“ mit der bisherigen Versorgung/Behandlung ergab sich, wenn der Patient sich negativ über die bisherige Behandlung geäußert hatte oder Kritikpunkte äußerte, die er gerne bei erneutem Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalt verbessern würde (z.B. *„Ich habe mich nach der Diagnoseübermittlung absolut alleine gefühlt. Ich hätte es besser gefunden, wenn ich kurz nach der Diagnosestellung jemanden zum Sprechen gehabt hätte, wie beispielsweise einen Psychologen“*; siehe Anhang D7 TN B). Sieben von sechzehn Patienten gaben in den Interviews an etwas in ihrer bisherigen Behandlung / Versorgung vermisst zu haben. Vier potentiell teilnahmebereite Patienten bemängelten besonders die ungenügende Zeit der Ärzte für sie als Patienten, außerdem fehlte einem potentiellen Chatteilnehmer der Eindruck eines individuellen Betreuungskonzepts und ein weiterer potentieller Chatteilnehmer fühlte sich nach Diagnosestellung allein gelassen. Einem potentiellen nichtteilnahmebereiten Patienten war negativ aufgefallen, dass das Pflegepersonal sehr häufig wechselte und dadurch auf pflegerischer Seite nicht optimal auf die patientenseitigen Bedürfnisse eingegangen wurde.

**Tabelle 12: Zufriedenheit mit Behandlung**

<b>Zufriedenheit mit Behandlung<sup>2</sup></b>		
K14: zufrieden n=6 (38%)	K15: neutral n=3 (19%)	K16: unzufrieden n=7 (44%)
positive Beurteilung, da - die Behandlung als sehr gut beschrieben wird **NTN n=3 50%	neutrale Beurteilung, da die Behandlung / Versorgung weder positiv noch negativ war / nicht beurteilbar war *TN n=3 30%	negative Beurteilung, da - mangelnde Zeit der Ärzte *TN n=4 40%
		- individuelles Betreuungskonzept fehlte *TN n=1 10%
		- sich nach Diagnosestellung der Patient allein gelassen fühlte *TN n=1 10%
		- Pflegepersonal wechselte zu häufig **NTN n=1 17%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

### **6.1.8 Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen ambulanten Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung?**

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K17 „Vorstellung vorhanden“ und K18 „Vorstellung nicht vorhanden“. Zwölf Patienten gaben an, dass sie eine konkrete Vorstellung davon hätten, was eine optimale ambulante Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung für sie persönlich sein könnte. Die Patientenaussagen wurden der Kategorie „Vorstellung vorhanden“ zugeteilt, wenn der Patient mindestens ein Beispiel für eine subjektiv optimale Form ambulanter Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung formuliert hatte. Der Kategorie „keine Vorstellung vorhanden“ wurden die Patientenaussagen zugeordnet, die keine Äußerungen über eine subjektiv optimale Form ambulanter Nachsorge enthielten. Vier Patienten hatten keine Vorstellung davon, was eine optimale Form der Nachsorge für sie sein könnte. Darunter war ein potentiell teilnahmebereiter Patient und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten (z.B. *„Mir fällt dazu spontan nichts ein, man muss wohl mal schauen, was sich jetzt nach der Reha ergibt.“*; siehe Anhang D8 TN A). Neun potentiell teilnahmebereite Patienten mit einer konkreten Vorstellung von einer subjektiv optimalen ambulanten Nachsorge sahen diese in einer engen Arzt-/Therapeutenbeziehung (z.B. *„Ich finde das wichtigste für einen Krebspatienten in der Nachsorge ist ein Arzt, den man alles fragen kann, vor allem wie es jetzt nach der Reha weitergeht.“*; siehe Anhang D8 TN H). Drei der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten mit einer Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge sahen diese in der gemeinsamen Betätigung in einer Sportgruppe mit anderen Betroffenen, dem Beitritt in eine Chatgruppe bzw. Forumsdiskussion und in eine Selbsthilfegruppe.

**Tabelle 13: Vorstellung von einer optimalen Form der ambulanten Nachsorge**

<b>Vorstellung von einer optimalen Form der ambulanten Nachsorge</b>	
K17: Vorstellung vorhanden n=12 (75%)	K13: konkrete Art nicht vorstellbar n=4 (25%)
- enge Arzt-/Therapeutenbeziehung schätzend in der Nachsorge, dem sie alle Fragen stellen und Probleme schildern können *TN n=9 90%	- keine Vorstellung *TN n=1 10% **NTN n=3 50%
- gemeinsame Betätigung in einer Sportgruppe mit anderen Betroffenen **NTN n=1 17%	
- Beitreten in eine Chatgruppe bzw. Forumsdiskussion **NTN n=1 17%	
- Selbsthilfegruppe **NTN n=1 17%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## **6.2 Bedarf an Informationen**

### **6.2.1 Hätten Sie sich mehr Informationen gewünscht nach Diagnosestellung im Krankenhaus?**

Die Kategorien dieser Forschungsfrage lauteten K19 „Patient fühlte sich ausreichend informiert“ und K20 „Patient fühlte sich unzureichend informiert“. Vierzehn der sechzehn befragten Patienten hätten gerne nach Diagnosestellung mehr Informationen erhalten und fielen mit ihren Interviewantworten in die Kategorie K20 „Patient fühlte sich unzureichend informiert“. Eine Zuteilung in diese Kategorie erfolgte, wenn die Patienten entweder äußerten, sich generell unzureichend über ihre Erkrankung informiert gefühlt zu haben oder es für sie unverständliche Bereiche der Krankheit gab. Sowohl fünf potentiell teilnahmebereite Patienten als auch fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten hätten sich mehr Informationen über die Erkrankung an sich und den Umgang mit dieser gewünscht (z.B. *„Ich habe alles was mit meiner Erkrankung zu tun hat quasi verschlungen, egal ob ich zu einem Thema schon mal an anderer Stelle etwas gelesen hatte, aber ein Arztgespräch hab ich trotzdem immer zwischendurch zur Beantwortung meiner Fragen gesucht, da ich mich insbesondere nach Diagnosestellung nicht gut genug informiert fühlte durch die Ärzte.“*; siehe Anhang E1 TN G). Drei potentiell teilnahmebereite Patienten wären gern besser über die Art der Therapiemöglichkeiten und die Prognose ihrer Krebsart informiert worden und ein potentiell teilnahmebereiter Patient hätte gern besser über Behandlungsalternativen zur Schulmedizin, Medikamentengabe und Nebenwirkungen Bescheid gewusst. Ein Beispiel war die Antwort des Patienten, dass ihm Teile seines Behandlungsplans nicht verständlich gewesen waren (z.B. *„Manchmal erschien mir die Wahl der Therapie als gar nicht so passend für mich. Im Internet hatte ich in einem Forum etwas anderes gelesen, was mir logischer erschien.“*; siehe Anhang E1 TN C). Ein potentiell teilnahmebereiter Patient und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient fielen in die Kategorie K19 „Patient fühlte sich ausreichend informiert“ (z.B. *„Ich wüsste nicht, was ich jetzt noch neues lesen und erfahren sollte. Ich fühlte mich schon wenige Tage nach Diagnosestellung sehr gut informiert, weil ich mir die Zeit genommen habe viel zu erfahren.“*; siehe Anhang E1 NTN M). Eine Zuteilung in diese Kategorie erfolgte, wenn der Patient äußerte sich subjektiv ausreichend informiert gefühlt zu haben

oder keine Fragen bzgl. seiner Erkrankung gehabt zu haben. Bis auf einen von zehn potentiellen teilnahmebereiten Patienten und einen von sechs potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten hätten sich alle Patienten mehr Informationen über ihre Erkrankung gewünscht.

**Tabelle 14: Informationsstand nach Diagnosestellung**

<b>Informationsstand nach Diagnosestellung<sup>2</sup></b>	
K19: Patient fühlte sich ausreichend informiert n=2 (13%)	K20: Patient fühlte sich unzureichend informiert n=14 (88%)
*TN n=1 10% **NTN n=1 17%	- Patient hätte gern mehr Informationen über die Erkrankung an sich und den Umgang mit dieser erfahren *TN n=5 50% **NTN n=5 83%
	- über Art der Therapiemöglichkeiten und die Prognose der Krebsart erfahren *TN n=3 30%
	- Behandlungsalternativen zur Schulmedizin, Medikamentengabe und Nebenwirkungen *TN n=1 10%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

### **6.2.2 Wo und wie sind Sie nach Diagnosestellung an die sinnvollsten Informationen gelangt?**

Die Auswertung dieser Frage erfolgte ausschließlich nach relativen und absoluten Häufigkeiten der genannten Informationsquellen. Hinter den Antworten auf diese Interviewfrage finden sich eingeklammert die subjektiv vorhandenen Computerkenntnisse, welche die Patienten auf dem Screeningdokument angegeben hatten. Ein möglicher Zusammenhang zwischen den genutzten Informationsquellen und den Computerkenntnissen wird im Abschnitt 8.3 Potentiell fördernde und hemmende Faktoren einer Teilnahmebereitschaft der vorliegenden Studie diskutiert. Drei potentiell teilnahmebereite Patienten (mittlere Computerkenntnisse) und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten (mittlere bzw. schlechte Computerkenntnisse) gaben an die sinnvollsten Informationen zu ihrer Erkrankung in Büchern / Broschüren gefunden zu haben. Vier potentiell teilnahme- sowie zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten konnten für sich die sinnvollsten Informationen aus den Gesprächen mit ihren Ärzten/ Therapeuten ziehen. Die Computerkenntnisse dieser potentiell teilnahmebereiten Patienten lagen bei subjektiv „gut“ bis subjektiv „schlecht“ und die zwei potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten, die ihre sinnvollsten Informationen aus Gesprächen mit Ärzten / Therapeuten bezogen hatten, gaben „mittlere“ Computerkenntnisse an. Drei potentiell teilnahmebereite Patienten (gute bzw. mittlere Computerkenntnisse) und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient (gute Computerkenntnisse) hielten laut eigener Erfahrung das Internet als am besten geeignet zur Gewinnung sinnvoller Informationen.

**Tabelle 15: Genutzte Informationsquellen über die Krebserkrankung**

Informationsquellen <sup>2</sup>	
Quellen der sinnvollsten Informationen	
Bücher/ Broschüren n=6 (38%)	*TN n=3 (30%) **NTN n=3 (50%)
Gesprächen mit ihren Ärzten / Therapeuten n=6 (38%)	*TN n=4 (40%) **NTN n=2 (33%)
Internet n=4 (25%)	*TN n=3 (30%) **NTN n=1 (17%)

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.2.3 Nach welchen Informationen haben Sie in erster Linie gesucht?

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K21 „gezielt nach Informationen gesucht“ und K22 „nicht gezielt nach Informationen gesucht“. Eine Zuteilung in die Kategorie „gezielt nach Informationen gesucht“ erfolgte, wenn von dem Patienten mindestens eine explizit gesuchte Information zu der Krebserkrankung genannt wurde. Am häufigsten gaben die Patienten an, dass sie nach Informationen zu der „Krebserkrankung an sich“ gesucht hätten. Bei sieben von sechzehn Patienten war dies der Fall, darunter waren vier potentiell teilnahmebereite und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten an der therapeutischen Chatgruppe. Vier Patienten suchten besonders nach Informationen zu „Verlauf und Prognose“, darunter waren ein potentiell teilnahmebereiter und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten. Zwei potentiell teilnahmebereite Patienten gaben an, dass sie sich für „Erfahrungsberichte anderer Betroffener“ am stärksten interessiert und diese via Internet gelesen hatten. Drei potentiell teilnahmebereite Patienten äußerten „nicht gezielt nach bestimmten Informationen“ gesucht zu haben. Die potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten haben sich hauptsächlich über die Krankheit an sich sowie über den Verlauf und die Prognose der

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

Erkrankung informiert. Die potentiell teilnahmebereiten Patienten informierten sich am häufigsten über die Krebserkrankung an sich.

**Tabelle 16: Informationssuche über die Erkrankung**

<b>Informationssuche über die Erkrankung</b>	
K21: gezielt nach Informationen gesucht n=13 (81%)	K22: nicht gezielt nach Informationen gesucht n=3 (19%)
- Krebserkrankung an sich n=7 *TN n=4 40% **NTN n=3 50%	- nicht gezielt nach Informationen gesucht *TN n=3 30%
- Verlauf und Prognose n=4 *TN n=1 10% **NTN n=3 50%	
- Erfahrungsberichte anderer Betroffener n=2 *TN n=2 20%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.2.4 Gibt es Internetseiten, die sie regelmäßig besucht haben und die sie auch anderen Patienten empfehlen würden?**

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K23 „Weiterempfehlung vorhanden“ und K24 „Weiterempfehlung nicht vorhanden“. Die Zuteilung der Patientenantwort zu der Kategorie „Weiterempfehlung vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient entweder explizit eine genutzte Internetseite lobte oder eine Internetseite anderen Patienten weiterempfehlen wollte. Nur vier der befragten Patienten gaben an, dass sie Internetseiten weiterempfehlen wollten. Der Mehrzahl der Patienten waren

keine Internetseiten als empfehlenswert aufgefallen. Die in diesem Zusammenhang von zwei Chatteilnehmern genannte Internetseite lautete „[www.krebs-kompass.de](http://www.krebs-kompass.de)“ (z.B. *Google.de kennt ja fast jeder. Das ist doch die Internetseite schlechthin in Deutschland. Da habe ich einfach mal Krebs eingegeben, beim zweiten Treffer bin ich hängen geblieben. Ich würde gerne [www.krebs-kompass.de](http://www.krebs-kompass.de) weiterempfehlen an andere Betroffene, da man sich auf dieser Seite in Foren austauschen kann, man findet interessante Adressen und Beratungsstellen finden.*“; siehe Anhang E4 TN A). Zwei andere potentielle Chatteilnehmer gaben an, dass sie die Internetseite [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) zu schätzen gelernt hätten. Diese Internetseite bietet eine Übersicht über die Erkrankung „Krebs“ an sich und die Patienten können sich Ratgeber spezifisch für ihre Krebsart bestellen. Die beiden potentiell teilnahmebereiten Patienten, die diese Internetseite regelmäßig besucht hatten und diese auch weiter empfehlen würden, betonten besonders positiv die klare Strukturierung der Internetseite nach den Punkten Krebsarten, Grundlagen, Vorbeugung, Untersuchung, Behandlung, Leben mit Krebs und Wegweiser. Fünf Patienten gaben an, dass sie keine Internetseiten regelmäßig besucht hatten, die sie erinnern oder weiterempfehlen würden. Vier waren potentiell teilnahmebereite Patienten am Chatprogramm und einer war ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient. Drei Patienten beschrieben ihre besuchten Internetseiten zum Thema Krebserkrankung als „Zufallstreffer“, zwei davon waren potentiell teilnahmebereite Patienten und einer war ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient am Chat.

**Tabelle 17: Empfehlung bestimmter Internetseiten**

<b>Empfehlung bestimmter Internetseiten</b>	
K25: Weiterempfehlung vorhanden n=4 (25%)	K26: Weiterempfehlung nicht vorhanden n=12 (75%)
- www.krebs-kompass.de TN n=2 20%	- keine regelmäßig besuchten Internetseiten, die weiterempfehl t werden können TN n=4 40% NTN n=1 17%
-www.krebsinformationsdienst.de TN n=2 20%	- „Zufallstreffer“ TN n=2 20% NTN n=1 17%
	- keine Internetseiten nenn- / empfehlbar, da kein Internet für Recherchen genutzt NTN n=4 67%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## **6.3 Einstellung zur Chatintervention**

### **6.3.1. Welche persönlichen Gründe würden für eine Teilnahme sprechen? (Patienten konnten mehrere Antworten nennen)**

Bei der Frage nach persönlichen Gründen, die für eine Teilnahme sprechen könnten (unabhängig von einer tatsächlichen Teilnahme oder nicht) konnten alle Patienten mindestens einen positiven Aspekt der Teilnahme an einem therapeutischen Chatnachsorgeangebot nennen. Einige Patienten gaben mehrere Gründe an. Die Kategorien, die sich ergaben, waren K25 „persönliche Gründe vorhanden“ und K26 „persönliche Gründe nicht vorhanden“ (jeweils Untergliederung nach potentiellen Teilnehmern bzw. potentiellen Nichtteilnehmern an der Chatgruppe). Dabei wurden die Antworten der Kategorie „persönliche Gründe vorhanden“ dann zugeteilt, wenn mindestens ein Argument für eine potentielle Teilnahme von dem Patienten genannt wurde (unabhängig von einer tatsächlichen Teilnahme). Die Zuteilung in die Kategorie „persönliche Gründe nicht vorhanden“ erfolgte bei der Antwort eines Patienten, da bis auf einen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten alle befragten Patienten mindestens einen positiven Aspekt in dieser Art der Nachsorge sahen. Die Zuteilung in die Kategorie „persönliche Gründe nicht vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient kein Argument für eine Teilnahme am Chatprogramm (unabhängig von einer tatsächlichen Teilnahme) formuliert hatte (z.B. *„Ich halte ja eh nicht viel vom Internet. Darum wüsste ich auch nicht was mir die Chatgruppe positives bringen sollte.“*; siehe Anhang F1 NTN M). Dreizehn der befragten Patienten gaben an, dass sie den Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten sehr schätzen würden (z.B. *„Ich glaube mich würde vor allem der Erfahrungsaustausch mit den anderen Patienten an dieser Chatgruppe reizen.“*; siehe Anhang F1 TN D). Darunter waren zehn potentielle Chatteilnehmer und drei potentielle Nichtteilnehmer. Sechs potentiell teilnahmebereiten Patienten gefiel besonders gut, dass sich durch eine Nachsorge via Internet viel Zeit sparen ließe im Gegensatz zu konventioneller Nachsorge (z.B. *„Für mich ist so eine Art von Nachsorge optimal, da ich dann flexibel von zuhause auch noch nebenbei ein Auge auf mein Enkelkind haben kann, dadurch lässt sich Zeit sparen. Der Austausch mit anderen Patienten ist dabei auch sicherlich gut.“*; siehe Anhang F1 TN E). Sechs befragte potentielle Chatteilnehmer und drei potentielle Nichtteilnehmer sahen einen besonderen

Vorteil in einer therapeutischen Chatgruppe, da die Patienten aus ihrer Anonymität heraus miteinander chatten würden, nicht nach Äußerlichkeiten beurteilt werden und auch keine persönlichen Konsequenzen drohen könnten. Mit einer Person des persönlichen Umfelds über die eigenen Probleme / Beschwerden sprechen zu müssen fiel den Patienten schwerer als mit ihnen unbekanntem Personen (z.B. *„Lieber spreche ich mit jemandem, der gar nichts mit mir privat zu tun hat. Sonst wird man ja später immer mit den ehemaligen Problemen konfrontiert, weil die Angehörigen besorgt sind und ständig nachfragen, wie es denn nun geht. Das finde ich am anonymen Chatten gut. (...).“*; siehe Anhang F1 TN C) / (*„Ich glaube mich würde vor allem der Erfahrungsaustausch mit den anderen Patienten an dieser Chatgruppe reizen, gleichzeitig ist die Chatgruppe im Vergleich mit anderen Nachsorgeformen zeitsparend. Ich finde es auch gut, dass ich selbst entscheiden kann, wem ich mich in diesem Zustand zeigen möchte, das hat etwas anonymes. Bei der Chatnachsorge kann ich in meiner gemütlichen Kleidung auf dem Bett sitzen und mich im Anschluss direkt schlafen legen, wenn ich möchte, da ich häufig noch so schnell kaputt bin.“* siehe Anhang F1 TN D). Sechs Patienten fiel der Aspekt positiv auf, dass die Chatgruppen therapeutisch begleitet / gelenkt werden, darunter waren fünf potentielle Teilnehmer am Chat und ein potentieller Nichtteilnehmer (z.B. *„Mit einem Therapeuten, der mit gezielten Tipps oder auch Anregungen den Ablauf des Chats beeinflussen und gegebenenfalls eingreifen kann, wenn wir uns an einem Thema zu lange aufhalten, fühle ich mich wohler als alleine mit den anderen Patienten. (...).“*; siehe Anhang F1 TN F). Die Anwesenheit eines geschulten Therapeuten erhöhte laut Patienten die Attraktivität dieser Form von Nachsorge (z.B. *„Wenn kein Therapeut dabei wäre würde ich da nicht so begeistert von sein. Wir als Patienten brauchen jemanden, der die Gespräche lenkt und der gegebenenfalls auch mal seinen fachlichen Blick auf die Patienten und ihre Aussagen richten kann. (...).“*; siehe Anhang F1 TN A). Der vermutlich geringe technische Aufwand wurde von vier potentiellen Teilnehmern als sehr positiv gesehen (z.B. *„Die Technik, die hinter der Chatgruppe steht, ist einfach zu verstehen. Wenn man sich einmal mit dem Internet vertraut gemacht hat, ist man schnell auf der gewünschten Webseite angekommen.“*; siehe Anhang F1 TN J). Zwei potentielle Teilnehmer und drei potentielle Nichtteilnehmer betonten den positiven Aspekt, dass die Teilnahme an einer derartigen Nachsorge mit wenigem Aufwand verbunden sei und man das

Chatten bequem von zuhause machen könne (z.B. *„(...) Gerade für mich, der aus einer Kleinstadt kommt, ist das eine gute Sache mit der Chatnachsorge, da ich so mit anderen Patienten in Kontakt kommen kann ohne mich ins Auto setzen zu müssen.(...)“*; siehe Anhang F1 TN H). Drei potentiell teilnahmebereite Patienten waren froh nicht die eigene Familie/ den eigenen Bekanntenkreis mit den Problemen belasten zu müssen, die ihre Erkrankung teilweise mit sich bringen könne. Dabei handele es sich ja nicht immer nur um angenehme Themen, die man anderen Menschen ohne Scham erzählen würde (z.B. *„Gerade ich als Prostatakrebspatient mit Potenzproblemen bin auf den Austausch mit anderen Betroffenen angewiesen (...). Anonym zu bleiben finde ich bei diesem Thema sehr angenehm. Mich würde schon interessieren, wie es anderen Männern mit der gleichen Diagnose zum jetzigen Zeitpunkt geht.“*; siehe Anhang F1 TN A). Für drei potentielle Teilnehmer am Chat war das Hauptargument für ihre Teilnahme der Wunsch nach einer neuen Erfahrung, die Neugierde, was sich hinter diesem Angebot verbergen und ob es ihnen nützen würde sowie einen neuen Blickwinkel auf die Erkrankung bekommen zu können (z.B. *„Ich denke ja ständig über so viele Dinge nach, die aber zu keiner Besserung meines psychischen Zustands führen. Vielleicht komme ich durch so eine Chatgruppe aus meiner negativen Gedankenschleife raus.“*; siehe Anhang F1 TN B). Ein potentieller Chatteilnehmer empfand es als sehr positiv, dass sich möglicherweise aus einer unverbindlichen Chatbekanntschaft sogar eine Freundschaft entwickeln könnte, die über die schwere Phase der Krebserkrankung Bestand haben könnte (*„(...) Wer weiß, ob sich nicht auf diesem Weg sogar echte Freundschaften entwickeln, erst chattet man, lernt sich kennen und wenn man sich sympathisch ist vielleicht trifft man sich ja sogar mal persönlich.“*; siehe Anhang F1 TN I). Für einen weiteren potentiellen Teilnehmer war das persönliche Motiv anderen Patienten Mut zu machen und Zuversicht zu geben (*„Vielleicht kann ich einem anderen Patienten Mut machen, dass nur die ersten Wochen nach der Operation wirklich hart sind und man dann schon wieder, wenn auch schleppend, zurück ins Leben findet, es muss ja weiter gehen.“*; siehe Anhang F1 TN J ). Ein anderer potentieller Chatteilnehmer betonte, wie sinnvoll er bei jeder Art von Therapie kleine Gruppengrößen finden würde. Dadurch, dass er bereits Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gesammelt hatte, die eine Teilnehmerzahl von über zwanzig Personen hatten, lobte der Patient besonders das Konzept dieses Chatprogramms mit höchstens zwölf Teilnehmern

*(„Für mich müssen therapeutische Programme in kleinen Gruppen stattfinden, da sonst keiner mehr die Geschichte des Anderen kennt und man dann auch eine Einzeltherapie machen könnte.“). Seiner Meinung nach „motiviert eine Gruppe mehr zum Sprechen als eine Einzeltherapie mit einem Therapeuten, da man sich unter Personen mit einer ähnlichen Erkrankung besser verstanden fühlt als alleine mit einem Therapeuten“ ; siehe Anhang F1 TN I. Nur ein potentieller Nichtteilnehmer am Chat gehörte mit keinem genannten positiven Aspekt in die Kategorie „persönliche Gründe für eine Teilnahme nicht vorhanden“, die anderen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten trotz der Entscheidung gegen eine Teilnahme mögliche, für sie vorstellbare positive Aspekte einer potentiellen Chatteilnahme.*

**Tabelle 18: Positive Aspekte, die bei \*TN und \*\*NTN für eine Teilnahme sprechen würden (Mehrfachantworten möglich)**

Positive Aspekte, die bei *TN und **NTN für eine Teilnahme sprechen würden	
K25: Persönliche Gründe vorhanden n=15 (94%)	K26: Persönliche Gründe nicht vorhanden n=1 (6%)
- Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten *TN n=10 100% **NTN n=3 50%	- keine persönlichen Gründe vorhanden **NTN n=1 17%
- zeitsparender als andere Nachsorgeangebote *TN= 6 (60%)	
- therapeutische Betreuung während des Chats *TN n=5 50% **NTN n=1 17%	
- man kann nicht aufgrund von Äußerlichkeiten diskriminiert werden / anonym *TN n=6 60% **NTN n=3 50%	
- geringer technischer Aufwand *TN n=4 40%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 18: Positive Aspekte, die bei \*TN und \*\*NTN für eine Teilnahme sprechen würden (Mehrfachantworten möglich)**

<b>Positive Aspekte, die bei *TN und **NTN für eine Teilnahme sprechen würden</b>	
K25: Persönliche Gründe vorhanden n=15 (94%)	K26: Persönliche Gründe nicht vorhanden n=1 (6%)
- Wunsch nach einer neuen Erfahrung, Neugier, neuer Blickwinkel auf die Krankheit *TN n=3 30%	- keine persönlichen Gründe vorhanden **NTN n=1 17%
- Familie / Bekanntenkreis muss nicht mit Problemen belastet werden *TN n=3 30%	
- bequem von zuhause *TN n=2 20% **NTN n=3 50%	
- anderen Patienten Mut zu machen und Zuversicht zu geben *TN n=1 10%	
- kleine Gruppengrößen *TN n=1 10%	
- aus anfänglich unverbindlicher Chatbekanntschaft evtl. Freundschaft entwickelnd *TN n=1 10%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.3.2 Welche Gründe / Barrieren könnten gegen eine Teilnahme am Chat sprechen? (Patienten konnten mehrere Antworten nennen)

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K27 „Barrieren vorhanden“ und K28 „Barrieren nicht vorhanden“ (jeweils untergliedert nach potentiellen Teilnehmern bzw. Nichtteilnehmern). Die Patientenantworten wurden der Kategorie „Barrieren vorhanden“ zugeteilt, wenn mindestens ein Argument von dem Patienten genannt wurde, das ihn generell von einer Teilnahme abhalten könnte (unabhängig von der Teilnahmebereitschaft). Der Kategorie „Barrieren nicht vorhanden“ wurden die Antworten zweier potentiell teilnahmebereiter Patienten zugeordnet. Es wurde achtmal das Argument erwähnt, dass man wegen der schlechten Verfassung der Mithatter möglicherweise ebenfalls in eine negative Grundstimmung verfallen könnte (z.B. *„Obwohl ich mich zur Zeit eigentlich gut fühle habe ich ein bisschen Angst, dass ich im Chat dann plötzlich wieder da bin wo ich am Anfang war, weil die anderen so schlecht dran sind.“*; siehe Anhang F2 TN B ). Zwei potentiell nichtteilnahmebereite und sechs potentiell teilnahmebereite Patienten beschrieben diese Befürchtung. Siebenmal wurde von den Patienten genannt *„dass der Chattermin möglicherweise zeitlich schwer einzurichten sei, da man ja nicht jede Woche zwangsläufig um dieselbe Zeit den Chattermin wahrnehmen könne.“*; siehe Anhang F2 TN A). Unter diesen sieben Patienten waren fünf potentiell teilnahmebereite und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten. Fünf potentiell teilnahmebereite und vier potentiell nichtteilnahmebereite Patienten befürchteten, dass es möglicherweise keinen Effekt haben könnte mit den anderen Patienten zu chatten, da diese aus ihrer Sicht keine fachlich kompetenten Ansprechpartner seien würden (z.B. *„Ich weiß nicht so recht, ob es sich lohnen würde hier an ihrer Chatnachsorge teilzunehmen, da es letztlich ja auch nur Patienten sind, welche die gleichen Probleme und Fragen haben wie ich.“*; siehe Anhang F2 NTN P). Drei potentiell teilnahmebereite und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten stellten den *„möglicherweise unsicheren Datentransfer“* in Frage, *„da man ja nicht sicher sein könne, dass sich keine Unbefugten in den Chatroom mit einloggen.“*; siehe Anhang F2 TN C. Ein anderer potentiell teilnahmebereiter Patient antwortete in diesem Zusammenhang auf die Frage nach Befürchtungen bei einer Chatteilnahme: *„Ich möchte nicht, dass sich irgendein Spaßvogel mit in die Chatgruppe einbringt und dann mit ein paar*

*Handgriffen meine richtige Identität heraus bekommt, nachdem ich sehr intime Aussagen über meinen Körper und meine Erkrankung getroffen habe.*“; siehe Anhang F2 TN B. Fünf der Patienten, darunter drei potentiell teilnahmebereite und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten, gaben an, dass sie vor allem den viel zu kleinen Text auf einem Computerbildschirm bemängeln würden (z.B. *„Für ältere Patienten ist das doch nichts mit einem Computerbildschirm - was dort geschrieben steht kann ich selbst mit meiner Lesebrille nur schwer lesen.*“; siehe Anhang F2 NTN M). Drei potentiell teilnahmebereite und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten befürchteten unterschiedliche thematische Schwerpunkte im Chat (z.B. *„Es könnte schon heikel innerhalb der Chatgruppe sein, wenn ein Patient sich über ein bestimmtes Thema unterhalten möchte, was die anderen so gar nicht interessiert.*“; siehe Anhang F2 NTN L). Drei potentielle Nichtteilnehmer vermuteten, dass man gegebenenfalls seine Familie / Freunde vernachlässigen könnte, wenn man in einer Chatgruppe regelmäßig und viel über seine Erkrankung sprechen würde. Dabei ging es den Patienten weniger darum, dass man nicht mehr über allgemeine, alltägliche Belange sprechen würde, sondern dass man evtl. keinen Sinn mehr darin sehen könnte, Nichtbetroffenen etwas über die eigene Erkrankung mitteilen zu wollen. Das wiederum nahmen die Patienten eher als kritisch war, da sie nicht ihre eigene Familie / Freunde aus dem Krankheits- / Genesungsprozess raushalten wollten (z.B. *„Wer weiß, ob man wirklich immer noch die Familie weiterhin genug einbindet, wenn man seinen Anlaufpunkt ab dem nächstem Monat im Chat hat, wo die Mitchatter alle das gleiche durchgemacht haben wie man selbst.*“ siehe Anhang F2 NTN N). Einige Patienten könnten laut einem potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten möglicherweise nach einigen Chatterminen bereits kein Interesse mehr an einer weiteren Teilnahme haben (*„Was passiert denn, wenn nach wenigen Wochen die ersten Patienten nicht mehr mitmachen möchten?“*; siehe Anhang F2 NTN O). Ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient nannte als persönlichen Grund gegen eine Teilnahme, dass es für ihn keine Fragen mit Mitpatienten zu klären gebe (*„Ich weiß nicht worüber ich mit anderen Betroffenen sprechen sollte, geschweige denn, was ich sie fragen sollte.*“; siehe Anhang F2 NTN A). Für einen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten sprachen ausschließlich technische Barrieren gegen eine Teilnahme (*„Ich habe keine so große Ahnung von Computern, da ich keinen eigenen besitze und da bräuchte da auf jeden Fall Hilfe.*“; siehe Anhang F2

NTN N). Ein potentiell teilnahmebereiter Patient gab an, dass das „anonyme“ Kommunizieren via Internet dazu führen könnte, dass „intime“ oder „unangenehme“ Themen schnell nicht mehr adäquat und sachlich besprochen werden könnten (z.B. *„Mein Problem ist zur Zeit nach der Prostatektomie noch meine Inkontinenz. Sehr gern wüsste ich wie andere Patienten damit umgehen, möchte aber auch nicht, dass dann Kommentare fallen, die das Problem entweder ins Lächerliche ziehen oder eben abtuen.“*; siehe Anhang F2 TN D). Fast alle potentiell teilnahmebereiten Patienten konnten Mehrfachantworten auf diese Interviewfrage nach Barrierefaktoren gegenüber der Chatteilnahme geben. Am häufigsten wurde unter den potentiell teilnahmebereiten Patienten als Barrierefaktor angegeben, dass es möglicherweise zu einer Verschlechterung der Stimmung bzw. des Gesundheitszustands durch die Kommunikation mit Mitpatienten kommen würde sowie dass das Chatgruppenangebot möglicherweise ein zeitlich zu unflexibles Angebot sein könnte. Einige potentiell teilnahmebereite Patienten hielten Mitpatienten nicht für kompetente Gesprächspartner. Die am häufigsten genannten Befürchtungen bei potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten waren keinen Zugewinn bzw. subjektiven Effekt durch die Chatgruppenteilnahme zu erreichen. Weitere Argumente gegen die Chatintervention waren die Befürchtung eines unsicheren Datentransfers mit Anonymitätsverlust sowie die eigene Familie und Freunde aufgrund einer Chatgruppenteilnahme nicht mehr genügend in den Krankheitsprozess einzubeziehen. Zwei potentiell teilnahmebereite Patienten konnten keine Barrieren gegenüber einer Chatteilnahme formulieren.

**Tabelle 19: Barrieren der Teilnahmebereitschaft (Mehrfachantworten möglich)**

<b>Barrieren der Teilnahmebereitschaft<sup>2</sup></b>	
K27: Barrieren vorhanden n=14 (88%)	K28: Barrieren nicht vorhanden n=2 (13%)
- wegen der schlechten Verfassung der Mitchatter möglicherweise mit heruntergezogen *TN n=6 60% **NTN n=2 33%	- keine negativen Aspekte vorhanden *TN n=2 20%
- Chattermin möglicherweise zeitlich schwer einzurichten sei *TN n=5 50% **NTN n=2 33%	
- Mitpatienten keine fachlich kompetenten Ansprechpartner / kein persönlicher Zugewinn *TN n=5 50% **NTN n=4 67%	
- möglicherweise unsicherer Datentransfer *TN n=3 30% **NTN n=3 50%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

**Fortsetzung Tabelle 19: Barrieren der Teilnahmebereitschaft  
(Mehrfachantworten möglich)**

<b>Barrieren der Teilnahmebereitschaft<sup>2</sup></b>	
<b>K27: Barrieren vorhanden n=14 (88%)</b>	<b>K28: Barrieren nicht vorhanden n=2 (13%)</b>
- unterschiedliche thematische Schwerpunkte im Chat *TN n=3 30% **NTN n=2 33%	- keine negativen Aspekte vorhanden *TN n=2 20%
- nach einigen Chatterminen bereits kein Interesse mehr an einer weiteren Teilnahme **NTN n=1 17%	
- es gibt keine Fragen mit Mitpatienten zu klären **NTN n=1 17%	
- technische Barrieren gegen eine Teilnahme sprechend **NTN n=1 17%	
- zu kleiner Text auf Bildschirm *TN n=3 30% **NTN n=2 33%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

### 6.3.3 Sind aus Ihrer Sicht Fragen offen geblieben bei der Patientenschulung?

Die Zuteilung in die Kategorie K29 „offene Fragen vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient in seiner Interviewantwort eine noch unklar gebliebene Frage in Bezug auf die Chatintervention äußerte. Die andere Kategorie K30 „keine offenen Fragen vorhanden“ ergab sich, wenn die Patientenantwort keine offen gebliebene Frage in Bezug auf die Chatintervention enthielt. Zehn potentiell teilnahmebereite Patienten und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten wurden der Kategorie „keine offenen Fragen vorhanden“ zugeteilt. Nur drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten wurden der Kategorie „offene Fragen vorhanden“ zugewiesen. Die Fragen lauteten (z.B. *„Wie autorisiert man sich am Chat teilzunehmen? Kann man sich als Nichtpatient einhacken und mitlesen?“ F3 NTN P*).

**Tabelle 20: Offene Fragen nach der Patientenschulung**

Offene Fragen nach der Patientenschulung	
K29: offene Fragen vorhanden n=3 (19%)	K30: keine offenen Fragen vorhanden n=13 (81%)
- Autorisierungsprozess unklar **NTN n=3 50%	- keine Fragen sind offen geblieben *TN n=10 100% **NTN n=3 50%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.3.4 Wie hat Ihnen die Patientenschulung gefallen?

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K31 „positive Beurteilung“ und K32 „neutrale Beurteilung“. Die Kategorie „positive Beurteilung“ ergab sich, wenn mindestens ein positiver Aspekt an der Patientenschulung durch den Patienten genannt wurde. Vier der potentiell teilnahmebereiten Patienten am Chat sahen besonders die beispielhafte Nutzungsmöglichkeit der Laptops im Anschluss an die Aufklärungsveranstaltung als positiv an (z.B. *„Super war, dass man gleich mal*

*gucken konnte, was sich hinter dem im Vortrag Erklärten verbirgt, indem man an den bereit gestellten Laptops Probe-Chatten konnte.“; siehe Anhang F4 TN J). Ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient betonte auf positive Weise die zeitliche Organisation („Die Aufklärungsveranstaltung zu dieser Internetsorge war weder zu lang noch zu kurz. Die im Zeitplan eingetragene Zeit stimmte genau, dadurch kam ich wenigstens pünktlich zu meiner nächsten Anwendung und das Probe-Chatten konnte ich trotzdem noch schnell ausprobieren.“; siehe Anhang F4 NTN K). Die Kategorie „neutrale Beurteilung“ ergab sich, wenn dem befragten Patienten nichts positives an der Patientenschulung aufgefallen war, er nichts explizit lobte oder kritisierte. Die Antworten von sechs potentiell teilnahmebereiten Patienten am Chat und fünf potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten wurden dieser Kategorie zugeteilt (z.B. „Ich fand die Patientenschulung nicht besonders gut und nicht besonders schlecht. Ich gehe immer zu allen Infoveranstaltungen, die angeboten werden und diese hier hat sich nicht übermäßig abgehoben.“; siehe Anhang F4 TN F).*

**Tabelle 21: Beurteilung der Patientenschulung**

<b>Beurteilung der Patientenschulung</b>	
K31: Positive Beurteilung n=5 (31%)	K32: Neutrale Beurteilung n=11 (69%)
- beispielhafte Nutzungsmöglichkeit der Laptops im Anschluss an die Aufklärungsveranstaltung *TN n=4 40%	*TN n=6 60% **NTN n=5 83%
- Aufklärungsveranstaltung pünktlich begonnen und exakt, wie zeitlich angesetzt, beendet **NTN n=1 17%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### 6.3.5 Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung?

Die Kategorien bei dieser Interviewfrage lauteten K33 „Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden“ und K34 „Keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden“. Die Zuteilung in die Kategorie „Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden“ erfolgte, wenn die Antwort des Patienten mindestens einen Verbesserungsvorschlag für zukünftige Patientenschulungen enthielt. Ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient regte an *„die Patienten noch frühzeitiger über das Stattfinden dieser Veranstaltung zu informieren und den jeweiligen Tagesplan so zu gestalten, dass jeder Interessierte teilnehmen kann.“* (siehe Anhang F5 NTN L ). Seiner Aussage nach, hätte er gern teilgenommen, aber da er erst fünfzehn Minuten nach Beginn der Veranstaltung mit dazu kommen konnte, fühlte er sich nicht mehr umfassend genug informiert und entschied sich gegen die Teilnahme (*„Vielleicht wäre es etwas für mich gewesen mit dem Chat, aber so dachte ich, dass ich die*

*entscheidenden Informationen verpasst haben könnte und dann war mir eine Teilnahme zu riskant.“; siehe Anhang F5 NTN L). Auf die Frage nach potentiell „gesehenen Risiken“, nannte der Patient das Argument, „dass er ja nicht sicher sein könne, was mit seinen persönlichen Daten passiert, wenn er den Teilnahmebogen ausgefüllt und sein Einverständnis für die Chatteilnahme gegeben hätte.“ (siehe Anhang F5 NTN L). Ein potentiell teilnahmebereiter Patient äußerte „Ich finde, dass jeder Krebspatient die Möglichkeit bekommen muss, die für ihn persönlich richtige Nachsorge zu finden, und sollte daher auch in der Rehabilitationsklinik die Zeit im Therapieplan zur Verfügung gestellt bekommen, um zu der Patientenschulung zu gehen.“; siehe Anhang F5 TN H). Neun potentiell teilnahmebereite Patienten und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten äußerten keine Verbesserungsvorschläge am Chat, die damit in die Kategorie „keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden“ eingeteilt wurden.*

**Tabelle 22: Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung**

<b>Beurteilung der Patientenschulung<sup>2</sup></b>	
K33: Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden n=2 (13%)	K34: Keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden n=14 (88%)
- noch frühzeitiger über das Stattfinden dieser Veranstaltung informieren und den jeweiligen Tagesplan so gestalten, dass jeder Interessierte teilnehmen kann  *TN n=1 10% **NTN n=1 17%	- keine  *TN n=9 90% **NTN n=5 83%
- Aufklärungsveranstaltung pünktlich begonnen und exakt, wie zeitlich angesetzt, beendet  **NTN n=1 17%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### **6.3.6 Haben Sie im Vorwege der eigentlichen Chatintervention Anregungen, um den Ablauf der Intervention möglicherweise zu verbessern?**

Die Kategorien zu dieser Frage lauten K35 „Anregungen vorhanden“ und K36 „keine Anregungen vorhanden“. Dabei erfolgte eine Zuteilung in die Kategorie „Anregungen vorhanden“, wenn mindestens ein Vorschlag zur Verbesserung des Ablaufs im Vorwege durch den Patienten gemacht wurde. Fünf potentiell teilnahmebereite Patienten am Chat schlugen vor die geplante Themenabfolge der Chats vorab ins Internet zu stellen oder in ausgedruckter Form den Patienten zu geben (z.B. *„Ich fände es gut, wenn die Themen vorab bekannt gemacht werden. So kann ich mich schon mal fragen, was ich gerne von den Mitpatienten wüsste*

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

und die Struktur der Chats ist klarer.“; siehe Anhang F6 TN G). Elf Patienten, darunter fünf potentiell teilnahmebereite Patienten und sechs potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat, formulierten keine Anregungen (z.B. „*Ich weiß ja leider nicht, wie so ein Chat abläuft, sonst könnte ich bestimmt was dazu sagen.*“; siehe Anhang F6 TN J) und gehörten damit in die Kategorie „keine Anregung vorhanden“.

