

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Bedarf und Akzeptanz einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation bei Patientinnen mit Mammakarzinom: Eine qualitative Studie

Dissertation

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

vorgelegt von:

Natalie Küsters aus Hamburg

Hamburg 2014

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 10.07.2014**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Holger Schulz

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Volkmar Müller

Prüfungsausschuss, dritter Gutachter: Prof. Dr. Claus-Christian Hilgetag

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	06
2. Theoretischer Hintergrund	09
2.1. Epidemiologie Mammakarzinom	09
2.2. Psychosoziale Belastung bei einer Brustkrebserkrankung	10
2.3. Psychosoziale Unterstützung in der Rehabilitationsklinik	14
2.4. Psychoonkologische Nachsorgeangebote	14
2.4.1. Internetbasierte psychoonkologische Interventionen	18
2.4.2. Bedarf und Inanspruchnahme psychoonkologischer Nachsorgeangebote	22
2.4.3. Bedarf und Inanspruchnahme von Online-Interventionen	23
3. Zielsetzung und Fragestellung	24
3.1. Zielsetzung der Untersuchung	24
3.2. Setting	24
3.3. Forschungsfragen und erste Operationalisierungen	25
3.3.1. Erste Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja welcher Art?	25
3.3.2. Zweite Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung und wenn ja welcher Art?	26
3.3.3. Dritte Forschungsfrage: Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?	27
3.3.4. Vierte Forschungsfrage: Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet	27
4. Methoden	29
4.1. Untersuchungsdesign	29
4.2. Rekrutierung der Interventionsgruppe	30
4.3. Rekrutierung der Teilnehmerinnen (Teilstichprobe) für das Interview	30
4.4. Beschreibung der Teilstichprobe	32
4.5. Untersuchungsinstrument: Der Interviewleitfaden	34
4.6. Inhaltsanalytische Auswertungsstrategie	35
4.6.1. Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring (2010)	37
5. Ergebnisse	43
5.1. Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art?	43
5.1.1. Momentanes Befinden	43
5.1.2. Einstellung zur eigenen Erkrankung	45
5.1.3. Wunsch nach Unterstützung	46
5.1.4. Einstellung zur psychosozialen Nachsorge	47
5.1.5. Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge	48
5.1.6. Beurteilung der eigenen Betreuung und Versorgung	49
5.1.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Forschungsfrage	50
5.2. Zweite Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung und wenn ja, welcher Art?	51
5.2.1. Information über die eigene Erkrankung	51
5.2.2. Nach welchen Informationen wurde gesucht	52
5.2.3. Informationsdefizite während der Erkrankung	53
5.2.4. Zukünftiger Informationswunsch	54
5.2.5. Internetseiten	55
5.2.6. Zusammenfassung der Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage	58

5.3. Ergebnisse der dritten Forschungsfrage:	
Einstellung zur Chatintervention	59
5.3.1. Potentielle Chatteilnahme	59
5.3.2. Organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention	63
5.3.3. Technische Unterstützung	65
5.3.4. Patientenschulung	66
5.3.5. Nachteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)	68
5.3.6. Vorteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)	70
5.3.7. Optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge	71
5.3.8. Zusammenfassung der Ergebnisse der dritten Forschungsfrage	74
5.4. Ergebnisse der vierten Forschungsfrage: Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet	75
5.4.1. Nutzung des Internets	75
5.4.2. Zugang zum Internet zuhause	76
5.4.3. Zielsetzung, mit der das Internet genutzt wird	77
5.4.4. Bedeutung des Internets	78
5.4.5. Nachteile der Internetnutzung	79
5.4.6. Vorteile der Internetnutzung	81
5.4.7. Forumsdiskussion	83
5.4.8. Erfahrungen mit einem Chat	84
5.4.9. Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Forschungsfrage	86
5.5. Zusammenfassung der Ergebnisse	86
6. Diskussion	97
6.1. Güte der Untersuchungsergebnisse	97
6.1.1. Verfahrensdokumentation	97
6.1.2. Argumentative Interpretationsabsicherung	98
6.1.3. Regelgeleitetheit	98
6.1.4. Nähe zum Gegenstand	99
6.1.5. Kommunikative Validierung	100
6.1.6. Triangulation	100
6.2. Vergleich mit der Literatur	101
6.2.1. Einstellung zur psychosozialen Nachsorge	101
6.2.2. Bedarf an Informationen über die Erkrankung	103
6.2.3. Einstellung zur Chatintervention	104
6.2.4. Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet	107
6.3 Kritische Auseinandersetzung	109
6.4 Handlungsempfehlungen	111
6.5 Ausblick	115
7. Zusammenfassung	117
8. Literaturverzeichnis	119
9. Tabellenverzeichnis	129
10. Abbildungsverzeichnis	130

11. Anhang	131
11.1. Kodierleitfaden	131
11.1.1. Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge	131
11.1.2. Themenbereich 2: Informationsbedarf	143
11.1.3. Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention	154
11.1.4. Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets	171
11.2. Interviewleitfaden	186
11.3. Screeningfragebogen	188
11.4. Einwilligungserklärung Interview	189
11.5. Patienteninformation	190
12. Danksagung	192
13. Lebenslauf	193
14. Eidesstattliche Erklärung	195

1. Einleitung und Zielsetzung der Arbeit

Das Mammakarzinom ist die häufigste bösartige Krebsneuerkrankung bei Frauen. Die Inzidenz lag in Deutschland 2010 bei 70.340 Neuerkrankungen. Die 5-Jahres Prävalenz für das Jahr 2010 bei 307.800 Frauen (Kaatsch et al. 2013). Das bedeutet, dass im Jahre 2010, 307.800 Frauen mit Brustkrebs lebten, deren Diagnose in den letzten 5 Jahren zuvor gestellt wurde (Bertz et al. 2010).

Betrachtet man die altersspezifische Inzidenz von Brustkrebs in Deutschland, so zeigt sich, dass es bereits ab dem 30. Lebensjahr zu einem deutlichen Anstieg der Neuerkrankungen kommt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 65 Jahren (Kaatsch et al. 2012).

Das oftmals frühe Auftreten der Erkrankung stellt die betroffenen Frauen vor eine Reihe von psychischen aber auch sozialen Problemen. Viele der betroffenen Frauen sind verheiratet und haben Kinder in einem betreuungsbedürftigen Alter. Sie sind berufstätig und tragen einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Situation der Familie bei (Kaufmann et al. 2000).

Viele belastet zudem neben der Angst zu sterben auch die Befürchtung körperlich entstellt und sexuell unattraktiv zu werden (Cohen et al. 1998).

Härter et al. (2000) ermittelten Prävalenzraten (letzte 4 Wochen) für psychische Störungen von 24% in der Akutversorgung und von 34% in einer Rehabilitationsklinik. Befinden sich die betroffenen Patientinnen noch in stationärer Behandlung im Krankenhaus oder in der Rehabilitation übernimmt der behandelnde Arzt oft eine wichtige Screening- und Schnittstellenfunktion und führt den Patientinnen bei Bedarf einer adäquaten psychosozialen Betreuung zu (Kruse et al. 2003). Aber auch nach der Entlassung aus der stationären Versorgung besteht bei vielen betroffenen Frauen noch ein Unterstützungswunsch. Dies wirft daher die Frage nach einer adäquaten Nachsorge bei Rückkehr aus der Rehabilitation auf, da ein hoher Unterstützungsbedarf während sämtlicher Krankheitsphasen besteht und die Rehabilitationsmaßnahmen von den meisten Patientinnen als zu kurz gewertet werden (Kaufmann et al. 2000).

Unterstützung erhalten die betroffenen Frauen vor allem von Angehörigen und Freunden. Professionelle psychosoziale Hilfe wird nur in etwa der Hälfte der Fälle als nützlich beschrieben. Trotzdem wünschten sich, vor allem jüngere Frauen in

der Untersuchung von Kaufmann et al. (2000) mehr Angebote an professioneller und familiärer Unterstützung.

In der Untersuchung von Krischke et al. (1999) nannten die Patienten zudem Ängste und Gedanken, welche als zu belastend angesehen wurden, um sie der Familie zu offenbaren. Viele Frauen befürchteten außerdem, vom Partner nicht verstanden zu werden.

Lange Wartelisten und der Kostenfaktor für gesetzlich versicherte Patientinnen erschweren jedoch den Zugang zu psychoonkologischen Angeboten (Muriel et al. 2009). Weiterhin gelten nach Salzer et al. (2010) Immobilität und auch, die oftmals bei Brustkrebs auftretende Fatigue, ein Zustand erheblicher Schwäche und schneller Erschöpfbarkeit, als Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von psychosozialen Angeboten.

Patientinnen, die in ländlichen Gebieten wohnen, haben infrastrukturbedingt Schwierigkeiten, eine geeignete Nachsorge in der Umgebung zu finden. Hinzu kommt, dass nach wie vor für viele Patienten eine Hemmschwelle besteht, psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie zum Beispiel (z.B.) Stigmatisierung befürchten (Murphy und Mitchell 1998).

Internetbasierte Nachsorge kann hierbei eine Möglichkeit sein, den Zugang zu psychosozialer Nachsorge zu erleichtern. Das Institut und die Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat hierzu ein Projekt mit dem Namen „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“ ins Leben gerufen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gefördert. Patienten mit einer onkologischen Diagnose treffen sich einmal wöchentlich über zwölf Wochen virtuell und anonym in einem Chatroom. Ein „Chatroom“ ist ein virtueller Ort im Internet, der Teilnehmern die Möglichkeit bietet sich online zu unterhalten (Lackes et al. 2013). Unterstützt durch die Moderation eines Psychotherapeuten haben sie die Möglichkeit, sich über von ihm im Vorfeld festgelegte Themen, welche auf psychosoziale beziehungsweise (bzw.) psychoonkologische Aspekte ausgerichtet sind (siehe Projektbericht), auszutauschen.

Die vorliegende Arbeit soll den Bedarf und die Akzeptanz eines Chat-Nachsorge-Angebots bei Patientinnen mit Mammakarzinom aufzeigen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird, sofern nicht explizit zwischen den Geschlechtern unterschieden werden soll, auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Krebspatient/-patientin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt soll auf die Erkrankung Brustkrebs (Mammakarzinom), insbesondere auf die psychosozialen Belastungen sowie auf Möglichkeiten der psychosozialen Nachsorge näher eingegangen werden.

2.1. Epidemiologie Mammakarzinom

Weltweit ist das Mammakarzinom mit 1.67 Mio. neu diagnostizierten Erkrankungen in 2012 die häufigste Tumorart bei Frauen (Ferlay et al. 2013). Zudem waren 2012, 6.25 Mio. Frauen an Brustkrebs erkrankt, deren Diagnose in den letzten 5 Jahren zuvor gestellt wurde (Bray et al. 2013).

Auch in Deutschland ist Brustkrebs die häufigste Form der Krebserkrankungen bei Frauen. 70.340 Frauen erkrankten 2010 neu an einer malignen Neubildung in der Brust, mehr als 17.466 Frauen starben daran (Kaatsch et al. 2013). (Zu den Risikofaktoren siehe unten).

Das Lebenszeitrisko, also das Risiko, im Verlaufe des Lebens an einem Mammakarzinom zu erkranken, beträgt 9,2%, d.h. dass jede elfte Frau in Deutschland erkrankt (Schön et al. 2004).

Laut Kaatsch et al. (2013) betrug die 5-Jahres-Überlebensrate im Jahre 2010 86-88% und ist damit vergleichsweise hoch. Bei Darmkrebserkrankungen, den – bezogen auf die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) – zweithäufigsten Tumoren bei Frauen beträgt sie beispielsweise um die 65%.

2005 wurde das Mammographie-Screening in Deutschland eingeführt. Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden nun alle 2 Jahre vom Mammographie-Screening-Programm über das Einwohnermeldeamt eingeladen (Kaatsch et al. 2012).

Zunächst kam es nach der Einführung des Screenings zu einem deutlichen Anstieg der Inzidenz, wahrscheinlich bedingt durch die Diagnose von Tumoren, die klinisch noch nicht auffällig waren und nur durch die Mammographie vorzeitig entdeckt werden konnten. Seit 2009 ist die Inzidenz jedoch wieder leicht rückläufig (RKI, 2013).

Die Mortalität des Mammakarzinoms sinkt in Deutschland seit den 90er Jahren (Giersiepen et al. 2005). Dies ist wahrscheinlich auf die frühzeitigere Diagnosestellung und die besseren Therapiemöglichkeiten zurückzuführen.

Mittlerweile konnten einige Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs identifiziert werden. Zu den wichtigsten Risikofaktoren gehört das Alter, zwischen 50 und 70 Jahren ist die altersspezifische Inzidenz um ein fünffaches höher als zwischen 30 und 45 Jahren. Um den Faktor 3-4 erhöht sich das Risiko für Frauen, deren Verwandte ersten Grades (Mutter oder Schwester) an Brustkrebs erkrankt sind. Ein weiterer Risikofaktor ist ein Mammakarzinom in der Vorgeschichte. Das Risiko erneut an Brustkrebs zu erkranken ist um ein fünffaches erhöht (Kreienberg et al. 2006).

Des Weiteren gibt es Faktoren, die mit einem erhöhten Krankheitsrisiko assoziiert sind. Dazu zählen eine frühe Menarche und eine späte Menopause.

Die Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu erkranken steigt mit der Häufigkeit der zyklischen Veränderungen von Östrogenen und Gestagenen. Das heißt, je länger eine Frau ihre Regelblutung hat, desto höher ist das Brustkrebsrisiko.

Auch ein höheres Alter bei der Geburt des ersten Kindes spielt eine Rolle. Bei den Medikamenten sind progesteronhaltige Ovulationshemmer und vor allem aber eine Hormonersatztherapie mit Östrogenen und Gestagenen im Klimakterium als Risikofaktoren zu nennen. Alkohol, Nikotin und Übergewicht erhöhen ebenfalls das Risiko. Ausgetragene Schwangerschaften in jungen Jahren, mehrere Geburten und lange Stillzeiten sind dagegen mit einem geringeren Erkrankungsrisiko assoziiert. Auch körperliche Aktivität und Sport, gerade nach den Wechseljahren, gehen ebenfalls mit einem geringeren Brustkrebsrisiko einher (Kaatsch et al. 2013).

Ein erhöhtes Risiko besteht zudem für Trägerinnen und Träger des BRCA 1 und 2 Gens. Weitere Risikogene, wie RAD51C konnten identifiziert werden. Genträgerinnen erkranken bereits in einem jungen Alter zu 80-90% an einem Mammakarzinom (Meindl et al. 2011). Bei Männern ist diese Krebserkrankung weitaus seltener, das Verhältnis von an Brustkrebs erkrankten Männern zu Frauen beträgt 1:100. Zudem erkranken Männer im Median 10 Jahre später (Donegan et al. 1998).

2.2. Psychosoziale Belastungen bei einer Brustkrebserkrankung

Von jeher galt die weibliche Brust als Symbol für Weiblichkeit, Fruchtbarkeit und Mütterlichkeit. Auch heute im 20. Jahrhundert spielt die eigene Brust für viele Frauen eine wichtige Rolle. Sexuelle Attraktivität und Selbstbewusstsein werden

über den Busen definiert. Die Vorstellung, die Brust zu verlieren, gleicht dem Gedanken einen Teil der eigenen Identität zu verlieren (Heckl und Weis 2006).

Die Diagnose Mammakarzinom stellt die Patientinnen, ob brusterhaltend therapiert oder nicht, vor eine Reihe von psychosozialen Problemen.

Depressive Störungen und Angststörungen sind weit verbreitet unter Mammakarzinompatientinnen (Reich et al. 2008). In einer Kohortenstudie über fünf Jahre zeigten fast 50% der Brustkrebspatientinnen ein Jahr nach der Diagnose Symptome einer Depression oder einer Angststörung oder auch beides. 25 % im zweiten, dritten und vierten Jahr. 15% im fünften Jahr nach Diagnosestellung (Burgess et al. 2005). Die Ängste der Brustkrebspatientinnen kreisen, wie bei den meisten Tumorpatienten, vor allem um die Progredienz oder vor einem Rezidiv der Krebserkrankung (Dankert et al. 2003).

Aber auch die Befürchtung durch die Bestrahlung oder Chemotherapie könnte ein Zweittumor induziert werden ist eine häufig genannte Angst der betroffenen Frauen (Schain et al. 1994).

Erfahrungen mit medizinischen Geräten und Interventionen treten als Verstärker der Ängste auf. Dabei wird von den Frauen meist nicht die Operation sondern die Folgetherapien als das schlimmste Erlebnis im Behandlungsverlauf genannt. Chemo- und Radiotherapien sowie Hormonbehandlungen werden als äußerst belastend und die Lebensqualität erheblich einschränkend beschrieben (Schmid-Büchi et al. 2005).

Die depressive Symptomatik äußert sich durch Schlafstörungen, Anspannung und Unruhe sowie einen Verlust des Interesses an Dingen, die den Frauen vor der Erkrankung Freude bereitet haben (Heckl und Weis 2006).

Auch für die Partnerschaft kann die Brustkrebserkrankung weitreichende Folgen haben. Viele Patientinnen haben die Sorge, der Partner würde durch ihre Erkrankung zu sehr belastet. Das Selbstwertgefühl der betroffenen Frauen ist durch Operationsnarben oder auch Mastektomie häufig stark geschädigt. Die Scham sich dem Partner nackt zu zeigen, aber auch der Libidoverlust zum Beispiel infolge adjuvanter Hormontherapien beeinträchtigen das Sexualleben enorm. Dabei bleibt jedoch das Bedürfnis nach Zuneigung und Zärtlichkeit bestehen (Meyerowitz et al. 1999, Zettl 2003).

Es sollte allerdings auch erwähnt werden, dass ein nicht kleiner Teil der Frauen angibt, die Partnerschaft sei durch die Erkrankung intensiviert worden (Kaufmann und Ernst 2000).

Da jede zehnte Frau bei Diagnosestellung jünger als 45 Jahre alt ist (Kaatsch et al. 2012), spielen oftmals auch Kinder und deren Erleben der Krebserkrankung eine wichtige Rolle. Die Frauen haben Angst, sich nicht mehr ausreichend um ihre Familie kümmern zu können (Kaufmann und Ernst 2000). Nicht selten treten auch bei den Kindern Belastungsreaktionen auf.

Hinzu kommt die durch die Erkrankung bedingte Arbeitsunfähigkeit, die eine Familie auch in finanzielle Schwierigkeiten bringen kann.

Körperliche Folgen der Krebserkrankung und der Therapie, z.B. Lymphödeme nach Axilladisektion, Haarausfall, Übelkeit oder Fatiguesymptomatik nach Chemo- oder Radiotherapie sowie vorzeitiger Eintritt in die Menopause sind Langzeitfolgen, die Patientinnen auch noch Jahre nach der Behandlung begleiten und zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen können (Heckl und Weis 2006).

Wie belastend die Brustkrebserkrankung ist, ist jedoch bei jeder Brustkrebspatientin individuell unterschiedlich. Der Grad der Belastung hängt von der jeweils gewählten Bewältigungsstrategie der Patientin ab. Diese werden laut Kusch et al. (2013) in günstige und ungünstige Strategien eingeteilt. Zu den ungünstigen Strategien zählen Vermeidung, Rumination und Suppression. Sie gehen mit einem hohen Grad an emotionaler und psychischer Belastung einher und führen zu psychosozialen Störungen und Funktionseinschränkungen. Dagegen gelten Bewältigungsstrategien, wie kognitive Neubewertung, Problemlösen und Akzeptanz als günstige Strategien (Barnow et al. 2013). Sie ermöglichen Patienten, die an einer Krebserkrankung leiden, eine emotionale, psychische und soziale Anpassung an die neue Lebenssituation (Kusch et al. 2013).

Im Folgenden soll auf die genannten Strategien weiter eingegangen werden.

Der Begriff „Vermeidung“ bedeutet, dass die Patienten versuchen negativen Gedanken und Emotionen aber auch Personen und Situationen auszuweichen, diese zu minimieren oder ganz zu verleugnen (Holahan et al. 2005). „Suppression“ beschreibt den Versuch negative Gefühle und Gedanken vollständig zu unterdrücken (Wegner und Erskine 2003). Im Gegensatz dazu, führt „Rumination“

dazu, dass ein nicht zu unterdrückender Denkvorgang über die eigenen negativen Gefühle, über Situationen und Ereignisse sich permanent wiederholt (Papageorgiou und Wells 2004). Diese ungünstigen Bewältigungsstrategien erhöhen den Leidensdruck der Patienten. Sie schüren Ängste und Depressionen. Krankheitssymptome und körperliche Nebenwirkungen treten bei den Betroffenen vermehrt auf. Vermeidung, Suppression und Rumination verhindern, dass die Patienten positive Erfahrungen machen. Sie lassen keine Neubewertung der Situation zu und verhindern auch, dass die Patienten über ihre Gefühle sprechen und von diesem Austausch profitieren können (Kusch et al. 2013).

Zu den günstigen Strategien, gehören unter anderen die kognitive Neubewertung, das problemlösende Verhalten und die Akzeptanz. Die kognitive Neubewertung ermöglicht es den Patienten die gegenwärtige Situation so umzudenken, dass sie mit einer neuen emotionalen Bedeutung versehen wird (Abler und Kessler 2009). Auch ein problemlösendes Verhalten der Patienten wird als günstig angesehen. Die Patienten setzen sich bewusst mit ihrer Situation auseinander und versuchen diese selbst zu verändern oder zumindest die Kontrolle wiederzuerlangen (Aldao und Nolen-Hoeksema 2010). Dazu gehört auch die Akzeptanz der eigenen Erkrankung (Garnefski und Kraaij 2007).

Wählt der Patient also eine günstige Bewältigungsstrategie kann es sein, dass trotz des „Stressors“ Krebserkrankung keine Stressreaktion entsteht, wählt er dagegen eine ungünstige Strategie ist eine Stressreaktion wahrscheinlich. So kann es sein, dass Patienten mit gleicher Diagnose unterschiedlich psychosozial belastet sind (Kusch et al. 2013).

Die Verbindung zwischen „Stressor“ und Stressreaktion beschreibt Richard Lazarus (1991) in seinem Transaktionalen Stressbewältigungsmodell. Dieses Modell ist das am weitesten verbreitete Modell in der Psychoonkologie (Holland und Weiss 2010).

Transaktional bedeutet dabei, dass zwischen den Stressor und die Stressreaktion ein Bewertungsprozess geschaltet ist (Kusch et al. 2013).

Richard Lazarus ging davon aus, dass die subjektive Bewertung der Situation durch den Betroffenen als Überforderung für die Stressreaktion verantwortlich ist. In seinem Modell beschrieb Lazarus, dass der Betroffene die Situation einschätzt, interpretiert und entscheidet ob er mit seinen verfügbaren Ressourcen die Situation bewältigen kann. Ist dies für den Betroffenen möglich, entsteht ein

adäquates Coping (Stressbewältigung). Ist dies nicht möglich entsteht eine Stressreaktion (Lazarus 1991).

2.3. Psychosoziale Unterstützung in der Rehabilitationsklinik

Neben der medizinischen Funktionsdiagnostik und der Wiederherstellung der durch die Krebserkrankung entstandenen körperlichen Defizite steht vor allem auch die Wiedererlangung eines seelischen Gleichgewichts in der Rehabilitationsklinik im Vordergrund.

Die Rehabilitanden sollen Kompensationsmöglichkeiten und Adaptionsstrategien erlernen, die eine Wiedereingliederung in Beruf und Alltag ermöglichen (Deutsche Rentenversicherung 2010).

Laut Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung (2010) sollten während des Aufenthaltes in der Reha-Klinik mindestens 180 Min. psychologische Beratung und Therapie stattfinden. Welche Form der psychosozialen Unterstützung angewandt wird, richtet sich nach dem Bedarf des jeweiligen Patienten und wird im Aufnahmegespräch individuell geplant.

In der Reha-Klinik, in der die Rekrutierung der Patientinnen für die vorliegende Arbeit stattfand, werden neben psychoonkologischen Gesprächskreisen auch Gesprächsgruppen zu speziellen Themen angeboten.

2.4. Psychoonkologische Nachsorgeangebote

An Krebs erkrankte Menschen sehen sich mit einer Vielzahl von psychosozialen Belastungen konfrontiert. Die Betroffenen und auch ihre Angehörigen müssen lernen, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Daher hat sich die Psychoonkologie als Fachrichtung etabliert und es sich zum Ziel gemacht, psychosoziale Aspekte einer Krebserkrankung wissenschaftlich zu erforschen und diese Erkenntnisse in die Behandlung der Patienten zu integrieren (Heckl und Weis 2006).

In den Leitlinien zur Behandlung des Mammakarzinoms der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG, S.226) heißt es zudem: „Psychoonkologische Behandlungsmaßnahmen sollten in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie integriert werden. Alle Patientinnen sollten von ärztlicher Seite frühzeitig über Möglichkeiten psychoonkologischer Hilfestellungen informiert werden“.

Die Psychoonkologie ist Bestandteil der stationären und ambulanten Versorgung, der stationären Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge (Weis et al. 2012). Im Folgenden soll sich vor allem auf die Nachsorgesituation konzentriert werden. Zahlreiche psychoonkologische Versorgungskonzepte und Interventionen haben sich in den letzten Jahren etabliert:

1. *Basisversorgung durch behandelnde Onkologen und Hausärzte*
2. *Begleitende psychosoziale Interventionen*
3. *Einzel- und gruppentherapeutische Angebote*

1. Basisversorgung durch behandelnde Onkologen und Hausärzte

Neben der Informationsvermittlung liegt es ebenso in der Verantwortung des behandelnden Arztes, psychosoziale Probleme oder ungünstige Copingstrategien bei seiner Patientin zu erkennen und diese zu thematisieren sowie bei Bedarf an einen Therapeuten zu überweisen (Kruse et al. 2003).

2. Begleitende psychosoziale Interventionen

Hierzu gehört eine Reihe verschiedener Interventionen, die als niederschwellige Angebote von einer breiten Gruppe von Patientinnen genutzt werden können:

a. Edukative Interventionen/ Informationsvermittlung

Dabei handelt es sich z.B. um Patientenseminare mit Vorträgen und der Möglichkeit Fragen zu stellen. Oft beinhalten diese Seminare zudem Klinikrundgänge mit Besichtigung der Behandlungsplätze.

Ziel dieser Angebote ist es, die Patientinnen über ihre Erkrankung, die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen und Therapiemöglichkeiten aufzuklären. Die Patientinnen erleben durch diese Informationsvermittlung ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit. Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit sollen durch den Wissensstand reduziert, die Compliance der Patientinnen gestärkt werden (Kruse et al. 2003, Gaisser 2010). McQuellon et al. (1998) postulieren sogar, dass diese positiven Effekte auch eintreten, wenn Informationen mit bedrohlichen Inhalten auftauchen.

b. Entspannungstraining und imaginative Verfahren

Zu den wissenschaftlich evaluierten Entspannungsverfahren zählen die Progressive Muskelentspannung nach Edmund Jacobsen und das Autogene Training. Mit der progressiven Muskelentspannung kann durch bewusste An- und Entspannung einzelner Muskelgruppen tiefe Entspannung des gesamten Körpers erreicht werden. Beim autogenen Training wird die Entspannung durch Konzentration auf den eigenen Körper erreicht (Jacobsen 1990 und Schultz 1932). Unter der Imagination wird die „psychologische Fähigkeit verstanden, sich nicht gegenwärtige Situationen, Vorgänge, Gegenstände und Personen mittels visueller Vorstellung als Bilder im Geiste zu entwickeln oder sich an solche zu erinnern und diese mit dem inneren geistigen Auge anschaulich wahrzunehmen“ (Arnold et al. 1996, S. 963).

Das Verfahren der Imagination in Kombination mit den Entspannungstechniken hilft den Patientinnen, Stresssituationen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung und deren Behandlung stehen, besser zu bewältigen (Spiegel und Moore 1997).

c. Psychotherapeutische Einzelinterventionen

Die Einzeltherapie wird individuell nach den Bedürfnissen der Patientin ausgerichtet und versucht, Strategien für die Krankheitsverarbeitung und den Umgang mit den Folgen der Erkrankung sowie Lösungen für Konflikte im persönlichen und sozialen Bereich zu vermitteln. Sie erstreckt sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten (Heckl und Weis 2006).

Die Intervention kann dabei tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sein.

d. Psychotherapeutische Gruppenintervention

Gruppeninterventionen, die psychosozialen Support leisten, können entweder von einem Therapeuten oder von einem ebenfalls Betroffenen geleitet werden. Sie haben entweder supportiv-expressiven oder psychoedukativen bzw. informationsbasierten Charakter.

Gruppen mit einem supportiv-expressiven Ansatz zielen darauf ab, dass die Betroffenen ihre Gedanken und Gefühle äußern und von den anderen Teilnehmerinnen emotionale Unterstützung erfahren. Günstige Coping-Strategien sollen innerhalb der Gruppe entwickelt werden (Spiegel et al. 1999).

Im Gegensatz dazu möchten Gruppen mit psychoedukativen bzw. informationsbasierten Ansatz den Teilnehmerinnen vor allem Informationen an die Hand und die Möglichkeit geben ein geeignetes Stressmanagement zu erlernen (Fawzy und Fawzy 2000).

Die Besonderheit einer Gruppentherapie liegt darin, dass das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe und die Möglichkeit, anderen Betroffenen mit seinen eigenen Erfahrungen helfen zu können, Symptome wie Angst und Depression reduzieren kann (Pinquart et al. 2009, Vickberg et al. 2000). Als besondere Formen der Gruppeninterventionen können die Mal-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapien, das therapeutische Plastizieren und Bibliothherapien genannt werden. Diese Verfahren können aufgrund ihres nonverbalen Charakters den Zugang zu weiteren psychotherapeutischen Angeboten bahnen, vor allem dann, wenn die emotionale Erschütterung bei den Patientinnen noch sehr stark vorherrscht (Heckl und Weis 2006).

Ein weiterer Punkt ist, dass Patientinnen, bei denen eine Chemo- oder Radiotherapie durchgeführt wurde, häufig über Verschlechterungen der Konzentrationsfähigkeit und der Gedächtnisleistung klagen.

Psychologische Interventionen, die ebenfalls in Gruppen durchgeführt werden, z.B. mittels Meditation oder kognitiv behavioralen Verfahren, können in so einem Fall helfen, die Gedächtnisleistung wieder zu verbessern (Biegler et al. 2009, Ferguson et al. 2012).

2.4.1. Internetbasierte psychosoziale Interventionen

Die (Literatur)Recherche ergab, dass im Internet eine Vielzahl psychosozialer Angebote zu finden sind. Diese lassen sich grob einteilen in:

1. Informationsseiten
2. Online-Selbsthilfegruppen
3. Internet-Interventionen innerhalb von randomisierten Studien

Zu 1. Und 2. Informationsseiten/Online-Selbsthilfegruppen

Die Mehrheit bilden die Informationsseiten und die Online-Selbsthilfegruppen (Leykin et al. 2011).

Im Juni 2012 konnte man unter den Yahoo!Groups 111.284 Selbsthilfegruppen finden (www.yahoo.de). Diese Gruppen werden meist von Betroffenen für Betroffene eingerichtet und können den an Krebs erkrankten Menschen das Gefühl geben Unterstützung und Verständnis zu erfahren, aber sie können keine evidenz-basierten Therapien durchführen (Lieberman et al. 2005). Jedoch brauchen Patienten mit Depressionen und Angststörungen vor allem auch verhaltenstherapeutische Interventionen um ihre Symptome bewältigen zu können. Psychodynamische Kurzzeittherapien sind ebenfalls wirksam, möglicherweise aber nicht im gleichen Ausmaß wie die Verhaltenstherapie (Doering 2011).

Ähnliche Fertigkeiten, wie sie in der Verhaltenstherapie erlernt werden, können aber durchaus auch online vermittelt werden (Clarke et al. 2005, Owen et al. 2005).

3. Internet-Interventionen im Rahmen von randomisierten Studien

Diese psychosozialen Internetangebote wurden im Rahmen von klinischen Studien entwickelt. Die Rekrutierung der Patienten erfolgt in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Krebsberatungsstellen und über Krebsgesellschaften. Die Teilnehmer werden nach bestimmten festgelegten Kriterien ausgewählt z.B. ist es wichtig, dass die Teilnehmer, die in der Web-Anwendung genutzte Sprache fließend in Wort und Schrift beherrschen.

Im Unterschied zu den Online-Selbsthilfegruppen sind diese Web-Sites meist nicht frei zugänglich sondern passwortgeschützt und der Zugang zur Intervention erfolgt über eine sichere Verbindung (vergleiche (vgl.) dazu Hoybye et al. 2010 und Owen et al. 2005).

In folgenden Studien wurden bereits Internet-Interventionen untersucht:

a.) Gustafson et al. 2001: Angeboten wurde ein internetbasiertes Programm mit dem Namen CHESS (comprehensive Health Enhancement Support System) für Patientinnen mit Brustkrebs. Das Programm sollte neben der Information, auch bei Entscheidungsfindungen helfen und die Patientinnen emotional unterstützen.

Es gibt keine professionelle Leitung oder Moderation der Web-Side. Untersucht wurde die Lebensqualität, das Unterstützungsgefühl und die Bereitschaft an weiteren medizinischen Untersuchungen teilzunehmen.

b.) Owen et al. 2005: In dieser Studie sollte herausgefunden werden, ob eine von den Teilnehmerinnen selbst geführte Onlineintervention die gleichen positiven Effekte hat, wie eine professionell geleitete Gruppentherapie oder Onlineintervention.

Die Teilnehmerinnen waren Frauen mit früh diagnostiziertem Brustkrebs, die alle in einer Klinik in den USA behandelt wurden.

Das Angebot umfasste unter anderem eine Diskussionsplattform, ein Training um Fähigkeiten zu erlangen mit der Erkrankung besser umgehen zu können und ein medizinisches Wörterbuch.

c.) Winzelberg et al. 2003: Untersucht wurde eine Online-Selbsthilfegruppe mit dem Namen „Bosom Buddies“, die von einem Therapeuten geleitet und moderiert wurde.

In einem Diskussionsforum wurden wöchentliche Themen diskutiert. Winzelberg et al. (2003) wollten herausfinden, ob Brustkrebspatientinnen die an der Intervention

teilnahmen Vorteile hatten, bezüglich der Verarbeitung der Erkrankung, gegenüber denen die nicht teilnahmen (Kontrollgruppe).

d.) Hoybye et al. 2010: Diese Studie untersuchte den Effekt von einer Online-Selbsthilfegruppe auf Krebspatienten. Die Onlineintervention bot einen „Chatroom“, ein Diskussionsforum und ein „Messagingsystem“ (die Möglichkeit, dass sich zwei Personen online schreiben, ohne dass das von anderen Personen gelesen werden kann, im Gegensatz zum „Chatroom“). Es wurde keine professionelle therapeutische Leitung angeboten.

e.) Lepore et al. 2011: In dieser Studie wurden zwei Online-Interventionen für Brustkrebspatientinnen miteinander verglichen. Die eine Intervention beinhaltet einen wöchentlichen „Live-Chat“, der von einem Therapeuten moderiert wird. Die andere Intervention wird ebenfalls von einem Therapeuten geleitet, dieser legt den Fokus jedoch darauf, die Teilnehmerinnen zu ermutigen sich gegenseitig durch ihre Erfahrungen zu unterstützen.

Übersicht internetbasierter Angebotsformen in der Psychoonkologie:

- Diskussionsforum (Gustafson et al. 2001, Winzelberg et al. 2003, Owen et al. 2005, Hoybye et al. 2010)
- Verschiedene Informationsangebote (Gustafson et al. 2001, Owen et al. 2005)
- Entscheidungshilfen (Gustafson et al. 2001)
- Übungen zum Erlernen von Coping-Strategien (Owen et al. 2005)
- Persönliche Berichte von Teilnehmern (Gustafson et al. 2001, Winzelberg et al. 2003, Owen et al. 2005)
- Live-Chat, Email und Messaging-System (Hoybye et al. 2010, Lepore et al. 2011)

Diese Web-Anwendungen werden von approbierten Therapeuten geleitet, die über hinreichende Computer- und Internetkenntnisse verfügen oder bleiben ohne Moderation. Denkbar wären auch eine nicht-professionelle Moderation, z.B. durch ehemals an Krebs erkrankte Gruppenleiter. Jedoch ist ein spezielles Training notwendig, damit auch schwierige Gruppensituationen kontrolliert werden können (Price et al. 2006). Die Gespräche im Chatroom können strukturiert ablaufen, z.B. durch vorherige Festlegung des Themas oder unstrukturiert und sich dabei nach den aktuellen Themenwünschen der Teilnehmer richten.

Aufgabe des Moderators ist es, die Diskussion zu unterstützen, einen für die Teilnehmer bedrohlichen Verlauf abzuwenden und bei technischen Problemen zu helfen (Hoybye et al. 2010).

2.4.2. Bedarf und Inanspruchnahme psychoonkologischer Nachsorgeangebote

Das Angebot psychoonkologischer Angebote ist reichhaltig vorhanden. Nun stellt sich allerdings die Frage, ob diese auch von den Patientinnen angenommen werden.

Von Experten erhobene Prävalenzraten für psychische Störungen bei Krebspatienten von 24% in der Akutversorgung und 34% in der Rehabilitation (Härter et al. 2000) zeigen immer wieder, dass der Bedarf der Patienten nach einer adäquaten psychoonkologischen Versorgung auf jeden Fall vorhanden ist. Bei den an Brustkrebs erkrankten Frauen leiden Schätzungen zufolge 20-40% der Patientinnen im Verlauf ihrer Behandlung an einer therapiebedürftiger Angst- und Depressionssymptomatik (Sellick und Crooks 1999). Ein Jahr nach dem chirurgischen Eingriff geben zudem 26% der Brustkrebspatientinnen an, weiterhin an Ängsten und 9% an einer Depressionssymptomatik zu leiden (Erim et al. 2011, Schou et al. 2004). Gerade diese Patientinnen profitieren dann von einer niederschweligen, zeitlich limitierten Intervention. Die psychosoziale Unterstützung steigert die Lebensqualität, reduziert psychische Belastungen und hilft, die Patientinnen wieder sozial zu integrieren (Kruse et al. 2003).

Eine Untersuchung an 132 onkologischen Patienten (hauptsächlich Brustkrebspatientinnen) zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Hilfe ergab, dass 28% Unterstützung in Anspruch genommen hatten (Plass und Koch 2001).

Ein Vergleich von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen psychoonkologischer Interventionen zeigt, dass die Teilnehmerinnen meistens jünger sind und einen höheren sozioökonomischen Status besitzen. Außerdem sind sie ängstlicher, depressiver und insgesamt psychisch belasteter als Nichtteilnehmerinnen (Rehse et al. 2008).

2.4.3. Bedarf und Inanspruchnahme von Online-Interventionen

Viele Brustkrebspatientinnen die sich auf Grund ihrer hohen psychischen Belastung Unterstützung wünschen, haben Schwierigkeiten, die für sie passende Intervention in Anspruch zu nehmen.

Ländliche Gebiete sind oft unterversorgt. Berufstätige Patientinnen und Patientinnen, die Kinder betreuen haben Probleme Termine wahrzunehmen. Bei älteren Frauen kommen häufig Mobilitätseinschränkungen hinzu (Rochlen et al. 2004 und Salzer et al. 2010).

Aber auch die Folgen der Brustkrebserkrankung wie Fatigue und depressive Verstimmungen lassen die Patientinnen manchmal wenig Energie für außerhäusliche Unternehmungen haben (Salzer et al. 2010).

Ein nicht unerheblicher Punkt ist zudem die Scham, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (Murphy und Mitchell 1998).

Das Internet bietet hier die Möglichkeit, den Patientinnen schnelle, niederschwellige und kostenreduzierte Hilfe in ihrer häuslichen Umgebung zukommen zu lassen.

Das Internet ist zudem mittlerweile ein beliebtes Medium für Patienten geworden. Wenn Krebspatienten mit schwierigen Entscheidungen, neuen körperlichen Symptomen und psychischer Belastung konfrontiert werden, suchen viele Informationen und Unterstützung online (Stanton 2006, Helft 2008).

Auch bei den Online-Interventionen für Brustkrebserkrankte sind die Teilnehmerinnen jünger und haben gemessen am Haushaltseinkommen und Beruf einen höheren sozioökonomischen Status im Vergleich zu den Nichtteilnehmerinnen. Sie sind verheiratet oder leben mit einem Partner zusammen und sind berufstätig (Hoybye et al. 2010).

Jedoch zeigt sich bei Ihnen kein Unterschied in der Lebensqualität oder der psychischen Belastung (Hoybye et al. 2010, Shaw et al. 2006). Oft werden von den Nichtteilnehmerinnen jedoch passive Coping-Strategien wie z.B. kognitive Vermeidung genutzt (Hoybye et al. 2010, Cameron et al. 2005).

3. Zielsetzung und Fragestellung

3.1. Zielsetzung der Untersuchung

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, mithilfe von qualitativen Interviews und einem eigens für die Untersuchung entwickelten Interviewleitfaden Hinweise bezüglich des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung und der Akzeptanz einer internetbasierten Nachsorge in Form von Chatgruppen bei Brustkrebspatientinnen zum Zeitpunkt der Rehabilitation und im Anschluss derer abzuleiten.

Es sollen patientenseitige Faktoren ermittelt werden, die die Akzeptanz fördern bzw. sie einschränken.

Konkret sollen sowohl hemmende Bedingungen identifiziert werden, die dazu beitragen könnten, dass Brustkrebspatientinnen nicht an einem Chat-Nachsorge-Angebot teilnehmen möchten als auch fördernde Faktoren, die dazu führen könnten, dass eine internetbasierte Nachsorge von potenziell bedürftigen Patientinnen in höherem Maße in Anspruch genommen wird.

Um die Akzeptanz dieser Interventionsform zu untersuchen, wurden der Bedarf an psychosozialer Unterstützung und der Bedarf an Informationen über die Erkrankung genauso in die Bewertung mit einbezogen wie die Einstellung der Patientinnen zur Chatintervention und ihre Erfahrungen mit dem Internet.

Mittelfristiges Ziel ist es, aus den gewonnen Antworten Handlungsempfehlungen abzuleiten, um das Angebot einer Chat-Nachsorge weiter optimieren zu können.

Diese Form der psychoonkologischen Nachsorge ist ein relativ neues Forschungsgebiet.

Die vorliegende Arbeit versucht sich der oben dargelegten Fragestellung explorativ zu nähern. Die Ergebnisse können als Grundlage für weitere Folgestudien benutzt werden.

3.2. Setting

Die qualitative Datenerhebung in Form von Telefoninterviews erfolgte im Rahmen des Forschungsprojekts „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: „Feasibility und Effektivität eines E-Mental-Health-Moduls“ des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit fand von Oktober 2010 bis März 2011 statt.

Gefördert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und von der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

Das „E-Mental-Health-Modul“ waren in diesem Fall psychotherapeutisch geführte Chatgruppen. Die Chatgruppen setzten sich aus Patientinnen zusammen, die an einem Mammakarzinom erkrankt waren. Des Weiteren wurden Chatgruppen für Patienten mit Prostatakrebs und mit gastrointestinalen Tumoren angeboten.

Die Chatgruppen für die Brustkrebspatientinnen wurden von onkologisch erfahrenen approbierten Psychotherapeutinnen geleitet. Sie bestanden maximal aus 12 Teilnehmerinnen und fanden über einen Zeitraum von zwölf Wochen, einmal wöchentlich für 60-90 Minuten statt.

Die qualitative Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung erfolgte im Anschluss an die Informationsveranstaltung zur E-Nachsorge, mittels eines im Rahmen der Doktorarbeit entwickelten Telefoninterviewleitfadens (siehe Anhang 11.2).

3.3. Forschungsfragen und erste Operationalisierungen

Um den Bedarf und die Akzeptanz eines psychotherapeutischen Chats beurteilen zu können, wurden vier Forschungsfragen aus dem aktuellen Stand der Forschung abgeleitet. Dieses wird in den entsprechenden Unterkapiteln näher dargestellt.

Zu jeder Forschungsfrage wird kurz beschrieben wie diese mithilfe des Interviewleitfadens operationalisiert wurde.

Die Auswertung der Fragen erfolgte qualitativ, angelehnt an Auswertungsstrategien nach Mayring (2010). (Siehe Abschnitt 4.6).

3.3.1. Erste Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art.

Mit der ersten Forschungsfrage soll herausgefunden werden, ob im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt der Bedarf an psychosozialer Unterstützung besteht und wenn ja, welche Art der Unterstützung von den Patientinnen gewünscht wird. Eine onkologische Rehabilitation findet in den meisten Fällen im Anschluss an die Akutversorgung statt und dauert in der Regel drei Wochen. Sie kann als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder als allgemeines Heilverfahren (AHV) eingeleitet werden. Die AHB schließt sich maximal 14 Tage nach der Akutversorgung im Krankenhaus an, während die Patienten bei einem AHV schon

längere Zeit nach Hause zurückgekehrt sind. Die AHV wird aus dem ambulanten Sektor heraus beantragt (Gülich und Jäckel 2007).

Operationalisiert wird der Bedarf zum einen entsprechend der aktuellen psychischen Verfassung der Patientinnen und zum anderen entsprechend ihrer allgemeinen Einstellung gegenüber psychosozialen Interventionen.

Folgende Fragen wurden den Patientinnen gestellt:

- Wie geht es Ihnen momentan?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?
- Würden Sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse wünschen? Und wenn ja, von wem?
- Mich würde Ihre Einstellung zur psychosozialen Nachsorge allgemein interessieren.
- Würden Sie sich Hilfe bei der Organisation einer psychosozialen Nachsorge nach der Rehabilitationsphase wünschen und haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen Nachsorge?
- Gibt es etwas, dass Sie bei Ihrer Behandlung/Versorgung bisher vermisst haben?

3.3.2. Zweite Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung und wenn ja welcher Art.

Die zweite Forschungsfrage befasst sich mit dem Bedarf der Patientinnen nach Information über Ihre eigene Erkrankung und vor allem mit der Wahl des Mediums mit dem die gewünschten Informationen gesucht wurden.

Der Informationsbedarf und die Art der gesuchten Information wurden anhand der Antworten auf folgende Fragen operationalisiert:

- Haben Sie sich über Ihre Brustkrebserkrankung informiert und wenn ja, wo?
- Nach welchen Informationen haben Sie dabei in erster Linie gesucht?
- Gibt es Bereiche, in denen Sie sich mehr Informationen gewünscht hätten und wenn ja, welche sind das?
- Wollen Sie sich auch in Zukunft über Ihre Erkrankung informieren?
- Gab es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und würden Sie diese auch anderen betroffenen Frauen weiterempfehlen?

3.3.3. Dritte Forschungsfrage: Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?

Die dritte Forschungsfrage untersucht die Einstellung der Patientinnen zur internetbasierten psychosozialen Nachsorge in Form von Chatgruppen (E-Nachsorge). Während ihres Reha-Aufenthalts haben die Patientinnen an einer Informationsveranstaltung zur E-Nachsorge teilgenommen und konnten den Chat auch ausprobieren.

Operationalisiert wird die Einstellung zur Chatintervention anhand der Höhe der potentiellen Chatteilnahme und den Erwartungen der Patientinnen bezüglich einer internetbasierten Nachsorge in Form von Chatgruppen.

Folgende Fragen wurden den Patientinnen gestellt:

- Möchten Sie an der Chatintervention teilnehmen und welche persönlichen Gründe haben für bzw. gegen eine Teilnahme gesprochen?
- Haben Sie organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention?
- Würden Sie sich technische Unterstützung wünschen?
- Wie bewerten Sie die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik?
- Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?
- Sehen Sie auch positive Aspekte einer solchen therapeutischen Chatgruppe?
- Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

3.3.4. Vierte Forschungsfrage: Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

Die vierte Forschungsfrage untersucht die Erfahrungen der Patientinnen mit dem Computer und mit dem Internet.

Operationalisiert wurde die Erfahrung mit dem Internet durch den Gebrauch und die Bewertung des Internets durch die Patientinnen.

Folgende Fragen wurden den Patientinnen gestellt:

- Benutzen Sie das Internet und wenn ja, wie häufig?
- Haben sie zuhause Zugang zu einem Computer mit einer Internetverbindung?
- Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet
- Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?

- Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie?
- Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?
- Sagt Ihnen der Begriff „Forumsdiskussion“ etwas?
- Haben Sie schon einmal selbst an einem Chat teilgenommen?

Tabelle 1: Zusammenfassung Operationalisierung der vier Forschungsfragen

Zusammenfassung	
Forschungsfrage	Operationalisiert durch
1. Bedarf Psychosoziale Unterstützung	• Momentanes Befinden • Emotionaler Zustand bei Krankheitsreflexion • Wunsch nach Unterstützung • Einstellung zur psychosoz. Nachsorge • Hilfe bei der Organisation • Negative Erlebnisse während der Erkrankung
2. Bedarf Informationen	• Informationsbedarf über eigene Erkrankung • Art der Informationen • Wunsch nach mehr Informationen • Informationssuche auch in Zukunft • Weiterempfehlung von Internetseiten

Tabelle 1: Zusammenfassung Operationalisierung der vier Forschungsfragen
Fortsetzung

3. Einstellung zur Chatintervention	• Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme • Organisatorische oder technische Bedenken • Wunsch nach technischer Unterstützung • Bewertung Patientenschulung • Nachteile internetbasierte Nachsorge • Vorteile internetbasierte Nachsorge • Optimale internetbasierte Nachsorge
4. Erfahrungen mit dem Internet	• Nutzung des Internets • Internetzugang zuhause • Art der Nutzung • Bedeutung des Internets • Gefahren der Internetnutzung • Vorteile der Internetnutzung • Forumdiskussion bekannt • Chaterfahrung

4. Methoden

4.1. Untersuchungsdesign

Die Interviews wurden zwei bis drei Wochen nach Rekrutierung der Patienten in einer Rehabilitationsklinik in Norddeutschland in einem geschlossenen Büroraum im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf telefonisch durchgeführt. Einige Befragungen erfolgten auch direkt im Anschluss an die Informationsveranstaltung in der Rehabilitationsklinik im geschlossenen Zimmer der jeweiligen Patientin.

Die Interviews fanden im Zeitraum Dezember 2010 bis Februar 2011 statt und dauerten durchschnittlich 30 Minuten. Die Befragten waren Frauen mit einer Brustkrebserkrankung.

Die Analyse der Interviews folgte der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse, angelehnt an das Modell der skalierenden Strukturierung nach Mayring (2010).

4.2. Rekrutierung der Interventionsgruppe

Die Interventionsgruppe waren Patienten mit Mamma-, Prostata- und gastrointestinalen Karzinomen sowie ein kleiner Teil mit einer anderen Tumorerkrankung als die genannten, die im Rahmen einer Anschluss-Heil-Behandlung (AHB) oder einem allgemeinen Heilverfahren (AHV) für durchschnittlich 3 Wochen in zwei Rehabilitationskliniken in Deutschland behandelt wurden (siehe Abschnitt 3.3.1.).

Die Teilstichprobe der vorliegenden Arbeit umfasst nur die Patientinnen, die an einem Mammakarzinom erkrankt waren.

Während ihres Aufenthaltes wurden die Patienten in Form von Aushängen und Flyern über die Informationsveranstaltung zur E-Nachsorge informiert.

Im Rahmen der Informationsveranstaltung wurden sie darüber aufgeklärt, dass es sich bei der E-Nachsorge um eine Studie handelt, die die beiden Rehabilitationskliniken in Zusammenarbeit mit dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchführen. Zudem gab es Informationen zum Ablauf des 60minütigen Chats, zur Anzahl der Teilnehmer, zur Anonymität und zur technischen Handhabung. Nach dem theoretischen Teil der Informationsveranstaltung gab es dann die Möglichkeit, den Chat im Vorfeld an eigens für die Veranstaltung aufgebauten Computern auszuprobieren.

4.3. Rekrutierung der Teilnehmerinnen (Teilstichprobe) für das Interview

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmerinnen erfolgte am Tag der Informationsveranstaltung. Im Anschluss an den Vortrag zur E-Nachsorge wurden alle Patientinnen, die sich auf Grund eines Mammakarzinoms in der Rehabilitation befanden, gefragt, ob sie an einem Interview bezüglich ihrer potentiellen Chatteilnahme bzw. Nichtteilnahme teilnehmen würden.

Es wurde darauf hingewiesen, dass alle persönlichen Daten der Patientinnen anonymisiert werden (ein Rückschluss von den Interviews auf personenbezogene Daten war im Nachhinein somit nicht mehr möglich) und ihre Angaben dem Datenschutz unterliegen.

Eigens für die Befragung zum Bedarf und zur Akzeptanz einer Chatnachsorge wurden dann von den Doktorandinnen drei Formulare an die Patientinnen ausgehändigt (siehe Anhänge 11.3, 11.4, 11.5):

1. Patienteninformation zum Interview „Bedarf und Akzeptanz einer Chatnachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“
2. Kurzfragebogen zur Teilnahme/Nicht-Teilnahme und zur Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen
3. Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem wissenschaftlichen Interview (eine Kopie verbleibt bei der Patientin)

Mit Hilfe der Einwilligungserklärung wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist und dass den Patientinnen auch bei Verweigerung bzw. Widerruf der Teilnahme keine Nachteile entstehen.

Die Patientinnen wurden gebeten, die drei Formulare auszufüllen und entweder an die Doktorandinnen zurückzugeben oder dieses zu einem späteren Zeitpunkt dem Studienmitarbeiter in der Rehabilitationsklinik auszuhändigen.

Wenn die Patientinnen am Tag der Informationsveranstaltung Zeit für das Interview hatten, wurde dieses persönlich in ihrem Zimmer durchgeführt.

In allen anderen Fällen wurden die Patientinnen durchschnittlich ca. eine Woche nach Vorliegen der Einwilligungserklärung angerufen, um einen Telefoninterviewtermin zu vereinbaren.

Dabei wurde den Patientinnen noch einmal für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Interview gedankt. Es wurden die Ziele des Interviews und der Zeitrahmen erläutert. Außerdem wurden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen erklärt, z.B. warum man zum Schutz der Anonymität auf die Nennung des Namens während der Aufnahme verzichtet.

Zudem wurde von der Interviewerin um Erlaubnis gebeten, ein Tonbandgerät zur Gedankenstütze mitlaufen zu lassen.

Zum Schluss wurde ein Termin für das Telefoninterview vereinbart und offene Fragen von Seiten der Patientinnen beantwortet.

4.4. Beschreibung der Teilstichprobe

Von allen angefragten Frauen, willigten 15 Frauen in eine Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie ein. Die Patientinnen waren an einem Mammakarzinom erkrankt und für durchschnittlich 3 Wochen zur stationären Behandlung in der gleichen Rehabilitationsklinik untergebracht.

Das arithmetische Mittel des Alters der interviewten Frauen lag bei 56.7 Jahren (Standardabweichung: 7.2), der Median bei 55 Jahren (Interquartilsrange: 11). Die jüngste ist 45 Jahre, die beiden ältesten sind 69 Jahre alt.

Neun der befragten Frauen wollten gerne an der Chatintervention teilnehmen (60.0%), sechs (40.0%) entschieden sich dagegen.

Tabelle 2: Anzahl potentieller Chatteilnehmer und potentieller Nichtteilnehmer

Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme
60.0% (n=9)	40.0% (n=6)

Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt das Alter der einzelnen Patientinnen (die jüngste Frau und die beiden ältesten Frauen sind jeweils fett markiert).

Tabelle 3: Beschreibung der Teilstichprobe

Teilnehmerin (TN)	Alter (Jahre)
TN A	69
TN B	62
TN C	61
TN D	53
TN E	60
TN F	55
TN G	54
TN H	45
TN I	57
TN J	69
TN K	50
TN L	48
TN M	63
TN N	51
TN O	54

4.5. Untersuchungsinstrument: Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden (siehe Anhang 11.2), der als Grundlage für die, entweder persönlich oder telefonisch geführten Interviews diene, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelt.

Der Interviewleitfaden ist in fünf Abschnitte gegliedert:

1. Einleitung des Interviews (Vorstellung Interviewerin, Ziel und Zeitrahmen des Interviews, datenschutzrechtliche Bedingungen)

2. Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art?

2.1. Wie geht es Ihnen momentan?

2.2. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?

2.3. Würden Sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse und wenn ja, von wem?

2.4. Mich würde Ihre Einstellung zur psychosozialen Nachsorge im Allgemeinen interessieren.

2.5. Würden Sie sich Hilfe bei der Organisation einer psychosozialen Nachsorge nach der Rehabilitationsphase wünschen und haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen Nachsorge?

2.6. Gibt es etwas, das Sie bis jetzt in Ihrer Versorgung/Behandlung vermisst haben?

3. Besteht ein Bedarf an Informationen und wenn ja, welcher Art?

3.1. Haben Sie sich über Ihre Brustkrebserkrankung informiert und wenn ja, wo?

3.2. Nach welchen Informationen haben Sie dabei in 1. Linie gesucht?

3.3. Gibt es Bereiche, in denen Sie sich mehr Informationen gewünscht hätten und wenn ja, welche waren das?

3.4. Wollen Sie sich auch in Zukunft über Ihre Erkrankung informieren?

3.5. Gab es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und würden Sie diese auch anderen betroffenen Frauen weiterempfehlen?

4. Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?

4.1. Möchten Sie an der Chatintervention teilnehmen und welche persönlichen Gründe haben für bzw. gegen eine Teilnahme gesprochen?

4.2. Haben Sie organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention?

- 4.3. Würden Sie sich technische Unterstützung wünschen?
- 4.4. Wie bewerten Sie die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik?
- 4.5. Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?
- 4.6. Sehen Sie auch positive Aspekte, einer solchen therapeutische Chatgruppe?
- 4.7. Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

5. Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

- 5.1. Benutzen Sie das Internet und wenn ja, wie häufig nutzen Sie es die Woche?
- 5.2. Haben Sie zuhause Zugang zu einem Computer mit Internetverbindung?
- 5.3. Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet?
- 5.4. Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?
- 5.5. Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie?
- 5.6. Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?
- 5.7. Sagt Ihnen der Begriff „Forumsdiskussion“ etwas und haben Sie schon einmal an einer teilgenommen?
- 5.8. Kennen Sie einen Chat und haben Sie schon einmal selbst an einem teilgenommen?

Zu jedem der fünf Abschnitte wurden offene Fragestellungen entwickelt.

4.6. Inhaltsanalytische Auswertungsstrategie

Die 15 geführten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Sprechpausen, „ahs“ oder sonstige Ausdrücke, die für den Inhalt nicht relevant waren, wurden rausgestrichen. Grammatikfehler wurden korrigiert und der Stil angepasst (Mayring, 2002).

Die Transkripte wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2010).

Nachdem ein Kategoriensystem aufgestellt wurde, fand eine Häufigkeitsanalyse der Zuordnungen zu den einzelnen Kategorien statt. Dazu wurden bestimmte Elemente des Materials ausgezählt und in ihrer Häufigkeit mit dem Auftreten anderer Elemente verglichen.

Gleichzeitig erfolgte an einigen Stellen eine Valenz und Intensitätsanalyse. Beide Analysen berücksichtigen neben der Auszählung der Häufigkeiten auch die Bewertung der Inhalte. Sie prüfen, ob sich eine gewisse Tendenz der Inhalte abzeichnen lässt. Dazu müssen im Vorfeld Skalenpunkte festgelegt werden, bei der Valenzanalyse sind diese bipolar (z.B. positiv-negativ), bei der Intensitätsanalyse mehrstufig (z.B. große Bedeutung-mittlere Bedeutung-kleine bis gar keine Bedeutung) (Mayring 2010).

Ein Beispiel wäre die Analyse des Textmaterials zur Frage 2.1 des Interviewleitfadens (siehe Tabelle 4): „Wie geht's es Ihnen momentan? Die Antworten der befragten Frauen wurden in zwei Kategorien eingeteilt (positive vs. negative Äußerung). Die Häufigkeiten der Zuordnungen zu den beiden Kategorien wurden jeweils ausgezählt und mit der Bereitschaft zur potentiellen Chatteilnahme verglichen. Dadurch sollten Hinweise abgeleitet werden, welche Faktoren, die Teilnahme an der psychosozialen Chatintervention fördern bzw. hemmen.

Alle Häufigkeiten wurden in absoluten und relativen Zahlen im Ergebnisteil angegeben. Im Folgenden werden die Ablaufschritte der Häufigkeits- sowie der Valenz- und Intensitätsanalyse aufgeführt.

A.) Ablaufschritte der Häufigkeitsanalyse (Frequenzanalyse) (Mayring 2010):

1. Formulierung der Fragestellung
2. Bestimmung der Materialstichprobe
3. Aufstellen des Kategoriensystems (in Abhängigkeit von der Fragestellung, d.h. Bestimmung der Textelemente, deren Häufigkeit untersucht werden soll)
4. Definition der Kategorien, evt. Anführen von Beispielen
5. Bestimmung der Analyseeinheiten
6. Kodierung, d.h. Durcharbeiten des Materials mithilfe des Kategoriensystems, um das Auftreten der Kategorie aufzuzeichnen
7. Verrechnung, d.h. Feststellen und Vergleichen der Häufigkeiten
8. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

B.) Ablaufschritte der Valenz- und Intensitätsanalyse (Mayring 2010):

1. Formulierung der Fragestellung
2. Bestimmung der Materialstichprobe
3. Aufstellen und Definition der Variablen, die untersucht werden sollen

4. Bestimmung der Skalenpunkte (Ausprägung pro Variable); bei Valenzanalysen bipolar (z.B. positiv-negativ), bei Intensitätsanalysen mehrstufig (z.B. große Bedeutung-mittlere Bedeutung-kleine bis gar keine Bedeutung)
5. Definition und eventuell Anführen von Beispielen für die Skalenpunkte der Variablen (Variablen und Skalenpunkte stellen zusammen das Kategoriensystem dieser Analysearbeiten dar)
6. Bestimmung der Analyseeinheiten (Kodiereinheit, Kontexteinheit, Auswertungseinheit)
7. Kodierung, d.h. Skalierung der Auswertungseinheiten nach dem Kategoriensystem
8. Verrechnung, d.h. Feststellen und Vergleichen der Häufigkeiten der Skalierung evt. weitere statistische Verarbeitung
9. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

4.6.1. Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring (2010)

Im Anschluss an die Transkription der geführten Interviews erfolgten in angegebener Reihenfolge die Paraphrasierung, die Generalisierung und die erste sowie zweite Reduktion des Textmaterials.

So entstand ein Kategoriensystem, das die Auswertung und Interpretation der jeweiligen Fragestellung sowie den Vergleich der einzelnen Interviews untereinander ermöglicht (Mayring 2010).

Das Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse zeigt Abbildung 1.

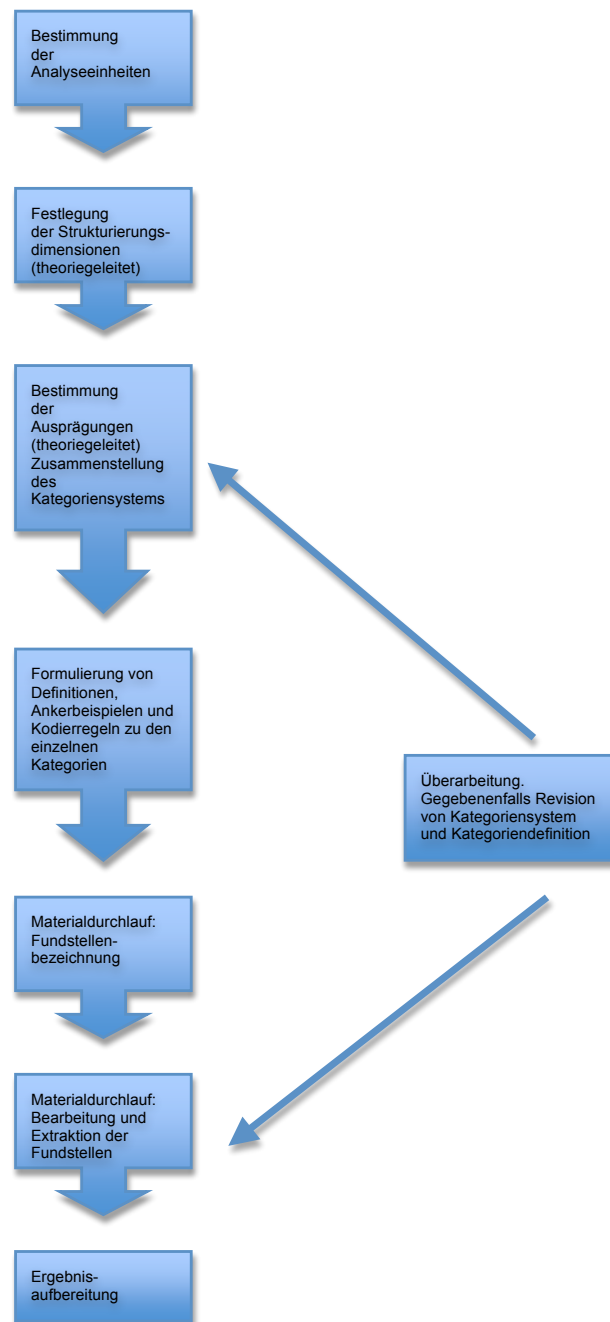


Abbildung 1: Allgemeines Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse
(Quelle: Mayring 2010, S. 93)

Im Folgenden sollen die einzelnen Schritte der strukturierenden Inhaltsanalyse näher erläutert werden:

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Analyseeinheiten bestehen aus a.) Auswertungseinheiten und b.) Kodiereinheiten.

a.) Auswertungseinheiten sind alle Textbestandteile die zur Beantwortung der jeweiligen Fragestellung von Bedeutung sind.

b.) Kodiereinheiten sind die Textbestandteile einer Auswertungseinheit, die einer Kategorie zugewiesen werden können.

Im folgenden Beispiel wäre die Auswertungseinheit zur Frage nach der Einstellung zur eigenen Erkrankung: *„Im Kopf habe ich eigentlich damit abgeschlossen, es sind nur immer die Untersuchungen, durch die alles wieder aufgewühlt wird. Ich habe keine Angst und keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“*

Die Kodiereinheit ist in diesem Fall: *„Ich habe keine Angst und keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“*

2. Schritt: Festlegung der Einschätzungsdimensionen

Die Einschätzungsdimensionen werden aus den vier Forschungsfragen abgeleitet. Der Text wird auf die vier Variablen Bedarf an psychosozialer Unterstützung, Informationsbedarf, Einstellung zur Chatintervention und Erfahrungen mit dem Internet hin untersucht.

Die Einschätzungsdimensionen sind all jene Aspekte, die aus den Antworten der Patientinnen einer der vier Forschungsfragen zugeordnet werden können.

Ein Beispiel für die Einschätzungsdimensionen zu der Variable „Informationsbedarf“ gibt folgender Ausschnitt aus einem der Interviews. Die Patientin antwortet auf die Frage, ob sie sich über ihre Erkrankung informiert hätte und wenn ja wo: *„Ja habe ich, meine erste Quelle war **das Buch von Ursula Goldmann-Posch** „Überlebensbuch Brustkrebs“, die Gründerin von der „mammazone“, dieser Internetseite. **Da steht unheimlich viel drin. Dann natürlich ganz viel im Internet und beim Arzt diese blauen Ratgeber. Ich kassiere immer alles ein, von dem ich meine, das ist thematisch zu mir passend. Mein Vorteil ist aber auch, dass mein Schwager Onkologe ist und ich den alles fragen kann. Meine Nachbarin ist auch Krankenschwester im Mammazentrum und hat mich auch sehr unterstützt.**“*

Der Variable „Informationsbedarf“ können hier die vielen Quellen zugeordnet werden, aus der die Patientin ihre Informationen gezogen hat (im Beispieltext fettgedruckt). Daraus kann auf einen hohen Informationsbedarf geschlossen werden.

3. Schritt Bestimmung der Ausprägungen

Den verschiedenen Variablen des Interviewleitfadens, die sich zur Auswertung durch die skalierende Strukturierung nach Mayring eignen, werden im Vorfeld Ausprägungen zugeordnet, die in einem ordinalen Verhältnis zueinander stehen. Anschließend wird versucht, die jeweiligen Antworten der befragten Frauen einer Ausprägung zuzuordnen. Die Ableitung der Ausprägungsgrade ergibt sich aus der Hauptfragestellung. Es muss vorher überprüft werden, ob der Text überhaupt Material zu dieser Ausprägung liefert (Mayring 2010). Ziel ist es, aus dem umfangreichen Textmaterial der einzelnen Antworten, eine vergleichbare Aussage ziehen zu können. Dabei wird den einzelnen Variablen, ein zweistufiger Abstufungsgrad zugeordnet. Für alle Fälle, in denen eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist, wurde eine Restkategorie (z.B. mal positiv/mal negativ) geschaffen.

Es ergeben sich nun für die jeweiligen Variablen folgende Kategorien (K).

- Momentanes Befinden (K1: positiv, K2: negativ)
- Einstellung zur eigenen Erkrankung (K1: positiv, K2: mal positiv mal negativ, K3: negativ)
- Einstellung zur psychosozialen Nachsorge (K1: positiv, K2: negativ)
- Beurteilung der eigenen Betreuung und Versorgung (K1: positiv, K2: negativ)
- Patientenschulung (K1: positiv, K2: negativ)
- Bedeutung des Internets (K1: große Bedeutung, K2: mittlere Bedeutung, K3: kleine bis gar keine Bedeutung)

4. Schritt: Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln

Das Erstellen eines Kodierleitfadens bildet das Kernstück der inhaltsanalytischen Auswertungsstrategie. Dabei werden die verschiedenen Ausprägungen/Kategorien genau definiert und es wird festgelegt, wann der Kategorie eine Textstelle zugeordnet werden kann. Die Definition sollte den Inhalt der jeweiligen Ausprägung dabei genau beschreiben. Zudem sollten Textpassagen als Ankerbeispiele gewählt werden, die als typisch für die Kodierung der jeweiligen Ausprägung/Kategorie gelten könnten. Im Anschluss sollte ein Probelauf vollzogen werden und überall dort wo sich abzeichnet, dass die Ausprägung falsch gewählt oder definiert wurde, muss das Kategoriensystem neu überarbeitet werden (Mayring 2010).

Folgendes Beispiel für die Variable „Momentanes Befinden“ soll die Kategorienbildung anschaulich erklären. Der vollständige Kodierleitfaden wird im Anhang (siehe Anhang 11.1) aufgeführt.

Tabelle 4: Beispiel Kategorienbildung

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
K1: positive Bewertung	Das Befinden wurde - als positiv - ohne Angaben von Schmerzen - ohne körperliche oder psychische Einschränkungen beschrieben	<i>„Physisch geht’s mir sehr gut und auch psychisch habe ich einiges an Rückenstärkung aus den Gesprächen in der Reha mitnehmen können [...].“</i>	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen.
K2: Negative Bewertung	Die befragte Patientin - äußerte sich negativ über ihr Befinden - beklagte Schmerzen, körperliche oder psychische Einschränkungen	<i>„Nicht so gut, mein Blutbild ist nicht so ganz in Ordnung, also geht’s mir nicht so gut.“</i>	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen.

5. Schritt: Fundstellenbezeichnung

Dieser Schritt beschreibt die erste Materialuntersuchung bei der die Auswertungseinheiten im Text markiert werden (siehe Schritt 1).

6. Schritt: Einschätzung

Im sechsten Schritt werden nun die markierten Aussagen mithilfe des Kodierleitfadens in die jeweiligen Kategorien eingeordnet. Die Richtigkeit kann durch den Einsatz mehrerer Kodierer unabhängig voneinander verbessert werden.

Die vorliegende Arbeit wurde von einer weiteren Studienmitarbeiterin (Dipl. Psychologin) überprüft.

7. Schritt: Überarbeitung

Das Kategoriensystem wird wiederholend – beginnend mit Schritt drei – so lange bearbeitet bis jede Kodiereinheit zugeordnet werden kann.

8. Schritt: Ergebnisaufbereitung

Die Kategorien werden nach Häufigkeiten untersucht und im Anschluss als Ergebnis im Diskussionsteil interpretiert.

5. Ergebnisse:

Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) konnten durch die Kategorienbildung folgende Ergebnisse aus den Antworten der befragten Patientinnen abgeleitet werden. Diese dienten der Beantwortung der vier Hauptthemen.

1. Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art?
2. Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung und wenn ja, welcher Art?
3. Forschungsfrage: Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?
4. Forschungsfrage: Wie ist die Erfahrung der Patienten mit dem Internet?

5.1. Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art?

5.1.1. Momentanes Befinden

Die Mehrheit ($n=12$, 80.0%) der befragten Patientinnen antwortete auf die Frage, wie es Ihnen momentan ginge, mit einer positiven Äußerung. Das heißt, dass das Befinden als positiv, ohne Angaben von Schmerzen und ohne körperliche oder psychische Einschränkungen angegeben wurde. (z.B. „*Momentan geht es mir sehr gut und das wird jeden Tag ein bisschen besser.*“ oder „*Mir geht's momentan ganz gut, besser als vor vier Wochen.*“)

Von den Patientinnen, die ihr eigenes Befinden als positiv bewerteten, gaben acht (88.9%) Frauen an, am Chat teilnehmen zu wollen, vier (66.7%) verneinten die potentielle Teilnahme.

Drei (20.0%) der befragten Frauen äußerten sich negativ im Hinblick auf ihren Gemütszustand. Sie beklagten z.B. Schmerzen, körperliche oder psychische Einschränkungen (z.B. *„Nicht so gut, mein Blutbild ist nicht so ganz in Ordnung, also geht's mir nicht so gut.“* oder *„Momentan habe ich so ein kleines seelisches Tief.“*).

Eine (11.1%) dieser Frauen gibt an, an der Chatintervention teilnehmen zu wollen. Die anderen beiden Frauen (33.3%) sind potentielle Nichtteilnehmerinnen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Mehrheit ($n=12$, 80.0%) der befragten Patientinnen sich positiv auf die Frage, wie sie sich momentan fühlen, äußerten. Acht (88.9%) dieser Frauen planen an der Chatintervention teilzunehmen, vier (66.7%) nicht. Bei den sich negativ äußernden Frauen ($n=3$, 20.0%) sind es eine potentielle Chatteilnehmerin (11.1%) und zwei potentiellen Nichtteilnehmerinnen (33.3%).

Tabelle 5 zeigt die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Tabelle 5: Bewertung des eigenen Befindens

Bewertung des eigenen Befindens			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Bewertung in % (n)	88.9% (n=8)	66.7% (n=4)	80.0% (n=12)
Negative Bewertung in % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)

Zusammenfassung 5.1.1.: Die Mehrheit der Patientinnen (80.0%, $n=12$) äußerte sich zum Zeitpunkt der Befragung positiv über das eigene Befinden. Unter diesen Frauen ist auch die Bereitschaft zur Chatteilnahme hoch (88.9%, $n=8$).

5.1.2. Einstellung zur eigenen Erkrankung

Zudem wurden die Patientinnen gefragt, wie Sie sich fühlen, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken.

Elf (73.3%) der befragten Patientinnen hatten eine positive Einstellung zu Ihrer Erkrankung. Das heißt, sie beschrieben ihre Einstellung gegenüber der Erkrankung als positiv oder gaben an, bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung keine negativen Gefühle zu spüren (z.B. *„Ich habe keine Angst, ich habe keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“* oder *„Mir geht's dabei gut, weil es mir ja auch körperlich gut geht. Mit der Reha ist das auch für mich abgeschlossen und jetzt geht's in die Nachsorge.“*).

Eine Patientin (6.7%) gab eine negative Einstellung zur Erkrankung an. Sie äußerte, dass sie sich hilflos und ratlos fühle (*„Ein bisschen hilflos, ein bisschen ratlos, es ist wie eine Welle über einen hereingebrochen.“*).

Drei (20.0%) der betroffenen Frauen hatten sowohl positive als auch negative Gedanken in Bezug auf die Erkrankung (z.B. *„Mal ist alles ganz positiv und dann hat man mal wieder einen Hänger, das kann man gar nicht ausblenden.“* oder *„Ich denke schon darüber nach, weil ich ja auch immer damit konfrontiert bin, manchmal habe ich Ängste und manchmal ist es gut.“*).

Von den betroffenen Frauen mit positiver Einstellung zur Erkrankung ($n=11$, 73.3%) wollten sechs (66.7%) an der Chatgruppe teilnehmen, fünf Frauen (83.3%) dagegen nicht.

Die Patientin ($n=1$, 6.7%), die negative Gedanken in Bezug auf ihre Erkrankung hatte, plante an der Chatintervention teilzunehmen (11.1%).

Unter den Frauen, die sowohl mal positiv als auch mal negativ, also eher ambivalent hinsichtlich ihrer Erkrankung dachten, ($n=3$, 20.0%) waren zwei potentielle Teilnehmerinnen (22.2%) und eine potentielle Nichtteilnehmerinnen (16.7%).

Tabelle 6 zeigt die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Tabelle 6: Einstellung zur eigenen Erkrankung

Einstellung zur eigenen Erkrankung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Einstellung in % (n)	66.7% (n=6)	83.3% (n=5)	73.3% (n=11)
Mal positiv – mal negativ in % (n)	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)	20.0% (n=3)
Negative Einstellung	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.1.2: Insgesamt kann man sagen, dass die Mehrheit (73.3%, n=11) der Frauen eine positive Einstellung zur eigenen Erkrankung hatten. Hinsichtlich der Chatteilnahme zeigte sich hier, dass die meisten Patientinnen mit positiver Einstellung (n=6, 66.7%) gegenüber ihrer Krebserkrankung, auch planten am Chat teilzunehmen. Eine Frau mit negativer Einstellung, wollte am Chat teilnehmen (11.1%).

5.1.3. Wunsch nach Unterstützung

Eine weitere Frage an die Patientinnen war, ob sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse wünschen würden und wenn ja, von wem. Die meisten Patientinnen (n=11, 73.3%) gaben an, dass sie sich keine weitere Unterstützung nach dem Reha-Aufenthalt mehr wünschen. Sechs (66.7%) der Befragten möchten aber trotzdem an der angebotenen Chatintervention teilnehmen, fünf (83.3%) hingegen nicht.

Vier (26.7%) Frauen bejahten den Wunsch nach Unterstützung, davon plante der überwiegende Teil (n=3, 33.3%) an der Intervention teilzunehmen, eine Frau lehnte eine potentielle Teilnahme ab (16.7%).

Tabelle 7 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 7: Wunsch nach Unterstützung

Wunsch nach Unterstützung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Wunsch vorhanden % (n)	33.3% (n=3)	16.7% (n=1)	26.7% (n=4)
Wunsch nicht vorhanden % (n)	66.7% (n=6)	83.3% (n=5)	73.3% (n=11)

Zusammenfassung 5.1.3.: Potentielle Chatteilnehmerinnen gaben überwiegend (n=6, 66.7%) an, sich keine Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung zu wünschen. Auch potentielle Nichtteilnehmerinnen lehnten diesen Vorschlag mehrheitlich (n=5, 83.3%) ab.

5.1.4. Einstellung zur psychosozialen Nachsorge

Eine weitere Teilfrage, die der Beantwortung der ersten Forschungsfrage dienen soll, bezog sich auf die Einstellung der erkrankten Frauen zur psychosozialen Nachsorge im Allgemeinen.

Dabei äußerten sich alle (n=15, 100.0%) der befragten Patientinnen positiv. Beispiele aus den Interviews sind:

„Ich finde die eigentlich positiv, [...] ich denke schon, dass das hilfreich ist.“

„Ich finde es gut, dass es so etwas gibt.“

„Ich halte davon sehr viel, dass ist was sehr Wichtiges, die Psyche, gerade bei dieser Erkrankung. Ich bin überzeugt, dass man damit sehr viel bewirken kann bei der Bewältigung der Erkrankung.“

Neun Frauen wollten an der Chatintervention teilnehmen, sechs dagegen nicht. Eine zusammenfassende Darstellung zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8: Einstellung zur psychosozialen Nachsorge

Einstellung zur psychosoziale Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Einstellung % (n)	100% (n=9)	100% (n=6)	100.0% (n=15)
Negative Einstellung % (n)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)

Zusammenfassung 5.1.4.: Alle befragten Patientinnen (100.0%, n=15) hatten eine positive Einstellung gegenüber psychosozialer Nachsorge. Unter ihnen waren neun (100.0%) potentielle Chatteilnehmerinnen.

5.1.5. Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge

Zudem wurden die Frauen gefragt, ob sie es gut finden würden, wenn die poststationäre psychosoziale Nachsorge bereits während ihres Aufenthaltes in der Reha-Klinik organisiert werden würde.

Die Mehrheit (n=13, 86.6%) äußerte sich positiv zu dieser Frage. Die Bereitschaft zur Chatteilnahme lag bei 77.8% (n=7), sechs Frauen waren potentielle Nichtteilnehmerinnen (100.0%). Zwei Frauen (13.3%) lehnten diesen Vorschlag ab. Diese Frauen planen beide an der Intervention teilzunehmen (22.2%).