**Tabelle 23: Anregungen zur Verbesserung des Ablaufs der Intervention**

<b>Anregungen, um Ablauf der Intervention im Vorwege möglicherweise zu verbessern</b>	
K35: Anregungen vorhanden n=5 (31%)	K36: keine Anregungen vorhanden n=11 (69%)
- geplante Themenabfolge der Chats vorab ins Internet stellen oder in ausgedruckter Form den Patienten geben TN n=5 50%	- keine TN n=5 50% NTN n=6 100%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## **6.4. Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge**

### **6.4.1 Gibt es Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs aufgrund Ihrer Computer- / Internetkenntnisse?**

Bei dieser Frage lauteten die Kategorien K37 „Bedenken vorhanden“ und K38 „keine Bedenken vorhanden“. Die Zuteilung in die Kategorie „Bedenken vorhanden“ erfolgte, wenn die Patienten in ihren Aussagen Bedenken gegenüber der Teilnahme an der Chatgruppe äußerten, die sich auf ihre Computer- / Internetkenntnisse bezogen. Die Zuteilung in die Kategorie „keine Bedenken vorhanden“ erfolgte, wenn die Patienten keine Bedenken gegenüber der Teilnahme an der Chatgruppe äußerten, die sie auf ihre Computer-/ Internetkenntnisse bezogen. Zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten beurteilten ihre Computer- bzw. Internetkenntnisse im Interview als „schlecht“ und äußerten Bedenken gegenüber der Chatteilnahmebereitschaft aufgrund ihrer Computer-/ Internetkenntnisse (z.B. *„Ich habe da großen Respekt mit meinen schlechten Computer- oder auch Internetkenntnissen an so einer Chatgruppe teilzunehmen. Ich habe da bestimmt Probleme. Es ist schließlich meistens nicht ganz einfach mit mir unbekanntem Programmen zu arbeiten.“* G1 NTN L). Vierzehn Patienten nannten keine Bedenken (z.B. *„Ich kann wirklich sehr gut mit Computern umgehen, daher sehe ich da keine Probleme für die Chatteilnahme.“* G1 TN A).

**Tabelle 24: Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs gemessen an den Computer- und Internetkenntnissen der Patienten**

<b>Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs gemessen an den Computer-/ Internetkenntnissen der Patienten<sup>2</sup></b>	
K37: Bedenken vorhanden n=2 (13%)	K38: keine Bedenken vorhanden n=14 (88%)
**NTN n=2 33%	*TN n=10 70% **NTN n=4 67%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.2 Gibt es organisatorische Bedenken bezüglich der Nutzung eines Computers für die Chatgruppen?**

Bei dieser Frage lauteten die Kategorien K39 „organisatorische Bedenken vorhanden“ und K40 „organisatorischen Bedenken nicht vorhanden“. Die Zuteilung in die Kategorie „organisatorische Bedenken vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient in seiner Interviewantwort Bedenken aufgrund der Organisation eines Computers für die Chatgruppenteilnahme angab. Ein potentiell teilnahmebereiter Patient am Chat und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten äußerten organisatorische Bedenken. Diese beruhten auf der Tatsache, dass sie keine Möglichkeit hatten das Internet zu nutzen, da sie weder einen Zugang zuhause besaßen noch einen anderen Computer-/ Internetzugang nutzen konnten. Der potentiell teilnahmebereite Patient, der organisatorische Bedenken äußerte, gab allerdings an, dass er bei Chatterminvereinbarung am Abend und Einverständnis seines Arbeitgebers für die Chatnachsorge an seinen Arbeitsplatz fahren würde (z.B. *„Ja, die Bedenken habe ich schon, da ich ja zuhause keinen Rechner mit Internetzugang habe. (...) Ich möchte trotzdem vom Büro aus mitchatten.“* siehe Anhang G2 TN J). Dreizehn Patienten wurden mit ihren Aussagen in die Kategorie

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

„organisatorische Bedenken nicht vorhanden“ eingeteilt, da sie keine organisatorischen Bedenken geäußert hatten. Darunter waren neun potentiell teilnahmebereite Patienten und vier potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat.

**Tabelle 25: Organisatorische Bedenken gegenüber einer Chatteilnahme**

<b>Organisatorische Bedenken gegenüber einer Chatteilnahme<sup>2</sup></b>	
K39: Organisatorische Bedenken vorhanden n=3 (19%)	K40: Organisatorische Bedenken nicht vorhanden n=13 (81%)
*TN n=1 10% **NTN n=2 33.3%	*TN n=9 90% **NTN n=4 66.7%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.3 Haben Sie bereits Erfahrung mit dem Internet?**

Die Kategorien dieser Frage lauten K41 „Erfahrungen mit dem Internet vorhanden“ und K42 „Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden“. Die Zuteilung in die Kategorie „Erfahrungen mit dem Internet vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient die Interviewfrage bejahte oder von seinen Erfahrungen mit dem Internet berichtete (z.B. *„Ich habe bereits einige Jahre mit Computern und dem Internet zu tun.“* G3 TN A). Fünfzehn Patienten bejahten die Interviewfrage oder berichteten von ihren Erfahrungen mit dem Internet, darunter zehn potentiell teilnahmebereite und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten. Die Zuteilung in die Kategorie „Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient die Frage verneinte und nicht von Erfahrungen mit dem Internet berichtete. Ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient verneinte die Interviewfrage (z.B. *„Nein, ich habe keine Erfahrungen mit dem Internet.“* G3 NTN M).

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

**Tabelle 26: Erfahrungen mit dem Internet**

<b>Erfahrungen mit dem Internet vorhanden</b>	
K41: Erfahrungen mit dem Internet vorhanden n=15 (94%)	K42: Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden n=1 (6%)
*TN n=10 100% **NTN n=5 83%	*TN n=0 0% **NTN n=1 17%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.4 Wie häufig nutzen Sie das Internet?**

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K43 „tägliche Nutzung“, K44 „mehrmals pro Woche“, K45 „selten“ und K46 „nie“. Die Zuteilung in die Kategorie „tägliche Nutzung“ erfolgte, wenn der Patient angab das Internet täglich zu nutzen. Die Zuteilung in die Kategorie „mehrmals pro Woche“ erfolgte, wenn der Patient angab das Internet mehrmals pro Woche zu nutzen, jedoch nicht täglich. Die Zuteilung in die Kategorie „selten“ erfolgte, wenn der Patient angab das Internet selten zu nutzen, aber nicht nie. Die Zuteilung in die Kategorie „nie“ erfolgte, wenn der Patient angab das Internet nicht zu nutzen. Acht Patienten gaben an das Internet täglich zu benutzen, darunter waren fünf potentiell teilnahmebereite und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat. Eine Nutzungsfrequenz des Internets von zwei bis sechs Mal pro Woche gaben fünf Patienten an, darunter waren vier potentiell teilnahmebereite Patienten am Chatprogramm und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient. Nur zwei Patienten gaben an, dass sie das Internet selten nutzen würden, dabei handelte es sich um jeweils einen potentiellen Chatteilnehmer und einen potentiellen Nichtteilnehmer an der therapeutischen Chatgruppe. Nur ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient gab an, dass er das Internet nie benutzen würde.

**Tabelle 27: Häufigkeit der Internetnutzung**

<b>Häufigkeit der Internetnutzung</b>	
K43: tägliche Nutzung n=8 (50%)	*TN n=5 50% **NTN n=3 50%
K44: mehrmals pro Woche n=5 (31%)	*TN n=4 40% **NTN n=1 17%
K45: selten n=2 (13%)	*TN n=1 10% **NTN n=1 17%
K46: nie n=1 (6%)	**NTN n=1 17%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.5 Haben Sie einen Computer mit Internetzugang zur freien Verfügung?**

##### **Wenn ja, wo?**

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K47 „Computer mit Internetzugang vorhanden“ und K48 „Kein Computer mit Internetzugang vorhanden“. Eine Zuteilung in die Kategorie „Computer mit Internetzugang vorhanden“ erfolgte, wenn der Patient diese Interviewfrage bejahte und angab, wo er einen Computer mit Internetzugang nutzen könne. Dreizehn der sechzehn befragten Patienten gaben an, dass sie einen Computer mit Internetzugang zur freien Verfügung hatten. Dabei gaben fünf potentiell teilnahmebereite Patienten und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient an einen Computer sowohl auf der Arbeit als auch zuhause nutzen zu können. Vier potentiell teilnahmebereite Patienten und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten verfügten über einen Computer mit Internetzugang zuhause. Ein potentiell teilnahmebereiter Patient am Chat gab an, dass er nur einen Computer an seinem Arbeitsplatz nutzen könne und nicht

zu Hause. Dieser Patient wollte sich mit seinem Arbeitgeber über die private Nutzung für den Zeitraum der Chatgruppe absprechen. Zwei Patienten gehörten der Kategorie „Kein Computer mit Internetzugang vorhanden“ an. Diese hatten zum Zeitpunkt des Interviews keinen Computer mit Internetzugang zur Verfügung (z.B. „Leider nein. Ich habe keinen Computer mit Internetzugang zur Verfügung, den ich regelmäßig nutzen kann.“ G5 NTN M).

**Tabelle 28: Verfügbarkeit eines Computers mit Internetzugang**

<b>Verfügbarkeit eines Computers mit Internetzugang<sup>2</sup></b>	
K47: Computer mit Internetzugang vorhanden n=14 (88%)	K48: Kein Computer mit Internetzugang vorhanden n=2 (13%)
- Computer sowohl auf der Arbeit als auch zu Hause nutzbar TN n=5 50% NTN n=1 17%	- kein Computer mit Internetzugang zur Verfügung NTN n=2 33%
- Computer zu Hause nutzbar TN n=4 40% NTN n=3 50%	
- Computer an Arbeitsplatz nutzbar TN n=1 10%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

#### 6.4.6 Denken Sie über die Anschaffung eines Computers nach?

Die Kategorien dieser Interviewfrage lauteten K49 „Anschaffung eines Computers vorstellbar“ und K50 „Anschaffung eines Computers nicht vorstellbar“. Die zwei potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten ohne verfügbaren Computer mit Internetzugang verneinten die Interviewfrage (z.B. *„Ich denke ich brauche keinen PC. Selbst wenn ich mich für das Nachsorgeprogramm entschieden hätte, wäre der danach verstaubt.“*; siehe Anhang G6 NTN M). Der potentiell teilnahmebereite Patient, der nur an seinem Arbeitsplatz das Internet nutzen konnte, gab an, dass er sich vorstellen könnte einen Computer für zuhause anzuschaffen (*„Ich brauche wohl einen Computer, um zuhause nach der Rehaphase nicht zu vereinsamen. Vieles funktioniert nun mal nur noch mittels Computer.“*; siehe Anhang G6 TN J). Im Verlauf des Interviews fragte er nach möglicherweise späteren Chatterminen, für die es sich noch „lohnen“ könnte einen Computer für zuhause anzuschaffen. Der potentiell teilnahmebereite Patient ohne häuslichen Internetzugang gab an über die Anschaffung eines Computers nachzudenken, die beiden potentiellen Nichtteilnehmer ohne Computer mit Internetzugang nicht.

**Tabelle 29: Anschaffung eines Computers**

Anschaffung eines Computers	
K49: Anschaffung eines Computers vorstellbar n=1 (6%)	K50: Anschaffung eines Computers nicht vorstellbar n=15 (94%)
*TN n=1 10%	*TN n=9 90% **NTN n=6 100%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### 6.4.7 Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet?

Der Begriff „Zielsetzung“ wurde gegenüber den Patienten im Interview definiert als der Grund, warum sie das Internet nutzen. Die Patienten konnten die Gründe ihrer Internetnutzung in beliebiger Anzahl und Reihenfolge nennen. Die Kategorien dieser Frage lauteten damit also K51 „Zielsetzung vorhanden“ und K52 „Zielsetzung nicht vorhanden“. Wenn mindestens ein Grund für die Internetnutzung durch den befragten Patienten formuliert werden konnte, erfolgte eine Zuteilung zu der Kategorie „Zielsetzung vorhanden“ und wenn keiner geäußert wurde zu „Zielsetzung nicht vorhanden“. Am häufigsten gaben die Patienten an das Internet als Informationsquelle für Nachrichten, Freizeitgestaltung und Urlaubsplanung zu nutzen, darunter waren neun potentielle Teilnehmer am Chat und vier potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat. Am zweithäufigsten diente das Internet den Patienten als Medium für E-mailkontakte. Dies erwähnten sechs potentiell teilnahmebereite Patienten und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat. Der Aspekt „Kontakte pflegen“ / Nutzung von „Social Networks“ wurde durch zwei befragte Patienten geäußert, diese gehörten zu den potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten. Zwei potentiell teilnahmebereite und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chatprogramm nannten darüber hinaus Bankgeschäfte als Grund für eine Internetnutzung. Drei potentiell teilnahmebereite Patienten und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient gaben ihre Arbeit als Grund für die Internetnutzung an. Sowohl ein potentiell teilnahmebereiter Patient als auch ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient konnten keine Zielsetzung ihrer Internetnutzung formulieren (z.B. *„Ich komme mit dem Internet nicht so klar. Das Chatprogramm wäre das erste Mal, dass ich mit einem Grund am Computer sitze.“*; siehe Anhang G7 NTN M). Diese zwei Patienten gehörten damit in die Kategorie „Zielsetzung nicht vorhanden“.

**Tabelle 30: Gründe der Internetnutzung**

<b>Gründe der Internetnutzung<sup>2</sup></b>	
K51: Zielsetzung vorhanden n=14 (88%)	K52: Zielsetzung nicht vorhanden n=2 (13%)
- Informationsquelle für Nachrichten, Freizeitgestaltung und Urlaubsplanung zu nutzen *TN n=9 90% **NTN n=4 67%	*TN n=1 10% **NTN n=1 17%
- Medium für Emaillkontakte *TN n=6 60% **NTN n=3 50%	
- „Kontakte pflegen“ / Social Network **NTN n=2 33%	
- Bankgeschäfte *TN n=2 20% **NTN n=2 33%	
- Arbeit als Grund für die Internetnutzung *TN n=3 30% **NTN n=1 17%	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

#### 6.4.8 Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?

Es ergaben sich die Kategorien K53 „große Bedeutung“, K54 „geringe Bedeutung“ und K55 „keine Bedeutung“. Die Zuteilung in die Kategorie „große Bedeutung“ erfolgte, wenn der Patient das Internet als „wichtig, von großer Bedeutung, unentbehrlich“ beschrieb. Die Zuteilung in die Kategorie „geringe Bedeutung“ erfolgte, wenn der Patient in seiner Antwort den geringen persönlichen Stellenwert des Internets mit Formulierungen, wie „nicht wichtig, geringe Bedeutung, entbehrlich“, zum Ausdruck brachte. Die Zuordnung in die Kategorie „keine Bedeutung“ erfolgte, wenn der Patient explizit angab, dass das Internet „keine Bedeutung“ für ihn hatte. Elf Patienten, darunter acht potentiell teilnahmebereite Patienten und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat, wurden der Kategorie „große Bedeutung“ zugeteilt (z.B. *„Ohne Internet wäre vieles nicht mehr so komfortabel, da in der heutigen Zeit doch fast nichts mehr ohne funktioniert, wie z.B. mal schnell mal einen Straßennamen nachschauen.“*; siehe Anhang G8 TN H). Drei Patienten, zwei potentiell teilnahmebereite Patienten und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient am Chat, wurden aufgrund ihrer Antworten in die Kategorie „geringe Bedeutung“ zugeteilt (z.B. *„Ich finde das Internet ist mehr wie ein Luxusprodukt und nicht überlebenswichtig. Im Zweifel würde man die Informationen auch auf anderem Wege bekommen, nur so ist es so bequem. Für mich ist die Bedeutung gering.“*; siehe Anhang G8 NTN N). Zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten maßen dem Internet gar keine Bedeutung bei (z.B. *„Ich finde das Internet braucht man nicht, um ein gut informierter und zufriedener Mensch zu sein. Ich bin froh nicht abhängig von dieser Technik zu sein. Mir bedeutet es nichts.“*; siehe Anhang G8 NTN L).

**Tabelle 31: Bedeutung des Internets**

<b>Bedeutung des Internets<sup>2</sup></b>	
K53: große Bedeutung n=11 (69%)	*TN n=8 80% **NTN n=3 50%
K54: geringe Bedeutung n=3 (19%)	*TN n=2 20% **NTN n=1 17%
K55: keine Bedeutung n=2 (13%)	**NTN n=2 33%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.9 Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf die Nutzung des Internets?**

Bei dieser Frage konnten sowohl die potentiellen Chatteilnehmer als auch die potentiellen Nichtteilnehmer die von ihnen bei einer Internetnutzung vorstellbaren Gefahren äußern. Dabei konnten die Patienten so viele potentielle Gefahren nennen, wie ihnen einfielen. Alle befragten Patienten nannten mindestens eine potentielle Befürchtung. Eine Zuteilung in die Kategorie K56 „Befürchtung vorhanden“ erfolgte, wenn der befragte Patient mindestens eine potentielle Befürchtung, die er in der Internetnutzung sah, äußerte. Am häufigsten gaben die befragten Patienten die Befürchtung eines Verlusts ihrer Anonymität an. Es handelte sich dabei um zehn potentiell teilnahmebereite Patienten und vier potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat. Damit stand der Aspekt „Datenklau/ Datentransparenz“ an erster Stelle der Befürchtungen der Patienten, wenn sie das Internet benutzen. Auf Nachfrage durch die Interviewerin, ob dies für sie auch bei der normalen Aktivität im Internet unabhängig von einer Teilnahme an Chatgruppen oder Foren im Rahmen ihrer Krankheit der Fall gewesen sei, antworteten neun der vierzehn zuvor befragten Patienten, dass sie regelmäßig

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

Angst hätten, dass ihnen unbekannte Personen Zugriff auf ihren Rechner hätten und sie damit potentiell eine Angriffsfläche für Missbrauch ihrer persönlichen Daten sein könnten. (*„Die Angst vor cleveren Menschen, die meinen Computer hacken, habe ich generell, besonders aber natürlich bei persönlichen Daten und Kontoverbindungen. Und wenn gelingt das doch wohl über das Internet.“*; siehe Anhang G9 TN B). Am zweithäufigsten wurde der Aspekt „gesellschaftsgefährdend / jugendgefährdend“ genannt. Dieser Meinung waren vier potentiell teilnahmebereite Patienten und vier potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat (z.B. *„Die Jugend und auch einige Erwachsene sitzen zu viel vor ihrem Computer und verlernen ihre Sozialkompetenzen bzw. eignen sie sich gar nicht erst an.“*; siehe Anhang G9 NTN N). Fünf Patienten äußerten die potentielle Gefahr, die von „Internetviren“ ausgehe, vier potentiell teilnahmebereite und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient am Chat. Ebenfalls fünf befragte Patienten stufen die Verbreitung von kursierendem Laienwissen im Internet als gravierend ein, da auf diesem Weg Halbwissen unter den dafür empfänglichen Personen verbreitet werden würde, was im Einzelfall zu konsequenzträchtigen Missverständnissen und Handlungsansätzen führen könnte. Dieser Meinung waren vier potentiell teilnahmebereite Patienten und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient am Chat (z.B. *„Manchmal ist es verantwortungslos, was andere Menschen so im Internet schreiben. Die haben keine Ahnung, erzählen Dinge, die nicht so sind und dann wird sich gewundert, warum so viele falsche Informationen kursieren.“*; siehe Anhang G9 NTN K). Ein potentiell teilnahmebereiter Patient und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chat bemängelten, dass das Internet heutzutage mehr und mehr zur Informations- und Bildungsquelle werden würde. Sie machten deutlich, dass sie vom Grundsatz her gegen diese Tendenz sein würden und ihnen eine Nachsorge mit einem Therapeuten bzw. eine Nachsorgemaßnahme im realen Leben anstelle im Internet mehr zusagen würde (z.B. *„Wenn ich mir so überlege, dass alle Welt jetzt plant sich via Internet im Gesundheitsbereich beraten zu lassen, wollen die Ärzte bzw. Therapeuten es sich da einfach machen? Der Mensch ist doch real und nicht ein Bildschirm. Wieso soll das in Zukunft alles jetzt fast nur noch über Bildschirm funktionieren?“*; siehe Anhang G9 NTN M ). Vier Patienten, darunter zwei potentiell teilnahmebereite Patienten und zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten, gaben an, dass ihnen das Internet suspekt gewesen sei, da man

schnell betrogen werden könne durch falsche Versprechungen, falsche Angebote oder zufällig angewählte „Links“. Einer dieser beiden Nichtteilnehmer hatte bereits einen Betrugsversuch erlebt, weil er einem Link im Internet gefolgt war, woraufhin ihm über einen Server Zahlungsaufforderungen für ungeleistete Dienstleistungen geschickt wurden (*„Ich habe da ganz schlechte Erfahrungen in Sachen Betrug machen müssen. Ich war auf einer Informationsseite zum Thema Krebs in der Familie und was für eine Risikoerhöhung besteht, wenn Verwandte auch schon eine Krebserkrankung hatten. Dann bin ich bei einer Internetseite gelandet, wo man angeblich seine Ahnen ermitteln kann. Wenige Stunden später fand ich eine Email in meinem Postfach mit einer Zahlungsaufforderung. Ich muss irgendwo einen falschen Klick gemacht haben. Seitdem habe ich großen Respekt vor Betrug im Internet.“*; siehe Anhang G9 NTN L). Ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient gab an, dass er in der Internetnutzung die Gefahr sehe, dass diese mehr Zeitverschwendung als sinnvolle Beschäftigung sei (*„Ich möchte mich nicht mit Dingen in meiner Freizeit beschäftigen, die mich nicht weiterbringen und die mir nur meine Zeit stehlen Das Internet ist für mich als so anzusehen.“*; siehe Anhang G9 NTN N).

**Tabelle 32: Befürchtungen bei der Internetnutzung (Mehrfachantworten)**

<b>Befürchtungen bei der Internetnutzung</b>
K56: Befürchtung vorhanden n=16 100%
- Verlust ihrer Anonymität bzw. Datenklau / Datentransparenz“ *TN n=10 100% **NTN n=4 67%
- gesellschaftsgefährdend / jugendgefährdend *TN n=4 40% **NTN n=4 67%
- Internetviren TN n=4 40% **NTN n=1 17%
- Verbreitung von kursierendem Laienwissen im Internet *TN n=4 40% **NTN n=1 17%
- Internet heutzutage mehr und mehr zur Informations- und Bildungsquelle *TN n=1 10% **NTN n=3 50%
- man kann schnell betrogen werden durch falsche Versprechungen und falsche Angebote *TN n=2 20% **NTN n=2 33%
- mehr Zeitverschwendung als sinnvolle Beschäftigung **NTN n=1 17%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### 6.4.9.1. Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?

Die Kategorie K57 „Vorteil vorhanden“ ergab sich, wenn die Patienten mindestens einen Vorteil eines Internetzugangs auf die Interviewfrage nannten. Die potentiell teilnahmebereiten Patienten gaben durchschnittlich mehr unterschiedliche Aspekte bezüglich der Vorteile eines Internetzugangs an als die potentiellen Nichtteilnehmer am Chatprogramm, aber alle befragten Patienten konnten in dieser Interviewfrage mindestens einen Vorteil eines Internetzugangs formulieren. Der am häufigsten genannte Vorteil eines Internetzugangs aus Sicht der Patienten war, dass vielfältige Informationen auf schnelle Art und Weise verfügbar seien. Diesen Aspekt führten dreizehn Patienten an, davon zehn potentiell teilnahmebereite Patienten und drei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten (z.B. *„Mit dem Internet bekomme ich schnell aktuelle Informationen aus aller Welt ohne eine Zeitung kaufen zu müssen.“*; siehe Anhang G9.1 TN I). Acht potentiell teilnahmebereite und ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient gaben an, dass sie besonders die Möglichkeit zur Pflege von Kontakten in die ganze Welt schätzen würden. Das Internet würde für sie besonders eine Rolle als Kommunikationsmedium spielen (z.B. *„Man hätte früher nicht gedacht, dass Internet die Menschen mal zusammen führen könnte, was früher der Stammtisch war, ist heute Skype oder Facebook. Ich finde es toll mich über das Internet mit anderen Menschen zu vernetzen.“*; siehe Anhang G9.1. NTN P). Sieben Patienten bewerteten positiv, dass benötigte Informationen unabhängig von Ort und Zeit ständig verfügbar seien. Dieser Meinung waren insgesamt sechs potentielle Teilnehmer am Chat und ein potentieller Nichtteilnehmer. Ebenfalls fünf Patienten, darunter vier potentielle Chatteilnehmer und ein potentieller Nichtteilnehmer lobten die einfache Bedienung des Internets (*„Wenn man es einmal verstanden hat, dann kann man sich auf den normalen Webseiten leicht zurecht finden.“* siehe Anhang G9.1 TN J ). Die übrigen Patienten gaben dem Internet einen hohen Stellenwert aufgrund des hohen Freizeit- und Unterhaltungswerts. Vier Patienten davon waren potentiell teilnahmebereit am Chat und einer war potentiell nichtteilnahmebereit (z.B. *„Ich kann mich stundenlang im Internet beschäftigen und fühle mich nicht einsam, weil ich beschäftigt bin und gar nicht merke, wie der Tag vergeht.“*; siehe Anhang G9.1. TN G). Nur ein potentieller Teilnehmer am Chat führte in diesem Zusammenhang das Argument „Anonymität“ an, diese würde das Internet sehr

attraktiv gegenüber beispielsweise Bibliotheken machen, da man im Internet Informationen zu fast allen Themen auf anonyme Weise bekommen könne (*„Für mich ist das Internet einfach ein Stück Freiheit, was ich da lese oder mir anschauere oder auch selbst reinstelle ist meine Sache und ich bin anonym dabei, wenn ich es denn möchte und die normalen Sicherheitseinstellungen funktionieren. Ich lese sehr viel, durch das Internet bin ich dann nicht abhängig von Mitarbeitern in Bibliotheken, die mir helfen Artikel zu finden, sondern ich mache das schnell selbst, so oft und so lange ich möchte.“*; siehe Anhang G9.1. TN F).

**Tabelle 33: Vorteile eines Internetzugangs**

<b>Vorteile eines Internetzugangs</b>
K57: Vorteile vorhanden n=16 (100%)
- vielfältige Informationen auf schnelle Art und Weise verfügbar TN n=10 100% NTN n=3 50%
- Möglichkeit zur Pflege von Kontakten in die ganze Welt TN n=8 80% NTN n=1 17%
- unabhängig von Ort und Zeit ständig verfügbar TN n=6 60% NTN n=1 17%
- einfache Bedienung des Internet TN n=4 40% NTN n=1 17%
-hoher Freizeit- und Unterhaltungswert TN n=4 40% NTN n=1 17%
- Anonymität TN n=1 10%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

#### **6.4.9.2 Sagen Ihnen die Begriffe „Forens- / Chatgruppendifkussionen“ etwas? Haben Sie schon einmal an so etwas teilgenommen?**

Die Kategorien zu dieser Frage lauteten K58 „aus eigener Erfahrung bekannt“, K59 „begrifflich bekannt“ und K60 „begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen“. Zwei potentiell teilnahmebereite Patienten gaben an, dass sie bereits Erfahrungen mit Forensdiskussionen gesammelt hätten, ebenso wie ein potentieller Nichtteilnehmer am Chat. Damit gehörten sie in die Kategorie „aus eigener Erfahrung bekannt“ (z.B. *„Ich habe mir bereits einige Foren angeschaut, allerdings zu Urlaubszielen, ist schon interessant, wenn man sich mit anderen Menschen zu bestimmten Themen austauschen kann.“*; siehe Anhang G9.2 TN G). Vier potentiell teilnahmebereite Patienten an der internetbasierten Nachsorge berichteten auf diese Interviewfrage, dass ihnen die Begriffe „Forens/ Chatdiskussionen“ zwar begrifflich bekannt gewesen seien, sie aber noch keine eigenen Erfahrungen damit gesammelt hätten. Daraufhin wurden sie in die Kategorie „begrifflich bekannt“ eingeteilt (z.B. *„Klar, das sagt mir schon was mit den Foren, aber selber etwas in so ein Forum geschrieben oder eins gelesen habe ich nicht.“* siehe Anhang G9.2. TN J). Neun Patienten, davon vier potentiell teilnahmebereite und fünf potentiell nichtteilnahmebereite Patienten am Chatprogramm, hatten weder von den Begriffen „Forens- / Chatdiskussionen“ eine Vorstellung, noch hatten sie eigene Erfahrungen mit ihnen gemacht. Damit gehörten sie in die Kategorie „begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen“ (z.B. *„Ehrlich gesagt, davon habe ich bisher noch nichts gehört. Aber interessieren würde mich das vielleicht schon zu einem späteren Zeitpunkt.“*; siehe Anhang G9.2 NTN L).

**Tabelle 34: Bekanntheit der Begriffe „Forum / Chatdiskussion“ und bisherige Erfahrungen**

<b>Bekanntheit der Begriffe „Forum / Chatdiskussion“<sup>2</sup></b>	
K58: aus eigener Erfahrung bekannt n=4 (25%)	TN n=3 30% NTN n=1 17%
K59: begrifflich bekannt n=3 (19%)	TN n=3 30%
K60: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen n=9 (56%)	TN n=4 40% NTN n=5 83%

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

---

<sup>2</sup> Ergebnisse über 100% sind auf die mathematische Rundung zurückzuführen.

## **7. Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die knappe Mehrzahl der befragten potentiell teilnahmebereiten und alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten bewerteten ihren Gesundheitszustand zum Interviewzeitpunkt positiv. Alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten eine positive Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung im Gegensatz zu der Mehrzahl der befragten potentiell teilnahmebereiten Patienten, die sich negativ gegenüber ihrer Krankheit äußerten. Alle potentiell teilnahmebereiten und nahezu alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten sich generell positiv gegenüber psychosozialer Nachsorge. Die Mehrzahl der potentiell teilnahmebereiten Patienten wünschte sich auch professionelle Hilfe zur Verarbeitung der Krankheitserlebnisse. Die Mehrzahl der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten lehnten dagegen Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung ab. Die Hälfte der potentiellen Chatteilnehmer betrachtete die internetbasierte Nachsorge via therapeutisch geleiteter Chatgruppen als optimale internetbasierte Nachsorge. Nahezu alle potentiell teilnahmebereiten Patienten am Chat sahen eine optimale ambulante „face-to-face“-Nachsorgeform in einer engen Arzt- / Therapeutenbeziehung. Mehr als die Hälfte der potentiell teilnahmebereiten Patienten übte an ihrer bisherigen Behandlung / Versorgung Kritik. Nahezu alle potentiell teilnahmebereiten und nichtteilnahmebereiten Patienten fühlten sich nach Diagnosestellung unzureichend informiert und hätten sich mehr Informationen über ihre Erkrankung gewünscht. In der untersuchten Stichprobe spielte das Internet bei der Suche nach Informationen zu der Krebserkrankung nur eine untergeordnete Rolle. Für keinen der potentiell teilnahmebereiten Patienten waren Fragen bei der Patientenschulung offen geblieben, für die Hälfte der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten schon. Auf die Interviewfrage nach Verbesserungsvorschlägen im Vorwege der Chatintervention äußerte die Hälfte der potentiell teilnahmebereiten Patienten den Wunsch die Themenabfolge der Chatgruppen vorab erfahren zu können. Alle potentiell teilnahmebereiten und nahezu alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten potentielle Akzeptanz- und Barrierefaktoren gegenüber einer Chatteilnahme. Der am häufigsten genannte Akzeptanzfaktor war der mögliche Erfahrungsaustausch mit den Mitpatienten, die Zeitersparnis gegenüber alternativen Nachsorgeformen, die therapeutische Leitung, dass es von zuhause

möglich ist und man nicht aufgrund von Äußerlichkeiten diskriminiert werden könne. Am häufigsten wurden als Barrierefaktoren angegeben, dass es möglicherweise zu einer Verschlechterung der Stimmung bzw. des Gesundheitszustands durch die Kommunikation mit Mitpatienten kommen könnte. Zudem, dass das Chatgruppenangebot möglicherweise ein zeitlich zu unflexibles Angebot sein könnte, die Mitpatienten im Chat ineffektive Gesprächspartner sein könnten und kein Zugewinn bzw. subjektiver Effekt durch die Chatgruppenteilnahme zu erwarten sein würde. Weitere Argumente gegen die Chatintervention waren die Befürchtung eines unsicheren Datentransfers mit Anonymitätsverlust sowie die eigene Familie und Freunde aufgrund einer Chatgruppenteilnahme nicht mehr genügend in den Krankheitsprozess einzubeziehen. Bis auf zwei potentiell nichtteilnahmebereite Patienten nannte keiner der befragten Patienten Bedenken gegenüber der Teilnahme an der Chatgruppe basierend auf Computer-/ Internetkenntnissen. Bis auf einen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten hatten alle befragten Patienten bereits Erfahrungen mit dem Internet gesammelt. Die Hälfte der befragten Patienten nutzte täglich das Internet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die deutliche Mehrheit der befragten Patienten bereits über eine Möglichkeit der Computer- bzw. Internetnutzung verfügte. Für die Mehrzahl der potentiell teilnahmebereiten und die Hälfte der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten war die Bedeutung des Internets groß. Alle potentiell teilnahmebereiten und zwei Drittel der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten beunruhigte das Thema „Datenklau“ bzw. „eine unkontrollierbare Datentransparenz“ im Internet. Weitere Befürchtungen der potentiell teilnahme- und potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten waren eine gesellschafts-/jugendgefährdende Wirkung des Internets, die Übertragung von Internetviren auf den Computer sowie die Verbreitung von Laienwissen. Alle potentiell teilnahmebereiten und die Hälfte der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten schätzten vor allem die vielfältigen Informationen, die das Internet liefert. Nahezu allen potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten waren „Foren-/ Chatdiskussionen“ begrifflich und in Bezug auf eigene Erfahrungen unbekannt.

## **8. Diskussion**

### **8.1 Zielsetzung der vorliegenden Studie**

Die Zielsetzung der vorliegenden Dissertation war die Erfassung potentiell fördernder und hemmender Faktoren einer Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteten Chatgruppen bei Prostatakrebspatienten in der Nachsorge. Insbesondere sollte der Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber psychosozialer Nachsorge von Krebspatienten und der potentiellen Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteten Chatgruppen untersucht werden. Weitere Faktoren, welche die Inanspruchnahme beeinflussen könnten, wurden ebenso beleuchtet, dazu zählen: Der Gesundheitszustand, die Grundeinstellung gegenüber der eigenen Erkrankung und psychosozialen (internetbasierten) Unterstützungsangeboten, dem Informationsstand zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, die Beurteilung der bisherigen Behandlung, potentiell positiv und negativ erachteten Aspekten einer potentiellen Chatteilnahme sowie der bisherigen Nutzung des Internets, dabei insbesondere von Chat- und Forumdiskussionen. Zu diesem Zweck wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) Schritt für Schritt an den Interviewantworten der vorliegenden Studie durchgeführt. Im folgenden Text wird zusätzlich auf Variablen eingegangen, die in der Literatur als besonders einflussreiche Faktoren diskutiert wurden.

### **8.2 Bedeutung der vorliegenden Studie**

Die Relevanz dieser Studie an männlichen Krebspatienten ergibt sich durch folgenden Hintergrund:

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes in Deutschland (RKI 2012) und Prostatakrebspatienten bildeten in der vorliegenden Studie sowohl unter den potentiell teilnahme- als auch unter den potentiell nichtteilnahmebereiten männlichen sechzehn Patienten den größten Anteil der Stichprobe. Empirische Arbeiten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Krankheitsverlauf bei an Prostatakrebs erkrankten Männern zeigten Hinweise auf ausgeprägte emotionale Belastungen, Distress, Ängste und Depressivität bei bis zu 53% der Patienten mit

Prostatakarzinom (Kornblith et al. 1994, Roth, Balderson und Towell 2003, Dale, Bilir, Han & Meltzer 2005, Mehnert, Lehmann, Schulte & Koch 2007). Patienten mit einem in frühem Stadium diagnostizierten Prostatakarzinom werden in kurativer Zielsetzung häufig radikal prostatektomiert. Die krankheitsspezifischen Symptome, wie Harninkontinenz, Harnröhrenverengungen, Erektionsverlust und verändertes sexuelles Erleben können zu potentiell stigmatisierenden Veränderungen des eigenen Körpers führen, mit denen die Patienten zu kämpfen haben. Patienten, deren Tumor primär inoperabel ist, da der Tumor bereits umgebendes Gewebe infiltriert bzw. Lymphknoten befallen hat, unterziehen sich meistens dagegen Bestrahlungs- und Hormontherapien, die wiederum Verdauungsstörungen, Enddarminkontinenz und Störungen des Hormonhaushalts auslösen können (Pühse, Hertle & Roth 2009). Diese häufigen Nebenwirkungen während und nach der Therapie stürzen die betroffenen Männer in ein Gefühl des Kontrollverlusts, was dazu führt, dass viele der Betroffenen nicht mehr wie gewohnt am bisherigen Leben partizipieren (Heim und Schwerte 2006, Dombo und Otto 2005). Es deutet daraufhin, dass insbesondere Prostatakrebspatienten einen ausgeprägten Bedarf für psychosoziale Unterstützung haben, um während oder nach den therapeutischen Maßnahmen in der Akutbehandlung nicht allein auf sich mit ihren Problemen gestellt zu sein, da die oben genannten Aspekte zu einer tiefen Verunsicherung im männlichen Selbstwertgefühl führen können (Zettl et al. 2005). Psychoonkologische Interventionen sollten vor allem auf die Integration in das soziale Umfeld sowie die Wiedererlangung der körperlichen Belastbarkeit und Mobilität abzielen (Heim und Schwerte 2006). Eine systematische Literaturanalyse von Hergert et al. (2009), welche die Wirksamkeit konventioneller Interventionen bei Kohorten mit mindestens einem Prostatakrebspatienten untersucht haben, ergab in einigen Bereichen signifikante Ergebnisse. Zu den untersuchten psychosozialen Interventionen zählten kognitiv-behaviorale Einzel- oder Gruppenprogramme, psychoedukative Einzel- oder Gruppenangebote, ein psychodynamisches Gruppenprogramm und eine Intervention zur sozialen Unterstützung. Der überwiegende Interventionszeitraum in der Analyse betrug acht bis zwölf Wochen. Es ließ sich eine Wirksamkeit auf die Lebensqualität, eine Verminderung depressiver Symptome und Distress durch kognitiv-behaviorale Einzel- und Gruppenprogramme bzw. psychoedukative Einzel- oder Gruppenangebote feststellen. Zudem konnte gezeigt werden, dass

durch kognitiv-behaviorale Einzel- und Gruppenprogramme Ängste im Zusammenhang mit der Erkrankung reduziert werden können. Eine Studie untersuchte ein kognitiv-behaviorales Einzel- oder Gruppenprogramm, das keine Effekte bezüglich einer verbesserten Lebensqualität, der physischen Aktivität und dem Gefühl sozialer Unterstützung beim Vergleich eines kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms mit einem Standardprogramm zeigte (Carmack Taylor, Demoor, Smith, Dunn, Basen-Engquist, Nielsen, Pettaway, Sellin, Massey & Gritz 2006). Es liegen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren übereinstimmenden Ergebnisse zu Effekten der bisher untersuchten Nachsorgeformen für Prostatakrebspatienten vor (Recherche der Autorin, Stand Januar 2014). Studien, welche die mittelfristige Wirksamkeit ambulanter und stationärer Rehabilitationsprogramme und den Transfer erreichter Ziele von Prostatakrebspatienten in die poststationäre Phase untersucht haben, verdeutlichen die Schwierigkeit diese zu erhalten. In einer Untersuchung von Canada, Neese, Shui und Schover (2005), deren Untersuchung ergeben hatte, dass sich durch psychoedukative Angebote der Distress von Krebspatienten verbessern könne, zeigte sich sechs Monate nach Beendigung der psychosozialen Intervention ein Rückgang der gemessenen Verbesserungen während der Rehabilitationsmaßnahme. Diese Tatsache untermauert die Relevanz einer psychosozialen Maßnahme, die eine Stabilisierung der erreichten physischen und psychischen Verbesserungen beim Übergang von der Rehabilitationsphase in den Alltag bei männlichen Krebspatienten, insbesondere Prostatakrebspatienten, fortführt. Immer mehr Studien untersuchen das Potential psychosozialer Nachsorge für Krebspatienten via Internet (vgl. Owen et al. 2004, Kordy et al. 2006, van Uden-Kraan et al. 2008a, van Uden-Kraan et al. 2008b, Hoybye et al. 2010; Ruland et al. 2013) sowie auch die Nutzung des Internets von Krebspatienten für die Informationssuche zu ihrer Erkrankung (Owen et al. 2004, Buntrock et al. 2007). Die bereits evaluierten Studien über internetbasierte Nachsorgeformen für onkologische Patienten haben überwiegend Brustkrebspatientinnen untersucht (Gustafson, Hawkins, Pingree, McTavish, Arora, Mendenhall, Cella, Serlin, Apantaku, Stewart & Salner 2001, Winzelberg, Classen, Alpers, Roberts, Koopman, Adams, Ernst, Dev & Taylor 2003), so dass für andere Krebsarten, wie Prostatakrebspatienten, noch ein weites Feld für Untersuchungen besteht. Studien, die internetbasierte Interventionen auf ihre

Wirksamkeit im Hinblick auf den Krankheitsverlauf untersucht haben, zeigten positive Tendenzen bei vielen unterschiedlichen somatischen und psychosomatischen Krankheitsbildern (Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter & McGhee 2004, Berger und Andersson 2009, Kordy 2013). Wantland et al. (2004) untersuchten in ihrer Meta-Analyse internationale Studien, welche die Wirksamkeit internetbasierter Interventionen für chronisch erkrankte Patienten (insbesondere Asthmatiker, Adipositas-Patienten) im Hinblick auf Verhaltensänderungen und Wissenszuwachs bezüglich ihrer Erkrankung beleuchtet haben. Dabei konnte unter anderem gezeigt werden, dass bei Patienten internetbasierter Interventionsgruppen zum Einen die Erkrankungen langsamer voranschreiten, und zum Anderen die Patienten der Interventionsgruppen eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Angebote zeigten. Berger und Andersson (2009) stellten bei einer Analyse der Studienlage zu der Effektivität von „minimal-contact“-Therapien (Teilnahme an webbasierten Selbsthilfeprogrammen in Kombination mit regelmäßigem Kontakt mit einem Therapeuten, z.B. via Email) unter anderem fest, dass das Internet als Kommunikations- und Informationsmedium bei Patienten mit Angststörungen eine ähnliche Effektivität hinsichtlich der Symptomreduktion ihrer Angststörung wie evidenzbasierte Face-to-Face-Psychotherapien aufweisen kann (Carlbring, Gunnarsdottir, Hedensjö, Andersson, Ekselius & Furmark 2007, Titov, Andrews & Schwencke 2008, Berger, Hohl & Caspar 2009). Insgesamt lässt sich daher ein positives Fazit im Hinblick auf die Wirksamkeit internetbasierter Nachsorgeangebote für die untersuchten Indikationen feststellen. Die Entwicklung eines ambulanten wohnortunabhängigen und zeitnahen Nachsorgeangebots nach stationärer Rehabilitation, wie die in der vorliegenden Studie untersuchte therapeutisch geleitete Chatgruppe, könnte eine viel versprechende Option zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Behandlungsfortsetzung sein. So erhöhen die Chatgruppen die Behandlungskontinuität, indem sie zeitlich und räumlich unabhängig und leicht verfügbar sind. Es ist bekannt, dass die psychoonkologische Versorgung in einigen Regionen noch unterrepräsentiert ist, vor allem in ländlichen Regionen (Heckl, Singer, Wickert & Weis 2012). Für Patienten, die psychoonkologische Versorgung theoretisch wohnortnah nutzen können, aber nicht sofort ein freier Therapieplatz zur Verfügung steht, können Wartezeiten auf Therapieplätze überbrückt werden oder die Chatgruppe als zusätzliches psychoonkologisches Medium genutzt werden. Kordy stellte in seiner

Publikation im Jahr 2013 eine Übersicht über die Ergebnisse bisheriger E-Mental-Health-Angebote in der Gesundheitsversorgung zusammen. Das Projekt „Internet-Chat-Brücke“, das im Jahr 2000 als Kooperation zwischen den Panorama-Fachkliniken Scheidegg/ Allgäu und der Techniker Krankenkasse für Patienten mit psychosomatischen Störungen als „Brücke“ in den Alltag nach stationärer Behandlung initiiert wurde, zeigte eine hohe Effektivität in der Verbesserung des Krankheitsverlaufs. Insgesamt bewerteten die Patienten, die das Chatangebot in Anspruch genommen hatten, ihren körperlichen und seelischen Zustand, ihre allgemeine Leistungsfähigkeit sowie ihr Allgemeinbefinden auch sechs Monate nach Verlassen der Panoramaklinik häufiger positiv als die Patienten der Kontrollgruppen, die eine herkömmliche Behandlung in Anspruch genommen hatten (Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug & Bauer 2006). Zudem konnte auch gezeigt werden, dass Chatteilnehmer innerhalb von zwölf Monaten nach Entlassung aus der Panoramaklinik deutlich weniger Rückfälle erlitten bzw. wenn überhaupt, deutlich später als die Patienten der Kontrollgruppe (Bauer, Wolf, Haug & Kordy 2011). Auch die durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse des Projekts zeigte eine deutliche Überlegenheit der internetbasierten Nachsorge in Bezug auf die Reduktion der Krankheitsausprägung unter Nutzung der Internet-Chat-Brücke im Vergleich zu den Vergleichsgruppen und bezüglich der für die Organisation und Durchführung aufzubringenden Kosten (Moessner, Bauer & Özer 2013). Die Autoren zeigten, dass signifikant geringere Kosten bei der Organisation und Durchführung einer internetbasierten, therapeutisch geleiteten poststationären Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten, wie der „Internet-Chat-Brücke“, gegenüber herkömmlichen Therapieformen bei zusätzlich auch noch besseren Langzeiteffekten (Bauer, Wolf, Haug & Kordy 2011) angefallen waren. Es ist daher an der Zeit, sich bei der Planung von internetbasierten Interventionen für Krebspatienten, auch mit potentiellen Akzeptanz-, Bedarfs- und hemmenden Faktoren einer Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteten Chatgruppen zu befassen, wie in der vorliegenden Studie, um die Angebote zielgruppengerecht zu konzipieren zu können. Eine Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken, wie „Pubmed, Medline“ ergab, dass in Deutschland bislang keine explorativen Studien zu der Fragestellung nach fördernden und hemmenden Faktoren einer potentiellen Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteten Chatgruppen in der Nachsorge männlicher Krebspatienten anhand eines

halboffenen Interviewleitfadens publiziert wurden (Recherche der Autorin, Stand Januar 2014). Die vorliegende qualitative Studie besitzt daher Pilotcharakter. Die Ergebnisse dieser Dissertation können als Basis für mögliche Folgestudien verstanden werden. Es besteht Bedarf für Folgestudien, die sich den potentiell fördernden und hemmenden Faktoren einer potentiellen Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteten Chatgruppen unter Untersuchung einer größeren Stichprobe als in der vorliegenden Studie nähern. Der Kurzfragebogen im Anhang soll als Vorschlag für einen potentiellen Fragebogen verstanden werden, der einer schriftlichen Befragung einer größeren Patientenstichprobe dienen könnte (siehe Anhang 13. Vorschlag eines Fragebogens für Folgestudien). Für eine zukünftige, breitere Bedarfsabklärung zum Thema Internetnachsorge bei männlichen Krebspatienten könnten anhand des vorgeschlagenen Fragebogens die wesentlichen Aspekte in die Analyse von potentiellen Bedarfs-, Akzeptanz- und ablehnenden Faktoren einer Teilnahmebereitschaft von Krebspatienten eines Geschlechts, einer Krebsart und einer Altersgruppe an therapeutisch geleiteten Chatgruppen einbezogen werden können. Koch, Lehmann und Morfeld von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften sahen bereits im Jahr 2005 einen Bedarf an Untersuchungen, die im Sinne einer größeren Patientenorientierung die Entwicklung und Implementierung neuer webbasierter Versorgungsmodelle auf deren Effektivität sowie fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme zu untersuchen.