Die Frauen wurden zusätzlich gefragt, wie diese Unterstützung bei der Organisation aussehen könnte. Auf diese Frage konnten zehn Frauen (66.7%) eine Idee nennen, die anderen fünf Frauen (33.3%) hatten keine Vorschläge.

Vorschläge seitens der Patientinnen waren: Informieren, welche Angebote es überhaupt gibt (n=5, 33.3%), einen Ansprechpartner vermitteln (n=3, 20.0%), allgemeine Unterstützung (n=1, 6.7%), Patienten aus dem gleichen Wohngebiet zusammenbringen (n=1, 6.7%).

Die Ergebnisse werden in Tabelle 9 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 9: Wunsch nach Hilfe bei der Organisation der Nachsorge

Wunsch nach Hilfe bei der Organisation der Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Äußerung % (n)	77.8% (n=7)	100.0% (n=6)	86.7% (n=13)
Negative Äußerung% (n)	22.2% (n=2)	0.0% (n=0)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.1.5.: Insgesamt zeigte sich, dass die Mehrheit (n=13, 86.7%) der befragten Frauen Unterstützung bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge in der Reha-Klinik positiv bewerten würden. Am häufigsten genannte Wünsche seitens der Patientinnen waren: Informieren, welche psychosozialen Angebote es gibt (33.3% n=5) und Vermittlung eines Ansprechpartners (20.0%, n=3). Die Chatteilnahmebereitschaft unter den sich positiv äussernden Frauen lag bei 77.8% (n=7).

5.1.6. Beurteilung der eigenen Betreuung und Versorgung

Die letzte Teilfrage bezog sich auf die Qualität der Betreuung und Versorgung während des gesamten Behandlungsverlaufs.

Die Patientinnen wurden gefragt, ob sie etwas vermisst haben im Hinblick auf ihre Betreuung und Versorgung. Wenn ja, wurden sie gebeten Verbesserungsvorschläge zu machen.

Elf der erkrankten Frauen (73.3%) sagten, sie wären zufrieden gewesen mit ihrer Betreuung und Versorgung, vier Frauen (26.7%) haben dagegen negative Erfahrungen während ihrer Erkrankung gemacht.

Die Verbesserungsvorschläge betrafen sowohl die medizinische als auch die soziale Betreuung. Den medizinischen Bereich betreffend, wünschten sich die Frauen von Seiten der Ärzte eine bessere Vorbereitung auf die Chemotherapie, mehr Informationen zu alternativer Medizin, eine bessere individuellere Schmerztherapie und eine individuellere ärztliche Betreuung. Bezogen auf die soziale Betreuung, wollten die Frauen die Organisation der Rehabilitation und die Einbeziehung sowie die Unterstützung der Familie gerne verbessern.

Verglich man diese Verteilung mit dem Wunsch an der Chatintervention teilzunehmen, so zeigte sich, dass von den Frauen, die nichts an ihrer Betreuung/Versorgung auszusetzen hatten, sechs teilnehmen wollten (66.7%) und fünf (83.3%) sich dagegen aussprachen.

Bei der Gruppe mit Verbesserungsvorschlägen waren es drei (33.3%) potentielle Teilnehmerinnen und eine (16.7%) potentielle Nichtteilnehmerinnen. Diese Ergebnisse zeigt zusammenfassend Tabelle 10.

Tabelle 10: Beurteilung der Betreuung und Versorgung

Beurteilung der Betreuung und Versorgung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Zufrieden % (n)	66.7% (n=6)	83.3% (n=5)	73.3% (n=11)
Unzufrieden % (n)	33.3% (n=3)	16.7% (n=1)	26.7% (n=4)

Zusammenfassung 5.1.6.: Die meisten Frauen (73.3%, n=11) bewerteten ihre Betreuung und Versorgung während der Erkrankung als positiv. Unter diesen Patientinnen befinden sich sechs (66.7%) potentielle Chatteilnehmerinnen.

5.1.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der 1. Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung?

Potentielle Chatteilnehmerinnen bewerten ihr eigenes Befinden überwiegend (n=8, 88.9%) als positiv, genauso wie die Einstellung zur eigenen Erkrankung. Alle potentiellen Chatteilnehmerinnen (n=9, 100.0%) und Nichtteilnehmerinnen (n=6, 100.0%) hatten eine positive Einstellung zur psychosozialen Nachsorge im Allgemeinen. Der Wunsch nach professioneller Unterstützung bei der Verarbeitung der eigenen Erkrankung wurde mehrheitlich (n=6, 66.7%) verneint von den potentiellen Teilnehmerinnen. Die Idee poststationäre psychosoziale Nachsorge bereits in der Rehabilitationsklinik zu organisieren, wurde von sieben (77.8%) potentiellen Chatteilnehmerinnen als positiv bewertet. Am häufigsten (n=5, 33.3%) wurde unter allen befragten Frauen dabei der Wunsch nach Anregungen, welche Nachsorgeformen zur Verfügung stehen, geäußert. Die eigene Betreuung und Versorgung während der Erkrankung war den Frauen, die planten an der Intervention teilzunehmen überwiegend (n=6, 66.7%) in positiver Erinnerung geblieben.

5.2. Zweite Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung und wenn ja, welcher Art?

5.2.1. Information über die eigene Erkrankung

Die an Brustkrebs erkrankten Frauen wurden gefragt, ob sie sich über ihre Erkrankung informiert hätten und wenn ja, wo.

Eine deutliche Mehrheit der Frauen, nämlich $n=14$ (93.3%) hatten sich selbstständig über ihre Erkrankung nach der Diagnosestellung informiert. Lediglich eine Patientin (6.7%) gab an, sich keine weiteren Informationen über ihre Diagnose besorgt zu haben.

Sie wollte auch nicht an der Chatintervention teilnehmen.

Tabelle 11 zeigt die Informationsquellen, die von den Frauen genannt wurden.

Tabelle 11: Informationsquellen (Angaben beziehen sich auf $n=14$ Frauen, die einen Informationswunsch haben, Mehrfachnennungen möglich)

Informationsquellen			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Fachliteratur/ Broschüren % (n)	100.0 % (n=9)	66.7% (n=4)	86.7% (n=13)
Internet % (n)	77.8% (n=7)	33.3% (n=2)	60.0% (n=9)
Arzt % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)
Andere Quellen: Fernsehen, Hotline, Vorträge % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)

Zusammenfassung 5.2.1.: Fast alle Frauen haben sich eigenständig über ihre Erkrankung informiert ($n=14$, 93.3%). Als häufigste Informationsquelle wurde dabei die Kategorie Fachliteratur/Broschüren ($n=13$, 86.7%) genannt. Potentielle Chatteilnehmerinnen informierten sich überwiegend durch Fachliteratur und Broschüren ($n=9$, 100.0%) und über das Internet ($n=7$, 77.8%).

5.2.2. Nach welchen Informationen wurde gesucht

Weiterhin wollten wir von den Patientinnen wissen, nach welchen Informationen sie in erster Linie gesucht haben. Die Mehrheit (n=11, 73.3%) gab an, gezielt nach speziellen Informationen zur Erkrankung gesucht zu haben. Diese Frauen planten überwiegend an der Chatintervention teilzunehmen (n=7, 77.8%), vier (66.7%) Frauen waren potentielle Nichtteilnehmerinnen.

Die anderen vier (26.7%) Frauen hatten sich entweder über Brustkrebs im Allgemeinen informiert oder wünschten sich keine weiteren Informationen zur Erkrankung. Davon wollten zwei (22.2%) Frauen an der Chatintervention teilnehmen, zwei (33.3%) dagegen nicht.

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 12: Informationsbereiche (Angaben beziehen sich auf n=11 Frauen, die gezielt nach Informationen gesucht haben, Mehrfachnennungen möglich)

Informationsbereiche			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Diagnose: Tumorstadien, Histologie, Prognose % (n)	55.6% (n=5)	33.3% (n=2)	46.7% (n=7)
Therapie: Medikamente, Chemotherapie, Operation % (n)	44.4% (n=4)	50.0% (n=3)	46.7% (n=7)
Alternative Therapie % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.1% (n=1)

Zusammenfassung 5.2.2.: Tabelle 12 zeigt, dass elf (73.3%) Frauen nach speziellen Informationen gesucht haben. Am häufigsten betrafen diese Informationen die jeweilige Diagnose der Patientinnen (n=7, 46.7%) und die Therapieoptionen (n=7, 46.7%). Zur Kategorie „Diagnose“ zählten die Tumorstadien, die Histologie und die Prognose der Krebserkrankung. Die Kategorie „Therapie“ umfasste Medikamente, Chemotherapie und

Operationsmöglichkeiten. Potentielle Chatteilnehmerinnen informierten sich vor allem (n=5, 55.6%) über ihre Diagnose.

5.2.3 Informationsdefizite während der Erkrankung

Auf die Frage, ob es Bereiche gab, in denen sich die betroffenen Frauen mehr Informationen gewünscht hätten, antworteten die meisten Patientinnen (n=9, 60.0%), dass sie sich ausreichend informiert gefühlt hätten. Sechs Betroffene (40.0%) gaben an, dass sie sich während der Erkrankung in bestimmten Bereichen mehr Informationen gewünscht hätten.

Zu den genannten Interessenbereichen zählten:

- Mehr Informationen über die eigene Erkrankung von Seiten der Ärzte (n=1, 6.7%)
- Krankenkassenleistungen, z.B Anspruch auf Reha-Sport (n=1, 6.7%)
- Mehr Informationen zu begleitender/alternativer Therapie (n=1, 6.7%)
- Mehr Informationen über Medikamente (n=1, 6.7%)
- Weitere medizinische Informationen (n=1, 6.7%)
- Nebenwirkungen der Chemotherapie (n=1, 6.7%)

Fünf Frauen (55.6%), die mit ihrem Wissensstand zufrieden waren, wollten an der Chatintervention teilnehmen, vier (66.7%) lehnten dagegen die potentielle Teilnahme ab.

Bei den Frauen, die sich weitere Informationen gewünscht hätten, wollten vier (44.4%) teilnehmen, zwei (33.3%) nicht.

Eine anschaulichere Darstellung der Ergebnisse liefert die Tabelle 13

Tabelle 13: Informationsdefizite während der Erkrankung

Informationsdefizite während der Erkrankung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Ausreichend informiert % (n)	55.6% (n=5)	66.7% (n=4)	60.0% (n=9)
Nicht ausreichend informiert % (n)	44.4% (n=4)	33.3% (n=2)	40.0% (n=6)

Zusammenfassung 5.2.3.: Die meisten Frauen (n=9, 60.0%) fühlten sich während der Erkrankung ausreichend informiert, davon waren fünf (55.6%) potentielle Chatteilnehmerinnen. Sechs (40.0%) Patientinnen gaben an, dass sie sich in verschiedenen Bereichen mehr Informationen gewünscht hätten, vier (44.4%) von ihnen planten an der Chatintervention teilzunehmen.

5.2.4. Zukünftiger Informationswunsch

Auf die Frage, ob sie sich auch in Zukunft, nach Abschluss der Rehabilitation über ihre Erkrankung informieren wollen, antworteten sechs (40.0%) erkrankte Frauen mit nein. Als Gründe wurden häufig angegeben, dass die Frauen sich im Anschluss an die Rehabilitation als geheilt ansehen und die Krankheit hinter sich lassen wollten (*„Eigentlich eher nicht, muss ich sagen, ich habe eigentlich vor, damit abzuschließen. Ich bin froh, mich nicht immer damit beschäftigen zu müssen.“*).

Drei Patientinnen (20.0%) hatten auch weiterhin vor, ihr Wissen über den Brustkrebs zu vertiefen (*„Klar will man da jetzt immer auf dem neuesten Stand sein, aber in einem gesunden Maß, nicht dass man sich verrückt macht.“*).

Sechs (40.0%) der betroffenen Frauen hatten sich noch nicht entschieden, ob sie sich weiterhin mit der Brustkrebserkrankung auseinandersetzen wollten (*„Im Moment mache ich es nicht, aber später kann ich es mir vielleicht wieder vorstellen.“*).

Verglich man die Ergebnisse mit der Bereitschaft der Befragten zur Chatteilnahme, dann zeigte sich, dass alle der unentschlossenen Frauen (n=6, 66.7%) gerne am Chatprogramm teilnehmen wollten, unter den Frauen mit weiterem Informationswunsch in der Zukunft war eine potentielle Teilnehmerin (11.1%), unter den Frauen ohne zukünftigen Informationswunsch waren zwei (22.2%) potentielle Teilnehmerinnen (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Zukünftiger Informationswunsch

Zukünftiger Informationswunsch			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
vorhanden % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)
unentschlossen % (n)	66.7% (n=6)	0.0% (n=0)	40.0% (n=6)
nicht vorhanden % (n)	22.2% (n=2)	66.7% (n=4)	40.0% (n=6)

Zusammenfassung 5.2.4.: Die meisten Frauen (40.0%, n=6) wollten sich in Zukunft nicht weiter über ihre Erkrankung informieren oder waren unentschlossen (n=6, 40.0%). Alle Frauen, die noch nicht wussten, ob sie sich auch in Zukunft über den Brustkrebs informieren wollten, planten an der Chatintervention teilzunehmen (n=6, 66.7%). Unter den Frauen ohne zukünftigen Informationswunsch waren zwei (22.2%) potentielle Teilnehmerinnen und vier (66.7%) potentielle Nichtteilnehmerinnen.

5.2.5. Internetseiten

Weiterhin wurden die Patientinnen gefragt, ob es Internetseiten gab, die sie regelmäßig besucht hätten und die sie auch anderen betroffenen Frauen weiterempfehlen würden.

Die meisten Patientinnen (n=11, 73.3%) gaben an, dass sie keine bestimmten Internetseiten regelmäßig besucht hätten.

Für fünf (33.3%) dieser Frauen stand die Schlagwortsuche im Vordergrund, so dass sie Suchmaschinen (z.B. Google) benutzten. Sechs (40.0%) haben das Internet nicht regelmäßig als Informationsquelle genutzt.

Vier (26.7%) der befragten Frauen nannten bestimmte Seiten im Internet, die sie regelmäßig besucht hätten und die sie auch weiterempfehlen würden (siehe Tabelle 15).

Unter den Frauen, die keine bestimmten Internetseiten weiterempfehlen konnten waren es fünf (55.6%) potentielle Teilnehmerinnen und sechs (100.0%) potentielle Nichtteilnehmerinnen. Alle befragten Frauen (n=4, 26.7%), die bestimmte

Internetseiten regelmäßig besucht haben und diese auch weiterempfehlen würden planen an der Chatintervention teilzunehmen (44.4% n=4).

Eine Zusammenfassung dieser Ergebnisse zeigt Tabelle 15.

Tabelle 16 zeigt die Namen der Internetseiten, die von den Patientinnen häufig besucht wurden und die sie weiterempfehlen würden.

Tabelle 15: Regelmäßige Besuche bestimmter Internetseiten

Regelmäßige Besuche bestimmter Internetseiten			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Äußerung % (n)	44.4% (n=4)	0.0% (n=0)	26.7% (n=4)
Negative Äußerung % (n)	55.6% (n=5)	100.0% (n=6)	73.3% (n=11)

Tabelle 16: Empfohlene Internetseiten (Angaben beziehen sich auf n=4 Frauen, die eine Weiterempfehlung aussprechen konnten, Mehrfachnennungen möglich)

Internetseiten			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Krebsgesellschaften: Hamburger Krebsgesellschaft, Krebsskompass, Deutsche Krebsgesellschaft, Brustkrebs.info (Deutsche Krebshilfe) % (n)	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)	20.0% (n=3)
Medizinische Infoseiten: Meddoctor, Homepages von Ärzten % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)
Selbsthilfegruppen im Internet: Mammazone, „Brigitte“-Forum % (n)	11.1% (n=1)	0.0 % (n=0)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.2.5.: Eine Weiterempfehlung einer Internetseite konnten vier Frauen (26.7%) aussprechen. Am häufigsten wurden dabei die Seiten der Krebsgesellschaften genannt (n=3, 20.0). Die anderen befragten Frauen (n=11, 73.3%) gaben an, keine bestimmte Internetseite regelmäßig besucht oder das Internet nicht als Informationsquelle genutzt zu haben. Die potentielle Chatteilnahme betrug unter diesen Frauen 55.6% (n=5).

5.2.6. Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Forschungsfrage: Besteht ein Bedarf an Informationen über die Erkrankung?

Die Mehrheit der befragten Patientinnen (n=14, 93.3%) hatte sich eigenständig Informationen über ihre Erkrankung eingeholt. Potentielle Chatteilnehmerinnen benutzten als Informationsquelle vor allem Fachliteratur und Broschüren (n=9, 100.0%). Das Internet wurde von insgesamt neun (60.0%) Frauen zur Recherche genutzt, unter diesen Frauen waren sieben (77.8%) potentielle Chatteilnehmerinnen.

Die am häufigsten genannten Informationsbereiche waren die eigene Diagnose, dazu gehörten Tumorstadien, Histologie und Prognose (n=7, 46.7%) und die Therapie des Brustkrebses, Medikamente, Chemotherapie und Operation (n=7, 46.7%). Der überwiegende Teil (n=9, 60.0%) der befragten Frauen gaben an sich ausreichend informiert gefühlt zu haben (z.B. von Ärzten, medizinischem Personal oder Krankenkassen). Sechs (40.0%) Frauen gaben an, dass es Bereiche gab, in denen sie sich mehr Informationen gewünscht hätten, dazu zählten z.B. Informationen zu Krankenkassenleistungen oder Medikamenten. Zukünftig wollten sich noch drei (20.0%) Patientinnen über die Erkrankung Brustkrebs informieren. Der überwiegende Teil der potentiellen Chatteilnehmerinnen (n=6, 66.7%) war noch unentschlossen, ob sie sich weiterhin Informationen über die Erkrankung einholen würden.

Eine Weiterempfehlung von Internetseiten konnten vier (26.7%) Frauen aussprechen, am häufigsten (n=3, 20.0%) wurden dabei die Webseiten der Krebsgesellschaften genannt. Diese vier Frauen planten an der Chatintervention teilzunehmen. Die anderen elf (73.3%) Frauen gaben an, das Internet nicht als Informationsquelle genutzt oder keine bestimmten Internetseiten regelmäßig besucht zu haben, die sie weiterempfehlen könnten.

5.3. Ergebnisse der dritten Forschungsfrage: Einstellung zur Chatintervention

Die ersten beiden Forschungsfragen zeigten, dass potentielle Chatteilnehmerinnen überwiegend (n=6, 66.7%) keine professionelle Unterstützung bei der Verarbeitung ihrer Krankheitserlebnisse zum Befragungszeitpunkt wünschten. Das eigene Befinden (n=8, 88.8%) und die Einstellung zur eigenen Erkrankung (n=6, 66.7%) wurden mehrheitlich als positiv unter potentiellen Teilnehmerinnen bewertet. Ebenso positiv äußerten sich alle potentiellen Chatteilnehmerinnen (n=9, 100.0%) genauso wie alle potentiellen Nichtteilnehmerinnen (n=6, 100.0%) über psychosoziale Nachsorge im Allgemeinen. Der Wunsch nach Hilfe bei der Organisation der poststationären psychosozialen Nachsorge in der Rehabilitation wurde von sieben (77.8%) potentiellen Teilnehmerinnen als positiv befunden. Von den Frauen, die an der Intervention teilnehmen wollten, hatten sich alle neun (100.0%) vor allem durch Fachliteratur und Broschüren über die eigene Erkrankung informiert. Am meisten interessierte potentielle Teilnehmerinnen (n=5, 55.6%) Informationen zur eigenen Diagnose (Tumorstadien, Histologie, Prognose). Ausreichend informiert fühlten sich fünf (55.6%) potentielle Teilnehmerinnen, vier (44.4%) äußerten Bereiche, in denen sie sich mehr Informationen gewünscht hätten. Potentielle Teilnehmerinnen waren zudem überwiegend (n=6, 66.7%) noch unentschlossen, ob sie sich weiterhin über den Brustkrebs informieren wollten.

5.3.1 Potentielle Chatteilnahme

Die Patientinnen wurden gefragt, ob Sie an der Chatintervention teilnehmen wollten oder nicht und welche Gründe jeweils dafür bzw. dagegen gesprochen haben.

Die Mehrheit (n=9, 60.0%) der erkrankten Frauen wollte am Chatprogramm teilnehmen, sechs (40.0%) entschieden sich gegen eine potentielle Teilnahme. Eine übersichtlichere Darstellung zeigt Tabelle 17.

Tabelle 17: Potentielle Chatteilnahme

Anzahl potentieller Teilnehmer und potentieller Nichtteilnehmer	
Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme
60.0% (n=9)	40.0% (n=6)

Einer der Hauptgründe für eine potentielle Nichtteilnahme war die Gebundenheit der Nachsorgeintervention an den Computer. Zwei (33.3%) der sechs (40.0%) Frauen, die sich gegen eine potentielle Teilnahme am Chatprogramm entschieden hatten, gaben an, dass sie entweder gar keinen Internetanschluss haben oder ihnen die Kenntnisse im Umgang mit dem Computer fehlen würden (*„Nein, dass lag nur daran, dass wir kein Internet haben, da dachte ich gleich, dass kommt für mich dann nicht in Frage. Wir werden hier auch kein Internet bekommen. War für mich nicht interessant.“*).

Auch eine Negativbewertung des Konzepts des Chatprogramms führte bei drei (50.0%) Patientinnen zu einer Nichtteilnahme. Darunter fiel der fehlende medizinische Aspekt (*„Mir fehlt der medizinische Aspekt. Es ist sicherlich gut für Leute, die psychologischen Bedarf haben, wenn sie wissen, sie können einmal in der Woche darüber reden. Ist bei mir aber nicht so, weil ich so viele andere Sachen um die Ohren habe, so dass es eher eine Belastung darstellen würde.“*).

Darunter fiel außerdem die Bindung des Chats an feste Termine in der Woche und eine Frau (16.7%) gab zudem an, dass sie keinen Bedarf an einer therapeutischen Chatgruppe habe, da sie lieber mit ihrem eigenen sozialen Netzwerk über Probleme reden würde (*„Dagegen spricht, dass ich ein soziales Netzwerk mit betroffenen Frauen habe. Und dann diese Bindungen an bestimmte Zeiten in der Woche [...]. Wenn ich was habe, kann ich das bei meinem sozialen Netzwerk loswerden.“*).

Die Tabelle 18 stellt die Ergebnisse zusammenfassend dar.

Tabelle 18: Gründe für eine Nichtteilnahme (Angaben beziehen sich auf n=6 Frauen, die sich gegen eine potentielle Teilnahme am Chat entschieden hatten, Mehrfachnennungen möglich.)

Gründe	Häufigkeit der Angabe
Fehlende technische Voraussetzungen: -Kein Internetanschluss -Keine Computerkenntnisse	33.3% (n=2)
Negativbewertung des Konzepts: -Med. Aspekt fehlt -Bindung an Termine	50.0% (n=3)
Kein Bedarf: -Eigenes soz. Netzwerk mit Betroffenen	16.7% (n=1)

Gleichzeitig wurden auch die Patientinnen, die sich für eine potentielle Teilnahme am Chatprogramm entschieden hatten, nach den Gründen gefragt.

Für die Mehrheit (n= 6, 66.7 %) der potenziellen Teilnehmerinnen spielte der Austausch unter betroffenen Frauen die größte Rolle (*„Vielleicht, dass man einfach ganz locker einen Austausch mit Gleichgesinnten hat und dann wurde ja auch gesagt, dass da ein Therapeut dabei ist. Falls man mal eine Frage hat, könnte die einem da ja direkt beantwortet werden.“*).

In diesem Beispiel aus den Interviews wurde zudem die Anwesenheit eines Therapeuten von insgesamt drei Frauen (33.3%) als weiterer wichtiger Aspekt aufgegriffen (*„Weil sie gesagt haben, dass da Leute sind mit den gleichen Erkrankungen und dass die sich austauschen können und das ein Fachmann, ein Therapeut dabei ist. Und das finde ich schon gut.“*).

Aber auch die reine Neugier auf das Nachsorgeangebot (n=3, 33.3%) und das Bedürfnis wissenschaftliche Studien zu unterstützen (n=2, 22.2%), führte bei einigen Patientinnen dazu, sich für eine potentielle Chatteilnahme auszusprechen (*„Und was mich auch gereizt hat, ich habe noch nie geschattet und das ist jetzt auch mal was ganz individuelles persönliches, was mich interessiert hat.“*). Ein weiteres Beispiel aus den Interviews: *„Ich finde das Programm einerseits sehr*

interessant und zum anderen habe ich viele Jahre selbst in der Forschung gearbeitet und möchte wissenschaftliche Arbeiten gerne unterstützen.“

Eine befragte Frau (11.1%) äußerte sich zudem positiv über die bei der Patientenschulung vorgeschlagene Idee, dass Chatabende zu bestimmten Themen angeboten werden könnten. Dadurch erhoffte die Patientin sich eine gewisse Strukturierung der Chatsitzung: *„Der Austausch mit den anderen Betroffenen zum einen und zum anderen, dass Themen vorgegeben werden, zu denen man sich dann im Vorfeld ein bisschen Gedanken machen kann. Dadurch scheint mir das auch geordnet zu sein und nicht so, dass alle in der einen Stunde wild hin- und herschreiben.“*

Die Tabelle 19 fasst die Ergebnisse anschaulich zusammen.

Tabelle 19: Gründe für eine potentielle Chatteilnahme (Angaben beziehen sich auf n=9 Frauen, die sich für eine potentielle Teilnahme an der Chatintervention entschieden hatten, Mehrfachnennungen möglich)

Gründe		Häufigkeit der Antworten
Positive Bewertung des Konzepts	Austausch mit anderen Betroffenen	66.7% (n=6)
	Anwesenheit eines Therapeuten	33.3% (n=3)
	Strukturierung durch vorgegebene Themen	11.1% (n=1)
Interesse/Bedarf	Neugierde	33.3% (n=3)
	Interesse an wissenschaftlichen Studien	22.2% (n=2)

Zusammenfassung 5.3.1.: Die Mehrheit der befragten Frauen (60.0%, n=9) wollte an der angebotenen Chatintervention teilnehmen.

Am häufigsten (66.7%, n=6) wurde dabei der Austausch mit anderen Betroffenen als Grund für die Teilnahme genannt. 40.0% (n=6) entschieden sich gegen eine potentielle Teilnahme. Die meistgenannten limitierenden Faktoren waren dabei die Negativbewertung des Konzepts (50.0%, n=3) und fehlenden technischen Voraussetzungen (33.3%, n=2).

5.3.2. Organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention

Die Ergebnisse der Frage nach organisatorischen oder technischen Bedenken zeigten, dass die meisten Frauen (n=11, 73.3%) keine Bedenken hatten („Ich sehe da nichts was dagegen sprechen könnte, Computer und DSL-Anschluss sind vorhanden und ich kenne mich ja auch ein bisschen aus und zur Not habe ich meinen Mann im Rücken.“). Acht der befragten Frauen (88.9%) wollten auch am Chatprogramm teilnehmen, drei (50.0%) hatten sich zwar gegen eine potentielle Teilnahme ausgesprochen, hätten aber keine organisatorischen oder technischen

Bedenken (z.B. *„Ich habe keine Bedenken, würde aber lieber persönliche Gespräche oder Telefonate führen.“*).

Vier Frauen (26.7%) gaben an, dass sie Bedenken hinsichtlich der Organisation und der Technik haben, für drei Frauen (50.0%) waren dies auch die Gründe, die gegen eine potentielle Teilnahme gesprochen hatten. Eine Frau (11.1%) wollte trotz ihrer Bedenken hinsichtlich der Organisation teilnehmen (*„Also technische auf keinen Fall, aber organisatorische würde ich schon denken, manchmal habe ich unterschiedliche Dienstzeiten und kann nicht immer zum gleichen Zeitpunkt oder am gleichen Tag immer voraussagen, ob ich da am Computer sitzen und das erledigen kann.“*).

Bei den beiden anderen Frauen, die Bedenken äußerten und auch nicht am Chat teilnehmen wollten, waren die technischen Voraussetzungen der limitierende Faktor.

Die Tabelle 20 fasst die Ergebnisse zusammen. Tabelle 21 zeigt, welche Bedenken konkret von den Patientinnen genannt wurden.

Tabelle 20: Organisatorische und technische Bedenken

Organisatorische oder technische Bedenken			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Bedenken vorhanden % (n)	11.1% (n=1)	50.0% (n=3)	26.7% (n=4)
Keine Bedenken % (n)	88.9% (n=8)	50.0% (n=3)	73.3% (n=11)

Tabelle 21: Nennung der organisatorischen und technischen Bedenken

Zukünftiger Informationswunsch			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Bedenken hinsichtlich der Technik % (n): • Kein Internetanschluss • Fehlende Internetkenntnisse	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)
Bedenken hinsichtlich der Organisation % (n): • Unterschiedliche Arbeitszeiten • Zeitliche Verpflichtung	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.3.2.: Insgesamt zeigte sich, dass die meisten Frauen ($n=11$, 73.3%) keine Bedenken hinsichtlich der Technik und Organisation einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge hatten. Die potentielle Chatteilnahme lag unter diesen Frauen bei 88.9% ($n=8$). Eine Frau (11.1%) mit organisatorischen Bedenken plante an der Intervention teilzunehmen.

5.3.3. Technische Unterstützung

Die Ergebnisse zur Frage 5.3.3 zeigten, dass die Mehrheit der Befragten ($n=9$ 60.0%) keinen Bedarf an technischer Unterstützung sah (siehe Tabelle 22). Davon wollten sechs (66.7%) Frauen am Chat teilnehmen, drei (50.0%) dagegen nicht.

Fünf (33.3%) Frauen befürworteten den Vorschlag, bei Bedarf auf technische Unterstützung zurückgreifen zu können („Ja, vielleicht jemanden, den man anrufen kann, kann ja auch sein, dass mein Mann gerade nicht da ist.“). Davon planten drei (33.3%) Frauen an der Chatintervention teilzunehmen, zwei (33.3%) hatten sich gegen eine potentielle Teilnahme ausgesprochen.

Eine Frau hatte weder Computer noch Internetanschluss zuhause, sie plante auch nicht an der Intervention teilzunehmen.

Tabelle 22 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 22: Technische Unterstützung

Wunsch nach technischer Unterstützung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Erwünscht % (n)	33.3% (n=3)	33.3% (n=2)	33.3% (n=5)
Nicht notwendig % (n)	66.7% (n=6)	50.0% (n=3)	60.0% (n=9)
Kein Internetanschluss % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.3.3.: 60.0% (n=9) gaben an, dass keine externe technische Unterstützung für sie notwendig sei. Die potentielle Teilnahme am Chat betrug unter diesen Frauen 66.7% (n=6). Drei Frauen, die sich technische Unterstützung wünschen würden, sprachen sich für eine potentielle Chatteilnahme aus (33.3%).

5.3.4. Patientenschulung

Die Ergebnisse zur Patientenschulung zeigten, dass die Mehrheit der befragten Patientinnen (n=14, 93.3%) die Schulung als positiv bewertete (z.B. „Die Schulung war sehr gut, alles ganz einfach geklärt.“).

Bei einigen Patientinnen wurde auch die Neugier an der Chatintervention durch die Möglichkeit den Chat nach der Veranstaltung ausprobieren zu können geweckt („Nein, die fand ich gut, besonders, dass man das Chatten ausprobieren konnte. Das hat auch noch nachgewirkt und wir haben uns immer darüber unterhalten, wenn wir uns beim Essen getroffen haben.“).

Neun (100.0%) der Patientinnen, die sich positiv zur Patientenschulung äußerten wollten an der Intervention teilnehmen, fünf (83.3%) dagegen nicht.

Negativ bewertete eine (6.7%) Frau die Patientenschulung. Sie bemängelte, dass zu wenig Zeit eingeplant war, um der Veranstaltung bis zum Ende beiwohnen zu können. Der Termin für die Schulung war im Plan der Rehabilitationsklinik nicht geblockt und die Anwendungen der Patientinnen liefen zeitgleich oder überschnitten sich mit der Schulung. Zudem sagte diese Frau, dass im Vorfeld nicht klar gewesen sei, dass es sich bei der Intervention „E-Nachsorge“ um eine Studie handelt. Dieser Aspekt wurde ebenfalls in die Kategorie „negative Bewertung der Patientenschulung“ aufgenommen (*„Die Information im Vorfeld war nicht ausreichend, es wurde nicht klar, dass es eine Studie ist. Ich fühlte mich mit dem Fragebogen überfordert, hätte gerne in Ruhe alles noch mal durchgelesen. Außerdem war der Termin bei mir im Zeitplan nicht geblockt, ich hatte direkt danach eine Anwendung, so dass ich nicht an dem Probechat teilnehmen konnte.“*).

Diese Frau entschied sich gegen eine potentielle Teilnahme an der Intervention.

Eine Zusammenfassung zeigt Tabelle 23.

Tabelle 23: Patientenschulung

Bewertung der Patientenschulung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Positive Bewertung % (n)	100.0% (n=9)	83.3% (n=5)	93.3% (n=14)
Negative Bewertung % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.3.4.: Insgesamt wurde die Patientenschulung von 93.3% (n=14) der Patientinnen als positiv bewertet. Neun (100.0%) der sich positiv äußерnden Frauen wollten auch an der Chatintervention teilnehmen.

5.3.5. Nachteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)

Die Patientinnen wurden aufgefordert Nachteile anzugeben, die ihrer Meinung nach bei einer internetbasierten Nachsorge entstehen könnten. Das Ergebnis zeigt, dass acht (53.3%) der befragten Frauen keine Nachteile bei der „E-Nachsorge“ sahen (z.B. *„Ich gebe ja nicht meinen richtigen Namen an und insofern sehe ich da keine Nachteile. Ich kann ja auch wegbleiben, wenn ich will. Nachteile sehe ich da wirklich nicht.“*).

Sieben (46.7%) Frauen konnten sich jedoch Nachteile vorstellen, die insbesondere bei einer Chatgruppe entstehen könnten. Die meisten Frauen ($n=4$, 26.7%) hatten Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung (*„Es kann einerseits positiv sein, dass man sich innerhalb der Gruppe nicht kennt, es kann aber auch negativ sein. Die Gruppe kann gut harmonieren, kann aber auch sein, dass man sich in der Gruppe gar nicht wohlfühlt.“*) aber auch der Atmosphäre innerhalb der Gruppe geäußert: *„Die Patientinnen gehen ja auch ganz verschieden mit ihrer Erkrankung um und in der Klinik habe ich mich instinktiv auch von den Leuten ferngehalten, die mir nicht gut getan hätten. Das ist dann ja in so einer Chatgruppe auch eher schwierig.“*

Drei Frauen (20.0%) befürchteten, durch die anderen Teilnehmerinnen verunsichert zu werden ([...] *„Das halt die Krankheitsbilder zu sehr aufgeblättert werden, die dann doch ein bisschen Angst machen. Wenn man jetzt etwas unbedarft ist und blauäugig in den Tag hineingeht, dass man da verunsichert wird.“*).

Verglich man diese Ergebnisse mit der Chatteilnehmerzahl so zeigte sich, dass zwei (33.3%) der Frauen, die keine Nachteile an einer internetbasierten Nachsorge sahen, nicht an der Intervention teilnehmen wollten. Sechs (66.7%) entschieden sich dagegen für die potentielle Teilnahme. Bei den Frauen, die Bedenken äußerten, waren es drei (33.3%) potentielle Teilnehmerinnen und vier (66.7%) potentielle Nichtteilnehmerinnen. Eine anschauliche Darstellung der Ergebnisse zeigt Tabelle 24. Tabelle 25 listet die genannten Nachteile einer Chatnachsorge aus Sicht der Patientinnen auf.

Tabelle 24: Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge (ja/nein)

Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Sehe Nachteile % (n)	33.3% (n=3)	66.7% (n=4)	46.6% (n=7)
Sehe keine Nachteile % (n)	66.7% (n=6)	33.3% (n=2)	53.3% (n=8)

Tabelle 25: Konkrete Nachteile einer Chatnachsorge aus Sicht der Patientinnen (Angaben beziehen sich auf n=7 Frauen, die Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge sehen, Mehrfachnennungen möglich)

Konkrete Nachteile			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung und der Atmosphäre innerhalb der Gruppe % (n)	22.2% (n=2)	33.3% (n=2)	26.7% (n=4)
Verunsicherung durch die anderen Chatteilnehmerinnen % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)

Zusammenfassung 5.3.5.: 53.3% (n=8) sahen keine Nachteile bei einer internetbasierten Nachsorge. Die Bereitschaft zur Chatteilnahme lag bei 66.7% (n=6). 46.7% (n=7) konnten sich dagegen Nachteile vorstellen. Am häufigsten (n=4, 26.7%) wurden Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung und der Atmosphäre innerhalb der Gruppe genannt. Die potentielle Chatteilnahme unter diesen Frauen betrug 22.2% (n=2).

5.3.6. Vorteile einer internetbasierten Nachsorge (E-Nachsorge)

Die Ergebnisse zeigten, dass alle (n=15, 100.0%) der befragten Patientinnen Vorteile einer internetbasierten Nachsorge sahen.

Am häufigsten (n=11, 73.3%) wurde der Austausch und die gegenseitige Motivation mit anderen betroffenen Frauen als positiver Aspekt genannt: „[...] *dass man sich halt austauscht und dass man sieht, wie denken andere und dass ich für mich daraus Nutzen ziehen kann. Aber auch, dass ich anderen helfen kann, mit dem wie ich lebe oder daran herangehe. Dass das so ein Geben und Nehmen ist*“.

Auch die Niederschwelligkeit dieses psychoonkologischen Angebots wurde drei Mal (20.0%) als positiver Aspekt gesehen („*Was ich als positiv ansehe ist, dass man das von zuhause machen kann*“; „*man hat halt keine Kosten weiter*“).

Weiterhin konnte die Anwesenheit eines Therapeuten zwei Frauen (n=2, 13.3%) überzeugen („[...] *dass das moderiert wird von einem Therapeuten*“).

Eine Frau (6.7%) nannte den Aspekt, dass die Teilnehmerinnen alle den gleichen Stand in der Erkrankungsphase haben als Vorteil („*Ich finde es von Vorteil, dass sich da eine Gruppe zusammentut, die alle den gleichen Stand haben, also alle kommen gerade aus der Reha. Und nicht wie bei einer Selbsthilfegruppe, wo das alles unterschiedlich lange her ist und für einige Leute gar nicht mehr so aktuell.*“)

Zwei Frauen (13.3%) erachteten es zudem als positiv, dass der Austausch innerhalb der Chatgruppe anonym unter Verwendung von Pseudonymen verlief („*Es kann positiv sein, dass es anonym ist.*“).

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt Tabelle 26. Die Tabelle 27 listet alle von den Patientinnen genannten Vorteile auf.

Tabelle 26: Vorteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge (ja/nein)

Vorteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Sehe Vorteile % (n)	100% (n=9)	100% (n=6)	100% (n=15)
Sehe keine Vorteile % (n)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)

Tabelle 27: Konkrete Vorteile einer Chatnachsorge aus Sicht der Patientinnen (Angaben beziehen sich auf n=15 Frauen, Mehrfachnennungen möglich)

Konkrete Vorteile			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Austausch und gegenseitige Motivation % (n)	66.7% (n=6)	83.3% (n=5)	73.3% (n=11)
Niederschwelligkeit des Angebots (keine Kosten und von zuhause aus möglich) % (n)	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)	20.0% (n=3)
Patientinnen alle auf dem gleichen Stand % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)
Anwesenheit eines Therapeuten % (n)	22.2% (n=2)	0.0% (n=0)	13.3% (n=2)
Anonymität % (n)	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.3.6.: Insgesamt zeigte sich, dass alle befragten Frauen (n=15, 100.0%) Vorteile einer internetbasierten Nachsorge sahen. Am häufigsten (n=11, 73.3%) wurde dabei der Austausch und die gegenseitige Motivation als Vorteil genannt. 66.7% (n=6) dieser Frauen wollten an der Chatintervention teilnehmen.

5.3.7. Optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge

Die Mehrzahl der befragten Frauen (n=8, 53.3%) hatte eine Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge. Sieben Frauen (46.7%) haben dagegen keine Idee zu einem E- Nachsorgekonzept.

Für die meisten erkrankten Frauen (n=3, 20.0%) war es wichtig, einen Ansprechpartner zu haben, der in Krisenzeiten erreichbar ist („Na ja vielleicht

wenn man mal einen psychischen Tiefgang hat, dass man da jemanden zum Ansprechen hat.“).