### 8.3 Potentiell fördernde und hemmende Faktoren einer Teilnahmebereitschaft im Kontext mit der Literatur

Es konnte ermittelt werden, dass 81.3 % der in dieser Studie interviewten Patienten einen **Computer mit Internetzugang** zuhause nutzen konnten. Diese Werte deckten sich nahezu exakt mit den ermittelten Werten durch das Statistische Bundesamt für das erste Quartal des Jahres 2011 in Deutschland. Damit zeigt sich, dass die technischen Voraussetzungen für den Großteil der befragten Patienten gegeben gewesen wären, um an der Chatgruppe teilnehmen zu können. Daher erscheint es wichtig, andere hemmende Faktoren für eine potentielle Nichtteilnahmebereitschaft und auch fördernde Faktoren der potentiell teilnahmebereiten Patienten zu erschließen. In der vorliegenden Studie konnten schlechte **Computer- und Internetkenntnisse** nicht eindeutig als hemmender Faktor für eine Chatteilnahme identifiziert werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Kordy et al. (2006). Die Autoren zeigten, dass sich auch Patienten ohne jegliche Erfahrungen mit dem Internet für eine Teilnahme an therapeutisch geleiteten Chatgruppe entschieden und sich nur 15 % der Teilnehmer durch die Technik eingeschränkt fühlten. Daher könnte bei Patienten ohne bisherige **Erfahrungen mit dem Internet oder Chat-/ Diskussionsforen** am ehesten die **Patientenschulung** Einfluss auf eine potentielle Teilnahmebereitschaft gehabt haben. Während dieser Patientenschulung konnten Personen ohne, oder mit geringen bisherigen Erfahrungen und Kenntnissen, das Internet und das Chatgruppenprogramm beim Probe-Chatten kennenlernen. Für die potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten, die trotz Computer- und Internetkenntnissen eine potentielle Teilnahmebereitschaft ablehnten, müssen andere hemmende Aspekte überwogen haben. Alle potentiell teilnahmebereiten und zwei Drittel der nichtteilnahmebereiten Patienten nannten als **Gefahr der Internetnutzung** einen **unsicheren Datentransfer** sowie eine **Gefährdung ihrer Anonymität und Privatsphäre**. In der Studie von Kordy et al. (2006) empfanden hingegen nur knapp 40 % der Chatteilnehmer Anonymität im Chat wichtig und ein Drittel äußerte sich negativ über das Verwenden eines Pseudonyms in Bezug auf den Aufbau einer Beziehung zu den Mitteilnehmern. Die Bereitschaft zu der Teilnahme war hoch und die Abbrecherquote gering. Suler (2004) beschäftigte sich mit diesem Thema und fand heraus, dass Anonymität im Internet zu einer

größeren Offenheit und Aufrichtigkeit im Miteinander führt. In der Patientenschulung wurde der Aspekt der Anonymität im Chat betont, was das Besprechen unangenehmer Themen erleichtern könne. Die aktuellste Version der ARD/ZDF-Onlinestudie aus dem Jahr 2013 untersuchte die Gründe dafür, dass Mitgliedschaften in privaten Communities trotz steigender Popularität abgelehnt werden. Dabei zeigte sich, dass 54% aller Internetnutzer kein eigenes Profil in einem privaten Netzwerk hatten. Als Hauptargument dagegen wurden von 75% der Nichtnutzer Datenschutzbefürchtungen genannt. Ein weiteres Argument, das sowohl in der ARD/ZDF-Befragung im Rahmen der Onlinestudie 2013 sowie auch als hemmender Faktor einer potentiellen Chatteilnahme in der vorliegenden Studie genannt wurde, war die **Angst vor einer „zeitfressenden Beschäftigung“** (ARD-ZDF-Onlinestudie 2013). Daher kann man schlussfolgern, dass nach wie vor **Bedenken** in Bezug auf Daten- und Anonymitätsverluste sowie der Sinnhaftigkeit einer Nutzung von Communities, Foren- oder Chatgruppen den Vorteilen einer Nutzung von Online-Communities bzw. Chatgruppen in vielen Köpfen von potentiellen Internetnutzern gegenübergestellt sind und einen großen hemmenden Faktor darstellen können. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass für die Hälfte der eine Teilnahme ablehnenden Patienten nach der Patientenschulung Fragen offen geblieben waren. Für die potentiell teilnahmebereiten Patienten dagegen nicht. Damit ließen sich **offene Fragen nach der Patientenschulung** unter den Patienten als hemmender Faktor der Teilnahmebereitschaft identifizieren. Für Patienten, die negative Gedanken über einen potentiellen Verlust ihrer Anonymität und Angst vor Datentransparenz im Chat äußerten, war die **Datensicherheit** von großer Relevanz. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Patientenschulung in diesem Punkt die wichtige Funktion hat, ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Um dies gegenüber den Patienten zu gewährleisten, sollten die **Sicherheits- und Datenschutzbestimmungen** während zukünftiger Patientenschulungen weiter in den Fokus rücken. Die Frage, welchen Einfluss Patientenschulungen auf die Motivation zu einer Teilnahme an internetbasierten Interventionen haben können, ist dabei von zentraler Bedeutung, um in zukünftigen Patientenschulungen besser auf die Bedürfnisse der potentiellen Teilnehmer an der Chatgruppe eingehen zu können. In der vorliegenden Studie sahen nahezu alle potentiell teilnahme- und nichtteilnahmebereiten Patienten **Vorteile in der Internetnutzung**, ebenso wie die

**Bedeutung des Internets** sowohl von den potentiellen teilnahmebereiten und potentiell nicht teilnahmebereiten Patienten als relevant eingestuft wurde. Es zeigte sich jedoch, dass selbst in der befragten Zielgruppe, die durch die Vorauswahl der Klinik bereits hinsichtlich ihres Interesses am Internet vorselektiert war, nur wenige Patienten bereits praktische **Erfahrungen mit Foren/Chatdiskussionen** gesammelt hatten und daher wussten, wie diese ablaufen. Laut der Patienteninterviews wurde das **Probe-Chatten** als positiver Aspekt der Patientenschulung angesehen. Es wurden bereits Studien zu dem Thema der aktiven Einbindung von Patienten in Patientenschulungen durchgeführt, die zeigen, dass Schulungen mit interaktiven didaktischen Methoden, wie der Patientenschulung zum Thema E-Nachsorge der vorliegenden Studie mit ihrer Möglichkeit zum Probe-Chatten, anderen Schulungen mit frontaler Vortragstechnik überlegen sind in Bezug auf langfristiges Empowerment, Selbstmanagement und Compliance des Patienten (Faller, Koch, Reusch, Pauli & Allgayer 2009). Eine **Manualisierung der Patientenschulung** erscheint wichtig, um eine gleichbleibende Qualität zu sichern (AOK Bundesverband Bonn et al. 2001). Darunter versteht man die schriftliche Abfassung von Schulungszielen, -inhalte und didaktischen Methoden sowie der schriftlichen Festlegung der Zielgruppe, Dozentenqualifikation, des Hintergrunds und der Rahmenbedingungen (Faller et al. 2009). Die Autoren Reusch, Schug, Küffner, Vogel und Faller (2013) stellten in ihrer Studie fest, dass ein vollständiges Manual häufiger einen Einsatz von Übungen, Vorträgen, Diskussionen und Kleingruppenarbeit in Patientenschulungen bewirkt. Für die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik Nordfrieslandklinik lag kein Manual vor. Fast alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten keine **Vorstellung einer optimalen internetbasierten Nachsorge** in den Interviews, im Gegensatz zu den potentiell teilnahmebereiten Patienten. Dies führt zu der Frage, ob die Patienten durch die Patientenschulung ausreichend auf die Möglichkeiten des Internets in der Nachsorge informiert worden waren und ob die Patientenschulung zielgruppenorientiert war. Zudem lag scheinbar auch ein **Informationsdefizit** vor, da fast ein Drittel der befragten Patienten nicht wusste, an wen sie sich für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote wenden konnten bzw. welche Angebote es generell gab. Im Gegensatz zu den sonst langen Wartezeiten bei einer herkömmlichen psychosozialen/ psychotherapeutischen Versorgung

(Zepf, Mengele, Marx & Hartmann 2001) sollten die Patienten auf die Möglichkeit hingewiesen werden, via Internet eine **zeitnahe Anschlussbehandlung** erhalten zu können. Generell dienen Patientenschulungen dazu, die Mitarbeit (Compliance) der teilnehmenden Patienten bei der medizinischen Rehabilitation zu verbessern und den eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken (Faller 2001). Eine gezielte, umfassendere Aufklärung über die **technische und organisatorische Durchführung der Chatgruppen**, sollte in zukünftigen Patientenschulungen erfolgen. Eine Limitation durch personelle oder finanzielle Faktoren ist jedoch denkbar. Ziel sollte sein, dass kein Patient, der an der Patientenschulung zum Thema E-Nachsorge teilgenommen hat, im Anschluss noch offene Fragen, insbesondere zum Ablauf des Chats, und Angst vor Verlust der Anonymität hat. In der vorliegenden Studie hatten drei potentielle Nichtteilnehmer noch offene Fragen im Anschluss an die Patientenschulung, die alle auf den Aspekt der Anonymität und Datenschutz während der Chatgruppenteilnahme zielten. Die Patienten sollten möglicherweise während zukünftiger Patientenschulungen noch stärker ermutigt werden, die **angebotene Unterstützung bei Unklarheiten / Unsicherheiten** in Anspruch zu nehmen (sich an eine Person zu wenden (telefonisch / per Email), die Fragen zum Umgang mit der Chatoberfläche / Computern / dem Internet beantworten kann. Nahezu alle potentiell teilnahmebereiten und potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten der vorliegenden Studie beurteilten **psychosoziale Nachsorge** generell positiv. Merwart (2012) untersuchte in seiner Studie die Inanspruchnahme von verschiedenen psychosozialen Unterstützungsangeboten. Es zeigte sich, dass die **Inanspruchnahme von unpersönlichen Unterstützungsangeboten**, wie Telefon- und Internetberatung durch Experten und Internet-Foren mit anderen Betroffenen, von verschiedenen Faktoren abhängt. Eine Inanspruchnahme korrelierte mit einem jüngeren Alter des Patienten, aber nicht mit dem Geschlecht. Eine aktuell vorliegende psychische Störung verdoppelte die Inanspruchnahme gegenüber Patienten ohne psychische Diagnose. Der Faktor Depressivität korrelierte nicht mit der Inanspruchnahme, dagegen zeigte sich aber eine vermehrte Nutzung der Angebote von Patienten in Akutkliniken gegenüber rehabilitativ versorgten Patienten. Interessanterweise hing die Nutzung unpersönlicher Unterstützungsangebote, wie Telefon- und Internetberatung durch Experten und Internet-Foren mit anderen Betroffenen, in der Studie von Merwart

(2012) nicht signifikant von der **generellen Sicht auf psychosoziale Nachsorgeangeboten** ab. Dies deckte sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Ob die von Merwart (2012) diskutierten Aspekte auch die potentielle Nichtteilnahmebereitschaft in der vorliegenden Studie beeinflusst haben können, wie das überwiegend höhere Lebensalter der befragten Patienten, die Tatsache, dass die Patienten sich zum Rekrutierungszeitpunkt bereits in der Rehabilitationsphase und nicht mehr in der Akutklinik befanden, und die Patienten sich möglicherweise unzureichend über die **Möglichkeiten der psychosozialen Nachsorge via therapeutisch geleiteter Chatgruppen** informiert fühlten, ist rückblickend nicht sicher beurteilbar. Als Gründe für eine generelle Nichtanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote wurde in der Studie von Merwart (2012) von 51,8 % der männlichen und 43,8 % der weiblichen befragten Patienten kein Bedarf an Hilfe geäußert. Die potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten der vorliegenden Studie gaben ausnahmslos einen positiven **Gesundheitszustand** und mit der Ausnahme eines Patienten auch eine hohe **Zufriedenheit mit ihrer bisherigen Behandlung** an. Man könnte daher von einem geringen **Bedarf an zusätzlicher Hilfe** ausgehen. Dies könnte möglicherweise eine potentielle Nichtteilnahmebereitschaft beeinflusst haben, da die Patienten sich bereits zum Zeitpunkt der Interviews „zu gut“ für eine potentielle Teilnahme gefühlt haben könnten. Eine positive **Einstellung gegenüber der Erkrankung** wurde als ein hemmender Faktor der potentiellen Teilnahmebereitschaft interpretiert, eine negative Einstellung gegenüber der Erkrankung als ein fördernder Faktor der potentiellen Teilnahmebereitschaft. Es liegen in der Literatur zum jetzigen Zeitpunkt keine Hinweise dafür vor, inwiefern die Einstellung von männlichen Patienten gegenüber ihrer Erkrankung mit der Bereitschaft zu einer Teilnahme an therapeutisch geleiteten Chatgruppen korreliert (Recherche der Autorin, Stand Januar 2014). Es konnte gezeigt werden, dass eine höhere Symptombelastung, wie Inkontinenz, Impotenz, weitere sexuelle Funktionsstörungen und das Fortschreiten der Erkrankung mit einer höheren psychischen Belastung einhergehen (Ullrich et al. 2003). Es erscheint logisch, dass eine hohe Symptombelastung tendenziell eher mit einer negativen Einstellung gegenüber der Krebserkrankung korrelieren dürfte und daher unter Annahme des Zutreffens der bisherigen Interpretationen möglicherweise auch die potentielle Teilnahmebereitschaft an einer therapeutischen Chatgruppe der

betroffenen Patienten dadurch erhöht werden dürfte. Diese Hypothese wird anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie auch gestützt, da alle Patienten, die in der vorliegenden Studie einen negativen Gesundheitszustand angegeben hatten, potentiell teilnahmebereite Patienten waren. Die Frage, ob sich die **Teilnahmebereitschaft zu einem späteren Zeitpunkt** ändern würde, könnte in Folgestudien untersucht werden. Nahezu alle Patienten, die eine potentielle Teilnahme ablehnten, beschrieben ihre **bisherige Behandlung** zum Zeitpunkt der Interviews als gut bzw. sehr gut. Dies steht im Gegensatz zu den Antworten der potentiell teilnahmebereiten Patienten an der Chatgruppe. Mehr als die Hälfte der potentiellen Teilnehmer an der Chatgruppe äußerte sich kritisch zur **Behandlung in der Rehabilitationsklinik**. Der am häufigsten genannte Kritikpunkt an der bisherigen Behandlung war die **mangelnde Zeit der Ärzte** für die individuelle Betreuung der Patienten. Interessanterweise stellte sich die Mehrzahl der potentiell teilnahmebereiten Patienten in der vorliegenden Studie als **optimale Form der Nachsorge** eine **enge Arzt-Patient-Beziehung** vor. Man kann annehmen, dass Patienten mit einem Sinn für eine persönliche, intensive Begleitung durch einen Arzt / Therapeuten, auch die Teilnahme an einer therapeutischen Chatgruppe positiv bewerten und für sich erwägen. Möglicherweise stellte die Chatgruppe aufgrund ihrer **therapeutischen Leitung** und fehlender persönlicher Gespräche mit den betreuenden Ärzten einen besonderen Anreiz für die Patienten in der vorliegenden Studie dar und erhöhte ihre potentielle Teilnahmebereitschaft. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der Studie von Kordy et al. (2006) gestützt, da 80 % der Chatgruppenteilnehmer die therapeutische Leitung der Gruppe positiv bewerteten. Es sollte erwägt werden, den Aspekt der therapeutischen Leitung in zukünftigen Patientenschulungen noch gezielter hervorzuheben, da es sich um einen wichtigen Akzeptanzfaktor handeln dürfte. Die Studienergebnisse von unter anderem Kordy et al. (2006) könnten in zukünftigen Patientenschulungen präsentiert werden, um die Patienten für den bereits in vorherigen Studien positiv bewerteten Aspekt der therapeutischen Leitung zu begeistern und so die potentielle Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Es lässt sich vermuten, dass Patienten, die keine Kritikpunkte in ihrer Behandlung wahrgenommen oder eine neutrale Sicht auf ihre **bisherige Behandlung** hatten, eine Teilnahme an therapeutischer Nachsorge, wie der Chatgruppe, tendenziell eher ablehnen und

nicht in Anspruch nehmen möchten, da kein expliziter Bedarf besteht, Lücken in der Versorgung zu schließen. Patienten, die mit ihrer bisherigen Behandlung / Versorgung nicht vollständig zufrieden waren, scheinen eher an einer Teilnahme an therapeutischen Chatgruppen interessiert zu sein, so dass eine kritisch beurteilte bisherige Behandlung als fördernder Faktor für eine Teilnahmebereitschaft in dieser Studie identifiziert wurde. Die Patienten der Studie von van Uden-Kraan et al. (2008b) berichteten nach der Teilnahme an Selbsthilfeforen von einer veränderten Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt, einem gesteigerten Mut, diesem Fragen zu der eigenen Erkrankung zu stellen, einer verbesserten Compliance, den Therapieplan einzuhalten sowie einer gesteigerten Akzeptanz gegenüber ihrer Erkrankung. Die retrospektiven Äußerungen der Teilnehmer der Studie von van Uden-Kraan et al. (2008b) unterstreichen den potentiell positiven Einfluss einer Chatgruppe auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Laut Ruland et al. (2013) besteht dennoch weiter Untersuchungsbedarf zu der Frage, wie sich computerbasierte Angebote auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken und welche Rolle beratende und nahestehende Personen dabei spielen. Es gibt einige Studien, die Hinweise dafür liefern, dass Krebspatienten Gespräche mit ihrem behandelnden Arzt Gesprächen mit der Partnerin, Familie oder Freunden vorziehen (De Vries, Söllner, Steixner, Auer, Schiessling, Stzankay, Iglseeder & Lukas 1998, Söllner, Zschocke & Augustin 1998). Patienten sollten in Folgestudien zu ihrer Arzt-Patient-Beziehung befragt werden, um in zukünftigen Patientenschulungen einen wichtigen potentiellen Akzeptanzfaktor zu kennen. Nahezu alle potentiell teilnahmebereiten Patienten hatten den **Wunsch nach einer professionellen Hilfe bei der Unterstützung ihrer Krankheitserlebnisse** in der vorliegenden Studie geäußert. Eine positive Einstellung gegenüber professioneller Nachsorge wurde als fördernder Faktor einer Teilnahme interpretiert. Die deutliche Mehrheit der potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten hatte keinen Wunsch nach professioneller Hilfe geäußert. Eine negative **Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung zur Verarbeitung der Krankheitserlebnisse** konnte als zusätzlich hemmender Faktor einer Teilnahmebereitschaft gesehen werden. Alle potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten äußerten dagegen eine positive Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung. Mehr als die Hälfte der potentiell teilnahmebereiten Patienten äußerten dagegen eine negative Einstellung in der vorliegenden Studie.

**Anregungen für den Ablauf im Vorwege der Intervention** äußerte die Hälfte der befragten potentiell teilnahmebereiten Patienten und keiner der eine Teilnahme ablehnenden Patienten. Geäußerte Anregungen wurden somit als fördernde Faktoren betrachtet. Diese ließen sich als eine intensive gedankliche, ergebnisorientierte Auseinandersetzung der potentiell teilnahmebereiten Patienten mit dem Thema „Chatgruppe“ interpretieren, sprach für eine Bereitschaft der Patienten sich auf das Projekt „einzulassen“ sowie für den Wunsch der teilnahmebereiten Patienten ein optimales Resultat für sich aus einer Teilnahme zu ziehen. Ein beträchtlicher Anteil der in der vorliegenden Studie befragten Patienten befürchtete, keinen positiven Effekt durch den **Austausch mit Mitpatienten** zu erfahren. Die Studie von Kordy et al. (2006) zeigte jedoch eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Chatgruppe als sinnvolle Ergänzung zu der bestehenden Gesundheitsversorgung und die Patienten konnten einen hohen subjektiven Nutzen aus dem Erfahrungsaustausch mit ihren Mitpatienten ziehen. Mehr als die Hälfte der Patienten der Studie von Kordy et al. (2006) gaben sogar an, Geld für die Chatteilnahme zu bezahlen. Die Patienten äußerten **Bedenken**, da es sich bei den **Mitchattern um medizinische Laien** handele und zum anderen, da sie befürchteten, durch die **negative Stimmung der Mitchatter** in ihrer eigenen **psychischen Stabilität** negativ beeinflusst zu werden. Es konnte jedoch bereits in Studien gezeigt werden, dass sachlich falsche Informationen, auch ohne professionelle Leitung, schnell korrigiert werden können (Klemm, Reppert & Visich 1998). Laut Klemm und Hardie (2002) können internetbasierte Gruppengespräche jedoch auch dazu führen, dass ohne professionellen Leiter inkorrekte Informationen verbreitet werden und Unsicherheiten geschaffen werden. Somit gibt es in der Literatur diesbezüglich keine klare Tendenz. Van Uden-Kraan et al. (2008a) beschrieben jedoch nach Analyse der Inhalte von Selbsthilfeforen durch medizinische Experten, dass die medizinischen Informationen in internetbasierten Foren von guter Qualität waren und keine potentielle Gefahr für die Mitchatter darstellten. Der in der vorliegenden Studie von allen potentiellen Chatteilnehmern und der Hälfte der eine Teilnahme ablehnenden Patienten genannte Akzeptanzfaktor war der mögliche **Erfahrungsaustausch** via Chatgruppe. Die befragten Patienten der Studie von van Uden-Kraan et al. (2008b) erwähnten den ermöglichten Erfahrungsaustausch mit den Mitpatienten retrospektiv als positiv und äußerten, dass das Gespräch mit externen Personen

über die eigene Erkrankung verhindere, die Freunde / Familie mit dem Thema Krankheit zu belasten und dafür mit der Familie / Freunden mehr Raum für das Besprechen alltäglicher Dinge zur Verfügung zu haben. Auch die von Ruland et al. (2013) untersuchten Patienten, die das vorbeschriebene Internetportal genutzt hatten, gaben an, dieses als sehr hilfreich empfunden zu haben. Diese Ergebnisse sollten Patienten in zukünftigen Patientenschulungen präsentiert werden. Die im Anschluss an die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erhobenen Äußerungen der Teilnehmer der Studie von van Uden-Kraan et al. (2008b) ergaben hingegen, dass die Patienten die patientenverständliche Sprache innerhalb der Chatgruppen, den hohen Informationsgehalt sowie das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Chatgruppen schätzten und die emotionale Verbundenheit mit den anderen Chatteilnehmern lobten. Der Vergleich des eigenen Schicksals mit dem anderer Patienten, erlaubte den Patienten ihr eigenes Schicksal positiver zu bewerten und Zuversicht an die Mitpatienten weiter geben zu können (van Uden-Kraan et al. 2008b). Die Patienten äußerten auch durch die Teilnahme an der onlinebasierten Gruppendiskussion mehr Vertrauen in ihre jeweilige Therapie, mehr Optimismus für das Leben mit der Diagnose sowie eine Wiederherstellung ihrer Selbstachtung, trotz der Diagnose, gewonnen zu haben. Für einige Patienten bedeuteten die online Foren ein erweitertes soziales Umfeld, für andere Patientinnen bedeuteten die online Foren ihr „neues“ soziales Umfeld, da sich viele aus dem sozialen Umfeld nach Diagnosestellung oder im Verlauf der Krankheit von ihnen abgewendet hatten. Es ist als interessant zu erachten, dass die retrospektiven Angaben der überwiegend weiblichen Patienten in der Studie von van Uden-Kraan et al. (2008b) sich in einigen Teilen mit den genannten fördernden und hemmenden Faktoren der vorliegenden prospektiven Studie männlicher Krebspatienten decken. Es kann dementsprechend vermutet werden, dass es Patientenkollektive gibt, die trotz unterschiedlichen Geschlechts ähnliche Aspekte positiv und negativ an internetbasierten Selbsthilfegruppen bewerten (vgl. Merwart 2012). Patienten der Studie von Ruland et al. (2013), die das Internetportal nicht genutzt hatten, rechtfertigten ihre Nicht-Nutzung hingegen damit, dass sie entweder nicht in der Rolle des Kranken sein wollten, sich wünschten ihr Leben möglichst in Normalität fortzusetzen oder auch während bzw. durch Nutzung der Internetplattform nicht an ihre Krebserkrankung erinnert werden wollten. Owen et al. (2004) leiteten als potentielle Akzeptanzfaktoren für eine Teilnahme an

internetbasierten Nachsorgeangeboten bei den untersuchten männlichen Patienten die Aussicht auf mehr Informationen zu der Erkrankung und eine Unterstützung bei der Entscheidung für Behandlungsmöglichkeiten ihrer Krebserkrankung ab. Für die Prostatakrebspatienten könnte das potentiell überzeugende Argument lauten, dass sie sich über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten informieren können. Spyra, Nowossadeck und Bartel (2009) von der Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Charité und dem Robert-Koch-Institut in Berlin untersuchten im Jahr 2009 die Teilnahmebereitschaft kardiologischer sowie orthopädischer Patienten in der Rehabilitationsphase an internetbasierten Nachsorgeprojekten. Dabei wurde untersucht, ob Rehabilitanden generell Interesse an einer internetbasierten Nachsorgeform haben, welche Module sie interessieren und ob die technischen Voraussetzungen (Computer / Internet) vorhanden waren. Es zeigte sich, dass insbesondere die männlichen Rehabilitanden großes Interesse an internetbasierten Nachsorgemöglichkeiten zeigten. Ältere Patienten, speziell Frauen, lehnten eher eine Internetnutzung und damit auch eine internetgestützte Nachsorge ab (vgl. Merwart 2012). Dennoch zeigte aber ein weitaus größerer Anteil in dieser Altersgruppe ein grundsätzliches Interesse an einem internetgestützten Nachsorgekonzept. Die internetbasierten Anwendungen wurden unterschiedlich bewertet, beispielsweise wurde das elektronische Tagebuch besser bewertet als die Möglichkeit, mit ehemaligen Rehabilitanden online in Kontakt zu bleiben. Die Studie zeigte aus Sicht von Bartel, Nowossadeck und Spyra, dass die Entwicklung und Implementierung von internetgestützter Nachsorge in der Rehabilitation sich auch bei tendenziell älteren Rehabilitanden als erfolgversprechend erweisen könnte. Sie sahen aber auch für zukünftige Projekte vor, dass die Praktikabilität und Wirksamkeit im Versorgungsalltag in zukünftigen Projekten weiter untersucht werden sollte. Shaw, Hawkins, Arora, McTavish, Pingree und Gustafson (2006) stellten in ihrer Studie, allerdings bei Mammakarzinom-Patientinnen, fest, dass das Vorhandensein eines Partners die Teilnahmewahrscheinlichkeit an einer internetbasierten Unterstützungsgruppe erhöht. Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den Ergebnissen der Studie von Hoybye et al. (2010), die einer bestehenden Partnerschaft die Rolle eines Prädiktors für eine hohe Teilnahmebereitschaft gaben. Weitere Aspekte, die mit einer hohen Teilnahmebereitschaft korrelieren,

sind laut Shaw et al. (2006) unter anderem eine harmonische Arzt-Patient-Beziehung, geringe krebsspezifische Ängste und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung als Faktoren für eine hohe Teilnahmebereitschaft. Eine weitere Untersuchung von an Krebs erkrankten Männern konnte psychische oder körperliche Symptome, soziale Unterstützung oder die Entfernung zur Einrichtung als Prädiktoren für die Teilnahme an internet- und telefonbasierten psychosozialen Angeboten nicht nachweisen (Corboy, McLaren & McDonald 2011). Nahezu alle Patienten fühlten sich unabhängig von ihrer Teilnahmebereitschaft zum Zeitpunkt der Diagnosestellung unzureichend informiert. Der Mangel an **Informationen zu der Erkrankung** der potentiell teilnahmebereiten Patienten kann als beeinflussender Faktor für eine Teilnahmebereitschaft interpretiert werden. Die Mehrzahl der potentiell teilnahmebereiten und eine Teilnahme ablehnenden Patienten nutzte das **Internet** nicht für gezielte **Recherchen zu Informationen über die eigene Erkrankung**, so dass die Informationssuche über die Erkrankung mithilfe des Internets nicht als fördernder Faktor für eine Teilnahmebereitschaft angesehen wurde. Eine Studie von Ramsey, Zeliadt, Arora, Potosky, Blough, Hamilton, Van Den Eeden, Oakley-Girvan und Penson (2009) ergab, dass Prostatakrebspatienten schon seit Jahren häufiger das Internet als Informationsquelle über ihre Erkrankung nutzen als andere Quellen (Broschüren), auch in diesem Bereich besteht Bedarf für zukünftige Studien, da dieser Aspekt in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden konnte. Es ließen sich in der vorliegenden Studie hinsichtlich der **präferierten Informationsquellen** keine klaren Tendenzen ableiten, da keine Quelle eindeutig als „sinnvollste Informationsquelle“ genannt wurde. Des Weiteren war auch keine Regelmäßigkeit zwischen den auf dem Screeningdokument angekreuzten **Computerkenntnissen**, die eher eine Internetnutzung nahe legen würden, und der **Nutzung bestimmter Informationsquellen** festzustellen. Allerdings hatten alle Patienten, die das Internet als sinnvollste Informationsquelle angegeben hatten, auf dem Screeningbogen „gute“ Computerkenntnisse angekreuzt. Aufgrund der Tatsache, dass alle befragten Patienten (bis auf zwei potentiell teilnahmebereite Patienten) **Bedenken gegenüber der Chatteilnahme** formulierten, obwohl sich anhand der übrigen Interviewantworten bei weit mehr als der Hälfte der befragten Patienten negative **Erfahrungen in Foren-/Chatdiskussionen** ausschließen ließen, sollte in zukünftigen

Patientenschulungen zu internetbasierten Nachsorgeangeboten noch gezielter auf die **geäußerten Bedenken** der Patienten (Datenschutz, Anonymität, negativ in der eigenen Verfassung und Stimmung beeinflusst werden) eingegangen werden. Bereits im Vorfeld gesammelte Erfahrungen mit Chat- / Forumdiskussionen konnten in der vorliegenden Studie nicht als fördernde Faktoren identifiziert werden, da der Mehrzahl der Befragten zum Zeitpunkt der Untersuchung Chat- und Forumdiskussionen sowohl begrifflich als auch aus eigenen Erfahrungen unbekannt waren.

## **8.4 Methodenkritische Auseinandersetzung**

Die **Vorauswahl** der potentiellen Chatteilnehmer und Nicht-Chatteilnehmer erfolgte durch die „Klinik Nordfriesland“. Neben den weiblichen Patientinnen mit Brustkrebs, wurden von den männlichen Patienten ausschließlich diejenigen mit urogenitalen und gastrointestinalen Krebserkrankungen zu der Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik zum Thema „E-Nachsorge: Ein neues Angebot“ eingeladen. Zudem mussten die eingeladenen Patienten für eine stationäre Behandlung von länger als drei Tagen in der Rehabilitationsklinik sein, über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen sowie bereits die Indikation für eine psychosoziale Nachsorge, nach Verlassen der Rehabilitationsklinik, gestellt bekommen haben. Die potentielle Teilnahmebereitschaft wurde daher in der vorliegenden Studie ausschließlich an bestimmten Krebsarten und einer durch weitere Einschlusskriterien eingeschränkten **Stichprobe** untersucht. Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigte sich, dass für einige Patienten nach der Patientenschulung noch Unsicherheiten bezüglich der Aspekte Datenschutz und Anonymität bestanden. Für **zukünftige Patientenschulungen** über therapeutische Chatgruppen via Internet sollten Manuals auf jeden Fall vermehrt Zeit und Raum für offene Fragen im Anschluss an die Patientenschulung vorsehen und auch ausreichend **Laptops für das Probe-Chatten** garantieren, um allen Interessierten die Möglichkeit zur probeweisen Nutzung zu geben. Ein Kritikpunkt an der Patientenschulung könnte sein, dass nicht für alle Besucher der Patientenschulung ausreichend Laptops für das Probe-Chatten im Anschluss an die Patientenschulung zur Verfügung standen. Das Probe-Chatten könnte in zukünftigen Patientenschulungen exemplarisch in mehreren Gruppen bestehend aus jeweils fünf bis zehn Patienten plus eine/n Therapeuten/in erfolgen. Es bleibt ungeklärt, ob mehr Patienten am Probe-Chatten und letztlich an der Chatgruppe teilgenommen hätten, wenn man das Probe-Chatten für alle Besucher der Patientenschulung obligat in den Ablauf der Patientenschulung integriert hätte. Bisher wurde das Probe-Chatten „allen Interessierten“ auf freiwilliger Basis im Anschluss an die Patientenschulung angeboten, was möglicherweise eine schnelle Entscheidung gegen das Ausprobieren des Probe-Chattens erleichtert haben könnte. Hier besteht Bedarf für Folgestudien, die bei männlichen Krebspatienten älterer Generationen, insbesondere Prostatakrebspatienten, die

Bereitschaft untersuchen, sich auf interaktive Angebote bei Patientenschulungen einzulassen. Die nicht identische Anzahl der rekrutierten potentiell teilnahme- und potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten während der Patientenschulung beruhte möglicherweise auf der Tatsache, dass den Patienten bei der Aufklärungsveranstaltung nicht eindeutig vermittelt wurde, dass die Antworten auf die Interviewfragen unabhängig von einer tatsächlichen Teilnahme an der Chatgruppe für die Studie relevant waren und dass patientenseitige Kritik an dem Projekt gewünscht war. Ein limitierender Faktor für die Rekrutierung von potentiell interviewbereiten Patienten war zudem der insgesamt nur zwölfwöchige **Rekrutierungszeitraum**. Ein längerer Zeitraum war aus **organisatorischen und personellen Gründen** schwer möglich. Ein Therapeut der kooperierenden Rehabilitationsklinik führte die Aufklärungsveranstaltung für die E-Nachsorge überwiegend allein durch, leitete das anschließende Probe-Chatten und führte interessierte Patienten in das genutzte Chatsystem ein. Für **Folgestudien** sollte erwogen werden, die Aufgabe der Rekrutierung von Patienten für die Interviews einer weiteren Person zu überlassen. Möglicherweise würden sich bei nachfolgenden Studien mit einer Verlängerung des Rekrutierungszeitraums sowie einer ausführlicheren Erläuterung des Ziels der Befragungen mehr Patienten für ein Interview bereit erklären. Ein weiterer Kritikpunkt stellte die **Stichprobengröße** dar. Geplant wurde das E-Nachsorge-Projekt ursprünglich zur Verbesserung der Nachsorgesituation für Prostatakrebspatienten und Brustkrebspatientinnen, und für die vorliegende Studie war eine Befragung der Teilstichprobe der Patienten mit Prostatakrebs geplant. Die rekrutierte Stichprobe wäre mit elf Prostatakrebspatienten ausgesprochen klein gewesen, so dass auch männliche Krebspatienten aller anderen Krebsarten in die vorliegende Studie eingeschlossen wurden. Die qualitative bzw. quantitative Auswertung der Ergebnisse der vorliegenden Studie im Hinblick auf fördernde und hemmende Faktoren der potentiellen Teilnahmebereitschaft an der Chatgruppe erfolgte an **Patienten unterschiedlicher Charakteristika** (Krebsarten, Altersklassen, Vorerfahrungen mit Computern / Internet, sozioökonomische und soziodemographische Aspekte), was die **Validität der Interpretationen** innerhalb der Gruppen potentielle Chatteilnehmer / potentielle Nichtteilnehmer beeinflussen könnte. Die potentiell teilnahmebereiten Patienten waren im Mittel 59.5 Jahre und die potentiell nichtteilnahmebereiten 56.2 Jahre alt, allerdings standen zehn potentiell

teilnahmebereite Patienten nur sechs Teilnahme ablehnende Patienten gegenüber. Die **Heterogenität der Stichprobe** ließ es nicht zu, zu bestimmen, ob die Krebsart selbst Einfluss auf die potentielle Teilnahmebereitschaft gehabt haben könnte. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass durch die unterschiedlichen Tumorformen und Altersgruppen der Stichprobe die **Generalisierbarkeit der Befunde** steigt. Es ist davon auszugehen, dass multiple Faktoren über die Bereitschaft zur Teilnahme an einem internetbasierten Nachsorgeangebot entscheiden und dass man das Interesse an Nachsorgeangeboten nicht ausschließlich in Abhängigkeit des Geschlechts und der Krebsart der Patienten betrachten kann. Jedenfalls konnte in der Untersuchung von Merwart (2012) keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede oder soziodemographische Daten, wie Alter und Bildungsstand, im Hinblick auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten, begründet werden. Es konnten anhand der Interviewantworten ausschließlich Hinweise darauf abgeleitet werden, welche Faktoren möglicherweise eine potentielle Teilnahmebereitschaft begünstigt bzw. verhindert haben könnten. Die bereits durchgeführten Studien auf dem Gebiet internetbasierter Nachsorge konnten in Bezug auf die potentiell fördernden und hemmenden Faktoren einer Teilnahmebereitschaft nur in wenigen Aspekten mit der vorliegenden Studie verglichen werden. In der vorliegenden Studie wurden offensichtlich Aspekte, wie **sozioökonomische und soziodemographische Faktoren**, die eine Teilnahmebereitschaft und die Nutzung des Internets als Informationsmedium potentiell mitbeeinflusst haben dürften, nicht erhoben und konnten daher nicht in die Interpretation und auch den Vergleich der Ergebnisse mit bereits bestehender Literatur einfließen (Vgl. Buntrock et al. 2007, Hoybye et al. 2010, Merwart 2012, Ruland et al. 2013). Weder der **Screeningbogen**, die **Datenschutzerklärung** noch der **halboffene Interviewleitfaden** zielte auf sozioökonomische und soziodemographische Aspekte der befragten Patienten ab. Die bestehende Schulbildung, die Einkommensverhältnisse, der Beschäftigungs- und Beziehungsstatus sowie psychologische Determinanten wurden weder im Screeningbogen noch im halboffenen Interviewleitfaden in der vorliegenden Interviewstudie erhoben. Man kann dies methodisch kritisieren, da man die Angaben auf ihre Bedeutung untersuchen könnte, allerdings mit dem Nachteil einer möglicherweise noch stärker **limitierten Patientenrekrutierung** für die