Zudem wurde der Wunsch geäußert, einen Ansprechpartner zu haben, der auch medizinische Kenntnisse hat („Also was sicherlich nicht schlecht wäre, wenn sachkundige Personen aus der Onkologie Fragen beantworten würden.“).

Das Konzept einer Nachsorge innerhalb einer Gruppe wurde als gut befunden und durch weitere Ideen ergänzt. Zum Beispiel wurde der Wunsch nach einer Chatgruppe geäußert, in der die Patientinnen alle den gleichen Stand bezüglich ihrer Erkrankungsphase haben, um sich besser austauschen zu können

(„Eine Chatgruppe mit Patientinnen mit gleicher Diagnose, die auch dieselben Medikamente bekommen. Dann kann man sich besser austauschen und auch medizinische Themen besprechen.“).

Weiterhin nannte eine Frau (6.7%) die Idee, dass es zu den Themen, die im Chat besprochen werden, eine Art Infopool geben sollte, auf den die Teilnehmerinnen bei Bedarf zurückgreifen könnten („Gut wäre, wenn es zu den speziellen Themen Link-Tipps oder eine pdf-Datei geben würde, die man sich im Anschluss noch mal durchlesen könnte.“).

Vier (44.4%) der Frauen, die keine Vorstellung von einer optimalen internetbasierten Nachsorge hatten, wollten am Chatprogramm teilnehmen, drei (50.0%) dagegen nicht. Unter den Frauen, die Ideen zur optimalen E-Nachsorge hatten, waren fünf (55.6%) potentielle Teilnehmerinnen und drei (50.0%) potentielle Nichtteilnehmerinnen. Tabelle 28 zeigt die zusammengefassten Ergebnisse.

Die Tabelle 29 stellt die von den Frauen genannten Ideen dar.

Tabelle 28: Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge (ja/nein)

Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Idee vorhanden % (n)	55.6% (n=5)	50.0% (n=3)	53.3% (n=8)
Keine Idee % (n)	44.4% (n=4)	50.0% (n=3)	46.6% (n=7)

Tabelle 29: Ideen für eine optimale internetbasierte Nachsorge (Angaben beziehen sich auf n=8 Frauen, die eine Idee für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge nennen konnten, Mehrfachnennungen möglich)

Konkrete Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Jederzeit erreichbarer therapeutischer Ansprechpartner % (n)	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)	20.0% (n=3)
Onkologe als Email-Kontakt % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)
Email-Kontakt mit Therapeuten % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)
Frauen mit der gleichen Diagnose und Therapie % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)
Privat treffen ohne Therapeuten % (n)	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)
Infopool zu besprochenen Themen im Chat	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.3.7.: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mehrheit der befragten Frauen (53.3%, n=8) Ideen hatte, wie eine optimale internetbasierte Nachsorge aussehen könnte. Die meistgenannte Idee (20.0%, n=3) war die Möglichkeit bei Bedarf einen therapeutischen Ansprechpartner zu haben. Die Frauen, die diesen Vorschlag äußerten planten an der Chatintervention teilzunehmen (n=3, 50.0%).

5.3.8. Zusammenfassung der Ergebnisse der 3. Forschungsfrage: Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?

Die Einstellung zur Chatintervention ließ sich insgesamt als positiv bewerten. Die Mehrheit der Frauen (60.0%, n=9) wollte an der angebotenen Chatintervention teilnehmen. Dabei wurde der Austausch unter ebenfalls Betroffenen als der häufigste Grund (66.7%, n=6) für eine potentielle Teilnahme genannt.

Alle Frauen (n=15), unabhängig davon, ob sie am Chat teilnehmen wollten oder nicht, konnten Vorteile einer internetbasierten Nachsorge sehen. Auch hier war der meistgenannte Vorteil (73.3%, n=11) der Austausch und die gegenseitige Motivation.

Die Mehrheit (73.3%, n=11) hatte keine Bedenken hinsichtlich der Technik und der Organisation. 66.7% (n=10) verneinte zudem den Bedarf an externer technischer Unterstützung.

5.4. Ergebnisse der 4. Forschungsfrage: Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

5.4.1. Nutzung des Internets

Die Ergebnisse zeigten, dass zwölf der fünfzehn (80.0%) befragten Frauen, das Internet im Alltag nutzten, drei (20.0%) hatten dagegen gar keine Erfahrung mit dem Internet oder nutzten es nicht.

Die Häufigkeit der Nutzung des Internets ist in Tabelle 31 dargestellt.

Acht (88.9%) Frauen, die das Internet regelmäßig nutzten, wollten auch an der Chatintervention teilnehmen. Vier (66.7%) Frauen entschieden sich gegen eine potentielle Teilnahme.

Bei der Gruppe von Frauen (n=3, 20.0%), die keine Erfahrung mit dem Internet hatten, wollten zwei (33.3%) Frauen nicht teilnehmen, eine (11.1%) Frau plante die E-Nachsorge auszuprobieren.

Der Zusammenhang zwischen der alltäglichen Nutzung des Internets und der Bereitschaft zur Chatteilnahme ist in Tabelle 30 dargestellt.

Tabelle 30: Erfahrung mit dem Internet

Erfahrung mit dem Internet			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Vorhanden % (n)	88.9% (n=8)	66.7% (n=4)	80.0% (n=12)
Nicht vorhanden % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)

Tabelle 31: Wöchentliche Nutzung des Internets

Wöchentliche Nutzung des Internets			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Selten bis gar nicht % (n)	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)	20.0% (n=3)
1-2x pro Woche % (n)	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)	20.0% (n=3)
3-4x pro Woche % (n)	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)	20.0% (n=3)
Fast täglich bis täglich % (n)	44.4% (n=4)	33.3% (n=2)	40.0% (n=6)

Zusammenfassung 5.4.1.: Insgesamt zeigte sich hier, dass die Mehrheit der Patientinnen (80.0%, n=12) Erfahrungen im Umgang mit dem Internet hatten, der überwiegende Teil (n=6, 40.0%) nutzte das Internet fast täglich bis täglich. Unter diesen Frauen betrug der Anteil der potentiellen Chatteilnehmerinnen 44.4% (n=4). Eine Frau, die keine Erfahrung mit dem Internet hatte, plante an der Chatintervention teilzunehmen (11.1%, n=1).

5.4.2. Zugang zum Internet zuhause

Die Patientinnen wurden gefragt, ob sie einen Computer und einen Internetanschluss zuhause haben. 14 von 15 (93.3%) Frauen gaben an, dass dies der Fall sei. Lediglich eine Patientin (6.7%) lebte in einem Haushalt ohne Computer.

Neun (100.0%) Frauen mit Computer und Internetanschluss zuhause planten am Chat teilzunehmen, fünf (83.3%) entschieden sich gegen eine potentielle Teilnahme.

Die Frau ohne Möglichkeit der Internetnutzung zuhause wollte auch nicht an der internetbasierten Nachsorge teilnehmen.

Tabelle 32 zeigt noch einmal die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Tabelle 32: Internetanschluss zuhause

Internetanschluss zuhause			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Vorhanden % (n)	100.0% (n=9)	83.3% (n=5)	93.3% (n=14)
Nicht vorhanden % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.4.2.: Insgesamt gaben die meisten Frauen (n=14, 93.3%) an, zuhause Zugang zum Internet zu haben. Alle potentiellen Chatteilnehmerinnen (100.0%, n=9) haben einen Internetanschluss zuhause.

5.4.3. Zielsetzung, mit der das Internet genutzt wird

Die Ergebnisse zeigten, dass das Internet sehr vielfältig von den befragten Frauen genutzt wurde. Zwölf (80.0%) Frauen gaben an, das Internet mit einer bestimmten Zielsetzung zu benutzen. Besonders die Recherchemöglichkeiten (n=9, 60.0%), sowie das Schreiben von Emails (n=6, 40.0%) wurden von den meisten Frauen geschätzt (*„Ich benutze es als großes Lexikon, als Antwortkatalog auf meine Fragen und zum E-mail schreiben. Manchmal auch zum Spielen“*;

„Recherche für den Beruf und Privat z.B. Flüge buchen, Züge raussuchen. Wenn ich eine unbekannte Strecke fahren muss habe ich sie mir vorab im Internet angeschaut, Reiseziele, Wetter, E-mails.“).

Oft genannt (n=4, 26.7%) wurde außerdem, dass das Internet zum Spaß (z.B. Spiele spielen oder Einkaufen) genutzt werde (*„Um sich informieren zu können, eigentlich einfach nur so aus Spaß.“*).

Zwei Frauen (13.3%) gaben an, das Internet zudem täglich in ihrem Beruf zu nutzen (*„[...] wir benutzen das Internet zuhause ja auch tagtäglich, weil wir eine eigene Firma haben.“*).

Von den zwölf (80.0%) Frauen, die das Internet mit einer bestimmten Zielsetzung benutzten, planten acht Frauen (88.9%) an der Chatintervention teilzunehmen, vier (66.7%) entschieden sich gegen eine potentielle Teilnahme. Drei Frauen konnten keine konkrete Zielsetzung nennen, eine (11.1%) Frau wollte an der

Intervention teilnehmen, zwei (33.3%) sprachen sich gegen eine potentielle Teilnahme aus.

Tabelle 33: Zielsetzungen bei der Internetnutzung (Angaben beziehen sich auf n=12 Frauen, die eine bestimmte Zielsetzung der Internetnutzung nennen konnten, Mehrfachnennungen möglich.)

Zielsetzungen der Internetnutzung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Recherche % (n)	77.8% (n=7)	33.3% (n=2)	60.0% (n=9)
Email % (n)	33.3% (n=3)	50.0% (n=3)	20.0% (n=6)
Spaß/Einkaufen % (n)	22.2% (n=2)	33.3% (n=2)	26.7% (n=4)
Beruflich % (n)	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.4.3.: Von den potentiellen Chatteilnehmerinnen nutzten 77.8% (n=7) das Internet für Recherche, 33.3% (n=3) für Emails, 22.2% (n=2) zum Spaß und zum Einkaufen und 11.1% (n=1) der potentiellen Teilnehmerinnen nutzten das Internet zudem im Beruf.

5.4.4. Bedeutung des Internets

Für den überwiegenden Anteil (n=8, 53.3%) der befragten Frauen hatte das Internet eine große Bedeutung („Na ja, ich möchte es eigentlich nicht mehr missen. Man hat sich daran gewöhnt an die schnelle Verfügbarkeit von Daten, von Informationen und die Weitergabe von E-mails“ oder „[...] ohne Internet geht es fast gar nicht mehr.“).

Fünf (33.3%) Frauen gaben an, dass das Internet für sie lediglich eine mittlere bis geringe Bedeutung hätte

(„Ginge auch ohne, aber irgendwie gehört es dann auch heute einfach dazu; „Mittelprächtig, ich bin nicht jeden Tag im Internet.“). Für zwei (13.3%) Frauen hatte das Internet nach eigenen Angaben gar keine Bedeutung.

Tabelle 34 zeigt die zusammengefassten Ergebnisse und die jeweilige Bereitschaft zur Chatteilnahme.

Tabelle 34: Bedeutung des Internets

Bedeutung des Internets			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Große Bedeutung % (n)	88.9% (n=8)	0.0% (n=0)	53.3% (n=8)
Mittlere bis geringe Bedeutung % (n)	11.1% (n=1)	66.7% (n=4)	33.3% (n=5)
Keine Bedeutung	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.4.4.: Unter den potentiellen Chatteilnehmerinnen hatte das Internet für 88.9% (n=8) eine große Bedeutung und für 11.1% (n=1) eine mittlere bis geringe Bedeutung. Potentielle Nichtteilnehmerinnen maßen dem Internet überwiegend (n=4, 66.7%) eine mittlere bis geringe Bedeutung zu.

5.4.5. Nachteile der Internetnutzung

Die Ergebnisse zeigten, dass die Mehrheit (n=10, 66.7%) der befragten Frauen Nachteile der Internetnutzung nennen konnten.

Acht Frauen (53.3%) konnten eine Gefahr in der Sicherheit allgemein, aber vor allem im Missbrauch von Daten sehen (*„Datenunsicherheit, ich mache z.B. kein Online-Banking“*), dazu zählte auch die Verletzung der Privatsphäre (*„Ja, man kann sich in den Weiten verlieren und Seiten besuchen, wo man zu viel von sich Preis gibt oder deren Besuche verfolgt werden können.“*).

Im Hinblick auf die Krebserkrankung wurde zudem die Angst geäußert durch falsche Informationen im Internet verunsichert zu werden (n=1, 6.7%); (*„Man kann da auch sehr viel Falsches lesen, man muss sich so informieren, dass man auf die richtigen Seiten gelangt [...]“*).

Zwei (13.3%) Frauen nannten als weitere Befürchtung auf kostenpflichtige Internetseiten zu gelangen (*„Ich sehe auch die Gefahr für Unwissende auf Seiten zu gelangen, die was kosten.“*).

Fünf (33.3%) Frauen gaben an, keine Bedenken hinsichtlich der Internetnutzung zu haben. Eine zusammenfassende Darstellung zeigen Tabelle 35 und Tabelle 36

Tabelle 35: Nachteile der Internetnutzung

Nachteile der Internetnutzung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Vorhanden % (n)	88.9% (n=8)	33.3% (n=2)	66.7% (n=10)
Nicht vorhanden % (n)	11.1% (n=1)	66.7% (n=4)	33.3% (n=5)

Tabelle 36: Gefahren der Internetnutzung (Angaben beziehen sich auf n=10 Frauen, die Nachteile bei der Internetnutzung sahen, Mehrfachnennungen möglich)

Gefahren der Internetnutzung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
• Sicherheit allgemein • Missbrauch von Daten • Verletzung der Privatsphäre % (n)	66.7% (n=6)	33.3% (n=2)	53.3% (n=8)
• Falsche Informationen/ Verunsicherung % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)
• Versteckte Kosten % (n)	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.4.5.: Von den potentiellen Chatteilnehmerinnen äußerten 88.9% (n=8) Bedenken bei der Internetnutzung, diese betrafen vor allem die Sicherheit, den Missbrauch von Daten und die Verletzung der Privatsphäre (n=6, 66.7%). Eine (11.1%) potentielle Teilnehmerin hatte keine Bedenken. Unter den potentiellen Nichtteilnehmerinnen sahen die meisten (n=4, 66.7%) keine Gefahren der Internetnutzung.

5.4.6. Vorteile der Internetnutzung

Die Mehrheit (n=13, 86.7%) der befragten Frauen konnte Vorteile der Internetnutzung nennen, unter ihnen waren neun (100.0%) potentielle Teilnehmerinnen und vier (66.7%) potentielle Nichtteilnehmerinnen.

Zwei Frauen (13.3%) sahen keine Vorteile, diese wollten auch nicht an der Chatintervention teilnehmen.

Als Vorteil wurde vor allem die Möglichkeit der schnellen Information als Antwort genannt (n=11, 73.3%)

(„Informationen, dass man die ganz schnell haben kann und nicht erst irgendwelche Bücher besorgen muss und nachschlagen. Man setzt sich vor den Computer und guckt und guckt und sucht sich dann das Optimalste raus, wo man denkt, das ist es!“; „Dass es jederzeit möglich ist an Informationen zu gelangen, riesengroßes Lexikon.“).

Aber auch die Möglichkeiten, schnell eine E-mail schreiben und Kontakte pflegen zu können wurden als vorteilhaft beschrieben (n=4, 26.7%) *(„Die schnelle Informationsquelle, der einfache Postweg mit E-mails und auch Preisvergleiche.“).*

Die Ergebnisse werden in den Tabellen 37 und 38 zusammengefasst.

Tabelle 37: Vorteile der Internetnutzung

Vorteile der Internetnutzung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Vorhanden % (n)	100.0% (n=9)	66.7% (n=4)	86.7% (n=13)
Nicht vorhanden % (n)	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)

Tabelle 38: Konkrete Vorteile der Internetnutzung (Angaben beziehen sich auf n=13 Frauen, die Vorteile der Internetnutzung sehen konnten, Mehrfachnennungen möglich)

Konkrete Vorteile der Internetnutzung			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Schnelle Informationsmöglichkeit % (n)	88.9% (n=8)	50.0% (n=3)	73.3% (n=11)
Email/Kontakte pflegen % (n)	33.3% (n=3)	16.7% (n=1)	26.7% (n=4)
Praktisch/ bequem von zuhause aus % (n)	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)	20.0% (n=3)
Beschäftigung % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.4.6.: Potentielle Chatteilnehmerinnen sahen vor allem die schnelle Informationsmöglichkeiten (n=8, 88.9%) des Internets als Vorteil. Jeweils drei Mal (33.3%) nannten potentielle Teilnehmerinnen zudem Email und Kontakte pflegen sowie die Praktikabilität des Internets als Vorteil.

Unter den potentiellen Nichtteilnehmern konnten zwei (33.3%) keine Vorteile der Internetnutzung sehen, vier (66.7%) nannten ebenfalls die schnelle Informationsmöglichkeit als vorteilhaft.

5.4.7. Forumsdiskussion

Die Ergebnisse zeigten, dass die Mehrheit der befragten Frauen (n=12, 80.0%) den Begriff „Forumsdiskussion“ kannten, jedoch noch nie an einer teilgenommen hatten.

Eine Frau (6.7%) hatte sich bereits einmal an einer Forumsdiskussion im Internet beteiligt und zwei (13.3%) Frauen war der Begriff nicht bekannt.

Betrachtete man diese Ergebnisse im Vergleich mit der Bereitschaft zur Chatteilnahme so zeigte sich, dass sich unter den potentiellen Teilnehmerinnen acht (88.9%) Frauen befanden, denen eine „Forumsdiskussion“ begrifflich bekannt war, die jedoch noch keine eigenen Erfahrungen damit gemacht hatten. Eine

(11.1%) potentielle Chatteilnehmerin hatte sich bereits schon einmal an einer „Forumsdiskussion“ im Internet beteiligt.

Unter den potentiellen Nichtteilnehmerinnen war der Begriff der „Forumsdiskussion“ vier (66.7%) Frauen bekannt, zwei (33.3%) hatten noch nie davon gehört.

Tabelle 39 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 39: Forumsdiskussion

Forumsdiskussion			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Aus eigener Erfahrung bekannt % (n)	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)	6.7% (n=1)
Begrifflich bekannt % (n)	88.9% (n=8)	66.7% (n=4)	80.0% (n=12)
Begrifflich unbekannt % (n)	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)	13.3% (n=2)

Zusammenfassung 5.4.7.: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unter den potentiellen Chatteilnehmerinnen die meisten (n=8, 88.9%) den Begriff der Forumsdiskussion kannten, jedoch noch keine eigenen Erfahrungen damit gemacht hatten. Unter den potentiellen Nichtteilnehmerinnen war vier (66.7%) Frauen ebenfalls nur der Begriff bekannt, zwei (33.3%) Frauen gaben an, den Begriff der „Forumsdiskussion“ nicht zu kennen.

5.4.8. Erfahrungen mit einem Chat

Die Mehrzahl (n=11, 73.3%) der befragten Frauen kannte einen Chat im Internet, hatte aber noch keine persönlichen Erfahrungen damit gemacht. Drei (20.0%) Frauen hatten bereits schon einmal „gechattet“ und eine (6.7%) Frau wusste gar nicht, um was es sich bei einem „Chat“ handelt.

Potentielle Chatteilnehmerinnen kannten überwiegend (n=7, 77.8%) den Begriff „Chat“ ohne dass sie bereits an einem teilgenommen hatten. Zwei (22.2%) hatten bereits Erfahrungen im „chatten“ sammeln können

Eine zusammenfassende Darstellung zeigt Tabelle 40.

Tabelle 40: Erfahrungen mit einem Chat

Erfahrungen mit einem Chat			
	Potentielle Chatteilnahme	Potentielle Nichtteilnahme	Gesamt
Aus eigener Erfahrung bekannt % (n)	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)	20.0% (n=3)
Begrifflich bekannt % (n)	77.8% (n=7)	66.7% (n=4)	73.3% (n=11)
Begrifflich unbekannt % (n)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)	6.7% (n=1)

Zusammenfassung 5.4.8.: Potentiellen Chatteilnehmerinnen war der Begriff „Chat“ überwiegend (n=7, 77.8%) bekannt, zwei (22.2%) hatten bereits Erfahrungen im „chatten“ sammeln können. Von den potentiellen Nichtteilnehmerinnen kannten vier (66.7%) den Begriff, eine (16.7%) Frau hatte bereits schon einmal „gechattet“ und eine (16.7%) andere Frau wusste nicht, worum es sich bei einem „Chat“ handelt.

5.4.9. Zusammenfassung der Ergebnisse der 4. Forschungsfrage: Wie ist die Erfahrung der Patientinnen mit dem Internet?

Die Mehrheit der Patientinnen (80.0%, n=12) hatte Erfahrung mit dem Internet und nutzte dieses auch mehrmals die Woche. 93.3% (n=14) hatten zuhause Zugang zum Internet.

Der Vorteil der Internetnutzung lag laut der befragten Frauen vor allem in der schnellen Informationsbeschaffung (73.3%, n=11). Gefahren sahen die Frauen besonders in der allgemeinen Sicherheit, im Missbrauch von Daten und in der Verletzung der Privatsphäre (53.3%, n=8).

Bis auf drei (20.0%) Frauen hatten 80.0% (n=12) der Frauen noch keine persönlichen Erfahrungen in einem Chat sammeln können.

Potentielle Chatteilnehmerinnen benutzen entweder fast täglich bis täglich (n=4, 66.7%) oder mehrmals die Woche (n=4, 66.7%) das Internet und haben einen Internetanschluss zuhause (100.0% n=9). Das Internet dient ihnen vor allem zu Recherchezwecken (n=7, 77.8%) und hat für sie eine große Bedeutung (n=8, 88.9%). Die Gefahren sehen potentielle Teilnehmerinnen vor allem in der Sicherheit (n=6, 66.7%). Mehrheitlich sind ihnen die Begriffe „Forumsdiskussion“ (n=8, 88.9%) und „Chat“ (n=7, 77.8%) bekannt, ohne dass sie bereits eigene Erfahrungen damit sammeln konnten.

5.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden alle Fragen und Antworten des Ergebnisteils tabellarisch zusammengefasst. Unterschieden wird zwischen Fragen, deren Antworten einem zweistufigen Abstufungsgrad (positiv-negativ, siehe Tabelle 41) zugeordnet wurden, Fragen deren Antworten anderen Ausprägungsgraden (z.B. große Bedeutung-geringe bis mittlere Bedeutung-keine bis gar keine Bedeutung) zugeordnet wurden (siehe Tabelle 42) und Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten (siehe Tabelle 43). Unterschieden wird jeweils zwischen der potentiellen Chatteilnahme bzw. Nichtteilnahme.

Tabelle 41: Fragen, deren Antworten einem zweistufigen Abstufungsgrad zugeordnet wurden (positiv-negativ, Restkategorie: mal positiv-mal negativ)

	Potentielle Chatteilnahme			Potentielle Nichtteilnahme		
Frage	Positive Äußerung % (n)	Negative Äußerung % (n)	Mal positive- mal negative Äußerung % (n)	Positive Äußerung % (n)	Negative Äußerung % (n)	Mal positive- mal negative Äußerung % (n)
5.1.1 Bewertung des eigenen Befindens	88.9% (n=8)	11.1% (n=1)	-	66.7% (n=4)	33.3% (n=2)	-
5.1.2 Einstellung zur eigenen Erkrankung	66.7% (n=6)	11.1% (n=1)	22.2% (n=2)	83.3% (n=5)	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)
5.1.3 Wunsch nach Unter- stützung	33.3% (n=3)	66.7% (n=6)	-	16.7% (n=1)	83.3% (n=5)	-
5.1.4 Einstellung zur psycho- sozialen Nachsorge	100% (n=9)	0.0% (n=0)	-	100.0% (n=6)	0.0% (n=0)	-
5.1.5 Wunsch nach Hilfe bei der Organisation der Nachsorge	77.8% (n=7)	22.2% (n=2)	-	100% (n=6)	0.0% (n=0)	-
5.1.6 Beurteilung der eigenen Betreuung und Versorgung	66.7% (n=6)	33.3% (n=3)	-	83.3% (n=5)	16.7% (n=1)	-

Tabelle 41: Fragen, deren Antworten einem zweistufigen Abstufungsgrad zugeordnet wurden (positiv-negativ, Restkategorie: mal positiv-mal negativ),
Fortsetzung

5.2.5a Weiter- empfehlung von Internetseiten	44.4% (n=4)	55.6% (n=5)	-	0.0% (n=0)	100% (n=6)	-
5.3.1a Chatteilnahme	100% (n=9)	-	-	100% (n=6)		
5.3.2 Organisatorische oder technische Bedenken	11.1% (n=1)	88.9% (n=8)	-	50.0% (n=3)	50.0% (n=3)	-
5.3.3 Wunsch nach technischer Unterstützung	33.3% (n=3)	66.7% (n=6)	-	33.3% (n=2)	66.7% (n=4)	Kein Internet- anschluss: 16.7% (n=1)
5.3.4 Bewertung der Patientenschulung	100% (n=9)	0.0% (n=0)	-	83.3% (n=5)	16.7% (n=1)	-
5.3.5 Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge vorhanden	33.3% (n=3)	66.7% (n=6)	-	66.7% (n=4)	33.3% (n=2)	

Tabelle 41: Fragen, deren Antworten einem zweistufigen Abstufungsgrad zugeordnet wurden (positiv-negativ, Restkategorie: mal positiv-mal negativ),
Fortsetzung

5.3.6 Vorteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge vorhanden	100% (n=9)	0.0%	-	100% (n=6)	0.0% (n=0)	-
5.3.7 Vorschläge zu einer optimalen internetbasierten psychosozialen Nachsorge vorhanden	55.6% (n=5)	44.4% (n=4)	-	50.0% (n=3)	50.0% (n=3)	-
5.4.1 Erfahrungen mit dem Internet	88.9% (n=8)	11.1% (n=1)	-	66.7% (n=4)	33.3% (n=2)	-
5.4.2 Internetanschluss zuhause	100% (n=9)	0.0% (n=0)	-	83.3% (n=5)	16.7% (n=1)	-
5.4.5 Nachteile der Internetnutzung vorhanden	88.9% (n=8)	11.1% (n=1)	-	33.3% (n=2)	66.7% (n=4)	-
5.4.6 Vorteile der Internetnutzung vorhanden	100% (n=9)	0.0% (n=0)	-	66.7% (n=4)	33.3% (n=2)	-

Tabelle 42: Fragen, deren Antworten anderen Ausprägungsgraden zugeordnet wurden

Fragen	Ausprägungsgrade	Potentielle Chatteilnahme % (n)	Potentielle Nichtteilnahme % (n)
5.2.3 Informationsdefizite während der Erkrankung	ausreichend informiert	55.6% (n=5)	66.7% (n=4)
	nicht ausreichend informiert	44.4% (n=4)	33.3% (n=2)
5.2.4 Zukünftiger Informationswunsch	vorhanden	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)
	unentschlossen	66.7% (n=6)	0.0% (n=0)
	nicht vorhanden	22.2% (n=2)	66.7% (n=4)
5.4.4 Bedeutung des Internets	große Bedeutung	88.9% (n=8)	0.0% (n=0)
	mittlere bis geringe Bedeutung	11.1% (n=1)	66.7% (n=4)
	keine Bedeutung	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
5.4.7 Forumsdiskussion	aus eigener Erfahrung bekannt	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	begrifflich bekannt	88.9% (n=8)	66.7% (n=4)
	begrifflich unbekannt	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
5.4.8 Chaterfahrung	aus eigener Erfahrung bekannt	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)
	begrifflich bekannt	77.8% (n=7)	66.7% (n=4)
	begrifflich unbekannt	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten

Frage	Antworten	Potentielle Nichtteilnahme % (n)	Potentielle Nichtteilnahme % (n)
5.1.5 Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge (bezogen auf n=10 Frauen, die einen Vorschlag äußern konnten)	Anregungen geben	55.6% (n=5)	0.0% (n=0)
	Ansprechpartner vermitteln	0.0% (n=0)	50.0% (n=3)
	allgemeine Unterstützung	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	Patienten aus dem gleichen Wohngebiet zusammenbringen	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
5.2.1 Informationen über die eigene Erkrankung, Informationsquellen (bezogen auf n=14 Frauen, die sich über ihre Erkrankung informiert haben)	Fachliteratur/ Broschüren	100% (n=9)	66.7% (n=4)
	Internet	77.8% (n=7)	33.3% (n=2)
	Arzt	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	Andere Quellen: Fernsehen, Hotline, Vorträge	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten, Fortsetzung

5.2.2 Nach welchen Informationen wurde gesucht, Informationsbereiche (bezogen auf n=11 Frauen, die gezielt nach Informationen gesucht haben)	Diagnose	55.6% (n=5)	33.3% (n=2)
	Therapie	44.4% (n=4)	50.0% (n=3)
	Alternative Medizin	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
5.2.5 Weiterempfehlung von Internetseiten (Angaben beziehen sich auf n=4 Frauen, die eine Weiterempfehlung aussprechen konnten)	Krebs-gesellschaften	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)
	Medizinische Informationsseiten	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	Selbsthilfegruppen im Internet	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
5.3.1a Chatteilnahme, Gründe für eine potentielle Nichtteilnahme	Fehlende technische Voraussetzungen	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
	Negativbewertung des Konzepts	0.0% (n=0)	50.0% (n=3)
	Kein Bedarf	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten, Fortsetzung

5.3.1b Chatteilnahme, Gründe für eine potentielle Teilnahme	Austausch mit anderen Betroffenen	66.7% (n=6)	0.0% (n=0)
	Anwesenheit eines Therapeuten	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)
	Strukturierung durch vorgegebene Themen	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	Neugierde	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)
	Interesse an wissenschaftlicher Arbeit	22.2% (n=2)	0.0% (n=0)
5.3.2 Organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention	Bedenken hinsichtlich der Technik	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
	Bedenken hinsichtlich der Organisation	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)
5.3.5 Konkrete Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge aus Sicht der Patientinnen (bezogen auf n=7 Frauen, die Nachteile sahen)	Bedenken hinsichtlich der Gruppen- zusammensetzung und der Atmosphäre innerhalb der Gruppe	22.2% (n=2)	33.3% (n=2)
	Verunsicherung durch die anderen Chatteilnehmer	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten, Fortsetzung

5.3.6 Konkrete Vorteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge aus Sicht der Patientinnen (bezogen auf n=15 Frauen, die Vorteile sahen)	Austausch und gegenseitige Motivation	66.7% (n=6)	83.3% (n=5)
	Niederschwelligkeit des Angebots	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)
	Patientinnen alle auf dem gleichen Stand	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)
	Anwesenheit eines Therapeuten	22.2% (n=2)	0.0% (n=0)
	Anonymität	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
5.3.7 Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge (bezogen auf n=8 Frauen, die einen Vorschlag machen konnten)	Therapeutischer Ansprechpartner	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)
	Onkologe als Email Kontakt	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)
	Email-Kontakt mit Therapeuten	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	Chat mit Frauen mit der gleichen Diagnose und Therapie	0.0% (n=0)	16.7% (n=1)
	Privat treffen ohne Therapeut	0.0% (n=0)	33.3% (n=2)
	Infopool zu den besprochenen Themen im Chat	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten, Fortsetzung

5.4.1 Nutzung des Internets	selten bis gar nicht	11.1% (n=1)	33.3% (n=2)
	1-2x pro Woche	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)
	3-4x pro Woche	22.2% (n=2)	16.7% (n=1)
	fast täglich bis täglich	44.4% (n=4)	33.3% (n=2)
5.4.3 Zielsetzung der Internetnutzung (bezogen auf n=12 Frauen, die mit einer bestimmten Zielsetzung das Internet benutzen)	Recherche	77.8% (n=7)	33.3% (n=2)
	Email	33.3% (n=3)	50.0% (n=3)
	Spaß/Einkaufen	22.2% (n=2)	33.3% (n=2)
	Beruflich	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)

Tabelle 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten, Fortsetzung

5.4.5 Gefahren der Internernutzung (bezogen auf n=10 Frauen, die Nachteile der Internetnutzung sahen)	Sicherheit allgemein/ Missbrauch von Daten/Verletzung der Privatsphäre	66.7% (n=6)	33.3% (n=2)
	falsche Informationen/ Verunsicherung	11.1% (n=1)	0.0% (n=0)
	versteckte Kosten	11.1% (n=1)	16.7% (n=1)
5.4.6 Vorteile der Internetnutzung (bezogen auf n=13 Frauen, die Vorteile der Internetnutzung erkennen konnten.	schnelle Informationsmöglichkeit	88.9% (n=8)	50.0% (n=3)
	Email/Kontakte pflegen	33.3% (n=3)	16.7% (n=1)
	praktisch/ bequem von zuhause aus	33.3% (n=3)	0.0% (n=0)

6. Diskussion

6.1. Güte der Untersuchungsergebnisse

Gütekriterien dienen dazu die Qualität der methodischen Vorgehensweise in einer qualitativen Arbeit abzusichern. Mayring (2002) hat hierzu sechs allgemeine Gütekriterien definiert:

1. Verfahrensdokumentation
2. Argumentative Interpretationsabsicherung
3. Regelgeleitetheit
4. Nähe zum Gegenstand
5. Kommunikative Validierung
6. Triangulation

Im Folgenden sollen diese sechs Kriterien auf die vorliegende Arbeit angewendet werden.

6.1.1. Verfahrensdokumentation

Das 1. Gütekriterium beschreibt das Verfahren, mithilfe dessen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gewonnen wurden. Hervorzuheben sind dabei folgende Punkte:

- Explikation des Vorverständnisses
- Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums
- Durchführung und Auswertung der Datenerhebung

Explikation des Vorverständnisses:

Das Vorverständnis für das untersuchte Thema wird im Theoretischen Hintergrund (siehe Abschnitt 2) vermittelt. Hierbei wird neben der psychoonkologischen Nachsorgesituation in Deutschland auch ausführlich auf die psychischen Belastungen bei Brustkrebspatientinnen eingegangen.

Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums:

Wichtig ist zudem die genaue Beschreibung des Analyseinstruments. Dazu wurden mithilfe des theoretischen Hintergrundes vier Forschungsfragen herausgearbeitet und diese durch Entwicklung des Interviewleitfadens operationalisiert. Letztlich dient dieses Vorgehen der Beantwortung der Frage:

Besteht eine Akzeptanz und ein Bedarf für eine Chatnachsorge bei Brustkrebspatientinnen.

Die Operationalisierungen der vier Forschungsfragen werden in Abschnitt 3.3. vorgestellt, die Vorstellung des Interviewleitfadens erfolgt in Abschnitt 4.5.

Durchführung und Auswertung der Datenerhebung:

Mithilfe des Interviewleitfadens gewonnenen Antworten der Patientinnen wurden unter Verwendung der inhaltsanalytischen Auswertungsstrategie nach Mayring (2010) bearbeitet. Abschnitt 4.6 stellt die Auswertungsstrategie ausführlich vor.

Zusammenfassung Verfahrensdokumentation:

Das 1. Gütekriterium der Verfahrensdokumentation wurde in der vorliegenden Arbeit durch ausführliche Darstellung der Vorgehensweise berücksichtigt.

6.1.2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Das 2. Gütekriterium fordert eine argumentative Begründung der angestellten Interpretationen, um diese hinsichtlich ihrer Qualität beurteilen zu können.

In der vorliegenden Arbeit wurde mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ein Kodierleitfaden entwickelt. Dazu wurden Kategorien gebildet, z.B. positive Äußerung vs. negative Äußerung bezüglich des eigenen Befindens.

Die Kategorien wurden definiert und es wurden Ankerbeispiele aus den Antworten der Patientinnen angeführt, anschließend wurde festgelegt wann eine Textstelle der jeweiligen Kategorie zugeordnet werden durfte.

So konnte die Einordnung der Paraphrasen in die jeweiligen Kategorien argumentativ begründet werden (siehe Abschnitt 4.6.).

Zusammenfassung argumentative Interpretationsabsicherung:

Durch den im Vorfeld festgelegten Kodierleitfaden konnte in der vorliegenden Arbeit das 2. Gütekriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung ausreichend berücksichtigt werden.

6.1.3. Regelgeleitetheit

Das 3. Gütekriterium fordert ein systematisches Vorgehen und das Festhalten an bestimmten Regeln.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Textmaterial in einzelne Analyseeinheiten zerlegt und mithilfe der skalierenden Strukturierung bearbeitet (siehe Abschnitt 4.6.).

6.1.4. Nähe zum Gegenstand

Diesem Gütekriterium wird der Untersucher gerecht, indem er sich direkt in das Umfeld der zu untersuchenden Personen begibt.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht die Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten, indem die Interviews im eigenen Zimmer der Patientinnen in der Rehabilitationsklinik oder telefonisch von zuhause aus durchgeführt wurden. Die telefonischen Befragungen fanden somit in einer den befragten Frauen vertrauten Umgebung statt.

Es stellt sich die Frage, ob das eigene Zimmer in der Rehabilitationsklinik ebenso als vertraute Umgebung angesehen werden kann. Allerdings ergab sich hier die Möglichkeit eine „face-to-face“ Befragung mit den Patientinnen durchzuführen, was wiederum andere Vorteile bot. Durch das persönliche Kennenlernen des Interviewers und den direkten Kontakt entstand eine intimere und vertrautere Gesprächssituation, als es am Telefon möglich war. Untersuchungen hierzu ergaben zudem, dass Befragte in face-to-face-Situationen auskunftsfreudiger waren als in telefonischen Interviews (Lukanow 2006).

Durch die Wahl dieser Orte wurde versucht, eine offene und natürliche Befragungssituation zu erschaffen, wobei bei Interviews immer die Gefahr einer gewissen Verzerrung besteht. Diese geht zum einem vom Interviewer aus, der durch seine verbalen und nonverbalen Reaktionen die Antworten der Befragten indirekt beeinflussen kann, zum anderen vom Befragten selbst, der z.B. im Sinne der sozialen Erwünschtheit antwortet. In der vorliegenden Arbeit besteht aus diesem Grund die Gefahr, dass die Patientinnen nur vorgaben an der Chatintervention teilnehmen zu wollen. Die tatsächliche Teilnahme der einzelnen Patientinnen konnte nach dem Interview nicht nachvollzogen werden und somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Patientinnen nur aus dem Grund der sozialen Erwünschtheit angaben an der Chatintervention teilnehmen zu wollen.

Zudem ist es für das Gütekriterium „Nähe zum Gegenstand“ wichtig, dass der Untersucher und die untersuchten Personen ein gemeinsames Interesse verfolgen.

Dies war in der vorliegenden Arbeit dadurch gegeben, dass die an Brustkrebs erkrankten Frauen ein großes Interesse daran hatten die psychosoziale Nachsorgesituation zu verbessern.

In der vorliegenden Arbeit wurden durch den Versuch, das Interview in einer für die Patientinnen vertrauten Umgebung zu führen und durch das Verfolgen eines gemeinsamen Interesses, das 4. Gütekriterium ausreichend berücksichtigt.

In Anbetracht der Tatsache, dass zwei verschiedene Interviewformen (face-to-face und telefonisch) benutzt wurden muss hier jedoch die Möglichkeit erwogen werden, dass die Patientinnen in der jeweils anderen Interviewform anders geantwortet hätten. Gerade die telefonischen Interviews könnten einerseits die räumliche Distanz geschaffen haben, die die Befragte zum ehrlichen Beantworten der Fragen gebraucht hat, andererseits jedoch auch so viel Anonymität vermittelt haben, dass die Befragte der Interviewerin nicht ausreichend vertrauen konnte. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass die Interviewerin in den persönlichen Gesprächen nonverbale Reaktionen gezeigt oder durch andere äußerliche Persönlichkeitseigenschaften das Antwortverhalten beeinflusst haben könnte.

6.1.5. Kommunikative Validierung

Dieses Gütekriterium dient dazu die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen.

Dazu diskutieren der Untersucher und die untersuchten Personen, die aus den Interpretationen abgeleiteten Ergebnisse. Die untersuchten Personen geben dabei an, ob sie sich in den gewonnenen Ergebnissen wiederfinden können.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte aus Zeitgründen jedoch keine Diskussion der Ergebnisse mit den befragten Patientinnen.

Da aus Zeitgründen auf das 5. Gütekriterium der kommunikativen Validierung verzichtet wurde, kann nicht mit absoluter Gewissheit davon ausgegangen werden, dass alle Antworten in der Form interpretiert, wie sie von den befragten Patientinnen gemeint wurden. Nach Köckeis-Stangl (1982) liegt kommunikative Validierung jedoch auch vor, wenn die Interpretationen mit denen anderer Personen aus dem Forschungsfeld verglichen wurden. Dies ist in der vorliegenden Arbeit der Fall. Die Interpretationen wurden mit denen einer weiteren Mitarbeiterin des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am UKE verglichen.