Interviews. Das bei der vorliegenden Studie gewählte Vorgehen, intime patientenseitige Informationen, wie Einkommensverhältnisse, Bildungsniveau und Beziehungsstatus, nicht zu erfragen, beruhte auf der Annahme, dass Interviewfragen zu diesen persönlichen Themen eine Überschreitung des **Anonymitätsgefühls** für die Patienten bedeutet hätte und die **Bereitschaft die Interviewfragen** zu beantworten, womöglich verringert worden wäre. Unter Hinzuziehung des Aspekts, dass auch ein im Jahr 2006 veröffentlichter Eurostat Artikel berichtete, dass Computerkenntnisse sowie die Nutzung des Internets in Europa deutlich vom Bildungsniveau und Beschäftigungsverhältnis abhängen, wird die Relevanz sozioökonomischer und soziodemographischer Faktoren bei Untersuchungen zu der Akzeptanz internetbasierter Interventionen deutlich. Die Vergleichbarkeit mit den bisher durchgeführten Studien auf dem Gebiet internetbasierter Nachsorgeangebote wurde allerdings auch durch die größeren Stichproben, uneinheitliche Geschlechterverteilungen und die nicht ausschließlich onkologischen Erkrankungsbilder zusätzlich eingeschränkt (Vgl. Owen et al. 2004, Kordy et al. 2006, van Uden-Kraan et al. 2008a, van Uden-Kraan et al. 2008b, Hoybye et al. 2010, Merwart 2012, Ruland et al. 2013). Es finden sich in der bestehenden Literatur bereits Hinweise für den Einfluss soziodemographischer und sozioökonomischer Aspekte auf die Teilnahmebereitschaft an internetbasierten Nachsorgeangeboten (Vgl. Buntrock et al. 2007, Hoybye et al. 2010). Es gibt jedoch auch Studien, die postulieren, dass kein Einfluss zwischen einer Teilnahmebereitschaft bzw. Nutzung des Internets als Informationsmedium und soziodemographischen oder sozioökonomischen Faktoren über die Krankheit besteht (Vgl. Buntrock et al. 2007, Merwart 2012). Die Erhebung sozioökonomischer und soziodemographischer Faktoren in der vorliegenden Studie wäre daher für eine vergleichende Untersuchung mit bereits durchgeführten Studien sinnvoll gewesen. Hoybye et al. (2010) sowie Buntrock et al. (2007) stellten als fördernden Faktor der Teilnahmebereitschaft an einer internetbasierten Selbsthilfegruppe bei weiblichen und männlichen Krebspatienten einen höheren sozioökonomischen Status (höheres Einkommen bei bestehendem festen Arbeitsbeschäftigungsverhältnis), verglichen mit den eine Teilnahme ablehnenden Patienten, fest. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Shaw et al. (2006) sowie Im, Chee, Liu, Lim, Guevara, Tsai, Clark, Bender, Shin, Kim und Kim (2007). Diese Tatsache gilt auch für Studien, welche die Nutzung des Internets als

Informationsmedium von Krebspatienten untersucht haben (Owen et al. 2004, Buntrock et al. 2007). Empirisch lässt sich anhand der bestehenden Literatur feststellen, dass die meisten interviewten Menschen auch bereit sind sich auch zu unangenehmen oder sensiblen Themen, wie Einkommen oder politischen Einstellungen zu äußern (Vgl. Reuband 1991). Laut Singer, van Hoewyk und Neugebauer (2003) kann eine Zusicherung von Anonymität die Anzahl von Interviewverweigerern signifikant senken, speziell bei Befragungen, die sensible Themen behandeln und bei denen die Befragten mit intimen Fragen rechnen (Dillman, Singer, Clark & Treat 1996). Eine Tatsache, die ebenfalls die patientenseitige Motivation die Interviewfragen zu beantworten beeinflusst haben könnte, ist, dass den Patienten durch die Interviewerin zu Beginn des Interviews mitgeteilt wurde „dass das Interview einen **zeitlichen Rahmen** von ca. 20 Minuten habe“. Neben den individuellen Prädispositionen des Befragten (soziodemographische Merkmale, Persönlichkeit, generelles Interesse) können nämlich auch zeitliche Aspekte, wie der empfundene Zeitaufwand und andere Verpflichtungen neben der Befragung, eine Teilnahmebereitschaft an Interviews beeinflussen (Möhring und Schlütz 2010, Groves, Cialdini & Couper 1992, Scheffler 1997). Dass **Fragebögen** nicht unbedingt für Patienten verständlich sein müssen, wenn die Fragebogen-Entwickler diesen für verständlich und strukturiert halten, zeigte sich bei Durchführung der vorliegenden Studie. Die Patienten verstanden in dem Abschnitt „Teilnahme am Chat“ offensichtlich nicht die Intention der Fragen „Welche Bedenken haben Sie gegenüber einer Studienteilnahme?“ und „Welche Nachteile sehen Sie in internetbasierter Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?“, was sich an den verwunderten Reaktionen der Patienten während der Interviews auf „die gleichen Fragen“ offenbarte. Für eine bessere Übersichtlichkeit wurden die Antworten, die auf die einander anscheinend stark ähnelnden Fragen, gegeben wurden, im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit unter „Barrieren einer Chatteilnahme“ zusammengefasst. Mit der ursprünglichen Abfolge der einzelnen Fragen zum Abschnitt „Teilnahme am Chat“, war die Intention verbunden, explizite Angaben der Patienten zu den Bedarfs-, Akzeptanzfaktoren und hemmenden Faktoren zu erhalten. Allerdings nahm möglicherweise die **Konzentration und Bereitschaft** die Interviewfragen zu beantworten bei der Mehrzahl der Patienten im Verlauf des Interviews ab. Für **Nachfolgestudien** wäre es ratsam die Bedarfs-, Akzeptanz- und ablehnenden

Faktoren mittels **kurzer, offener Fragen** zu formulieren und **Redundanzen** zu vermeiden. Auffällig war, dass sich Patienten, die noch kaum Erfahrungen mit dem Internet und Computern gesammelt hatten, wenig explizit zu den Fragen im Interviewleitfaden zu Computern, Internet sowie der potentiellen Chatgruppenteilnahme äußern konnten. Dies lag möglicherweise daran, dass sie nicht wussten, auf was die einzelnen Fragen zielten. Es sollte kritisch betrachtet werden, dass die Patienten bereits **im Anschluss an die Patientenschulung** die Entscheidung für oder gegen eine potentielle Teilnahme an der Chatgruppe trafen, aber der **Gesundheitszustand** erst zum Zeitpunkt des Interviews erfragt wurde. Nicht alle Interviews wurden direkt im Anschluss an die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik durchgeführt, sondern überwiegend telefonisch erst einige Tage bzw. Wochen nach der Patientenschulung. Eine Handlungsempfehlung für die Verbesserung von Folgestudien könnte die **Durchführung von „Probeinterviews“** sein. Nach deren Durchführung sollte erfragt werden, ob die gewählten Fragen zu den einzelnen Abschnitten des Interviewleitfadens **verständlich** und, unter Vergegenwärtigung der Untersuchungsziele, aus Sicht der Patienten **nachvollziehbar** waren. Dementsprechend könnten bis zum Beginn der Studiendurchführung im Rahmen möglicher Folgestudien noch Anpassungen an den Untersuchungsinstrumenten erfolgen und Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden. Generell als kritisch zu betrachten ist, dass persönliche **Angaben** von Patienten, wie die Beurteilung ihrer Computer- und Internetkenntnisse, nicht objektiv überprüfbar sind und auf die **wahrheitsgemäßen Angaben der Patienten** vertraut werden muss. Die Tatsache, dass die Angaben in den Screeningbögen von den mündlich gemachten Angaben im Interview in Hinsicht auf die Computer- bzw. Internetkenntnisse in fünf Patientenfällen voneinander abwichen, ist kritisch zu bewerten. Ein Erklärungsansatz für die **Abweichungen der Patientenangaben** der potentiell teilnahmebereiten Patienten könnte das Phänomen der **„sozialen Erwünschtheit“** gewesen sein, bei dem sich Menschen selbst verstärkt sozial erwünschte Eigenschaften zu schreiben (Hardmeier und Fontana 2006). In diesem Fall bessere Computer- und Internetkenntnisse, als wohl tatsächlich vorhanden. Es lässt sich bei der vorliegenden Studie nur mutmaßen, wie sich die Abweichungen zwischen Interviewangaben und Screeningbögen erklären lassen. Ein Erklärungspunkt neben dem Aspekt der „sozialen Erwünschtheit“ für die

abweichenden Angaben auf dem Screeningbogen bzw. im Interview könnte sein, dass auf dem Screeningbogen nur nach den Computerkenntnissen gefragt wurde und nicht nach den „Computer- und Internetkenntnissen“, wie im Interviewleitfaden. Möglicherweise lassen sich einige Disparitäten aufgrund dieser Unterschiede in der Formulierung erklären. In Folgestudien sollte eine **einheitliche Formulierung** im Wortlaut der Fragen sowohl für das Screeningdokument als auch für den Interviewleitfaden verwendet werden, wenn Repetitionen enthalten sind. In der vorliegenden Studie wurde im Entwicklungsprozess des Screeningdokuments und Interviewleitfadens dieser Aspekt nicht beachtet. Damit wäre aber noch nicht die Frage geklärt, warum ein potentiell nichtteilnahmebereiter Patient seine **Computer- und Internetkenntnisse** in den Interviews schlechter als die Computerkenntnisse auf den Screeningbögen bewertete. Vermuten lässt sich, dass der Patient seine Computer- und Internetkenntnisse im Sinne einer Legitimation seiner potentiellen Nichtteilnahmebereitschaft eher schlechter beschrieb. Diese Vermutungen lassen sich aber an dieser Stelle nicht validieren. Auch die **Rolle des Interviewers** sollte an dieser Stelle kurz beleuchtet werden, da er neben dem Befragten laut Noelle-Neumann und Petersen (2005; S. 62) ein „schwaches Glied der Kette“ ist. Damit ist gemeint, dass der Interviewer mehr ist als das Medium, um die Interviewfragen zu stellen und Informationen durch den Befragten zu erhalten. Den idealen Interviewer beschrieb Erp Ring als „kontaktfähigen Pedanten“ (aus Noelle-Neumann und Petersen, 2005; S. 319), da von ihm bestenfalls erwartet wird kommunikativ, sympathisch, an Menschen interessiert und ein empathischer Zuhörer zu sein, sich strikt an den Ablauf des Fragebogens zu halten und die Antworten des Befragten nicht zu fälschen. Prüfer und Stiegler (2002) waren der Auffassung, dass sich der Interviewer loyal gegenüber dem Befragten verhalten und die Antworten des Patienten unkommentiert lassen sollte.

Es konnten bereits Effekte durch das Geschlecht und Alter des Interviewers verzeichnet werden. Dabei zeigte sich, dass das **Geschlecht** die Interviewantworten beeinflussen kann, die sich auf geschlechtsspezifische Rollen oder Erwartungen und geschlechtsspezifisches Verhalten beziehen (Reinecke 1998). Das **Alter des Interviewers** kann ebenfalls die Interviewantworten beeinflussen (Reinecke 1998). Dabei werden Interviewern eines höheren Alters im Vergleich zu deutlich jüngeren Befragten eher konservativ geprägte Antworten

erwidert als bei umgekehrtem Altersunterschied (Reinecke 1991). Reinecke (1991) wies insgesamt darauf hin, dass geringere Verzerrungseffekte zwischen der Wahrheit und den Interviewangaben durch Effekte sozialer Erwünschtheit zu erwarten sind, wenn Aspekte, wie das Alter, das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit und die sozioökonomischen Unterschiede zwischen Interviewer und Befragtem ähnlich sind. In dieser Studie konnten mögliche Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden. Es gab kaum Informationen darüber, ob die Interviewerin und die befragten Patienten soziodemographische und sozioökonomische Faktoren teilten mit Ausnahme des Alters, des Geschlechts sowie der ethnischen Zugehörigkeit. In der vorliegenden Studie war es rückblickend schwierig nachzuvollziehen, ob sich Unterschiede durch das **Interviewsetting** in der Beantwortung der Interviewfragen ergeben haben. Für einige der Patienten gab es keine Alternative zu einer telefonischen Befragung, da diese am Tag der Patientenschulung durch ihren straffen Terminplan in der Rehabilitationsklinik keine Zeit für eine persönliche Befragung hatten. Ob abweichende Interviewergebnisse in Abhängigkeit von einer **persönlichen bzw. telefonischen Befragung** resultiert wären, ist im Nachhinein nicht beurteilbar. Laut Möhring und Schlütz (2010) spielen bei persönlichen und telefonischen Befragungen sowohl positive als auch negative Faktoren eine Rolle. Die „Kooperationsbereitschaft des Befragten“ ist bei persönlichen Befragungen am größten und die „Abbrecherquote“ am geringsten (Möhring und Schlütz, S. 119). Die Vorteile einer persönlichen Befragung wurden von Möhring und Schlütz zudem unter anderem in einer beliebigen **Dauer des Interviews** und einer erleichterten „**Motivation**“ **des Befragten** durch den Interviewer gesehen (2010; S. 119). Als Nachteile sahen Möhring und Schlütz (2010) die entstehenden **Kosten** durch den Interviewer, der beispielsweise Anreisekosten zu leisten hat, und die komplizierte Vereinbarung eines **Interviewtermins** mit dem Patienten. Zudem gibt es laut Möhring und Schlütz (2010, S.63) wenig Möglichkeiten die „**standardisierte Interviewführung**“ des Interviewers bei persönlichen Befragungen zu überprüfen. Für ältere Patienten ist bekannt, dass diese telefonische Befragungen angenehmer als persönliche Befragungen empfinden (Möhring und Schlütz 2010). Bei telefonischen Befragungen wird tendenziell jedoch „flüchtiger und kürzer“ von den Befragten geantwortet, dies gilt insbesondere für offene Fragen (Noelle-Neumann und Petersen 2005; S. 309-310). Laut Möhring und Schlütz (2010;

S.143) eignen sich Telefoninterviews gut für „heikle Fragen“, da der Einfluss einer dritten Person, die das Telefongespräch mitbekommt, eher unwahrscheinlich erscheint. Diesen Aspekt könnte man in Folgestudien weiter untersuchen, indem man die Interviews zu zwei Zeitpunkten jeweils einmal telefonisch und persönlich führen würde. In Anlehnung an Reinecke (1998), der sich mit Einflussfaktoren von Interviewsituationen befasst hat, kamen Möhring und Schlütz (2010; S. 49) zu dem Schluss, dass bei Interviews stets eine „**Situationsbeschreibung**“ angefertigt werden sollte, die den Ort, den Modus des Interviews und das Umfeld des Befragten beschreibt, beispielsweise, ob dieser in der Interviewsituation alleine war oder in Gesellschaft, ob der Befragte ohne Zeitdruck antworten konnte oder unter zeitlichem Stress wegen möglicher anderer Termine stand. Dadurch, dass vierzehn der sechzehn Patienten bereits einen Computer nutzen konnten (entweder zuhause oder auf der Arbeit), war die Frage nach der **Bereitschaft, einen Computer anzuschaffen**, retrospektiv nicht sinnvoll, allerdings wäre die Frage für Folgestudien potentiell interessant. Insbesondere, wenn eine größere Anzahl an Patienten befragt wird, die vor Chatgruppenbeginn noch über keine Möglichkeit verfügt, einen Computer zu nutzen. Nicht alle potentiell teilnahmebereiten und nichtteilnahmebereiten Patienten haben auch am Interview teilgenommen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse der befragten Stichprobe der potentiellen Teilnehmer und Nichtteilnehmer an der Chatgruppe geführt haben dürfte. Ruland et al. (2013) hatten bei ihrer Literaturrecherche keine Studien gefunden, welche die Effektivität internetbasierter Interventionen für Krebspatienten in der Korrelation mit dem Krebsstadium sowie der gewählten Therapie untersucht haben. Sie sehen Forschungsbedarf auf diesem Gebiet, da es wichtig ist zu wissen, für wen, wie, warum und unter welchen Umständen Angebote, wie das von ihnen untersuchte Internetportal, von Patienten angenommen werden (Ruland et al. 2013). Da aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht alle **Gütekriterien der qualitativen Forschung** bei der vorliegenden Studie erfüllt werden konnten (siehe Abschnitt 8.5), können **Fehlinterpretationen** der Interviewantworten nicht ausgeschlossen werden. Die Patienten wurden in der vorliegenden Studie zu ihrer potentiellen Teilnahmebereitschaft an der internetbasierten Chatgruppe befragt. Es konnte keine Aussage über die tatsächliche Teilnahmebereitschaft an der Chatgruppe getroffen werden, da keine **weiteren Befragungen** im Anschluss an die

Chatgruppenteilnahme erfolgten. Es wäre allerdings von Interesse gewesen, im Anschluss an eine tatsächliche Teilnahme, zu erfahren, welche Aspekte die Teilnahmebereitschaft am stärksten beeinflusst haben. Die vorliegende Studie zum Thema internetbasierte Nachsorge bei männlichen Krebspatienten konnte daher nur limitierte Antworten auf die Fragestellung nach fördernden und hemmenden Faktoren einer Chatteilnahme liefern und diente daher ausschließlich als **Grundlage für Folgestudien**.

## **8.5 Güte der Untersuchungsergebnisse**

Mayring fordert die argumentative Begründung qualitativ erhobener Ergebnisse, um die methodische Qualität der Ergebnisse zu prüfen. Diese Überprüfung kann laut Mayring mittels der Gütekriterien Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationssicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation erfolgen (Mayring, 2002, S.144).

### **8.5.1 Verfahrensdokumentation**

Die Verfahrensdokumentation ist in der vorliegenden Arbeit spezifisch und nachvollziehbar. Sie bezieht sich auf den Aufbau des theoretischen Hintergrundes, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, bestehend aus dem Screeningbogen und dem Interviewleitfaden, sowie die Durchführung der Erhebung und Auswertung der Daten. Die Patienten besuchten im Rahmen ihres Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik eine Patientenschulung zum Thema internetbasierter Nachsorge via therapeutisch geleiteter Chatgruppen. Im Anschluss an die Schulung wurden die Patienten gebeten einen Screeningbogen und eine Datenschutzerklärung auszufüllen. Die Beschreibung des Screeningdokuments erfolgt im Abschnitt 4.2 Rekrutierung der Stichprobe für die Interviews. In Anlehnung an das Ziel der Untersuchung, potentielle Bedarfs- und Akzeptanzfaktoren sowie hemmende Faktoren zu identifizieren, die eine Teilnahmebereitschaft an einer Chatnachsorge bei männlichen Krebspatienten beeinflussen können, wurden vier Forschungsfragen für die vorliegende Studie entwickelt. Die Forschungsfragen wurden durch Fragen operationalisiert, die den Interviewleitfaden bildeten. Die Erläuterung zu der Entwicklung des Interviewleitfadens sowie die Details zu der Interviewführung finden sich im Abschnitt 4.4 Der Interviewleitfaden und die Interviewdurchführung des Methodenteils. Die Interviews der potentiell teilnahme- und potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten an der Chatgruppe wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010; Abbildung 1) bzw. nach ausschließlich relativen und absoluten Häufigkeiten auf die zentrale Fragestellung nach Akzeptanz-, Bedarfs- und hemmenden Faktoren einer potentiellen

Chatteilnahmebereitschaft untersucht. Die einzelnen Schritte der Auswertung finden sich im Abschnitt 4.5 Die Auswertung der Interviews.

### **Zusammenfassung:**

Das erste Gütekriterium, die Verfahrensdokumentation, wurde in der vorliegenden Arbeit durch ausführliche Darstellung der Vorgehensweise berücksichtigt.

### **8.5.2 Argumentative Interpretationssicherung**

Das zweite Gütekriterium, die argumentative Interpretationssicherung, ist von Relevanz, um die Interpretationen der Patientenantworten argumentativ begründen zu können. Die Patientenaussagen, die wörtlich im Kodierleitfaden als Kodiereinheiten zitiert werden und den Kategorien zugeordnet worden waren, bildeten die Grundlage der Interpretation in der vorliegenden Studie. Als fördernde Faktoren einer Teilnahmebereitschaft konnten eine negative Einstellung gegenüber der Krebserkrankung, eine positive Einstellung gegenüber professioneller Nachsorge, dass es eine therapeutische Chatgruppe ist, eine Vorstellung der befragten Patienten von optimaler internetbasierter und realer Nachsorge, eine kritisch beurteilte bisherige Behandlung, geäußerte Anregungen für die internetbasierte Nachsorge vor Beginn der Intervention sowie die genannten positiven Aspekte einer therapeutischen Chatgruppe abgeleitet werden. Bei der Auswertung der Interviewantworten der vorliegenden Studie konnten als potentiell hemmende Faktoren einer Teilnahmebereitschaft eine negative Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung bei der Verarbeitung der Krankheitserlebnisse, offene Fragen nach der Patientenschulung sowie in der Internetnutzung / therapeutischen Chatgruppe gesehenen Gefahren identifiziert werden. Da Akzeptanz- und hemmende Faktoren einer potentiellen Teilnahmebereitschaft von männlichen Krebspatienten in der Nachsorge noch nicht häufig Gegenstand von Untersuchungen geworden sind, konnten nicht alle potentiell fördernden und hemmenden Aspekte im Abschnitt 8.3 empirisch belegt werden. Es erfolgte vielmehr die Diskussion der Studie im Kontext der bisher veröffentlichten Literatur. Es zeigten sich in einigen Bereichen Parallelen zwischen den bisherigen Studienergebnissen auf dem Gebiet der psychosozialen

Nachsorge via Internet und der vorliegenden Studie, weiterer Forschungsbedarf besteht jedoch.

### **Zusammenfassung:**

Das zweite Gütekriterium der argumentativen Interpretationssicherung konnte in der vorliegenden Studie eingeschränkt beachtet werden. Nach Auswertung der Häufigkeiten der einzelnen Kategorien wurden die Ergebnisse interpretiert. Die Interpretationen wurden in den Kontext der bestehenden Literatur verknüpft. Es konnte nicht für alle abgeleiteten potentiell fördernden und hemmenden Faktoren dieser Studie Literaturbezüge für eine argumentative Interpretationssicherung hergestellt werden.

### **8.5.3 Regelgeleitetheit**

Das Ablaufmodell der skalierenden Strukturierung wurde als Grundlage für das systematische Vorgehen angewendet und regelhaft befolgt. Das Textmaterial in Form der Interviewantworten wurde zunächst in Analyseeinheiten und daraufhin in Kodiereinheiten gegliedert. Die Zuordnung der Kodiereinheiten in die einzelnen, gebildeten Kategorien erfolgte in der vorliegenden Studie in einem nachvollziehbaren Prozess in strenger Anlehnung an den Ablauf der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

### **Zusammenfassung:**

Das dritte Gütekriterium der Regelgeleitetheit wurde in der vorliegenden Studie berücksichtigt.

### **8.5.4 Nähe zum Gegenstand**

Um diesem Gütekriterium gerecht zu werden, war es wichtig, dass der Interviewer eine für den Patienten offene und natürliche Befragungssituation schafft. Es war davon auszugehen, dass die interviewten Patienten Interesse an der Verbesserung von internetbasierten Nachsorgeangeboten für Patienten mit einer ähnlichen Diagnose hatten und sich daher für eine Interviewteilnahme entschieden hatten. Dementsprechend war eine Interessenübereinstimmung zwischen der

Interviewerin mit den Beforschten anzunehmen. Mit dem Wissen, dass das Verhalten eines Interviewers neutral und nicht kommentierend sein sollte (Prüfer und Stiegler 2002), wurde versucht die Patienten in ihren Antworten während der Interviews nicht zu beeinflussen oder zu lenken. Ziel war, dass die Patienten frei und ohne Vorgaben durch die Interviewerin in der vorliegenden Studie antworteten. Vier der männlichen Patienten der vorliegenden Studie wurden in einem persönlichen Gespräch in der Rehabilitationsklinik interviewt, die anderen zwölf Patienten wurden telefonisch befragt. Generell wird die Kooperationsbereitschaft der Befragten bei persönlichen Befragungen am größten und die Abbrecherquote nach Beginn des Interviews am geringsten eingeschätzt (Möhring und Schlütz 2010). Für ältere Patienten ist bekannt, dass diese telefonische Befragungen angenehmer als persönliche Befragungen empfinden (Möhring und Schlütz 2010). Bei telefonischen Befragungen wird tendenziell „flüchtiger und kürzer“ von den Befragten geantwortet, dies gilt insbesondere für offene Fragen (Noelle-Neumann und Petersen 2005; S. 309-310. Laut Möhring und Schlütz (2010; S.143) eignen sich Telefoninterviews jedoch gut für „heikle Fragen“, da der Einfluss einer dritten Person, die das Telefongespräch mitbekommt, eher unwahrscheinlich erscheint. In der vorliegenden Studie war es rückblickend schwierig nachzuvollziehen, ob sich Unterschiede durch das Interviewsetting in der Beantwortung der Interviewfragen ergeben haben. Für einige der Patienten gab es keine Alternative zu einer telefonischen Befragung, da diese am Tag der Patientenschulung durch ihren straffen Terminplan in der Rehabilitationsklinik keine Zeit für eine persönliche Befragung hatten. Ob abweichende Interviewergebnisse in Abhängigkeit von einer persönlichen bzw. telefonischen Befragung resultiert wären, ist im Nachhinein nicht beurteilbar. Möhring und Schlütz (2010, S. 63) stellten jedoch fest, dass es kaum Möglichkeiten gibt eine „standardisierte Interviewführung“ des Interviewers bei persönlichen Befragungen zu kontrollieren. Eine einheitliche Durchführung zukünftiger Interviews sollte erwägt werden, um die Ergebnisse vergleichen zu können. Ältere Patienten sollten entsprechend bevorzugt telefonisch interviewt werden unter Akzeptanz einer möglicherweise schlechteren Kooperationsbereitschaft als bei persönlichen Befragungen sowie einer flüchtigeren und kürzeren Reaktion auf die Interviewfragen, jedoch einer offeneren Beantwortung auch heikler Fragen. Es ist bekannt, dass die

Kooperationsbereitschaft der Befragten bei persönlichen Befragungen am größten und die Abbrecherquote nach Beginn des Interviews am geringsten ist (Möhring und Schlütz 2010). Das Interviewsetting in den Patientenzimmern der Rehabilitationsklinik hatte den potentiellen Vorteil, dass eine „face-to-face“ Befragung durchgeführt werden konnte und die Kooperationsbereitschaft der Patienten möglicherweise stärker war als sie bei telefonischen Gesprächen vorhanden gewesen wäre. Es ergab sich auch möglicherweise eine vertrautere Beziehung zwischen der Interviewerin und dem Patienten als am Telefon erreichbar, es ließen sich jedoch keine Abweichungen in den Interviews in Bezug auf die Kooperationsbereitschaft zur Beantwortung der Fragen in der vorliegenden Studie feststellen. Es war zwar davon auszugehen, dass die Patienten sich während der telefonischen Interviews in einem für sie gewohnten Umfeld befanden, aber eine gewisse „Künstlichkeit“ ließ sich nicht vermeiden. Dies beruhte wohl auch darauf, dass die Interviewerin nicht alle rekrutierten Patienten bei der Patientenschulung vor dem telefonischen Interview persönlich kennengelernt hatte. Interviews bergen generell das Risiko, dass es zu Verzerrungen oder Effekten durch den Interviewer oder den Befragten selbst kommt. Ein weiterer Aspekt, der bei Interviews bedacht werden sollte, stellt das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ dar. Es beschreibt das Verhalten, bei dem sich Menschen selbst verstärkt sozial erwünschte Eigenschaften zu schreiben (Hardmeier und Fontana 2006). Da die Angaben der Patienten zu ihren Computer- und Internetkenntnissen in einigen Patientenfällen uneinheitlich auf dem Screeningbogen und in den Interviewantworten waren, kann das Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ als Erklärungsansatz diskutiert werden.

### **Zusammenfassung:**

Das vierte Gütekriterium, die Nähe zum Gegenstand, wurde in der vorliegenden Studie bestmöglich berücksichtigt. Zum Einen aufgrund der Tatsache, dass die Interviews in einem vertrauten Umfeld der Patienten geführt wurden sowie zum Anderen, dass ein gemeinsames Interesse zwischen dem Interviewer und den Befragten bestand. Vier Interviews wurden persönlich und zwölf telefonisch geführt. Es konnte im Nachhinein nicht festgestellt werden, ob die Patienten bei der jeweils anderen Interviewform abweichend geantwortet hätten. Telefonische

Interviews haben möglicherweise aufgrund des Aspekts der Anonymität einige Patienten offen über ihre Probleme und Bedürfnisse sprechen lassen, für andere Patienten war möglicherweise der telefonische Kontakt nicht „intim“ genug und führte zu Misstrauen gegenüber der Interviewerin, so dass für den Patienten unangenehme Themen eher oberflächlich oder gar nicht angesprochen wurden. Bei diesen Patienten hätte möglicherweise ein persönlich geführtes Interview zu ehrlicheren Antworten geführt. Der im Vorfeld der Interviews nicht auf Verständlichkeit und strukturellen Ablauf geprüfte Interviewleitfaden verunsicherte die Patienten zum Teil. Dieser war aus Sicht einiger Patienten von Redundanzen durchsetzt. Die Handlungsempfehlung, „Probeinterviews“ mit Probanden/Patienten im Alter der potentiellen Stichprobe zu führen, um den Interviewleitfaden gegebenenfalls noch zu überarbeiten, sollte für die Durchführung von Folgestudien umgesetzt werden. Zusammenfassend ließ sich aber feststellen, dass die befragten Männer motiviert waren sich zu den im Interviewleitfaden gestellten Fragen zu äußern. Es äußerte sich keiner der Patienten in negativer Weise gegenüber der Interviewerin über das durchgeführte Interview.

#### **8.5.5 Kommunikative Validierung**

Der Begriff „Kommunikative Validierung“ beschreibt die Absicherung der Ergebnisse nach Interpretation. Dies sollte durch Vorlage und Diskussion der Interpretationsergebnisse mit den interviewten Personen erfolgen, um den Befragten die Möglichkeit zu geben sich zu den Interpretationen zu äußern und den Untersucher gegebenenfalls über Fehlinterpretationen aufzuklären. Die Ergebnisse und Interpretationen der vorliegenden Studie wurden jedoch aus Zeitgründen nicht mit den potentiell teilnahmebereiten und potentiell nichtteilnahmebereiten Patienten an der Chatnachsorge besprochen.

#### **8.5.6 Triangulation**

Die Triangulation beschreibt das Bestreben unterschiedliche Lösungsansätze für Fragestellungen zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen (Mayring 2002). Ziel ist dabei, dass unterschiedliche Auswertungsstrategien möglichst umfassende

Ergebnisse zu einer Thematik hervorbringen. Mit diesem Gütekriterium soll eine höhere Validität der Ergebnisse erreicht und systematische Fehler vermieden werden (Blaikie 1991). Allerdings gibt es auch Autoren, die der Auffassung sind, dass das Gütekriterium der Triangulation lediglich zu einer umfangreicheren, aber nicht valideren Wiedergabe der empirischen Realität führt (Fielding und Fielding 1986). Möglicherweise hätten die befragten Patienten zeitnah nach den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie Kurzfragebögen ausfüllen können. Anstatt anhand „offener Fragen“, wie in der vorliegenden Studie, hätte man nach den persönlich/ telefonisch geführten Interviews die Bedarfs-, Akzeptanz- und hemmenden Faktoren mit geschlossenen Items erfragen können. Es wäre von Interesse gewesen, ob die Patienten entsprechend der qualitativ erhobenen Ergebnisse der vorliegenden Studie geantwortet hätten. Da Ergebnisse in dieser Form nicht vorliegen, mussten Effekte der Ergebnisverzerrung im Hinblick auf die Validität der Patientenantworten und den daraus gefolgerten Tendenzen angenommen werden.

**Zusammenfassung:**

Die Überprüfung des Gütekriteriums der Triangulation konnte bei der vorliegenden Arbeit aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht umgesetzt werden, so dass die Ergebnisse nicht durch andere Auswertungsansätze / Methoden bestätigt werden konnten.

## **8.6 Ausblick**

Welches Fazit lässt sich nun für die zukünftige psychosoziale Nachsorge via internetbasierten therapeutisch geleiteten Chatgruppen ziehen? Die mangelnde Verfügbarkeit von Studien (Stand März 2014), die sich den Fragestellungen der vorliegenden Studie explorativ anhand eines halboffenen Interviewleitfadens in Deutschland genähert haben, verdeutlicht die generelle Relevanz der vorliegenden Studie ebenso wie von Folgestudien. Das Ziel ist, internetbasierte Nachsorgeangebote in Deutschland langfristig für Krebspatienten attraktiv zu gestalten. Zukünftige Forschungsprojekte sollten Folgestudien an statistisch auswertbaren Stichproben durchführen, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf Validität und Kausalität zu prüfen. Dabei wird allerdings nicht nur die Stichprobengröße relevant sein, sondern auch das Messinstrument der Erhebung. Bei Verwendung eines Fragebogens für Folgestudien sollte dieser im Vergleich zu dem verwendeten Interviewleitfaden in der vorliegenden Studie, um die Erhebung sozioökonomischer und soziodemographischer Aspekte, erweitert werden. Ein geeignetes Messinstrument für die Identifikation der potentiell fördernden und hemmenden Faktoren einer Teilnahmebereitschaft könnte der im Anhang befindliche Vorschlag eines Kurzfragebogens sein. Vor Implementierung eines neuen Fragebogens an der geforderten größeren Stichprobe sollte sein Einsatz zunächst an kleineren Stichproben evaluiert werden. Um eine Absicherung der Ergebnisse zu ermöglichen, wären erneute Befragungen nach der tatsächlichen Teilnahme an den Chatgruppen interessant. Die bisherigen Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen dem Tumorstadium, der Erkrankungsdauer und der Krebsart mit der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten feststellen (Eakin und Stryker 2001, Brix et al. 2008, Raabe und Braun 2002), wobei nur Eakin und Stryker (2001) sowie Brix et al. (2008) Prostatakrebspatienten untersucht haben. Hier besteht folglich weiterer Forschungsbedarf, da auch diese Aspekte potentielle Einflussfaktoren für eine Teilnahmebereitschaft von männlichen Krebspatienten, insbesondere Prostatakrebspatienten, sein könnten. Wie sich in der vorliegenden Studie gezeigt hat, kann eine zielgruppenorientierte Patientenschulung einen Einflussfaktor auf die Teilnahmebereitschaft darstellen. Zukünftige Patientenschulungen sollten daher manualisiert sein, mehr Raum für Fragen und Diskussion sowie ein fest in den Ablauf integriertes, für jeden Teilnehmer mögliches, Probe-Chatten bieten. Die für die Patienten in der

vorliegenden Studie zentralen Bedenken gegenüber dem Datenschutz / der Anonymität sollten noch stärker in den Fokus gestellt werden. Um skeptische Patienten von den positiven Effekten eines therapeutisch geleiteten Austauschs mit Mitpatienten zu begeistern, sollte in zukünftigen Patientenschulungen ein Überblick über bereits in der Literatur vorbeschriebene positive Erfahrungen von Patienten mit internetbasierten Interventionen gegeben werden. Man könnte auch Patienten nach Teilnahme an der Chatgruppen bitten, im Rahmen der Patientenschulung kurz von ihren eigenen positiven Erfahrungen zu berichten. Auf diese Weise könnten Patientenschulungen „mit Leben gefüllt werden“. Zudem könnten die Patienten auch retrospektiv nach der Teilnahme an den Chatgruppen erneut nach den Gründen für ihre Teilnahme befragt werden, um einen Vergleich der potentiellen mit den tatsächlichen Akzeptanz- und Bedarfsfaktoren vorzunehmen. Nach offenen Fragen im Anschluss an die Patientenschulung sowie Anregungen im Vorfeld der Intervention sollte in Folgestudien unabhängig von der Wahl des Fragebogens / Interviewleitfadens regelhaft gefragt werden, da die stetige Verbesserung der Patientenschulung und der angebotenen Intervention angestrebt werden sollte. Da sich über ein Drittel der in der MSL-Gesundheitsstudie 2012 befragten Patienten über das Internet über Gesundheitsthemen informiert hat und über einem Drittel der befragten Personen Informationen aus dem Internet verständlicher waren als im Gespräch mit ihrem Arzt, erscheint es wichtig, dass auch Ärzte / Therapeuten die Relevanz des Internets erkennen und auf die steigende Bedeutung des Internets reagieren. Die Mehrheit der zukünftigen Krebsgenerationen wird über bereits jahrelange Erfahrungen mit dem Medium Computer / Internet verfügen, so dass dem Internet ein gesteigerter Wert als Informationsquelle zuteil werden wird und internetbasierte Nachsorgeformen eine noch größere Chance auf Etablierung bekommen werden. Die Mehrzahl der potentiell teilnahme- und nichtteilnahmebereiten Patienten fühlte sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung unzureichend informiert. Dies zeigt, dass Ärzte / Therapeuten in Zukunft noch stärker den Informationsbedarf ihrer Patienten zu deren Krebserkrankung erfragen sollten. Es liegen Studienergebnisse vor, wonach internetbasierte Interventionen bei vielen verschiedenen psychischen und somatischen Krankheitsbildern positive Tendenzen in Bezug auf die Wirksamkeit und den Krankheitsprogress zeigten. Mit einem internetbasierten Nachsorgeangebot liegt ein wohnortunabhängiges, leicht

verfügbares, zeitnahes Nachsorgeangebot nach stationärer Rehabilitation mit einer günstigen Kosten-Nutzen-Analyse vor. Unter Berücksichtigung der Literatur kommt man zu dem Schluss, dass internetbasierte Nachsorge eine bedeutende Rolle für zukünftige Patientengruppen, wie Krebspatienten, spielen könnte.

## **9. Zusammenfassung**

### **Hintergrund:**

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat im Zusammenwirken mit zwei Rehabilitationskliniken für onkologische Patienten sowie der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg ein internetbasiertes Nachsorgeprojekt in Form von therapeutisch geleiteten Chatgruppen für Krebspatienten entwickelt. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Hinweise auf potentielle Akzeptanz-, Bedarfs- und hemmende Faktoren hinsichtlich einer therapeutischen Chatnachsorge als Instrument in der Nachsorge von männlichen Krebspatienten zu gewinnen.

### **Methode:**

In der vorliegenden Studie wurden n=16 männliche Krebspatienten mittels eines halboffenen Interviewleitfadens zu den potentiell fördernden und hemmenden Faktoren ihrer Teilnahmebereitschaft an der Chatgruppe befragt. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die skalierende Strukturierung von Mayring (2010) bzw. nach absoluten und relativen Häufigkeiten. Wenn mindestens fünf der potentiellen Chatteilnehmer (=die Hälfte der befragten potentiellen Chatteilnehmer) oder mindestens drei der potentiellen Nichtteilnehmer (=die Hälfte der potentiellen Nichtteilnehmer) eine Interviewantwort gaben, die einer gemeinsamen Kategorie zugeordnet werden konnte, wurde diese Interviewantwort als ein potentiell fördernder beziehungsweise hemmender Faktor der Teilnahme interpretiert.

### **Ergebnisse:**

Aus den Interviewantworten der potentiell teilnahme- und nichtteilnahmebereiten Patienten konnten Annahmen abgeleitet werden, welche Faktoren die potentielle Chatteilnahmebereitschaft beeinflusst haben könnten. Als potentiell fördernde Faktoren einer Teilnahmebereitschaft konnten eine negative Einstellung gegenüber der Krebserkrankung, eine positive Einstellung gegenüber professioneller Nachsorge, das Angebot einer therapeutischen Chatgruppe, eine Vorstellung der befragten Patienten von optimaler internetbasierter und realer Nachsorge, eine kritisch beurteilte bisherige Behandlung sowie geäußerte Anregungen für die internetbasierte Nachsorge vor Beginn der Intervention identifiziert werden. Als potentiell hemmende Faktoren einer

Teilnahmebereitschaft konnten eine negative Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung bei der Verarbeitung der Krankheitserlebnisse, offene Fragen nach der Patientenschulung sowie in der Internetnutzung gesehene Gefahren identifiziert werden.

### **Schlussfolgerungen:**

Um die Akzeptanz einer therapeutisch geleiteten Chatgruppe zu erhöhen, sollte eine ausführlichere Aufklärung über die organisatorischen und technischen Bedingungen der Chatgruppe in der Patientenschulung erfolgen. Dazu zählen der passwortgesicherte Zugang zu der Chatgruppe und auch die Datenschutzbestrebungen der Chatorganisatoren. Die Ermutigung zu einer Inanspruchnahme der technischen Unterstützung über den Zeitraum der Chatgruppenteilnahme, könnte die Anzahl potentiell teilnahmebereiter Patienten an internetbasierter Nachsorge erhöhen. Die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik sollte zudem großzügiger in den Tagesablauf der Patienten integriert werden. Die Patienten sollten in der Patientenschulung auf die positiven Aspekte eines Erfahrungsaustauschs mit Mitpatienten als Ergänzung zu ihrem sozialen Umfeld, und die Möglichkeit Einzelgespräche mit Ärzten / Therapeuten innerhalb der Chats zu führen, hingewiesen werden. Die Einbeziehung der Teilnehmer in die Wahl der Themen innerhalb der Chatgruppen sollte in der Patientenschulung stärker hervorgehoben werden. Die Nutzerfreundlichkeit des Chatprogramms könnte durch die Möglichkeit das Textfeld des Chatfensters zu vergrößern, erhöht werden. Auch sollten Krebspatienten generell vermehrt nach ihrem Informationsbedarf zu ihrer Erkrankung befragt werden. In Folgestudien sollten soziodemographische und sozioökonomische Faktoren in die Bedarfsanalyse einbezogen werden, um einen Vergleich mit bereits durchgeführten Studien zu potentiell fördernden und hemmenden Faktoren einer Teilnahmebereitschaft an psychosozialer Nachsorge via Internet zu ermöglichen. Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie sowie unter Beachtung der bereits existierenden Literatur, wurde ein Vorschlag für einen Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse therapeutisch geleiteter Chatgruppen in der Krebsnachsorge mit offenen und geschlossenen Items entwickelt.