6.1.6. Triangulation

Die Triangulation beschreibt den Versuch unterschiedliche Lösungsansätze für die jeweiligen Fragestellungen zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen (Mayring 2002). So sollen Schwächen des einen Auswertungsansatzes mit den Stärken des jeweils anderen Ansatzes ausgeglichen werden. Mit diesem Gütekriterium sollen

eine höhere Validität der Ergebnisse erreicht und systematische Fehler vermieden werden (Blaikie 1991).

Einige Autoren sind jedoch der Ansicht, dass das Gütekriterium der Triangulation lediglich zu einem umfangreicheren aber nicht valideren Bild der empirischen Realität führt (Fielding und Fielding 1986).

In der vorliegenden Arbeit musste aus finanziellen und organisatorischen Gründen auf die Triangulation verzichtet werden.

Aus diesen Gründen können die gefundenen Ergebnisse nicht durch andere Auswertungsansätze bestätigt werden. Eine gewisse Verzerrung, die jeder Datenquelle, jeder Methode und jedem Forscher zugrunde liegt, muss somit hingenommen werden und bei der Interpretation der Ergebnisse diskutiert werden.

6.2. Vergleich mit der Literatur

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit dem Feld der internetbasierten psychosozialen Interventionen (u.a. Kordy et al. 2005, Gustafson et al. 2001, Owen et al. 2005, Hoybye et al. 2010). Jedoch lassen sich die meisten dieser Studien nur schwer mit der vorliegenden Arbeit vergleichen, da sie überwiegend die Wirksamkeit von Internetsorgeangeboten überprüfen. In der vorliegenden Arbeit soll dagegen auf den Bedarf und die Akzeptanz eingegangen werden. Einzelne Ergebnisse dieser Arbeit können allerdings mit Teilbefunden der oben genannten Studien verglichen werden.

6.2.1. Einstellung zur psychosozialen Nachsorge

Unter den befragten Frauen war die Bereitschaft zur Teilnahme an der psychosozialen Chatintervention hoch. 60.0% ($n=9$) der Frauen planten das Angebot wahrzunehmen. Lediglich 40.0% ($n=6$) lehnten die potentielle Teilnahme ab. Kordy et al. (2005) konnten eine ähnlich hohe Bereitschaft von 89.1% ($n=114$) verzeichnen.

In der vorliegenden Arbeit hielten alle befragten Frauen ($n=15$), unabhängig davon, ob sie das Angebot einer Chatnachsorge später annehmen wollten oder nicht, psychosoziale Nachsorge generell für eine wichtige Sache. Dazu muss allerdings erwähnt werden, dass durch die Freiwilligkeit der Veranstaltung und durch die Information durch Flyer im Vorfeld eine gewisse Selektion getroffen wurde (vgl. Abschnitt 6.3.).

Frauen, die Interesse an der E-Nachsorge zeigten, bewerteten ihr eigenes

Befinden als positiv und haben eine positive Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung. Ein offener, positiver Umgang mit der Erkrankung kann bedeuten, dass diese Frauen adaptive, „gute“, also hilfreiche Coping-Strategien verwenden. Zu den adaptiven Coping-Strategien gehören ein positiver Lebenssinn (das Leben für lebenswert halten, glücklich und zufrieden sein), die Krankheit als Herausforderung sehen, aktiv problemorientierte Haltung, kämpferische Einstellung, ausreichend soziale Unterstützung, Verleugnung der Bedrohung und internale Kontrollüberzeugung (Siedentopf 2005). Auch bei der Frage nach der Einstellung zur eigenen Erkrankung (siehe Abschnitt 5.1.2.) muss darauf hingewiesen werden, dass durch die Freiwilligkeit der Informationsveranstaltung und durch die Information durch Flyer im Vorfeld möglicherweise eine gewisse Selektion getroffen wurde und nur die Patientinnen überhaupt zur Informationsveranstaltung kamen, die eine positive Einstellung zur eigenen Erkrankung hatten.

Bei Hoybye et al. (2010) zeigten sich ähnliche Ergebnisse, wobei darauf hinzuweisen ist, dass in deren Studie die tatsächliche und nicht die potentielle Teilnahme untersucht wurde. Sie fanden zwar keinen signifikanten Unterschied in der Lebensqualität oder dem psychischen Befinden zwischen Nichtteilnehmern und Teilnehmern, aber die Nichtteilnehmer wiesen eher passive Coping-Strategien wie Vermeidung und Fatalismus (= Die Überzeugung, das Geschehen in Natur und Gesellschaft wird durch das Schicksal unabänderlich bestimmt) auf.

Die Mehrheit der Frauen (73.3%, $n=11$) gab zudem an, keine weitere professionelle Unterstützung nach dem Reha-Aufenthalt in Anspruch nehmen zu wollen. Davon planten aber 66.7% ($n=6$) trotzdem an der Chatintervention teilzunehmen. Dies kann vielleicht auf die Niederschwelligkeit des Angebots zurückgeführt werden. Bis auf eine Patientin äußerten sich auch alle Patientinnen zustimmend zu dem Vorschlag psychosoziale Hilfe bereits während des Reha-Aufenthalts zu organisieren.

Die E-Nachsorge kann hierfür als Beispiel angeführt werden: Die Rekrutierung der Teilnehmer für die E-Nachsorge fand bereits in der Reha-Klinik statt. Den Patientinnen wurde ein Angebot offeriert, welches sie ohne große zusätzliche Organisation und lange Wartezeiten bei der Rückkehr in den Alltag nutzen konnten. Barrieren, wie z.B. Mobilitätseinschränkungen, Wartezeiten und Schwierigkeiten psychosoziale Hilfe am Wohnort zu finden, könnten so umgangen

werden. Auch Kordy et al. (2005) berichten, dass eine therapeutische Chatintervention sich durch ihren geringen Aufwand auszeichnen würde, deshalb sei sie vorteilhaft für Patienten die aus gesundheitlichen oder organisatorischen Gründen keine Face-to-Face Selbsthilfegruppen besuchen könnten.

6.2.2. Bedarf an Informationen über die Erkrankung

Im Interview gaben fast alle 93.3% ($n=14$) der befragten Frauen an, dass sie sich nach ihrer Diagnosestellung selbstständig über die Erkrankung informiert hatten.

Dies spiegelt den hohen Informationsbedarf von Brustkrebspatientinnen wieder, dabei wird betont, dass Krebspatienten sich möglichst viele Informationen über ihre Erkrankung und ihre Perspektiven wünschen würden. Dies betreffe nach Ansicht vieler Autoren nicht nur die günstigen oder neutralen Informationen, sondern auch schlechte Nachrichten. (Fallowfield et al. 1995; Mills und Sullivan 1999; Schofield et al. 2003; Jefford und Tattersall 2002; Ptacek und Eberhardt 1996).

Die Frauen nutzten dabei eine Reihe von verschiedenen Informationsquellen. Fachliteratur/Broschüren wurden dabei von den meisten Frauen (86.6%, $n=13$) als häufigste Informationsquelle genannt. Danach folgt erst das Internet mit 60.0% ($n=9$). Weiterhin wurden Fernsehbeiträge, Telefonhotlines und Vorträge von drei Frauen (20.0%) als Informationsquellen genannt.

Auffallend ist, dass der Arzt als Informationsgeber bei den befragten Frauen nur eine untergeordnete Rolle spielt. Nur eine (6.7%) Frau nannte ihren behandelnden Arzt als Informationsquelle. Vielleicht spiegelt sich hier der Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung, weg vom paternalistischen, hin zum aufgeklärten, selbst entscheidenden Patienten wieder. Gaisser et al. fanden 2003 noch andere Ergebnisse. Der Arzt spielte mit 55.5% die wichtigste Rolle als Ratgeber, danach dann absteigend Fachliteratur/Broschüren, Presse/Fernsehen, andere Patienten, das soziale Umfeld und das Internet.

Trotzdem zeigt sich auch bei der vorliegenden Arbeit noch die Präferenz für gedrucktes Material. Das Internet liegt etwas abgeschlagen auf Platz zwei. Bei einem Anteil der Internetnutzer von 77.2% im Jahre 2013 (Eimeren und Frees 2013) ist aber zu vermuten, dass auch eine internetbasierte psychosoziale Nachsorge in naher Zukunft eine immer wichtigere Rolle einnehmen wird. Der Anteil von 60.0% der potentiellen Chatteilnehmerinnen bei der vorliegenden Arbeit zeigen zudem, dass ein Interesse an internetbasierten Angeboten besteht.

Gefragt nach den am häufigsten gesuchten Informationen, antworteten die Patientinnen, dass sie vor allem (jeweils 46.7%, $n=7$) nach der eigenen Diagnose (Tumorstadium, Histologie, Prognose) und nach den Therapiemöglichkeiten (Medikamente, Chemotherapie, OP) gesucht hätten.

Der telefonische Krebsinformationsdienst (KID) richtete 2002 ein „Brustkrebstelefon“ ein und berichtet von einer ähnlichen Verteilung der Informationsbedürfnisse. Rund 60% der Fragen würden sich auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und deren Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Folgen beziehen (Gaisser 2003).

Nur wenige ($n=4$, 26.7%) Patientinnen nannten spezielle Internetseiten zum Thema Brustkrebs, die sie regelmäßig im Internet besucht hätten. Am häufigsten wurden dabei Seiten der Krebsgesellschaften (z.B. Deutsche Krebsgesellschaft, Krebskompass) aufgerufen. Die meisten Patientinnen ($n=11$, 73.3%) gaben an, keine bestimmten Internetseiten regelmäßig aufgerufen zu haben, für fünf (33.3%) Frauen stand die Schlagwortsuche über Suchmaschinen, wie z.B. „Google“ im Vordergrund, sechs (40.0%) Frauen hatten das Internet nicht regelmäßig als Informationsquelle genutzt. Auch Gaisser (2003) beschreibt den Aspekt, dass Patienten Internetseiten von anerkannten Institutionen gegenüber solchen von kommerziellen Anbietern präferieren würden.

Der häufig berichtete Befund eines Informationsdefizits von Brustkrebspatientinnen (Gattellan et al. 2001, Serin et al. 2004, Tattersall et al. 2002) kann in der vorliegenden Arbeit nicht geteilt werden. 60.0% ($n=9$) der befragten Frauen fühlten sich gut informiert und waren mit ihrem Wissensstand zufrieden. Das Wissen eigneten sie sich zum einen selbstständig an (siehe oben) oder es wurde ihnen durch ihre behandelnden Ärzte vermittelt. Für 40.0% ($n=6$) ist die Informationssuche zudem abgeschlossen und der Wunsch, einen Schlussstrich unter die Erkrankung zu setzen überwiegt. Genau so viele Frauen ($n=6$, 40.0%) waren aber auch noch unentschlossen, ob sie sich weiterhin zum Thema Brustkrebs informieren wollten. Zu dieser Gruppe gehörten die meisten potentiellen Chatteilnehmerinnen ($n=6$, 66.7%).

6.2.3. Einstellung zur Chatintervention

Potentielle Chatteilnehmerinnen wurden gefragt, welche persönlichen Gründe für eine Teilnahme gesprochen hätten. Am häufigsten (66.7%, $n=6$) wurde dabei der Austausch unter Betroffenen genannt. Auch Kordy et al. (2005) berichten, dass die

Patienten nach eigenen Angaben am meisten davon profitierten, ihre Probleme und Erfahrungen mit den anderen Chatmitgliedern besprechen zu können.

Aber auch die Anwesenheit eines Therapeuten wird mit 33.3% ($n=3$) als sehr hilfreich eingeschätzt. Dazu schreiben Kordy et al. (2005), dass möglicherweise die Anwesenheit eines vertrauten Moderators den Patienten die Sicherheit gäbe, um in einer eigentlich unsicheren Umgebung, offen miteinander sprechen zu können.

Caspar et al. (2013) mutmaßen sogar, ob ein imaginärer Therapeut für einige Patienten vorteilhafter sein könnte als ein realer. So könnte es für einige Patienten einfacher sein eine Beziehung zu einem imaginären Therapeuten aufzubauen und die therapeutische Beziehung sei weniger durch narzisstischen oder anderen Missbrauch gefährdet.

In der vorliegenden Arbeit lernen die potentiellen Chatteilnehmerinnen den Moderator nur durch ein Telefongespräch im Vorfeld kennen, trotzdem nimmt seine Anwesenheit den Frauen anscheinend die Angst, dass sich das Gespräch in eine unerwünschte Richtung entwickelt. Aber auch die Neugier auf das neue psychosoziale Angebot wurde immer wieder von den Frauen als fördernder Faktor für eine Teilnahme genannt (33.3%, $n=3$). Auch Kordy et al. (2005) vermuteten bei ihrer Studie, dass die „Pioniersituation“ die Teilnehmer zusätzlich in ihrer Motivation zur Teilnahme stärkte.

Gegen eine potentielle Teilnahme sprach bei den meisten Frauen, die nicht teilnehmen wollten (50.0%, $n=3$) die Negativbewertung des Konzepts, eine Frau (16.7%) sagte, dass ihr der medizinische Aspekt fehle, für zwei (33.3%) Frauen war die Bindung an Termine der hemmende Faktor. Aber auch der fehlende Internetanschluss zuhause oder mangelnde Kenntnisse im Umgang mit dem Computer führten bei zwei Frauen (33.3%) erwartungsgemäß zu einer Ablehnung der potentiellen Teilnahme.

Hoybye et al. (2010) argumentieren zu diesem Thema, dass Computerkenntnisse und damit Internetnutzung stark vom Bildungshintergrund und dem Berufsstatus abhängen. Die Teilnahme an internetbasierten psychosozialen Interventionen korreliert laut Hoybye et al. (2010) demnach eng mit einem hohen sozioökonomischen Status.

Auf diesen Zusammenhang wurde in der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen (siehe Abschnitt 6.3.).

Genauso häufig (33.3%, $n=2$) wurde aber auch der fehlende medizinische Aspekt, also dass die Gesprächsthemen im Chat mehr auf die psychosozialen Belastungen der Brustkrebserkrankung ausgerichtet sind, als Ablehnungsgrund genannt. Bei diesen Frauen muss jedoch davon ausgegangen werden, dass für sie nicht der psychologische Unterstützungsbedarf sondern eher der Wunsch nach weiteren medizinischen Informationen im Vordergrund steht. Dies kann zwar auch eine Form der Auseinandersetzung mit der Erkrankung sein, die sich aber von dem hier verfolgten Konzept der E-Nachsorge unterscheidet.

Erfreulicherweise hatten 73.3% ($n=11$) der befragten Frauen keine Bedenken hinsichtlich der Technik und Organisation einer internetbasierten Nachsorge. Sie lernten den Chat und seine Handhabung bereits während der Patientenschulung zur E-Nachsorge in der Reha-Klinik kennen. Die Patientenschulung wurde von den Patientinnen mehrheitlich (93.3%, $n=14$) als positiv und hilfreich bewertet. Auf technische Raffinessen des Chatrooms wurde bewusst verzichtet, so dass die Benutzung auch für Internetunerfahrene leicht erlernbar ist. Auch bei Kordy et al. (2005) werden eine Einführung in den Chat während des Klinikaufenthaltes und eine leichte Handhabung als wichtige Voraussetzung für eine Teilnahme beschrieben.

Das Angebot der technischen Unterstützung bei eventuell auftretenden Problemen vor oder während der Chatsitzungen, z.B. in Form einer telefonischen Hilfe, wie es beim vorliegenden Projekt angeboten wurde, wünschten im Vorfeld nur 33.3% ($n=5$) der befragten Frauen. Von diesen Frauen planten drei auch am Chat teilzunehmen, so dass man vermuten kann, dass das Anbieten externer technischer Unterstützung nicht unbedingt dazu führen würde, mehr Chatteilnehmer rekrutieren zu können (siehe Abschnitt 5.3.3.).

Alle Frauen, unabhängig davon, ob sie am Chat teilnehmen wollten oder nicht, konnten Vorteile einer Chatnachsorge sehen. 46.7% ($n=7$) äußerten jedoch auch Bedenken. Vor allem „Verunsicherung durch andere Patientinnen“ sowie „Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung und der Atmosphäre“ waren Ängste, die die Frauen im Vorfeld äußerten. Aus diesen Gründen werden in der Literatur immer wieder die Anwesenheit eines Therapeuten/Moderators, sowie die Strukturierung der Chatsitzungen gefordert. So sollen bedrohliche Gesprächsverläufe innerhalb der Gruppe verhindert werden (Salzer et al. 2010).

6.2.4. Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

Die potentiellen Chatteilnehmerinnen haben Erfahrungen mit dem Internet ($n=8$, 88.9%) und benutzen es mehrmals die Woche ($n=4$, 44.4%) oder sogar täglich ($n=4$, 44.4%). Erwartungsgemäß haben sie einen Internetanschluss zuhause ($n=9$, 100.0%). Die potentiellen Teilnehmerinnen benutzen das Internet vor allem zu Recherchezwecken (77.8%, $n=7$) aber auch zum Email schreiben ($n=3$, 33.3%).

Als größte Gefahr des Internets sehen die Frauen eingeschränkte Sicherheit und mangelnden Datenschutz (53.3%, $n=8$). Trotz dieser Bedenken möchten 66.7% ($n=6$) an der Chatintervention teilnehmen. Die Aufklärung zur Sicherheit der Intervention während der Patientenschulung hat die Patientinnen offenbar überzeugt. Die Patientinnen wurden darüber informiert, dass der Chatroom ein passwortgeschützter Bereich ist und die Teilnehmer statt ihres Namens Pseudonyme verwenden um dem Datenschutz und dem Wunsch nach Anonymität gerecht zu werden. Kordy et al. (2005) maßen der Anonymität im Chat im Vorfeld eine hohe Bedeutung zu, sie würde unter anderem dazu führen, dass man Sicherheits- und Datenschutzaspekten gerecht werden könnte.

Nachdem die Patienten in der Studie von Kordy et al. (2005) am Chat teilgenommen hatten, fanden nur 39.6% der Teilnehmer die Anonymität im Chat wichtig. Sie gaben an, dass sie die Pseudonyme als Behinderung im Aufbau einer Beziehung zu den anderen Chatteilnehmern empfunden hätten.

Auch in der vorliegenden Arbeit spielte die Anonymität im Chat bei den befragten Frauen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich zwei Frauen (13.3%, $n=2$) nannten die Anonymität als einen Vorteil der Chatnachsorge.

Als weiterer positiver Aspekt einer Chatnachsorge wird die Niederschwelligkeit des Angebots (keine Kosten und von zuhause aus möglich) von drei Frauen (20.0%) genannt. Diese drei Frauen planten zudem auch an der Intervention teilzunehmen (33.3%).

Dieser Aspekt könnte auch die Frage beantworten, warum einige der befragten Frauen (66.7%, $n=6$), die angaben keine weitere psychosoziale Hilfe mehr in Anspruch nehmen zu wollen, sich für eine potentielle Chatteilnahme entschieden. Vielleicht ist die Möglichkeit, die Chatnachsorge bequem und zeitsparend von zuhause aus nutzen zu können, ein fördernder Faktor für eine Teilnahme.

Trotz überwiegend fehlender Chaterfahrung (80.0%, $n=12$) wollten 77.8% ($n=7$) den therapeutischen Chat trotzdem ausprobieren. Neben der mehrheitlichen Erfahrung der Patientinnen mit anderen Funktionen des Internets spielt hier

vielleicht auch die Patientenschulung im Rahmen der Informationsveranstaltung eine wichtige Rolle. Obwohl in der vorliegenden Arbeit leider keine Zahlen erhoben werden konnten, wie viele Patientinnen den Chat in der Informationsveranstaltung tatsächlich ausprobierten, kann unter Umständen davon ausgegangen werden, dass einigen Patientinnen beim Ausprobieren gezeigt wurde, dass die Bedienung des Chatprogramms einfach zu erlernen ist und dadurch Hemmungen im Umgang mit dem Computer und dem Internet abgebaut wurden.

6.3. Kritische Auseinandersetzung

In der vorliegenden Arbeit konnte nur die potentielle Chatteilnahme untersucht werden. Die Frauen wurden von der Interviewerin gefragt, ob sie planten an der Chatintervention teilzunehmen. Die tatsächliche Teilnahme an der Intervention konnte aus organisatorischen und aus Gründen der Anonymisierung im Nachhinein nicht mehr nachvollzogen werden. Wie bereits im Abschnitt 6.1.4. erwähnt, ergibt sich daraus die Gefahr, dass die befragten Frauen, z.B. aus Gründen der sozialen Erwünschtheit während des Interviews nur vorgaben an der Chatintervention teilnehmen zu wollen. Zudem kann sich in der Rehabilitationsklinik eine Art Gruppendynamik durch die gemeinsame Patientenschulung entwickelt haben, die eine potentielle Chatteilnahmebereitschaft zum Zeitpunkt der Befragung förderte. Es kann außerdem sein, dass die jeweilige Patientin zum Zeitpunkt der Befragung einen Bedarf an psychosozialer Nachsorge für sich sah, dies zum Zeitpunkt des Interventionsbeginns jedoch nicht mehr der Fall war oder dass sich die Intervention aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht in den Alltag der Patientin integrieren ließ. Zudem kann nicht untersucht werden, wie viele Frauen, die tatsächlich an der Intervention teilnahmen, die Teilnahme vorzeitig abbrachen und welche Gründe es für einen Abbruch gab.

Weiterhin ist anzumerken, dass die Stichprobe größer hätte sein können, um die Repräsentativität der Ergebnisse zu erhöhen. Jedoch ist gerade bei qualitativen Befragungen oft das Ziel, eine theoretische Sättigung und keine statistische Repräsentativität zu erreichen. Das bedeutet, dass der untersuchte Bereich so weit erschlossen worden ist, dass auch durch Auswertung weiterer Daten keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden (Glaser und Strauss 1967).

In der vorliegenden Arbeit hätten jedoch noch weitere Patientinnen befragt werden sollen. Es ergab sich unter anderem, dass nur eine (6.7%) Patientin eine negative Einstellung zur eigenen Erkrankung hatte (siehe Abschnitt 5.1.2.) und alle befragten Patientinnen ($n=15$) eine positive Einstellung zur psychosozialen Nachsorge (siehe Abschnitt 5.1.4.) angaben. Interessant wäre es gewesen in der vorliegenden Arbeit auch Patientinnen mit negativer Einstellung zur psychosozialen Nachsorge und mehr Patientinnen mit negativer Einstellung zur eigenen Erkrankung hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur potentiellen Chatteilnahme

zu untersuchen. Somit ergibt sich in diesen Bereichen eine selektive Stichprobe, die nicht geeignet ist diese beiden Fragestellungen zu beantworten.

Durch die Information über die Patientenschulung in einem Flyer wurden die Patientinnen bereits im Vorfeld selektiert. Zur Schulung erschienen überwiegend nur die Patientinnen, die durch den Flyer generelles Interesse an einer internetbasierten Nachsorge hatten. Es wäre interessant gewesen auch die Patientinnen zu befragen, die gar nicht erst die Patientenschulung besucht haben. Bei Interviews besteht zudem immer die Gefahr, dass die Befragten verfälscht, im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten. Um diesem entgegenzuwirken wurde zu Beginn des Interviews darauf hingewiesen, dass Kritik ausdrücklich erwünscht sei. Auch wurde versucht durch das Setting (entweder fand das Interview im eigenen Zimmer der Patientin in der Rehabilitationsklinik oder telefonisch von zuhause aus statt), die Künstlichkeit, die häufig in einer Interviewsituation entsteht durch eine vertraute Umgebung zu vermindern (vgl. auch Abschnitt 6.1.4., Nähe zum Gegenstand).

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmer in einer Rehabilitationsklinik birgt zudem die Gefahr, dass die Patientinnen in irgendeiner Form vorselektiert sind. Zum Beispiel könnte man annehmen, dass viele Patientinnen dieser Klinik aus eigener Initiative ihren Reha-Aufenthalt organisiert haben. Dies könnte implizieren, dass sowohl ihre Motivation an rehabilitativen Interventionen teilzunehmen als auch ihr genereller Leidensdruck höher als in einer Zufallsstichprobe sind (vgl. Hoybye et al. 2010).

Zum Interviewleitfaden ist anzumerken, dass dieser keine Pilottestung durchlief und erst jetzt, nach Abschluss der Befragung eine kritische Auseinandersetzung mit den Fragen erfolgen kann.

Einige Fragen hätten mehr auf den persönlichen Hintergrund der Patientinnen eingehen sollen. Gemeint ist hier z.B. die sozioökonomischen Faktoren, wie Schulabschluss und Beruf sowie die Familienverhältnisse, wie Familienstand und Kinderzahl (vgl. auch Abschnitt 6.2.3, Einstellung zur Chatintervention)

Interessant wäre es sicherlich zudem gewesen, zu eruieren welche Erfahrungen die Patientinnen mit psychosozialen Interventionen in der Reha-Klinik gesammelt haben und wie sie diese Erfahrungen im Hinblick auf ihre Bereitschaft zur Chatteilnahme beeinflussen.

Mithilfe dieser Information hätte man die Frauen, die Chatteilnehmerinnen werden

wollen, noch besser charakterisieren und mit der Literatur vergleichen können. Allerdings wäre die Anonymität, durch Fragen zum persönlichen Hintergrund, die möglicherweise ein wichtiger Aspekt für die Teilnahmebereitschaft am Interview war, eingeschränkt gewesen.

6.4. Handlungsempfehlungen

Insgesamt konnten aus acht Fragen des Interviewleitfadens Handlungsempfehlungen aus den genannten Vorschlägen der Patientinnen abgeleitet werden.

- 5.1.5: Würden Sie sich Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge in der Reha-Klinik wünschen und wenn ja in welcher Form?
- 5.1.6: Wie beurteilen Sie Ihre eigene Betreuung und Versorgung während Ihrer Erkrankung und haben Sie Verbesserungsvorschläge?
- 5.2.1: Haben Sie sich über Ihre Brustkrebserkrankung informiert und wenn ja, wo?
- 5.3.1a: Bei potentieller Nichtteilnahme an der Chatintervention: Welche persönlichen Gründe haben gegen eine Teilnahme gesprochen?
- 5.3.2: Haben Sie organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention?
- 5.3.5: Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?
- 5.3.7: Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?
- 5.4.5: Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie?

Im Folgenden soll versucht werden die abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die E-Nachsorge in Zukunft zu nutzen.

Zur Frage 5.1.5. (Art der Hilfe bei der Organisation der psychosozialen Nachsorge) konnten zehn (66.7%) Frauen einen Vorschlag machen. Am häufigsten nannten die befragten Frauen den Wunsch nach Informationen über mögliche Nachsorgeangebote (33.3%, $n=5$) und die Vermittlung eines Ansprechpartners (20.0%, $n=3$).

Bezogen auf die E-Nachsorge lassen sich daraus folgende

Handlungsempfehlungen ableiten: die Informationsveranstaltung bzw. Patientenschulung ist ein wichtiger Bestandteil der Intervention und der Termin sollte noch bekannter gemacht werden. Gut wäre es vielleicht auch, wenn die Patientinnen den Therapeuten, der den Chat leitet, bereits in der Reha-Klinik als Ansprechpartner kennenlernen, sowie es auch bei Kordy et al. (2005) der Fall ist. In seiner Studie mit psychisch erkrankten Männern und Frauen, kannten diese ihren Gruppentherapeuten bereits aus der Klinik und waren mit seiner Art und seinen klinischen Ansätzen vertraut. Voraussetzung dafür ist, dass die Klinik eine ausreichend hohe Zahl interessierter Therapeuten vorweisen kann. Im vorliegenden Projekt stellte sich das als hauptsächliches Problem dar.

Aus den meisten zur Frage 5.1.6. (Verbesserungsvorschläge für die Betreuung und Versorgung während der Erkrankung) von den Patientinnen genannten Angaben lassen sich nur schwer Handlungsempfehlungen für die E-Nachsorge ableiten. Die Verbesserungsvorschläge beziehen sich hauptsächlich (20.0%, $n=3$) auf die medizinische Versorgung (mehr Infos zu alternativer Medizin, eine bessere individuelle Schmerztherapie und eine individuellere ärztliche Betreuung). Ein (6.7%) Vorschlag betrifft jedoch die soziale Seite. Diese Frau wünschte sich eine bessere Einbeziehung der Familie. Wenn ein Bedarf bezüglich dieser Themen innerhalb einer Chatgruppe besteht, könnte der Therapeut diesem jedoch gerecht werden, indem er entsprechende Expertensitzungen mit medizinischen Personal oder Sozialpädagogen für die Gruppe organisiert.

In Frage 5.2.1. nannten die befragten Frauen die Quellen, die sie zur Informationssuche über ihre Erkrankung benutzt hatten. Am häufigsten wurde dabei Fachliteratur/Broschüren ($n=13$, 86.7%) als Informationsquelle genannt. Das Internet diente neun (60.0%) Frauen als Quelle. Für die E-Nachsorge bedeutet das, dass es wichtig ist in der Informationsveranstaltung/Patientenschulung den Frauen das Internet als Medium und den Umgang mit dem Computer vertrauter zu machen. Eventuell könnte man erwägen, bei Interesse der Frauen an der Intervention in der Informationsveranstaltung einen zweiten Termin während ihres Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik anzubieten, in dem der Chat erneut ausprobiert werden kann. So könnte möglicherweise die tatsächliche Teilnahme an der Chatintervention erhöht werden.

Frage 5.3.1a. forderte die befragten Frauen auf bei einer potentiellen Nichtteilnahme an der Chatintervention die Gründe dafür zu nennen. Am

häufigsten (n=3, 50.0%) wurde dabei die Negativbewertung des Konzepts (Medizinischer Aspekt fehlt, Bindung an Termine) genannt. An zweiter Stelle (n=2, 33.3%) standen die fehlenden technischen Voraussetzungen (kein Internetanschluss, keine Computerkenntnisse). Es lassen sich daraus keine Handlungsempfehlungen ableiten. Eventuell könnte bei fehlenden Computerkenntnissen auch hier eine zweite Patientenschulung dazu führen Hemmungen im Umgang mit dem Chat abzubauen.

Die gleiche Handlungsempfehlung lässt sich aus Frage 5.3.2. (Organisatorische oder technische Bedenken) ableiten. Potentielle Nichtteilnehmerinnen hatten am meisten Bedenken hinsichtlich der Technik. Möglicherweise lässt sich die tatsächliche Chatteilnahme durch eine weitere Patientenschulung und das Anbieten von technischer Unterstützung während der Chatsitzungen (z.B. Telefonhotline bei technischen Problemen) erhöhen. Frage 5.3.3 (Wunsch nach technischer Unterstützung) zeigt zudem, dass sich insgesamt fünf (33.3%) Frauen, unabhängig davon, ob sie planten an der Intervention teilzunehmen oder nicht, technische Unterstützung wünschten.

In Frage 5.3.5 ging es um die konkreten Nachteile einer internetbasierten Nachsorge aus Sicht der Patientinnen. Sieben Frauen (n=46.6%) konnten Nachteile nennen. Die meisten Frauen (n=4, 26.7%) hatten Bedenken hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung und der Atmosphäre innerhalb der Gruppe. Fast genauso häufig (n=3, 20.0%) wurde aber auch die Angst genannt durch die anderen Teilnehmer verunsichert zu werden. Möglicherweise ist es wichtig in der Informationsveranstaltung die Rolle des Therapeuten als Moderator noch deutlicher herauszustellen und die Möglichkeit anzubieten den Therapeuten bei Bedarf auch außerhalb des Chats zu erreichen, um eventuell entstandene Verunsicherungen abbauen zu können.

Bei der Frage 5.3.7 (Optimale internetbasierte Nachsorge aus Sicht der Patientinnen) konnten sechs Vorschläge zusammengetragen werden.

Am häufigsten (40.0%, n=6) wurden Vorschläge zur Betreuung während einer internetbasierten Nachsorge gemacht. Der Ansprechpartner sollte jederzeit erreichbar sein, um in Krisenzeiten unmittelbar unterstützen zu können (n=3, 20.0%). Außerdem wurde es von Seiten der Patientinnen als gut befunden, wenn der Ansprechpartner auch medizinische Kenntnisse hätte oder sogar Onkologe wäre (n=1, 6.7%). Weiterhin wurde anstatt einer Chatsitzung ein Email-Kontakt

vorgeschlagen (n=1, 6.7%).

Ideen zur Gruppenzusammensetzung (20.0%, n=3) waren, dass Frauen mit gleicher Diagnose und Therapie sich treffen (n=1, 6.7%) oder dass die Frauen sich privat ohne Therapeuten treffen (n=2, 13.3%). Eine weitere Idee (6.7%, n=1) war, dass man zu den im Chat besprochenen Themen auf eine Art Info-Pool zugreifen kann.

Für die Chatintervention lassen sich folgende Ideen realistisch umsetzen. Zu den im Chat besprochenen Themen könnten Links zu weiteren Informationen angeboten werden, so dass die Teilnehmerinnen sich auch nach dem Chat noch über das jeweilige Thema informieren könnten. Dies ist jedoch ein zusätzlicher Aufwand, der von den Therapeuten und deren Team aufgebracht werden müsste. Die Vorschläge zur Betreuung der Intervention sind diskussionsbedürftig. Für das Konzept der E-Nachsorge ist es nicht zwingend notwendig, dass der Therapeut auch medizinische Kenntnisse hat. Für den Therapeuten selbst ist es sicherlich von Vorteil, sich etwas medizinisches Hintergrundwissen anzueignen. Zusätzlich könnte der Therapeut, wie bereits erwähnt, auf Wunsch, der Gruppe für einzelne Sitzungen Experten zu bestimmten Themen einladen. So könnte zum Beispiel die Idee, einen Onkologen oder Physiotherapeuten den Chat betreuen zu lassen, für einzelne Sitzungen angedacht werden. Zudem wurde der Wunsch nach einem therapeutischen Ansprechpartner, der in Krisenzeiten unmittelbar helfen kann, geäußert. Dieses Angebot gab es im vorliegenden Projekt. Gegebenenfalls sollte dies in der Patientenschulung deutlicher kommuniziert werden.

Der vorgeschlagene Email-Kontakt ist eine ganz andere Form der internetbasierten Nachsorge. Dieser Punkt soll hier nicht weiter diskutiert werden. Genauso verhält es sich mit dem Vorschlag, dass die Frauen sich in einer Gruppe ohne Therapeuten treffen. Dieses Angebot ist ausreichend im Internet in Form von Selbsthilfegruppen zu finden und unterscheidet sich vom hier vorgestellten Angebot der E-Nachsorge. Nach Beendigung der Intervention könnte jedoch der Vorschlag gemacht werden, dass die Chatteilnehmerinnen den Chatroom auch ohne den Moderator weiterhin nutzen könnten.

Eine weitere Idee der befragten Frauen war, dass die Teilnehmerinnen am Chat alle die gleiche Diagnose und Therapie haben. In der Teilstichprobe der vorliegenden Arbeit hatten alle Patientinnen die gleiche Diagnose. Alle waren an einem Mammakarzinom erkrankt. Hinsichtlich der Art der Therapie (z.B.

brusterhaltende Therapie vs. Brustentfernung) und dem Erkrankungsstand unterschieden sie sich jedoch. Laut Abschlussbericht des zugrunde liegenden Projektes („Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“) zeigten die Erfahrungen aus der Eingangsphase des Projekts jedoch, dass Themen, wie spezielle Behandlungen und Erfahrungen der Patienten während des Klinikaufenthaltes eine untergeordnete Rolle im Chat spielten. Die Themen fokussierten sich vielmehr auf aktuelle Situationen und Lebensumstände der Patienten. Daher ist anzunehmen, dass zwar die gleiche Art der Krebserkrankung, aber nicht unbedingt die gleiche Behandlung oder Therapie wichtig für die Gruppenzusammensetzung sind.

Gefahren der Internetnutzung (Frage 5.4.5) sahen die befragten Frauen vor allem in der Sicherheit allgemein, dem Missbrauch von Daten und der Verletzung der Privatsphäre (n=8, 53.3%) hier kann die Handlungsempfehlung abgeleitet werden, in der Informationsveranstaltung noch deutlicher auf die Sicherheit und die Anonymität hinzuweisen.

6.5. Ausblick

Seit 2004 steigt die Internetnutzung in Deutschland stetig an. Gegenüber 2012 stieg 2013 der Anteil der Internetnutzer von 75.9% auf 77.2%. Vor allem der Anteil der Internetnutzer in der Altersgruppe über 60 Jahren zeigt einen Zuwachs, 42.9% benutzten 2013 das Internet. Der Anteil der weiblichen Internetnutzer lag 2013 bei 71.1%.

Für Menschen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren ist es mittlerweile normal online zu sein, 97.5% dieser Altersgruppe nutzten 2013 mindestens gelegentlich das Internet. Onlinecommunities wurden dabei von 76.0% der 14-29jährigen, aber nur von 13.0% der 50-69jährigen genutzt. Das Internet zum Chatten zu benutzen gaben 59.0% in der Altersgruppe 14-29 Jahre und 9.0% in der Altersgruppe 50-69 Jahre an (Eimeren und Frees 2013). Daher ist in Zukunft anzunehmen, dass die nachfolgende Generation, die mit den Möglichkeiten des World Wide Web aufgewachsen ist, im Bedarfsfall auch auf das Angebot einer internetbasierten psychosozialen Intervention zurückgreifen würde.

Ein internetbasiertes Nachsorgeangebot, wie es in der vorliegenden Arbeit

vorgestellt wird, ist kostengünstig und kann auch psychosozial bzw. medizinisch unterversorgte ländliche Gebiete optimal erreichen. Menschen, die aufgrund körperlicher Behinderungen oder auch durch Kinderbetreuung in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, aber auch Menschen, die die Stigmatisierung fürchten, kann so der Zugang zu psychosozialer Unterstützung erleichtert werden.

Durch die Möglichkeit, das therapeutische Angebot des Chats zeitnah nutzen zu können, können zudem Wartezeiten wie sie in der ambulanten psychologischen Versorgung oftmals bestehen, verkürzt oder überbrückt werden. So besteht die Möglichkeit, Patientinnen, bei denen auch nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik noch psychologischer Unterstützungsbedarf vorhanden ist und die in ihren beruflichen und familiären Alltag zurückkehren müssen, einen nahtlosen Übergang in die Nachsorge zu gewährleisten.

Bisher gibt es in der Literatur wenig Erfahrung mit einer therapeutischen Chatgruppe für onkologische Patienten. Die vorliegende Arbeit könnte als Pilottestung angesehen werden mit dem Ziel, einen optimierten Interviewleitfaden zu entwickeln. Dieser könnte weitere Aspekte eruieren, welche die Akzeptanz eines therapeutischen Chats erhöhen könnten.

Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen der vorliegenden Arbeit liefern Hinweise wie Folgestudien weiter optimiert werden könnten. Sie können zudem als Grundlage genutzt werden, für weitere, methodisch strengere Effektivitätsprüfungen an einer größeren Stichprobe.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Das Mammakarzinom ist mit einer Inzidenz von 68.710 Fällen (GEKID 2010) die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen in Deutschland. Für 2012 wird sogar ein Anstieg auf 74.500 Neuerkrankungen erwartet (Kaatsch et al. 2012).

Die Diagnose stellt die Frauen vor eine Reihe somatischer, psychischer und sozialer Probleme. Die psychische Verarbeitung der Erkrankung erfolgt meist erst in der Rehabilitationsklinik. Viele Studien zeigen jedoch, dass die dort erreichten Verbesserungen häufig nicht im Alltag beibehalten werden können. Eine gezielte Nachsorge, nach Beendigung des Rehabilitationsaufenthalts, ist notwendig, um die psychische Stabilität langfristig aufrechterhalten zu können.

Das Internet bietet hierbei die Möglichkeit, psychosoziale Nachsorge unabhängig vom Wohnort, zeitnah und kostengünstig anbieten zu können. Bei einem Anteil der Internetnutzer in der Bevölkerung in Deutschland im Jahre 2013 von 77,2% und steigender Prognose in den nächsten Jahren (Eimeren und Frees 2013) ist dies eine Form der Nachsorge, die zudem sehr zukunftsorientiert ist. Aus diesem Grund wurde ein internetbasiertes Nachsorgeangebot in Form von Chatgruppen entwickelt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Bedarf und die Akzeptanz einer internetbasierten Nachsorge zu evaluieren.