## **10. Literaturverzeichnis**

1. American Cancer Society (2005a). Detailed guide: Prostate cancer: 50-51. [Online im Internet.] URL: <http://www.cancer.org/Cancer/ProstateCancer/DetailedGuide/prostate-cancer-key-statistics> [Stand: 20.05.2013, 13:51Uhr].
2. American Cancer Society (2005b). Detailed guide: Prostate cancer: 43-44, 45-46. [Online im Internet.] URL: <http://www.cancer.org/Cancer/ProstateCancer/DetailedGuide/prostate-cancer-key-statistics> [Stand: 20.05.2013, 13:52Uhr].
3. AOK Bundesverband Bonn, Bundesverband der Betriebskrankenkassen Essen, IKK Bundesverband Bergisch-Gladbach, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel, Bundesknappschaft Bochum, See-Krankenkasse Hamburg, Verband der Angestellten-Krankenkassen Siegburg, AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband Siegburg (2001). Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V. Positionspapier vom 11. Juni 2001. [Online im Internet.] URL: <https://www.yumpu.com/de/document/view/6092179/gemeinsame-empfehlungen-der-spitzenverbände-der-vdek> [Stand: 02.04.2014, 21:42Uhr].
4. ARD/ZDF-Onlinestudie (2013). Katrin Busemann. Wer nutzt was im Social Web? Media Perspektiven 7-8/2013: 391-399. [Online im Internet.] URL: <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Onlinestudie/PDF/Busemann.pdf> [Stand: 02.02.2014, 17:34Uhr].
5. Balak F, Roelen CA, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW (2008). Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. J Occup Rehabil 18: 267– 272.
6. Balderson N, Towell T (2003). The prevalence and predictors of psychosocial distress in men with prostate cancer who are seeking support. Br J Health Psychol, 8: 125-134.

7. Bauer S, Wolf M, Haug S, Kordy H (2011). The effectiveness of internet chat groups in relapse prevention after inpatient psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 21(2), 219-226.
8. Berger T, Andersson G (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2009, 59 (3/04): 159-170.
9. Berger T, Hohl E, Caspar F. Internetbased treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *J Clin Psychol*. 2009 Oct, 65(10): 1021-35.
10. Bessell TL, McDonald S, Silagy C, Aanderson JN, Hiller JE, Sansom LN (2002). Do Internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review. *Health Expect*. 5, 28–37.
11. Blaikie NWH (1991). A Critique of the Use of Triangulation in Social Research. In: *Qual & Quant*. 25(2): 115–136.
12. Bradley CJ, Oberst K, Schenk M (2006). Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psychooncology* 15: 739–747.
13. Brix C, Schleussner C, Fuller J, Roehring B, Wendt TG, Strauss B (2008) The need for psychological support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal Psychosom Res* 65, 541-548.
14. Brueggemann S, Korsukewitz C (2004). Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse? *Rehabilitation (Stuttg.)* 2004, 43(5), 304-311.
15. Buntrock S, Hopfgarten T, Adolfsson J, Onelev E, Steineck G (2007). The internet and prostate cancer patients: searching for and finding information. *Scand J Urol Nephrol*, 41: 367-374.

16. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR (2005). Pilot Intervention to enhance sexual rehabilitation for couplet after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 104: 2689–2700.
17. Car J und Sheikh A (2004a). Email consultations in health care: 1 – scope and effectiveness. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 329: 435–438.
18. Car J und Sheikh A (2004b) Email consultations in health care: 2 – acceptability and safe application. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 329: 439–442.
19. Carlbring P, Gunnarsdóttir M, Hedensjö L, Andersson G, Ekselius L, Furmark T (2007). Treatment of social phobia: A randomized trial of internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *Brit J Psychiatry* 2007, 190: 123-128.
20. Carmack Taylor CL, Demoor C, Smith MA, Dunn AL, Basen-Engquist K, Nielsen I Pettaway C, Sellin R, Massey P, Gritz ER (2006). Active for life after cancer: a randomised trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. *Psycho-Oncology* 2006, 15: 847–862.
21. Charles K, Sellick SM, Montesanto B, Mohide EA (1996). Priorities of cancer survivors regarding psychosocial needs. *J Psychosoc Oncol* 1996, 14: 57-72.
22. Corboy D, McLaren S, McDonald J (2011). Predictors of support service use by rural and regional men with cancer. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aust J Rural Health*,19(4): 185-190.
23. Czajka S, Mohr S (2009). Internetnutzung in privaten Haushalten: Ergebnisse der Erhebung 2008. Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik*, 6: 553-558.
24. Czajka S, Jechová P (2012). Der Einsatz von Computern und Internet in privaten Haushalten in Deutschland - Ergebnisse der Erhebung 2011. Statistisches Bundesamt, *Wirtschaft und Statistik*. [Online im Internet.] URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/EinsatzComputerInternet052012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/EinsatzComputerInternet052012.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 25.03.2014, 19:45Uhr].
25. Dale W, Bilir P, Han M, Meltzer D (2005). The role of anxiety in prostate carcinoma: A structured review of the literature. *Cancer* 104(3): 467-478.

26. Delbrück H, Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K (2006). Nachsorge und Rehabilitation nach Tumortherapie. In: Delbrück, H. (Hrsg.). Kompendium Internistische Onkologie. Springer Berlin Heidelberg: 1343-1351.
27. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983, 249 (6): 249.
28. Koch U, Lehmann C, Morfeld M (2005). Bestandaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (Hrsg.): S. 18.
29. Deutsches Krebsforschungszentrum (2012). [Online im Internet.] URL: [http://www.dkfz.de/de/krebsatlas/gesamt/mort\\_6.html](http://www.dkfz.de/de/krebsatlas/gesamt/mort_6.html) [Stand: 01.03.2014, 18:43Uhr].
30. Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund. In: Rehabilitation 2009 (Hrsg). Band 179.
31. De Vries A, Söllner W, Steixner E, Auer V, Schiessling G, Stzankay A, Iglseeder W, Lukas P (1998). Subjective psychological stress and need for social support in cancer patients during radiotherapy treatment. Strahlenther Onkol, 174 (8): 408-414.
32. Dillman DA, Singer E, Clark, JR, Treat JB (1996). Effects of benefit appeals, mandatory appeals, and variations in statements of confidentiality on completion rates for census questionnaires. Public Opinion Quarterly, 60: 376-389.
33. Dirmaier J, Härter M (2011). Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54: 411–419.
34. Döring N (1999). Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Göttingen: Hogrefe (Hrsg). Aufl. 1.

35. Döring N, Eichenberg C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien- ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut* 2007, 52 (2): 127–135.
36. Dombo O, Goepel M, Müller G, Otto U, Rübber H, Sperling H (2009). *Uroonkologie*. (Hrsg) Springer Berlin Heidelberg. Auflage 1, Kap.18, 283-313.
37. Dombo O, Otto U (2005). Lebensqualität nach radikal-chirurgischen urologischen Eingriffen im Becken und die Bedeutung der Rehabilitation. *Der Urologe* 2005, 44 (1): 11–28.
38. Eakin EG, Strycker LA (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psychooncology* 10, 103-113.
39. Eichenberg C, Malberg D (2011). Gesundheitsinformationen im Internet. Zur Notwendigkeit der Qualitätsevaluation und -sicherung. *Psychotherapie im Dialog*, 12(2), 128-131.
40. Erp Ring (1992). Signale der Gesellschaft. *Psychologische Diagnostik in der Umfrageforschung*. (Hrsg) Göttingen, Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie. 20–41.
41. Faller H (2001). Patientenschulung: Konzept und Evaluation. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14(54): 97-106.
42. Faller H, Koch GF, Reusch A, Pauli P, Allgayer H (2009). Effectiveness of education for gastric cancer patients: A controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs. *Patient Educ Couns* 2009, 76(1): 91–98.
43. Fallowfield LJ (1988). The psychological complications of malignant disease. In: *Medical Complications of Malignant Disease*. Bailliere's Clinical Oncology:

International Practice and Research. Balliere Tindall: London (Hrsg). Aufl. 2: 461–478.

44. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. Br J Cancer 2001, 84(8): 1011-1015.

45. Fielding N, Fielding JL (1986). Linking data: The Articulation of Qualitative and Quantitative Methods in Social Research. Sage, London & Beverley Hills, CA (Hrsg).

46. Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Chat. [Online im Internet.] URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/77301/chat-v6.html> [Stand: 20.05.2013, 15:20Uhr].

47. Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Chatroom, [Online im Internet.] URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81492/chatroom-v7.html> [Stand: 20.05.2013, 15:20Uhr].

48. Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: World Wide Web (WWW), [Online im Internet.] URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/74922/world-wide-web-www-v9.html> [Stand: 20.05.2013, 15:20Uhr].

49. GEKID Atlas (2013). Atlas der Krebsinzidenz und Krebsmortalität der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. „Der GEKID Atlas“. Ergebnisse der Hochrechnungen für Deutschland (Datenlieferung Dezember 2012). [Online im Internet.] URL: [http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Atlas/CurrentVersion/Help/Ergebnisse%20GEKID%20Atlas%200Deutschland\\_2013.pdf](http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Atlas/CurrentVersion/Help/Ergebnisse%20GEKID%20Atlas%200Deutschland_2013.pdf) [Stand: 20.05.2013, 15:30Uhr].

50. Golkaramnay V, Dogs J, Dogs P, Wangemann T, Kordy H (2003). Neue

Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychother Psych Med* 2003, 53: 399-405.

51. Golkaramnay V, Bauer S, Haug S, Wolf M, Kordy H. (2007). The Exploration of the Effectiveness of Group Therapy through an Internet Chat as Aftercare: A Controlled Naturalistic Study. *Psychother Psychosom*, 76: 219-225.

52. Gralla O, Buchser M, Haas F, Anders E, Kramer J, Lein M, Knoll N, Roigas J. (2008). »Fast-track“ bei laparoskopisch radikaler Prostatektomie. *Urologe* 47 (6): 712–717.

53. Groves, Robert M, Cialdini RB, Couper MP (1992). Understanding the decision to participate in a survey. *Public Opin Q*, 56 (4): 475-495.

54. Grunfeld E, Earle CC (2010). The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010 (40): 25–30.

55. Gustafson DH, Hawkins R, Pingree S, McTavish F, Arora NK, Mendenhall J, Cella DF, Serlin RC, Apantaku FM, Stewart J, Salner A (2001). Effect of computer support on younger women with breast cancer. *J Gen Intern Med* 16 (7): 435-445.

56. Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W (2011). Patient participation and shared decision making in Germany – history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105: 263–270.

57. Harlacher R, Füsgen I (2000). Geriatric assessment in the elderly cancer patient. *J Cancer Res Clin Oncol* 126 (7): 369-74.

58. Haley D (2005). Technology and counselling. In: D. Capuzzi & D.R. Gross (Eds.), *Introduction to the counselling profession*. New York: Pearson. 121-152.

59. Hardmeier S, Fontana MC (2006). Overreporting: Ein vernachlässigtes Problem und die Schwierigkeit von Gegenmaßnahmen. ZUMA-Nachrichten, 30(58): 50-80.
60. Harrison J, Maguire P (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. Br J Psychiatry. 1994; 165 (5): 593-598.
61. Heckl U, Singer S, Wickert M, Weis J (2012). Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. Onkologische Welt 2012, 3: 53-60.
62. Heim M, Schwerte U (2006). Rehabilitation bei Prostatakarzinompatienten. Der Onkologe 2006, 12: 434–443.
63. Heinzer H, Heuer R, V Nordenflycht O, Eichelberg C, Friederich P, Goetz AE, Huland H (2005). Radikale retropubische »Fast-track-Prostatektomie«. Erste Erfahrungen mit einem interdisziplinären, multimodalen Behandlungskonzept zur Beschleunigung der postoperativen Rehabilitation. Urologe 44: 1287–1294.
64. Hergert A, Hofreuter K, Melchior H, Morfeld M, Schulz H, Watzke B, Koch U, Bergelt C (2009). Effektivität von Interventionen in der Rehabilitation bei Prostatakrebspatienten- Ein systematischer Literaturüberblick. Phys Med Rehab Kuror 2009, 19: 311–325.
65. Herkommer K, Fuchs TA, Hautmann RE, Volkmer BG (2005). Radikale Prostatektomie bei Männern unter 56 Jahren mit Prostatakarzinom. Eine Krankheitskostenanalyse. Urologe 44: 1183–1188.
66. Herold G (2011). Innere Medizin. Abschnitt VI (Nephrologie), Nierenzellkarzinom: 630-631.
67. Hersh WR, Helfand M, Wallace J, Kraemer D, Patterson P, Shapiro S, Greenlick M (2001). Clinical outcomes resulting from telemedicine interventions: a systematic review. BMC Med Inform Dec Mak 2001, 1: 5.

68. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B (2004). Psychosocial Problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004, 91(3): 504-511.
69. Hewitt ME, Ganz PA (2006). From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. National Academies Press, Washington (Hrsg).
70. Hoybye MT, Oksbjerg Dalton S, Christensen J, Ross L, Gaardbo Kuhn K, Johansen C (2010). Social and psychological determinants of participation in internet-based cancer support groups. *Support Care Cancer* (2010), 18: 553-560.
71. Holland JC (2010). *Psychooncology*. Oxford University Press, New York (Hrsg).
72. Initiative D21 (2012). (N)onliner Atlas 2012 – Basiszahlen für Deutschland. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Initiative D21 e.V. TNS infratest GmbH (Hrsg). [Online im Internet.] URL: <http://www.initiaved21.de> [Stand: 20.05.2013, 15:42Uhr].
73. Im EO, Chee W, Liu Y, Lim HJ, Guevara E, Tsai HM, Clark M, Bender M, Shin H, Kim KS, Kim YH (2007). Characteristics of cancer patients in Internet cancer support groups. *CIN - Comput Inform Nurs*, 25(6): 334-343.
74. Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD, Chirikos TN, Small BJ, Ruckdeschel JC (2002). Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol*, 20(12): 2851-2862.
75. Kasper J, Kollenbaum VE (2001). Indikation zur psychoonkologischen Intervention. *Z Med Psychol*, 10: 15–22.
76. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Lowe B, Herfarth C, Lehnert T (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Ann Oncol*, 15(8): 1243-1249.

77. Kiesler DJ, Auerbach SM (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns* 2006, 61: 319-341.
78. Kinnane NA, Milne DJ (2010). The role of the Internet in supporting and informing carers of people with cancer: a literature review. *Support Care Cancer* 2010, 18(9): 1123-1136.
79. Klemm P, Hardie T (2002). Depression in Internet and face-to-face cancer support groups: a pilot study. *Oncol Nurs Forum*, 29(4): 45-51.
80. Klemm P, Reppert K, Visich L (1998). A nontraditional cancer support group. The Internet. *Comput Nurs.*, 16(1): 31-36.
81. Köhler K, Kreutzmann N, Koenigsmann M, Köhler M, Franke A, Frommer J (2006). Normalisierung durch Übernahme der Patientenrolle- subjektive Krankheitsvorstellungen, Bewältigungsstrategien und Zukunftserwartungen bei Patienten mit akuter Leukämie nach Adaptation an den Klinikalltag. *Psychother Soz* 2006, 8: 11-27.
82. Köllner V. Psychoonkologie. Neue Aspekte für die Urologie. *Der Urologe* 2004, 43: 296–301.
83. Kornblith AB, Herr HW, Ofman US, Scher HI, Holland JC (1994). Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. The value of a data base in clinical care. *Cancer* 1994, 73 (11): 2791–802.
84. Kordy, H. (2013). Internet- und mediengestützte Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013, 63: 12-18.
85. Kordy H, Golkaramnay V, Wolf M, Haug S, Bauer S (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internetbrücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut*, 51: 144-153.

86. Kordy H, Theis F, Wolf M (2011). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54 (4): 458-464.
87. Lam WW, Au AH, Wong JH, Lehmann C, Koch U, Fielding R, Mehnert A (2011). Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat 130 (2): 531–541.
88. Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van de Ven J-P, Schrieken B, Emmelkamp PMG (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. J Consult Clin Psychol 2003, 71: 901–909.
89. Lehmann C, Beierlein V, Hagen-Aukamp C, Kerschgens C, Rhee M, Frühauf S, Otto J, Graefen M, Krüll A, Berger D, Koch U, Bergelt C (2012). Psychosoziale Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit einer Prostatakreberkrankung. Rehabilitation 2012, 51(3): 160–170.
90. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, Dearnaley D, Watson M (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. Psycho-Oncology, 12(8): 769–783.
91. Lordick F, Gündel H, von Schilling C, Würschmidt F, Leps B, Sendler A, Schüßler J, Brandl T, Peschel C, Sellschopp A (2002). Strukturierte Patientenschulung in der Onkologie. Medizinische Klinik, 97(8): 449-454.
92. Lueboonthavatchai P (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai, 90 (10): 2164-2174.

93. Margraf J, Schneider S, Wilhelm FH, Pfaltz MC (2009). Neue Technologien in der Psychotherapie. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Hrsg.) Springer Berlin Heidelberg. 767-796.
94. Mayring, P (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz 2002, S.144.
95. Mayring, P (2010). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, 101-104.
96. Meerwein F (1998). Einführung in die Psychoonkologie. In (Hrsg.) Verlag Hans Huber. Aufl. 5.
97. Mehnert A, Lehmann C, Cao P, Koch U (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie- Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. Psychother Psych Med 2006, 56: 462-479.
98. Mehnert A, Lehmann C, Schulte T, Koch, U. (2007). Presence of symptom distress and prostate cancer-related anxiety in patients at the beginning of cancer rehabilitation. Onkologie, 30(11): 551-556.
99. Mehnert A (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. Crit Rev Oncol Hematol; 77(2): 109–130.
100. Merwart M (2012). Die Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Krebskranken – eine geschlechtsspezifische Untersuchung. Inaugural-Dissertation, Julius-Maximilians-Universität Würzburg. [Online im Internet.] URL:  
[http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fopus.bibliothek.uni-wuerzburg.de%2Ffiles%2F6330%2FM.Merwarddiss.pdf&ei=JkbgUveMMsKJtQaO\\_oDoDA&usq=AFQjCNEoYgsmtQ5aYjQpGdnhVw\\_igN8b5Q&sig2=AdvmpyXAYMpAxC7DjyraGQ&bvm=bv.59568121,d.Yms](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fopus.bibliothek.uni-wuerzburg.de%2Ffiles%2F6330%2FM.Merwarddiss.pdf&ei=JkbgUveMMsKJtQaO_oDoDA&usq=AFQjCNEoYgsmtQ5aYjQpGdnhVw_igN8b5Q&sig2=AdvmpyXAYMpAxC7DjyraGQ&bvm=bv.59568121,d.Yms) [Stand: 22.01.2014, 23:31Uhr].
101. Meyer TJ, Mark MM (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. Health Psychology, 14(2): 101-108.

102. Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009). Goal setting in inpatient medical rehabilitation-the challenge persists. *Rehabilitation* 2009, 48(3): 128-34.
103. Möhring, Wiebke, Schlütz, Daniela (2010). *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung.* VS Verlag für Sozialwissenschaften. Aufl. 2: S. 43,45,49,63,119,143.
104. Moessner M, Zimmer B, Wolf M, Bauer S (2008). Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung. *Psychotherapeut* 2008, 53(4): 277-283.
105. Moessner M, Bauer S, Ozer F, Wolf M, Zimmer B, Kordy H (2013): Cost-effectiveness of an internet-based aftercare intervention after inpatient treatment in a psychosomatic hospital. *Psychotherapy Research* (2013). [Online im Internet.] URL: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.845919> [Stand: 26.01.2014, 17:30Uhr].
106. MSL-Gesundheitsstudie (2012). *Wie social ist das Gesundheitsweb?* MSL Germany, Kommunikationsagentur, Frankfurt. [Online im Internet.] <http://de.slideshare.net/NI0049/mslgesundheitsstudie-2012> [Stand: 30.03.2014, 19:57Uhr].
107. Newell S, Sanson Fisher RW, Girgis A and Bonaventura A (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? – Data from a survey of five oncologists. *Cancer* 83(8): 1640–1651.
108. Noelle-Neumann, Elisabeth, Petersen, Thomas. (2005). *Alle, nicht jeder. Einführung in die Methoden der Demoskopie.* Verlag Berlin: Springer. Aufl.4: 62, 309-310, 319.
109. (N)onliner Atlas (2012). Initiative D21. Basiszahlen für Deutschland. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung. Initiative D21 e.V. [Online im Internet.] URL: [www.initiatted21.de](http://www.initiatted21.de) [Stand: 20.05.2013, 15:40Uhr].
110. Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T (2008). Cancer patients' reluctance to disclose their

emotional distress to their physicians: A study of Japanese patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 17(5): 460-465.

111. Otto U (2005). Phönix aus der Asche. Einführung zum Thema Rehabilitation in der Urologie. *Urologe A*, 44(1): 7-10.

112. Owen JE, Klapow JC, Roth DL, Trucker DC (2004). Use of the Internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *J Behav Med* 27(5): 491-505.

113. Parle M, Jones B, Maguire P (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychol Med.* 1996, 26(4): 735-744.

114. Prüfer P, Stiegler A (2002). Die Durchführung standardisierter Interviews: Ein Leitfaden. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 11: Seite 3. [Online im Internet.] URL: [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/howto/How-to11ppas.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How-to11ppas.pdf) [Stand: 28.03.2014 16:41Uhr].

115. Pühse G, Hertle H, Roth S (2009). Die Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom. Ein Leitfaden für Patienten. Qualitätsinitiative Prostatakrebs. Prostatazentrum am UKM. 5. Auflage: S. 21.

116. Raabe C, Braun A. (2002) Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei stationären Tumorpatienten - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Z Med Psychol* 2002, 11: 35-43.

117. Ramsey SD, Zeliadt SB, Arora NK, Potosky AL, Blough DK, Hamilton AS, Van Den Eeden SK, Oakley-Girvan I, Penson DF (2009). Access to information sources and treatment considerations among men with local stage prostate cancer. *Urology* 74(3): 509–515.

118. Rehse B, Pukrop R (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education Couns*, 50: 179-186.

119. Reinecke J (1991). Interviewer- und Befragtenverhalten: Theoretische Ansätze und methodische Konzepte. In: Studien zur Sozialwissenschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag (Hrsg). Band 106, Kap. 2: 117-133.
120. Reinecke J (1998). Regelmäßigkeiten des Interviewerverhaltens. In: Spektrum Bundesstatistik (Hrsg.). Band 11. Wiesbaden: Stat. Bundesamt, 1998: 115-137.
121. Reuband KH (1991). Bekundete und reale Offenheit im Interview: Eine empirische Analyse des Zusammenhangs von Verweigerungshaltung und Antwortverhalten. In: Planung & Analyse (Hrsg). Aufl. 2, 49- 51.
122. Reusch A, Schug M, Küffner R, Vogel H, Faller H (2013). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010- eine Bestandsaufnahme. Rehabilitation 2013, 52: 226–233.
123. Risk A, Petersen C (2002). Health information on the Internet: Quality issues and international initiatives. JAMA 2002; 287(20): 2713–2715.
124. Robert Koch-Institut (RKI) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) e. V. (2010). Krebs in Deutschland 2005/2006 - Häufigkeiten und Trends. 7. Ausgabe.
125. Robert Koch-Institut (RKI) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) e.V. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. 8. Ausgabe.
126. Rosenbaum E, Gautier H, Fobair P, Neri E, Festa B, Hawn M, Andrews A, Hirshberger N, Selim S, Spiegel D (2004). Cancer supportive care, improving the quality of life of cancer patients. A program evaluation report. Support Care Cancer, 12(5): 293-301.
127. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbø GH, Børøund E, Ellison MC (2013). Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. Cancer Nurs 2013; 36(1): 6-17.

128. Scheffler, Hartmut. (1997). Methodisches Stichwort: Ausschöpfung. In: Planung & Analyse, o.Jg(5): 58-61.
129. Shaw BR, Hawkins R, Arora N, McTavish F, Pingree S, Gustafson DH (2006). An exploratory study of predictors of participation in a computer support group for women with breast cancer. CIN - Computers Informatics Nursing, 24(1): 18-27.
130. Singer E, V Hoewyk J, Neugebauer RJ (2003). Attitudes and behavior: The impact of privacy and confidentiality concerns on participation in the 2000 Census. Public Opin Q, 67: 368-384.
131. Söllner W, Zschocke I, Augustin M (1998). Melanompatienten: Psychosoziale Belastung, Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung. Psychother Psychosom Med Psychol 9/10(48): 338-348.
132. Strittmatter G (2004). Psychosoziale Betreuung von Patienten mit Hauttumoren in Zeiten der Diagnosis Related Groups (DRG). Der Hautarzt, 55, 735-745.
133. Spyra K, Nowossadeck E, Bartel S (2009). Akzeptanz internetbasierter Nachsorgemodule durch orthopädische und kardiologische RehabilitandInnen. Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, Robert-Koch-Institut Berlin. [Online im Internet.] URL: [http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=21\\_Bartel.pdf](http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=21_Bartel.pdf) [Stand: 02.02.2014 22:56Uhr].
134. Statistisches Bundesamt (2011a). Pressemitteilung Nr. 474 vom 19.12.2011. 28 Millionen Haushalte in Deutschland haben einen Breitbandanschluss. (Basis dieser Ergebnisse war die Erhebung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zur Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in privaten Haushalten) [Online im Internet.] URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/12/PD11\\_474\\_63931.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/12/PD11_474_63931.html) [Stand: 20.05.2013, 15:50Uhr].
135. Statistisches Bundesamt (2013). Pressemitteilung vom 4. Februar 2013 – 42/13. Krebs immer häufiger Todesursache. [Online im Internet.] URL:

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/02/PD13\\_042\\_232pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/02/PD13_042_232pdf.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 20.05.2013, 15:55Uhr].

136. Suler J (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav* 2004, 7: 321-326.

137. Teichmann JV (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. In: *Rehabilitation* 41: 53–63.

138. Titov N, Andrews G, Schwencke G. Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *Aust N Z J Psychiatry* 2008, 42(7): 595-605.

139. Tripp J, Schulte T, Schröck R, Hass HG, Berger D, Muthny FA (2012). Ziele und Zielerreichung in der onkologischen Rehabilitation aus Patienten- und Arztsicht. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2012, 90: 98-109.

140. Tschusche V (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Der Onkologe* 2003, 6: 657–665.

141. Ullrich PM, Carson MR, Lutgendorf SK, Williams RD (2003). Cancer fear and mood disturbance after radical prostatectomy: Consequences of biochemical evidence of recurrence. *J Urol*, 169(4): 1449-1452.

142. Van Uden-Kraan CF, Drossaert CHC, Taal E, Lebrun C, Drossaers-Bakker W, Smit W, Seydel E, van de Laar M (2008a). Coping with somatic illnesses in online support groups: Do the feared disadvantages actually occur? *Comput Human Behav* 2008, 24(2): 309–324.

143. Van Uden-Kraan CF, Taal E, Shaw BR, Seydel ER, van de Laar MAFJ (2008b). Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qual Health Res* 2008, 18(3): 405–417.

144. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WJ, Slaughter R, McGhee EM (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioural change outcomes. *J Med Internet Res* 2004, 6(4): e40.

145. Weis J, Domann U (2006). Interventionen in der Rehabilitation von Mammakarzinompatientinnen - Eine methodenkritische Übersicht zum Forschungsstand. *Die Rehabilitation*, 45(3): 129-145.
146. WHO (1981). Disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series 668. Genf. 1981; S. 9.
147. Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, Dev P, Taylor CB (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer* 97(5): 1164-1173.
148. Zepf S, Mengele U, Marx A, Hartmann S (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Giessen: Psychosozial-Verlag. Aufl. 5; S. 62.
149. Zettl S, Menges-Beutel A, Otto U (2005). Die Bedeutung der Psychoonkologie in der Rehabilitation in der urologischen Onkologie. *Urologe A* (44): 29–32.
150. Zimmer B, Moessner M, Kordy H (2010). Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. *Rehabilitation* 2010, 49: 301–307.

## **11. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Ablaufmodell einer skalierenden Strukturierung (P. Mayring, 2010, S. 102).....	40
---	----

## **12. Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Beschreibung der Stichprobe „potentielle Chatteilnehmer“.....	33
Tabelle 2 Beschreibung der Stichprobe „potentielle Nichtchatteilnehmer“.....	34
Tabelle 3 Beispiel Kategorienbildung „Zufriedenheit mit der Behandlung“.....	41
Tabelle 4.1 Kodierleitfaden + Antworten der *TN zu Frage 6.2.2.....	43
Tabelle 4.2 Kodierleitfaden + Antworten der *NTN zu Frage 6.2.2.....	44
Tabelle 5 Übersicht über die relativen und absoluten Häufigkeiten der Nennungen auf die Interviewfrage 6.2.2.....	45
Tabelle 6 Aktueller Gesundheitszustand.....	51
Tabelle 7 Einstellung zu der Erkrankung.....	53
Tabelle 8 Wunsch nach professioneller Hilfe bei der Verarbeitung der Krankheitserlebnisse.....	54
Tabelle 9 Alternative Verarbeitungshilfen zur Chatgruppe.....	56
Tabelle 10 Einstellung zu psychosozialer Nachsorge allgemein.....	58
Tabelle 11 Optimale internetbasierte Nachsorge vorstellbar.....	60
Tabelle 12 Zufriedenheit mit Behandlung.....	62
Tabelle 13 Vorstellung von einer optimalen Form der ambulanten Nachsorge.....	64
Tabelle 14 Informationsstand nach Diagnosestellung.....	66
Tabelle 15 Genutzte Informationsquellen über die Krebserkrankung.....	68
Tabelle 16 Informationssuche über die Erkrankung.....	69
Tabelle 17 Empfehlung bestimmter Internetseiten.....	71
Tabelle 18 Positive Aspekte, die bei *TN und **NTN für eine Teilnahme sprechen würden (Mehrfachantworten möglich).....	76
Tabelle 19 Barrieren der Teilnahmebereitschaft (Mehrfachantworten möglich)....	81
Tabelle 20 Offene Fragen nach der Patientenschulung.....	83
Tabelle 21 Beurteilung der Patientenschulung.....	85
Tabelle 22 Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung.....	87
Tabelle 23 Anregungen zur Verbesserung des Ablaufs der Intervention.....	88

Tabelle 24 Bedenken hinsichtlich des technischen Zugangs gemessen an den Computer- und Internetkenntnissen der Patienten.....	90
Tabelle 25 Organisatorische Bedenken gegenüber Chatteilnahme.....	91
Tabelle 26 Erfahrungen mit dem Internet.....	92
Tabelle 27 Häufigkeit der Internetnutzung.....	93
Tabelle 28 Verfügbarkeit eines Computers mit Internetzugang.....	94
Tabelle 29 Anschaffung eines Computers.....	95
Tabelle 30 Gründe der Internetnutzung.....	97
Tabelle 31 Bedeutung des Internets.....	99
Tabelle 32 Befürchtungen bei der Internetnutzung (Mehrfachantworten).....	102
Tabelle 33 Vorteile eines Internetzugangs.....	105
Tabelle 34 Bekanntheit der Begriffe „Forum / Chatdiskussion“ und bisherige Erfahrungen.....	107
Tabelle 35 Kategorienbildung zu Frage 6.1.1.....	184
Tabelle 36 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.1.....	185
Tabelle 37 Kategorienbildung zu Frage 6.1.2.....	187
Tabelle 38 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.2.....	188
Tabelle 39 Kategorienbildung zu Frage 6.1.3.....	190
Tabelle 40 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.3.....	190
Tabelle 41 Kategorienbildung zu Frage 6.1.4.....	191
Tabelle 42 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.4.....	192
Tabelle 43 Kategorienbildung zu Frage 6.1.5.....	194
Tabelle 44 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.5.....	194
Tabelle 45 Kategorienbildung zu Frage 6.1.6.....	196
Tabelle 46 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.6.....	197
Tabelle 47 Kategorienbildung zu Frage 6.1.7.....	198
Tabelle 48 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.7.....	199
Tabelle 49 Kategorienbildung zu Frage 6.1.8.....	200
Tabelle 50 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.1.8.....	201
Tabelle 51 Kategorienbildung zu Frage 6.2.1.....	203
Tabelle 52 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.2.1.....	204
Tabelle 53 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.2.2.....	206
Tabelle 54 Kategorienbildung zu Frage 6.2.3.....	207
Tabelle 55 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.2.3.....	207

Tabelle 56 Kategorienbildung zu Frage 6.2.4.....	209
Tabelle 57 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.2.4.....	210
Tabelle 58 Kategorienbildung zu Frage 6.3.1.....	213
Tabelle 59 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.1.....	214
Tabelle 60 Kategorienbildung zu Frage 6.3.2.....	218
Tabelle 61 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.2.....	219
Tabelle 62 Kategorienbildung zu Frage 6.3.3.....	224
Tabelle 63 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.3.....	224
Tabelle 64 Kategorienbildung zu Frage 6.3.4.....	226
Tabelle 65 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.4.....	226
Tabelle 66 Kategorienbildung zu Frage 6.3.5.....	228
Tabelle 67 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.5.....	228
Tabelle 68 Kategorienbildung zu Frage 6.3.6.....	230
Tabelle 69 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.3.6.....	230
Tabelle 70 Kategorienbildung zu Frage 6.4.1.....	232
Tabelle 71 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.1.....	232
Tabelle 72 Kategorienbildung zu Frage 6.4.2.....	235
Tabelle 73 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.2.....	235
Tabelle 74 Kategorienbildung zu Frage 6.4.3.....	237
Tabelle 75 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.3.....	237
Tabelle 76 Kategorienbildung zu Frage 6.4.4.....	238
Tabelle 77 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.4.....	239
Tabelle 78 Kategorienbildung zu Frage 6.4.5.....	240
Tabelle 79 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.5.....	240
Tabelle 80 Kategorienbildung zu Frage 6.4.6.....	242
Tabelle 81 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.6.....	243
Tabelle 82 Kategorienbildung zu Frage 6.4.7.....	244
Tabelle 83 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.7.....	244
Tabelle 84 Kategorienbildung zu Frage 6.4.8.....	246
Tabelle 85 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.8.....	247
Tabelle 86 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9.....	249
Tabelle 87 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.9.....	249
Tabelle 88 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9.1.....	254
Tabelle 89 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.9.1.....	254

Tabelle 90 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9.2.....	257
Tabelle 91 Kodierleitfaden der *TN und **NTN zu Frage 6.4.9.2.....	257

**13. Vorschlag eines Fragebogens zur Bedarfsanalyse von  
therapeutisch geleiteten Chatgruppen in der Krebsnachsorge bei  
männlichen Krebspatienten**

Bitte unterstützen Sie die Bemühungen für eine Verbesserung von Nachsorgeangeboten bei Krebspatienten, indem Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig lesen und auf ehrliche Weise ausfüllen. Das „x“ der Antwortmöglichkeit, die am ehesten auf Sie zutrifft, kreisen Sie bitte ein. Bei den „offenen Fragen“ verfassen Sie bitte (stichwortartig) Ihre Antwort auf den freien Linien.

**Name (mit Großbuchstaben abkürzen)**

---

**Alter:**

---

**Art der Krebserkrankung:**

---

**Teilnahmebereitschaft an therapeutisch geleiteter internetbasierter**

**Chatgruppe:**

x ja, x nein

**Schulabschluss:**

x keinen, x Hauptschule ohne Lehre, x Hauptschule mit Lehre, x weiterführende Schule, x Hochschulreife, x abgeschlossenes Studium.

**Familienstand:**

x ledig, x in einer Beziehung / verheiratet, x geschieden.

**Monatliches Nettoeinkommen (zum Zeitpunkt der Diagnose):**

x <1000 €, x 1000-2000 €, x 2000-3000€, x >3000€, x arbeitslos / arbeitssuchend,  
x RentnerIn

**Haushaltsform:**

x Einpersonen-, x Zweipersonen-, x Mehrpersonenhaushalt.

**Wohnort:**

x Großstadt (> 100.000 Einwohner), x Kleinstadt (1.000- 100.000 Einwohner),  
x Dorf (< 1000 Einwohner)

**Aktueller Gesundheitszustand:**

x sehr schlecht, x schlecht, x mittelmäßig, x gut, x sehr gut.

**Wie ist Ihre Einstellung zu Ihrer Erkrankung?**

x negativ, x neutral, x positiv.

**Haben Sie einen Computer mit Internetanschluss zuhause?**

x ja x nein

**Haben Sie generell Interesse daran neue, mit Technik verbundene, Dinge kennenzulernen?**

x nein, x eher nicht, x eher ja, x ja.

**Wie oft nutzen Sie das Internet?**

x nie, x selten, x 1x pro Monat, x 2-6x/ Woche, x täglich.

**Die Bedeutung des Internets für Sie ist...**

x groß, x gering, x keine Bedeutung

**Eignete sich das Internet als Informationsquelle zu der eigenen Krebserkrankung?**

x nein, x eher nicht, x eher ja, x ja.

**Können Sie ihrer Meinung nach seriöse Internetseiten von nicht seriösen Internetseiten unterscheiden?**

x nein, x eher nicht, x eher ja, x ja.

**Können Sie Internetseiten weiterempfehlen, die Ihnen nützlich waren?**

x nein, x ja (wenn „x ja“: welche Internetseiten? \_\_\_\_\_)

**Können Sie eine für sich vorstellbare optimale Form der realen bzw. internetbasierten Nachsorge formulieren?**

---

**Wie schätzen Sie das Verhältnis zu ihrem betreuenden Hausarzt / Facharzt, der Sie nach Entlassung aus der Rehabilitation weiter betreuen wird, ein?**

x ich vertraue meinem Arzt / meiner Ärztin und schätze seine / ihre medizinischen Kenntnisse

x ich verstehe manchmal nicht, was mein Arzt / meine Ärztin mir über meine Krankheit sagt

x ich habe schon häufiger wichtigere, verständlichere Informationen im Internet zu Krankheiten gefunden

x ich traue mich manchmal nicht meinem Arzt / meiner Ärztin meine Fragen zu stellen

**Wenn Sie die Wahl hätten, welches der „realen“ bzw. internetbasierten Nachsorgeangebote würden Sie am ehesten wählen?**

**(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)**

- therapeutisch geleitete Chatgruppe
- Emailkontakt mit Arzt / Therapeuten
- enge „reale“ Arzt- / Therapeutenbeziehung
- Kontaktaufnahme mit anderen Patienten via Bildschirmtelefonat (Skype)
- „reale“ Selbsthilfegruppe ohne therapeutische Leitung
- Gespräche mit Familie / Freunden / Bekannten

**Halten Sie psychosoziale Nachsorge für Krebspatienten generell für sinnvoll?**

- ja,  ja, aber für mich persönlich nicht,  nein,  eher nicht

**Fühlten Sie sich zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ausreichend über ihre Erkrankung informiert?**

- ja,  nein

**Wo haben Sie die sinnvollsten Informationen für sich gefunden?**

- Bücher / Broschüren,  Gespräche mit Ärzten / Therapeuten,  Internet

**Hat sich ihr behandelnder Arzt / Therapeut aus Ihrer Sicht genügend nach ihrem Wissensstand / Informationsbedarf in Bezug auf ihre Erkrankung informiert?**

- ja,  nein

**Waren Sie mit ihrer Behandlung / Versorgung bis jetzt zufrieden?**

- ja,  nein

(wenn „x nein“ : Welche Kritikpunkte haben

Sie? \_\_\_\_\_)

**Können Sie vor Beginn der Intervention Anregungen für die internetbasierte Nachsorge formulieren?**

- ja,  nein

(bei „x ja“ : Welche Anregungen haben

Sie? \_\_\_\_\_)

**Haben Sie nach der Patientenschulung noch offene Fragen gegenüber der Chatintervention?**

- ja,  nein

(wenn „x ja“: welche Fragen? \_\_\_\_\_)

**Welche Aspekte sehen Sie als wichtigste Anreize für eine Teilnahme an der internetbasierten therapeutisch geleiteten Chatnachsorge an?**

**(Alle zutreffenden Antworten bitte ankreuzen. Bitte lesen Sie zunächst alle Auswahlmöglichkeiten aufmerksam durch!)**

- x zeitsparend
- x günstig
- x einfache Bedienung
- x bequem
- x Erfahrungsaustausch
- x therapeutische Leitung
- x Therapeut der Chatgruppe aus vorheriger Behandlung bereits bekannt
- x Äußerlichkeiten spielen keine Rolle, da anonym (Pseudonym, keine Bildübertragung)
- x geringer technischer Aufwand
- x Familie / Freunde / Bekannte werden weniger belastet
- x Wunsch nach einer neuen Erfahrung / neuer Blickwinkel auf die Erkrankung
- x Freundschaften können sich entwickeln
- x anderen Patienten Mut / Zuversicht geben
- x kleine Gruppengröße (<12 Personen)
- x hauptsächlich Patienten mit der gleichen Krebserkrankung in einer Chatgruppe
- x hauptsächlich Patienten eines Alters in einer Chatgruppe
- x Themen der Chatgruppe werden im Vorfeld der Intervention bekannt gegeben / können gemeinsam mit dem Therapeuten als Gruppe im Vorfeld festgelegt werden
- x kleine Gruppengröße (<12 Teilnehmer plus Therapeut)

**Welche Aspekte erachten Sie an der internetbasierten, therapeutisch geleiteten Chatnachsorge als bedeutsamste Barrieren gegen eine Teilnahmebereitschaft?**

**(Alle zutreffenden Antworten bitte ankreuzen. Bitte lesen Sie zunächst alle Auswahlmöglichkeiten aufmerksam durch!)**

- x Verlust der Anonymität / unsicherer Datentransfer
- x gesellschaftsgefährdend / jugendgefährdend
- x Internettviren

- x kursierendes Laienwissen
- x Betrug
- x Zeitverschwendung
- x Internet soll nicht noch mehr zu einer Informations- und Bildungsquelle werden
- x schlechte Verfassung der Mithatter beeinflusst eigenen Zustand negativ
- x Chattermin zeitlich schwer einzurichten
- x Mithatter keine fachlich kompetenten Gesprächspartner
- x zu kleiner Text auf Computerbildschirm
- x unterschiedliche thematische Schwerpunkte im Chat
- x weniger Einbindung der Familie / Freunde / Bekannte in die Krankheitsverarbeitung
- x wenig bis kein Interesse an einem generellen Austausch über die Erkrankung
- x technische Barrieren (schlechte Computer- / Internetkenntnisse, Funktionsweise des Chatprogramms / Eingabe der Zugangsdaten unklar)
- x organisatorische Bedenken (kein Computer mit Internetzugang zur Verfügung, Absprache mit dem Arbeitgeber zwecks Möglichkeit einer Teilnahme während der Arbeitszeit erforderlich)
- x negative Erfahrungen mit Chat- / Forumdiskussionen

***Vielen Dank für Ihre Beantwortung der Fragen! Alles Gute für Sie!***

## **14. Lebenslauf**

### **PERSÖNLICHE DATEN**

Name	Susanne Martha Anton
Geburtsdatum und -ort	26.09.1985, Hamburg
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	ledig

### **STUDIUM**

10/2005 – 10/2007	Studium der Zahnmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg
10/2007 – 12/2013	Studium der Humanmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg
09/2009	1. Staatsexamen Humanmedizin
12/2013	2. Staatsexamen Humanmedizin

### **STATIONEN DES PRAKTISCHEN JAHR**

08/2012-12/2012	Berner Höhenklinik Heiligenschwendi, Schweiz, Tertial Innere Medizin
01/2013-02/2013	St. Adolf-Stift Krankenhaus Reinbek, Reinbek, Wahltertial Radiologie
02/2013-03/2013	Sir Run Run Shaw Hospital, Volksrepublik China, Wahltertial Radiologie
04/2013-07/2013	Klinikum Itzehoe, Itzehoe, Tertial Chirurgie

### **ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG**

01/2014 – laufend	Assistenzärztin am Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck
-------------------	---

Hamburg, 30.03.2014

## **15. Danksagung**

Zunächst möchte ich Herrn Prof. Dr. H. Schulz vom Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf herzlich für die Überlassung des Themas und die angenehme, konstruktive Zusammenarbeit danken.