Methode: Im Rahmen des Forschungsprojektes: „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation: Prozess- und Ergebnisqualität eines E-Mental-Health-Moduls“ des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden 15 an Brustkrebs erkrankte Frauen in einer Rehabilitationsklinik in Norddeutschland rekrutiert. Die Frauen besuchten in der Klinik die Informationsveranstaltung des oben genannten Projekts (E-Nachsorge, in diesem Fall: internetbasierte Nachsorge). Im Anschluss wurden sie gefragt, ob sie an einem Interview zum Thema „Bedarf und Akzeptanz einer internetbasierten Nachsorge“ teilnehmen würden. Einige Interviews wurden persönlich in der Klinik geführt, andere nach vorheriger Terminabsprache telefonisch nach Entlassung aus der Klinik. Während der Interviews hielt sich die Interviewerin an einen eigens für die Studie entwickelten Leitfaden.

Ergebnisse: Der Bedarf an einer und die Art der gewünschten psychosozialen Nachsorge wurde direkt erfragt sowie aus Antworten zu weiteren Fragen erschlossen. Zum Befragungszeitpunkt (während des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik und danach) gaben die meisten Frauen ein positives Befinden und eine positive Einstellung zur eigenen Erkrankung an. Psychosoziale Nachsorge wurde von allen befragten Frauen als sinnvoll erachtet. Unter den befragten Frauen war der eigene Wunsch nach professioneller Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung zum Ende der Rehabilitation jedoch gering.

Der Informationsbedarf war zu Beginn der Erkrankung unter den befragten Frauen höher als zum Befragungszeitpunkt.

Die Mehrheit der Frauen gab an, an der Intervention teilnehmen zu wollen. Potentielle Chatteilnehmerinnen befürworteten den Austausch mit anderen Betroffenen. Häufigster Grund für eine potentielle Nichtteilnahme war eine Negativbewertung des Konzepts (z.B. Fehlen des medizinischen Aspekts).

Schlussfolgerungen: Der Chat als Möglichkeit einer psychosozialen Nachsorge in Form von Chatgruppen wurde von den befragten Frauen positiv aufgenommen. Das Nachsorgeangebot wies eine gewisse Niederschwelligkeit auf, d.h. dass die Teilnahme an der Chatintervention von den Patientinnen nur einen geringen Aufwand erforderte. Dies wurde daran deutlich, dass alle befragten Frauen (n=15) Vorteile an einer internetbasierten Nachsorge sahen, unter anderem wurde gelobt, dass das Angebot kostenlos und von zuhause aus möglich sei. Technische und organisatorische Bedenken hinsichtlich der Intervention hatten nur wenige Frauen. Jedoch hängt die potentielle Chatteilnahme auch von einem Internetzugang und von der Erfahrung mit dem Internet ab.

Weiterhin wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet, um die Akzeptanz einer Chatnachsorge zu erhöhen.

8. Literaturverzeichnis

1. Abler B, Kessler H (2009) Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica* 55: 144-152.
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S (2010) Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy* 48: 974-983.
3. Arnold WK, Eysenck HJ, Meili R (1996) *Lexikon der Psychologie*, Bechtermünz Augsburg: 963.
4. Bengel J, Beutel M, Broda M, Haag G, Härter M, Lucius-Hoene G, Muthny FA, Potreck-Rose F, Stegic R, Weis J (2003) Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigungen; Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychother Psych Med* 53: 83-93.
5. Bertz J, Dahm S, Haberland J, Kraywinkel K, Kurth BM, Wolf U (2010) Ergebnisse zur Prävalenz nach ICD 10. In: *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch Institut (Hrg.) Berlin 2010: 77-83.
6. Biegler KA, Chaoul MA, Cohen L (2009) Cancer cognitive impairment and meditation. *Acta Oncol* 48: 18-26.
7. Blaikie NWH (1991) A Critique of the Use of Triangulation in Social Research. In: *Quality & Quantity* 25: 115–136.
8. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J (2013) Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 132: 1133-1145.
9. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer. Five year observational cohort study. *BMJ* 330: 702.
10. Cameron LD, Booth RJ, Schlatter M, Ziginas D, Harman JE, Benson SR (2005) Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. *Psychosom Med* 67: 584-589.

11. Caspar F, Berger T, Lotz-Rambaldi, Hohagen F (2013) Internetbasierte Psychotherapie und E-Mental Health. Verhaltenstherapie 23: 137-139.
12. Clarke G, Eubanks D, Reid E, Kelleher C, O'Connor E, DeBar L, Lynch F, Nunley S, Gullion C (2005) Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. J Med Internet Res 7: 16.
13. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH (1998) Beyond body image: the experience of breast cancer. Oncol Nurs Forum 25: 835-841.
14. Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U, Keller M, Waadt S, Henrich G, Herschbach P (2003) Progredienzangst bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Rehabilitation 42: 155-163.
15. Deutsche Rentenversicherung Bund Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (2010) Reha Therapiestandards Brustkrebs, Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung [Online im Internet.] URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35722/publicationFile/17864/II_brustkrebs_download.pdf [Stand 24.01.13, 18:17].
16. Doering DFP (2011) Psychotherapie der Angststörung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychotherapie 12: 348-353.
17. Donegan WL, Redlich PN, Lang PJ (1998) Carcinoma of the breast in males: a multiinstitutional survey. Cancer 83: 498-509.
18. Edwards AG, Hailey S, Maxwell M (2004) Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. Cochrane Database Systematic Reviews 2: CD004253.
19. Eimeren B, Frees B (2013) Ergebnisse der ARD/ZDF Onlinestudie 2013: Rasanter Anstieg des Internetkonsums – Onliner fast drei Stunden täglich im Netz. Media Perspektiven 7-8: 358-372.
20. Erim Y, Beckmann M, Hoffmann O, Senf W, Kimmig R, Wimberger P (2011) Prädiktoren psychischer Belastungen bei Brustkrebspatientinnen – Worauf sollten Ärzte und Pflegekräfte in der onkologischen Praxis achten? Geburtshilfe und Frauenheilkunde 71: 285-291.
21. Fallowfield L, Ford S, Lewis S (1995) No news is not good news: information preferences of patients with cancer. Psychooncology 4: 197-

202.

22. Fawzy F, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, Morton D (1993) Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 50: 681–689.
23. Ferguson RJ, McDonald BC, Roeque MA, Furstenberg CT, Horrigan S, Ahles TA, Saykin J (2012) Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psychooncology* 21: 176-186.
24. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F (2013) GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer [Online im Internet] URL: <http://globocan.iarc.fr> [09.01.2014, 10:45].
25. Fielding N, Fielding JL (1986) Linking data: The Articulation of Qualitative and Quantitative Methods in Social Research. Sage, London & Beverley Hills, CA.
26. Forschungsgruppe Wahlen e.V. (2012) Internet-Strukturdaten: Repräsentative Umfrage –III. Quartal 2012 [Online im Internet] URL: http://www.forschungsgruppe.de/Umfragen/Internet-Strukturdaten/web_III_12_1.pdf [Stand: 31.01.13 13:53].
27. Gaisser A (2006) Informationsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen und ihren Angehörigen. In: Management des Mammakarzinoms. Kreienberg R, Jonat W, Volm T, Möbus V, Alt D (Hrg.) 3. Auflage Springer Medizin Verlag Heidelberg: 503-524.
28. Garnefski N, Kraaij V (2007) The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychology Assessment* 23: 141-149.
29. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH (2001) Sharing decisions in cancer care, *Soc Sci Med* 52: 1865-1887.
30. Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) [Online im Internet.] URL: www.gekid.de [Stand: 22.01.13, 15:00].
31. Giersiepen K, Heitmann C, Jahnsen K, Lange C (2005)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 25 Brustkrebs, Robert Koch-Institut, Berlin.

32. Glaser BG, Strauss AL (1967) The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Research, Chicago Aldine Publishing Company.
33. Gülich M, Jäckel WH (2007) Zugang zur Rehabilitation, Rehabilitationsbedarf/ -fähigkeit/ -potential/ -prognose. In: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Ein fallorientiertes Lehrbuch. Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrg.) Urban und Fischer München Jena (2007): 25-31.
34. 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: 435-445.
35. Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J (2000) Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 39: 317-323.
36. Heckl U, Weis J (2006) Medizinpsychologische Aspekte der Patientin mit Mammakarzinom. In: Management des Mammakarzinoms. R. Kreienberg, W. Jonat, T. Volm, V. Möbus, D. Alt (Hrg.) Springer Medizin Verlag Heidelberg, Kapitel 39: 470-482.
37. Helft PR, Eckles RE, Johnson-Calley CS, Daugherty CK (2005) Use of the internet to obtain cancer information among cancer patients at an urban county hospital. J Clin Oncol 23: 4954-4962.
38. Herschbach P, Rosbund A-M, Brengelmann JC (1985) Probleme von Krebspatientinnen und Formen ihrer Bewältigung. Onkologie 8: 219-231.
39. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL, Schutte KK (2005) Stress generation, avoidance coping and depressive symptoms: A 10-year model. Journal of consulting and clinical Psychology 73: 658-666.
40. Holland JC, Weis TR (2010) History of Psycho-Oncology. In: Psycho-Oncology. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB (Hrg.) 2. Auflage, Oxford University Press New York (2010): 3-12.

41. Hoybye MT, Dalton SO, Deltour I, Bidstrup PE, Frederiksen K, Johansen C (2010) Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *British Journal of Cancer* 102: 1348-1354.
42. Hoybye MT, Dalton SO, Christensen J, Ross L, Kuhn KG, Johansen C (2010) Social and psychological determinants of participation in internet based cancer support groups. *Support Care Cancer* 18: 553-560.
43. Jacobsen E (1990) Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis, aus dem Amerikanischen von Karin Wirth, 7. Auflage, Klett Cotta Stuttgart.
44. Jefford M, Tattersall MH (2002) Informing and involving cancer patients in their own care. *Lancet Oncol* 3: 629-637.
45. Kaatsch P, Spix C, Hentschel S et al. (2013) Ergebnisse nach ICD 10- Brustdrüse. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krebs in Deutschland 2009/2010. Robert Koch Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrg.), 9. Ausgabe, Berlin 2013: 68-71.
46. Kaufmann M, Ernst B (2000) CAWAC-Umfrage in Deutschland: Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. *Deutsches Ärzteblatt* 97: 3191-3196.
47. Köckeis-Stangl E (1982) Methoden der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann K, Ulrich D (Hrg.) *Handbuch der Sozialisationsforschung*, Weinheim: 321-370.
48. Kordy H, Golkarnay 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.
49. Kreienberg R, Alt D, Jonat W, Möbus V, Volm T (2006) Management des Mammakarzinoms, 3. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
50. Kreienberg R, Volm T, Alt D (2006) Krankheitsbild Mammakarzinom. In: Management des Mammakarzinoms. R. Kreienberg, W. Jonat, T. Volm, V. Möbus, D. Alt (Hrg.) Springer Medizin Verlag Heidelberg, Kapitel 39: 470-482.
51. Krischke NR, Habermalz HJ, Hotop A, Pertermann F (1999) Helfen gern! Aber richtig. *Forum DKG* 14: 419-421.

52. Kruse J, Grinschgl A, Wöller W, Söllner W, Keller M (2003) Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs, *Psychotherapeut* 48: 93-99.
53. Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B (2013) Verständnis der Lebenssituation von Krebspatienten. In: *Klinische Psychoonkologie*. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2013: 53-98.
54. Lackes R, Siepermann M, Kollmann T: *Gabler Wirtschaftslexikon*, Gabler Verlag (Hrg.) [Online im Internet] URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81492/chatroom-v8.html> [Stand: 06.04.2013, 11:11].
55. Lazarus RS (1991) *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press, New York.
56. Lepore SJ, Buzaglo JS, Lieberman MA, Golant M, Davey A (2011) Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *BioMed Central* 11: 379.
57. Leykin Y, Thekdi SM, Shumay DM, Munoz RF, Riba M, Dunn LB (2012) Internet interventions for improving psychological well-being in psycho-oncology: review and recommendations. *Psycho-Oncology* 9: 1016-1025.
58. Lieberman MA, Goldstein BA (2005) Self-help on-line: an outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *J Health Psychol* 10: 855–862.
59. Lukanow K (2006) Intervieweffekte im Telefoninterview. In: *Das Telefoninterview – Instrument der Zukunft? Forschungsbericht aus dem Zentrum für Sozialforschung Halle e.V. an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*, 06-3:68-90 [Online im Internet] URL: http://www.zsh-online.de/fileadmin/PDF-Dokumente/06_3FB.pdf [Stand: 23.02.14, 11:18].
60. Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens RG (1996) Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study. *J Adv Nurs* 23: 487-495.
61. Mayring P (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativen Denken*, 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
62. Mayring P (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 11. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
63. McQuellon RP, Wells M, Hoffman S, Cravens B, Russel G, Cruz J, Hurt G, DeChatelet P, Andrykowsky M, Savage P (1998) Reducing distress in

- cancer patients with an orientation program. *Psychooncology* 7: 207–217.
64. Meindl A, Ditsch N, Kast K, Rhiem K, Schmutzler RK (2011) Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom; Neue Gene, neue Therapien, neue Konzepte. *Deutsches Ärzteblatt* 108: 323-330.
 65. Meyerowitz H, Desmond KA, Rowland JW, Wyatt GE, Ganz PA (1999) Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 25: 327–334.
 66. Mills ME, Sullivan K (1999) The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of clinical Nursing* 8: 631-642.
 67. Moorey S, Greer S, Watson M, Baruch JDR, Robertson BM, Mason A, Rowden L, Tunmore R, Law M, Bliss JM (1994) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psychooncology* 3: 39–46.
 68. Muriel AC, Hwang VS, Kornblith A, Greer J, Greenberg DB, Temel J, Schapira L, Pirl W (2009) Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatr Serv* 60: 1132-1134.
 69. Murphy LJ, Mitchell DL (1998) When writing helps to heal: e-mail as therapy. *British Journal of Guidance & Counselling* 26: 21-32.
 70. Owen JE, Klapow JC, Roth DL, Shuster JL, Bellis J, Meredith R, Tucker DC (2005) Randomized pilot of a self-guided Internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Ann Behav Med* 30: 54-64.
 71. Papageorgiou C, Wells A (2004) Depressive rumination: Nature, theory and treatment. John Wiley and sons Ltd, Chichester UK.
 72. Pinquart M, Silbereisen RK, Frohlich C (2009) Life goals and purpose in life in cancer patients. *Support Care Cancer* 17: 253-259.
 73. Plass A, Koch U (2001) Participation of oncological out-patients in psychosocial support. *Psychooncology* 10: 511-520.
 74. Poppelreuter M, Weis J, Schmid J, Bartsch HH (2006) Neuropsychologische Folgestörungen nach adjuvanter Therapie des Mammakarzinoms. Forschungsstand und Implikationen für die Praxis. *Onkologie* 12: 27-35.
 75. Price M, Butow P, Kirsten L (2006) Support and training needs of cancer support group leaders: a review. *Psycho-Oncology* 15: 651-663.

76. Ptacek JT, Eberhardt TL (1996) Breaking bad news: A review of the literature. *Journal of the American Medical Association* 276: 496-502.
77. Rehse B, Reuter E, Schneider B, Schwickerath J (2008) Inanspruchnahme und Akzeptanzvergleich eines psychoonkologischen Nachsorgeangebots bei von Brustkrebs betroffenen Frauen. *Geburtsh Frauenheilk* 68: 907-914.
78. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C (2008) Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 110: 9-17.
79. Rochlen AB, Zack JS, Speyer C (2004) Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *J Clin Psychol* 60: 269-283.
80. Salzer M, Palmer SC, Kaplan K, Have TT, Hampshire M, Metz J, Coyne JC (2010) A randomized controlled study of internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 19: 441-446.
81. Schain WS, D'Angelo TM, Dunn ME, Lichter AS, Pierce LJ (1994) Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy. Psychological consequences. *Cancer* 73: 1221-1228.
82. Schmid-Büchi S, Dassen T, Halfens RJG (2005) Die Erfahrung an Brustkrebs zu erkranken und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. *Pflege* 18: 345-352.
83. Schön D, Bertz J, Görsch B, Haberland J, Kurth BM (2004) Die Dachdokumentation Krebs - Eine Surveillance-Einrichtung der Krebsregistrierung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47: 429-436.
84. Schofield PE, Butow PN, Thompson MHN, Tattersal LJ, Beeney LJ, Dunn SM (2003) Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of oncology* 14: 48-56.
85. Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, Sandvik L, Kåresen R (2004) Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* 13: 309-320.
86. Schultz JH (1932) Das autogene Training (Konzentration der Selbstentspannung) Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung, Thieme Leipzig.

87. Sellick SM, Crooks DL (1999) Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology* 8: 315-333.
88. Serin D, Dilhuydi JM, Romestaing P, Guiochet N, Bret P, Savary J, Flinois A (2004) *Parcours de femme 2001: a French opinion survey on overall disease and everyday life management in 1870 women presenting with gynecological and breast cancer and their caregiver.* *Ann Oncol* 15: 1056-1064.
89. 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. *Comp Inform Nurs* 24: 18-27.
90. Sheard T, Maguire P (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 80: 1770-1780.
91. Siedentopf F (2005) Psychoonkologie in der Mammakarzinom-Nachsorge, *Frauenarzt* 46: 886-888.
92. Spiegel D, Moore R (1997) Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology* 11: 1179–1189.
93. Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott PhB, Mudaliar N, Pierce HI, Flynn PJ, Heard L, Riggs G (1999) Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology* 8: 482-493.
94. Stanton AL, Kirk SB, Cameron SL, Danoff-Burg S (2000) Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology* 78: 1150-1169.
95. Statista (2013) Entwicklung der Internetnutzung in Deutschland seit 2001 [Online im Internet] URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/> [Stand: 10.11.2012, 14:15].
96. Street RL Jr, Voigt B, Geyer C Jr, Manning T, Swanson GP (1995) Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer* 76: 2275-2285.

97. Tattersall MH, Gattellari M, Voigt K, Butow PN (2002) When the treatment goal is not cure: Are patients informed adequately? *Support Care Cancer* 10: 314-321.
98. Vickberg SM, Bovbjerg DH, DuHamel KN, Currie V, Redd WH (2000) Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behav Med* 25: 152-160.
99. Wegner DM, Erskine JAK (2003) Voluntary involuntariness: Thought suppression and the regulation of the experience of will. *Consciousness and Cognition* 12: 684-694.
100. Weis J (1990) Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und die Problematik der Bedarfsplanung. In: Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg.) *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York: 113-123.
101. Weis J, Beckmann MW, Scharl A, Albert US, Bartsch HH, Ernst B, Faller A, König K, Naß-Griegoleit I, Schulte H (2012) Psychosoziale Aspekte und Psychoonkologie, Kapitel 6.2. In: *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe e.V. (Hrg.)* Berlin: 226-233.
102. 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: 1164-1173.
103. Zettl S (2003) Wie bedeutsam ist für Krebspatienten das Thema Sexualität? *FORUM DKG* 3: 24–27.

9. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zusammenfassung Operationalisierung der vier Forschungsfragen	28
Tab. 2: Anzahl potentieller Chatteilnehmer und potentieller Nichtteilnehmer	32
Tab. 3: Beschreibung der Teilstichprobe	33
Tab. 4: Beispiel Kategorienbildung	42
Tab. 5: Bewertung des eigenen Befindens	44
Tab. 6: Einstellung zur eigenen Erkrankung	46
Tab. 7: Wunsch nach Unterstützung	47
Tab. 8: Einstellung zur psychosozialen Nachsorge	48
Tab. 9: Wunsch nach Hilfe bei der Organisation der Nachsorge	49
Tab. 10: Beurteilung der Betreuung und Versorgung	50
Tab. 11: Informationsquellen	51
Tab. 12: Informationsbereiche	52
Tab. 13: Informationsdefizite während der Erkrankung	53
Tab. 14: Zukünftiger Informationswunsch	55
Tab. 15: Regelmäßige Besuche bestimmter Internetseiten	56
Tab. 16: Empfohlene Internetseiten	57
Tab. 17: Potentielle Chatteilnahme	59
Tab. 18: Gründe für eine potentielle Nichtteilnahme	61
Tab. 19: Gründe für eine potentielle Chatteilnahme	63
Tab. 20: Organisatorische oder technische Bedenken	64
Tab. 21: Nennung der organisatorischen und technischen Bedenken	65
Tab. 22: Technische Unterstützung	66
Tab. 23: Bewertung der Patientenschulung	67
Tab. 24: Nachteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge (ja/nein)	69
Tab. 25: Konkrete Nachteile einer Chatnachsorge aus Sicht der Patientinnen	69
Tab. 26: Vorteile einer internetbasierten psychosozialen Nachsorge (ja/nein)	70
Tab. 27: Konkrete Vorteile einer Chatnachsorge aus Sicht der Patientinnen	71
Tab. 28: Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge (ja/nein)	72
Tab. 29: Konkrete Ideen für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge	73
Tab. 30: Erfahrungen mit dem Internet	75
Tab. 31: Wöchentliche Nutzung des Internets	76
Tab. 32: Internetanschluss zuhause	77
Tab. 33: Zielsetzung bei der Internetnutzung	78
Tab. 34: Bedeutung des Internets	79
Tab. 35: Nachteile der Internetnutzung (ja/nein)	80
Tab. 36: Gefahren der Internetnutzung	81
Tab. 37: Vorteile der Internetnutzung (ja/nein)	82
Tab. 38: Konkrete Vorteile der Internetnutzung	83
Tab. 39: Forumdiskussion	84
Tab. 40: Erfahrungen mit einem Chat	85
Tab. 41: Fragen, deren Antworten einem zweistufigen Abstufungsgrad zugeordnet wurden	87
Tab. 42: Fragen, deren Antworten anderen Ausprägungsgraden zugeordnet wurden	90

Tab. 43: Fragen, deren Antworten Vorschläge seitens der Patientinnen enthielten	91
Tab. 44: Kategorienbildung + Antworten der potentiellen Teilnehmer (pTN) & Potentiellen Nichtteilnehmer (pNTN) zu Frage 5.1.1.	131
Tab. 45: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.2.	133
Tab. 46: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.3.	136
Tab. 47: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.4.	138
Tab. 48: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5a.	138
Tab. 49: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5b.	140
Tab. 50: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.6.	142
Tab. 51: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.1.	143
Tab. 52: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.2.	146
Tab. 53: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.3.	148
Tab. 54: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.4.	150
Tab. 55: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.5.	152
Tab. 56: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.1.	154
Tab. 57: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.2.	157
Tab. 58: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.3.	159
Tab. 59: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.4.	161
Tab. 60: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.5.	163
Tab. 61: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.6.	166
Tab. 62: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.7.	169
Tab. 63: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1a.	171
Tab. 64: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1b.	172
Tab. 65: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.2.	174
Tab. 66: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.3.	175
Tab. 67: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.4.	177
Tab. 68: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.5.	179
Tab. 69: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.6.	181
Tab. 70: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.7.	183
Tab. 71: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.8.	184

10. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Allgemeines Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (Quelle Mayring 2010, S. 93)	38
--	----

11. Anhang

11.1. Kodierleitfaden

11.1.1. Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 44: Kategorienbildung + Antworten der potentiellen Teilnehmer (pTN) & potentiellen Nichtteilnehmer (pNTN) zu Frage 5.1.1.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K1: positive Bewertung	Das Befinden wurde - als positiv - ohne Angabe von Schmerzen - ohne körperliche oder psychische Einschränkungen beschrieben.	„ <i>Physisch geht's mir sehr gut und auch psychisch habe ich einiges an Rückenstärkung aus den Gesprächen in der Reha mitnehmen können [...].</i> “	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen
K2: negative Bewertung	Die befragte Patientin - äußerte sich negativ über ihr Befinden - beklagte Schmerzen, körperliche oder psychische Einschränkungen.	„ <i>Nicht so gut, mein Blutbild ist nicht so ganz in Ordnung, also geht's mir nicht ganz so gut.</i> “	Mindestens ein Aspekt der Definition musste zutreffen

Tabelle 44: Kategorienbildung + Antworten der pTN & potentielle Nichtteilnehmer pNTN zu Frage 5.1.1., Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Kategorien
A	„Nicht so gut, mein Blutbild ist nicht so ganz in Ordnung, also geht's mir nicht ganz so gut.“	K2	K1: positive Bewertung K2: negative Bewertung
B	„Momentan geht es mir sehr gut.“	K1	
C	„Also momentan bin ich in einer Phase, in dieser Erholungsphase, wo ich merke, es geht mir tagtäglich besser.“	K1	
D	„Mir geht's momentan ganz gut, besser als vor vier Wochen.“	K1	
E	„Momentan geht's mir gut, war alles gut auf der Reha.“	K1	
F	„Ganz gut, eher gut (lacht).“	K	
G	„Momentan geht's mir sehr gut und das wird jeden Tag ein bisschen besser.“	K1	
H	„Allgemein geht's mir gut.“	K1	
I	„Mir geht's bestens.“	K1	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Gut, ich bin sowieso keine richtige Krebspatientin.“	K1	
K	„Momentan habe ich so ein kleines seelisches Tief.“	K2	
L	„Physisch geht's mir sehr gut und auch psychisch habe ich einiges an Rückenstärkung aus den Gesprächen in der Reha mitnehmen können [...].“	K1	
M	„Ich muss sagen, dass mein Befinden momentan zufriedenstellend ist.“	K1	
N	„Psychisch geht's mir gut, ich habe es nicht so dramatisch gesehen und mein Schicksal gut angenommen.“	K1	
O	„Momentan geht's mir sauschlecht, ich kann diesen Zustand nicht akzeptieren, vor allem wegen der Bewegungseinschränkungen.“	K2	

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 45: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.2.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K3: positive Einstellung	Patientin - beschrieb Einstellung gegenüber Erkrankung als positiv - gab an bei der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung keine negativen Gefühle zu spüren	<i>„Ich habe keine Angst, ich habe keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“</i>	Es musste mindestens ein Aspekt zutreffen
K4: teils/teils	Die Einstellung gegenüber der Erkrankung - wurde weder als positiv noch als negativ beschrieben - zeigte ambivalente Tendenzen	<i>„Mal ist alles ganz positiv und dann hat man mal wieder einen Hänger, dass kann man gar nicht ganz ausblenden.“</i>	Es musste mindestens ein Aspekt zutreffen
K5: negative Einstellung	Patientin - äußerte sich negativ über die Erkrankung - äußerte durch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung in eine negative Stimmung zu verfallen	<i>„Ein bisschen hilflos, ein bisschen ratlos, es ist wie eine Welle über einen hereingebrochen, [...] man braucht wahrscheinlich ziemlich lange, um das zu verarbeiten.“</i>	Es musste sich mindestens ein kritischer Aspekt in der Äußerung befinden

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Kategorien
A	<i>„Mal ist alles ganz positiv und dann hat man mal wieder einen Hänger, das kann man gar nicht ganz ausblenden.“</i>	K4	K3: positive Einstellung
B	<i>„Ich habe keine Angst, ich habe keine Probleme mit der Erkrankung, die ist für mich eigentlich abgeschlossen.“</i>	K3	K4: teils/teils

Tabelle 45: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.2., Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kate-Gorie	Zusammenfassung Kategorien
C	„Ich tue sie [die Erkrankung] eigentlich mehr oder weniger wegstecken, [...] und ich sage auch manchmal, dass ich froh bin, dass es [der Krebs] nicht irgendwo anders aufgetaucht ist und doch recht glimpflich abgegangen ist“	K3	K5: negative Einstellung
D	„Ich versuche es im Moment so zu sehen, dass ich alles zur Vorsorge mache und das bei mir der Krebs ja entfernt wurde.“	K3	
E	„Mir geht's dabei gut, weil es mir ja auch körperlich gut geht.“	K3	
F	„Ich denke schon darüber [die Erkrankung] nach, weil ich ja auch immer damit konfrontiert bin, manchmal habe ich Ängste und manchmal ist es gut.“	K4	
G	„Ein bisschen hilflos, ein bisschen ratlos, es ist wie eine Welle über einen hereingebrochen, [...] man braucht wahrscheinlich ziemlich lange, um das zu verarbeiten.“	K5	
H	„Es ist in Ordnung für mich, ich akzeptiere mein Schicksal.“	K3	
I	„Ich sehe das so, dass die Reha jetzt meine Leidensphase abschließt.“	K3	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ich habe da keine Probleme mit, da ich schon mit ganz anderen Sachen konfrontiert wurde.“	K3	
K	„Ich denke schon über die Erkrankung nach, aber dann denke ich, es war klein und du hast alles getan, also es kommt drauf an, wie man aufgelegt ist.“	K4	
L	„Ich denke schon immer wieder so blitzartig darüber nach, aber da ich ja von Anfang an eine gute Prognose hatte,[...] habe ich mich zu den Glückspilzen im Unglück gezählt und das tue ich weiter.“	K3	

Tabelle 45: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.2.,
Fortsetzung

M	<i>„Ich versuche mir einfach keine Gedanken über die Erkrankung zu machen.“</i>	K3
N	<i>„Ehrlich gesagt, denke ich selten über meine Erkrankung nach.“</i>	K3
O	<i>„Ich bin immer offensiv mit meiner Brustkrebserkrankung umgegangen.“</i>	K3

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 46: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.3.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K6: Wunsch vorhanden	- die Patientin hat den Wunsch bejaht - die Patientin äußerte sich positiv über professionelle Hilfe	„Während der Therapie habe ich gedacht, brauche ich nicht, zum Ende habe ich gemerkt, brauche ich doch.“	Zutreffend, wenn mindestens ein Aspekt der Definition in der Antwort der Patientin enthalten war
K7: Wunsch nicht vorhanden	- die Patientin hat den Wunsch verneint - die Patientin äußerte sich in negativer Form über professionelle Hilfe	„Nein, ich brauche keine psychosoziale Unterstützung.“	Zutreffend, wenn mindestens ein Aspekt der Definition in der Antwort der Patientin enthalten war

pTN	Paraphrase	Kate-Gorie	Zusammenfassung Kategorien
A	„Ich könnte mir professionelle Hilfe in Form von Gruppentherapien sehr gut vorstellen.“	K6	K6: Wunsch vorhanden K7: Wunsch nicht vorhanden
B	„Im Moment bin ich eigentlich ziemlich fest im Sattel, aber wenn ich merken würde da zeichnet sich irgendwas ab, würde ich sofort darauf [psychotherapeutische Hilfe] zurückgreifen.“	K7	
C	„Unterstützung brauche ich im Moment nicht, ich will mein Leben meistern, wie ich es bisher getan habe.“	K7	
D	„Im Moment habe ich keinen Bedarf.“	K7	
E	„Während der Therapie habe ich gedacht, brauche ich nicht, zum Ende habe ich gemerkt, brauche ich doch.“	K6	
F	„Was ich mir wünsche, ist der Austausch mit anderen Betroffenen und mit Experten.“	K6	
G	„Nein erst mal nicht, ich habe viel Unterstützung von meinem Mann.“	K7	
H	„Nein, ich brauche keine psychosoziale Unterstützung.“	K7	

Tabelle 46: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.3., Fortsetzung

I	<i>„Ich wünsche mir keine weitere Unterstützung, ich habe einen Psychoonkologen mehrmals besucht, aber das dann beendet.“</i>	K7	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	<i>„Ich bin ja im Moment beim Psychoonkologen.“</i>	K6	
K	<i>„Ich rede ja offen über die Erkrankung und das hilft mir auch, in so fern brauche ich sonst keine Unterstützung.“</i>	K7	
L	<i>„Ich habe jetzt wochenlang so viele Informationen bekommen, Austausch gehabt, Fachgespräche gehört und psychologische Beratungsstunden genossen,[...] mein Bedürfnis ist jetzt komplett gedeckt.“</i>	K7	
M	<i>„Nein, ich wünsche mir keine psychosoziale Unterstützung für zuhause.“</i>	K7	
N	<i>„Ich hatte Therapiestunden bei einer Psychoonkologin, aber nach der Reha ist das für mich beendet.“</i>	K7	
O	<i>„Ich wünsche mir keine psychoonkologische Betreuung.“</i>	K7	

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 47: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.4.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K10: positive Einstellung	Psychosoziale Nachsorge wurde als - gut - positiv - sinnvoll - wichtig - sehr wichtig beschrieben	„Ich halte davon sehr viel, dass ist was sehr wichtiges die Psyche, gerade bei dieser Erkrankung, ich bin überzeugt, dass man damit sehr viel bewirken kann, bei der Bewältigung der Erkrankung.“	Eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
K11: negative Einstellung	Psychosoziale Nachsorge wurde als - nicht sinnvoll beschrieben	-	Die Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich finde die eigentlich positiv [...], ich denke schon, dass das hilfreich ist.“	K10	K10: positive Einstellung K11: negative Einstellung
B	„Ich halte davon sehr viel, dass ist was sehr wichtiges die Psyche, gerade bei dieser Erkrankung, ich bin überzeugt, dass man damit sehr viel bewirken kann, bei der Bewältigung der Erkrankung.“	K10	
C	„Die ist gut, es ist gut, dass man darüber sprechen kann.“	K10	
D	„Ich bin auf jeden Fall offen für diese Unterstützung.“	K10	
E	„Gut, ich habe in der Reha auch die Einzel- und Gruppengespräche freiwillig in Anspruch genommen und bin da auch mit neuen Gedanken raus gegangen.“	K10	
F	„Positiv, ich stehe dem Ganzen offen gegenüber.“	K10	
G	„Das ist eine gute Sache.“	K10	
H	„Ich finde psychosoziale Nachsorge sehr positiv.“	K10	
I	„Ich finde psychosoziale Nachsorge generell gut.“	K10	

Tabelle 47: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.4. ,
Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Finde ich gut.“	K10	
K	„Ich finde es gut, dass es so etwas gibt.“	K10	
L	„Grundsätzlich positiv.“	K10	
M	„Finde ich generell wichtig.“	K10	
N	„Da habe ich eine positive Grundeinstellung zu.“	K10	
O	„Stehe ich positiv gegenüber.“	K10	

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 48: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5a.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K12: Positive Äußerung	Die Patientin äußerte den Wunsch nach Organisation einer psychosozialen Nachsorge für zuhause	„Von der Patientenseite her würde ich das gut finden.“	Die Definition musste zutreffen
K13: Negative Äußerung	Patientin äußerte keinen Wunsch nach Organisation einer psychosozialen Nachsorge für zuhause.	„Man hat es mir angeboten, auch für zuhause, aber nein, weil ich nicht genau weiß warum.“	Die Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Finde ich nicht schlecht.“	K12	K12: positive Äußerung K13: Negative Äußerung
B	„Ich würde es gut finden.“	K12	
C	„Man hat es mir angeboten, auch für zuhause, aber nein, weil ich nicht genau weiß warum.“	K13	
D	„Wäre vielleicht nicht schlecht, weil das Problem ist ja, dass man zuhause sehr viel Eigeninitiative braucht, um sich etwas zu organisieren.“	K12	
E	„Von der Patientenseite her würde ich das gut finden.“	K12	
F	„Das wäre bestimmt ganz hilfreich.“	K12	

Tabelle 48: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5a., Fortsetzung

G	„Für mich ist das erst mal gut so, aber ich habe hier auch andere Patientinnen kennengelernt, bei denen hatte die Erkrankung viel schlimmere Folgen, also Job weg, Mann weg, für die ist sicherlich eine spezielle Unterstützung notwendig, damit die in kein Loch fallen.“	K12	
H	„Ich würde es gut finden, wenn mehr über Selbsthilfegruppen informiert werden würde.“	K12	
I	„Der Patient muss schon selber aktiv werden, aber dazu braucht er Informationen.“	K13	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Wenn man das möchte bzw. der Bedarf da ist, finde ich das eine sehr gute Einrichtung.“	K12	
K	„Das würde ich sehr gut finden, dass man weiss, dass es weitergeht und man nicht in ein Loch fällt.“	K12	
L	„ [...], es gibt bestimmt viele Patienten für die das hilfreich wäre, weil sie sich zuhause noch nicht umgeguckt haben oder weil sie nicht wissen, wie man da rangeht.“	K12	
M	„Ja warum nicht.“	K12	
N	„Würde ich gut finden, sonst fällt man vielleicht zuhause in ein Loch.“	K12	
O	„Wenn das Angebot möglichst offen ist, nach der «Kannst-Darfst-Taktik», dann ja.“	K12	

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 49: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5b.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K14: Idee vorhanden	Patientin äußert einen Vorschlag, wie die Unterstützung durch die Reha-Klinik aussehen könnte.	„Gut wäre es, wenn die [die Reha-Klinik] auch dafür sorgen würden, dass man die richtigen Ansprechpartner hat.“	Die Definition musste zutreffen
K15: keine Idee	Patientin kann keinen Vorschlag äußern.	„Nein, da habe ich jetzt erst mal gar keine Vorstellung.“	Die Definition musste zutreffen

Tabelle 49: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.5b.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Anregungen geben, welche Wege man gehen kann.“	K14	K14: Idee vorhanden K15: keine Idee
B	„Wenn man über die verschiedenen Möglichkeiten informiert werden würde, z.B. Bewegung oder künstlerische Möglichkeiten [...], wo man seine innere Ruhe findet und sich damit ein bisschen ablenkt.“	K14	
C	„Nein, da habe ich jetzt erst mal gar keine Vorstellung.“	K15	
D	„Ich habe keine Ahnung was da machbar wäre für die Kliniken.“	K15	
E	„Denkanstösse geben wäre super.“	K14	
F	„Vielleicht wäre es auch schon hilfreich, wenn man die Patienten in der Klinik zusammenbringen könnte, die aus dem selben Wohnbereich kommen, so dass man sich dann auch nach dem Aufenthalt weiter treffen könnte.“	K12	
G	„[...] ich habe hier auch andere Patientinnen kennengelernt, bei denen hatte die Erkrankung viel schlimmere Folgen, also Job weg, Mann weg, für die ist sicherlich eine spezielle Unterstützung notwendig, damit die in kein Loch fallen.“	K14	
H	„Mehr Informationen zu Selbsthilfegruppen.“	K14	
I	„Allgemein mehr Informationen zur psychosozialen Nachsorge.“	K14	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ich habe keine Ahnung.“	K15	
K	„Gut wäre es, wenn die [die Reha-Klinik] auch dafür sorgen würden, dass man die richtigen Ansprechpartner hat.“	K14	
L	„Man könnte ja schon gucken, wer da im Umfeld als Ansprechpartner in Frage käme, das ist bestimmt für viele sehr hilfreich.“	K14	
M	„Ich könnte mir einen Kontakt, auch telefonisch, mit einem Gynäkologen gut vorstellen.“	K14	
N	„Weiß ich im Moment nicht.“	K15	
O	„Da habe ich keine Vorstellung.“	K15	

Themenbereich 1: Bedarf an psychosozialer Nachsorge

Tabelle 50: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.6.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K16: zufrieden	Patientin äußerte sich über die bisherige Behandlung - positiv - gab an, nichts vermisst zu haben - führte keine negativen Aspekte an	<i>„Ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt in der Klinik, es war immer jemand für mich da, wenn ich was wollte.“</i>	Alle Ausprägungen der Definition mussten zutreffen
K17: unzufrieden	Patientin äußerte sich über die bisherige Behandlung - negativ - nannte Kritikpunkte	<i>„Es wird überhaupt keine Information gegeben über alternative Medizin.“</i>	Mindestens eine Ausprägung der Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt in der Klinik, es war immer jemand für mich da, wenn ich was wollte.“</i>	K16	K16: zufrieden K17: unzufrieden
B	<i>„Nein, eigentlich nicht.“</i>	K16	
C	<i>„Ich bin eigentlich sehr gut behandelt worden, ich bin auch sehr gut versorgt worden. Ich bin sehr zufrieden.“</i>	K16	
D	<i>„Nein, dass kann ich nicht sagen weder im Mammazentrum, wo ich operiert wurde noch hier in der Rehaklinik.“</i>	K16	
E	<i>„Ja, also das die Familie wenig einbezogen wurde.“</i>	K17	
F	<i>„Nein, gar nichts.“</i>	K16	
G	<i>„Es wird überhaupt keine Information gegeben über alternative Medizin.“</i>	K17	
H	<i>„Ich wollte keine Chemotherapie, ich wollte auch nicht nur Schmerztherapie, sondern auch angemessene Gründe genannt bekommen, woher diese Schmerzen überhaupt kamen.“</i>	K17	
I	<i>„Ich habe mich immer gut aufgehoben gefühlt.“</i>	K16	

Tabelle 50: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.1.6., Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Die Ärztin hat eine falsche Diagnose gestellt, ich habe mich dann informiert und gemerkt, diese Diagnose passt nicht zu dem was ich habe. Die Ärztin wollte dann mit der Stanzbiopsie noch warten, ich habe aber darauf bestanden. Also habe ich mir einen neuen Arzt suchen müssen.“	K17	
K	„Nein, das kann ich nicht sagen.“	K16	
L	„Nein, könnte ich nicht sagen.“	K16	
M	„Meine Behandlung und Versorgung war super.“	K16	
N	„Ich habe nichts vermisst bei meiner Behandlung.“	K16	
O	„Nein ich habe nichts vermisst.“	K16	

11.1.2. Themenbereich 2: Informationsbedarf

Tabelle 51: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.1.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K18: selbstständig informiert	Patientinnen äußerten, - selbstständig nach Informationen über die eigene Erkrankung gesucht zu haben - nannten mindestens eine Informationsquelle.	„Ich habe mir Broschüren besorgt, ich habe mir Informationsmaterial aus der Klinik mitgenommen und auch in der Strahlenklinik habe ich mich informiert und habe auch da Materialien mitgenommen und habe mir die durchgelesen.“	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
K20: nicht selbstständig informiert	Patientinnen äußerten, sich nicht selbstständig über die eigene Erkrankung informiert zu haben.	„Nein, ich habe mich nicht tiefer gehend informiert.“	Die Definition musste zutreffen

Tabelle 51: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.1.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich habe mir Broschüren besorgt, ich habe mir Informationsmaterial aus der Klinik mitgenommen und auch in der Strahlenklinik habe ich mich informiert und habe auch da Materialien mitgenommen und habe mir die durchgelesen.“</i>	K19	K19: selbstständig informiert K20: nicht selbstständig informiert
B	<i>„Ja, natürlich schon, ich muss dazu sagen, dass ich von Beruf Krankenschwester und dadurch schon ein bisschen bewandert bin. Ich habe mich hauptsächlich über das Internet informiert und dann in schriftlicher Form, aber dann nur Fachliteratur [...].“</i>	K19	
C	<i>„Ja, ich habe mich selber über das Internet informiert, ich habe mich telefonisch informiert, da gab es so eine Hotline. Dann hat man auch mal das ein oder andere Buch gelesen.“</i>	K19	
D	<i>„Ich habe mich informiert. Ich bekam im Brustzentrum so eine Mappe, die war sehr verständlich geschrieben für einen Laien und die habe ich bewusst durchgelesen und ich bin dann auch nicht mehr ins Internet gegangen, das reichte mir an Informationen und mehr wollte ich dann auch nicht.“</i>	K19	
E	<i>„Ja habe ich, meine erste Quelle war das Buch von Ursula Goldmann-Posch «Überlebensbuch Brustkrebs» [...]. Dann natürlich ganz viel im Internet und beim Arzt diese blauen Ratgeber. Mein Vorteil ist aber auch, dass mein Schwager Onkologe ist und ich den alles fragen kann.“</i>	K19	
F	<i>„Ja habe ich, über Nachfragen bei den Ärzten, über Broschüren und über Alternativen auch im Internet.“</i>	K19	

Tabelle 51: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.1.,
Fortsetzung

G	„Ja, im Internet und schriftlich, meine Mädels haben mir gleich zwei Bücher vorbeigebracht und da habe ich jetzt nicht jedes Kapitel gelesen, aber schon direkt nach Stichwörtern gesucht und im Krankenhaus gab es auch Informationsbroschüren, die waren auch sehr hilfreich.“	K19	
H	„Ich habe mich durch Bücher und Fachseiten im Internet informiert.“	K19	
I	„Informationen habe ich mir durch Bücher und das Internet besorgt.“	K19	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ja habe ich, auch schon vorher, als ich nur die Symptome hatte [...]. Ich habe mich im Internet und in Büchern von der Deutschen Krebshilfe und aus meinem Mammazentrum informiert.“	K19	
K	„Ja, das habe ich schon, wir haben genug vom Krankenhaus mitbekommen und ich bin auch in der Reha durch die ganzen Vorträge informiert worden [...].“	K19	
L	„Ich habe ganz viel gelesen dazu und mir in der Psychoonkologie und in der Reha Hefte mitgenommen, so Infobroschüren der deutschen Krebshilfe lagen da aus. Ich habe die Vorträge besucht und jeden Zeitungsartikel zum Thema aufgesogen. Auch Fernsehbeiträge und alle Informationsstellen, die mir in meinem Umfeld zur Verfügung standen angezapft und irgendwann dachte ich mir, jetzt hast du keine Fragen mehr und jetzt ist gut.“	K19	
M	„Ja, ich habe mir Informationen in der Klinik und aus Büchern geholt. Im Internet habe ich aber nicht gesucht.“	K19	
N	„Nein, ich habe mich nicht tiefer gehend informiert.“	K20	
O	„Ich habe mich kurz im Internet informiert, dass hat mich aber verrückt gemacht.“	K19	

Themenbereich 2: Informationsbedarf

Tabelle 52: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.2.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K21: gezielt nach Informationen gesucht	Patientin äußerte mindestens eine explizit gesuchte Information zu der Krebserkrankung	<i>„Ich habe mich über die Operation informiert und auch über die Stadieneinteilung [...]. Als dann klar war, dass ich auch Chemo bekommen sollte, habe ich die entsprechenden Seiten im Buch nachgelesen [...].“</i>	Die Definition musste zutreffen
K22: nicht gezielt nach Informationen gesucht	Patientin äußerte keine explizit gesuchte Information zu der Krebserkrankung	<i>„Ich habe mich ganz allgemein über die Erkrankung informiert und nicht nach speziellen Informationen gesucht.“</i>	Die Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ich habe mich ganz allgemein über die Erkrankung informiert und nicht nach speziellen Informationen gesucht.“</i>	K22	K21: gezielt nach Informationen gesucht K22: nicht gezielt nach Informationen gesucht
B	<i>„Eigentlich in erster Linie was die ganze Erkrankung angeht: die einzelnen Stadien, die Behandlung der einzelnen Stadien, also das rein Fachliche, was da auf mich zukommen könnte, alles drum herum habe ich eigentlich abgelehnt, nicht so sehr an mich rankommen lassen.“</i>	K21	
C	<i>„Ich habe nach meiner Diagnose im Internet gesucht.“</i>	K21	
D	<i>„Nein, ich habe die Informationsmappe von vorne bis hinten durchgelesen und dann wusste ich ja wo was stand.“</i>	K22	

Tabelle 52: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.2., Fortsetzung

E	„Ich habe mich über die Operation informiert und auch über die Stadieneinteilung [...]. Als dann klar war, dass ich auch Chemo bekommen sollte, habe ich die entsprechenden Seiten im Buch nachgelesen [...].“	K21	
F	„Ich bin auf die Seiten der Gesellschaft für biologische Krebsabwehr gegangen, um etwas über Therapiealternativen zu lesen.“	K21	
G	„Alles eigentlich, z.B. nach den Tabletten [...] und als es darum ging brusterhaltend operieren oder nicht. Im Anschluss sollte ich ja auch noch Chemotherapie bekommen, da habe ich mich auch schlau gemacht.“	K21	
H	„Ich habe mich über die Weiterentwicklung der Krankheit und die Prognose informiert.“	K21	
I	„Ich habe mich über die Erkrankung Brustkrebs im Allgemeinen und über Chemotherapie, Nebenwirkungen und Prognose im Speziellen informiert.“	K21	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Gesucht habe ich nach der Diagnose meiner Ärztin und nach der Stadieneinteilung.“	K21	
K	„Ich habe mich eher allgemein informiert.“	K22	
L	„Das waren z.B. die Sachen, die die Histologie betrafen, denn das war der komplizierte Teil für mich, mit diesen Rezeptoren am Tumor. Dann natürlich was die medikamentöse Weiterbehandlung betrifft. Ich bin jetzt Tamoxifen-Patientin und dann war die große Frage: Aromatasehemmer, was ist da jetzt der Unterschied zwischen dem einen und dem anderen.“	K21	
M	„Meine Suche drehte sich vor allem um den Brustkrebs und seine Behandlung.“	K21	
N	„Ich habe mich nicht tiefer gehend informiert.“	K22	
O	„Ich habe mich kurz über Femara [Aromatasehemmer] informiert.“	K21	

Themenbereich 2: Informationsbedarf

Tabelle 53: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.3.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K23: Wunsch nach mehr Informationen	Patientin -gab an sich nicht ausreichend informiert zu fühlen - nannte einen Bereich, in dem sie sich mehr Informationen wünschen würde	<i>Ja, und zwar in den Bereichen was die Leistungen von den Krankenkassen angeht, z.B. ob man Anspruch auf Reha-Sport hat.“</i>	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
K24: ausreichend informiert	Patientin - gab an sich ausreichend informiert zu fühlen -konnte keinen Bereich nennen, in dem sie sich mehr Informationen wünschen würde	<i>„Nein, ich fühlte mich ausreichend informiert.“</i>	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Einige Frauen haben mich gefragt, wie aggressiv ist denn dein Tumor. Wusste ich nicht, die haben mir nur gesagt, dass der Tumor nicht so aggressiv gewesen wäre, aber den genauen Status weiß ich nicht. Im Krankenhaus sind sehr wenig Informationen geflossen, da lagen nur so Brochüren aus und die habe ich mir dann mitgenommen. Die Ärzte haben auch einfach zu wenig Zeit.“</i>	K23	K23: Wunsch nach mehr Informationen K24: ausreichend informiert
B	<i>„Alles drum herum habe ich eigentlich abgelehnt, nicht so sehr an mich rankommen lassen.“</i>	K24	
C	<i>„Sicher, das ein oder andere bleibt noch offen, aber für mich persönlich wüsste ich jetzt gar nicht was.“</i>	K24	
D	<i>„Ich bekam im Brustzentrum so eine Mappe [...], das reichte mir dann an Informationen und mehr wollte ich dann auch nicht.“</i>	K24	
E	<i>„Mein Vorteil ist, dass mein Schwager Onkologe ist und ich den alles fragen kann.“</i>	K24	

Tabelle 53: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.3.,
Fortsetzung

F	<i>Ja, und zwar in den Bereichen was die Leistungen von den Krankenkassen angeht, z.B. ob man Anspruch auf Reha-Sport hat.“</i>	K23	
G	<i>„Ich hätte mir mehr Informationen zur begleitenden/alternativen Medizin gewünscht. Ich mache ja Mistel, aber überhaupt es gibt null Informationen darüber.“</i>	K23	
H	<i>„Ich würde mir mehr Infos über Medikamente wünschen.“</i>	K23	
I	<i>„Nein, ich fühlte mich ausreichend informiert.“</i>	K24	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	<i>„Ich habe immer noch ganz viele medizinische Fragen.“</i>	K23	
K	<i>„Ich möchte gar nicht mehr wissen, möchte ich gar nicht.“</i>	K24	
L	<i>„Nein, kann ich nicht sagen, ich fühlte mich ausreichend informiert.“</i>	K24	
M	<i>„Nein, da fällt mir nichts ein.“</i>	K24	
N	<i>„Ich wollte gar nicht so viele Informationen haben.“</i>	K24	
O	<i>„Ich fühlte mich durch meinen Beruf zwar ganz gut informiert, aber über die Nebenwirkungen der Chemotherapie hätte ich gerne mehr gewusst.“</i>	K23	

Themenbereich 2: Informationsbedarf

Tabelle 54: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.4.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K25: Weiterer Informationswunsch	Patientin gab an, sich auch in Zukunft über die Erkrankung informieren zu wollen.	„Ja, ich werde mich sicherlich weiterhin über die Erkrankung informieren.“	Die Definition musste zutreffen
K26: Weiß noch nicht	Patientin gab an, noch nicht zu wissen, ob sie sich in Zukunft weiter über die Erkrankung informieren wolle.	„Im Moment mache ich es nicht, aber später kann ich es mir vielleicht wieder vorstellen.“	Die Definition musste zutreffen
K27: Kein weiterer Informationswunsch	Patientin gab an, sich in Zukunft nicht weiter über die Erkrankung informieren zu wollen	„Eigentlich eher nicht muß ich sagen, ich habe eigentlich vor damit abzuschließen.“	Die Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich weiß es noch nicht so genau.“	K26	K25: Weiterer Informationswunsch K26: Weiß noch nicht K27: Kein weiterer Informationswunsch
B	„Eigentlich eher nicht muß ich sagen, ich habe eigentlich vor damit abzuschließen.“	K27	
C	„Wenn mir noch was unklar wäre, könnte ich diese Hotline von der Krankenkasse anrufen, aber nein, ich will es jetzt langsam mal abschließen.“	K27	
D	„Klar will man da jetzt immer auf dem neuesten Stand sein, aber in einem gesunden Maß, nicht dass man sich verrückt macht.“	K25	
E	„Weiß ich noch nicht.“	K26	
F	„Im Moment mache ich es nicht, aber später kann ich es mir vielleicht wieder vorstellen.“	K26	
G	„Vielleicht, wenn es noch einmal um die Frage geht, Brustwiederaufbau ja oder nein, aber das ist erst mal kein Thema, vielleicht in einem halben Jahr.“	K26	

Tabelle 54: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.4.,
Fortsetzung

H	„Kann ich jetzt noch nicht sagen.“	K26	
I	„Bin ich mir noch unschlüssig.“	K26	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ja, ich werde mich sicherlich weiterhin über die Erkrankung informieren.“	K25	
K	„Ich bin damit zufrieden was ich weiß und wenn ich Fragen habe bespreche ich das mit meinem Arzt.“	K27	
L	„Ich habe ja eigentlich alle Informationen, die ich brauche und habe halt auch kein Austauschbedürfnis mehr.“	K27	
M	„Ich werde mich auch weiterhin informieren.“	K25	
N	„In Zukunft werde ich mich nicht mehr informieren.“	K27	
O	„Ich glaube nicht, dass ich mich in Zukunft wieder mehr mit dem Thema beschäftigen werde.“	K27	

Themenbereich 2: Informationsbedarf

Tabelle 55: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.5.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K28: Weiterempfehlung vorhanden	Patientin - lobte explizit eine genutzte Internetseite - wollte eine Internetseite anderen Patienten weiterempfehlen	„Ja, insbesondere die Seiten der Deutschen Krebsgesellschaft.“	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen
K29: Weiterempfehlung nicht vorhanden	Patientin - lobte nicht explizit eine genutzte Internetseite - wollte keine Internetseite anderen Patienten weiterempfehlen	„Kann ich nicht mehr sagen, ich habe kreuz und quer gesucht.“	Mindestens eine der Ausprägungen der Definition musste zutreffen

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich bin nicht gut im Internet und belege jetzt erst einen Internetlehrgang, damit ich damit selber klarkommen kann.“	K29	K28: Weiterempfehlung vorhanden K29: Weiterempfehlung nicht vorhanden
B	„Also, die eine Seite hieß glaube ich «Meddoctor», die war sehr informativ.“	K28	
C	„Das kann ich jetzt nicht so genau sagen, weil ich meine, ich gehe ja in «Google» rein und dann versuche ich das, was mir gerade im Kopf ist zu suchen.“	K29	
D	„Ich bekam im Brustzentrum so eine Mappe [...], ich bin dann auch nicht mehr ins Internet gegangen. Das reichte mir an Informationen und mehr wollte ich dann auch nicht.“	K29	
E	„Hamburger Krebsgesellschaft, Mammazone, Krebskompass und ein Forum von der «Brigitte» und ich habe auf den Seiten von meinen Ärzten geschaut, die hatten auch viele Informationen über die Erkrankung.“	K28	
F	„Ja, insbesondere die Seiten der Deutschen Krebsgesellschaft.“	K28	

Tabelle 55: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.2.5.,
Fortsetzung

G	„Nein, eigentlich nicht, einfach bei «Google» eingeben und dann werden einem jede Menge Seiten angezeigt.“	K29	
H	„Nein, da habe ich keine spezielle Empfehlung.“	K29	
I	„Da kann ich «www.brustkrebs.info» nennen, das ist eine seriöse Seite von der Deutschen Krebshilfe.“	K28	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Kann ich nicht mehr sagen, ich habe kreuz und quer gesucht.“	K29	
K	„Nein, wir haben hier gar kein Internet.“	K29	
L	„Nein, könnte ich gar nicht mehr sagen, wo ich da überall war.“	K29	
M	„Ich habe mich gar nicht im Internet informiert, daher kann ich auch keine Seite weiterempfehlen.“	K29	
N	„Ich habe mich ja gar nicht im Internet umgeschaut.“	K29	
O	„Ich habe mich nur einmal kurz im Internet informiert, aber das hat mich dann verrückt gemacht.“	K29	

11.1.3. Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 56: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.1.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K30: Persönliche Gründe vorhanden	Patientin formulierte mindestens ein Argument für eine potentielle Teilnahme am Chat	<i>„Dass da Leute sind mit den gleichen Erkrankungen und dass die sich austauschen können und dass auch ein Fachmann, ein Therapeut dabei ist. Und das finde ich schon gut.“</i>	Die Definition wurde erfüllt
K31: persönliche Gründe nicht vorhanden	Patientin formulierte kein Argument für eine potentielle Teilnahme am Chat	<i>„Ich habe bereits ein soziales Netzwerk mit betroffenen Frauen. Und dann diese Bindungen an bestimmte Zeiten in der Woche. Keine Negativbewertung des Angebots sondern einfach eine subjektive Entscheidung. Ich habe ja auch schon den Tag über, bei der Arbeit, am Computer gesessen, da mache ich dann abends lieber Sport.“</i>	Die Definition dieser Kategorie traf zu.

Tabelle 56: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.1. ,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Dass da Leute sind mit den gleichen Erkrankungen und dass die sich austauschen können und dass auch ein Fachmann, ein Therapeut dabei ist. Und das finde ich schon gut.“</i>	K30	K30: Persönliche Gründe vorhanden K31: Persönliche Gründe nicht vorhanden
B	<i>„Das Interesse, wie andere damit umgehen, welche Meinungen, welche Reaktionen auf bestimmte Fragen oder Themen, wo man letztlich für sich selbst Anregungen daraus ziehen kann. Manchmal denkt man ja auch zu einseitig und es ist interessant, wie andere damit umgehen, um für sich selbst auch was davon zu haben.“</i>	K30	
C	<i>„Das wäre für mich jetzt nur so ein gewisser Austausch, wie es anderen geht.“</i>	K30	
D	<i>„Vielleicht, dass man einfach ganz locker einen Austausch mit Gleichgesinnten hat und dann wurde ja auch gesagt, dass da ein Therapeut dabei ist. Falls man mal eine Frage hat, könnte die einem da ja direkt beantwortet werden. Und was mich auch gereizt hat: ich habe noch nie geschattet und das ist jetzt auch mal was ganz individuelles, persönliches, was mich interessiert hat.“</i>	K30	
E	<i>„Der Austausch mit den anderen Betroffenen zum einen und zum anderen, dass Themen vorgegeben werden, zu denen man sich dann im Vorfeld ein paar Gedanken machen kann. Dadurch scheint mir das auch geordnet zu sein. Aber auch, dass eine Fachperson dabei ist, mit der man sich zusammen mit den Anderen austauschen kann.“</i>	K30	
F	<i>„Ich finde das Programm einerseits sehr interessant und zum anderen habe ich viele Jahre selbst in der Forschung gearbeitet und möchte wissenschaftliches Arbeiten gerne unterstützen.“</i>	K30	

Tabelle 56: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.1.,
Fortsetzung

G	„Ja, dass ist eigentlich der gleiche Grund, wie warum ich bei diesem Interview teilgenommen habe. Ich möchte so jungen Leuten wie Ihnen bei der Weiterentwicklung helfen, damit diese Erkrankung für irgendwas gut war. Für mich persönlich sehe ich da erst mal gar keinen großen Nutzen. Ich werde ja von meiner Familie sehr gut unterstützt und für mich ist diese Erkrankung auch erst mal abgeschlossen.“	K30	
H	„Ich erhoffe mir mehr Informationen und Austausch über Medikamente, deren Auswirkungen und Nebenwirkungen.“	K30	
I	„Ich bin einfach neugierig.“	K30	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Mir fehlt der medizinische Aspekt. Es ist sicherlich gut für Leute, die psychologischen Bedarf haben, wenn sie wissen, sie können einmal die Woche darüber reden. Ist bei mir aber nicht so, weil ich so viele andere Sachen um die Ohren habe, so dass es eher eine Belastung darstellen würde.“	K31	
K	„Das lag nur daran, dass wir kein Internet haben, da dachte ich gleich, dass kommt für mich dann nicht in Frage. Wir werden hier auch kein Internet bekommen. War für mich nicht interessant.“	K31	
L	„Ich habe bereits ein soziales Netzwerk mit betroffenen Frauen. Und dann diese Bindungen an bestimmte Zeiten in der Woche. Keine Negativbewertung des Angebots sondern einfach eine subjektive Entscheidung. Ich habe ja auch schon den Tag über, bei der Arbeit, am Computer gesessen, da mache ich dann abends lieber Sport.“	K31	
M	„Ich habe zuhause gar kein Internet und fühle mich im Umgang damit auch nicht sicher.“	K31	

Tabelle 56: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.1., Fortsetzung

N	<i>„Da habe ich kein Interesse dran, ich mache nicht gerne was am Computer. Ich würde dann lieber telefonieren.“</i>	K31
O	<i>„Mich stört, dass ich bei dem Chatprogramm zeitlich festgelegt bin und außerdem ist mir körperliche Betätigung wichtiger als so ein Programm.“</i>	K31

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 57: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.2.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K32: Bedenken vorhanden	Patientin nannte mindestens einen Grund, warum sie organisatorische oder technische Bedenken hätte.	<i>„Also technische auf keinen Fall, aber organisatorische würde ich schon denken, manchmal habe ich unterschiedliche Dienstzeiten und kann nicht immer zum gleichen Zeitpunkt oder am gleichen Tag immer voraussagen, ob ich da am Computer sitzen kann. Manchmal komme ich auch erst später von der Arbeit. Das ist das einzige, wo ich ein Problem sehe, ansonsten würde ich es gerne erst mal auf mich zukommen lassen, um zu sehen wie es läuft.“</i>	Die Definition wurde erfüllt

Tabelle 57: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.2., Fortsetzung

K33: Keine Bedenken	Patientin nannte keine organisatorischen oder technischen Bedenken.	„Ich sehe da nichts was dagegen sprechen könnte, Computer und DSL-Anschluss sind vorhanden und ich kenne mich ja auch ein bisschen aus und zur Not habe ich meinen Mann im Rücken.“	Die Definition dieser Kategorie traf zu.
---------------------	---	---	--

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Nein, ich habe ja meinen Mann und der kennt sich da gut mit aus.“	K33	K32: Bedenken vorhanden K33: Keine Bedenken
B	„Also technische auf keinen Fall, aber organisatorische würde ich schon denken, manchmal habe ich unterschiedliche Dienstzeiten und kann nicht immer zum gleichen Zeitpunkt oder am gleichen Tag immer voraussagen, ob ich da am Computer sitzen kann. Manchmal komme ich auch erst später von der Arbeit. Das ist das einzige, wo ich ein Problem sehe, ansonsten würde ich es gerne erst mal auf mich zukommen lassen, um zu sehen wie es läuft.“	K32	
C	„Ja gut, ich bin nicht so ganz bewandert in der ganzen Anwendungsweise von den Internetgeschichten, aber ich meine bis jetzt habe ich mich in alles reingestottert.“	K33	
D	„Nein eigentlich nicht, ich gehe einfach mal davon aus, dass man da abgesichert ist.“	K33	
E	„Ich sehe da nichts was dagegen sprechen könnte, Computer und DSL-Anschluss sind vorhanden und ich kenne mich ja auch ein bisschen aus und zur Not habe ich meinen Mann im Rücken.“	K33	
F	„Nein, gar nicht.“	K33	
G	„Nein, da habe ich keine Bedenken.“	K33	

Tabelle 57: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.2., Fortsetzung

H	„Organisatorische oder technische Bedenken sehe ich für mich nicht.“	K33	
I	„Nein, habe ich nicht.“	K33	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Nein, die habe ich nicht, ich habe Computer und Internetverbindung zuhause.“	K33	
K	„Wir haben hier kein Internet und werden auch keins bekommen.“	K32	
L	„Nein das gar nicht, das Chatprogramm sah sehr anwenderfreundlich aus.“	K33	
M	„Ich fühle mich einfach im Umgang mit dem Internet nicht sicher.“	K32	
N	„Ich habe keine Bedenken, aber ich würde lieber persönliche Gespräche oder Telefonate führen.“	K33	
O	„Ich mag nicht zeitlich festgelegt sein und bin zeitlich lieber ungebunden.“	K32	

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 58: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.3.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K34: Technische Unterstützung gewünscht	Patientin äußerte sich positiv zu einer technischen Unterstützung	„Ja, vielleicht jemanden, den man anrufen kann, kann ja auch sein, dass mein Mann gerade nicht da ist.“	Die Definition wurde erfüllt
K35: Keine technische Unterstützung notwendig	Patientin sah für sich keinen Bedarf an einer technischen Unterstützung	„Ich denke nicht, dass ich darauf zurückgreifen müsste.“	Die Definition dieser Kategorie traf zu.

Tabelle 58: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.3.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ja, vielleicht jemanden, den man anrufen kann, kann ja auch sein, dass mein Mann gerade nicht da ist.“	K34	K34: Technische Unterstützung erwünscht K35: Keine technische Unterstützung notwendig
B	„Nein, für mich wäre das nicht nötig.“	K35	
C	„Es wäre natürlich geschickt, wenn man jemanden anrufen könnte. Es wird sicherlich nicht auf Anhieb bei mir funktionieren.“	K34	
D	„Ja vielleicht, falls was nicht klappt.“	K34,	
E	„Nein, ich habe zur Not meinen Mann.“	K35	
F	„Ich persönlich bräuchte das nicht.“	K35	
G	„Ich denke nicht, dass ich darauf zurückgreifen müsste.“	K35	
H	„Brauche ich nicht.“	K35	
I	„Von meiner Seite her wäre das nicht notwendig.“	K35	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Nein, das würde ich nicht brauchen.“	K35	
K	„Wir haben hier kein Internet und werden auch keins bekommen.“		
L	„Mir ist das Internet vertraut, ich würde keine technische Unterstützung brauchen.“	K35	
M	„Ich denke nicht, dass ich das brauchen würde.“	K35	
N	„Wenn ich teilnehmen würde, würde ich das sicherlich brauchen.“	K34	
O	„Wäre sicherlich hilfreich.“	K34	

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 59: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.4.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K36: positive Beurteilung	Die Patientinnenantwort enthielt mindestens einen Aspekt, den die Patientin an der Patientenschulung positiv bewertete	<i>„Die Patientenschulung fand ich gut, besonders, dass man das Chatten ausprobieren konnte. Das hat auch noch nachgewirkt und wir haben uns immer darüber unterhalten, wenn wir uns beim Essen getroffen haben. Das war klasse.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
K37: negative Beurteilung	Die Patientinnenantwort enthielt - Kritik an der Patientenschulung - keinen Aspekt, den die Patientin an der Patientenschulung positiv bewertete - kein Lob der Patientenschulung	<i>„Die Informationen im Vorfeld über die Veranstaltung waren nicht ausreichend, es wurde nicht klar, das es sich um eine Studie handelt. Ich fühlte mich mit dem Fragebogen überfordert, hätte gerne in Ruhe alles noch einmal durchgelesen. Außerdem war der Termin bei mir im Zeitplan nicht geblockt, ich hatte direkt danach eine Anwendung, so dass ich nicht an dem Probechatten teilnehmen konnte.“</i>	Mindestens ein Aspekt der Definition musste erfüllt sein

Tabelle 59: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.4.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Das was ich mitbekommen habe fand ich gut, ich musste allerdings nach 20 Min. gehen, weil ich noch einen anderen Termin hatte. Ich hätte gerne noch den Chat ausprobiert, aber meine freie Zeit war so knapp bemessen.“	K36	K31: positive Beurteilung K32: neutrale Beurteilung
B	„Eigentlich war das sehr verständlich und umfangreich. Ich muss sagen, dass hat mir sehr viel gegeben. Ich sehe da nichts was sich noch verbessern könnte.“	K36	
C	„Ja alles gut. Ich meine man kann ja jetzt nicht auf jeden einzelnen der Gruppe so eingehen, aber ist alles ok.“	K36	
D	„Nein, das war ok.“	K36	
E	„Ich musste leider früher gehen, weil ich einen Gesprächstermin hatte, aber die halbe Stunde, die ich mitbekommen habe war ok.“	K36	
F	„Die Patientenschulung fand ich gut, besonders, dass man das Chatten ausprobieren konnte. Das hat auch noch nachgewirkt und wir haben uns immer darüber unterhalten, wenn wir uns beim Essen getroffen haben. Das war klasse.“	K36	
G	„Ich habe gar nichts vermisst, war sehr gut.“	K36	
H	„Die Schulung fand ich in Ordnung.“	K36	
I	„Die Veranstaltung war ok.“	K36	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Die Informationen im Vorfeld über die Veranstaltung waren nicht ausreichend, es wurde nicht klar, dass es sich um eine Studie handelt. Ich fühlte mich mit dem Fragebogen überfordert, hätte gerne in Ruhe alles noch einmal durchgelesen. Außerdem war der Termin bei mir im Zeitplan nicht geblockt, ich hatte direkt danach eine Anwendung, so dass ich nicht an dem Probechatten teilnehmen konnte.“	K37	
K	„Die fand ich gut, gibt's nichts dran auszusetzen.“	K36	

Tabelle 59: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.4., Fortsetzung

L	„Die Schulung war sehr gut, alles ganz einfach erklärt.“	K36
M	„Die Patientenschulung war super.“	K36
N	„Die Patientenschulung war ok und hat keine Frage offen gelassen.“	K36
O	„Die Veranstaltung war gut, es wurde alles erklärt.“	K36

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 60: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.5.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K38: Sehe Nachteile	Patientin konnte mindestens einen persönlichen Grund formulieren, der sie generell von einer Teilnahme an der Chatgruppe abhalten könnte (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	„Ich befürchte, dass man eventuell runtergezogen werden könnte, wenn einem die Realität so vor Augen geführt wird, z.B. dass die Beschwerden nicht besser werden.“	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde
K39: Sehe keine Nachteile	Patientin konnte keinen persönlichen Grund formulieren, der sie generell von einer Teilnahme an der Chatgruppe abhalten könnte (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	„Nein eigentlich nicht, ich gebe ja nicht meinen richtigen Namen an und in sofern sehe ich da keine Nachteile. Ich kann ja auch wegbleiben, wenn ich will. Nachteile sehe ich da wirklich nicht.“	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Nein eigentlich nicht, ich gebe ja nicht meinen richtigen Namen an und in sofern sehe ich da keine Nachteile. Ich kann ja auch wegbleiben, wenn ich will. Nachteile sehe ich da wirklich nicht.“	K39	K38: Sehe Nachteile K39: Sehe keine Nachteile

Tabelle 60: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.5.,
Fortsetzung

B	„Man weiß nicht, ob man sich auf gleicher Ebene bewegt, manchmal hat man ja so jemanden, das ist ja auch so, wenn man jemanden persönlich kennenlernt, entweder da stimmt die Chemie oder sie stimmt nicht. Da gibt es Leute mit denen man nicht so konform geht und da weiß man nicht, wie man sich aus der Affäre zieht, ohne dem Anderen weh zu tun, wenn man dann auch was dagegen sagt. Man will ja niemanden verletzen. Es gibt so Leute, mit deren Ansichten kann ich so gar nicht mithalten und könnte dann verrückt werden, wie sie sich auf irgendwas einschließen. Ich kann das dann überhaupt nicht nachvollziehen und da werde ich dann ein bisschen angespannt, glaube ich.“	K38	
C	„Ja schon, dass halt die Krankheitsbilder zu sehr aufgeblättert werden, die dann doch ein bissl Angst machen. Wenn man jetzt etwas unbedarft ist und blauäugig in den Tag hineingeht, dass man dann verunsichert wird.“	K38	
D	„Ich habe jetzt keine Bedenken, weil mir gesagt wurde, dass das anonym behandelt wird und da vertraue ich jetzt drauf. Ansonsten kann ich vielleicht mit meinen Erfahrungen anderen weiterhelfen.“	K39	
E	„Nein eigentlich nicht, das ist ja freiwillig.“	K39	
F	„Klar, kann man sich da schon einige Sachen vorstellen, aber ich mache das abhängig davon, wie es dann ist, wenn ich daran teilnehme. Könnte natürlich sein, dass es dann in eine Richtung geht, die mir dann nicht so angenehm ist.“	K38	
G	„Ich sehe gar keine Nachteile, auf der Informationsveranstaltung wurde ja auch gesagt, dass das alles absolut sicher ist und sich da keiner reinhacken kann und wenn schon, die haben dann ja auch alle andere Namen.“	K39	

Tabelle 60: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.5.,
Fortsetzung

H	<i>„Ich sehe keine Nachteile bei dem Chatprogramm, ich will es einfach mal ausprobieren.“</i>	K39	
I	<i>„Mir fällt kein negativer Aspekt ein.“</i>	K39	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	<i>„Es kann einerseits positiv sein, dass man sich innerhalb der Gruppe nicht kennt, es kann aber auch negativ sein. Die Gruppe kann gut harmonieren, kann aber auch sein, dass man sich in der Gruppe gar nicht wohl fühlt.“</i>	K38	
K	<i>„Ich sehe da eigentlich keine Nachteile.“</i>	K39	
L	<i>„Was ich jetzt nicht antizipieren kann ist, wie die Konzentration der einzelnen Personen innerhalb der Gruppe ist. In der Reha kannte man sich ja, aber beim Chat benutzt man ja Pseudonyme. Ich rede glaube ich lieber mit Freundinnen und wenn denen das Fachwissen fehlt gehe ich zum Arzt. Das liegt wahrscheinlich daran, dass ich nicht mehr ganz so jung bin und ich mit diesem Medium einfach nicht aufgewachsen bin. Mir fehlt da das Persönliche. Ich könnte mir auch vorstellen, dass halt innerhalb der Gruppe Teilnehmer sind, die immer wieder das Gleiche ansprechen und man denkt sich dann, oh nee da habe ich jetzt gar keine Lust mich mit zu befassen. Die Patientinnen gehen ja auch ganz verschieden mit ihrer Erkrankung um und in der Klinik habe ich mich instinktiv auch von den Leuten ferngehalten, die mir nicht gut getan hätten. Das ist dann ja in so einer Chatgruppe auch eher schwierig“</i>	K38	
M	<i>„Mir fallen im Moment keine Nachteile ein.“</i>	K39	
N	<i>„Ich denke, labile Personen könnten ins Grübeln geraten.“</i>	K38	
O	<i>„Ich befürchte, dass man eventuell runtergezogen werden könnte, wenn einem die Realität so vor Augen geführt wird, z.B. dass die Beschwerden nicht besser werden.“</i>	K38	

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 61: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.6.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K40: Sehe Vorteile	Patientin konnte mindestens einen persönlichen Grund formulieren, der für sie generell für eine Teilnahme an der Chatgruppe sprechen würde (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	<i>„Ich sehe auf jeden Fall Vorteile, in dem Sinne, dass man sich halt austauscht und dass man sieht, wie denken andere und dass ich für mich daraus nutzen ziehen kann, aber auch dass ich anderen helfen kann, mit dem, wie ich lebe oder daran herangehe. Das dass so ein Geben und Nehmen ist.“</i>	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde
K41: Sehe keine Vorteile	Patientin konnte keinen persönlichen Grund formulieren, der für sie generell für eine Teilnahme an der Chatgruppe sprechen würde (unabhängig von tatsächlicher Teilnahmebereitschaft)	–	Traf zu, wenn die Definition der Kategorie erfüllt wurde

Tabelle 61: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.6.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich erhoffe mir positive Sachen davon, z.B. mit anderen Leuten ins Gespräch zu kommen und Tipps zu bekommen. Vielleicht auch, dass man Fragen stellen kann.“	K40	K40: Sehe Vorteile K41: Sehe keine Vorteile
B	„Ich sehe auf jeden Fall Vorteile, in dem Sinne, dass man sich halt austauscht und dass man sieht, wie denken andere und dass ich für mich daraus nutzen ziehen kann, aber auch dass ich anderen helfen kann, mit dem, wie ich lebe oder daran herangehe. Das dass so ein Geben und Nehmen ist.“	K40	
C	„Also, es ist bequem von zuhause aus, man hat halt keine Kosten weiter, man hat eine gewisse Information.“	K40	
D	„Was ich als positiv ansehe ist, dass man das von zuhause aus machen kann. Internet ist heute nun mal das Medium. Das Chatprogramm passt einfach in die Zeit.“	K40	
E	„Vielleicht kann man sich auch zusammen zurückbesinnen, wie man die Zeit erlebt hat. Dann natürlich Austausch und gegenseitige Motivation. Vielleicht bringt es auch Spaß und man kann andere unterstützen oder erfährt vielleicht auch selbst die eine oder andere Unterstützung.“	K40	
F	„Austausch mit anderen Betroffenen und mit Fachpersonen. Man erfährt, wie es den Anderen geht und kann Ratschläge austauschen.“	K40	
G	„Ich sehe viele positive Aspekte, vor allem der Austausch untereinander und dass das moderiert wird von einem Therapeuten.“	K40	
H	„Der Austausch mit Anderen und Informationen von fachlicher Seite und von den anderen Patienten.“	K40	
I	„Es ist wie eine Selbsthilfegruppe nur bequem von zuhause aus.“	K40	

Tabelle 61: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.6.,
Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Nachsorge über das Internet finde ich vom Grundsatz gut. Ich finde es vom Vorteil, dass sich da eine Gruppe zusammentut, die alle den gleichen Stand haben, also alle kommen gerade aus der Reha und nicht wie bei einer Selbsthilfegruppe, wo die Krebserkrankung für alle unterschiedlich lange her ist und für einige Leute gar nicht mehr so aktuell.“	K40	
K	„Der Austausch vor allem und dass man offen über die Erkrankung spricht, das hilft einem.“	K40	
L	„Der Austausch untereinander und es kann positiv sein, dass es anonym ist. Was mich auch neugierig macht, welche Rolle spielt der Therapeut, stört er die Gruppendynamik oder ist er eher der Fragenbeantworter.“	K40	
M	„Ich denke dass der Austausch mit anderen Patienten hilfreich sein kann. Vielleicht erhält man auch Tipps.“	K40	
N	„Vielleicht hilft es labilen Patienten aus der Grübelphase raus zu kommen.“	K40	
O	„Positive Aspekte sind für mich, dass man unter Umständen zusammen Lösungsmöglichkeiten für Probleme erarbeitet und sich in anderen Patienten wiederfindet. Kann auch sein, dass der Chat so ein Fixpunkt ist, der einem ein sicheres Gefühl und das Gefühl, etwas für sich zu tun, gibt. Positiv ist auch, dass man sich nicht outen muss, deshalb kann man offener gegenüber anderen sein.“	K40	

Themenbereich 3: Einstellung zur Chatintervention

Tabelle 62: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.7.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K42: Idee vorhanden	Die Patientinnenantwort enthielt mindestens eine Idee für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge.	<i>„Gut wäre, wenn es zu den speziellen Themen im Chat Links oder eine PDF-Datei geben würde, die man sich im Anschluss noch mal durchlesen könnte. Vielleicht auch eine Art Info-Pool, auf den im Anschluss alle noch mal zugreifen könnten.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
K43: keine Idee vorhanden	Die Patientinnenantwort enthielt keine Idee für eine optimale internetbasierte psychosoziale Nachsorge.	<i>„Nein, dass wüsste ich im Moment nicht.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Nein, das habe ich nicht. Da fragen Sie einen totalen Laien.“</i>	K43	K42: Idee vorhanden K43: keine Idee vorhanden
B	<i>„Na das man im Prinzip immer, wenn man Zeit und Bedarf hat, einen Ansprechpartner erreichen kann. Wenn wirklich mal was dramatisches ist und man sofort mit jemanden reden muss, z.B. wenn man beim Arzt war und da ist irgendwas nicht in Ordnung und man hat Ängste, wird damit nicht fertig und will auch die Familie nicht damit reinziehen, dann würde ich mir wünschen, dass dann sofort jemand da ist, der mich dann ein bisschen auffängt und mir die Angst nimmt.“</i>	K42	

Tabelle 62: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.7.,
Fortsetzung

C	„Na ja vielleicht, wenn man mal einen psychischen Tiefgang hat, dass man da jemanden zum Ansprechen hat.“	K42	
D	„Nein, dass wüsste ich im Moment nicht.“	K43	
E	„Gut wäre, wenn es zu den speziellen Themen im Chat Links oder eine PDF-Datei geben würde, die man sich im Anschluss noch mal durchlesen könnte. Vielleicht auch eine Art Info-Pool, auf den im Anschluss alle noch mal zugreifen könnten.“	K42	
F	„Nein, habe ich nicht. Kann ich vielleicht sagen, nachdem ich am Chat teilgenommen habe.“	K43	
G	„Ja vielleicht, dass wenn Fragen vorhanden sind, dass man die auch außerhalb des Chats stellen kann, also einen Ansprechpartner hat.“	K42	
H	„Nein, keine Vorstellung.“	K43	
I	„Ich könnte mir einen Email-Kontakt mit einem Therapeuten vorstellen.“	K42	
p NTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Eine Chatgruppe mit Patientinnen mit gleicher Diagnose, die auch die selben Medikamente bekommen. Dann kann man sich besser austauschen und auch medizinische Themen besprechen. Ein Arzt als Moderator wäre dann gar nicht zwingend notwendig.“	K42	
K	„Nein, da kann ich mich nicht zu äußern.“	K43	
L	„Also, was sicherlich nicht schlecht wäre, wenn sachkundige Personen aus der Onkologie Fragen beantworten würden. Wo ich mich einfach schnell erkundigen könnte, weil ich meinen Arzt nicht einfach anrufen kann, der ist in der Uni und hält Vorlesungen. Der ist nur greifbar, wenn ich Wochen vorher einen Termin mache und es wäre ja möglich, dass durch die Beantwortung einer Frage so ein Aufwand gar nicht nötig wäre. Als Email-Kontakt zum Beispiel.“	K42	
M	„Keine Ahnung.“	K43	

Tabelle 62: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.3.7., Fortsetzung

N	<i>„Vielleicht Treffen mehrmals die Woche mit mehreren Therapeuten oder privat treffen im Chat ohne Therapeuten.“</i>	K42
O	<i>„Kann ich nichts zu sagen.“</i>	K43

11.1.4. Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 63: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1a.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K44: Erfahrungen mit dem Internet vorhanden	Die Patientin - bejahte die Frage - berichtete von ihren Erfahrungen mit dem Internet	<i>„Ich gebrauche es auch beruflich, deshalb ist es für mich auch was ganz Vertrautes. Ich benutze das Internet sowohl beruflich als auch privat.“</i>	Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein
K45: Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden	Die Patientin verneinte die Frage und berichtete nicht von Erfahrungen mit dem Internet	<i>„Nein, ich fange damit aber jetzt an, ich habe mir schon eine CD gekauft und fange da heute Abend noch mit an.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Nein, ich fange damit aber jetzt an, ich habe mir schon eine CD gekauft und fange da heute Abend noch mit an.“</i>	K45	K44: Erfahrungen mit dem Internet vorhanden K45: Erfahrungen mit dem Internet nicht vorhanden
B	<i>„Ja.“</i>	K44	
C	<i>„Ja, habe ich.“</i>	K44	
D	<i>„Ja.“</i>	K44	
E	<i>„Ja, auf jeden Fall.“</i>	K44	
F	<i>„Also, mit dem Internet schon, aber mit Chatrooms und chatten noch nicht.“</i>	K44	
G	<i>„Wir benutzen das Internet zuhause ja tagtäglich, weil wir eine eigene Firma haben.“</i>	K44	
H	<i>„Ich benutze das Internet fast täglich.“</i>	K44	
I	<i>„Ich benutze es sowohl beruflich als auch privat.“</i>	K44	

Tabelle 63: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1a., Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Klar habe ich Erfahrungen mit dem Internet.“	K44	
K	„Nein, wenn dann macht das meine Tochter.“	K45	
L	„Ich gebrauche es auch beruflich, deshalb ist es für mich auch was ganz Vertrautes. Ich benutze das Internet sowohl beruflich als auch privat.“	K44	
M	„Ich kenne mich schon ein bisschen aus.“	K44	
N	„Ich bin fast nie im Internet, wenn dann gehen mein Mann oder meine Kollegen ins Internet.“	K45	
O	„Ich nutze es beruflich und privat.“	K44	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 64: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1b.