Frau Dr. med. Dipl. Psych. Julia Hoffmann danke ich für ihre Kompetenz, Freundlichkeit und ihren Fleiß dieses Projekt abzuschließen - ihre kritischen Anmerkungen haben zu dem Gelingen dieser Arbeit geführt. Frau Dipl. Psych. Juliane Fink möchte ich für die Begleitung der initialen Schritte des Projekts und meiner Dissertation danken.

Vielen Dank an die Nordfrieslandklinik St. Peter-Ording und dabei insbesondere an Herrn Dipl. Psych. Markus Büschges für die Unterstützung bei der Rekrutierung der Patienten.

Ein großes Dankeschön möchte ich natürlich auch an die befragten Krebspatienten richten, die ihre Einstellungen und Gedanken mit mir während der Interviews geteilt haben.

Vielen Dank auch an Herrn Prof. Dr. Mayring für seine Ratschläge und Anleitung bei der Auswertung der Daten.

Abschließend danke ich meiner Mutter für ihre liebevolle Unterstützung und die Eröffnung aller Möglichkeiten in meinem Leben. Meinem verstorbenen Vater möchte ich diese Arbeit widmen. Meiner Schwester Marion danke ich insbesondere für ihre Unterstützung bei der Ausarbeitung des Designs und meiner besten Freundin Friederike Kastein danke ich für ihre Korrekturen zu Beginn der Arbeit. Ihr seid mir immer eine wichtige Stütze!

Meinem Freund Daniel Geppert danke ich für die sinnvollen Korrekturvorschläge und ich freue mich, dass wir unseren Weg gemeinsam gehen.

## **16. Erläuterungen / Definitionen**

### **Chat**

Möglichkeit der synchronen, textorientierten Kommunikation mehrerer Teilnehmer über das Internet. Für einen Chat wird ein spezielles Programm benötigt, das meist bereits in einem Browser integriert ist. Ein Chat findet in sog. Chatrooms statt, die unabhängig voneinander existieren.

(Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Chat)

### **Chatroom**

virtueller Ort für Chats (Chat), in dem sich Teilnehmer unterhalten können. Chatrooms sind meist thematisch organisiert, so dass sich an den gleichen Themen Interessierte dort treffen und untereinander austauschen können. Die Orte können wie reale Räume von den Chatteilnehmern betreten und wieder verlassen werden.

(Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Chatroom)

### **World Wide Web**

Multimedialer Dienst des Internets, der auf der Verlinkung von HTML-Seiten (HTML) basiert und die Darstellung von Text-, Bild-, Ton- und Videodateien mithilfe eines Browsers ermöglicht.

(Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: World Wide Web)

## **17. Das Untersuchungsinstrument : Der Interviewleitfaden**

### **A.) Einleitung**

Die Eröffnung des Interviews erfolgte mit der Frage nach persönlichen Höhen und Tiefen im Verlauf der Krankheitsgeschichte:

*„Eine Krebserkrankung stellt ja ein sehr schneidendes Erlebnis dar, der Umgang mit der Erkrankung und der neuen Situation ist oft auch seelisch fordernd. Das eigene Befinden verändert sich im Verlauf der Erkrankung und Behandlung – mal geht es schlechter, mal geht es besser- eine Erfahrung, die sie eventuell auch schon gemacht haben.....“ (Interviewerin)*

### **B.) Bedarf: Psychosoziale Unterstützung**

- \*Wie fühlen Sie sich aktuell? Wie ist Ihre Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung?*
- \* Würden Sie sich Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse und bei der Wiederaufnahme Ihres Alltagslebens wünschen?*
- \* Wie ist ihre allgemeine Einstellung zu psychosozialer Nachsorge?*
- \* Gibt es etwas, das Sie bis jetzt in Ihrer Versorgung / Behandlung vermisst haben oder kritisieren?*
- \* Haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen und / oder internetbasierten Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitationsphase?*

### **C.) Bedarf: Informationen**

- \* Hätten Sie sich mehr Informationen gewünscht nach Diagnosestellung im Krankenhaus?*
- \* Wo und wie sind Sie nach Diagnosestellung an die sinnvollsten Informationen gelangt und nach welchen Informationen haben Sie explizit gesucht?*
- \* Gibt es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und die Sie auch anderen Patienten empfehlen würden?*

### **D.) Einstellung zur Chatintervention**

- \* Welche persönlichen Gründe würden für eine Teilnahme sprechen?*
- \* Welche Gründe / Bedenken könnten gegen eine Teilnahme am Chat sprechen?*
- \* Sehen Sie Nachteile in internetbasierter Nachsorge?*
- \* Sehen Sie auch positive Aspekte, die eine therapeutische Chatgruppe mit sich*

*bringen könnte?*

- \* Haben Sie Befürchtungen gegenüber einer Teilnahme? (nur nichtteilnahmebereite Patienten)*
- \* Welche Aspekte führen Sie zu einer Teilnahme? (nur teilnahmebereite Patienten)*
- \* Sind aus Ihrer Sicht Fragen offen geblieben bei der Patientenschulung?*
- \* Wie hat Ihnen die Patientenschulung gefallen?*
- \* Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung?*
- \* Haben Sie im Vorwege der eigentlichen Chatintervention Anregungen, um den Ablauf der Intervention möglicherweise zu verbessern?*

### **E.) Einstellung zum Internet allgemein**

- \* Wie häufig nutzen Sie das Internet?*
- \* Haben Sie einen Computer mit Internetzugang zur freien Verfügung? Wenn ja, wo?*
- \* Wenn nein, denken Sie über die Anschaffung eines Computers nach?*
- \* Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet?*
- \* Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?*
- \* Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf die Nutzung des Internets?*
- \* Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?*
- \* Sagen Ihnen die Begriffe „Forums-/Chatgruppendifkussionen“ etwas? Haben Sie schon einmal an so etwas teilgenommen?*

## 18. Der Screeningbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir Sie bitten, uns über Ihren voraussichtlichen Teilnahmewunsch bzw. Ihre Nicht-Teilnahme an der vorgestellten Chatgruppen-Intervention zu informieren.

Unabhängig davon, ob Sie sich für oder gegen eine Teilnahme entscheiden, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns in einem Interview über die Faktoren, die Ihre Entscheidung beeinflusst haben, informieren würden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname:

Art der Krebserkrankung:

Zunächst möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihren Computererfahrungen bitten.

Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?

<sub>1</sub>gut

<sub>2</sub>mittel

<sub>3</sub>schlecht

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

<sub>1</sub>nein

<sub>2</sub>ja, ISDN oder langsamer

<sub>3</sub>ja, und zwar DSL

<sub>4</sub>ja, unbekannt

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

<sub>1</sub>täglich

<sub>2</sub>2 – 6 mal pro Woche

<sub>3</sub>ca. 1x pro Woche

<sub>4</sub>seltener / nie

Ich möchte an der Chatgruppe teilnehmen:

<sub>1</sub>ja

<sub>2</sub>nein

Ich erkläre mich bereit an einem Interview teilzunehmen:

<sub>1</sub>ja

<sub>2</sub>nein

## 19. Die Datenschutzerklärung



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



Ansprechpartnerin:  
Frau Fink  
Telefon 040 / 7410 56207

### Einwilligungserklärung

Ansprechpartner:  
Herr Büschges  
Raum 186

(Kopie für die Patientin/ den Patienten)

### Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem wissenschaftlichen Interview zum Thema „Bedarf und Akzeptanz einer Chat-Nachsorge“

Ich bin mit dem beiliegenden Merkblatt („Patienten-Information“) über die Vorgehensweise des Interviews informiert worden. Ich weiß,

- dass die Teilnahme an dem Interview **freiwillig** ist,
  - dass mir **durch die Nicht-Teilnahme keine Nachteile** bei der Behandlung entstehen
  - und dass meine Angaben pseudonymisiert (das heißt ohne Nennung Ihres Namens, Ihres Geburtsdatums, Ihrer Anschrift oder anderer Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen) ausgewertet werden.
- Ich stimme zu, dass die Rehabilitationsklinik Nordfriesland meine Behandlung betreffende Routedaten pseudonymisiert an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weitergibt, damit diese dort in die Studiauswertung einbezogen werden können.

- Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung ausgefüllt im Anschluss an die Informationsveranstaltung bei den beiden Projektmitarbeiterinnen ab.

Die gesamte Untersuchung unterliegt den rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz.

.....  
Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

.....  
Anschrift

.....  
Ort

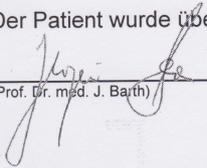
.....  
E-Mail Adresse in Druckbuchstaben (wichtig)

.....  
Telefon

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Der Patient wurde über die Studie aufgeklärt.

  
.....  
(Prof. Dr. med. J. Barth)

## 20. Die Kodierleitfäden

### 20.1 Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 35 Kategorienbildung zu Frage 6.1.1

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K1: positive Bewertung</b>	Der Gesundheitszustand wurde  - als positiv - ohne Angabe von Schmerzen - ohne körperliche Einschränkungen beschrieben.	<i>„Mir geht es gerade ziemlich gut, habe keine Schmerzen mehr und kann mich zur Zeit nicht beschweren.“</i>	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen
<b>K2: negative Bewertung</b>	Der befragte Patient  - äußerte sich negativ über seinen Gesundheitszustand - beklagte einschränkende Schmerzen bzw. Alltagseinschränkungen	<i>„Mir geht es zur Zeit noch sehr schlecht, ich kann mich nur schwer bewegen und an Sport ist bei den Schmerzen im Rücken noch lange nicht zu denken.“</i>	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen

**Tabelle 36 Kodierleitfaden der \*TN zu Frage 6.1.1**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Kategorien
A	„Mir geht es gerade ziemlich gut, habe keine Schmerzen mehr und kann mich zur Zeit nicht beschweren.“	K1	<p><b>K1: positive Bewertung</b></p> <p><b>K2: negative Bewertung</b></p>
B	„Schlecht geht es mir nicht, ich kann sagen mir geht es sogar sehr gut.“	K1	
C	„Ich denke es geht mir gut...ich habe mit richtigen Problemen gerechnet. Die habe ich Gott sei Dank nicht (...).“	K1	
D	„Für mich ist mein Gesundheitszustand zufriedenstellend. Ich kann nicht klagen, Schmerzen wären schlimm gewesen, die habe ich aber nicht durch die guten Therapien hier in der Reha (...).“	K1	
E	„Ich bin zufrieden mit meinem Zustand. Immerhin bin ich jetzt stabil, die Zeit auf der einen Station im Krankenhaus war schlimm (...) jetzt geht's mir viel besser und brauche einfach Zeit, um wieder der Alte zu werden.“	K1	
F	„Es ist nicht so, dass ich Bäume ausreißen kann, aber ich bin zufrieden. Ich spüre im Alltag nichts mehr von meiner Erkrankung hier in der Reha.“	K1	
G	„Mir geht es zur Zeit noch sehr schlecht, ich kann mich nur schwer bewegen und an Sport ist bei den Schmerzen im Rücken noch lange nicht zu denken.“	K2	
H	„Die körperliche Schwäche und die Schmerzen machen mich immer kranker, mir geht's immer noch schlecht.“	K2	
I	„Ich habe immer noch starke Schmerzen.“	K2	
J	„Ich würde mir so wünschen zurück nach Hause zu können, aber den Alltag schaffe ich noch nicht.“	K2	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 36 Kodierleitfaden der \*\*NTN zu Frage 6.1.1**

<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Mir geht es wirklich sehr gut (...) es überrascht mich selbst.“</i>	K1	
L	<i>„Ich fühle mich gut, habe keine Probleme im Moment wegen meiner Erkrankung.“</i>	K1	
M	<i>„Mir geht es gut (...) ich habe noch leichte Schmerzen, die ich aber nicht als große Einschränkung empfinde, da ich alle Therapien machen kann und mich so fühle, als wenn ich (...) tägliche Fortschritte mache.“</i>	K1	
N	<i>„Mir geht's aktuell sehr gut.“</i>	K1	
O	<i>„Klingt es komisch, wenn ich sage mir geht's besser als vor einem Monat- nämlich gut?“</i>	K1	
P	<i>„Ich sehe meinen Zustand im Moment als stabil an, ich fühle mich gut (...).“</i>	K1	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 37 Kategorienbildung zu Frage 6.1.2**

<b>Kategorie</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiele</b>	<b>Kodierregeln</b>
<b>K3: positive Einstellung</b>	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- beschrieb Einstellung gegenüber Erkrankung als positiv</li> <li>- gab an bei der Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung keine negativen Gefühle zu spüren</li> </ul>	<p><i>„Ich kann sagen mir geht es gut, wenn ich an meine Krankheit denke.“</i></p>	<p>Es musste mindestens ein Aspekt zutreffen</p>
<b>K4: neutrale Einstellung</b>	<p>Die Einstellung gegenüber der Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wurde weder als positiv noch negativ beschrieben</li> <li>- zeigte ambivalente Tendenzen</li> </ul>	<p><i>„Ich weiß nicht, was ich über die Erkrankung denken soll. Das wird sich jawohl erst zeigen in der Zukunft.“</i></p>	<p>Es musste mindestens ein Aspekt zutreffen</p>
<b>K5: negative Einstellung</b>	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- äußerte sich negativ über die Erkrankung</li> <li>- äußerte durch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung in eine negative Stimmung zu verfallen</li> </ul>	<p><i>„Ich beschäftige mich sehr ungern mit meiner Erkrankung, weil ich dann immer so traurig werde und mich frage, warum mir das widerfahren ist.“</i></p>	<p>Es musste sich mindestens ein kritischer Aspekt in der Äußerung befinden</p>

**Tabelle 38 Kodierleitfaden der \*TN zu Frage 6.1.2**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Kategorien
A	„Ich kann sagen mir geht es gut, wenn ich an meine Krankheit denke.“	K3	<b>K3: positive Einstellung</b>  <b>K4: neutrale Einstellung</b>  <b>K5: negative Einstellung</b>
B	„Ich sehe die Krankheit mal als positiv, mal als negativ an (...)- je nachdem, wie ich mich gerade fühle. Die Frage nach der Einstellung gegenüber der Erkrankung ist schwierig.“	K4	
C	„Ich weiß nicht, was ich über die Erkrankung denken soll. Das wird sich jawohl erst zeigen in der Zukunft“	K4	
D	„Ich vermeide über meine Krankheit nachzudenken, ich fühle mich dann schlecht.“	K5	
E	„Die Krebserkrankung ist mein Feind (...). Für mich ist es einfach schlimm, dieses Gedankenkreisen um das Thema.“	K5	
F	„Wie ich mich fühle, wenn ich mich mit meinem Zustand auseinandersetze, kann ich gar nicht so genau sagen, mal gut, mal schlecht.“	K4	
G	„Ich beschäftige mich sehr ungern mit meiner Erkrankung, weil ich dann immer so traurig werde und mich frage, warum mir das widerfahren ist.“	K5	
H	„Wenn man anfängt sich mit der Krankheit richtig zu beschäftigen, weiß man erst, wie sie einen körperlich und psychisch an das eigene Limit bringt.“	K5	
I	„Wenn ich an meine Krankheit denke (...) fühle ich mich vor allem seelisch schmerzgeplagt.“	K5	
J	„Glauben Sie bitte nicht, dass die Reha einen hier von allen negativen Gedanken befreit (...) mit dem schlechten Gefühl aufgrund der Krankheit ist man ja doch alleine.“	K5	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 38 Kodierleitfaden der \*\*NTN zu Frage 6.1.2**

<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Meine Einstellung gegenüber der Erkrankung würde ich als positiv beschreiben.“</i>	K3	
L	<i>„Wenn Sie so fragen, ich glaube ganz gut...jedenfalls vermeide ich jetzt nicht mich mit dem Krebs zu beschäftigen.“</i>	K3	
M	<i>„Dadurch, dass es mir von Tag zu Tag besser geht, habe ich auch mittlerweile ein gutes Verhältnis zu meiner Krankheit.“</i>	K3	
N	<i>„(...) die Krankheit ist ja jetzt ein Teil von mir. Ich halte sogar für eher wichtig mich ihr zu stellen, da mir durch sie auch vieles klar geworden ist. Sich mit seinem Leben und damit der Krankheit zu beschäftigen ist wichtig und gut.“</i>	K3	
O	<i>„ (...) Sie können sicher sein, dass ich jetzt keinen Hass oder so auf die Krankheit habe. Ich sehe sie seit einigen Tagen sogar als wichtig, sogar hilfreich für mich an, einige Dinge müssen halt erst passieren, damit man besser auf sich achtet.“</i>	K3	
P	<i>„Ich habe kein Problem mit meiner Erkrankung, ich will einfach nur wieder eine Einheit sein, ein gesunder Mensch. Aber das wird nur etwas mit einer gelebten guten Einstellung, ich denke, da bin ich auf dem richtigen Weg.“</i>	K3	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 39 Kategorienbildung zu Frage 6.1.3**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K6: Wunsch vorhanden</b>	- der Patient hat den Wunsch bejaht - der Patient äußerte sich positiv über professionelle Hilfe	„Ja, das wäre <i>möglicherweise wirklich hilfreich.</i> “	Zutreffend, wenn mindestens ein Aspekt der Definition in der Antwort des Patienten enthalten war
<b>K7: Wunsch nicht vorhanden</b>	- der Patient hat den Wunsch verneint - der Patient äußerte sich in negativer Form über professionelle Hilfe	„Vielen Dank, aber <i>nein, die brauche ich nicht.</i> “	Zutreffend, wenn mindestens ein Aspekt der Definition in der Antwort des Patienten enthalten war

**Tabelle 40 Kodierleitfaden der \*TN zu Frage 6.1.3**

TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Kategorien	
A	„Nein, ich denke, ich brauche keine Hilfe bei der Verarbeitung.“	K7	<b>K6: Wunsch vorhanden</b>	
B	„Ja, das stelle ich mir hilfreich vor.“	K6		
C	„Was auch immer sich dahinter verbirgt, ich kann mir professionelle Hilfe für mich sehr gut vorstellen.“	K6		
D	„Ja, ich finde das gut.“	K6		
E	„Ja, das wäre <i>möglicherweise wirklich hilfreich.</i> “	K6		
F	„Mittlerweile würde ich sagen, ja.“	K6		
G	„Wenn Sie so fragen (...) - ja doch, so etwas bringt bestimmt etwas Positives auf lange Sicht.“	K6		<b>K7: Wunsch nicht vorhanden</b>
H	„Ja, sollte ich mir auf jeden Fall anschauen, was der Markt so bietet.“	K6		
I	„Ja, können Sie mir da direkt einen Vorschlag machen (...)?“	K6		
J	„Ja, das wäre genau das richtige für die nächsten Wochen.“	K6		

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 40 Kodierleitfaden der \*\*NTN zu Frage 6.1.3**

NTN	Paraphrase	Kategorie
K	„Nein, ich brauche keine Hilfe.“	K7
L	„Vielen Dank, aber nein, die brauche ich nicht.“	K7
M	„Die Hilfe brauche ich nicht.“	K7
N	„(...) nein, ich brauche keine Unterstützung.“	K7
O	„Ja, das ist gut. Wenn Hilfe bei der Verarbeitung, dann aber keine Hilfe über das Internet durch Mitpatienten.“	K6
P	„Lassen Sie mich damit bloß in Ruhe. Ich brauche so etwas nicht.“	K7

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 41 Kategorienbildung zu Frage 6.1.4**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K8: Private / Professionelle Hilfe vorstellbar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient äußerte sich positiv über mindestens eine alternative (private / professionelle) Form der Unterstützung</li> <li>- Patient nannte mindestens eine alternative Form der Unterstützung neben der Chatgruppe, die er potentiell in Anspruch nehmen würde</li> </ul>	„Ich spreche am liebsten mit meiner Familie über meine Erkrankung.“	Es musste mindestens ein Aspekt der Definition zutreffen
<b>K9: Private / Professionelle Hilfe nicht vorstellbar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient äußerte keinen Wunsch nach privater oder professioneller Form der Unterstützung</li> <li>- Patient lehnte private oder professionelle Hilfe ab</li> </ul>	„Ich wünsche mir keine Hilfe bei der Verarbeitung neben der Chatgruppe.“	Es musste mindestens ein Aspekt der Definition zutreffen

**Tabelle 42 Kodierleitfaden der \*TN zu Frage 6.1.4**

TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„ Wenn ich Mitpatienten meines Alters und der ähnlichen oder sogar gleichen Krebserkrankung sprechen kann, z.B. in einer Selbsthilfegruppe, die ihre eigenen Erfahrungen gemacht haben, ist das meiner Meinung nach besser als wieder mit Therapeuten / Ärzten Gespräche zwischen Tür und Angel zu führen, die dann eh in ihrer Fachsprache reden.“	K8	<p><b>K8: Private / Professionelle Hilfe vorstellbar</b></p> <p><b>K9: Private / Professionelle Hilfe nicht vorstellbar</b></p>
B	Ich finde es gar nicht mal schlecht mit jemand Unabhängigen oder mir unbekanntem Personen über die Krankheit zu sprechen als immer mit meiner Familie oder Bekannten, weil die es sicher auch belastet von meinen ganzen psychischen und körperlichen Nebenwirkungen zu hören, wenn ich mal wieder jammere oder schimpfe. Also eine Gesprächstherapie kommt vielleicht noch zusätzlich zur Chatgruppe in Frage.“	K8	
C	„Meine Kinder und Enkelkinder, meine Kinder zum Sprechen, die Enkelkinder, um überhaupt noch einen Sinn zu sehen im Moment.“	K8	
D	„Ich brauche keine Hilfe, mir reicht die Chatgruppenteilnahme.“	K9	
E	„Ich rede am liebsten mit meiner Familie über das Passierte (...), jedenfalls, wenn es nicht nur noch darum geht.“	K8	
F	„Ich finde der ganze Bekannten- und Familienkreis ist doch die wichtigste Stütze, um den Alltag wieder aufnehmen zu können.“	K8	
G	„Es gibt doch ausgebildete Psychoonkologen, zu so einer Person würde ich mal gehen wollen.“	K8	
H	„Meine Familie und unsere Freunde, definitiv.“	K8	
I	„Ich könnte mir für mich eine Einzeltherapie vorstellen, gesetzt den Fall ich komme gut mit dem / der TherapeutIn aus.“	K8	
J	„Ich glaube ich könnte mir eine Gesprächstherapie vorstellen, vielleicht in der Gruppe oder auch alleine. Müsste ich mal schauen, auf jeden Fall aber meine Familie (...).	K8	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 42 Kodierleitfaden der \*NTN zu Frage 6.1.4**

<b>NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Ja, ich habe von einer Bekannten von Psychoonkologen gehört und das wäre vielleicht ein guter Ansprechpartner.“</i>	K8	
L	<i>„Eventuell würde ich mal zu einer Gesprächstherapie gehen, wie es sich halt ergibt. Meine Familie hat aber auch ihre wichtige Rolle in meiner Krankheitsverarbeitung.“</i>	K8	
M	<i>„Ich möchte keine Hilfe, weder Chatgruppe noch irgend ein anderes Angebot.“</i>	K9	
N	<i>„Ich wünsche mir keine Hilfe, das werde ich schon alleine hinbekommen wieder in den Alltag zu finden (...).“</i>	K9	
O	<i>„Ich brauche meine Familie und meinen Bekanntenkreis als Unterstützung.“</i>	K8	
P	<i>„Der Gedanke etwas in Anspruch zu nehmen kam mir noch nicht, ich glaube ich brauche keine Unterstützung.“</i>	K9	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 43 Kategorienbildung zu Frage 6.1.5**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K10: positive Einstellung</b>	<p>Psychosoziale Nachsorge wurde als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gut</li> <li>- sinnvoll</li> <li>- wichtig</li> <li>- sehr wichtig</li> </ul> <p>beschrieben</p>	<p>„Ich finde psychosoziale Nachsorge durchaus sinnvoll, man kommt sonst im Leben ja fast nie in so eine Grenzsituation und wer kommt schon alleine damit klar.“</p>	<p>Eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen</p>
<b>K11: negative Einstellung</b>	<p>Psychosoziale Nachsorge wurde als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht sinnvoll</li> </ul> <p>beschrieben</p>	<p>„ Ich glaube nicht, dass ich gesund werde, wenn ich mich noch weiter mit einem Therapeuten oder Arzt über meine Misere unterhalte. Ich will mit meinem Problem abschließen sobald ich aus der Reha entlassen bin, halte sie daher für nicht sinnvoll.“</p>	<p>Die Definition musste zutreffen</p>

**Tabelle 44 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.5**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich halte psychosoziale Nachsorge auf jeden Fall für sinnvoll.“	K10	<p><b>K10: positive Einstellung</b></p> <p><b>K11: negative Einstellung</b></p>
B	„Ich finde psychosoziale Nachsorge durchaus sinnvoll, man kommt sonst im Leben ja fast nie in so eine Grenzsituation und wer kommt schon alleine damit klar.“	K10	
C	„Die psychosoziale Nachsorge ist meiner Meinung nach sehr wichtig, man isoliert sich sonst wegen der Erkrankung und kommt möglicherweise aus dem Alltagsleben raus, weil man sich vielleicht zurück zieht oder einigelt, wenn man niemanden sonst zum Sprechen hat.“	K10	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 44 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.5**

D	<i>„Definitiv sinnvoll, aber ich für meinen Teil bin mir nicht sicher, ob ich so etwas noch weiter gezielt in Anspruch nehmen soll, ich würde erstmal spontan sagen „nein“.“</i>	K10
E	<i>„Ich finde es gut, dass es so Etwas wie psychosoziale Nachsorge für Krebspatienten gibt.“</i>	K10
F	<i>„Global gesprochen wichtig. Nachsorgeangebote werden immer zahlreicher. Aber ich bleibe bei meinem Ansatz mit der Chatgruppenteilnahme und dem intensiven Gespräch mit meinen Verwandten und Bekannten.“</i>	K10
G	<i>„Ich finde psychosoziale Nachsorge mindestens genauso wichtig, wie die Therapie der Krankheit an sich.“</i>	K10
H	<i>„Ich finde psychosoziale Nachsorge generell gut, werde sie auch in Anspruch nehmen.“</i>	K10
I	<i>„Themen, die gerade jetzt wichtig sind, kann ich gut im Gespräch mit anderen Patienten bzw. Therapeuten klären, das ist auch der Grund, warum ich psychosoziale Nachsorge sinnvoll finde.“</i>	K10
J	<i>„Psychosoziale Nachsorge ist wichtig, aber das muss jeder Patient für sich selbst entscheiden.“</i>	K10
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Jeder muss einfach nur die richtige Form der Nachsorge für sich finden. Für den ein oder anderen gibt es aber nichts passendes. Den Gedanken Krebspatienten Nachsorgemöglichkeiten zu bieten finde ich schon sinnvoll.“</i>	K10
L	<i>„Aus meiner Sicht ist psychosoziale Nachsorge sinnvoll.“</i>	K10
M	<i>„Ich glaube nicht, dass ich gesund werde, wenn ich mich noch weiter mit einem Therapeuten oder Arzt über meine Misere unterhalte. Ich will mit meinem Problem abschliessen sobald ich aus der Reha entlassen bin, halte sie daher für nicht sinnvoll.“</i>	K11

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 44 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.5**

N	„Sinnvoll allemal. Ich weiß auch von einigen Bekannten, wie hilfreich sie die eigene Nachsorge empfunden haben.“	K10
O	„Sinnvoll, allerdings auch nur, wenn es kein Zwang ist.“	K10
P	„Mit dem Thema psychosoziale Nachsorge hatte ich bislang wenig Berührungspunkte, generell stecken aber sinnvolle Gedankenansätze dahinter denke ich.“	K10

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 45 Kategorienbildung zu Frage 6.1.6**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K12: vorstellbar</b>	Patient äußerte mindestens eine Form subjektiv optimaler internetbasierter Nachsorge	„Ich finde die <i>therapeutische Chatgruppe optimal als internetbasierte Nachsorge.</i> “	Die Definition musste zutreffen
<b>K13: nicht vorstellbar</b>	Patient äußerte keine subjektiv optimale internetbasierte Nachsorge	„Ich kann mir dazu <i>keine Meinung bilden bzw. etwas äußern.</i> “	Die Definition musste zutreffen

**Tabelle 46 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.6**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien	
A	„Ich könnte mir einen Skypekontakt mit einem Therapeuten gut vorstellen. Man könnte dann sehend und hörend kommunizieren.“	K12	<b>K12: vorstellbar</b>	
B	„Ich finde die therapeutische Chatgruppe optimal als internetbasierte Nachsorge.“	K12		
C	„Es gibt doch über den Computer auch die Möglichkeit das Gegenüber live zu sehen. Das wäre doch was, so wie ein Telefongespräch mit Bild.“	K12		
D	„Ich kann mir dazu keine Meinung bilden bzw. etwas äußern.“	K13		
E	„Also optimal im Rahmen internetbasierter Nachsorge finde ich schwierig. Dazu fällt mir nichts ein.“	K13		
F	„Die Chatgruppe scheint ein toller Ansatz als Nachsorgeangebot zu sein.“	K12		
G	„Ich könnte mir (...) einen Emaillkontakt mit einem Therapeuten / Arzt gut vorstellen. Da hat man keinen festen Termin und kann flexibel antworten.“	K12		<b>K13: nicht vorstellbar</b>
H	„Die therapeutische Chatgruppe sehe ich als optimal an als Nachsorge, deshalb mache ich dabei ja mit.“	K12		
I	„Darüber ist mir nicht so viel bekannt, was Alternativen zur Chatgruppe angeht (...). Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Chatgruppe mein Favorit.“	K12		
J	„Das Angebot mit der Chatgruppe und den Mitpatienten finde ich gut. Das reicht mir erstmal, ich denke die Art der Nachsorge passt zu mir.“	K12		
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>		
K	„Ich kann dazu nichts sagen. Dazu fällt mir nichts ein.“	K13		
L	„Da bin ich überfragt.“	K13		

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 46 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.6**

M	„Ich habe keine Erfahrung mit dem Internet bislang gesammelt und kann deshalb auch die einzelnen Möglichkeiten gar nicht kennen.“	K13
N	„Nachsorge ist eine gute Sache, aber übers Internet fällt mir dazu nichts ein.“	K13
O	„Ich könnte mir vielleicht einen Emaillkontakt mit einem Therapeuten vorstellen.“	K12
P	„Ich kann mir dazu keine Meinung bilden oder etwas äußern.“	K13

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 47 Kategorienbildung zu Frage 6.1.7**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K14: zufrieden</b>	Patient äußerte sich über die bisherige Behandlung - positiv - führte keine negativen Aspekte an	„Die Versorgung bislang war wirklich gut, ich kann darüber nichts Schlechtes verlieren.“	Alle Ausprägungen der Definition mussten zutreffen
<b>K15: neutral</b>	Patient beschrieb die bisherige Behandlung - weder positiv noch negativ - als nicht zu bewerten	„Klar, war es eine schwere Zeit für mich und ob die Behandlung jetzt gut war oder nicht kann ich zur Zeit noch nicht sagen.“	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
<b>K16: unzufrieden</b>	Patient äußerte sich über die bisherige Behandlung - negativ - nannte Kritikpunkte	„Ich hätte es besser gefunden, wenn ich kurz nach der Diagnosestellung jemanden zum Sprechen gehabt hätte, wie beispielsweise einen Psychologen“	Mindestens eine Ausprägung der Definition musste zutreffen

**Tabelle 48 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.7**

<b>*TN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zusammenfassung Unterkategorien</b>	
A	„Die Versorgung bislang war gut, ich kann darüber nichts Schlechtes verlieren.“	K14	<b>K14: zufrieden</b>	
B	„Ich habe mich nach der Diagnoseübermittlung absolut alleine gefühlt. Ich hätte es besser gefunden, wenn ich kurz nach der Diagnosestellung jemanden zum Sprechen gehabt hätte, wie beispielsweise einen Psychologen.“	K16		
C	„Aus meiner Sicht fehlte da ein individuelles Betreuungskonzept, die Ärzte haben nur ihr Programm abgespielt, sie sind meiner Meinung nach zu wenig auf mich eingegangen.“	K16		
D	„Klar, war es eine schwere Zeit für mich und ob die Behandlung jetzt gut war oder nicht kann ich zur Zeit noch nicht sagen.“	K15		
E	„Die Betreuung durch die Ärzte war übel. Keiner hatte wirklich Zeit für uns im Zimmer.“	K16		
F	„Man wunderte sich über manche Ärzte. Wer mit Krebspatienten arbeitet, muss sich doch zumindest ein bisschen Zeit für die Betreuung nehmen (...) Unser Stationsarzt war immer auf der Flucht.“	K16		<b>K15: neutral</b>
G	„Die betreuenden Ärzte waren zwar kompetent, aber sie hatten kaum Zeit für mich.“	K16		<b>K16: unzufrieden</b>
H	„Als Hauptkritikpunkt sehe ich die mangelnde Zeit der Ärzte an, das hätte besser laufen können.“	K16		
I	„Das ist für mich schwierig zu beurteilen (...). Weder besonders positiv noch negativ würde ich sagen.“	K15		
J	„Da es meine erste Behandlung im Krankenhaus war, kann ich das nicht beurteilen.“	K15		
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>		
K	„Das Pflegepersonal wechselte zu häufig, dadurch konnte sich um meine Bedürfnisse nicht so gut gekümmert werden, weil keine Schwester von der anderen eine sinnvolle Übergabe bekommen hatte.“	K16		

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 48 der \*\*NTN zu Frage 6.1.7**

L	<i>„Ich habe meine Behandlung als sehr gut empfunden.“</i>	K14
M	<i>„Meine Behandlung war gut, ich war sehr zufrieden.“</i>	K14
N	<i>„Die Versorgung im Krankenhaus und in der Reha war gut, ich hatte das Gefühl in guten Händen gewesen zu sein.“</i>	K14
O	<i>„Sehr gut war meine bisherige Behandlung, ich habe das gesamte Team aus Ärzten und Schwestern als sehr engagiert erlebt.“</i>	K14
P	<i>„Ich würde mir immer wieder so eine Behandlungsphase wünschen. Ich denke, dass die Schwestern die größere Last tragen in der Patientenbetreuung als die Ärzte. Sie war sehr gut.“</i>	K14

\*\*NTN= potentielle Nichtchattennehmer

**Tabelle 49 Kategorienbildung zu Frage 6.1.8**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K17: Vorstellung vorhanden</b>	Patient formulierte mindestens eine Form subjektiv optimaler ambulanter Nachsorge	<i>„Ich finde das wichtigste für einen Krebspatienten in der Nachsorge ist ein Arzt, den man alles fragen kann, vor allem wie es jetzt nach der Reha weitergeht.“</i>	Die Definition musste zutreffen
<b>K18: Vorstellung nicht vorhanden</b>	Patient formulierte keine Form subjektiv optimaler ambulanter Nachsorge	<i>„Mir fällt dazu spontan nichts ein, man muss wohl mal schauen, was sich jetzt nach der Reha ergibt.“</i>	Die Definition musste zutreffen

**Tabelle 50 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.1.8**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Mir fällt dazu spontan nichts ein, man muss wohl mal schauen, was sich jetzt nach der Reha ergibt.“	K18	K17: Vorstellung vorhanden  K18: Vorstellung nicht vorhanden
B	„Der Kontakt mit Personen, die sich mit der Erkrankung auskennen, in erster Linie natürlich Ärzte, wann immer ich Fragen habe bzw. Anliegen.“	K17	
C	„Als Patient vertraut man ja in der Regel seinem Arzt. Darum würde ich mir die Möglichkeit wünschen regelmäßig meinen Arzt und meine bisherigen Therapeuten sprechen zu können.“	K17	
D	„Die Beziehungen mit Ärzten / Therapeuten müssen erhalten bleiben. Ich würde mir da eine weiterführende enge Zusammenarbeit wünschen.“	K17	
E	„Ich denke dabei an einen häufigen Kontakt zu einem qualifizierten Onkologen.“	K17	
F	„Ich wünsche mir, dass ich mich vertrauensvoll an meinen Hausarzt wenden kann.“	K17	
G	„Die Nachsorge sollte im besten Fall auf einer intensiven, regelmäßigen Rücksprache mit meinen Ärzten fußen.“	K17	
H	Ich finde das wichtigste für einen Krebspatienten in der Nachsorge ist ein Arzt, den man alles fragen kann, vor allem wie es jetzt nach der Reha weitergeht.“	K17	
I	„Ich würde meine Probleme schon am liebsten mit einem Arzt oder Therapeuten besprechen.“	K17	
J	„Ganz eindeutig eine intensive Nachsorge durch Ärzte.“	K17	
**NTN	Paraphrase	Kategorie	
K	„Ich habe so ad hoc keine Vorstellung darüber.“	K18	
L	„Absolut keine Idee. Das muss ich abwarten, was da kommen wird.“	K18	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 50 Kodierleitfaden der \*\*NTN zu Frage 6.1.8**

M	<i>„Ich könnte mir in diesem Zusammenhang vielleicht die gemeinsame Betätigung in einer Sportgruppe mit anderen Betroffenen vorstellen.“</i>	K17
N	<i>„Vielleicht trete ich doch noch einer Chatgruppe oder Forumsdiskussion bei.“</i>	K17
O	<i>„Ich könnte mir vielleicht eine Selbsthilfegruppe für mich vorstellen.“</i>	K17
P	<i>„Das ist nicht so leicht zu beantworten. Ich weiß im Moment keine Antwort darauf.“</i>	K18

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## 20.2 Bedarf an Informationen

Tabelle 51 Kategorienbildung zu Frage 6.2.1

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K19: ausreichend informiert</b>	<p>Patienten äußerten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich subjektiv ausreichend informiert gefühlt zu haben</li> <li>- keine Fragen bzgl. der Erkrankung gehabt zu haben</li> </ul>	<p><i>„Ich wüsste nicht, was ich jetzt noch neues lesen und erfahren sollte. Ich fühlte mich schon wenige Tage nach Diagnosestellung sehr gut informiert, weil ich mir die Zeit genommen habe viel zu erfahren.“</i></p>	<p>Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen</p>
<b>K20: unzureichend informiert</b>	<p>Patienten äußerten,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich generell unzureichend über ihre Erkrankung informiert gefühlt zu haben</li> <li>- dass es unverständliche Bereiche der Krankheit für sie gab</li> </ul>	<p><i>„Ich habe alles was mit meiner Erkrankung zu tun hat quasi verschlungen, egal ob ich zu einem Thema schon mal an anderer Stelle etwas gelesen hatte, aber ein Arztgespräch hab ich trotzdem immer zwischendurch zur Beantwortung meiner Fragen gesucht, da ich mich insbesondere nach Diagnosestellung nicht gut genug informiert fühlte durch die Ärzte.“</i></p>	<p>Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen</p>

**Tabelle 52 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.1**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich habe mich gut informiert gefühlt. Man konnte ja Fragen stellen in meiner Klinik, wo ich vorher war. Ich habe den Ärzten Löcher in den Bauch gefragt, aber mich auch über das Internet informiert.“	K19	<p><b>K19: ausreichend informiert</b></p> <p><b>K20: unzureichend informiert</b></p>
B	„Mich hätte insbesondere gefreut, wenn ich Empfehlungen für den erleichterten Umgang mit meiner Erkrankung erhalten hätte. Aber auch allgemeine Informationen, wie es nach der Diagnose weiter geht, wären sinnvoll gewesen.“	K20	
C	„Manchmal erschien mir die Behandlung als gar nicht so passend für mich. Im Internet hatte ich in einem Forum etwas anderes gelesen, was mir logischer erschien. Es hätten einige Informationen mehr geliefert werden können nach Diagnosestellung.“	K20	
D	„Schön wäre gewesen mehr über alternative Therapieverfahren zu hören, insbesondere, wie sich diese auch auf die Prognose auswirken.“	K20	
E	„Prognostische Faktoren und Therapieoptionen wären für mich wichtig gewesen, dazu habe ich nur spärliche Informationen im Krankenhaus (...) erhalten.“	K20	
F	„Über Dinge, wie Prognose und Therapiemöglichkeiten haben die Ärzte immer vermieden mit mir zu sprechen, da wäre auf jeden Fall Bedarf von meiner Seite gewesen.“	K20	
G	„Ich habe alles was mit meiner Erkrankung zu tun hat quasi verschlungen, egal ob ich zu einem Thema schon mal an anderer Stelle etwas gelesen hatte, aber ein Arztgespräch hab ich trotzdem immer zwischendurch zur Beantwortung meiner Fragen gesucht, da ich mich insbesondere nach Diagnosestellung nicht gut genug informiert fühlte durch die Ärzte.“	K20	
H	„Ich hätte mir gewünscht mehr über Behandlungsalternativen zur Schulmedizin zu bekommen, aber auch zu der geplanten Medikamenteneinnahme nach der Operation und den Nebenwirkungen.“	K20	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 52 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.1**

I	<i>„Ich finde jeder Patient könnte von den Ärzten mal gefragt werden nach seinem Informationsstand. Ich hätte mir jedenfalls mehr Informationen zu der Erkrankung an sich gewünscht, das scheint bei denen aber nicht angekommen zu sein.“</i>	K20	
J	<i>„Der Umgang mit der Erkrankung wäre mir wohl leichter gefallen, wenn ich mehr Informationen zu der Krebsart gehabt hätte.“</i>	K20	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Die Erkrankung Krebs an sich hätte mir noch näher gebracht werden können. Also die Eckdaten über die Erkrankung haben sowieso nach Diagnosestellung gefehlt.“</i>	K20	
L	<i>„Ich wusste nichts über die Erkrankung. Da gab es so einige offene Fragen.“</i>	K20	
M	<i>„Ich wüsste nicht, was ich jetzt noch neues lesen und erfahren sollte. Ich fühlte mich schon wenige Tage nach Diagnosestellung sehr gut informiert, weil ich mir die Zeit genommen habe viel zu erfahren.“</i>	K19	
N	<i>„Ich hätte den ganzen Tag lesen, recherchieren können zu meiner Erkrankung, das hat auch immer gut abgelenkt. Aber ich habe mich bei Diagnosestellung auch extrem schlecht informiert gefühlt.“</i>	K20	
O	<i>„Auch wenn das gesamte Betreuungsteam im Krankenhaus sehr engagiert war, trotzdem hätte ich gerne mehr zum Krebs von ihnen erfahren.“</i>	K20	
P	<i>Der Informationsfluss zwischen den Ärzten und mir war aus meiner Sicht nicht so zufriedenstellend. Man musste denen schon häufiger sagen, dass man sich allein gelassen gefühlt hat, damit sie einen über die Erkrankung und das weitere Prozedere in Kenntnis gesetzt haben.“</i>	K20	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 53 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.2.2**

<b>*TN</b>	<b>Paraphrase</b>
A	„Ich habe mich viel über das Internet informiert, vor allem nachdem ich von den Ärzten immer kaum Antworten erhalten habe auf meine vielen Fragen.“
B	„Ich habe die wertvollsten Informationen aus Büchern bezogen, die ich mir von meiner einen Bekannten habe mitbringen lassen.“
C	„Ich habe die interessanten Informationen über das Internet gefunden, das war einfach von der Informationsmasse reichlich.“
D	„Ich habe viel mit Ärzten und Therapeuten gesprochen, die mir sehr viel Informationen mit auf den Weg gegeben haben.“
E	„Ich habe die sinnvollsten Informationen von meinen Ärzten bekommen, die mich im Krankenhaus behandelt haben. Dabei mehr von den jungen Ärzten als von den älteren, erfahreneren Ärzten.“
F	„Es tat immer gut mit Ärzten und Therapeuten zu sprechen, weil sie mir gezielter als Bücher über einige Fragen hinweg geholfen haben.“
G	„Ich fand die Broschüren in der Klinik sehr gut strukturiert, um erstmal einen Überblick über die Erkrankung zu bekommen.“
H	„Das Internet ist und bleibt einfach ein großartiges Medium, um sich über vielfältige Themen zu informieren. Ich fand es sehr spannend mich über das Internet zu informieren zu meiner Krebserkrankung.“
I	„Ich habe sehr viele Informationen in Broschüren gefunden, die mir meine Frau über das Internet bestellt hatte. Damit konnte ich mich unabhängig von den Ärzten auch für mich informieren.“
J	„Ich habe die relevantesten Informationen dann doch von den Ärzten erfahren im Akutkrankenhaus, auch wenn ich mich parallel dann noch auf anderem Wege über die Krankheit informiert habe.“
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>
K	„Ich spreche ja gerne persönlich über Probleme oder stelle Fragen (...). Darum würde ich rückblickend sagen, dass die Ärzte und Therapeuten mir durchweg eine gute Stütze waren, auch um mich zu informieren.“
L	„In der Klinik gab es kleine blaue Broschüren, die waren nicht allzu dick, aber sehr informativ und in einer angenehmen Schriftgröße (...). In denen habe ich viel geblättert und viele Informationen bekommen.“
M	„Ich habe mich am liebsten über Broschüren aus der Klinik informiert.“
N	„Ich finde es gibt im Buchhandel sehr gute Bücher von ehemaligen Patienten und auch Ärzten, die mir sehr breite Informationen geliefert haben.“

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 53 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.2.2**

O	<i>„Auch wenn es mir zu wenig Informationen waren häufig (...), waren die Informationen durch die behandelnden Ärzte / Therapeuten qualitativ sehr hilfreich.“</i>
P	<i>„Als Informationsquelle meiner Wahl würde ich das Internet nennen wollen, ich habe sehr gern die Erfahrungsberichten anderer Patienten in Foren gelesen und mit meinen eigenen Erfahrungen verglichen.“</i>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 54 Kategorienbildung zu Frage 6.2.3**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K21: gezielt nach Informationen gesucht</b>	Patient äußerte mindestens eine explizit gesuchte Information zu der Krebserkrankung	<i>„Ich habe sehr gerne die Erfahrungsberichte anderer Betroffener im Internet gelesen. Danach habe ich hauptsächlich geschaut.“</i>	Die Definition musste zutreffen
<b>K22: nicht gezielt nach Informationen gesucht</b>	Patient äußerte keine explizit gesuchte Information zu der Krebserkrankung	<i>„Ich habe gar nicht so gezielt nach irgendetwas gesucht.“</i>	Die Definition musste zutreffen

**Tabelle 55 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.3**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich habe sehr gerne die Erfahrungsberichte anderer Betroffener im Internet gelesen. Danach habe ich hauptsächlich geschaut.“</i>	K21	<b>K21: gezielt nach Informationen gesucht</b>
B	<i>„Ich konnte alles zu der Krebserkrankung an sich lesen.“</i>	K21	
C	<i>„Ich habe über das Internet schon eindeutig am liebsten Erfahrungsberichte gelesen.“</i>	K21	<b>K22: nicht gezielt nach Informationen gesucht</b>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 55 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.3**

D	<i>„Ich habe vor allem versucht die Krebserkrankung an sich zu verstehen.“</i>	K21
E	<i>„Ich wollte am liebsten etwas zu dem zu erwartenden Verlauf und der Prognose wissen.“</i>	K21
F	<i>„Ich fand die Gesamtsituation schwierig, so dass ich die Krebserkrankung thematisch in seinem Gesamtkontext verstehen wollte.“</i>	K21
G	<i>„Ich habe gezielt nach Informationen oder Themen gesucht, die die Krebserkrankung im Ganzen beleuchtet haben.“</i>	K21
H	<i>„Ich fand es sehr spannend mich über das Internet zu informieren zu meiner Krebserkrankung, wie gesagt, dabei habe ich aber keinen Fokus auf etwas bestimmtes gelegt oder nach etwas Explizitem gesucht“</i>	K22
I	<i>„Ich fand keinen Aspekt der Erkrankung wichtiger oder unwichtiger (...) ich habe einfach geguckt, was ich an Informationen finde, aber nicht gezielt gesucht.“</i>	K22
J	<i>„Ich wollte kein explizites Themenfeld besonders verstehen, darum habe ich nicht gezielt nach bestimmten Themen, die mit der Krankheit zusammenhängen, geschaut (...).“</i>	K22
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Am Wichtigsten war für mich über den Ablauf der Erkrankung in ihren Stadien Bescheid zu wissen, damit ich wusste, was noch auf mich zukommen würde. Und natürlich auch die Prognose.“</i>	K21
L	<i>„Ich habe alles gerne gelesen, was die Krebserkrankung in ihrer Gesamtheit beleuchtet hat und dann auch eher nach dem Krankheitsbild an sich gesucht.“</i>	K21
M	<i>„Die Krankheit an sich hat mich interessiert, danach habe ich geguckt.“</i>	K21

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 55 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.3**

N	<i>„Deutlich vorne lag für mich bei der Suche nach Informationen der Wunsch meine eigene Prognose abschätzen zu können (...) und natürlich wollte ich auch den Verlauf erfahren, was dann aber leider auch dazu geführt hat, dass ich Angst vor den nächsten Monaten bekommen habe.“</i>	K21
O	<i>„Ich habe mich umgehört und erfragt, was die Krebserkrankung insgesamt mit mir machen würde, da mir einzelne Informationen ja für das Gesamtverständnis nicht geholfen hätten.“</i>	K21
P	<i>„Die Prognose war kurz nach der Diagnosestellung mein Hauptaugenmerk, kurz danach aber auch der zu erwartende Krankheitsverlauf.“</i>	K21

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 56 Kategorienbildung zu Frage 6.2.4**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K23: Weiterempfehlung vorhanden</b>	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lobte explizit eine genutzte Internetseite</li> <li>- wollte eine Internetseite anderen Patienten weiterempfehlen</li> </ul>	<i>„Google.de kennt ja fast jeder. Das ist doch die Internetseite schlechthin in Deutschland. Da habe ich einfach mal Krebs eingegeben, beim zweiten Treffer bin ich hängen geblieben. Ich würde gerne <a href="http://www.krebskompass.de">www.krebskompass.de</a> weiterempfehlen an andere Betroffene, da man sich auf dieser Seite in Foren austauschen kann, man findet interessante Adressen und Beratungsstellen finden.“</i>	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen

**Fortsetzung Tabelle 56 Kategorienbildung zu Frage 6.2.4**

<p><b>K24: Weiterempfehlung nicht vorhanden</b></p>	<p>Patient  - lobte nicht explizit eine genutzte Internetseite - wollte keine Internetseite anderen Patienten weiterempfehlen</p>	<p><i>„Ich kann keine Internetseite weiterempfehlen. Ich bin nur durch Zufall auf die Internetseiten gekommen auf denen ich nach Informationen gesucht hatte.“</i></p>	<p>Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen</p>
---	---	--	---

**Tabelle 57 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.4**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<p><i>„Google.de kennt ja fast jeder. Das ist doch die Internetseite schlechthin in Deutschland. Da habe ich einfach mal Krebs eingegeben, beim zweiten Treffer bin ich hängen geblieben. Ich würde gerne www.krebs-kompass.de weiterempfehlen an andere Betroffene, da man sich auf dieser Seite in Foren austauschen kann, man findet interessante Adressen und Beratungsstellen.“</i></p>	K23	<p><b>K23: Weiterempfehlung vorhanden</b></p> <p><b>K24: Weiterempfehlung nicht vorhanden</b></p>
B	<p><i>„Die Seiten, die mir dann hin und wieder auch sinnvoll erschienen, waren eher Zufallstreffer, darum kann ich die leider nicht wiedergeben.“</i></p>	K24	
C	<p><i>„Ich fand die Internetseite www.krebsinformationsdienst.de sehr gut. Das ist eine Seite, die ich gerne weiterempfehlen möchte (...).“</i></p>	K23	
D	<p><i>„Ich kann keine Internetseite weiterempfehlen, das Problem ist, dass ich zwar im Internet auf manchen Seiten nach Informationen geguckt habe, aber die erinnere ich nicht mehr.“</i></p>	K24	
E	<p><i>„Ich war ja nicht so regelmäßig auf bestimmten Internetseiten, darum kann ich keine weiterempfehlen.“</i></p>	K24	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 57 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.4**

F	<i>„Ich fand die Internetseite www.krebs-kompass.de sehr gut geeignet, um mich selbstständig nach Informationen umzuschauen, wenn ich das Gefühl hatte, dass die Arztgespräche oder Bücher mir nicht weiterhelfen konnten. Diese Seite möchte ich bedingungslos weiter empfehlen.“</i>	K23
G	<i>„Regelmäßig war ich gar nicht auf bestimmten Seiten, die mir als wichtig und gut in Erinnerung geblieben sind.“</i>	K24
H	<i>„Ich bleibe dabei bei altbewährten Internetseiten, am besten und umfassendsten habe ich www.krebsinformationsdienst.de empfunden. Diese Seite sollte von Kliniken empfohlen werden. Ich möchte diese Seite jedenfalls empfehlen.“</i>	K23
I	<i>„Durch Zufall bin ich auf manche hilfreichen Seiten gestoßen, aber da erinnere ich jetzt nicht welche Seite das war und wie diese lautete.“</i>	K24
J	<i>„Ich habe zwar ab und zu im Internet geguckt, aber da waren keine regelmäßigen Internetseiten dabei, die ich weiterempfehlen kann.“</i>	K24
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Ich kann dazu nichts sagen, das Internet hab ich für die Recherchen ja nicht benutzt.“</i>	K24
L	<i>„Da müsste ich jetzt lügen, ich habe das Internet und seine Seiten nicht regelmäßig genutzt, um mich zu informieren.“</i>	K24
M	<i>„Nein, da kann ich keine Empfehlung aussprechen. Die Internetseiten, die es da so gibt zu Krebserkrankungen, kenne ich nicht, weil ich mich nicht mit dem Internet über die Erkrankung informiert habe.“</i>	K24
N	<i>„Es gab keine bestimmten Internetseiten, die ich jetzt als Weiterempfehlung nennen könnte, weil ich das Internet ja gar nicht genutzt habe, um mich zu informieren.“</i>	K24

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 57 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.2.4**

O	<i>„Ich habe das Internet nicht genutzt um mich über die Erkrankung zu informieren, darum kann ich auch keine Internetseiten weiterempfehlen.“</i>	K24
P	<i>„Ich kann keine Internetseite weiterempfehlen. Ich bin nur durch Zufall auf die Internetseiten gekommen auf denen ich nach Informationen gesucht hatte.“</i>	K24

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## 20.3 Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 58 Kategorienbildung zu Frage 6.3.1

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K25: Persönliche Gründe vorhanden</b>	Patient formulierte mindestens ein Argument für eine potentielle Teilnahme am Chat	<i>„Lieber spreche ich mit jemandem, der gar nichts mit mir privat zu tun hat. Sonst wird man ja später immer mit den ehemaligen Problemen konfrontiert, weil die Angehörigen besorgt sind und ständig nachfragen, wie es denn nun geht. Das finde ich am anonymen Chatten gut. (...) positiv ist auch die Möglichkeit Erfahrungen mit anderen auszutauschen unter therapeutischer Leitung. Vielleicht kriege ich so auch einen anderen Blick auf meine Erkrankung.“</i>	Die Definition wurde erfüllt
<b>K26: persönliche Gründe nicht vorhanden</b>	Patient formulierte kein Argument für eine potentielle Teilnahme am Chat	<i>„Ich halte ja eh nicht viel vom Internet. Darum wüsste ich auch nicht was mir die Chatgruppe positives bringen sollte.“</i>	Die Definition dieser Kategorie traf zu.

**Tabelle 59 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.1**

<b>*TN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zusammenfassung Unterkategorien</b>
<b>A</b>	<p>„Wenn kein Therapeut dabei wäre, würde ich da nicht so begeistert von sein. Wir als Patienten brauchen jemanden, der die Gespräche lenkt und der gegebenenfalls auch mal seinen fachlichen Blick auf die Patienten und ihre Aussagen richten kann. Denn die Chatgruppe wird ja in gewisser Form auch vom Erfahrungsaustausch zwischen den Patienten leben. Interessant ist neben dem Erfahrungsaustausch auch noch die Tatsache, dass man anonym bleibt und dass die Chatgruppe nicht so zeitintensiv zu sein scheint. Nichtzuletzt ist auch die Handhabung eines Internetprogramms in der Regel auch nicht kompliziert. Gerade ich als Prostatakrebspatient mit Potenzproblemen bin auf den Austausch mit anderen Betroffenen angewiesen...anonym zu bleiben finde ich bei diesem Thema sehr angenehm. Mich würde schon interessieren, wie es anderen Männern mit der gleichen Diagnose zum jetzigen Zeitpunkt geht.“</p>	K25	<p><b>K25: Persönliche Gründe vorhanden</b></p> <p><b>K26: Persönliche Gründe nicht vorhanden</b></p>
<b>B</b>	<p>„Die technischen Voraussetzungen dürften nicht allzu groß sein, wie ich das aus der Patientenschulung so erinnere. Das heißt, dass der Umgang mit dem Chatprogramm recht einfach sein wird, das ist natürlich gut. (...) Der anonyme Austausch als Gruppe mit Mitpatienten ist für mich auf jeden Fall auch noch ein Grund mitzumachen. Ich denke ja ständig über so viele Dinge nach, die aber zu keiner Besserung meines psychischen Zustands führen. Vielleicht komme ich durch so eine Chatgruppe aus meiner negativen Gedankenschleife raus.“</p>	K25	
<b>C</b>	<p>„Lieber spreche ich mit jemandem, der gar nichts mit mir privat zu tun hat. Sonst wird man ja später immer mit den ehemaligen Problemen konfrontiert, weil die Angehörigen besorgt sind und ständig nachfragen, wie es denn nun geht. Das finde ich am anonymen Chatten gut. (...) positiv ist auch die Möglichkeit Erfahrungen mit anderen auszutauschen unter therapeutischer Leitung. Vielleicht kriege ich so auch einen anderen Blick auf meine Erkrankung.“</p>	K25	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 59 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.1**

D	<p>„Ich glaube mich würde vor allem der Erfahrungsaustausch mit den anderen Patienten an dieser Chatgruppe reizen, gleichzeitig ist die Chatgruppe im Vergleich mit anderen Nachsorgeformen zeitsparend. Ich finde es auch gut, dass ich selbst entscheiden kann, wem ich mich in diesem Zustand zeigen möchte, das hat etwas anonymes. Bei der Chatnachsorge kann ich in meiner gemütlichen Kleidung auf dem Bett sitzen und mich im Anschluss direkt schlafen legen, wenn ich möchte, da ich häufig noch so schnell kaputt bin. Ich spreche auch lieber mit anderen Leuten als mit meinen Freunden oder Bekannten über meine Erkrankung.“</p>	K25	
E	<p>„Für mich ist so eine Art von Nachsorge optimal, da ich dann flexibel von zuhause auch noch nebenbei ein Auge auf mein Enkelkind haben kann, dadurch lässt sich Zeit sparen. Der Austausch mit anderen Patienten ist dabei auch sicherlich gut, insbesondere auch durch die gebotene Anonymität und die therapeutische Leitung.“</p>	K25	
F	<p>„Mit einem Therapeuten, der mit gezielten Tipps oder auch Anregungen den Ablauf des Chats beeinflussen und gegebenenfalls eingreifen kann, wenn wir uns an einem Thema zu lange aufhalten, fühle ich mich wohler als alleine mit den anderen Patienten. Ich schätze aber generell den Erfahrungsaustausch mit Mitpatienten sehr, sehe das Angebot als zeitsparend an (...). Und natürlich ist ein Argument für die Teilnahme auch der Aspekt der Anonymität.“</p>	K25	
G	<p>„Endlich kann ich mich mit anderen Mitbetroffenen austauschen, beispielsweise auch ihre Genesung verfolgen, und zwar ohne dass ich mich um eine Kontaktaufnahme erst bemühen muss. Das ist auch zeitlich sehr angenehm.“</p>	K25	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 59 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.1**

<p>H</p>	<p>„Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten ist auf jeden Fall interessant, insbesondere unter therapeutischer Leitung. Über das Internet verspreche ich mir auch eine zeiteffektive Angelegenheit, weil ich das dann auch bequem von zuhause machen kann. Gerade für mich, der aus einer Kleinstadt kommt, ist das eine gute Sache mit der Chatnachsorge, da ich so mit anderen Patienten in Kontakt kommen kann ohne mich ins Auto setzen zu müssen. Außerdem denke ich, dass die Chatgruppe auch einfach zu bedienen ist, so dass selbst technisch unerfahrene Personen, wie ältere Menschen, gut damit klar kommen dürften.“</p>	<p>K25</p>	
<p>I</p>	<p>„Ich finde gut, dass die Chatgruppe einen Erfahrungsaustausch von zuhause ermöglicht (...). Es ist gut, dass die Teilnahme unkompliziert von zuhause aus funktioniert. Ich verspreche mir eine neue Erfahrung zu machen. Möglicherweise entwickeln sich ja auch ganz neue Freundschaften nach der Chatgruppe. Wer weiss ob sich nicht auf diesem Weg sogar echte Freundschaften entwickeln, erst chattet man, lernt sich kennen und wenn man sich sympathisch ist vielleicht trifft man sich ja sogar mal persönlich. Für mich müssen therapeutische Programme in kleinen Gruppen stattfinden, da sonst keiner mehr die Geschichte des Anderen kennt und man dann auch eine Einzeltherapie machen könnte. Eine Gruppe motiviert mehr zum Sprechen als eine Einzeltherapie mit einem Therapeuten, da man sich unter Personen mit einer ähnlichen Erkrankung besser verstanden fühlt als alleine mit einem Therapeuten.“</p>	<p>K25</p>	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 59 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.1**

<b>J</b>	„Man lernt andere Menschen mit demselben Schicksal kennen. Vielleicht kann man sich gegenseitig erzählen wie man die Krankheit erlebt und voneinander lernen, wie man besser damit zurecht kommt (...) Die Technik, die hinter der Chatgruppe steht, ist einfach zu verstehen. Wenn man sich einmal mit dem Internet vertraut gemacht hat, ist man schnell auf der gewünschten Webseite angekommen. Vielleicht kann ich einem anderen Patienten Mut machen, dass nur die ersten Wochen nach der Operation wirklich hart sind und man dann schon wieder, wenn auch schleppend, zurück ins Leben findet, es muss ja weiter gehen.“	K25	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
<b>K</b>	„Es wäre sicherlich nicht schlecht sich mit anderen Patienten über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung austauschen zu können, insbesondere bequem von zuhause. Aber ich werde zum Psychoonkologen gehen, wie gesagt.“	K25	
<b>L</b>	„Das beste an einer Chatgruppe wäre aus meiner Sicht der Gedanke der Anonymität.“	K25	
<b>M</b>	„Ich halte ja eh nicht viel vom Internet. Darum wüsste ich auch nicht was mir die Chatgruppe positives bringen sollte.“	K26	
<b>N</b>	„Für mich wäre ein echtes Argument für eine Teilnahme, dass man eben nicht allein mit den anderen Patienten ist, sondern dass man auch bei Bedarf auf den Rat des Therapeuten zurückgreifen könnte beim Austausch mit Mitpatienten. Auch der Gedanke bequem von zuhause mitmachen zu können, gefällt mir. Aber ich nehme keine internetbasierten Nachsorgeangebote in Anspruch.“	K25	
<b>O</b>	„Der Gedanke, unkompliziert von zuhause Kontakt mit Mitpatienten aufnehmen zu können, ist wirklich interessant, auch, dass das ganze anonym ablaufen würde. Aber ich werde ja wahrscheinlich eher eine Selbsthilfegruppe in Anspruch nehmen.“	K25	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 59 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.1**

<b>P</b>	<i>„Positiv an der Chatgruppe könnte der Gedanke vom Austausch mit Mitpatienten in einem anonymen Umfeld sein. Ich brauche aber glaube ich einfach keine Nachsorge.“</i>	K25
----------	--	-----

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchateilnehmer

**Tabelle 60 Kategorienbildung zu Frage 6.3.2**

<b>Kategorie</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiele</b>	<b>Kodierregeln</b>
<b>K27: Barrieren vorhanden</b>	Patient konnte mindestens einen persönlichen Grund formulieren, der ihn generell von einer Teilnahme an der Chatgruppe abhalten könnte (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	<i>„Obwohl ich mich zur Zeit eigentlich gut fühle habe ich ein bisschen Angst, dass ich im Chat dann plötzlich wieder da bin wo ich am Anfang war, weil die anderen so schlecht dran sind.“</i>	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde
<b>K28: Barrieren nicht vorhanden</b>	Patient konnte keinen persönlichen Grund formulieren, der ihn generell von einer Teilnahme an der Chatgruppe abhalten könnte (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	<i>„Ich sehe das Chatprogramm mit all seinen Aspekten positiv. Ich wüsste jetzt nicht, was mich von einer Teilnahme abhalten sollte.“</i>	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde

**Tabelle 61 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.2**

<b>*TN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zusammenfassung Unterkategorien</b>
A	<p>„Möglicherweise ist der Chattermin zeitlich schwer einzurichten, da man ja nicht jede Woche zwangsläufig um dieselbe Zeit den Chattermin wahrnehmen kann. Und ich habe auch Angst durch die Stimmung der anderen Chatter wieder selbst stärker belastet zu sein. Man weiss ja im Vorwege nicht, ob die anderen Patienten überhaupt als Gesprächspartner interessant sind oder ob die gar nichts von sich geben im Chat mit dem man etwas anfangen kann. Das wäre natürlich auch bei verschiedenen thematischen Schwerpunkten und Interessen innerhalb der Chatgruppe der Fall, den Gedanken hatte ich auch.“</p>	K27	<p><b>K27: Barrieren vorhanden</b></p>
B	<p>„Obwohl ich mich zur Zeit eigentlich gut fühle habe ich ein bisschen Angst, dass ich im Chat dann plötzlich wieder da bin wo ich am Anfang war, weil die anderen so schlecht dran sind. (...) Ich möchte nicht, dass sich irgendein Spaßvogel mit in die Chatgruppe einbringt und dann mit ein paar Handgriffen meine richtige Identität heraus bekommt, nachdem ich sehr intime Aussagen über meinen Körper und meine Erkrankung getroffen habe. Ich wünsche mir vernünftige Gesprächspartner, mit denen ein Gespräch auf medizinisch-fachlicher Ebene möglich ist. Bis zum Chat bin ich da eher skeptisch ehrlich gesagt. Ausserdem ist es evtl. auch schwer zeitlich einzurichten, schließlich habe ich jetzt auch noch einige Arzttermine und private Verpflichtungen.“</p>	K27	<p><b>K28: Barrieren nicht vorhanden</b></p>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 61 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.2**

C	<p>„Möglicherweise ist es ein unsicherer Datentransfer (...), da man ja nicht sicher sein könne, dass sich keine Unbefugten in den Chatroom miteinloggen. Ich möchte auch nicht das Gefühl haben, mich da mit nur Minderbemittelten zu unterhalten, die die Ernsthaftigkeit hinter dem Projekt nicht verstanden haben. Ob da ein vernünftiges Gespräch über die Krankheit möglich sein wird, bezweifle ich noch. Ich hoffe ich kann die kleine Schrift auf dem Computer überhaupt lesen. Ein weiterer Gedanke ist der zeitliche Aspekt. Ich frage mich, ob es mir regelmäßig abends passen wird an der Chatgruppe teilzunehmen, da der Termin ja im Vorwege festgelegt wird. Das andere ist, ich habe Respekt vor dem Kontakt mit den Mitpatienten, wer weiß schon, ob die nicht noch mehr jammern und in einer schwierigen Situation sind. Da lasse ich mich am Ende noch beeinflussen und habe dann gar keinen Optimismus mehr. Wenn dann natürlich noch Interessenskonflikte und unterschiedliche Themenwünsche aufkommen, wird es denke ich schwierig alle Vorstellungen zu bedienen.“</p>	K27	
D	<p>„Mein Problem ist zur Zeit nach der Prostatektomie noch meine Inkontinenz. Sehr gern wüsste ich wie andere Patienten damit umgehen, möchte aber auch nicht, dass dann Kommentare fallen, die das Problem entweder ins Lächerliche ziehen oder eben abtuen. Oder die fühlen sich noch schlechter und belasten mich dann noch zusätzlich mit. Ich fände es überraschend gut, wenn es sich um nette Menschen handeln würde, mit denen ein fachliches Gespräch über unsere gemeinsame Krankheit möglich wäre. So sicher, dass es so kommt, bin ich mir aber nicht. Über die kleine Schriftgröße in dem Chatfenster mache ich mir gerade auch ein bisschen Sorgen ehrlich gesagt, dass ich das nicht so lesen kann.“</p>	K27	
E	<p>„Ich sehe das Chatprogramm mit all seinen Aspekten positiv. Ich wüsste jetzt nicht, was mich von einer Teilnahme abhalten sollte.“</p>	K28	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchattennehmer

**Fortsetzung Tabelle 61 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.2**

F	„Ich kann jetzt nichts schlechtes zu der Chatgruppe sagen, ich habe da jetzt keine Befürchtungen oder so. Aber letztlich habe ich ja auch bislang noch nicht teilgenommen, vielleicht kommen Befürchtungen dann noch.“	K28	
G	„(...) ich hoffe natürlich, dass mir der Termin auch zeitlich passen wird. Schließlich habe ich im Moment noch einige Termine, zum Beispiel bei der Physiotherapie Praxis und auch privat ist einiges zu regeln. Das macht mir gerade noch Sorgen, ob das organisatorisch und zeitlich dann wirklich in meinen Tagesablauf passt. Und ich möchte auch nicht der Abfalleimer für die anderen Patienten sein. Das kann natürlich passieren, dass die alle genervt und schlecht drauf sind, alle ihre Symptome schildern. Und am Ende wurde man von denen dann in der eigenen Entwicklung zurückgeworfen.“	K27	
H	„Ich hoffe, dass es auch positive Gespräche geben wird. Ich glaube, wenn ich merken würde, dass sich meine Befürchtung bewahrheitet, von den anderen Mitpatienten runtergezogen zu werden in meiner Stimmung, habe ich kein gutes Gefühl dabei.“	K27	
I	„Ich hoffe nicht, dass sich da nur oberflächliche Gespräche ergeben. Es sind schließlich medizinische Laien, die selber wahrscheinlich nicht viel von Medizin verstehen. Darum hoffe ich, dass es trotzdem ein Gespräch im Chat geben wird, dass einem als persönlicher Zugewinn in Erinnerung bleibt. Ich rechne aber eher auch mit dem Gegenteil.“	K27	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 61 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.2**

J	<p>„Natürlich besteht die Gefahr, dass ich wochenlang an diesen Chatsitzungen teilnehme und am Ende nur die Hälfte der Themen, die mich interessieren, überhaupt ausreichend besprochen wurden. Außerdem hoffe ich auch, dass das zeitlich irgendwie mit dem Drumherum zu vereinbaren sein wird. Wenn nicht, wäre das schlecht. Und ganz wichtig ist, dass die Organisatoren die Datenübertragung sicher gestalten. Man möchte da ja jetzt nicht Details besprechen, die morgen in der Zeitung stehen mit Namen. Ich habe schon Bedenken, ob das alles sicher abgeriegelt ist. Und das Gucken auf den Bildschirm, insbesondere Text lesen, ist auch manchmal gar nicht so leicht.“</p>	K27	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<p>„Ich bin mir manchmal nicht so sicher, was mir so ein Chatprogramm dann wirklich bringen wird. Ich denke, dass unter fast allen Patienten große Unsicherheit wegen ihrer Krankheit herrscht und vielleicht bringt mir dann ein persönliches Gespräch mit einem geschulten Therapeuten einfach mehr. Es handelt sich schließlich um medizinische Laien wie ich (...) Ich weiss nicht worüber ich mit anderen Betroffenen sprechen sollte, geschweige denn, was ich sie fragen sollte. Ich habe außerdem im Moment ein sehr wenig planbares Leben, ich glaube ich könnte mir keinen Termin für die Chatgruppe freihalten. Über die Lücken im Datentransfer brauchen wir wohl gar nicht erst anfangen zu sprechen. Ich vertraue den Organisatoren nicht so 100%ig.“</p>	K27	
L	<p>„Es könnte schon heikel innerhalb der Chatgruppe sein, wenn ein Patient sich über ein bestimmtes Thema unterhalten möchte, was die anderen so gar nicht interessiert. Das und die Sicherung meiner Identität, also die sichere Datenübertragung der Chatgruppe, macht mir gedanklich Angst und hat mich in einer Entscheidung beeinflusst.“</p>	K27	
M	<p>„Für ältere Patienten ist das doch nichts mit einem Computerbildschirm - was dort geschrieben steht kann ich selbst mit meiner Lesebrille nur schwer lesen.“</p>	K27	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 61 Kodierleitfaden der \*TN und \*\*NTN zu Frage 6.3.2**

N	<p>„Wer weiß, ob man wirklich immer noch die Familie weiterhin genug einbindet, wenn man seinen Anlaufpunkt ab dem nächstem Monat im Chat hat, wo die Mit chatter alle das gleiche durchgemacht haben wie man selbst. Was ja noch lange nicht heißt, dass ich sie für qualifizierte Gesprächspartner halte. Ich finde es auch schwierig mit so einem festen Termin, der laut der Einführungsveranstaltung eher abends sein wird. Ich bin meistens früh müde seit meiner Erkrankung. Ich habe keine so große Ahnung von Computern, da ich keinen eigenen besitze, und da bräuchte da auf jeden Fall Hilfe. Außerdem habe ich Probleme, wenn die Schrift in der Zeitung klein ist. Ich befürchte ich könnte Schrift auf dem Computerbildschirm auch nicht lesen.“</p>	K27
O	<p>„Was passiert denn, wenn nach wenigen Wochen die ersten Patienten nicht mehr mitmachen möchten? Ich denke es ist in allen Köpfen, dass es eben auch nur Patienten sind. Man fragt sich ehrlich gesagt einfach, ob die anderen Patienten einem wirklich die eigenen Fragen beantworten könnten. Und es kann ja auch immer zu thematischen Konflikten kommen, da ja jeder Patient wahrscheinlich andere Schwerpunkte in der Chatgruppe setzen möchte.“</p>	K27
P	<p>„Ich weiß nicht so recht, ob es sich lohnt hier an ihrer Chatnachsorge teilzunehmen, da es letztlich ja auch nur Patienten sind, die die gleichen Probleme und Fragen haben wie ich. Ich befürchte auch Lücken im Datenschutz im Internet.“</p>	K27

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatterteilnehmer

**Tabelle 62 Kategorienbildung zu Frage 6.3.3**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K29: offene Fragen vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt mindestens eine offene Frage des Patienten im Anschluss an die Patientenschulung	<i>„Wie autorisiert man sich am Chat? Kann man sich als Nichtpatient einhacken und mitlesen?“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K30: keine offenen Fragen vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt keine offene Frage des Patienten im Anschluss an die Patientenschulung	<i>„Ich habe da keine offenen Fragen mehr gehabt.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 63 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.3**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich habe da keine offenen Fragen mehr gehabt.“</i>	K30	<b>K29: offene Fragen vorhanden</b>  <b>K30: keine offenen Fragen vorhanden</b>
B	<i>„Ich weiß nicht, was ich dazu sagen soll. Ich habe keine Frage.“</i>	K30	
C	<i>„Ich habe keine Frage.“</i>	K30	
D	<i>„Nein, keine Frage zur Zeit.“</i>	K30	
E	<i>„Ehrlich gesagt fällt mir nichts ein.“</i>	K30	
F	<i>„Das würde ich jetzt mit nein beantworten.“</i>	K30	
G	<i>„Nein, ist alles geklärt. Keine Fragen.“</i>	K30	
H	<i>„Da fragen Sie mich was. Ich denke nicht.“</i>	K30	
I	<i>„Nein, das ist alles geklärt denke ich.“</i>	K30	
J	<i>„Ich habe keine Frage auf dem Herzen. Sonst hätte ich ja gefragt.“</i>	K30	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchateilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 63 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.3**

NTN	Paraphrase	Kategorie	
K	<i>„Ja, wie stellen die Organisatoren denn sicher, dass sich nicht Unbeteiligte mit unter die Chatter mischen?“</i>	K29	
L	<i>„Ich mache mir schon Gedanken darüber, ob die wirklich alles für die Datensicherung tun. Haben die das im Griff, dass sich nicht noch Externe als Patienten anmelden?“</i>	K29	
M	<i>„Nein, ich habe keine Fragen.“</i>	K29	
N	<i>„Nein, da fällt mir spontan keine Frage ein.“</i>	K30	
O	<i>„Ich habe keine Frage.“</i>	K30	
P	<i>„Wie autorisiert man sich am Chat? Kann man sich als Nichtpatient einhacken und mitlesen?“</i>	K29	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 64 Kategorienbildung zu Frage 6.3.4**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K31: positive Beurteilung</b>	Die Patientenantwort enthielt mindestens einen Aspekt, den der Patient an der Patientenschulung positiv bewertete	<i>„Super war, dass man gleich mal gucken konnte, was sich hinter dem im Vortrag Erklärten verbirgt, indem man an den bereit gestellten Laptops Probe-Chatten konnte.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K32: neutrale Beurteilung</b>	Die Patientenantwort enthielt  - keinen Aspekt, den der Patient an der Patientenschulung positiv bewertete - kein Lob der Patientenschulung - keine Kritik an der Patientenschulung	<i>„Ich fand die Patientenschulung nicht besonders gut und nicht besonders schlecht. Ich gehe immer zu allen Infoveranstaltungen, die angeboten werden und diese hier hat sich nicht übermäßig abgehoben.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 65 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.4**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterategorien
A	<i>„Dass man Probe-Chatten konnte, fand ich ausgezeichnet.“</i>	K31	<b>K31: positive Beurteilung</b>  <b>K32: neutrale Beurteilung</b>
B	<i>„Ich fand die weder gut noch schlecht.“</i>	K32	
C	<i>„Ich möchte vor allem loben, dass das Chatten an den bereit gestellten Computern geübt werden konnte.“</i>	K31	
D	<i>„Ich kann da nichts kritisieren. Aber Lob fänd ich jetzt auch übertrieben.“</i>	K32	
E	<i>„Ja die war in Ordnung. Aber mehr kann ich nicht dazu sagen, ich habe keinen Vergleich.“</i>	K32	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 65 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.4**

F	<i>„Ich fand die Patientenschulung nicht besonders gut und nicht besonders schlecht. Ich gehe immer zu allen Infoveranstaltungen, die angeboten werden und diese hier hat sich nicht übermäßig abgehoben.“</i>	K32
G	<i>„Was wollen Sie jetzt von mir hören? Ich war anwesend, fand sie jetzt nicht besonders gut oder schlecht.“</i>	K32
H	<i>„Ich fand die Möglichkeit, die Computer und das Programm direkt nach der Patientenschulung ausprobieren zu können, gelungen.“</i>	K31
I	<i>„Ja das war recht unspektakulär. Ich möchte mal sagen in Ordnung fand ich die Veranstaltung.“</i>	K32
J	<i>„Super war, dass man gleich mal gucken konnte, was sich hinter dem im Vortrag Erklärten verbirgt, indem man an den bereit gestellten Laptops Probe-Chatten konnte.“</i>	K31
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Die Aufklärungsveranstaltung zu dieser Internetsorge war weder zu lang noch zu kurz. Die im Zeitplan eingetragene Zeit stimmte genau, dadurch kam ich wenigstens pünktlich zu meiner nächsten Anwendung und das Probe-Chatten konnte ich trotzdem noch schnell ausprobieren.“</i>	K31
L	<i>„Dazu kann ich nichts sagen.“</i>	K32
M	<i>„Ja, ich habe da aufmerksam zugehört. Über die Qualität dieses Vortrags kann ich nichts sagen.“</i>	K32
N	<i>„Der Vortrag kann von mir nur neutral beurteilt werden, da ich keinen Vergleich habe.“</i>	K32
O	<i>„Ist in Ordnung gewesen. Aber Lob oder Kritik kann und will ich darüber nicht äußern.“</i>	K32
P	<i>„Ich fand den weder gut noch schlecht.“</i>	K32

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 66 Kategorienbildung zu Frage 6.3.5**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K33: Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt mindestens einen Verbesserungsvorschlag	<i>„Die Patienten sollten noch frühzeitiger über das Stattfinden dieser Veranstaltung informiert werden und der jeweilige Tagesplan sollte so gestaltet werden, dass jeder Interessierte teilnehmen kann.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K34: Keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt keinen Verbesserungsvorschlag	<i>„Ich würde da nichts umstellen wollen.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 67 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.5**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Nein da fällt mir nichts ein.“</i>	K34	<b>K33: Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden</b>  <b>K34: Keine Verbesserungsvorschläge für die Patientenschulung vorhanden</b>
B	<i>„Ich würde da nichts umstellen wollen.“</i>	K34	
C	<i>„Mir hat es gefallen, ich habe keine Verbesserungsvorschläge.“</i>	K34	
D	<i>„Nein, das überlasse ich anderen Menschen, die sich damit auskennen.“</i>	K34	
E	<i>„Nein, ich denke, das war schon richtig so.“</i>	K34	
F	<i>„Kein Verbesserungsbedarf.“</i>	K34	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 67 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.5**

G	<i>„Ich bin da wenig an Verbesserungen interessiert, mich betrifft das eh nicht mehr.“</i>	K34	
H	<i>„Ich finde, dass jeder Krebspatient die Möglichkeit bekommen muss, die für ihn persönlich richtige Nachsorge zu finden, und sollte daher auch in der Rehabilitationsklinik die Zeit im Therapieplan zur Verfügung gestellt bekommen, um zu der Patientenschulung zu gehen.“</i>	K33	
I	<i>„Nein, ist schon genug drüber geredet worden jetzt. Ich habe da keine Ideen.“</i>	K34	
J	<i>„Nein.“</i>	K34	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Ich wüsste jetzt nichts darauf zu sagen.“</i>	K34	
L	<i>„Die Patienten sollten noch frühzeitiger über das Stattfinden dieser Veranstaltung informiert werden und der jeweilige Tagesplan sollte so gestaltet werden, dass jeder Interessierte teilnehmen kann. Vielleicht wäre es etwas für mich gewesen mit dem Chat, aber so dachte ich, dass ich die entscheidenden Informationen verpasst haben könnte und dann war mir eine Teilnahme zu riskant.“</i>	K33	
M	<i>„Ist jetzt auch finde ich nicht so wichtig. Ich hab keine Ideen.“</i>	K34	
N	<i>„Nein.“</i>	K34	
O	<i>„Ist aktuell nichts, was ich Ihnen dazu sagen kann.“</i>	K34	
P	<i>„Nein, das ist irgendwie nicht einfach Verbesserungsvorschläge zu äußern.“</i>	K34	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 68 Kategorienbildung zu Frage 6.3.6**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K35: Anregungen vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt mindestens eine Anregung für die Chatintervention	<i>„Ich fände es gut, wenn die Themen vorab bekannt gemacht werden. So kann ich mich schon mal fragen, was ich gerne von den Mitpatienten wüsste und die Struktur der Chats ist klarer.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K36: keine Anregungen vorhanden</b>	Die Patientenantwort enthielt keine Anregung für die Chatintervention	<i>„Ich weiß ja leider nicht, wie so ein Chat abläuft, sonst könnte ich bestimmt was dazu sagen.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 69 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.6**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich glaube ich fände es gut schon vorab zu wissen, welche Themen besprochen werden.“</i>	K35	<b>K35: Anregungen vorhanden</b>  <b>K36: keine Anregungen vorhanden</b>
B	<i>„Man könnte den Patienten ja vielleicht schon früh die Themen mitteilen, die im Chat besprochen werden oder zum Beispiel auch auf einem Blatt Papier aushändigen.“</i>	K35	
C	<i>„Nein, keine Idee oder Anregung gerade.“</i>	K36	
D	<i>„Da fällt mir nichts ein auf die Schnelle.“</i>	K36	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchateilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 69 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.3.6**

E	<i>„Effizient wäre es bestimmt, wenn man vorab die Gesprächsthemen im Chat kennen würde. Dann könnte man sich schon seine eigenen Gedanken dazu machen. Noch schöner wäre es, wenn die Themen im Internet irgendwo aufgelistet wären.“</i>	K35
F	<i>„Ich wüsste gerne über die Themen Bescheid, die man im Chat besprechen wird.“</i>	K35
G	<i>„Ich fände es gut, wenn die Themen vorab bekannt gemacht werden. So kann ich mich schonmal fragen, was ich gerne von den Mitpatienten wüsste und die Struktur der Chats ist klarer.“</i>	K35
H	<i>„Keine Anregungen.“</i>	K36
I	<i>„Das ist schwer. Mir kommt da gerade kein Gedanke dazu.“</i>	K36
J	<i>„Ich weiss ja leider nicht, wie so ein Chat abläuft, sonst könnte ich bestimmt was dazu sagen.“</i>	K36
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Ich habe keine Idee dazu.“</i>	K36
L	<i>„Nein.“</i>	K36
M	<i>„Da kann ich Ihnen nicht helfen.“</i>	K36
N	<i>„Da fällt mir nichts zu ein.“</i>	K36
O	<i>„Ich kann Ihnen da leider keine Anregungen nennen.“</i>	K36
P	<i>„Nein.“</i>	K36

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## 20.4 Allgemeine Nutzung des Internets und Praktikabilität einer internetbasierten Nachsorge

Tabelle 70 Kategorienbildung zu Frage 6.4.1

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K37: Bedenken vorhanden</b>	Der Patient äußerte Bedenken gegenüber der Chatteilnahme aufgrund seiner Computerkenntnisse	<i>„Also ehrlich gesagt, meine Computer- oder eben auch Internetkenntnisse hindern mich schon an einer Teilnahme. Ich gehe mit Computern oder auch dem Internet da einfach nicht so vertraut um. Das ist alles neu für mich, das Ganze ist wohl nichts für mich deswegen.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K38: keine Bedenken vorhanden</b>	Der Patient äußerte keine Bedenken gegenüber der Chatteilnahme aufgrund seiner Computerkenntnisse	<i>„Ich kann wirklich sehr gut mit Computern umgehen, daher sehe ich da keine Probleme für die Chatteilnahme.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

Tabelle 71 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.1

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich kann wirklich sehr gut mit Computern umgehen, daher sehe ich da keine Probleme für die Chatteilnahme.“</i>	K38	<b>K37: Bedenken vorhanden</b>
B	<i>„Ich habe mittelmäßige Kenntnisse würde ich sagen. Das reicht mir um mit gutem Gewissen teilzunehmen und ich freue mich auf die neue Erfahrung.“</i>	K38	<b>K38: keine Bedenken vorhanden</b>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 71 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.1**

C	<i>„Ich denke, wenn man halbwegs mit einem Computer und dem Internet umgehen kann ist das doch in Ordnung. Die haben in der Patientenschulung gesagt, dass sogar Unerfahrene teilnehmen können. Ich sehe mich so im Mittelfeld auf einer Skala von sehr erfahrenen Menschen und unerfahrenen Menschen mit dem Computer.“</i>	K38	
D	<i>„Wenn man von sich selbst sagt, dass man völlig unerschrocken herangeht, klingt das ja meistens überheblich. Ich habe aber wirklich keine Bedenken, mit meinem Mittelmaß an Wissen sollte ich das hinbekommen.“</i>	K38	
E	<i>„Ich habe da jetzt keine Bedenken, was sollen denn Patienten sagen, die noch nie etwas mit Computern gemacht haben. Ich befinde mich irgendwo zwischen gut und schlecht im Umgang mit Computern und dem Internet, es hängt auch immer davon ab, was ich machen möchte am Computer. Aber ich habe da keine Bedenken.“</i>	K38	
F	<i>„Besser geht ja in allen Dingen, mein Eindruck is, dass ich im Umgang mit Computern und Internet auf einem mittelmäßigem Niveau bin.“</i>	K38	
G	<i>„Ich habe da keine Bedenken. Wenn ich es mir so überlege, ich habe ja schon einiges am Computer gemacht, habe dann doch so meine Erfahrungen gemacht am Computer und habe so mittelmäßiges Grundwissen. Warum soll ich dann an einer Chatgruppe verzweifeln?“</i>	K38	
H	<i>„Ich sehe das entspannt. Ich habe vernünftige Grundvoraussetzungen, dadurch dass ich eben gute oder auch sehr gute Computer- und Internetkenntnisse besitze. Ich habe da null Bedenken, was sollen schließlich die ganzen älteren Patienten sagen.“</i>	K38	
I	<i>„Keine Bedenken, warum sollte ich. Ich habe Erfahrungen mit Computern, arbeite viel mit dem Internet und habe gutes bis sehr gutes Wissen auf dem Gebiet.“</i>	K38	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 71 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.1**

J	<i>„Sie spielen darauf an, dass ich zuhause keinen Internetzugang habe? (...) Das sagt ja aber nicht, dass ich deshalb Bedenken haben muss gegenüber der Chatteilnahme. Es ist nur unbequem gerade. Ich habe aber gute bis sehr gute Erfahrungswerte auf dem Gebiet. Die technischen Dinge werden mir jedenfalls nicht zum Problem werden.“</i>	K38	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Ich würde mir selbst auf einer Skala von 1-10 eine 5 geben. Rein in Bezug auf den Kenntnisstand. Ich sehe aber darin jetzt keinen Grund für meine Nichtteilnahme. Mittelmäßige Kenntnisse sind ja nicht extrem. Aber ich wünsche mir einfach diese Nachsorge für mich nicht.“</i>	K38	
L	<i>„Ich habe da großen Respekt mit meinen schlechten Computer- oder auch Internetkenntnissen an so einer Chatgruppe teilzunehmen. Ich habe da bestimmt Probleme. Es ist schließlich meistens nicht ganz einfach mit mir unbekanntem Programmen zu arbeiten.“</i>	K37	
M	<i>„Also ehrlich gesagt, meine Computer- oder eben auch Internetkenntnisse hindern mich schon an einer Teilnahme. Ich gehe mit Computern oder auch dem Internet da einfach nicht so vertraut um. Das ist alles neu für mich, das Ganze ist wohl nichts für mich deswegen.“</i>	K37	
N	<i>„Das ist jawohl eine unnütze Frage. Entweder man nimmt teil oder nicht, egal wie die Computerkenntnisse oder auch Internetkenntnisse sind. Ich habe denke ich so mittelmäßige Erfahrungen oder Kenntnisse, wie Sie es nennen. Ich will aber trotzdem nicht teilnehmen. Bedenken in diesem Sinne habe ich nicht.“</i>	K38	
O	<i>„Ich schätze meine Kenntnisse mit der Kiste so als mittelmäßig ein. Angst oder so etwas habe ich aber nicht vor der Chatgruppe. Ich will das einfach nicht.“</i>	K38	
P	<i>„Ich kann sehr gut mit Computern umgehen, da habe ich keine Bedenken. (...) ich habe keine Lust mich dieser Form der Nachsorge anzuschließen, ich benötige keine Nachsorge.“</i>	K38	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 72: Kategorienbildung zu Frage 6.4.2**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K39: Organisatorische Bedenken vorhanden</b>	Der Patient äußerte organisatorische Bedenken gegenüber der Chatteilnahme in Bezug auf die Nutzung eines Computers	„Ja, die Bedenken habe ich schon, da ich ja zuhause keinen Rechner mit Internetzugang habe. (...) Ich möchte trotzdem vom Büro aus mitchatten.“	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K40: Organisatorische Bedenken nicht vorhanden</b>	Der Patient äußerte keine organisatorischen Bedenken gegenüber der Chatteilnahme in Bezug auf die Nutzung eines Computers	„Nein, da sehe ich keine Bedenken.“	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 73 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.2**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Nein, warum sollte ich. Ich habe ja einen internetfähigen Computer mit DSL Anschluss zuhause.“	K40	<b>K39: Organisatorische Bedenken vorhanden</b>  <b>K40: Organisatorische Bedenken nicht vorhanden</b>
B	„Ich habe da ja keine Probleme. Ich habe ja einen DSL Anschluss zuhause.“	K40	
C	„Nein, da sehe ich keine Bedenken.“	K40	
D	„Nein.“	K40	
E	„Ich habe einen DSL Anschluss zuhause. Da habe ich kein Problem oder muss Bedenken haben.“	K40	
F	„Wir haben einen Internetanschluss zuhause, da brauche ich mir keinen Kopf machen.“	K40	
G	„Wir haben ja einen DSL Anschluss am Computer. Also nein.“	K40	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 73 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.2**

H	„Nein, keine Bedenken.“	K40
I	„Das ist kein Problem. Ich habe einen DSL Anschluss zuhause.“	K40
J	„Ja, die Bedenken habe ich schon, da ich ja zuhause keinen Rechner mit Internetzugang habe. (...) Ich möchte trotzdem vom Büro aus mitchatten.“	K39
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	„Ich habe diesbezüglich keine Bedenken, ich habe ja einen DSL Anschluss zuhause.“	K40
L	„Nein, ich habe ja einen Computer mit DSL Anschluss zuhause für mich.“	K40
M	„Auf jeden Fall. Das ist natürlich sehr ungünstig, wenn man keinen Computer zuhause mit Internet hat.“	K39
N	„Ja, da habe ich Bedenken, das ist ja auch so ein bisschen das Problem, warum man nicht teilnimmt.“	K39
O	„Ich habe einen schnellen Internetzugang zuhause. Das ist kein Grund für Bedenken.“	K40
P	„Ich habe einen DSL Anschluss zuhause, da gäbe es keine Probleme.“	K40

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 74 Kategorienbildung zu Frage 6.4.3**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K41: Erfahrungen mit dem Internet vorhanden</b>	Der Patient - bejahte die Frage - berichtete von seinen Erfahrungen mit dem Internet	<i>„Ich habe bereits einige Jahre mit Computern und dem Internet zu tun.“</i>	Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein
<b>K42: Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden</b>	Der Patient verneinte die Frage und berichtete nicht von Erfahrungen mit dem Internet	<i>„Nein, ich habe keine Erfahrungen mit dem Internet.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 75 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.3**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ja.“</i>	K41	<b>K41: Erfahrungen mit dem Internet vorhanden</b>  <b>K42: Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden</b>
B	<i>„Ich habe da schon so meine Erfahrungen mit dem Internet, das ist wohl so.“</i>	K41	
C	<i>„Ja, habe ich.“</i>	K41	
D	<i>„Ja.“</i>	K41	
E	<i>„Ich nutze das Internet seit es auf dem Markt ist.“</i>	K41	
F	<i>„Ja, sonst hätte ich hier nicht mitgemacht.“</i>	K41	
G	<i>„Das Internet begleitet mich seit einigen Jahren.“</i>	K41	
H	<i>„Natürlich. Das gehört für mich zum Leben dazu und ich nutze es seit einigen Jahren.“</i>	K41	
I	<i>„Ich habe bisher gute Erfahrungen mit dem Internet gemacht.“</i>	K41	
J	<i>„Ja.“</i>	K41	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 75 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.3**

<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	„Ja, die habe ich.“	K41	
L	„Ja ich habe seit einiger Zeit mehr mit dem Internet zu tun.“	K41	
M	„Nein, ich habe keine Erfahrungen mit dem Internet.“	K42	
N	„Ich habe es schon ein paar Mal genutzt und bekomme die Nutzung häufiger auch bei Bekannten mit.“	K41	
O	„Ja, die habe ich.“	K41	
P	„Ich nutze es ja relativ regelmäßig.“	K41	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 76 Kategorienbildung zu Frage 6.4.4**

<b>K43: tägliche Nutzung</b>	Der Patient gab an das Internet täglich zu nutzen	„Ich nutze das Internet täglich.“	Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein
<b>K44: mehrmals pro Woche</b>	Der Patient gab an das Internet mehrmals pro Woche, aber nicht täglich zu nutzen	„Ich nutze das Internet regelmäßig, manchmal nur zweimal pro Woche, manchmal aber auch öfter. Das ist immer unterschiedlich, wie ich eben Zeit habe.“	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K45: selten</b>	Der Patient gab an das Internet selten, aber nicht nie zu nutzen	„Ich nutze das Internet selten.“	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K46: nie</b>	Der Patient gab an, dass Internet nicht zu nutzen	„Ich nutze das Internet nie.“	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 77 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.4**

<b>*TN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zusammenfassung Unterkategorien</b>
A	„Ich nutze das Internet täglich.“	K43	<b>K43: tägliche Nutzung</b>  <b>K44: mehrmals pro Woche</b>  <b>K45: selten</b>  <b>K46: nie</b>
B	„Ich nutze das Internet jeden Tag.“	K43	
C	„Jeden Tag.“	K43	
D	„Ich benutze mein Internet schon mehrmals pro Woche, so zwischen drei bis fünfmal würde ich so schätzen.“	K44	
E	„Das Internet nutze ich täglich.“	K43	
F	„So jeden zweiten Tag vielleicht.“	K44	
G	„Ich nutze das Internet mehrmals pro Woche.“	K44	
H	Täglich.“	K43	
I	„Also nicht unbedingt jeden Tag, aber schon mehrmals in der Woche.“	K44	
J	„Ich benutze das Internet eher selten.“	K45	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	„Schon jeden Tag.“	K43	
L	„Ich nutze das Internet regelmäßig, manchmal nur zweimal pro Woche, manchmal aber auch öfter. Das ist immer unterschiedlich, wie ich eben Zeit habe.“	K44	
M	„Ich nutze das Internet nie.“	K46	
N	„Ich nutze das Internet selten.“	K45	
O	„Jeden Tag.“	K43	
P	„Täglich.“	K43	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 78 Kategorienbildung zu Frage 6.4.5**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K47: Computer mit Internetzugang vorhanden</b>	Der Patient bejahte die Frage und gab an, wo er einen Computer mit Internetzugang nutzen könne	„Ja, ich habe sowohl auf der Arbeit als auch zuhause einen Computer mit Internetzugang, den ich nutzen kann.“	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K48: Computer mit Internetzugang nicht vorhanden</b>	Der Patient verneinte die Frage	„Nein. Ich habe keinen Computer mit Internetzugang zur Verfügung, den ich regelmäßig nutzen kann.“	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 79 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.5**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ja, ich habe sowohl auf der Arbeit als auch zuhause einen Computer mit Internetzugang, den ich nutzen kann.“	K47	<b>K47: Computer mit Internetzugang vorhanden</b>  <b>K48: Computer mit Internetzugang nicht vorhanden</b>
B	„Ja. Da habe ich mehrere Optionen. Sowohl auf der Arbeit, als auch zuhause kann ich einen Computer mit Internetzugang nutzen.“	K47	
C	„Ich habe zuhause die Möglichkeit ins Internet zu gehen.“	K47	
D	„Ja, ich kann zuhause ins Internet gehen.“	K47	
E	„Ja, ich habe zuhause einen internetfähigen Computer.“	K47	
F	„Ja, ich kann nicht nur bei mir zuhause ins Internet gehen, sondern auch auf der Arbeit.“	K47	
G	„Ja, zuhause.“	K47	
H	„Ja, Ich kann fast überall ins Internet gehen. Zuhause oder auch bei der Arbeit.“	K47	
I	„Ja, da habe ich zwei Möglichkeiten. Zuhause oder an meinem Arbeitsplatz.“	K47	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 79 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.5**

J	„Ich habe keinen Internetzugang zuhause, aber ‚ja, im Büro.“	K47	
<b>NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	„Ja, das ist praktisch, dass ich einen Computer mit Internetzugang zuhause habe.“	K47	
L	„Ja, zuhause kann ich meinen internetfähigen Rechner nutzen.“	K47	
M	„Nein. Ich habe keinen Computer mit Internetzugang zur Verfügung, den ich regelmäßig nutzen kann.“	K48	
N	„Nein, ich habe keinen Computer mit Internetzugang zur Verfügung.“	K48	
O	„Ja, ich habe zuhause meinen Computer mit Internetzugang.“	K47	
P	„Ja, ich kann auf Arbeit oder auch zuhause ins Internet gehen.“	K47	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 80 Kategorienbildung zu Frage 6.4.6**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<p><b>K49: Anschaffung eines Computers vorstellbar</b></p>	<p>Patient gab an über die Anschaffung eines Computers nachzudenken</p>	<p><i>„Wie Sie ja wissen, am Arbeitsplatz kann ich ja einen Computer mit Internetzugang nutzen. Ich denke aber über eine Anschaffung für zuhause nach gerade. Ich brauche wohl einen Computer, um zuhause nach der Rehapphase nicht zu vereinsamen. Vieles funktioniert nun mal nur noch mittels Computer.“</i></p>	<p>Die Definition musste erfüllt sein</p>
<p><b>K50: Anschaffung eines Computers nicht vorstellbar</b></p>	<p>Patient                      - lehnte die Anschaffung eines Computers ab                      - hatte bereits die Möglichkeit einen Computer mit Internetzugang frei zu nutzen                      - nannte keinen Bedarf</p>	<p><i>„Für mich erübrigt sich die Frage. Ich bin ja versorgt.“</i></p>	<p>Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein</p>

**Tabelle 81 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.6**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Für mich erübrigt sich ja die Frage. Ich bin ja versorgt.“	K50	<b>K49: Anschaffung eines Computers vorstellbar</b>
B	„Ich kann ja bereits ins Internet am Computer gehen, und das ja sogar an zwei Anlaufpunkten.“	K50	
C	„Sie wissen ja, ich bin versorgt.“	K50	
D	„Ich kann ja bereits ins Internet gehen, wenn ich es möchte.“	K50	
E	„Warum sollte ich das denn machen? Ich habe doch einen Computer mit dem ich ins Internet kann.“	K50	
F	„Nun ist aber gut. Bald kann ich mich mit den Dingen ja tot schmeißen. Ein Computer zuhause reicht jawohl.“	K50	
G	„Nein, kein Bedarf.“	K50	
H	„Nein, da brauche ich nichts mehr anschaffen.“	K50	
I	„Um Gottes Willen. Ich brauche nicht noch einen Computer. Habe ich den Platz gar nicht für.“	K50	
J	„Wie Sie ja wissen, am Arbeitsplatz kann ich ja einen Computer mit Internetzugang nutzen. Ich denke aber über eine Anschaffung für zuhause nach gerade. Ich brauche wohl einen Computer, um zuhause nach der Rehapphase nicht zu vereinsamen. Vieles funktioniert nun mal nur noch mittels Computer.“	K49	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	„Nein, die Anschaffung muss ich nicht mehr tätigen.“	K50	
L	„Nein, kein Bedarf, da ich ja schon so etwas habe.“	K50	
M	„Ich denke ich brauche keinen PC. Selbst wenn ich mich für das Nachsorgeprogramm entschieden hätte, wäre der danach verstaubt.“	K50	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 81 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.6**

N	„Nein, so etwas schaffe ich nicht an. Kein Bedarf.“	K50
O	„Wie gesagt, das ist schon alles ausreichend so, wie es zur Zeit ist.“	K50
P	„Dadurch, dass ich ja sogar auf der Arbeit als auch zuhause ins Internet gehen kann brauche ich mir darüber ja keine Gedanken mehr machen.“	K50

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 82 Kategorienbildung zu Frage 6.4.7**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K51: Zielsetzung vorhanden</b>	Der Patient nannte mindestens einen Grund für seine Internetnutzung	<i>Urlaubsangebote lese ich hin und wieder, maile mal per Email an die Familie.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K52: Zielsetzung nicht vorhanden</b>	Der Patient nannte keinen Grund für seine Internetnutzung	<i>„Da fällt mir jetzt nichts ein.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 83 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.7**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Nachrichten verfolgen, Emails schreiben, Bankbewegungen, aber auch arbeiten über das Internet.“	K51	<b>K51: Zielsetzung vorhanden</b>
B	„Da fällt mir jetzt nichts ein.“	K52	
C	„Ich lese Nachrichten, schreibe Emails.“	K51	
D	<i>Ich plane manchmal Aktivitäten für das Wochenende über das Internet, dann schreibe oder bekomme ich mal eine Email.“</i>	K51	<b>K52: Zielsetzung nicht vorhanden</b>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 83 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.7**

E	<i>„Urlaubsangebote lese ich hin und wieder, maile mal per Email an die Familie.“</i>	K51	
F	<i>„Praktisch sind die immer verfügbaren Nachrichten aus aller Welt und dass man in die ganze Welt auch Emails verschicken kann schätze ich.“</i>	K51	
G	<i>„Da denke ich als Erstes an die stets aktuellen Nachrichten und die Möglichkeit Emails zu versenden.“</i>	K51	
H	<i>„Ich bilde mich weiter über das Internet, insbesondere mein Allgemeinwissen auf den Nachrichtenwebseiten, aber auch Bankgeschäfte mache ich über das Internet. Ich arbeite natürlich auch über das Internet hin und wieder.“</i>	K51	
I	<i>„Nachrichten überfliegen und über das Internet Geschäft abwickeln auf der Arbeit.“</i>	K51	
J	<i>„Urlaubsberichte lesen“.</i>	K51	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Ich nutze das Internet vor allem als Nachrichtenquelle. Aber auch für Bankgeschäfte hab ich das Internet schon mal getestet. Soziale Kontakte kann man in den sogenannten Netzwerken pflegen, was ich positiv sehe, da habe ich mich mal spaßeshalber angemeldet. Emails sind natürlich auch eine einfache Möglichkeit für mich gewesen Kontakte zu pflegen.“</i>	K51	
L	<i>„Ich habe damit schon mal einen Urlaubsbericht gelesen.“</i>	K51	
M	<i>„Ich komme mit dem Internet nicht so klar. Das Chatprogramm wäre das erste Mal, dass ich mit einem Grund am Computer sitze.“</i>	K52	
N	<i>„Ich musste auf der Arbeit mal ins Internet gehen. Sonst habe ich da jetzt nichts im Kopf.“</i>	K51	
O	<i>„Ich verfolge darüber häufiger auch Nachrichten aus aller Welt. Und eine Email habe ich schon mal verfasst.“</i>	K51	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

### Fortsetzung Tabelle 83 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.7

P	<i>Ich finde das Internet besonders gut, um sich auch in der Freizeit nach Sportangeboten umschauen zu können. Dann mache ich auch Bankgeschäft online. Praktisch sind natürlich auch die sozialen Netzwerke, um sich unabhängig vom Wohnort weiterhin mit alten Bekannten auszutauschen. Das gleiche gilt natürlich auch für Emails.</i>	K51
---	---	-----

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteteilnehmer

### Tabelle 84 Kategorienbildung zu Frage 6.4.8

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K53: große Bedeutung</b>	Patient beschrieb das Internet als - wichtig - von großer Bedeutung - unentbehrlich	<i>„Ohne Internet wäre vieles nicht mehr so komfortabel, da in der heutigen Zeit doch fast nichts mehr ohne funktioniert, wie z.B. mal schnell mal einen Straßennamen nachschauen.“</i>	Mindestens ein Kriterium der Definition muss erfüllt sein
<b>K54: geringe Bedeutung</b>	Patient beschrieb das Internet als - nicht wichtig - von geringer Bedeutung - entbehrlich	<i>„Ich finde das Internet ist mehr wie ein Luxusprodukt und nicht überlebenswichtig. Im Zweifel würde man die Informationen auch auf anderem Wege bekommen, nur so ist es so bequem. Für mich ist die Bedeutung gering.“</i>	Mindestens ein Kriterium der Definition muss erfüllt sein

**Fortsetzung Tabelle 84 Kategorienbildung zu Frage 6.4.8**

<b>K55: keine Bedeutung</b>	Patient gab an, dem Internet keine Bedeutung beizumessen	<i>Ich finde das Internet braucht man nicht, um ein gut informierter und zufriedener Mensch zu sein. Ich bin froh nicht abhängig von dieser Technik zu sein. Mir bedeutet es nichts.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
-----------------------------	--	---	------------------------------------

**Tabelle 85 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.8**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Für mich ist das Internet wichtig. Ich bin einfach sehr daran gewöhnt.“</i>	K53	<b>K53: große Bedeutung</b>  <b>K54: geringe Bedeutung</b>  <b>K55: keine Bedeutung</b>
B	<i>„Für mich hat es eine große Bedeutung, da es einfach sehr vielseitig ist und auch einfach zu nutzen ist.“</i>	K53	
C	<i>„Ich habe mittlerweile das Gefühl, dass es in der heutigen Gesellschaft nicht mal mehr entbehrlich ist. Auf dem Internet beruhen doch ganze Branchen. Für mich ist es auch nicht mehr weg zu denken, ehrlich gesagt.“</i>	K53	
D	<i>„Schon wichtig, muss ich sagen.“</i>	K53	
E	<i>„Für mich hat das Internet eine sehr wichtige Bedeutung. Ohne Internet kann ich mir das tägliche Leben fast nicht mehr vorstellen, da es einfach sehr viele Optionen bietet.“</i>	K53	
F	<i>„Ich sehe das Internet als mittlerweile nicht mehr wegzudenken an. Die ganzen jungen Leute sind doch ohne Internet aufgeschmissen. Und ich finde es für mich ja auch hin und wieder sehr gut, um bestimmte Dinge zu erledigen. Es ist also schon von Bedeutung für mich.“</i>	K53	
G	<i>„Also das Internet ist jetzt nicht so wichtig für mich. Ich könnte darauf verzichten es zu nutzen. Nichtsdestotrotz hat es natürlich auch Vorzüge. Aber ich mache mich nicht gerne abhängig von der Technik.“</i>	K54	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 85 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.8**

H	<i>„Ohne Internet wäre vieles nicht mehr so komfortabel, da in der heutigen Zeit doch fast nichts mehr ohne funktioniert, wie z.B. mal schnell mal einen Straßennamen nachschauen.“</i>	K53	
I	<i>„Mir ist es wichtig mit dem Internet. Ich denke schon, dass es eine große Bedeutung für mich hat.“</i>	K53	
J	<i>„Das hat für mich eine geringe Bedeutung.“</i>	K54	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Das Internet ist schon sehr praktisch. Für hat es daher mittlerweile eine recht hohe Bedeutung.“</i>	K53	
L	<i>„Ich finde das Internet braucht man nicht, um ein gut informierter und zufriedener Mensch zu sein. Ich bin froh nicht abhängig von dieser Technik zu sein. Mir bedeutet es nichts.“</i>	K55	
M	<i>„Ich messe dem Internet keine Bedeutung zu ehrlich gesagt. Das ist doch alles Geldmacherei.“</i>	K55	
N	<i>„Ich finde das Internet ist mehr wie ein Luxusprodukt und nicht überlebenswichtig. Im Zweifel würde man die Informationen auch auf anderem Wege bekommen, nur so ist es so bequem. Für mich ist die Bedeutung gering.“</i>	K54	
O	<i>„Ich kann sagen, dass mir der Trend nicht unbedingt gefällt. aber das Internet ist wohl für die Welt und auch für mich nicht mehr wegzudenken.“</i>	K53	
P	<i>„Da fragen Sie ja was. Also wer das privat und beruflich nutzt, für den kann das Internet doch nur eine große Bedeutung haben.“</i>	K53	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 86 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K56: Befürchtung vorhanden</b>	Patient nannte in seiner Interviewantwort mindestens eine potentielle Befürchtung	<i>„Ich finde es schwierig die übermittelten Informationen zu filtern. Ich meine es kann jeder etwas im Internet schreiben, ohne die Gewissheit für alle anderen, dass das richtig ist. Ich finde das Laienwissen im Internet schwierig zu erkennen und gefährlich.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 87 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich finde es schwierig die übermittelten Informationen zu filtern. Ich meine es kann jeder etwas im Internet schreiben, ohne die Gewissheit für alle anderen, dass das richtig ist. Ich finde das Laienwissen im Internet schwierig zu erkennen und gefährlich. Und man sollte sich auch nicht zu sehr im Internet ausleben, da geht auch ganz viel wahre Lebensfreude verloren. So eine Entwicklung wird doch gerade bei jungen Menschen kritisch gesehen. Ich weiß nicht, ob das für unsere Gesellschaft die richtige Entwicklung darstellt mit dem Internet. Um auf mich zurückzukommen, ich habe auch immer große Angst vor Verlust meiner Anonymität. Ich meine, dass der Staat oder auch einfach nur Verbrecher sich Zugang zu meinen Daten verschaffen.“</i>	K56	<b>K56: Befürchtung vorhanden</b>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 87 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9**

B	„Die Angst vor cleveren Menschen, die meinen Computer hacken, habe ich generell, besonders aber natürlich bei persönlichen Daten und Kontoverbindungen. Und wenn gelingt das doch wohl über das Internet. Und dann gibt es natürlich auch genug Menschen, die einfach nur dümmlisches schreiben und man selbst kann nicht beurteilen, was nun von den vielzähligen Informationen überhaupt stimmt. Wenn ich an die Chatgruppe denke, dann fällt mir ein, dass ich eben auch immer Angst vor Verlust meiner Anonymität habe.“	K56	
C	„Die Freiheit, die das Internet bietet, was Informationen angeht, ist ja positiv, aber, dass jeder etwas schreiben kann, lässt doch den Eindruck zu, dass viele Unwahrheiten kursieren. Außerdem mag ich das Gefühl nicht, dass man immer wieder von Datenverlusten liest.“	K56	
D	„Ich sehe das ganze Wissen, dass irgendwelche Menschen ins Internet setzen, insbesondere zu Gesundheitsthemen, als bedenklich an. Ich finde es überhaupt nicht gut, dass das Internet so unkontrollierbar scheint, was insbesondere die persönlichen Daten angeht.“	K56	
E	„Internetviren und Verlust meiner eigenen Identität im Internet, sprich, dass es jemand auf meine persönlichen Daten abgesehen hat. Wenn mir dann nur Werbung zugeschickt werden würde, wäre das ja harmlos, ich meine jetzt richtig Tabellen über Ersparnisse oder ähnliches.“	K56	
F	„Die Viren im Internet finde ich manchmal schon nicht so harmlos. Die können sich schließlich in ganze Dateien einhacken. Da kriege ich es schon mit der Angst zu tun, dass mein Computer beschädigt wird. Und das lässt mich auch ängstlich vor Datenverlust werden.“	K56	
G	„Ich sehe eine Gefahr darin, dass immer mehr Informationen nur noch über das Internet verfügbar sind. Ich meine es kann doch nicht sein, dass in Arztpraxen an Informationsmaterial gespart wird, weil davon ausgegangen wird, dass jeder im Internet nachliest? Ich habe auch Befürchtungen wegen der Datensicherheit.“	K56	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 87 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9**

H	<p>„Also Internetviren sind leider immer noch ein Thema und werden es im Umgang mit dem Internet auch immer bleiben, wie es aussieht. Außerdem denke ich, dass das Internet auch gefährlich für die Entwicklung der Gesellschaft ist. Was soll das Rumgeeiere im Internet den ganzen Tag von so einigen Jugendlichen? Darum ist es ja auch so weit gekommen mit den jungen Leuten. Alles ist verfügbar. Da braucht man sich doch nicht wundern, dass die krank sind, körperlich als auch psychisch. Datensicherheit im Internet wird des Weiteren ja auch nicht sehr groß geschrieben, wie man ja in den Medien schon häufiger verfolgen konnte.“</p>	K56	
I	<p>„Ich passe schon immer sehr auf, dass ich mir keine Internetviren einfange. Da habe ich Respekt vor. Ich sehe es auch kritisch, dass viele Menschen sich hinter ihrem Computer zurückziehen und weniger am realen Leben teilnehmen. Und am Ende kommen noch regelmäßig Angriffe auf persönliche Daten vor. Ich finde das unheimlich.“</p>	K56	
J	<p>„Ich finde es nicht gut, dass so viele Jugendliche nur noch vor dem Computer und dem Internet hocken. Wo kommen wir denn da hin. Tolle Gesellschaft irgendwann mal. Ich möchte außerdem nicht wissen, was da mit unseren persönlichen Daten passiert. Irgendwie und irgendwann wird dafür noch eine Quittung kommen und man kann sich nur noch wundern, wie weit unsere Anonymität schon aufgehoben ist.“</p>	K56	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

Fortsetzung Tabelle 87 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9

NTN	Paraphrase	Kategorie	
K	„Manchmal ist es verantwortungslos, was andere Menschen so im Internet schreiben. Die haben keine Ahnung, erzählen Dinge, die nicht so sind und dann wird sich gewundert, warum so viele falsche Informationen kursieren. Das ist die Crux mit dem Thema der Anonymität. Jeder hat Angst diese einzubüßen, ich eingeschlossen, aber dann kommt es eben auch zu den anonymen Texten im Internet, die keiner filtert. Ich habe auch häufig Angst betrogen zu werden oder auf falsche Angebote reinzufallen. Außerdem finde ich es nicht gut, dass das Internet immer mehr zur Bildungsanstalt wird. Das ist nicht die richtige Entwicklung meiner Meinung nach. Gerade Ärzte dürfen es sich nicht leicht machen und immer nur auf Informationen im Internet verweisen.“	K56	
L	„Ich habe da ganz schlechte Erfahrungen in Sachen Betrug machen müssen. Ich war auf einer Informationsseite zum Thema Krebs in der Familie und was für eine Risikoerhöhung besteht, wenn Verwandte auch schon eine Krebserkrankung hatten. Dann bin ich bei einer Internetseite gelandet, wo man angeblich seine Ahnen ermitteln kann. Wenige Stunden später fand ich eine Email in meinem Postfach mit einer Zahlungsaufforderung. Ich muss irgendwo einen falschen Klick gemacht haben. Seitdem habe ich großen Respekt vor Betrug im Internet. Das ist einfach das Thema Datenverlust. Ich glaube das die Daten im Internet nicht sicher sind und damit keine Anonymität herrscht.“	K56	
M	„Wenn ich mir so überlege, dass alle Welt jetzt plant sich via Internet im Gesundheitsbereich beraten zu lassen, wollen die Ärzte bzw. Therapeuten es sich da einfach machen? Der Mensch ist doch real und nicht ein Bildschirm. Wieso soll das in Zukunft alles jetzt fast nur noch über Bildschirm funktionieren?“	K56	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 87 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9**

N	<p>„Ich möchte mich nicht mit Dingen in meiner Freizeit beschäftigen, die mich nicht weiterbringen und die mir nur meine Zeit stehlen. Das Internet ist für mich als so anzusehen. Die Jugend und auch einige Erwachsene sitzen zu viel vor ihrem Computer und verlernen ihre Sozialkompetenzen bzw. eignen sie sich gar nicht erst an.“</p>	K56
O	<p>„Das Internet wird mehr und mehr dazu missbraucht, Informationen ohne jegliche zwischenmenschliche Kommunikation zu transferieren. Der Prozess sollte viel kritischer gesehen werden meiner Meinung nach. Außerdem glaube ich, dass wir uns nicht allzu sehr auf Dinge, wie Anonymität im Internet, verlassen können. Ich glaube da gibt es viel zu wenig Schutz vor Datentransparenz.“</p>	K56
P	<p>„Ich finde es manchmal Wahnsinn, wie viele Menschen sich dazu hinreißen lassen, im Internet zu bestimmten Themen Statements abzugeben. Ich meine, ohne von dem, was sie da von sich geben, Ahnung zu haben. Das sehe ich schon als gefährlich an für alle, die das dann lesen. Internetviren nerven mich auch manchmal, ich finde es wird immer krimineller und manchmal auch immer schwieriger Internetviren auf dem eigenen Computer abzuwehren. Viele Internetviren wurden ja insbesondere mit dem Ziel entwickelt Daten auszuspähen. Darum habe ich da auch große Bedenken persönliche Daten auf dem Computer zu speichern.“</p>	K56

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 88 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9.1**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K57: Vorteil vorhanden</b>	Der Patient nannte mindestens einen Vorteil eines Internetzugangs	<i>„Während meiner Erkrankungsphase vor dem Rehaaufenthalt habe ich das Internet besonders viel zuhause genutzt, um mich zu informieren und sonst hätte ich mir einige Bücher oder Zeitschriften kaufen müssen. Da war ich zu allen möglichen Tages- und Nachtzeiten online. Das habe ich wirklich zu schätzen gelernt, dass ich es unbegrenzt nutzen konnte. Außerdem ist die Bedienung einfach und man kann Kontakte darüber pflegen.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 89 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9.1**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Während meiner Erkrankungsphase vor dem Rehaaufenthalt habe ich das Internet besonders viel zuhause genutzt, um mich zu informieren und sonst hätte ich mir einige Bücher oder Zeitschriften kaufen müssen. Da war ich zu allen möglichen Tages- und Nachtzeiten online. Das habe ich wirklich zu schätzen gelernt, dass ich es unbegrenzt nutzen konnte. Außerdem ist die Bedienung einfach und man kann Kontakte darüber pflegen.“</i>	K57	<b>K57: Vorteil vorhanden</b>

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 89 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9.1**

B	<i>„Ich finde es toll, was das Internet an Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten bietet bei einfacher Bedienung. Es funktioniert immer und überall zu allen Tageszeiten. Man kann auch mit anderen Menschen beliebig kommunizieren. Ein Zugewinn an Lebensqualität aus meiner Sicht.“</i>	K57	
C	<i>„Der Umgang mit dem Internet ist einfach, das ist gut. Und man kann theoretisch sich auch gut vernetzen mit anderen Menschen.“</i>	K57	
D	<i>„Ich finde die Möglichkeit Kontakte über das Internet pflegen zu können sehr angenehm.“</i>	K57	
E	<i>„Das Internet hat einen hohen Unterhaltungswert, auch wenn ich manchmal selbst genervt bin, dass ich mich so lange damit aufhalten kann. Das ist positiv, dass man es überall benutzen kann und auch nicht an Tageszeiten gebunden ist in der Nutzung. Und dass der Kontakt mit anderen Menschen erleichtert wird.“</i>	K57	
F	<i>„Für mich ist das Internet einfach ein Stück Freiheit, was ich da lese oder mir anschau oder auch selbst reinstelle ist meine Sache und ich bin anonym dabei, wenn ich es denn möchte und die normalen Sicherheitseinstellungen funktionieren. Ich lese sehr viel, durch das Internet bin ich dann nicht abhängig von Mitarbeitern in Bibliotheken, die mir helfen Artikel zu finden, sondern ich mache das schnell selbst, so oft und so lange ich möchte. Ich schätze die Anonymität und den Unterhaltungswert des Internets. Außerdem ist es praktisch, dass es Tag und Nacht funktioniert und ich darüber auch Kontakte aufnehmen kann.“</i>	K57	
G	<i>„Ich kann mich stundenlang im Internet beschäftigen und fühle mich nicht einsam, weil ich beschäftigt bin und gar nicht merke, wie der Tag vergeht. Die Kommunikation mit anderen Menschen fällt mir über das Internet gerade in der jetzigen Zeit auch leichter als im realen Leben.“</i>	K57	
H	<i>„Ich finde gut, dass das Internet nicht an einen Ort gebunden ist oder an bestimmte Uhrzeiten. Und man kann sich mit anderen Menschen über das Internet austauschen, das bedeutet mir viel.“</i>	K57	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 89 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9.1**

I	<i>„Mit dem Internet bekomme ich schnell aktuelle Informationen aus aller Welt ohne eine Zeitung kaufen zu müssen. Die Informationen sind immer verfügbar, egal wo und wann man sich informieren möchte.“</i>	K57	
J	<i>„Wenn man es einmal verstanden hat, dann kann man sich auf den normalen Webseiten leicht zurecht finden.“</i>	K57	
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>	
K	<i>„Ich finde das Internet hat schon einen gewissen Unterhaltungswert.“</i>	K57	
L	<i>„Der Zugang zu Wissen und Informationen ist erleichtert im Gegensatz zu früher.“</i>	K57	
M	<i>„Als positiv kann man sicherlich ansehen, dass das Internet unabhängig von Ort und Zeit verfügbar ist. Jedenfalls in den meisten Gebieten.“</i>	K57	
N	<i>„Ich würde denken, dass der Informationsfluss über das Internet hoch sein kann, wenn man die richtigen Internetseiten anschaut.“</i>	K57	
O	<i>„Am ehesten, dass Informationen leicht verfügbar sind.“</i>	K57	
P	<i>„Man hätte früher nicht gedacht, dass Internet die Menschen mal zusammen führen könnte. Was früher der Stammtisch war, ist heute Skype oder Facebook. Ich finde es toll mich über das Internet mit anderen Menschen zu vernetzen.“</i>	K57	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Tabelle 90 Kategorienbildung zu Frage 6.4.9.2**

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K58: aus eigener Erfahrung bekannt</b>	Patient gab an bereits an einer Foren- oder Chatdiskussion teilgenommen oder in einem Chat / Forum gelesen zu haben	<i>„Ich fand schon immer Chatdiskussionen bzw. Foren interessant, insbesondere um die Erfahrungen anderer Patienten mit der Krankheit zu studieren.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K59: begrifflich bekannt</b>	Patient gab an die Begriffe zu kennen, aber noch nie an einer Foren- oder Chatdiskussion teilgenommen zu haben	<i>„Ja, das ist ja in aller Munde. Gehört habe ich davon, aber selbst noch nicht teilgenommen.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
<b>K60: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen</b>	Patient gab an die Begriffe weder gehört noch an Foren- oder Chatdiskussionen teilgenommen zu haben	<i>„Nein, das sagt mir nichts.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

**Tabelle 91 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9.2**

*TN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ja, ich habe schon meine eigenen Erfahrungen damit gemacht. Und zwar habe ich in Foren die Erfahrungsberichte anderer Patienten gelesen. Aber etwas hinein geschrieben habe ich nicht.“</i>	K58	<b>K58: aus eigener Erfahrung bekannt</b>  <b>K59: begrifflich bekannt</b>  <b>K60: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen</b>
B	<i>„Ja, das ist ja in aller Munde. Gehört habe ich davon, aber selbst noch nicht teilgenommen.“</i>	K59	
C	<i>„Ich fand schon immer Chatdiskussionen bzw. Foren interessant, insbesondere um die Erfahrungen anderer Patienten mit der Krankheit zu studieren.“</i>	K58	

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

**Fortsetzung Tabelle 91 Kodierleitfaden der \*TN & \*\*NTN zu Frage 6.4.9.2**

D	<i>Die Begriffe sagen mir was, aber ich habe an so etwas noch nicht teilgenommen oder mir angeschaut.“</i>	K59
E	<i>„Nein, das sagt mir nichts.“</i>	K60
F	<i>„Das sagte mir nichts bis die Begriffe bei der Patientenschulung fielen. Etwas anfangen kann ich bislang noch nichts damit.“</i>	K60
G	<i>„Ich habe mir bereits einige Foren angeschaut, allerdings zu Urlaubszielen. Ist schon interessant, wenn man sich mit anderen Menschen zu bestimmten Themen austauschen kann.“</i>	K58
H	<i>„Das ist etwas, was ich schon öfter gehört habe, aber selber an so etwas teilgenommen habe ich noch nicht.“</i>	K59
I	<i>„Ich kann mit den Begriffen nichts anfangen.“</i>	K60
J	<i>„Ich habe davon weder etwas gehört, noch aktiv oder passiv in so etwas involviert gewesen.“</i>	K60
<b>**NTN</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Kategorie</b>
K	<i>„Das sagt mir nichts ehrlich gesagt und ich habe damit auch noch keine Erfahrungen gemacht.“</i>	K60
L	<i>„Ehrlich gesagt, davon habe ich bisher noch nichts gehört. Aber interessieren würde mich das vielleicht schon zu einem späteren Zeitpunkt.“</i>	K60
M	<i>„Das sagt mir nichts.“</i>	K60
N	<i>„Keine Ahnung, die Begriffe sagen mir erstmal nichts, geschweige denn, dass ich Erfahrungen damit hätte.“</i>	K60
O	<i>„Nein, das sagt mir nichts.“</i>	K60
P	<i>„Ich habe tatsächlich schon einmal in einem Forum mitgelesen, da dort Patienten über die verschiedenen Phasen ihrer Krankheit berichtet haben. Das fand ich sehr spannend. Ich habe, meine ich, sogar schon mal selbst einen Text in ein Forum geschrieben.“</i>	K58

\*TN= potentielle Chatteilnehmer, \*\*NTN= potentielle Nichtchatteilnehmer

## **21. Eidesstattliche Versicherung:**

**Ich, Susanne Martha Anton, versichere ausdrücklich, dass ich die Dissertation „Bedarfs- und Akzeptanzfaktoren einer therapeutisch geleiteten Chatintervention via Internet bei männlichen Krebspatienten in der Nachsorge - Eine qualitative Studie“ selbstständig 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: \_\_\_\_\_**