K46: selten bis gar nicht	Die Patientin gab an das Internet selten bis gar nicht zu nutzen	„Ich bin privat nie im Internet und in der Firma fast nie, würde ich sagen.“	Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein
K47: 1-2x/Woche	Die Patientin gab an das Internet 1-2x pro Woche, aber nicht täglich zu nutzen	„Ja, manchmal so ein bis zwei Mal die Woche, mal auch ein bisschen mehr. So im Durchschnitt aber mindestens einmal die Woche gehe ich schon mal ran, wenn ich was Bestimmtes gucken oder mich mal informieren muss.“	Die Definition musste erfüllt sein
K48: 3-4/Woche	Die Patientin gab an das Internet 3-4x pro Woche, aber nicht täglich zu nutzen.	„Wie oft ich das Internet nutze...die Woche drei bis vier Mal so.“	Die Definition musste erfüllt sein
K49: fast täglich-täglich	Die Patientin gab an, dass Internet fast täglich bis täglich zu nutzen	„Ich bin täglich im Internet, auch von zuhause aus.“	Mindestens ein Kriterium der Definition musste erfüllt sein

Tabelle 64: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.1b.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Nein, ich fange damit aber jetzt an [...].“	K46	K46: selten bis gar nicht K47: 1-2x/Woche K48: 3-4x/Woche K49: fast täglich-täglich
B	„Ja, manchmal so ein bis zwei Mal die Woche, mal auch ein bisschen mehr. So im Durchschnitt aber mindestens einmal die Woche gehe ich schon mal ran, wenn ich was Bestimmtes gucken oder mich mal informieren muss.“	K47	
C	„Wie oft ich das Internet nutze...die Woche drei bis vier Mal so.“	K48	
D	„In der Krankheit jetzt öfter, aber wenn ich wieder arbeite, dann zuhause nur so einmal die Woche, weil ich dann im Beruf die ganze Zeit am Computer bin.“	K47	
E	„Fast täglich, jeden 2.Tag ungefähr.“	K48	
F	„Jeden Tag beruflich und privat mehrmals die Woche.“	K49	
G	„Wir benutzen das Internet zuhause ja auch tagtäglich, weil wir eine eigene Firma haben.“	K49	
H	„Das Internet benutze ich fast täglich.“	K49	
I	„Ich bin täglich im Internet, auch von zuhause aus.“	K49	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„So ca. drei Mal pro Woche.“	K48	
K	„Nein, wenn dann macht das meine Tochter, z.B. wenn wir in den Urlaub fahren wollen, dann sucht sie das raus.“	K46	
L	„Ich gebrauche es auch beruflich, deshalb bin ich täglich im Internet.“	K49	
M	„Ich denke, ich bin einmal pro Woche im Internet.“	K47	
N	„Ich bin privat nie im Internet und in der Firma fast nie, würde ich sagen.“	K46	
O	„Ich nutze es durch meinen Beruf fast täglich.“	K49	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 65: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.2.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K50: Computer mit Internetzugang zuhause vorhanden	Die Patientin bejahte die Frage und gab an, dass sie zuhause einen Computer mit Internetzugang nutzen könne	„[...] , habe Computer und Internetverbindung zuhause.“	Die Definition musste erfüllt sein
K51: Computer mit Internetzugang zuhause nicht vorhanden	Die Patientin verneinte die Frage	„Nein, wenn dann macht das meine Tochter, [...].“	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ja, das haben wir alles da.“	K50	K50: Computer mit Internetzugang zuhause vorhanden
B	„Ja, na klar.“	K50	
C	„Ja.“	K50	
D	„Ja.“	K50	
E	„Alles vorhanden.“	K50	
F	„Ja.“	K50	
G	„Wir benutzen das Internet zuhause ja auch tagtäglich, weil wir eine eigene Firma haben.“	K50	
H	„Ich habe zuhause einen PC und Internet.“	K50	
I	„Ich bin täglich im Internet, auch von zuhause aus.“	K50	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	K51: Computer mit Internetzugang zuhause nicht vorhanden
J	„[...] , habe Computer und Internetverbindung zuhause.“	K50	
K	„Nein, wenn dann macht das meine Tochter, [...].“	K51	
L	„Ja, wir haben Internet zuhause.“	K50	
M	„Ich habe einen Computer und Internetverbindung zuhause.“	K50	
N	„Zuhause haben wir einen Computer und auch Internet.“	K50	
O	„Wir haben beides da, Computer und auch Internet.“	K50	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 66: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.3.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K52: Zielsetzung vorhanden	Die Patientin nannte mindestens einen Grund für ihre Internetnutzung	„Recherche für den Beruf und Privat, z.B. Flüge buchen, Züge raussuchen, wenn ich eine unbekannte Strecke fahren muss, habe ich sie mir vorab im Internet angeschaut, Reiseziele, Wetter, Emails.“	Die Definition musste erfüllt sein
K53: Zielsetzung nicht vorhanden	Die Patientin nannte keinen Grund für ihre Internetnutzung	„Fällt mir jetzt nichts Konkretes zu ein.“	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	Nein, ich fange damit aber jetzt an, ich habe mir schon eine CD gekauft und fange da heute Abend noch mit an.“	K53	K52: Zielsetzung vorhanden K53: Zielsetzung nicht vorhanden
B	„Ganz allgemein eigentlich, wenn ich mal irgendwas recherchieren will, Zugverbindungen oder Kochrezepte.“	K52	
C	„Ja, so Allgemeinwissen, Informationen, die halt schnell verfügbar sind.“	K52	
D	„Um sich informieren zu können und eigentlich einfach nur so aus Spaß.“	K52	
E	„Familie, z.B. Stundenpläne der Kinder, Emails, aktuelle Themen, wie Hamburg Wahl, Urlaubsplanung, Einkaufen, Beruflich.“	K52	
F	„Überwiegend zu Recherchen und Emails natürlich.“	K52	
G	„Vor allem Emails.“	K52	
H	„Informationen für die Freizeit und Finanzen regele ich auch über das Internet.“	K52	
I	„Ich mache Online-Banking und plane Freizeitaktivitäten.“	K52	

Tabelle 66: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.3.,
Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ich benutze es als großes Lexikon, als Antwortkatalog auf meine Fragen und zum Email schreiben, manchmal auch zum Spielen.“	K52	
K	-Keine Internetnutzung-	K53	
L	„Recherche für den Beruf und Privat, z.B. Flüge buchen, Züge raussuchen, wenn ich eine unbekannte Strecke fahren muss, habe ich sie mir vorab im Internet angeschaut, Reiseziele, Wetter, Emails.“	K52	
M	„Ich frage eigentlich nur meine Emails ab.“	K52	
N	„Wenn dann für Freizeitaktivitäten.“	K52	
O	„Fällt mir jetzt nichts Konkretes zu ein.“	K53	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 67: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.4.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K54: große Bedeutung	Die Patientin beschrieb das Internet als - wichtig - von großer Bedeutung - unentbehrlich	„Das ist schon ein wichtiges Medium.“	Mindestens ein Kriterium der Definition muss erfüllt sein
K55: Mittlere bis geringe Bedeutung	Die Patientin beschrieb das Internet als - nicht wichtig - von geringer Bedeutung - entbehrlich	„Ginge auch ohne, aber irgendwie gehört es dann auch heute einfach dazu.“	Mindestens ein Kriterium der Definition muss erfüllt sein
K56: keine Bedeutung	Die Patientin gab an, dem Internet keine Bedeutung beizumessen	„Das Internet hat keine Bedeutung für mich.“	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Information in erster Linie. Es ist sehr vielseitig und immer da. Früher musste ich erst ins Telefonbuch gucken, heute kann ich schnell ins Internet schauen. Viele Fragen, die man dort beantwortet bekommt.“	K54	K54: große Bedeutung K55: mittlere bis geringe Bedeutung K56: keine Bedeutung
B	„Das ist schon ein wichtiges Medium.“	K54	
C	„Na ja ich möchte es eigentlich nicht mehr missen. Man hat sich dran gewöhnt, an die schnelle Verfügbarkeit von Daten, von Informationen, Emails weitergeben.“	K54	
D	„Ginge auch ohne, aber irgendwie gehört es dann auch heute einfach dazu.“	K55	
E	„Ohne geht fast gar nicht mehr.“	K54	
F	„Ja, als Vernetzung und als Suchmaschine.“	K54	
G	„Eine große, ohne Internet geht es gar nicht mehr.“	K54	
H	„Für mich hat das Internet eine große Bedeutung.“	K54	
I	„Die Bedeutung ist schon groß, weil es einfach sehr praktisch ist.“	K54	

Tabelle 67: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.4.,
Fortsetzung

pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Mittelprächtigt, ich bin nicht jeden Tag im Internet.“	K55	
K	-Keine Internetnutzung-	K56	
L	„Es ist eine sehr schnelle Informationsquelle, insofern hat es eine Bedeutung für mich.“	K55	
M	„Das Internet hat keine große Bedeutung für mich.“	K55	
N	„Das Internet hat keine Bedeutung für mich.“	K56	
O	„Früher habe ich das Internet mehr benutzt, weil es da auch einfach besser aufbereitet war.“	K55	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 68: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.5.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K57: Befürchtungen vorhanden	Die Patientin nannte in ihrer Interviewantwort mindestens eine potentielle Befürchtung	<i>„Ja, man darf seine Daten da nicht so offen reinstellen. Es gibt ja Leute, die fragen einen dann nach Adresse und Kontoverbindung und das ist dann natürlich dumm gelaufen. Das Internet birgt in dem Sinne schon Gefahren.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
K58 Keine Befürchtung	Die Patientin nannte in ihrer Interviewantwort keine potentielle Befürchtung	<i>„Ich habe keine Bedenken beim Internet.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Ja, man darf seine Daten da nicht so offen reinstellen. Es gibt ja Leute, die fragen einen dann nach Adresse und Kontoverbindung und das ist dann natürlich dumm gelaufen. Das Internet birgt in dem Sinne schon Gefahren.“</i>	K57	K57: Befürchtungen vorhanden K58: Keine Befürchtung
B	<i>„Man kann da auch sehr viel Falsches lesen, man muss sich so informieren, dass man auf die richtigen Seiten gelangt.“</i>	K57	
C	<i>„Ja na ja sicher, die sind ja bekannt, was soll man dazu sagen. Ist halt eine Geschichte, die doch eine gewisse Öffentlichkeit hat. Gut, ich meine der Fachmann kann da eigentlich nur reingucken. Man muss da ja nicht sein Privates ausbauen.“</i>	K57	
D	<i>„Also, vor allem für Kinder. Die Sicherheit natürlich.“</i>	K57	
E	<i>„Hauptsächlich für Kinder. Datenunsicherheit und versteckte Kosten.“</i>	K57	

Tabelle 68: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.5.,
Fortsetzung

F	„Ja, man kann sich in den Weiten verlieren und Seiten besuchen, wo man zu viel von sich preis gibt oder deren Besuche verfolgt werden können.“	K57	
G	„Ja, das kommt immer darauf an, wie gut man sich auskennt. Ich weiß z.B. was gefährliche Seiten sind und das man nicht so einfach Bankdaten im Internet angibt, aber Leute, die sich da nicht so auskennen, die sind da gefährdeter.“	K57	
H	„Ich persönlich habe noch keine schlechten Erfahrungen gemacht.“	K58	
I	„Ich sehe für mich keine Gefahren, aber für andere Personen schon.“	K57	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Datenunsicherheit, ich mache z.B. kein Online-Banking.“	K57	
K	„Nein, fällt mir jetzt nichts zu ein, ich nutze das Internet ja nicht.“	K58	
L	„Ja, die sehe ich riesig, ich gucke auch regelmäßig, was unter meinem Namen zu sehen ist. Ich sehe auch die Gefahr für den Unwissenden auf Seiten zu kommen, die was kosten. Und Portale wie SchülerVZ sehe ich sehr kritisch, weil damit Unfug getrieben werden kann.“	K57	
M	„Ich habe keine Bedenken beim Internet.“	K58	
N	„Ich sehe keine Nachteile des Internets.“	K58	
O	„Fällt mir im Moment nichts ein.“	K58	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 69: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.6.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K59: Vorteil vorhanden	Die Patientin nannte mindestens einen Vorteil eines Internetzugangs	<i>„Informationen, dass man die ganz schnell haben kann und nicht erst irgendwelche Bücher besorgen und nachschlagen muss. Man setzt sich vor den Computer und guckt und guckt und sucht sich dann das Optimalste raus, wo man denkt, dass ist es.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein
K60: Kein Vorteil vorhanden	Die Patientin konnte keinen Vorteil eines Internetzugangs nennen.	<i>„Das Internet hat für mich keine Vorteile.“</i>	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	<i>„Es ist sehr vielseitig und immer da. Früher musste ich erst ins Telefonbuch gucken, heute kann ich schnell ins Internet schauen. Viele Fragen, die man dort beantwortet bekommt.“</i>	K59	K59: Vorteil vorhanden K60: Kein Vorteil vorhanden
B	<i>„Informationen, dass man die ganz schnell haben kann und nicht erst irgendwelche Bücher besorgen und nachschlagen muss. Man setzt sich vor den Computer und guckt und guckt und sucht sich dann das Optimalste raus, wo man denkt, dass ist es.“</i>	K59	
C	<i>„Schnelle Informationen und man nimmt noch am täglichen Leben teil, wenn man nicht mehr im Berufsleben steht.“</i>	K59	

Tabelle 69: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.6.,
Fortsetzung

D	„Schnelle Informationen und die Leute, die viel chatten und machen haben natürlich wahnsinnige Vorteile.“	K59	
E	„Informationsrecherche und Emails.“	K59	
F	„Schnelle und umfassende Informationen.“	K59	
G	„Ach, jede Menge, Informationen, mit Leuten in Kontakt treten, Emails schreiben.“	K59	
H	„Die Möglichkeit Informationen zu sammeln, schnell und von zuhause aus.“	K59	
I	„Es ist einfach sehr praktisch.“	K59	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Dass es jederzeit möglich ist an Informationen zu gelangen, riesengroßes Lexikon.“	K59	
K	„Kann ich nichts zu sagen.“	K60	
L	„Die schnelle Informationsquelle, der einfache Postweg mit Emails und auch Preisvergleiche.“	K59	
M	„Informationen zu beschaffen.“	K59	
N	„Das Internet hat für mich keine Vorteile.“	K60	
O	„Spiele spielen, Beschäftigung allgemein.“	K59	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 70: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.7.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K61: aus eigener Erfahrung bekannt	Patientin gab an bereits an einer Forumsdiskussion teilgenommen oder in einem Forum gelesen zu haben	„Habe ich schon mal genutzt aber nicht regelmäßig.“	Die Definition musste erfüllt sein
K62: begrifflich bekannt	Patientin gab an den Begriff zu kennen, aber noch nie an einer Forumsdiskussion teilgenommen zu haben.	„Forumsdiskussion, das ist für meine Begriffe, eine Plattform, wo man sich miteinander unterhalten kann, ich habe ab noch nie dran teilgenommen.“	Die Definition musste erfüllt sein
K63: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen	Patientin gab an den Begriff weder gehört noch an einer Forumsdiskussionen teilgenommen zu haben	„Nein, kenne ich nicht.“	Die Definition musste erfüllt sein

pTN	Paraphrase	Kategorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ich denke, dass sind mehrere Leute und die diskutieren miteinander, dass jemand mitsprechen kann und dann der nächste, so stelle ich mir das vor.“	K62	K61: aus eigener Erfahrung bekannt K62: begrifflich bekannt K63: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen
B	„Gehört habe ich das schon im Prinzip, aber ich habe mich noch nie in so was eingeklickt.“	K62	
C	„Forumsdiskussion, das ist für meine Begriffe, eine Plattform, wo man sich miteinander unterhalten kann, ich habe aber noch nie daran teilgenommen.“	K62	
D	„Ja, das ist doch auch so ein Treffpunkt, wo man was zu verschiedenen Themen schreibt.“ Habe ich aber noch nicht ausprobiert.“	K62	
E	„Begriff ist mir bekannt, aber ich habe noch nicht selber aktiv teilgenommen.“	K62	
F	„Ja, sagt mir etwas, aber ich habe noch nie daran teilgenommen.“	K62	

Tabelle 70: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.7., Fortsetzung

G	„Ja klar sagt mir etwas, aber ich habe noch nie aktiv daran teilgenommen.“	K62	
H	„Kenne ich, habe ich aber noch nie dran teilgenommen.“	K62	
I	„Habe ich schon mal genutzt, aber nicht regelmäßig.“	K61	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Habe ich schon einmal gehört, könnte ich jetzt aber nicht mit Leben füllen.“	K62	
K	„Nein, kenne ich nicht.“	K63	
L	„Ja, das sind Foren, in denen Menschen sich treffen um sich zu bestimmten Themen auszutauschen. Für mich wäre das gar nichts, ich habe da auch noch nicht mitgemacht.“	K62	
M	„Habe ich gar keine Ahnung von.“	K63	
N	„Habe ich schon mal von gehört.“	K62	
O	„Kenne ich, nutze ich aber nicht.“	K62	

Themenbereich 4: Allgemeine Nutzung des Internets

Tabelle 71: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.8.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K64: aus eigener Erfahrung bekannt	Patientin gab an bereits an einem Chat teilgenommen zu haben	„Ich habe bisher nur mal mit Bekannten geschattet.“	Die Definition musste erfüllt sein
K65: begrifflich bekannt	Patientin gab an den Begriff zu kennen, aber noch nie an einem Chat teilgenommen zu haben.	„Kenne ich schon, habe ich aber noch nie dran teilgenommen.“	Die Definition musste erfüllt sein
K66: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen	Patientin gab an den Begriff weder gehört noch an einem Chat teilgenommen zu haben	„Nein, kenne ich nicht.“	Die Definition musste erfüllt sein

Tabelle 71: Kategorienbildung + Antworten der pTN & pNTN zu Frage 5.4.8.,
Fortsetzung

pTN	Paraphrase	Kate-Gorie	Zusammenfassung Unterkategorien
A	„Ja klar vom Hörensagen und von meinem Mann, aber wie gesagt, ich werde mich damit jetzt auseinandersetzen.“	K65	K64: aus eigener Erfahrung bekannt K65: begrifflich bekannt K66: begrifflich unbekannt und auch keine persönlichen Erfahrungen
B	„Kenne ich schon, habe ich aber noch nie dran teilgenommen.“	K65	
C	„Chatroom, dass ist halt chatten von zuhause, mit dieser Plattform sich zu unterhalten. So würde ich das deuten für meine Begriffe. Ich bin ja nicht mehr ganz so jung und nicht mehr so belesen darin. Aber teilgenommen habe ich noch nie.“	K65	
D	„Kenne ich, habe ich aber noch nicht mitgemacht.“	K65	
E	„Ich habe bei einem Chat schon einmal mitgelesen.“	K64	
F	„Sagt mir was, aber ich habe noch nicht teilgenommen.“	K65	
G	„Ja klar sagt mir etwas, aber ich habe noch nie aktiv daran teilgenommen.“	K62	
H	„Nein, aktiv war ich in einem Chat noch nicht.“	K65	
I	„Habe ich schon mal genutzt aber nicht regelmäßig.“	K64	
pNTN	Paraphrase	Kategorie	
J	„Ich habe bisher nur mal mit Bekannten geschattet.“	K64	
K	„Nein, kenne ich nicht.“	K66	
L	„Kenne ich, habe ich aber noch nie dran teilgenommen.“	K65	
M	„Ich habe keine Chaterfahrung, weiß aber was das ist.“	K65	
N	„Habe ich schon mal von gehört.“	K65	
O	„Kenne ich, nutze ich aber nicht.“	K65	

11.2. Der Interviewleitfaden

I. Einleitung des Interviews

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. Wie geht es Ihnen momentan?“
(Interviewerin)

II. Besteht ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung und wenn ja, welcher Art?

- a. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Erkrankung nachdenken?
- b. Würden Sie sich Unterstützung bei der Verarbeitung Ihrer Krankheitserlebnisse und wenn ja, von wem?
- c. Mich würde Ihre Einstellung zur psychosozialen Nachsorge im Allgemeinen interessieren.
- d. Würden Sie sich Hilfe bei der Organisation einer psychosozialen Nachsorge nach der Rehabilitationsphase wünschen und haben Sie eine Vorstellung von einer optimalen Nachsorge?
- e. Gibt es etwas, das Sie bis jetzt in Ihrer Versorgung/Behandlung vermisst haben?

III. Besteht ein Bedarf an Informationen und wenn ja, welcher Art?

- a. Haben Sie sich über Ihre Brustkrebserkrankung informiert und wenn ja, wo?
- b. Nach welchen Informationen haben Sie dabei in 1. Linie gesucht?
- c. Gibt es Bereiche, in denen Sie sich mehr Informationen gewünscht hätten und wenn ja, welche waren das?
- d. Wollen Sie sich auch in Zukunft über Ihre Erkrankung informieren?
- e. Gab es Internetseiten, die Sie regelmäßig besucht haben und würden Sie diese auch anderen betroffenen Frauen weiterempfehlen?

IV. Wie ist die Einstellung zur Chatintervention?

- a. Möchten Sie an der Chatintervention teilnehmen und welche persönlichen Gründe haben für bzw. gegen eine Teilnahme gesprochen?
- b. Haben Sie organisatorische oder technische Bedenken bezüglich der Chatintervention?
- c. Würden Sie sich technische Unterstützung wünschen?
- d. Wie bewerten Sie die Patientenschulung in der Rehabilitationsklinik?
- e. Welche Nachteile sehen Sie an einer internetbasierten Nachsorge, insbesondere bei Chatgruppensitzungen?
- f. Sehen Sie auch positive Aspekte, einer solchen therapeutische Chatgruppe?
- g. Wie würden Sie sich eine optimale internetbasierte Nachsorge vorstellen?

V. Erfahrungen der Patientinnen mit dem Internet

- a. Benutzen Sie das Internet und wenn ja, wie häufig nutzen Sie es die Woche?
- b. Haben Sie zuhause Zugang zu einem Computer mit Internetverbindung?
- c. Mit welcher Zielsetzung benutzen Sie das Internet?
- d. Welche Bedeutung hat das Internet für Sie?
- e. Welche Gefahren der Internetnutzung sehen Sie?
- f. Welche Vorteile bietet ein Internetzugang?
- g. Sagt Ihnen der Begriff „Forumsdiskussion“ etwas und haben Sie schon einmal an einer teilgenommen?
- h. Kennen Sie einen Chat und haben Sie schon einmal selbst an einem teilgenommen?

11.3 Screeningfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in diesem Fragebogen möchten wir Sie bitten uns über Ihre Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Chat-Intervention zu informieren.

Sowohl bei Teilnahme, als auch bei Nicht-Teilnahme würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns in einem Interview, die Faktoren die Ihre Entscheidung beeinflusst haben, nennen würden.

Ihre Bereitschaft für die Interviewteilnahme können Sie uns ebenfalls in diesem Fragebogen mitteilen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname:

Art der Krebserkrankung:

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

Wie würden Sie Ihre Computerkenntnisse einschätzen?

☐ ₁ gut

☐ ₂ mittel

☐ ₃ schlecht

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

☐ ₁ nein

☐ ₂ ja, ISDN oder langsamer

☐ ₃ ja, und zwar DSL

☐ ₄ ja, unbekannt

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

☐ ₁ täglich

☐ ₂ 2 – 6 mal pro Woche

☐ ₃ ca. 1x pro Woche

☐ ₄ seltener / nie

Teilnahmebereitschaft Chatgruppe:

☐ ₁ ja

☐ ₂ nein

Teilnahmebereitschaft Interview:

☐ ₁ ja

☐ ₂ nein

11.4 Einwilligungserklärung Interview

 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf		Einwilligungserklärung		
Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“				
(Kopie für die Patientin/ den Patienten) Ich bin mit dem beiliegenden Merkblatt („Patienten-Information“) über die Vorgehensweise der Studie informiert worden. Ich weiß, - dass die Teilnahme an der Studie 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 bin damit einverstanden, am Ende der Rehabilitation, nach Abschluss der Chatgruppensitzungen sowie noch einmal drei Monate später Fragebogen auszufüllen, in denen einige Fragen hinsichtlich des Befindens und hinsichtlich des Behandlungserfolges gestellt werden. Die Klinik wird diese Fragebogen übergeben oder per Post zusenden. > Ich stimme zu, dass die Rehabilitationsklinik  meine Behandlung betreffende Routinedaten pseudonymisiert an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weitergibt, damit diese dort in die Studienauswertung einbezogen werden können. Bitte geben Sie diese Einwilligungserklärung ausgefüllt an der Rezeption für Herrn  ab. Die gesamte Untersuchung unterliegt den rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Vor- und Nachname in Druckbuchstaben Ort Anschrift Telefon E-Mail Adresse in Druckbuchstaben (wichtig) Datum Unterschrift der Patientin/ des Patienten Der Patient wurde über die Studie aufgeklärt. 				

 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf		Einwilligungserklärung		
Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“				
(Kopie für die Patientin/ den Patienten) Ich bin mit dem beiliegenden Merkblatt („Patienten-Information“) über die Vorgehensweise der Studie informiert worden. Ich weiß, - dass die Teilnahme an der Studie 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 bin damit einverstanden, am Ende der Rehabilitation, nach Abschluss der Chatgruppensitzungen sowie noch einmal drei Monate später Fragebogen auszufüllen, in denen einige Fragen hinsichtlich des Befindens und hinsichtlich des Behandlungserfolges gestellt werden. Die Klinik wird diese Fragebogen übergeben oder per Post zusenden. > Ich stimme zu, dass die Rehabilitationsklinik  meine Behandlung betreffende Routinedaten pseudonymisiert an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weitergibt, damit diese dort in die Studienauswertung einbezogen werden können. Bitte geben Sie diese Einwilligungserklärung ausgefüllt an der Rezeption für Herrn  ab. Die gesamte Untersuchung unterliegt den rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Vor- und Nachname in Druckbuchstaben Ort Anschrift Telefon E-Mail Adresse in Druckbuchstaben (wichtig) Datum Unterschrift der Patientin/ des Patienten Der Patient wurde über die Studie aufgeklärt. 				

1

2

11.5 Patienteninformation

(Privatdozent Dr. Holger Schulz) durchgeführt. Diese Zusammenarbeit besteht schon seit mehreren Jahren. In dieser Zeit sind gemeinsam mehrere wissenschaftliche Untersuchungen erfolgreich durchgeführt worden. Die Auswertung der Studie erfolgt ausschließlich durch das Institut für Medizinische Psychologie.

♦ Freiwilligkeit

Die Teilnahme ist freiwillig und es entstehen für Sie keine Nachteile bei Ihrer Behandlung, wenn Sie die Teilnahme ablehnen. Sie können jederzeit, also auch bei bereits erteilter Einverständniserklärung und ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Teilen Sie Ihren Wunsch dann bitte dem im Briefkopf genannten Ansprechpartner mit. Wir werden dann Ihren Namen in der Zuordnungsliste unkenntlich machen und Sie nicht mehr anschreiben. Bei Widerruf der Teilnahme werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht. Ihre Bereitschaft für eine Teilnahme an der Studie erteilen Sie uns durch eine schriftliche Einverständniserklärung, die Sie ebenfalls im Rahmen der Informationsveranstaltung erhalten haben.

Bevor Sie sich für die Teilnahme entscheiden, beschreiben wir Ihnen, was Sie tun sollen und wie die Forschungsdaten gesammelt und anonymisiert werden:

♦ Worum werde ich als Patient(in) gebeten? Was soll ich tun?

Es soll eine neue Art der Unterstützung (=Internet-Chatgruppen) nach Ihrem Rehabilitationsaufenthalt untersucht werden. Um die Wirksamkeit feststellen zu können, wollen wir Ihren Rehabilitationserfolg erfragen. Sie erhalten möglichst direkt im Anschluss an den Klinikaufenthalt die Möglichkeit, an einer Internet-Chatgruppe teilzunehmen um in Kontakt zu Therapeutinnen und Mitleidpatientinnen zu bleiben. Die Internet-Chatgruppe startet, sobald sich genügend Patienten für eine Chatgruppe zusammengefunden haben. Sie können im Rahmen der Studie ausprobieren, ob diese Form des „Gesprächs“ mittels Computer etwas für Sie ist, das Sie beim Übergang in den Alltag unterstützt.

♦ Folgende Daten sollen erhoben und später anonym ausgewertet werden:

Sie werden gebeten, am Ende der Rehabilitation, drei Monate nach der Rehabilitation und sechs Monate nach der Rehabilitation Fragebogen auszufüllen, in denen einige Fragen hinsichtlich des Befindens und hinsichtlich des Behandlungserfolges gestellt werden. Diese werden Ihnen von der Klinik ausgehändigt oder nach Hause geschickt (ggf. werden Sie nochmals schriftlich oder telefonisch erinnert).

Aus Ihrer Krankenblattakte sollen einige sogenannte Routedaten (Informationen bezüglich Ihrer Erkrankung, z.B. Ihre Diagnose) und der Fragebogen ausgewertet werden,



Patienteninformation

zur Studie

„Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“

Liebe Patientin, lieber Patient,

während Ihres Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik [REDACTED] lassen wir Ihnen alle notwendigen und geeigneten Behandlungen zukommen, die zur Besserung Ihres seelischen und körperlichen Befindens beitragen. Zusätzlich legen wir in unserer Klinik besonderen Wert darauf, dass Sie auch in der Zeit NACH Ihrer Behandlung, d.h., wenn Sie wieder zuhause sind, weiterhin gut versorgt sind und Ihren Behandlungserfolg aus der Klinik „mit in den Alltag“ nehmen und dort weiter ausbauen können.

Deshalb führen wir gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine wissenschaftliche Studie durch, in deren Rahmen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, sich nach Entlassung aus der Klinik mit ihren Mitleidpatientinnen und -patienten sowie einem Therapeuten im Internet auszutauschen. Hierzu werden über einen Zeitraum von 12 Wochen sogenannte Chatgruppen angeboten, in deren Rahmen Sie sich einmal in der Woche für eine Stunde „verabreden“. Diese „internetgestützte Nachsorge“ hat zum Ziel, Sie beim Übergang von der Klinik zurück in den Alltag zu unterstützen.

Die Studie, in dessen Rahmen Sie an den Chatgruppen teilnehmen können, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und untersucht den Nutzen dieser Art von Internet-Nachsorge für Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen.

Zusätzlich zur Informationsveranstaltung (**jeden Freitag um 09:30 Uhr im Vortragsraum im EG**) möchten wir Ihnen auf diesem Informationsblatt noch einmal kurz das Wichtigste über die Untersuchung zusammenfassen, damit Sie es in Ruhe nachlesen können:

♦ Wer führt die Studie durch?

Die Studie wird von der Rehabilitationsklinik [REDACTED] in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Fortsetzung Patienteninformation

den Sie zu Beginn der Rehabilitation ausgefüllt haben. Diese Daten werden durch das Klinikpersonal Ihrer Akte **ohne Ihren Namen** entnommen.

Sie können die Fragebogen gerne einsehen, bevor Sie sich entscheiden. Fragen Sie dazu bitte [REDACTED] (jeden Freitag um 09:30 Uhr - Vortragsraum im EG).

Für die Teilnahme an der Internet-Chatgruppe erhalten Sie weitere Informationen bevor die Chat-Gruppe beginnt. Sie können z.B. auch die Nutzerbestimmungen jederzeit im Internet nachlesen.

Für das Forschungsprojekt sollen die Online-Fragebogen (jeweils zu Beginn und am Ende des wöchentlichen Chats) und die Chat-Protokolle ausgewertet werden. Diese Daten werden von Ihrem Therapeuten am Ende jeder Sitzung gespeichert und **anonym** den Forschungsdaten zugeführt.

Alle Angaben werden vor der Auswertung anonymisiert (siehe nächster Absatz). Die Angaben sind sehr wichtig, weil nur so beurteilt werden kann, ob unser neues Nachsorge-Angebot hilfreich ist.

♦ Muss ich als Patient(in) irgendwelche Bedenken haben (z.B. Datenschutz)?

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission (bestehend aus: Ärzten, Juristen, Psychologen u.a.) der Landesärztekammern in Hamburg und in Schleswig-Holstein begutachtet. Nach deren Urteil sind gegen die Untersuchung keine ethischen Bedenken zu erheben. Zielsetzung, Planung, vorgeschlagene praktische Durchführung, Sicherungsmaßnahmen und Aufklärung entsprechen in vollem Maße den Anforderungen, die an ein solches Projekt zu stellen sind.

Sie können sich ohne Einschränkung darauf verlassen, dass alle Ihre Daten absolut vertraulich behandelt werden.

♦ Wie erreichen wir die Anonymität?

Ihr Name, Ihre Anschrift und Telefonnummer sind nur Ihrer Klinik bekannt und werden gebraucht, um Ihnen die Fragebogen zuzuleiten. Wenn Sie Ihre Einwilligung erteilt haben, werden diese Angaben in eine Liste eingetragen. Vor jedem Namen steht eine laufende Nummer (Forschungsnummer). Alle für die Forschung vorgesehenen Daten werden statt mit Ihrem Namen mit dieser Forschungsnummer gekennzeichnet, um Ihre Daten für die Auswertung wieder zusammenführen zu können.

Die Klinik sorgt dafür, dass die Fragebogen und auch die Daten aus der Krankenblattakte mit Ihrer Forschungsnummer versehen werden.

Im Chat sollen Sie nie Ihren Namen, sondern einen Spitznamen benutzen (englisch Nickname). Ihr Chat-Therapeut ersetzt den Spitznamen durch Ihre Forschungsnummer.

Die Zuordnungsliste wird getrennt von den Forschungsdaten verwaltet.

Am Ende der Datenerhebung wird Ihre Einwilligung und die Zuordnungsliste in der Klinik vernichtet, also etwa sechs Monate nach Ende der Rehabilitationsbehandlung. Ab jetzt sind die Forschungsdaten nicht mehr Ihrem Namen zuzuordnen.

Das auswertende Forschungsinstitut (Universitätsklinikum in Hamburg) erhält die Zuordnungsliste nicht. Für die Auswertung werden nur die Daten mit Forschungsnummern verwendet. Die Auswertungen erfolgen so, dass aus den Ergebnissen kein Rückschluss auf einzelne Teilnehmer gezogen werden kann. Für die Nachweisbarkeit der ordnungsgemäßen Forschung werden die Forschungsdaten fünf Jahre aufbewahrt; sie sind dann jedoch keinen Namen zuzuordnen.

Durch diese Vorgehensweise werden die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten. Alle Forscher sind zudem verpflichtet, die ärztliche und therapeutische Schweigepflicht zu beachten. Klinikmitarbeiter, die mit der Zuordnungsliste oder Ihrer Einwilligung umgehen, dürfen Ihren Namen nur für die beschriebene Kontaktaufnahme mit Ihnen verwenden und müssen Ihren Namen ansonsten geheim halten (Datengeheimnis).

Wir möchten Sie herzlich bitten, an der Studie teilzunehmen. Mit Ihrer Unterstützung sind wir als Klinik in der Lage, unsere Nachsorgeangebote weiter zu verbessern.

Wenn Sie sich dazu bereitklären, an der Studie teilzunehmen, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Ein Exemplar verbleibt bei Ihnen, das andere geben Sie bitte unterschrieben zurück.

Wenn Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen jetzt und auch jederzeit später gerne zur Verfügung.

Im Namen der Klinik möchte ich mich im Voraus für Ihre Unterstützung und Mitarbeit bedanken!



12. Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank Prof. Dr. Holger Schulz, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die Übernahme der Betreuung dieser Arbeit. Seine Anmerkungen waren stets hilfreich und zuverlässig.

Für die zuverlässige, engagierte und fachlich fundierte Betreuung möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Dr. med. Dipl. Psych. Julia Hoffmann, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg, bedanken. Ihre Unterstützung hat mir die Arbeit an der Dissertation unglaublich erleichtert und ohne sie wäre ich mit der Fertigstellung dieser Arbeit in den letzten Monaten nicht so schnell vorangekommen.

Dank gilt auch Frau Dipl. Psych. Juliane Fink, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg, die gerade zu Beginn der Arbeit, bei der Erhebung und Auswertung der Daten stets als engagierter Ansprechpartner zur Verfügung stand.

Zudem möchte ich mich bei allen Patientinnen ganz herzlich bedanken, die sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen.

Dank gilt auch der Rehabilitationsklinik Nordfriesland in St. Peter-Ording, insbesondere Dipl. Psych. Markus Büschges für die Unterstützung.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, Maren und Rolf Küsters, die stets an mich geglaubt haben und mir in jeder Lebenslage unterstützend zur Seite stehen. Gewidmet ist diese Arbeit meinem verstorbenen Vater Rolf Küsters, den ich so schmerzlich vermisse.

Ein weiterer besonderer Dank gilt meinem Freund Tilman Schmidt, für seine Liebe und Unterstützung.

13. Lebenslauf

entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

14. Eidesstattliche Versicherung

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

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

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

Unterschrift: