

Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik
Tübingen Abteilung Innere Medizin VI
(Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie)

**Psychosomatik in der dermatologischen Onkologie:
Über die Relevanz des subjektiven psychoonkologischen
Behandlungsbedarfs in der psychosomatischen Medizin**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Mayer, Simone

2017

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. M. Teufel

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. Eckhardt-Henn

Tag der Disputation: 10.01.2017

Für Prof. Dr. med. Gernot Lorenz, weil etwas bleibt...

Inhaltsverzeichnis	Seite
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1. Einleitung	1
1.1. Die Psychosomatik – ein junges Fach?	2
1.2. „Subjektivität“ und „Objektivität“ in der Psychosomatik	9
1.2.1. „Objektivität“ in der psychosomatischen Forschung	10
1.2.2. „Subjektivität“ in der psychosomatischen Forschung	11
1.3. Psychoonkologie im Spannungsfeld der Psychosomatik	12
1.4. Aktuelle Studienlage zur Psychoonkologie in der Dermatologie	15
1.5. Ziele der Studie	20
2. Methoden	20
2.1. Beteiligte der Forschungs Kooperation	20
2.2. Stichprobe	21
2.3. Der Behandlungspfad	22
2.4. Die Datenerhebung	23
2.5. Zum Ablauf	24
2.6. Fragebogeninstrumente	25
2.6.1. Hornheider Screening Instrument (HSI)	25
2.6.2. Distress-Thermometer (DT)	25
2.6.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	26
2.7. Das Krebsregister	27
2.8. Statistische Analysen	27
3. Ergebnisse	28
3.1. Datenerhebung und Charakteristika der Stichprobe	29
3.2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe	29
3.3. Klinische Charakteristika der Stichprobe	31
3.4. Die Ergebnisse des psychoonkologischen Screenings	36
3.4.1. Das PPP-Treatment	36

Inhaltsverzeichnis	Seite
3.4.2. Die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf	37
3.4.3. Die Ergebnisse des Hornheider Screening-Instruments (HSI)	37
3.4.4. Die Ergebnisse des Distress-Thermometers	39
3.4.5. Die Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	42
3.4.6. Vergleich der Patientengruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf	43
3.4.7. Die Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf	45
3.5. Die Ergebnisse in der Übersicht	49
4. Diskussion	50
4.1. Die Ermittlung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs	50
4.2. Forschungsimplicationen	62
4.3. Stärken und Schwächen der Studie	63
4.4. Nomothetik und Idiographik in der Psychoonkologie	65
4.4.1. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf im Dialog der Disziplinen	66
4.4.2. Der Versuch einer Verbindung: Subjektivität in der naturwissenschaftlichen Medizin	67
5. Zusammenfassung	74
6. Anhang	76
7. Literaturverzeichnis	90
8. Erklärung zum Eigenanteil	105
9. Danksagung	106

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abbildung 1. Krebsmortalität pro 100.000 Einwohner	16
Abbildung 2. Behandlungspfad	23
Abbildung 3. Studienablauf	29
Abbildung 4. Patienten mit Psychopharmaka-Einnahme	36
Abbildung 5. Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung	37
Abbildung 6. Ergebnisse der Problemliste	41
Abbildung 7. Ergebnisse der HADS-Angst	42
Abbildung 8. Ergebnisse der HADS-Depression	42
Abbildung 9. Vergleich der Patientengruppen mit und ohne subjektiven Bedarf hinsichtlich der Screening-Instrumente	44

Tabellenverzeichnis	Seite
Tabelle 1. Punktprävalenzen komorbider psychischer Störungen	13
Tabelle 2. Prävalenzen zum Malignen Melanom der Haut	17
Tabelle 3. Schema zur Nachsorge der Melanompatienten	24
Tabelle 4. Soziodemographische Charakteristika	30
Tabelle 5. Klinische Charakteristika	32
Tabelle 6. Die Ergebnisse des Hornheider Screening Instruments	38
Tabelle 7. Die Ergebnisse der Problembereiche des Distress-Thermometers	39
Tabelle 8. Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf bei Melanompatienten	48

Abkürzungsverzeichnis

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ALM	Akral lentiginöses Melanom
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
CHA2DS2-VASc-Score	Akronym für: Congestive heart failure, Hypertension, Age, Diabetes mellitus, Stroke/TIA, Vascular disease, Age, Sex category
CIDI-O	Compostite International Diagnostic Interwiev-Oncology
DKFZ	Deutsches Krebsforschungsinstitut
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT	Distress-Thermometer
EMDR	Eye movement desensitiation and reprocessing
ePOS	elektronisches psychoonkologisches Screening
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSI	Hornheider Screening Instrument
ICD-10	International Classification of Diseases-10
LK	Lymphknoten
MM	Malignes Melanom
NM	Noduläres Melanom
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PO	psychoonkologisch
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation

PPP-Treatment	Psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung
PSY	Indikation für eine psychoonkologische Behandlung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RKI	Robert Koch Institut
SB	Subjektiver psychoonkologischer Behandlungsbedarf
SD	Standard Deviation
Seel	Indikation für eine Seelsorge
Soz	Indikation für eine Sozialberatung
SSM	Superfiziell spreitendes Melanom
U-Schenkel	Unterschenkel
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

„Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.“ (2)

Bereits in dieser Definition steckt die Komplexität und Kompliziertheit des Faches. Dieses vielschichtige Gebilde Mensch in seiner biopsychosozialen Einheit wirft uralte Fragen auf. Bereits seit der Antike beschäftigt sich die Philosophie mit den Wechselwirkungen zwischen Leib und Seele (3).

Aufgrund der unterschiedlichen Fokussierung (zum einen auf das Körperliche gerichtet, zum anderen auf das Seelische), ergeben sich unterschiedliche Forschungsbereiche. Auf der einen Seite gibt es eine „objektive“ Herangehensweise, auf der anderen Seite eine „subjektive“ Sichtweise (4, 5). Diese Gegebenheiten werden noch verkompliziert, da es sich bei den im psychosomatischen Fokus stehenden Personen um Patienten, also kranke Menschen, handelt. Aber wer ist hier „krank“ und wer „gesund“ (6)?

In dieser Dissertation wird anhand einer Studie einer an einem Malignen Melanom erkrankten Patientenstichprobe in der ambulanten Nachsorge am Universitätsklinikum in Tübingen aufgezeigt, wie sich Subjektivität in der heutigen psychosomatischen Medizin widerspiegelt.

Dazu richtet sich im theoretischen Hintergrund der Fokus auf vier Bereiche. Erstens wird beschrieben, wie sich das Fach Psychosomatik entwickelt hat, zweitens wie sich in diesem Fach die beiden Pole „Subjektivität“ und „Objektivität“ integrieren lassen, drittens welchen Stellenwert die Psychoonkologie in der Psychosomatik hat und viertens wie die aktuelle Studienlage zum Thema Psychoonkologie in der

Dermatologie ist. Nach der Beschreibung der Methoden wird im Ergebnisteil aufgezeigt, von welcher Relevanz der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf ist. Die Diskussion besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil beschäftigt sich mit der Diskussion der statistischen Ergebnisse. Der zweite Teil diskutiert die Relevanz des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs aus einem philosophischen Blickwinkel heraus, und untermauert dessen Bedeutung.

1.1. Die Psychosomatik – ein junges Fach?

„Psyche“ und „Soma“: Zwei in der Medizin geläufige und scheinbar gegensätzliche Begriffe. Die Psychosomatische Medizin hat eine lange Geschichte, deren Gründung bis in die Antike reicht (3). Die erste psychosomatische Klinik wurde 1950 unter der Leitung Alexander Mitscherlichs in Heidelberg gegründet (7). Einige Zeit später, im Jahre 1992, wurde das Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ eingeführt, das zuvor noch „Psychotherapeutische Medizin“ genannt wurde (8, 9).

Zur Einführung und für das grundlegende Verständnis, sollen im Folgenden die „Meilensteine der Entwicklung“ der Psychosomatik skizziert werden.

Antike

Bereits in der Zeit der alten Griechen wurden die Grundpfeiler der Psychosomatischen Medizin gelegt (3). Platon schrieb im Dialog des Charmides: „Die Seele aber, mein Guter [...] werde behandelt durch gewisse Besprechungen“. Diese bestehen aus den „schönen Reden“. Denn durch solche Reden entstehe in der Seele Besonnenheit, und wenn diese erzeugt und gegenwärtig sei, sei es leicht, auch dem Kopf und dem übrigen Körper Gesundheit zu verschaffen (10, 11). Es ist bemerkenswert, wie nahe sich „Sprache“ und „Heilung“ schon damals waren – so lange Zeit vor Freuds Psychoanalyse und den Errungenschaften der Behavioristen.

17. Jahrhundert

Descartes (1596-1650) galt als Schlüsselfigur einer dualistischen Betrachtungsweise des Menschen (12). Er beschrieb „Psyche“ und „Soma“ als zwei voneinander getrennte Entitäten: zum einen gab es einen „objektiven Körper“ und zum anderen eine „subjektive Seele“ (13). Noch heute wird über diese „unüberwindbare ontologische Schwierigkeit“ (14) diskutiert: Es erscheint paradox, dass der Mensch sich nicht als zwei voneinander getrennte psychosomatische Entitäten erlebt, sondern im Laufe des Lebens eine verlässliche „Leib-Seele-Entität“ entwickelt (14, 15). In Descartes Theorie galt die Epiphyse als „sensorischer Umschlagpunkt“ an dem sich die beiden Entitäten Psyche und Soma treffen (16, 17).

18. Jahrhundert

Stahl (1659-1734) gilt als ein wichtiger Mediziner für die Psychotherapie des 18. Jahrhunderts (18, 19). Er entwickelte ein Konzept der menschlichen Physiologie, das nicht mehr dem Leib-Seele-Dualismus entsprach. Stahl beschrieb einen „Psychodynamismus“ (20, 21): Seelische Prozesse wurden nun mit körperlichen Erkrankungen in Verbindung gebracht. Er gilt als Wegbereiter für die Weiterentwicklung der psychodynamischen Konzepte von Heinroth, Carus und Weizsäcker (20).

19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert, in der Zeit als die ersten Impfungen entwickelt wurden (22), lagen unter anderem auch die Anfänge des Behaviorismus (23). Für Heinroth (1773-1843), dem ersten Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (früher „psychische Therapie“ genannt), war die Seelenkunde ein Bereich der Medizin, der Seele und Leib zugleich betrifft (24-26). Der Begriff „psycho-somatisch“ findet sich erstmalig in Heinroths „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen“ aus dem Jahre 1818 (27). In diesem Lehrbuch wurden Schlafstörungen beschrieben und abgehandelt (26). Carus (1789-1869), gilt als

Vorreiter der tiefenpsychologischen Psychotherapie und als „Entdecker des Unbewussten“ (28, 29). 1846 veröffentlichte er ein Buch mit dem Titel „Psyche. Entwicklungsgeschichte der Seele“ (30). Darin schrieb er: „Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewussten“ (28). Schopenhauer (1788-1860) gilt wie Nietzsche, als ein Vorläufer Freuds (31) und erkannte bereits einige Zeit zuvor die Macht des Triebes (32, 33). Schopenhauer beschrieb beispielsweise, ähnlich wie später Freud die „Sublimierung“. Wenn Menschen durch Machthunger und Sexualität getrieben werden, kann die Kunst helfen, denn „das Ästhetische sublimiert den blinden Drang“ (32). Auch Nietzsche (1844-1900) beschäftigte sich wie später Freud mit inneren Konflikten und deren Abwehr (34, 35).

Mesmer (1734 – 1815) und Braid (1795 – 1860) gelten als Wegbereiter der Hypnose (36), die von Charcot (1825 – 1893), einem Arzt der Pariser Schule, aufgegriffen wurde und bei der Behandlung hysterischer Symptome angewendet wurde (37, 38).

20. Jahrhundert

Freud (1856 – 1939) entwickelte mit seinen Schülern zwischen 1890 und 1920 die Psychoanalyse (8, 39). Schon in der voranalytischen Zeit von 1886 bis 1896 sprach Freud von der Redekur, während über die psychotherapeutische Behandlung von Anna O. durch Josef Breuer schrieb (40, 41). Es gab ein Novum in der Arzt-Patienten-Gesprächsstruktur (40): der Patient ergreift die Initiative. Er bestimmt, worüber gesprochen wird und der Arzt wird zum „interpretierenden Zuhörer“ (42). Durch hypnotische Erinnerung sollten erworbene oder verdrängte traumatische Erlebnisse immer wieder neu durchlebt werden, um schließlich verarbeitet zu werden, was Freud in Zusammenarbeit mit Breuer dann als Katharsis bezeichnete (43, 44). Die hypnotische Suggestion von Freud wurde 1887 erstmalig verwendet bis dann 1889 das „kathartische Verfahren“ angewandt wurde (40). In den Jahren 1892 bis 1896 gelang der Übergang von der hypnokathartischen Methode zur freien Assoziation bis die Psychoanalyse im Jahre 1896 geboren wurde

(40). Im Zentrum der klassischen Psychoanalyse stehen Konfrontation, Klärung, Deutung und Durcharbeitung (45). Adler (1870-1937) und Jung (1875-1961) waren Freuds Schüler. Sie entwickelten aus der Freud'schen Psychoanalyse weitere Psychotherapierichtungen: Adler entwickelte die „Individualpsychologie“ und Jung die „Kritische Psychologie“ (46).

Die psychoanalytische Methode wurde stets weiterentwickelt, ergänzt und überdacht. Sie ist auch heute noch ein wichtiger Grundbaustein der Psychosomatischen Medizin. Das erste psychosomatische Modell mit dem Versuch einer Verbindung zwischen verschiedenen Systemebenen stammt von Freud (8). Aus der Psychoanalyse entstanden die psychodynamischen Therapieverfahren wie beispielsweise die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie, die psychoanalytische Ehe- und Familientherapie oder auch die psychoanalytische Kunst- oder Musiktherapie, die noch heute für die psychosomatische Praxis von Relevanz sind (8).

In der Psychoanalyse geht es um das Verstehen der Seelenvorgänge. Im Gegensatz dazu entwickelte sich in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts der Behaviorismus mit einer naturwissenschaftlichen Herangehensweise und der Idee, das Verhalten aus dem Tiermodell auf den Menschen zu übertragen und aus diesen „Gesetzmäßigkeiten Handlungsstrategien für eine Veränderung des Verhaltens zu ermitteln“ (47).

Pawlow (Arzt und Physiologe) gilt als Begründer der klassischen Konditionierung (47). Auf der Grundlage von Pawlows Erkenntnissen (48) und deren Weiterentwicklung durch den Neo-Behavioristen Hull (49) sowie die Theorie eines radikalen Behaviorismus durch Skinner (50), entstand in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts die behaviorale Verhaltenstherapie (47). Hierbei sollen dysfunktionale Verhaltens- und Denkweisen durch geeignetere Verhaltens- und Denkmuster ersetzt und quasi im Pawlow'schen Sinne „antrainiert“ werden (47). Kanfer brachte durch die „Organismusvariable“ die Individualität einer Person in die

Beschreibung des Verhaltens mit ein (51). In den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden lerntheoretische Erkenntnisse (u.a. von Eysenck) bei der Verhaltenstherapie miteinbezogen (47). Auch die Forschungsergebnisse von Lazarus fanden Beachtung. Sie zeigten auf, dass Gefühle, deren Wahrnehmung und Bewertung von Bedeutung sind (52). Auch kontextuell philosophische Aspekte gewannen zunehmend an Relevanz, beispielweise bei der Dialektisch Behavioralen Therapie (53). Im Laufe der Zeit entwickelte sich aus den verschiedenen Richtungen der Verhaltenstherapie das Konzept der modernen kognitiven Verhaltenstherapie mit störungsspezifischen Modellen, wie sie heute noch in der Psychosomatik angewandt werden (47).

Eine weitere wichtige Entwicklung in der Psychotherapie ist die Psychotraumatologie. Obwohl man sich in der Literatur bereits seit dem dritten Jahrhundert v. Chr. mit den traumatischen Auswirkungen auf die Psyche beschäftigte, wurde die Diagnose PTSD erst in den 1980er Jahren als eigenständige Diagnose in das DSM-III aufgenommen (54). Ein Syndrom, das bei Eisenbahnunfällen verunglückten Postangestellten beobachtet wurde, wurde 1861 als „railway spine“ oder „postconcussion syndrome“ beschrieben (54). Heutzutage würde man die Symptome wohl unter dem Begriff Gehirnerschütterung oder Schleudertrauma zusammenfassen (55). Diese Patienten hatten noch weitere Symptome: Schlafstörungen, chronische Schmerzen, Albträume, Tinnitus, sowie ein Vermeidungsverhalten bezüglich weiterer Eisenbahnreisen. Es handelte sich um langanhaltende und schwere Krankheitsverläufe ohne jegliche Anzeichen einer äußeren Verletzung, sowie ohne signifikante neurologische Defizite (54). Im späten 19. Jahrhundert wurde schließlich von einer „traumatischen Neurose“ gesprochen und der Begriff „Trauma“ erstmalig in einem psychiatrischen Zusammenhang gebraucht. Zuvor kannte man den Begriff nur aus einem chirurgischen Kontext (54). Wichtige Methoden der modernen Psychotraumatologie aus der Verhaltenstherapie sind unter anderem das Debriefing – das jedoch mittlerweile als Erstmaßnahme nicht mehr empfohlen wird (56) –, oder das von Shapiro (1948) entwickelte EMDR

(57). In der Psychoanalyse sind „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ wichtige Bausteine in der Therapie einer Traumafolgestörung (58). Diese elementaren Bausteine einer psychoanalytischen Therapie wurden bereits 1914 von Freud beschrieben und sind auch heute noch in der psychodynamischen Therapie in Übereinstimmung mit aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen von Bedeutung (58).

Trotz einer „zunehmenden Technisierung und Spezialisierung der Medizin“, beschäftigte man sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts erneut mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis und psychologischen Faktoren in der Medizin (18).

Krehl (1861-1937), Leiter der Heidelberger Medizinischen Universitätsklinik von 1907 bis 1931, bildete mit seinen Schülern Siebeck (1883-1965) und von Weizsäcker (1886-1957) das „Dreigestirn“ der „Heidelberger Schule“ (18). Engelhardt schreibt in seinem Artikel über die „Heidelberger Schule“, dass die Heidelberger Schule „keine mechanische und technokratische Medizin [wollte], in der der Patient als Subjekt abhandenkommt“ (18). In Heidelberg entsprang das Fach Psychosomatische Medizin der Inneren Medizin und ist ihr heute noch, wie auch in Tübingen, angegliedert.

Der Internist von Weizäcker entwickelte das Konzept des Gestaltkreises, in dem psychosomatische Wechselwirkungen eine tragende Rolle spielen (59). Die Biographie der Patienten und auch deren subjektives Erleben waren von Weizsäcker außerdem bei der Krankenversorgung von großer Bedeutung (59). Mitscherlich war ein Schüler von Weizsäcker und gründete 1950 die erste Psychosomatische Klinik in der Bundesrepublik (60). Von Uexküll (1908-2004) hatte den Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Psychosomatik der Universität Ulm inne und beschäftigte sich in seiner wissenschaftlichen Arbeit insbesondere mit psychologischen und erkenntnistheoretischen Fragen der Medizin. Er kämpfte für eine „Überwindung des Dualismus von Leib und Seele im Sinne einer ganzheitlichen Medizin“ (61).

In den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts sprach sich der aus den USA stammende Psychosomatiker Engel (1913-1999) für eine neue Sichtweise in der Medizin aus (62). Sein biopsychosoziales Modell bildet ein wichtiges Element nicht nur in der Psychosomatischen Medizin (62). Er zeigte die Grenzen des rein biomedizinischen Modells auf, und beschrieb die Anforderungen sowie die Vorteile des neuen biopsychosozialen Modells (63). Eine Erkenntnis ist beispielsweise, dass zwar eine biochemische Dysfunktion eine Erkrankung charakterisieren könne, diese aber nicht zwingend einen Menschen zum Patienten, also krank, mache (63). Es bedarf somit weiterer Faktoren außer den biomedizinischen, um einen Patienten als krank und somit auch als behandlungsbedürftig zu identifizieren. Das soziale Umfeld des Patienten (zu dem auch der Arzt mit seiner möglichst unterstützenden Haltung gehört), sowie psychische Prozesse sind nach Engel ebenso wichtig, wenn es darum geht, welche Faktoren einen Menschen krank machen (63). Engel beschrieb bereits in den 1970er Jahren, dass die Grenzen zwischen „krank“ und „gesund“ fließend seien. Eine Idee die auch Antonovsky (1923-1994) in seinem salutogenetischen Konzept (Salutogenese bedeutet innere Gesundheitserzeugung) aufgriff (64). In diesem Konzept (65) wird von der traditionell pathogenetischen Sichtweise abgewichen, um den Fokus auf gesundheitsfördernde Aspekte wie zum Beispiel den „Kohärenzsinn“, bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, zu legen (64-66). Die absoluten Zustände „krank“ und „gesund“ existieren in Antonovskys Theorie nicht, sondern es existiere vielmehr ein Gesundheit-Krankheit-Kontinuum (65, 67).

Nach einer Definition der WHO aus dem Jahre 1948 ist „Gesundheit [...] der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (68). Dabei ist das „Wohlbefinden“ ein subjektiv empfundener, relativer und dynamischer Prozess, das heißt Gesundheit muss beim Individuum immer wieder neu hergestellt, bzw. ins Gleichgewicht gebracht werden und Gesundheit kann trotz subjektiv empfundener Einschränkungen vorhanden sein (68).

21. Jahrhundert

Gerade die oben beschriebene Psychotraumatologie ist heute auch im Zusammenhang epigenetischer Forschung von großem wissenschaftlichem Interesse. So konnten zum Beispiel in neuerer Zeit die Zusammenhänge zwischen epigenetischen Veränderungen und Angst im Mausmodell aufgezeigt werden (69). Vor allem psychoneuroendokrinologische Zusammenhänge bei psychosomatischen Beschwerdebildern, die posttraumatische Belastungsstörung in Zusammenhang mit schweren Organerkrankungen oder nach wie vor Schmerzstörungen im Allgemeinen sind aktuell auch bei der amerikanischen Forschungsgemeinschaft von großem Interesse (70).

Die Psychosomatik entwickelte sich zu einem bunten und mutigen Fach, das sich dem Leib-Seele-Problem stellt und den holistischen Ansatz in der Patientenbetreuung wagt.

1.2. „Subjektivität“ und „Objektivität“ in der Psychosomatik

Die Psychosomatik hat es sich zur Aufgabe gemacht, sich den komplexen Zusammenhängen zwischen Körper und Seele zu widmen (2). Um den heutigen Anforderungen in der sich rasant entwickelnden medizinischen Disziplin gerecht zu werden, ist die wissenschaftliche Forschung von herausragender Bedeutung (71). Hier sind die Forschungsfelder genauso bunt (72) wie die klinischen Bereiche der psychosomatischen Medizin (8). Zum einen sind sie mehr somatopsychisch geprägt, zum anderen mehr psychosomatisch (72, 73). Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen treffen aufeinander und ergänzen sich bestenfalls (5). Zunächst scheint es aber auch hier so, dass wissenschaftliche „psycho-somatische“ Gegensätze kollidieren (5).

Das subjektive Empfinden, das im Seelenleid des Patienten steckt, muss für die medizinische Wissenschaft „verobjektiviert“ werden (74). Dies geschieht vorrangig mit psychometrischen Tests, die aber, wie generell die medizinische Statistik, nur

eine Näherung an die für die Patienten und Ärzte geltende Wahrheit widerspiegeln können (75).

1.2.1. „Objektivität“ in der psychosomatischen Forschung

Die moderne experimentelle Wissenschaft begann mit Bacon (1561-1626) im 17. Jahrhundert (76). Zuvor war noch eine aristotelische Herangehensweise maßgeblich, die die Wissenschaft bis in das 16. Jahrhundert beeinflusste (77). Bacon war es wichtig, subjektive Einflüsse durch eine verzerrende Wahrnehmung des Menschen aus der experimentellen Wissenschaft zu minimieren (76).

Psychologische Forschung sollte nomologisch und realistisch sein (78). Nomologisch bedeutet in dem Sinne, dass die Forschung soll nicht auf Einzelfälle, sondern auf Gesetzmäßigkeiten ausgerichtet sein sollte (78). Realistisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass man durch Forschung nur Aussagen über etwas Reales treffen kann, die entweder wahr oder falsch sind (78). Wichtige Testgütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität (79). Die Objektivität eines Tests drückt aus, ob verschiedene Personen bei unterschiedlichen Patienten zu denselben Ergebnissen kommen. Dadurch soll eine Vergleichbarkeit geschaffen werden. Reliabilität bedeutet, wie genau ein Test misst, und die Validität eines Tests besagt, ob ein Test auch das misst, was er messen soll (8).

Beschäftigt man sich mit aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen im Bereich der Psychosomatik, in denen viele statistische Hypothesen verifiziert oder falsifiziert werden, könnte man meinen, sie seien auch einem Leib-Seele-Dualismus unterworfen (5, 80). Der Fokus der psychosomatischen Forschung, unter dem Dach der naturwissenschaftlichen Medizin, liegt auf der Objektivität (8). Das Wort „objektiv“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet zum einen außerhalb des subjektiven Bewusstseins liegend und zum anderen sachlich, nicht von Gefühlen und Vorurteilen bestimmt (81). Spätestens hier stellt sich wieder die Frage nach der Leib-Seele-Verbindung. Gerade in der Psychosomatik, in jenem Fach in dem die

Patienten auch mit ihren Gefühlen im Mittelpunkt stehen, Sprache und zwischenmenschliche Beziehung von großer Bedeutung sind, muss auch Subjektives betrachtet werden, denn das Objektive bildet hier nur einen Teil der Realität ab (5).

1.2.2. „Subjektivität“ in der psychosomatischen Forschung

Subjektives Erleben und die daraus resultierenden Gefühle sind ein anderer Teil der Realität des Menschen. Gefühle und das subjektive Empfinden kann man zwar nicht sehen, dennoch existieren sie (80). Es liegt nahe, dass sich subjektives Erleben schwer objektivieren lässt, wenn es eben nur vom Subjekt selbst eingeschätzt werden kann (80).

Die Psychoanalyse, die auch heute noch in der psychosomatischen Medizin einen großen Stellenwert hat, ist eine Disziplin in der „Subjektivität methodisch berücksichtigt wird“ (5). Wo sich zwei Subjekte (nach dem intersubjektiven Verständnis in der Psychoanalyse) begegnen (82), kann man schwerlich dieser Gegebenheit psychometrische Tests entgegensetzen. Nach Fonagy und Target sind Psychoanalytiker eben nicht Beobachter (wie sonst üblich bei einem wissenschaftlichen Setting), sondern Teilnehmer an einer gemeinsamen Aktivität (8, 83).

Seelenleid ist kein körperliches Leiden, keine bloße Dysfunktion des Neurotransmittersystems, vielmehr ein gegenseitiges Bedingen. Körper und Psyche bilden im Sinne der Emergenz-Theorie beim Menschen eine Einheit (8).

So wie sich das Fach Psychosomatik geschichtlich entwickelt hat, wird deutlich, dass die Psychosomatik von Grund auf philosophischen Charakter hat. Daher würde eine streng naturwissenschaftliche Herangehensweise an manches Forschungsfeld dem Fach nicht gerecht werden. Passend ist vielleicht ein Bild von Henningsen und Rudolf. Es beschreibt, dass sich die verschiedenen Wissenschaftsfelder der Psychosomatik mit demselben Thema beschäftigen, sich diesem jedoch von

unterschiedlichen Standpunkten her annähern: „Sie gleichen darin Tunnelbauern, die von den verschiedenen Enden her zu arbeiten beginnen.“ (84) „[...]Heute stellt sich die Frage nicht mehr, ob das naturwissenschaftliche oder ein anderes Paradigma letztendlich die Oberhand behalten wird, sondern welches auf der jeweiligen Ebene handlungsleitend sein soll und wie sich die ganz unterschiedlichen methodischen Zugangsweisen der verschiedenen Ebenen einander annähern lassen“ (84).

1.3. Psychoonkologie im Spannungsfeld der Psychosomatik

Die Onkologie als eine Disziplin der somatischen Medizin beschäftigt sich mit der Therapie von Tumorerkrankungen (85). Die psychischen Auswirkungen, die eine lebensbedrohliche Erkrankung mit sich bringt, wurden in der Vergangenheit stiefkindlich beachtet (86). Die Psychoonkologie versuchte in den letzten Jahren passend zu George Engels Theorie des biopsychosozialen Modells eine Verbindung zwischen psychischem und somatischem Leiden bei Krebspatienten zu schaffen (87).

Die deutsche Krebsgesellschaft definiert „die Psychoonkologie [...] als ein eigenes Arbeitsgebiet im onkologischen Kontext, das sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst“ (88). In dieser Definition wird die Psyche – als Teil der Psychoonkologie – implizit als menschliches Verhalten und Erleben bezeichnet. So scheint die Psyche in dieser sehr engen biologistisch geprägten Definition mittels psychometrischer Tests messbar zu werden. Patienten mit einer Krebserkrankung können zum Beispiel Ängste empfinden, niedergeschlagen oder hilflos sein (was dann gemessen wird) und sich aus diesem Erleben heraus ganz unterschiedlich verhalten (89). Dieses Verhalten des Patienten hat Auswirkungen auf seine Umwelt. Gegebenenfalls kann es als ein bestimmtes Gefühl oder Verhalten aus der unmittelbaren Umwelt dem Patienten entgegenkommen und sich im Patienten als

Gefühl oder Erleben widerspiegeln (90). Diese Gefühle und Wechselspiele können letztendlich durch innere Anspannung zu körperlichen Symptomen führen (91). Aus dieser Dynamik heraus wird deutlich, dass auch in der Psychoonkologie mit den beiden Polen Psyche und Soma (Onkologie), die schwer beschreibbare Komplexität des Leib-Seele-Problems existiert (5).

Es gibt bereits einige Arbeiten mit wichtigen Ergebnissen zum Thema Psychoonkologie. Rund ein Drittel der Krebspatienten mit verschiedenen Tumorentitäten hat ein psychosoziales Unterstützungsbedürfnis (88). Die Punktprävalenzen der komorbiden psychischen Störungen in Deutschland wurden in der aktuellen S-3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten aufgeführt und werden in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 1. Punktprävalenzen komorbider psychischer Störungen bei Krebspatienten

Störungen	Punktprävalenzen
Angststörungen	13,5%
Affektive Störungen	10,8%
Anpassungsstörung	8,0%
Akute Belastungsreaktion	4,1%
Posttraumatische Belastungsstörung	2,2%

(88)

Vehling führte für die Entwicklung der aktuellen S3-Leitlinie eine Meta- Analyse durch und konnte zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz der affektiven Störungen bei Krebspatienten bei 25,8% liegt, die der Angststörungen insgesamt bei 30,5% (92).

Um gezielt auf bedürftige Patienten eingehen zu können, ist es wichtig, Risikofaktoren für eine psychoonkologische Belastung zu kennen und diese auch zu benennen. Folgende Risikofaktoren wurden bisher studienübergreifend ermittelt:

- Fortgeschrittenes Krankheitsstadium
- Geringe körperliche Funktionsfähigkeit
- Jüngerer Erkrankungsalter
- Weibliches Geschlecht
- Vorhandensein psychischer Erkrankungen in der Vorgeschichte

(87, 93)

Zurzeit werden in der psychoonkologischen Diagnostik diverse Screening-Instrumente, wie beispielsweise die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado), das Distress-Thermometer oder der Hornheider Fragebogen (94), in der Praxis angewendet. Ein allgemeingültiges psychoonkologisches Screening, das einerseits verlässlich auf einen psychoonkologischen und psychosozialen Unterstützungsbedarf rückschließen und sich andererseits auch vergleichen lässt, ist derzeit noch Aufgabe der psychoonkologischen Forschung (94, 95). Nach der aktuellen S-3 Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ wird zum Beispiel das Distress-Thermometer oder die HADS-D empfohlen, zusätzlich soll auch nach dem individuellen psychosozialen Unterstützungswunsch gefragt werden (88). Mehnert beschrieb das Problem der Bedarfsermittlung hinsichtlich der psychosozialen Versorgung. Es gibt eine Diskrepanz zwischen dem subjektiven Bedürfnis nach Unterstützung („Leidensdruck“) und dem psychoonkologischen Bedarf, definiert durch ein Screeningverfahren. Dass sich diese beiden Dimensionen nicht decken, konnten auch Schäffeler et al. in einer Studie bei Brustkrebspatientinnen herausarbeiten (95). Bei Mehnert (87) ergab sich hinsichtlich dieser Abweichung die Frage welche Patientengruppe mehr behandlungsbedürftig ist: Patienten, die einen starken Leidensdruck angeben, aber „objektiv“ von den Tests nicht als behandlungsbedürftig ermittelt werden, oder die Patienten, die nach objektiven Kriterien eine Behandlungsindikation haben, jedoch keinen hohen Leidensdruck zeigen. Um diesem Problem gerecht zu werden, kann nur ein genaueres Screening-Instrument helfen oder ein Gespräch mit dem psychosozialen Behandler (87). Schäffeler et al.

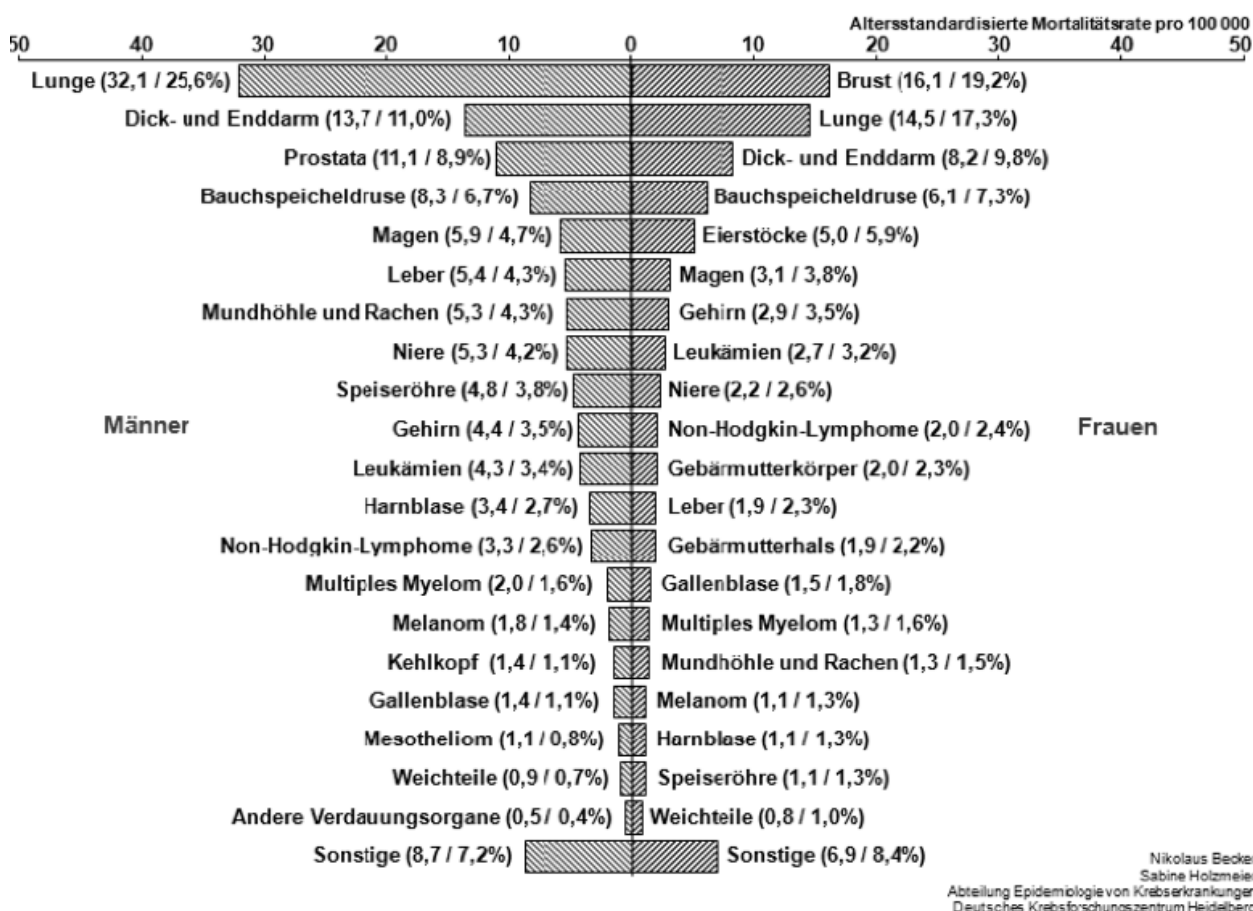
kamen zu dem Ergebnis, dass die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf von klinischer Bedeutung ist, denn die Patientengruppe mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zeigte auch signifikant höhere Angst- und Depressionswerte. Jedoch wird hier der subjektive Wunsch eher als eigenständige Dimension verstanden, der „durch psychische Belastung [...] lediglich moderiert zu werden scheint“ (95, 96).

1.4. Aktuelle Studienlage zur Psychoonkologie in der Dermatologie

Da in vorliegender Arbeit die psychoonkologische Belastung bei Hautkrebspatienten untersucht wurde, soll im Folgenden die Studienlage zur Psychoonkologie in der Dermatologie dargestellt werden.

Folgende Abbildung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) soll dazu dienen, den Stellenwert des Malignen Melanoms zu verdeutlichen. Gemäß der aktuellsten Tabelle zu den 20 häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland im Jahr 2012 liegt das Maligne Melanom bei den Männern an 15. Stelle, bei den Frauen an 17. Stelle (97).

Abbildung 1. Krebsmortalitätsrate pro 100.000 Einwohner



Laut Robert-Koch-Institut kam seit Implementierung des Hautkrebs-Screenings im Jahre 2008 zu einer deutlichen Zunahme der Hautkrebsfälle, die jedoch nicht mit einer tatsächlichen Zunahme, sondern vielmehr mit der Verbesserung der Detektionsrate zu begründen sei (98). Die Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen ist in etwa gleich hoch. Zu den in Tabelle 2 gezeigten Prävalenzen im Jahre 2010 müssen noch ca. 6000 in situ Melanome mitbetrachtet werden. Frauen erkranken im Schnitt im Alter von 59 Jahren, Männer circa acht Jahre später (98).

In der Tabelle 2 ist ersichtlich, dass die Zahl der Neuerkrankungen bei Frauen anstieg, sowie die standardisierte Erkrankungsrate, die Sterbefälle und die 5-Jahres Prävalenz.

Tabelle 2. Prävalenzen zum Malignen Melanom der Haut

Malignes Melanom der Haut ICD-10 C43				
	Fälle im Jahr 2010		Fälle im Jahr 2012	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Neuerkrankungen	10.400	9.580	10.400	10.420
standardisierte Erkrankungsrate ⁱ	18,01	17,8	19,2	19,2
Sterbefälle	1.568	1.143	1.627	1.248
standardisierte Sterberate ⁱ	2,8	1,6	2,8	1,7
5-Jahres- Prävalenz	38.200	40.700	45.000	47.100
relative 5- Jahres- Überlebensrate	89%	94%	91%	94%
i) Je 100.000 Personen, altersstandardisiert nach Europastandard				(98, 99)

Das Maligne Melanom ist von klinischer Relevanz (97). Jedoch ist die Datenlage zur Psychoonkologie in der dermatologischen Onkologie bisher noch spärlich (100).

Atkinson et al. beschrieben den krankheitsbezogenen Distress bei Frauen mit einem örtlich begrenzten Melanom der Haut. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Zeit seit Diagnosestellung, die Tumordicke nach Breslow und die Tumorlokalisierung keinen Zusammenhang mit Distress, Rückfallangst und Krankheitsbeeinflussung (gemessen mit dem Mental Health Inventory) aufwiesen. Eine Ausnahme stellten diejenigen Patienten dar, die schon vor längerer Zeit ihre Krebsdiagnose erhielten: Sie zeigten eine weniger starke Beeinflussung durch den Krebs (gemessen mit der Impact of Events Scale). Nach der Body Image Scala zeigten Frauen mit einem distal gelegenen Tumor höhere Distress-Werte in Bezug auf ihr Körperbild als Frauen mit Tumoren an proximalen Körperstellen (101).

Eine Arbeit aus dem Jahre 2013 von Schubert-Fritschle et al. beschäftigte sich mit der Lebensqualität und der Komorbidität bei Patienten mit nicht-metastasiertem Melanom. Man kam zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer Depression in der Vorgeschichte die schlechtesten Werte bei der Subskala emotionale Funktion des EORTC-Fragebogens zeigten. Die Patienten zeigten auch erhöhte Werte bei Fatigue, Schlaflosigkeit, Schmerz und Obstipation. Sie hatten öfter finanzielle Schwierigkeiten und Zukunftsängste. Zudem zeigten sie ein zweifach erhöhtes Risiko für eine schlechtere emotionale Funktion, Rollenfunktion und kognitive Funktion. Etwa zwei Drittel der Patienten wünschte sich mehr Gespräche mit den Behandlern. Über die Hälfte der Patienten fühlte sich unzureichend über ihre Behandlung informiert. Patienten in einer Partnerschaft zeigten eine bessere körperliche Funktion (102).

Loquai et al. untersuchten Patienten mit einem Malignen Melanom hinsichtlich ihrer psychoonkologischen Belastung mittels Distress-Thermometer und der dazugehörigen Problemliste mit folgenden Ergebnissen: Das Distress-Erleben scheint mit zunehmendem Alter abzunehmen sowie bei nicht mehr berufstätigen Patienten. Patienten während einer systemischen Therapie hatten höhere Distresswerte als Patienten, die zu der Zeit nicht therapiert wurden. Es konnte kein Zusammenhang gezeigt werden zwischen Krankheitsstadium und Distress, sowie Krankheitsdauer und Distress (103).

Brown et al. aus Australien, dem Land mit der höchsten Melanominzidenz (104), zeigten, dass Patienten eine längere rezidivfreie Zeit haben, wenn sie im Bewusstsein eines kurativen Therapieansatzes waren und eine weniger vermeidende Copingstrategie zeigten, indem sie sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzten (105).

Blum et al. rekrutierten Krebspatienten in der ambulanten Melanomnachsorge. Die Patienten wurden nach ihrer psychosozialen Belastung befragt sowie nach ihrem subjektiven Erleben. Sieben Prozent der befragten Patienten hatten die Indikation

für eine psychoonkologische Behandlung laut Hornheider Screening Instrument (HSI). Am meisten belastet waren die Patienten, die Unruhe, mangelnde ärztliche Unterstützung und mangelnde soziale Unterstützung angaben. In allen Belastungsdimensionen zeigten Frauen erhöhte Werte. Getrenntlebende Patienten litten besonders unter mangelnder sozialer Unterstützung. Die Auswertung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ergab bei 13 Prozent der Patienten auffällige Werte für Ängstlichkeit und bei rund fünf Prozent der Patienten auffällige Werte für Depression. In beiden Dimensionen waren Frauen signifikant auffälliger. Patienten zwischen 40 und 59 Jahren schienen belasteter, sowie Patienten mit einer Tumordicke von über 4mm und einem Tumor im Kopf-Halsbereich. Wurde die Diagnose in einem Zeitraum von weniger als drei Jahren zuvor gestellt schien dies auch einen Einfluss auf die psychosoziale Belastung zu haben, ebenso eine Metastasierung (106).

Winzer et al. untersuchten das Interesse von Patienten mit einem Malignen Melanom an einer Psychoedukationsgruppe. Rund 77 Prozent der Patienten zeigten Interesse an einem allgemeinen Unterstützungsangebot. Gründe für das Interesse waren ein Rezidiv oder eine erst kürzlich gestellte Diagnose. Bei der normativen (oder „objektiven“) Beurteilung des psychoonkologischen Unterstützungsangebotes kam interessanterweise heraus, dass es keinen Zusammenhang gab zwischen dem subjektiven und normativen Bedürfnis. Zudem wurden drei Patientengruppen miteinander verglichen. Die erste Gruppe war an einer Psychoedukationsgruppe interessiert, die zweite war potentiell an einer Psychoedukationsgruppe interessiert, und die dritte Gruppe war nicht interessiert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ältere Patienten weniger Interesse an einem Unterstützungsangebot zeigen. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Patientengruppe ohne einen Unterstützungswunsch die höchsten Werte in der „Cognitive Avoidance Scale“ hatte, die Gruppe mit einem Unterstützungswunsch die niedrigsten. Zusätzlich wurden Prädiktoren für einen Psychoedukationswunsch ermittelt. Niedrigeres Alter, männliches Geschlecht, partnerlose Patienten und niedrigere Werte auf der „Cognitive Avoidance Scale“

scheinen für einen Psychoedukationswunsch zu sprechen (107).

Aufgrund der hohen Patientenzahl mit einem Malignen Melanom und der noch unzureichend erforschten psychoonkologischen Wirkungen, soll die vorliegende Arbeit einen weiteren Beitrag für eine adäquate Patientenversorgung in der dermatopsychoonkologischen Praxis liefern.

1.5 Ziele der Studie

Folgende Punkte waren Ziele der Studie:

1. Explorative Untersuchung der Daten mittels automatisierter Auswertungsprozesse zur Ermittlung von psychischer Belastung beim Patientenkollektiv anhand der eingesetzten Fragebögen
2. Ermittlung von Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf bei dermato-onkologischen Patienten
3. Die Untersuchung des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs
 - a. Die deskriptive Darstellung
 - b. Der Vergleich der Patientengruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf bezüglich der verschiedenen Screening-Instrumente (HADS-D, HADS-A, DT)
 - c. Die Korrelation zwischen den Screening-Instrumenten (HADS-D, HADS-A, DT)

2. Methoden

2.1. Beteiligte der Forschungs Kooperation

Diese Dissertation wurde in der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen mit der Betreuung von Dipl.-Psych. Norbert Schäffeler und Prof. Dr. med. Martin Teufel verfasst. Die Studie wurde entwickelt und durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Universitäts-Hautklinik Tübingen. Die Patienten wurden mit Hilfe von PD Dr. med. Thomas

Eigentler rekrutiert. Die Daten aus dem Krebsregister Malignes Melanom wurden mit Hilfe von Ulrike Keim (Diplom Epidemiologin) ermittelt und mit den Daten des psychoonkologischen Screenings zusammengeführt.

2.2. Stichprobe

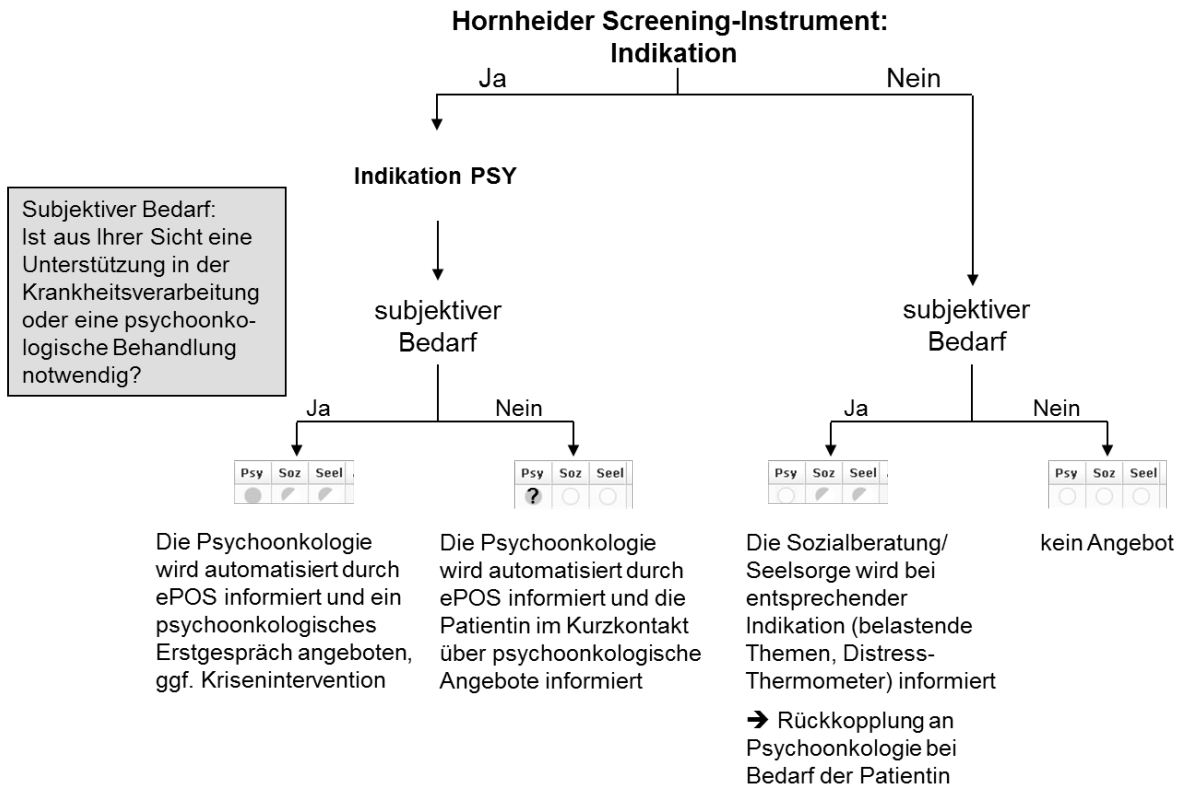
Alle an diesem Messintervall teilnehmenden Patienten wurden über die Studie informiert und erhielten das Screening auf einem Tablet-PC (kurz ePOS: Akronym für elektronisches psychoonkologisches Screening). Hierbei handelt es sich um eine Gefälligkeitsstichprobe. Nahmen die Patienten an der Studie teil, konnten sie die weiteren Fragebögen auf dem Tablet-PC ausfüllen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und hatte keinerlei Einfluss auf die medizinische Behandlung. In die Studie wurden alle Patienten miteingeschlossen, die sich bereit erklärten, die Fragebögen in der Wartezeit auszufüllen, und in die Studie einwilligten. Die Patienten befanden sich in unterschiedlichen Tumorstadien. Es wurde insgesamt an 110 Tagen das psychoonkologische Screening durchgeführt im Zeitraum von 16. Juni 2010 bis 25. Februar 2013.

Die soziodemographischen Daten sowie die klinischen Charakteristika werden im Abschnitt 3.2 und 3.3 beschrieben.

2.3. Der Behandlungspfad

Nachdem die Patienten angemeldet hatten und im Wartebereich der Melanomnachsorge der Universitäts-Hautklinik Tübingen Platz nahmen, bekamen sie das Tablet-PC mit dem Screening und bei Studienteilnahme auch die weiteren Fragebögen ausgehändigt. Durch automatisierte Auswertungsprozesse wurde der psychoonkologischen Bedarf ermittelt. Ergab sich nach dem HSI ein Behandlungsbedarf, wurde der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf des Patienten ermittelt. Hatten die Patienten den subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf, wurden Mitarbeiter der Psychoonkologie automatisch informiert. Ein psychoonkologisches Erstgespräch konnte in der Folge angeboten werden. Wurde ein subjektiver psychoonkologischer Behandlungsbedarf bei bestehender HSI-Indikation verneint, wurden die Mitarbeiter der Psychoonkologie ebenso informiert, und der Patient bekam Informationen über psychoonkologische Angebote in Form eines Flyers, der durch den behandelten Hautarzt im nächsten persönlichen Kontakt ausgehändigt wurde. Eine Sozialberatung beziehungsweise Seelsorge konnte hinzugezogen werden, wenn belastete Themen in den Fragebögen angekreuzt wurden, oder das Distress-Thermometer einen auffälligen Wert zeigte. In diesen Fällen gab es keine HSI-Indikation, aber einen subjektiven Bedarf. In den Fällen, bei denen es keine HSI-Indikation gab und keinen subjektiven Bedarf, gab es folglich kein Angebot. Die folgende Abbildung soll den ePOS Behandlungspfad noch einmal verdeutlichen:

Abbildung 2. Behandlungspfad



(1)

2.4. Die Datenerhebung

Die dermatologischen Patientendaten wurden im Zentralregister Malignes Melanom festgehalten. Bei der Erstdiagnose wird der Ersterhebungsbogen des Zentralregisters Malignes Melanom vom behandelnden Arzt in der Klinik ausgefüllt. In der ambulanten Nachsorge wird von diesem der Folgerhebungsbogen ausgefüllt (siehe Anhang). Nach der AWMF-S3-Leitlinie Malignes Melanom aus dem Jahr 2013 gibt es eine konsensbasierte Empfehlung für die Nachsorge der Melanompatienten.

Laut Leitlinie sollte „die Nachsorge von Melanompatienten [...] in risikoadaptierten Intervallen nach nachfolgendem Schema (siehe Tabelle 3) erfolgen:

Tabelle 3. Schema zur Nachsorge von Melanompatienten

	Jahr 1- 3	Jahr 4 – 5	Jahr 6 - 10
I A	6-monatl.	jährlich	jährlich
IB – IIB	3-monatl.	6-monatl.	6-12-monatl.
IIC – IV*	3-monatl.	3-monatl.	6-monatl.
* Für R0-resezierte Stadien			

(108)

Nachdem die psychoonkologische Datenerhebung am 25. Februar 2013 abgeschlossen war, wurden die Daten des Screenings mit den Daten des Zentralregisters Malignes Melanom zusammengefügt. Ab diesem Zeitpunkt konnten zeitliche Rückschlüsse gezogen werden. Beispielsweise, ob ein Tumorprogress stattfand oder in welchem Tumorstadium sich die Patienten bei Erstdiagnose befanden.

2.5. Zum Ablauf

Im Rahmen der Belastungsmessung wurde den Patienten ein Tablet-PC ausgehändigt, auf dem sich ein Programm mit einem Fragebogen zum psychoonkologischen Screening (ePOS) befand. Zunächst wurden die Daten zur Person eingetragen sowie Datum, Station (hier Ambulanz), Tumorentität (hier Melanom) und Krankheitsstatus. Nach den Fragen zum soziodemographischen Hintergrund wurden die Patienten befragt, ob sie Psychopharmaka einnehmen oder einnahmen und, ob sie eine psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung (PPP-Behandlung) hatten oder aktuell haben. Dann sollten die Patienten das Datum der Erstdiagnose angeben. Anschließend wurde im Rahmen des ePOS das HSI bearbeitet, sowie die Fragen nach Problembereichen des Distress-Thermometers. Im Anschluss wurden die Patienten

nach ihrem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf befragt. Die Frage lautete: „Benötigen Sie aktuell eine Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung oder eine psychoonkologische Behandlung?“ Die Frage konnte mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Willigten die Patienten in die Studie ein, wurden sie zusätzlich gebeten, die Fragen des Distress Thermometers und der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zu beantworten. Die einzelnen Messinstrumente werden nachfolgend beschrieben.

2.6. Fragebogeninstrumente

2.6.1. Hornheider Screening Instrument (HSI)

Bei dem Hornheider Screening-Instrument (109) handelt es sich um eine gekürzte Form des Hornheider Fragebogens. Im Unterschied zu der langen Version des Fragebogens, kann die kurze Version auch schon im Erstkontakt angewandt werden (110). Ursprünglich wurde der Fragebogen für dermato-onkologische Patienten entwickelt, er kann aber auch für andere Tumorentitäten angewandt werden, da kein tumorspezifisches Vokabular verwendet wird (110). Die sieben Items des HSI fragen folgende Bereiche ab: körperliches Befinden, seelisches Befinden, Belastung unabhängig von der Erkrankung, Vorhandensein eines vertrauensvollen Gesprächspartners, Belastung in der Familie, Innere Ruhe und inwiefern der Patient sich über Krankheit und Behandlung informiert fühlt. Drei Items können mit „eher gut“, „mittel“ und „eher schlecht“ beantwortet werden. Vier Items können mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden (110). In der Summe kann ein Wert zwischen 0 und 14 erreicht werden. Anhand einer Diskriminationsfunktion wird der Schwellenwert berechnet. Wird dieser ($y = 0,30$) überschritten, besteht die Indikation für eine Behandlung (110). Cronbachs α beträgt .60 (110).

2.6.2. Distress-Thermometer (DT)

Das Distress-Thermometer wurde von Roth et al. (1998) als Ultra-Kurz-Screeninginstrument für den englischen Sprachraum entwickelt (110). Anhand einer

visuellen Analogskala in Form eines Thermometers (0 = gar nicht belastet und 10 = maximale Belastung) und einer Problemliste, können die Patienten ihre subjektive psychische Belastung selbst beurteilen. Die deutsche Version des Distress-Thermometers entwickelten Mehnert et al. (2006). Der Cut-off des Thermometers liegt bei ≥ 5 und zeigt eine therapiebedürftige Belastung an (111). Bei hoher Prävalenz komorbider psychischer Störungen, kann ein Cut-off > 5 sinnvoll sein (111, 112). Die Problemliste besteht aus 36 Items und hinterfragt folgende Problembereiche: „Praktische Probleme“, „Emotionale Probleme“, „Familiäre Probleme“, „Spirituelle/religiöse Probleme“ und „Körperliche Probleme“ (111). Die Objektivität und Validität wurden mehrfach international empirisch geprüft und bestätigt (110). Die Retest-Reliabilität wurde bislang nicht systematisch erfasst (110). Das Distress Thermometer ist bei onkologischen Patienten sehr gut geeignet, um valide und schnell Informationen über die Dimension der Belastung sowie deren Ursachen herauszufinden (110).

2.6.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale wurde von Snaith und Zigmond (1994) entwickelt, um Angst und Depression bei nicht-psychiatrischen Patienten zu identifizieren (113). Der Fragebogen kann in zwei Subskalen mit je sieben Items unterteilt werden: HADS-A (Anxiety) und HADS-D (Depression). Die insgesamt 14 Fragen zu Angst und Depression während der letzten Woche werden abwechselnd abgefragt (114). Die Validität und Reliabilität wurden in vielen Publikationen überprüft: Cronbachs α und Split-Half Reliabilitäten liegen beide bei .8 (114). Auch die klinische Relevanz und die Praktikabilität wurden stichhaltig belegt (114). Spezifitäten und Sensivitäten für die Fallerkennung wurden auf jeweils circa .8 angegeben (114). Cut-off Werte ≥ 8 sind suspekt für eine Depression respektive Angst, Werte über dem Cut-off ≥ 11 sind auffällig für eine Depression respektive Angst (115).

2.7. Das Krebsregister

Das Krebsregister des Malignen Melanoms wurde mit den psychoonkologischen Daten zusammengeführt. „Das Krebsregister in Baden-Württemberg hat die Aufgabe, fortlaufend und einheitlich personenbezogene Daten über das Auftreten und den Verlauf von Krebserkrankungen einschließlich ihrer Frühstadien zu verarbeiten“ (116). Ein Ziel des Krebsregisters ist es, die Daten über Krebserkrankungen unter anderem zur Krebsbekämpfung und zur Verbesserung der Datengrundlage für die Krebsepidemiologie zu nutzen (116). „Die Auswertung zur Datenqualität wird den Qualitätskonferenzen in den Regionen zur Analyse und Interpretation von der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt“ (117).

2.8. Statistische Analysen

Die Dateneingabe sowie die statistische Auswertung erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 22.0 für Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Die kategorialen Variablen wurden als absolute und relative Häufigkeiten, und alle kontinuierlichen Variablen als Mittelwert \pm Standardabweichung (bei Normalverteilung) angegeben.

Statistische Gegenüberstellungen diverser Untergruppen wurden für alle kategorialen Daten anhand des Chi-Quadrat-Tests beziehungsweise mit dem Fisher's Exakt Test für kleine Fallzahlen durchgeführt. Für quantitativ normalverteilte Daten wurde der ungepaarte t-Test verwendet.

Es wurde außerdem eine binär-logistische Regressionsanalyse berechnet. Durch diese Berechnung kann ein Zusammenhang zwischen Zielvariable und Einflussvariable untersucht werden. Die Werte der Zielvariablen können mittels der Einflussvariablen geschätzt und prognostisch wichtige Risikofaktoren können identifiziert werden (118). Das Bestimmtheitsmaß „R-Quadrat“ dient der Quantifizierung des beobachteten Zusammenhangs zwischen den Merkmalen. Ein

hohes Nagelkerkes R-Quadrat (in Prozent) der Zielvariable kann dementsprechend durch die Einflussvariablen „erklärt“ werden (119). Die Varianz beschreibt die Variabilität innerhalb einer Stichprobe und zeigt auf „wie repräsentativ die zentralen Lagemaße für die Stichprobe (bzw. Grundgesamtheit)“ sind (119).

Bei der Korrelationsanalyse wird die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Zielgrößen untersucht. Für die Korrelation wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman berechnet, da es sich bei dem Vergleich der Fragebogenergebnisse um nicht normalverteilte Daten handelt. Die Daten müssen mindestens ordinalskaliert sein. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman gilt als robust gegenüber Ausreißern und schiefen Verteilungen (120). Auf α -Adjustierung wurde aufgrund der explorativen Natur der Studie verzichtet. Die Ergebnisse der Studie werden als hypothesengenerierend betrachtet.

Bei dieser Arbeit wurde die methodische Beratung durch das Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie der Universität Tübingen für die Berechnung der Regressionsanalyse in Anspruch genommen.

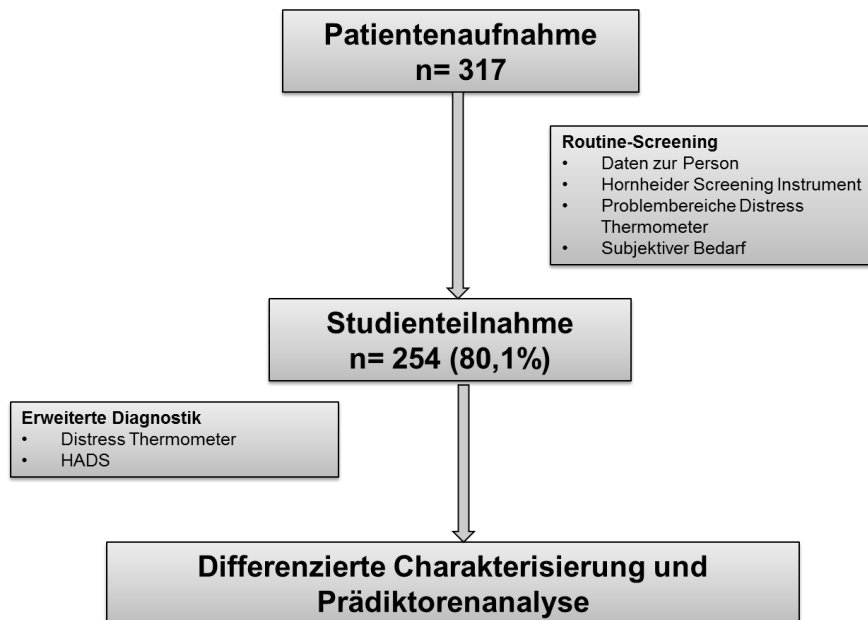
3. Ergebnisse

3.1. Datenerhebung und Charakteristika der Stichprobe

Insgesamt bekamen $n = 317$ Patienten das elektronische psychoonkologische Screening. Bei diesem Screening wurden die Patienten gebeten, die Daten zu ihrer Person anzugeben und das HSI auszufüllen. Desweiteren sollten sie die Problembereiche des Distress-Thermometers angeben, sowie ihren subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Insgesamt willigten $n = 254$ Patienten in die Studie ein und erhielten das Distress-Thermometer sowie die HADS. Zehn Patienten haben zweimal in die Studie eingewilligt.

Der Studienablauf soll in Abbildung 3 verdeutlicht werden.

Abbildung 3. Studienablauf



3.2. Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe

Nachfolgend wird die Studienpopulation hinsichtlich der soziodemographischen Daten dargestellt (siehe Tabelle 4).

Geschlecht ($p=.039$) und Alter ($p=.024$) unterschieden sich signifikant bei dem Vergleich der Gruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Das Durchschnittsalter der Frauen bei Diagnosestellung betrug 51,36 Jahre (mindestens 17 Jahre, maximal 80 Jahre, SD = 13,48). Das Durchschnittsalter der Männer bei Diagnosestellung betrug 53,15 Jahre (mindestens 19 Jahre, maximal 88 Jahre, SD = 16,58).

Tabelle 4. Soziodemographische Charakteristika

^T =T-Test, ^c =Chi-Quadrat-Test, ^F =Fisher's exakter Test				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ N(%)	Subjektiver Bedarf Positiv N(%)	p-Wert
	n= 254 (100%)	n= 229 (90,2%)	n= 25 (9,8%)	
Geschlecht				p=.039^T
Männlich	n= 131 (100%)	n= 123 (93,9%)	n= 8 (6,1%)	
Weiblich	n= 123 (100%)	n= 106 (86,2%)	n= 17 (13,8%)	
Alter	56,32 Jahre (SD = 15,21)	57,03 Jahre (SD = 15,43)	49,80 Jahre (SD = 11,27)	p=.024^T
Familienstand				p=.297 ^F
Mit Partner (verheiratet und nicht verheiratet)	n= 196 (100%)	n= 176 (89,8%)	n= 20 (10,2%)	
Ledig	n= 23 (100%)	n= 22 (95,7%)	n= 1 (4,3%)	
Sonstiges	n= 35 (100%)	n= 31 (88,6%)	n= 4 (11,4%)	
Kinder				p=.844 ^c
Ja	n= 197 (100%)	n= 178 (90,4%)	n= 19 (9,6%)	
Nein	n= 57 (100%)	n= 51 (89,5%)	n= 6 (10,5%)	
Lebens- und Wohnsituation				p=.059 ^F
Allein	n= 47 (100%)	n= 41 (87,2%)	n= 6 (12,8%)	
Mit Partner, Kind(-ern) Oder Eltern	n= 202 (100%)	n= 184 (91,1%)	n= 18 (8,9%)	
Sonstiges	n= 5 (100%)	n= 4 (80,0%)	n= 1 (20,0%)	

^T=T-Test, ^c=Chi-Quadrat-Test, ^F=Fisher's exakter Test				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ	Subjektiver Bedarf positiv	p-Wert
Schulabschluss				p=.188 ^F
-Noch nie in der Schule	n= 146 (100%)	n= 131 (89,7%)	n= 15 (10,3%)	
-Haupt-/Volksschul- abschluss				
-Polytechnische Oberschule				
-Realschulabschluss				
-(Fach-)Abitur	n= 93 (100%)	n= 83 (89,2%)	n= 10 (10,7%)	
-Abgeschl. (Fach-) Hochschulstudium				
Sonstiges	n= 15 (100%)	n= 15 (100%)	n= 0 (0%)	
Aktueller beruflicher Status				p=.088 ^F
Erwerbstätig	n= 124 (100%)	n= 111 (89,5%)	n= 13 (10,5%)	
Nicht erwerbstätig	n= 130 (100%)	n= 118 (90,8%)	n= 12 (9,2%)	

3.3. Klinische Charakteristika der Stichprobe

In der folgenden Tabelle (siehe Tabelle 5) werden die klinischen Charakteristika der Stichprobe dargestellt, sowie die Daten aus dem Krebsregister Malignes Melanom. Unter der Variable „Kombinierte Therapie“ versteht man die Operation und eine weitere zusätzliche Behandlung: systemische Therapie, Bestrahlung, hypertherme Therapie und andere Therapien. Zu den sichtbaren Körperstellen bei der Variable „Melanom an sichtbaren Körperstellen“ gehören Gesicht, Kopf, Hals, Unterarm und Hand.

Folgende Unterschiede waren signifikant bei dem Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf: aktuelle oder frühere Einnahme von Psychopharmaka

($p < .001$), aktuelle oder frühere psychotherapeutische Behandlung ($p < .001$), AJCC Stadium und Zeit seit Diagnosestellung ($p < .003$).

Tabelle 5. Klinische Charakteristika

^T =T-Test, ^c =Chi-Quadrat-Test, ^F =Fisher's exakter Test				
SD: Standardabweichung, SSM: Superfiziell spreitendes Melanom, NM: Noduläres Melanom, LMM: Lentigo maligna Melanom, ALM: Akral lentiginöses Melanom, MM: Malignes Melanom				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ N(%)	Subjektiver Bedarf positiv N(%)	p-Wert
Krankheitsdauer in Monaten	47,98 Monate (SD = 50,32) (min. 0, max. 413)	49,12 Monate (SD = 50,76) (min. 0, max. 413)	37,56 Monate (SD = 45,72) (min. 2, max. 160)	$p = .276^T$
Aktuelle oder frühere Einnahme von Psychopharmaka				$p < .001^c$
Nein	n= 221 (100%)	n= 206 (93,2%)	n= 15 (6,8%)	
Ja	n= 33 (100%)	n= 23 (69,7%)	n= 10 (30,3%)	
Aktuelle oder frühere psychotherapeutische Behandlung				$p < .001^c$
Nein	n= 195 (100%)	n= 186 (95,4%)	n= 9 (4,6%)	
Ja	n= 59 (100%)	n=43 (72,9%)	n= 16 (27,1%)	
AJCC Stadium				$p = .003^c$
I	n= 98 (100%)	n=94 (95,9%)	n= 4 (4,1%)	
II	n= 59 (100%)	n=54 (91,5%)	n=5 (8,5%)	
III	n= 64 (100%)	n=55 (85,9%)	n=9 (14,1%)	
IV	n= 11 (100%)	n=7 (63,6%)	n=4 (36,4%)	
Fehlend	n= 22 (100%)	n=19 (86,4%)	n=3 (13,6%)	
^T =T-Test, ^c =Chi-Quadrat-Test, ^F =Fisher's exakter Test				

SD: Standardabweichung, SSM: Superfiziell spreitendes Melanom, NM: Noduläres Melanom, LMM: Lentigo maligna Melanom, ALM: Akral lentiginöses Melanom, MM: Malignes Melanom				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ N(%)	Subjektiver Bedarf positiv N(%)	p-Wert
Zeit seit Diagnosestellung				p=.001^c
0 – 2 Jahre	n= 94 (100%)	n= 77 (81,9%)	n= 17 (18,1%)	
>2 Jahre – 5 Jahre	n= 90 (100%)	n= 88 (97,8%)	n= 2 (2,2%)	
>5 Jahre	n= 70 (100%)	n= 64 (91,4%)	n= 6 (8,6%)	
Histologischer Subtyp				p=.226^f
SSM	n= 109 (100%)	n= 102 (93,6%)	n= 7 (6,4%)	
NM	n= 41 (100%)	n= 34 (82,9%)	n= 7 (17,1%)	
LMM	n= 9 (100%)	n= 9 (100%)	n= 0 (0%)	
ALM	n= 17 (100%)	n= 17 (100%)	n= 0 (0%)	
Schleimhaut	n= 7 (100%)	n= 6 (85,7%)	n= 1 (14,3%)	
MM auf großem Kongenitalem Nävus	n= 1 (100%)	n= 1 (100%)	n= 0 (0%)	
Keine Angabe Sonstiges	n= 48 (100%)	n= 44 (91,7%)	n= 4 (8,3%)	
Fehlend	n= 22 (100%)	n= 16 (72,7%)	n= 6 (27,3%)	
Bestrahlung				p=.112^c
Ja	n= 20 (100%)	n= 16 (80,0%)	n= 4 (20,0%)	
Nein	n= 234 (100%)	n= 213 (93,0%)	n= 21 (84,0%)	
Systemische Therapie				p=.317^c
Ja	n= 26 (100%)	n= 22 (84,6%)	n= 4 (15,4%)	
Nein	n= 228 (100%)	n= 207 (90,8%)	n= 21 (9,2%)	

^T=T-Test, ^c=Chiquadrat-Test, ^F=Fisher's exakter Test				
SD: Standardabweichung, SSM: Superfiziell spreitendes Melanom, NM: Noduläres Melanom, LMM: Lentigo maligna Melanom, ALM: Akral lentiginöses Melanom, MM: Malignes Melanom				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ N(%)	Subjektiver Bedarf positiv N(%)	p-Wert
Hypertherme Therapie				p=.056 ^c
Ja	n= 2 (100%)	n= 1 (50,0%)	n= 1 (50,0%)	
Nein	n= 252 (100%)	n= 228 (90,5%)	n= 24 (9,5%)	
Sonstige Therapie				p=.932 ^c
Ja	n= 11 (100%)	n= 10 (90,9%)	n= 1 (9,1%)	
Nein	n= 243 (100%)	n= 219 (90,1%)	n= 24 (9,9%)	
Kombinierte Therapie				p=.065 ^c
Ja	n= 39 (100%)	n= 32 (82,1%)	n= 7 (17,9%)	
Nein	n= 215 (100%)	n= 197 (91,6%)	n= 18 (8,4%)	
Melanom an sichtbaren Körperstellen				p=.753 ^c
Ja	n= 45 (100%)	n= 40 (88,9%)	n= 5 (11,1%)	
Nein	n= 209 (100%)	n= 189 (90,4%)	n= 20 (9,6%)	

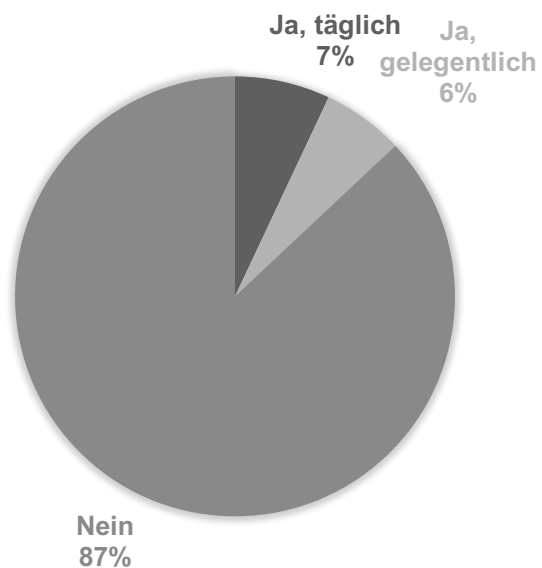
^T=T-Test, ^c=Chiquadrat-Test, ^F=Fisher's exakter Test				
SD: Standardabweichung, SSM: Superfiziell spreitendes Melanom, NM: Noduläres Melanom, LMM: Lentigo maligna Melanom, ALM: Akral lentiginöses Melanom, MM: Malignes Melanom				
	Gesamt N (%)	Subjektiver Bedarf negativ N(%)	Subjektiver Bedarf positiv N(%)	p-Wert
Progression				p=.728 ^c
I/II nach IV und I/II nach III nach IV	n= 16 (100%)	n= 14 (87,5%)	n= 2 (12,5%)	
I/II nach III	n= 19 (100%)	n= 17 (89,5%)	n= 2 (10,5%)	
III nach IV	n= 19 (100%)	n= 16 (84,2%)	n= 3 (15,8%)	
Keine Progression	n= 178 (100%)	n= 163 (91,6%)	n= 15 (8,4%)	
Fehlend	n= 22 (100%)	n= 19 (86,4%)	n= 3 (13,6%)	
Fernmetastasen				p=.058 ^c
Ja	n= 54 (100%)	n= 45 (83,3%)	n= 9 (16,7%)	
Nein	n= 200 (100%)	n= 184 (92,0%)	n= 16 (0,8%)	

3.4. Die Ergebnisse des psychoonkologischen Screenings

3.4.1. Das PPP- Treatment

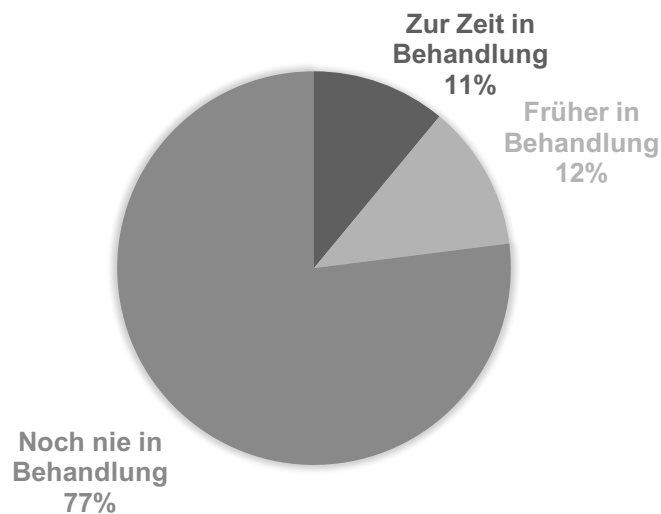
Die Patienten wurden zu ihrer Beruhigungsmittel-, Medikamenten- und Schlafmitteleinnahme befragt. Der Großteil (87 Prozent) der Patienten nahm keines dieser Medikamente ein, sieben Prozent der Patienten täglich, sechs Prozent der Patienten gelegentlich (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4. Patienten mit Psychopharmaka-Einnahme



In psychotherapeutischer Behandlung befanden sich zur Zeit der Befragung elf Prozent der Patienten. Weitere zwölf Prozent nahmen früher Psychotherapie in Anspruch und 77 Prozent waren noch nie in Psychotherapie (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5. Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung



3.4.2. Die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf

Die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf der Patienten lautete: „Benötigen Sie aktuell eine Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung oder eine psychoonkologische Behandlung?“ Diese Frage beantworteten 9,8 Prozent der Patienten (n=25) mit „ja“.

3.4.3. Die Ergebnisse des Hornheider Screening Instruments (HSI)

Insgesamt zeigten n = 73 Patienten (28,7 Prozent) eine psychoonkologische Belastung nach dem HSI. Betrachtet man die einzelnen Items, wird deutlich, dass 33,1 Prozent der Patienten angaben, durch etwas Unabhängiges von der Erkrankung

stark belastet zu sein. 23,6 Prozent der Patienten gaben an, dass jemand aus der Familie durch den Krankenhausaufenthalt stark belastet sei.

Tabelle 6. Die Ergebnisse des Hornheider Screening Instruments

Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen?	Eher gut n=152 (59,8%)	Mittel n=83 (32,7%)	Eher schlecht n=19 (7,5%)
Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen?	Eher gut n=152 (59,8%)	Mittel n=77 (30,3%)	Eher Schlecht n=25 (9,8%)
Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der Erkrankung stark belastet?	Ja n=84 (33,1%)	Nein n=170 (66,9%)	
Haben Sie jemanden mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	Ja n=241 (94,9%)	Nein n=13 (5,1%)	
Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt stark belastet?	Ja n=60 (23,6%)	Nein n=194 (76,4%)	
Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	Ja n=214 (84,3%)	Nein n=40 (15,7%)	
Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	Eher gut n=196 (77,2%)	Mittel n=53 (20,9%)	Eher schlecht n=5 (2,0%)

3.4.4 Die Ergebnisse des Distress-Thermometers

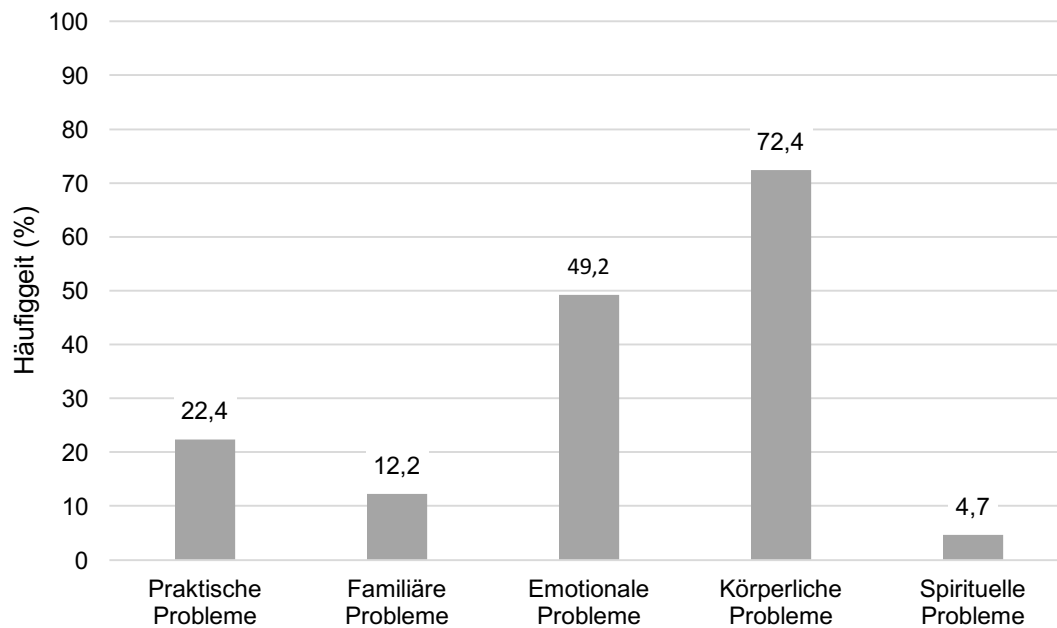
Tabelle 7. Die Ergebnisse der Problembereiche des Distress-Thermometers

Problembereich	n	%
Praktische Probleme	n=57	22,4%
Wohnsituation	12	4,7
Versicherung	7	2,8
Arbeit/ Schule	34	13,4
Beförderung (Transport)	8	3,1
Kinderbetreuung	6	2,4
Familiäre Probleme	n=31	12,2%
Im Umgang mit dem Partner	15	5,9
Im Umgang mit den Kindern	18	7,1
Emotionale Probleme	n=125	49,2%
Sorgen	70	27,6
Ängste	53	20,9
Traurigkeit	35	13,8
Depression	17	6,7
Nervosität	43	16,9
Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	26	10,2
Spirituelle/religiöse Belange	n=12	4,7%
In Bezug auf Gott	7	2,8
Verlust des Glaubens	5	2,0

Problembereich	n	%
Körperliche Probleme	n=184	72,4%
Schmerzen	75	29,5
Übelkeit	12	4,7
Erschöpfung	68	26,8
Schlaf	65	25,6
Bewegung/ Mobilität	53	20,9
Waschen/ Ankleiden	4	1,6
Äußeres Erscheinungsbild	8	3,1
Atmung	18	7,1
Entzündungen im Mundbereich	11	4,3
Essen/ Ernährung	23	9,1
Verdauungsstörungen	20	7,9
Verstopfung	10	3,9
Durchfall	18	7,1
Veränderungen beim Wasserlassen	11	4,
Fieber	5	2,0
Trockene/ juckende Haut	38	15,0
Trockene/ verstopfte Nase	11	4,3
Kribbeln in den Händen/ Füßen	24	9,4
Angeschwollen/ aufgedunsen fühlen	21	8,3
Gedächtnis/ Konzentration	40	15,7
Sexuelle Probleme	16	6,3

Abbildung 6 zeigt, dass die meisten Patienten unter körperlichen Problemen (72,4 Prozent) litten, gefolgt von emotionalen Problemen (49,2 Prozent). Praktische Probleme gaben knapp ein Viertel der Patienten an, etwas über zehn Prozent hatten familiäre Probleme und weniger als fünf Prozent hatten spirituelle Probleme.

Abbildung 6. Ergebnisse der Problemliste

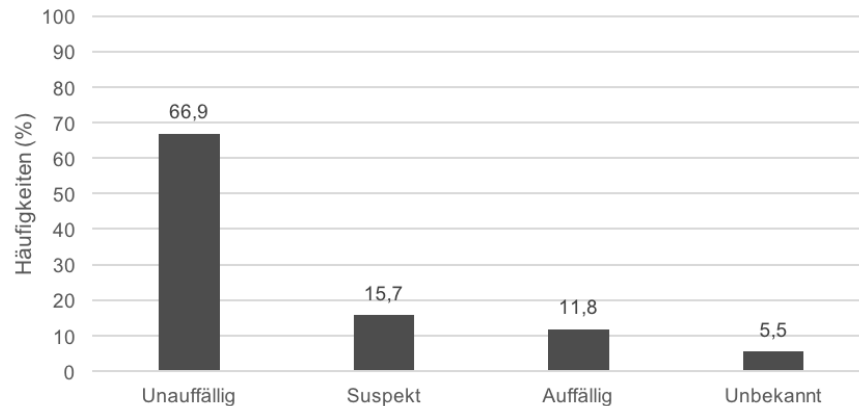


Bei der Auswertung des Distress-Thermometers zeigten n = 86 (33,9 Prozent) einen Wert über fünf und lagen somit über dem Cut-off, der Median betrug fünf.

3.4.5. Die Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

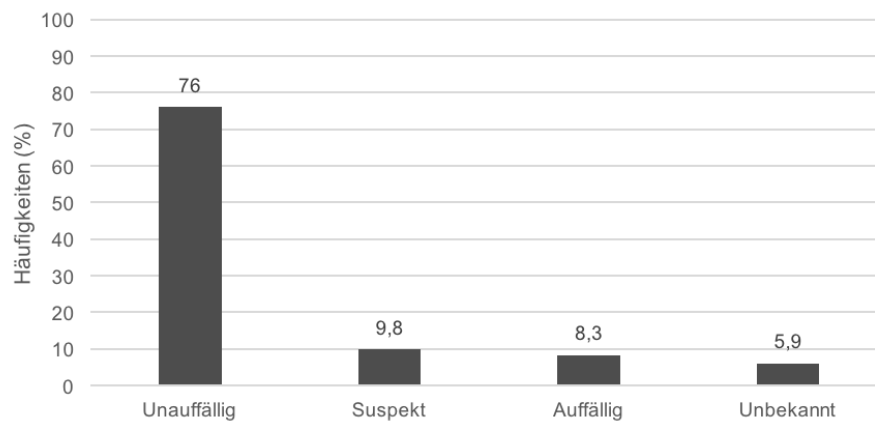
Auffällige Angstwerte zeigten 11,8 Prozent der Patienten, 15,7 Prozent der Patienten wiesen suspekte Angstwerte auf (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7. Ergebnisse HADS- Angst



Von den Patienten zeigten 8,3 Prozent auffällige Depressionswerte, 9,8 Prozent der Patienten wiesen suspekte Depressionswerte auf (siehe Abbildung 8).

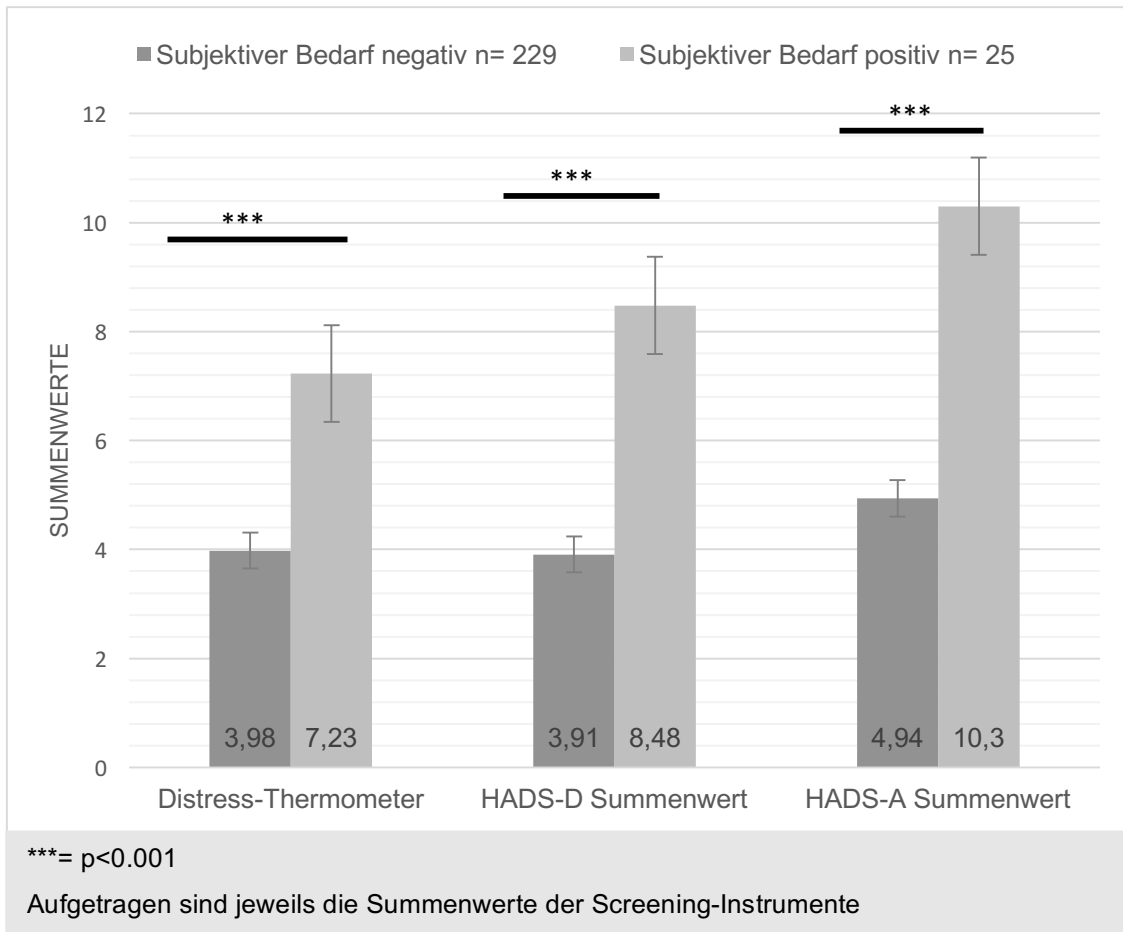
Abbildung 8. Ergebnisse HADS- Depression



3.4.6. Vergleich der Patientengruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf

Vergleicht man die beiden Patientengruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf hinsichtlich der Summenwerte der Screening-Instrumente mittels t-Test miteinander, so zeigte sich jeweils ein signifikanter Unterschied ($p < 0,001$) zwischen der Patientengruppe mit einem subjektiven Bedarf und der Patientengruppe ohne einen subjektiven Bedarf. Zudem ergab sich jeweils eine mittlere Korrelation nach Spearman bei der Betrachtung der Screening-Instrumente: $r = 0,59$ bei der Korrelation zwischen dem Distress-Thermometer und HADS-Angst, $r = 0,52$ bei der Korrelation zwischen Distress-Thermometer und HADS-Depression und $r = 0,38$ bei der Korrelation zwischen Distress-Thermometer und subjektivem Bedarf.

Abbildung 9. Vergleich der Patientengruppen mit und ohne subjektiven Bedarf hinsichtlich der Screening-Instrumente



Patienten mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zeigten im Vergleich mit den Patienten ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf jeweils signifikant höhere Werte beim Distress-Thermometer, HADS-D und HADS-A

3.4.7. Die Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf

Es wurde eine binär logistische Regressionsanalyse berechnet, um den Einfluss der nachfolgenden Variablen auf den psychoonkologischen Behandlungsbedarf für Melanompatienten zu bestimmen. Die Zielvariable war „Psychoonkologischer Behandlungsbedarf“ gemessen mit dem Distress-Thermometer. Der Cut-off für eine Behandlungsindikation lag bei dem Wert > 5 (111).

Das Modell enthielt die Variablen:

- Tumorprogress in vier Gruppen
 - 1. I/II zu IV UND I/II zu III zu IV
 - 2. I/II zu III
 - 3. III zu IV
 - 4. Kein Progress (Referenzkategorie)
- Tumorstadium in zwei Gruppen
 - AJCC Stadium I und II (Referenzkategorie)
 - AJCC Stadium III und IV
- Geschlecht
 - Männlich (Referenzkategorie)
 - Weiblich
- Melanom an sichtbaren Körperstellen (sichtbare Körperstellen waren Gesicht, Kopf, Hals, Unterarm und Hand)
- Patienten in psychologischer/ psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung (PPP mit/ohne Psychopharmaka)
- Patienten mit einer kombinierten Therapie (diese Variable enthält alle Patienten mit einer oder mehr als einer zusätzlichen Therapie zur OP, also systemische Therapie, Bestrahlung, hypertherme Therapie und andere Therapien)
- Der subjektive Bedarf

- Metrische Variablen waren
 - Alter
 - Krankheitsdauer in Monaten

Das gesamte Modell erwies sich als statistisch signifikant.

Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der Patientengruppe mit psychoonkologischem Behandlungsbedarf und der Patientengruppe ohne psychoonkologischen Behandlungsbedarf (Chi-Quadrat (N=229) = 78,754, $p < 0,001$).

Das gesamte Modell klärte 29,1 Prozent (Cox und Snell R-Quadrat) und 40,3 Prozent (Nagelkerkes R-Quadrat) der Varianz auf. 76,9 Prozent der Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Wie in Tabelle 8 ersichtlich, sind sieben der im Modell vorhandenen Variablen statistisch signifikant.

Als stärkster Vulnerabilitätsfaktor erwies sich der subjektive Bedarf mit einer Odds Ratio von 22,151. Das bedeutet, dass Patienten, die einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf angaben, mit einer über 22-fachen Wahrscheinlichkeit einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf aufwiesen.

Die Odds Ratio von 0,140 für die Variable Tumorprogress von Stadium III nach IV war kleiner als 1. Das bedeutet, dass Patienten mit einem Tumorprogress von Stadium III nach IV 0,140 Mal weniger wahrscheinlich einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf aufwiesen.

Folgende Variablen zeigten mit einer Odds Ratio größer als 1 eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf:

- Subjektiver Bedarf
- Tumorprogress (I/II→IV)
- PPP- Treatment
- Weibliches Geschlecht

Folgende Variablen zeigten eine Odds Ratio kleiner als 1 und zeigten damit eine abnehmende Wahrscheinlichkeit für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf:

- Krankheitsdauer in Monaten
- Alter
- Tumorprogress (III→IV)

Die Variablen „AJCC Stadium III und IV“, „Tumor an sichtbaren Stellen“, „Tumorprogress (I/II→III)“ und die Variable „Kombinierte Therapie“ zeigten zwar Tendenzen an, jedoch ohne statistische Signifikanz.

Tabelle 8. Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf bei Melanompatienten

PO-Bedarf positiv vs. PO-Bedarf negativ					
Variablen	Odds ratio	Standardfehler	p- Wert	95% CI	
				Untere Grenze	Obere Grenze
Subjektiver Bedarf	22,151	0,946	0,001	3,468	141,494
Tumorprogress (I/II→IV)	5,206	0,765	0,031	1,163	23,312
PPP-Treatment	3,044	0,375	0,003	1,458	6,354
Weibliches Geschlecht	2,055	0,355	0,042	1,025	4,118
Krankheitsdauer in Monaten	0,986	0,006	0,011	0,975	0,997
Alter	0,969	0,012	0,007	0,947	0,992
Tumorprogress (III→IV)	0,140	0,994	0,048	0,20	0,985
AJCC Stadium III und IV	2,100	0,422	0,079	0,918	4,804
Tumor an sichtbaren Körperstellen	1,573	0,490	0,355	0,602	4,108
Tumorprogress (I/II→III)	0,593	0,824	0,526	0,118	2,982
Kombinierte Therapie	0,571	0,612	0,360	0,172	1,895

PO-Bedarf: Psychometrisch-objektivierter psychoonkologischer Behandlungsbedarf

PPP-Treatment: Psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung aktuell oder früher

AJCC: American Joint Committee on Cancer

Die signifikanten Ergebnisse sind zuerst dargestellt; geordnet nach der Odds Ratio und beginnend mit dem höchsten Wert.

Unten sind die Variablen aufgeführt mit einer nicht signifikanten Odds Ratio.

3.5. Die Ergebnisse in der Übersicht

Laut den Ergebnissen des HSI zeigten 28,7 Prozent, laut DT 33,9 Prozent der Patienten, eine Indikation für eine psychoonkologische Behandlung.

27,5 Prozent des Patientenkollektivs zeigte erhöhte Angst-Werte, 18,3 Prozent des Patientenkollektivs zeigte erhöhte Depressions-Werte.

Es wurden Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf bei Melanompatienten identifiziert: ein subjektiver psychoonkologischer Behandlungsbedarf, ein Tumorprogress von Stadium I/II nach IV, Patienten mit einem PPP-Treatment und ein weibliches Geschlecht. Diese Variablen zeigen mit signifikanter Wahrscheinlichkeit einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf bei Melanompatienten an.

Bei Patienten mit zunehmendem Alter und zunehmender Krankheitsdauer, sowie bei Patienten mit einem Tumorprogress von Stadium III nach IV kann von einer signifikant abnehmenden Wahrscheinlichkeit für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf bei Melanompatienten ausgegangen werden.

Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf in jedem Screening-Instrument höhere Werte aufwiesen. Beim Vergleich der Screening-Werte (HADS-D und DT, HADS-A und DT, SB und DT) besteht eine mittlere Korrelation.

Die Hälfte der Patienten wies emotionale Probleme auf.

4. Diskussion

In nachfolgendem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse der statistischen Auswertung diskutiert. Im Anschluss daran wird die Wichtigkeit des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs auch philosophisch untermauert.

4.1. Die Ermittlung des psychoonkologischen Behandlungsbedarfs

In dieser Studie konnte – soweit bekannt – zum ersten Mal der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf der Patienten mit einem Malignen Melanom in der Kombination mit klinischen Daten sowie in Verbindung mit Fragebogenergebnissen dargestellt werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass zu den bereits bekannten Risikofaktoren wie zum Beispiel psychische Komorbidität im Sinne eines positiven PPP-Treatment (121), gerade der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf ein wichtiger Vulnerabilitätsfaktor für einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf ist. Hingegen erniedrigt eine zunehmende Erkrankungsdauer, ein zunehmendes Alter sowie ein Tumorprogress von Stadium III nach IV die Wahrscheinlichkeit für einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf.

Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf erwies sich in diesem Modell als stärkster Vulnerabilitätsfaktor. Bei der Varianzaufklärung konnten 40 Prozent aufgeklärt werden. Dies impliziert, dass es noch weitere, außer den oben genannten Faktoren gibt, die den psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf bei Patienten mit einem Malignen Melanom bedingen.

Patienten mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zeigten in jedem Screening-Instrument signifikant höhere Werte. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf kann anhand vorliegender Studienergebnisse als wichtiger Faktor betrachtet werden, der einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf identifiziert. Einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf gaben 9,8 Prozent der Patienten an.

Hingegen zeigten 33,9 Prozent der Patienten einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf (gemessen mit dem DT). Bei dem Vergleich der Screening-Instrumente (HADS-D und DT, HADS-A und DT, SB und DT) konnte lediglich jeweils eine mittlere Korrelation ermittelt werden.

Auch hier – wie bei der Varianzaufklärung der binär-logistischen Regressionsanalyse – lässt sich der Schluss ziehen, dass es noch weitere Faktoren geben muss, die den psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf beeinflussen.

Die Hälfte der Patienten wies emotionale Probleme auf. Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass für Patienten mit einem Malignen Melanom ein psychoonkologisches Screening für die Ermittlung eines psychoonkologischen Behandlungsbedarfs von Bedeutung ist.

Angst, Depression und Distress

Hinsichtlich des Alters (98, 122) wurde beschrieben, dass Frauen im Schnitt im Alter von 59 Jahren an einem Malignen Melanom erkranken, Männer im Schnitt im Alter von 67 Jahren (98). In vorliegendem Patientenkollektiv lag das Alter bei Diagnosestellung bei Frauen bei 51,36 Jahren und Männern bei 53,15 Jahren. Folglich lag das Erkrankungsalter bei vorliegendem Patientenkollektiv deutlich unter den Alterswerten der Literatur, vor allem bei den Männern.

Mehnert et al. ermittelten eine 4-Wochen Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten. Bei der Untersuchung einer großen Studienkohorte (N=5889 Patienten, wovon n=4091 Patienten mit einer Krebserkrankung in die Studie miteingeschlossen wurden), zeigten vor allem Patienten mit einem Malignem Melanom eine psychische Beeinträchtigung, obwohl diese Patientengruppe nur einen kleinen Teil (1,6 Prozent) ausmachte.

Patienten mit einem Malignen Melanom zeigten mit die höchsten 4-Wochen Prävalenzraten von 39 Prozent, nach Patientinnen mit Brustkrebs (42 Prozent) und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (41 Prozent). Die Prävalenzrate psychischer Störungen betrug bei den Tumorentitäten allgemein 31,75 Prozent (123).

Angststörungen (ermittelt mit dem CIDI-O Composite International Diagnostik Interview - Oncology) hatten 11,45 Prozent der Patienten. Fast 30 Prozent der Patienten zeigten überschwellige Depressionswerte laut PHQ-9 (123).

Im Vergleich dazu zeigten in vorliegender Studie knapp 20 Prozent der Patienten laut HADS-D überschwellige Depressionswerte, laut HADS-A zeigten fast 30 Prozent der Patienten erhöhte Angstwerte. Somit liegen die Patienten der vorliegenden Studie (30 Prozent des Patientenkollektivs) bezüglich der Angst über der Prävalenzrate im Vergleich zu Krebspatienten allgemein (11,45 Prozent des Patientenkollektivs).

Hinsichtlich der Depression liegt das vorliegende Patientenkollektiv (20 Prozent) unter der Prävalenzrate der Depression bei Krebspatienten allgemein (30 Prozent). Allerdings war die Studienkohorte von Mehnert et al., wie beschrieben, eine sehr heterogene Studienkohorte – fast die Hälfte der Patienten wurde stationär behandelt, und Patienten mit einem Malignen Melanom machten nur einen kleinen Teil der Studienkohorte aus.

In vorliegender Studie wurden ausschließlich Patienten eingeschlossen, die in der ambulanten Nachsorge betreut und rekrutiert wurden. Die Daten sind somit nur bedingt vergleichbar.

In einer Übersichtsarbeit von Kasparian et al. (2009) wurde deutlich, dass Angst bei Patienten mit einem Malignen Melanom einen höheren Stellenwert einnimmt als Depression. Es gibt jedoch eine große Streuung bezüglich der Prävalenzen: Bei der Angst (gemessen mit HADS-A) variieren die Prävalenzen zwischen 18 Prozent bis 44 Prozent und bei der Depression (gemessen mit HADS-D) von 6 bis 28 Prozent

(124). Diese Zahlen beziehen sich jedoch auf die Prävalenzen bei Patienten mit einem nicht- metastasierten Melanom (124).

Nur drei Studien beschäftigten sich mit Angst und Depression bei Patienten mit einem höheren Tumorstadium (124). Hier reichte die Prävalenz der Angst von 13 Prozent bis 28 Prozent, die der Depression von 4 Prozent bis 19 Prozent.

In Übereinstimmung mit Kasparian et al. bestätigen vorliegende Ergebnisse, dass Angst einen höheren Stellenwert einnimmt als Depression bei Patienten mit einem Malignen Melanom. Allerdings handelt es sich bei der hier vorliegenden Studienkohorte um eine gemischte Patientengruppe, in der alle AJCC-Stadien vertreten sind und somit nicht unterschieden wurde zwischen frühem und fortgeschrittenem Tumorstadium.

Über 30 Prozent der Patienten in vorliegender Studie lagen über dem Cut-off = 5 des Distress Thermometers und wiesen somit einen einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf auf. Ein Großteil der Patienten litt unter körperlichen Problemen (72,4 Prozent). Knapp die Hälfte (49,2 Prozent) der Patienten gab emotionale Probleme an. Jeder fünfte Patient (22,4 Prozent) hatte praktische Probleme, gefolgt von familiären (12,2 Prozent) und spirituellen/ religiösen Problemen (4,7 Prozent).

Loquai et al. ermittelten bei einer sehr ähnlichen Studienkohorte bezüglich Alter, Geschlechterverhältnis und AJCC-Stadium den Medianwert von 4 des Distress Thermometers. Knapp die Hälfte der Patienten hatten auffällige Distress-Werte (≥ 5). Der Großteil der Patienten beschrieb körperliche Probleme (68 Prozent), gefolgt von emotionalen Problemen (52 Prozent), praktischen Problemen (26 Prozent), familiären Problemen (17 Prozent) und spirituellen/ religiösen Problemen (1,5 Prozent).

Die Häufigkeit der Problembereiche in Prozent des Distress Thermometers ist ähnlich, jedoch hatte die vorliegende Studienkohorte etwas häufiger körperliche Probleme und spirituell/religiöse Probleme. Der Medianwert der hier vorliegenden

Studienkohorte ist mit einem Wert von 5 um einen Punktwert höher als in der vergleichbaren Studienkohorte von Loquai et al. Die Forschungsgruppe von Loquai et al. wählte im Gegensatz zur vorliegenden Studie einen niedrigeren Cut-off des Distress-Thermometers (≥ 5) (111).

Mehnert et al. beschrieben, falls bei Patienten mit einer hohen psychischen Belastung in beiden Merkmalen Angst und Depressivität identifiziert werden, so kann ein Cut-off von 6 – wie in vorliegender Studie angewandt – empfohlen werden (111). In einem Schema in Anlehnung an die NCCN Guidelines spricht der Wert > 5 des Distress-Thermometers für eine mittlere bis starke Belastung und impliziert eine Überweisung zu einer fachkundigen Betreuung. Ein Wert < 5 spricht für eine geringe psychoonkologische Belastung (111).

Es herrscht Uneinigkeit darüber, welcher Wert des Distress Thermometers als Cut-off für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf empfohlen wird (111). Bei einem Wert von 5 oder höher soll dies als Signal einer psychoonkologischen Belastung gewertet werden. In internationalen Studien wurden auch niedrigere Cut-off-Werte empfohlen. Neuere Ergebnisse weisen jedoch auch darauf hin, dass ein Cut-off von 6 oder 7 geeigneter ist, als der als der typische Cut-off Wert von 4 oder 5 bei der Identifizierung von psychoonkologischem Distress mittels Distress Thermometer (112). Das Add-on der vorliegenden Studie ist, dass ein höherer Cut-off gewählt wurde, um eine Antwortverzerrung (response bias) (125) zu minimieren. Bei dem Distress-Thermometer mit einer Skala von 0 bis 10, ging es vor allem darum die Tendenz zur Mitte (126) herauszufiltern. Daher wurde in vorliegender Studie ein höherer Cut-off (> 5 statt ≥ 5) gewählt. Durch dieses Vorgehen sollte eine höhere Datenqualität, insbesondere bei der binär-logistischen Regressionsanalyse, erzielt werden.

Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf

Die Auswertung des Distress-Thermometers ergab, dass ein Drittel der Patienten einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf hatte, aber nur 9,8 Prozent der Patienten gab einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf an. Des weiteren erzielten Patienten mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf in jedem Screening-Instrument signifikant höhere Werte. Bisher wurde angenommen, dass kein Zusammenhang zwischen subjektivem und objektivem Bedarf besteht (107). Mit den jetzigen Ergebnissen kann lediglich eine mittlere Korrelation zwischen den Ergebnissen der Screening-Instrumente (HADS-D, HADS-A, SB, DT) angenommen werden. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass nicht nur der psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf (erhoben mittels empfohlenen Screening-Instrumenten) von Bedeutung ist. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf sollte, wie bereits von Schäffeler et al. beschrieben, als eine unabhängige Dimension im Screening für psychoonkologischen Distress angesehen werden (96). Die Variable „Subjektiver Bedarf“, war die Variable mit der größten Varianzaufklärung in der Regressionsanalyse. Eine Varianzaufklärung von rund 40 Prozent impliziert jedoch, dass es noch weitere Faktoren gibt, die einen Einfluss auf einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf haben. Diese Ergebnisse unterstützen die These von Mehnert et al.: es gibt eine diagnostische Lücke zwischen subjektivem und psychometrisch-objektiviertem Behandlungsbedarf (87).

Die gemeinsame Betrachtung von subjektivem psychoonkologischen und psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf kann für den behandelnden Dermatologen von Bedeutung sein. In einer fokussierten Anamnese ist es für den Dermatologen möglich, diesen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zu erkennen. In der aktuellen S-3 Leitlinie zur psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten ist eine Zielsetzung, die „subjektive Behandlungsbedürftigkeit“ der Patienten zu erfassen (88).

Neueste Ergebnisse einer Studie von Nolte et al. (127) wiesen auf die Notwendigkeit hin, den Bedarf nach einer psychoonkologischen Unterstützung bei Patienten mit einem Malignen Melanom zu ermitteln. Es wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Bedarf nach psychoonkologischer Unterstützung von Patientenseite (gemessen mit dem Distress-Thermometer, Hornheider Screening Instrument, Questionnaire on Distress in Cancer Patients – Short Form) und der Einschätzung der behandelnden Ärzte (gemessen mit Psycho-Oncologic Basic Documentation) bezüglich einer psychoonkologischen Unterstützung für die Patienten mit einem Malignen Melanom besteht. Es gab jedoch nur einen geringen Zusammenhang zwischen den Variablen der Ärzte und den Variablen der Patienten. Diese Ergebnisse bedeuten, dass es nicht ausreichend ist, wenn ausschließlich der behandelnde Arzt zu dem Schluss kommt, dass der Patient eine psychoonkologische Behandlung benötigt. Die Wahrnehmung der Ärzte spiegelt nicht unbedingt den Bedarf der Patientenseite wider. Diese Kenntnisse können durch vorliegende Ergebnisse insofern bestätigt werden, dass auch hier zwischen den verschiedenen Screening-Instrumenten lediglich ein moderater Zusammenhang besteht und bisher kein idealer psychometrischer Test entwickelt wurde, der den psychoonkologischen Bedürfnissen der Patienten mit einem Malignen Melanom entspricht. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Herschbach, Nolte und Schäffeler et al. (94, 96, 127).

Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf und Angst, Depression und Distress. Daher ist es wichtig diesen zu erfassen. Patienten mit psychischen Problemen, wozu auch erhöhte Angst- und Depressionswerte zählen, weisen vermehrt Non-Compliance auf (128, 129). Diese Komorbiditäten können die optimale onkologische Therapie erschweren und damit das bestmögliche Behandlungsergebnis gefährden (130).

Vulnerabilitätsfaktoren für die Identifizierung eines psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarfs

Die Identifizierung von Risikofaktoren ist bei der Diagnostik diverser Erkrankungen äußerst hilfreich. Sie helfen dem behandelnden Arzt gefährdete Patienten möglichst zeitnah zu erkennen. Vulnerabilitätsfaktoren können zudem auch therapierelevant sein (131, 132). Mit dem CHA2DS2-VASc-Scores wird beispielweise das Schlaganfallrisiko abgeschätzt. Mit Hilfe des Scores kann entschieden werden, ob ein Patient eine orale Antikoagulation erhält oder nicht (132).

Als stärkster Vulnerabilitätsfaktor ergab sich die Variable "Subjektiver Bedarf". Bei Patienten mit einem Malignen Melanom, die einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf haben, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese Patientengruppe einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf aufweist. Daraus lässt sich schließen, dass bereits im Anamnesegespräch, basierend auf dem subjektiven Empfinden der Patienten, eine psychoonkologische Behandlung initiiert werden kann. Der psychoonkologische Dienst sollte zeitnah hinzugezogen werden, um psychische Komorbiditäten (Angst und Depression) bei Patienten mit einem Malignen Melanom zu behandeln, um das bestmögliche Behandlungsergebnis nicht zu gefährden. Denn Patienten mit komorbider Depression weisen eine bis zu dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, die medizinischen Behandlungsempfehlungen nicht zu befolgen (Non-Compliance) (129). Wie bereits oben beschrieben, klärt die Variable „Subjektiver Bedarf“ nur einen Teil der Varianz auf. Ein Goldstandard für die Identifizierung eines psychoonkologischen Behandlungsbedarfs konnte bisher nicht ermittelt werden (94, 96, 127). Es bedarf eines zusätzlichen Screening-Instruments für die Ermittlung eines psychoonkologischen Behandlungsbedarfs, bei dem der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf als ein wichtiger Vulnerabilitätsfaktor integriert wird. Auch Schöffeler et al. beschrieben in einer Studie, dass es sich bei dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf um ein unabhängiges und nicht personenbezogenes Merkmal handelt (96). Über 200 Patientinnen mit

Brustkrebs konnten in die Studie miteingeschlossen werden, davon hatten über 40 Prozent der Patienten, gemessen mit dem HSI, einen Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung (96). Die Patientinnen mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zeigten signifikant höhere Werte in der Patientenbefragung als die Patientinnen ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf (96). Das Patientenkollektiv in vorliegender Studie umfasste sowohl weibliche als auch männliche Patienten. Das könnte ein möglicher Grund sein, weshalb der Bedarf nach psychoonkologischer Unterstützung gemessen mit dem HSI über 10% geringer ist als in der Vergleichsgruppe bei Schöffeler et al. Es konnte bisher in mehreren Studien gezeigt werden, dass ein weibliches Geschlecht ein Risikofaktor für psychoonkologischen Distress darstellt (133-135). Dass Patienten mit einem subjektiven Bedarf signifikant höhere Ergebnisse in der Patientenbefragung zeigen, konnte in vorliegender Studie bestätigt werden.

Die Variable „Tumorprogress“ von Stadium I/II nach III nach IV oder direkt von Tumorstadium I/II nach IV erwies sich als signifikanter Vulnerabilitätsfaktor. Bei der Mehrheit der untersuchten Studien (8 von 10) für die S-3 Leitlinie zur psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten konnte ein Krankheitsprogress als Vulnerabilitätsfaktor und Prädiktor für psychische Störungen bei onkologischen Patienten angesehen werden (88). Ein Tumorprogress kann eine krisenhafte Phase für den Patienten bedeuten (136). Aus diesem Grund ist es wichtig und Expertenkonsens, im Krankheitsverlauf, und vor allem bei einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands, erneut den Bedarf nach psychoonkologischer Unterstützung bei dem Patienten zu erfragen (88).

Das PPP-Treatment zeigte sich richtungsweisend für den Bedarf nach professioneller psychoonkologischer Unterstützung (121). Die hier vorliegenden Studienergebnisse bekräftigen dies. Bei Patienten, die vor der Krebsdiagnose ein PPP-Treatment in Anspruch nahmen, spiegelt dieser Sachverhalt eventuell eine allgemeine Vulnerabilität für psychische Probleme wider oder er zeigt den Einfluss

schwerer Lebensereignisse bereits vor Krankheitsbeginn auf (121). Die Frage nach dem PPP-Treatment bezieht sich nicht nur auf die gegenwärtige Situation, sondern es können auch Informationen aus dem bisherigen Leben des Patienten erschlossen werden (121).

Wie bereits beschrieben (133-135, 137) gilt ein weibliches Geschlecht als ein Risikofaktor für psychoonkologischen Distress. In unseren Studienergebnissen konnten wir zeigen, dass ein weibliches Geschlecht ein Vulnerabilitätsfaktor für einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf darstellt. Frauen weisen allgemein im Erwachsenenalter mehr affektive Störungen auf als Männer (138). Dieser Genderaspekt sollte in der psychoonkologischen Behandlung von erwachsenen Krebspatienten berücksichtigt werden.

Je mehr Zeit seit Diagnosestellung vergangen war, desto weniger wahrscheinlich war ein psychometrisch-objektiver Behandlungsbedarf; hierzu lagen bisher keine Befunde vor (103). Man kann annehmen, dass Patienten mit einer zunehmenden Krankheitsdauer die körperliche Erkrankung zunehmend psychisch bewältigen. Wenn genug Zeit vergangen ist, sowie bei einem geringen Distress-Erleben, können Distanz und eine Neubewertung des traumatischen Ereignisses geschaffen werden (139). Vorliegende Resultate bekräftigen auch die Meinung der Autoren der S-3 Leitlinie für Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten insofern, dass eine psychoonkologische Behandlung gerade zu Beginn einer Krebserkrankung von Bedeutung ist (88).

Loquai et al. hatten untersucht, dass Patienten mit einem Melanom in der Regel jünger sind als andere Krebspatienten und sie daher mit ganz anderen Problemen konfrontiert sind als ältere beziehungsweise berentete Patienten (103). Mit zunehmendem Erkrankungsalter scheint psychoonkologischer Distress abzunehmen (103). Gerade junge Menschen leiden unter psychoonkologischem Distress (140). Die vorliegenden Ergebnisse bekräftigen dies.

Ein überraschendes Ergebnis ist, dass Patienten mit einem initialen Tumorstadium III und einem Progress nach Tumorstadium IV eine signifikant abnehmende Wahrscheinlichkeit für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf aufzeigen. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Patientengruppe bereits seit Diagnosebeginn eine krisenhafte Situation zu bewältigen hatte und sie dadurch notwendigerweise eine Coping-Strategie entwickeln musste (141). Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung sind einer extremen Belastung ausgesetzt und zeigen häufig das Phänomen einer posttraumatischen Reifung, bei der Coping-Strategien von wesentlicher Bedeutung sind (142). Unter posttraumatischer Reifung wird eine Intensivierung der Wertschätzung des Lebens, eine Intensivierung der persönlichen Beziehungen, die Bewusstwerdung der eigenen Stärken, die Entdeckung von neuen Möglichkeiten im Leben und die Intensivierung des spirituellen Bewusstseins zusammengefasst (143). Es ist bekannt, dass Patienten in einem fortgeschrittenen Tumorstadium die Krankheit anders bewältigen, als Patienten in einem früheren Tumorstadium (144). Optimismus scheint bei Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Tumorstadium stärker ausgeprägt zu sein, als bei Krebspatienten in einem früheren Tumorstadium (145). Auch das Gefühl von Hoffnung spielt eine große Rolle bei den Bewältigungsmechanismen der Krebspatienten im fortgeschrittenen Tumorstadium (146). Möglicherweise sind bei den Patienten der vorliegenden Studie die Faktoren Hoffnung, Optimismus und posttraumatische Reifung besonders ausgeprägt, was in dieser Studie jedoch nicht untersucht wurde. Soweit bekannt, wurden diese Zusammenhänge speziell bei Patienten mit einem Malignen Melanom bisher nicht untersucht.

Einige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten mit einem höheren Tumorstadium eher an psychoonkologischem Distress leiden (147). Die aus unserer Studie vorliegenden Ergebnisse sind richtungsweisend für einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf. In der S-3 Leitlinie für Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten geht

hinsichtlich Vulnerabilitätsfaktoren und Prädiktoren psychischer Störungen bei Krebspatienten hervor, dass die Datenlage in Bezug auf das Tumorstadium uneinheitlich ist: vier Studien zeigten einen positiven Zusammenhang, eine Studie einen negativen Zusammenhang und zehn Studien keinen Zusammenhang (88). Dies deckt sich auch mit den vorliegenden Ergebnissen. Denn zum einen scheint ein Tumorprogress bei einem initial höheren Tumorstadium, die Wahrscheinlichkeit für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf signifikant senken, zum anderen deutet ein höheres Tumorstadium (Stadium III und IV) darauf hin ein Vulnerabilitätsfaktor für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf zu sein. Vermutlich gibt es hier multikausale Zusammenhänge, die zukünftig noch weiter untersucht werden müssen.

Patienten mit einem Melanom an sichtbaren Körperstellen zeigten einen Trend hinsichtlich psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf. Dies passt zu den bisherigen Forschungsergebnissen (101). Da sich in der binär-logistischen Regressionsanalyse lediglich ein Trend ohne Signifikanz abzeichnete, müsste sich eine weitere Studie dieser Variable gesondert widmen.

Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass Patienten mit einem Tumorprogress von Stadium I/II nach III eine niedrigere Odds ratio aufwiesen für einen psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarf. Spekulativ könnte argumentiert werden, dass möglicherweise bei dieser Patientengruppe eine gute Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten bestand. Es konnte bereits gezeigt werden, dass je größer die Aufmerksamkeit und das Einfühlungsvermögen des Arztes, desto wahrscheinlicher ist der Patient zufrieden mit dem persönlichen Arztkontakt (148). Ein guter Kommunikationsstil des behandelnden Arztes der zuhört, erklärt und die Patienten auch fragen lässt, kann das Selbstvertrauen eines Patienten stärken (148). Eine gute Beziehung zum behandelnden Arzt kann als Ressource angesehen werden und ist bei Krebspatienten förderlich für das Befinden und die Compliance (149). Es gibt Hinweise, dass das Selbstvertrauen als Ressource mit weniger Distress-Erleben einhergeht (150). Diese mutmaßlichen Zusammenhänge könnten

somit zu der geringeren Wahrscheinlichkeit für einen psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarf führen. In dieser Studie wurden diese Zusammenhänge jedoch nicht untersucht.

Da psychische Erkrankungen das bestmögliche somatische Therapieergebnis erschweren oder sogar verhindern können, zum Beispiel aufgrund von Non-Compliance in Verbindung mit komorbider Depression (129), sollten sie möglichst zeitnah therapiert werden. Wie bereits beschrieben, sind Patienten mit einem Malignen Melanom in der Regel jünger als andere Tumorpatienten (151, 152). Dies bringt mit sich, dass die berufstätigen Patienten nach ihrer Genesung wieder arbeiten werden (153). Diese Patientengruppe sollte nach Möglichkeit erfolgreich ins Berufsleben reintegriert werden. Eine holistische Betrachtungsweise und Behandlung wäre somit auch von Bedeutung. Dieser Zusammenhang unterstreicht die Wichtigkeit der Psychoonkologie in der Dermatologie.

Psychische Komorbiditäten bei Krebspatienten sind häufig (154). Patienten mit einem Malignen Melanom beklagen häufig eine nicht ausreichende psychosoziale Unterstützung, sie messen dieser jedoch eine große Bedeutung zu (155).

4.2. Forschungsimplicationen

Eine hohe Anzahl Patienten mit einem Malignen Melanom bedarf einer psychoonkologischen Behandlung nach psychometrischen Testkriterien. Doch nur ein kleiner Teil der Patienten (knapp zehn Prozent) gab einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf an. Es bleibt die Frage warum dies bei einem geringen Anteil der Patientin zutrifft. Psychodynamisch betrachtet ist sich möglicherweise ein gewisser Teil der Patienten einer psychoonkologischen Belastung gar nicht bewusst. Sie wird verdrängt, um der existentiellen Notlage Herr zu werden (31). Diese diagnostische Lücke müsste durch zukünftige Studien untersucht werden.

Bei der Auswertung des Hornheider Screening Instruments wurde bei Betrachtung der einzelnen Items ersichtlich, dass ein Drittel der Patienten unabhängig von der Erkrankung stark belastet ist. Knapp ein Viertel der Patienten gab an, dass jemand aus der Familie durch den Krankenhausaufenthalt stark belastet ist. Für zukünftige Studien könnte es von Interesse sein, diese Ergebnisse weiter zu vertiefen. Gegebenenfalls könnten hierdurch weitere Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf ermittelt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auch darauf hin, psychoonkologische Screening-Instrumente kritisch zu hinterfragen. Bisher konnte noch kein Goldstandard zur Identifizierung von psychoonkologischem Distress bei Patienten mit einem Malignen Melanom festgelegt werden (94, 96, 127).

4.3. Stärken und Schwächen der Studie

Eine Limitation der Studie ist, dass die Daten im Querschnitt erhoben wurden. Zwar konnte aus den Querschnittsdaten eine binär logistische Regressionsanalyse berechnet werden. Bei einer Längsschnittstudie jedoch kann, im Gegensatz zur Querschnittstudie, eine konkrete Veränderung der Parameter im Verlauf gemessen werden (156). Eine Verlaufsbeobachtung bei diesem Studiendesign war folglich nicht möglich, dies war allerdings auch nicht das Ziel.

Die Patienten wurden im Wartebereich befragt, bevor sie ins Behandlungszimmer gebeten wurden. Dies könnte einen möglichen Effekt auf das Distress-Erleben der Patienten erzeugt haben. Die Beantwortung der Fragen in einem vollen Wartebereich könnte zu einer Veränderung im Antwortverhalten der Patienten geführt haben.

Patienten, die sich eher in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung befanden, waren eventuell eher weniger bereit an der Studie teilzunehmen. Das könnte möglicherweise zu besseren, beziehungsweise weniger pathologischen Ergebnissen geführt haben.

Es gab einen deutlichen Unterschied in der Größe der Gruppen mit und ohne subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Letztendlich muss argumentiert werden, dass eine prospektive Randomisierung in zwei gleich große Gruppen hier weder möglich noch zielführend wäre. Bezüglich des Testverfahrens kann bei nicht normalverteilten Daten oder Verletzung des Grenzwerttheorems der t-Test laut den Monte-Carlo-Studien als robust betrachtet werden (157).

Zu den Stärken der Studie gehört, dass eine ausreichend große Fallzahl in die Studie eingeschlossen werden konnte, um die die „Anzahl der Beobachtungen nicht um das 20-fache der zu untersuchenden Einflussvariablen zu unterschreiten“ (118). Somit konnten die Vulnerabilitätsfaktoren regelhaft untersucht werden.

Ein strengerer Cut-off Wert des Distress-Thermometers für die Identifizierung eines psychometrisch-objektivierte Behandlungsbedarfs wurde gewählt, um einer Antwortverzerrung (125) entgegenzuwirken, indem die Tendenz zur Mitte (126) herausgefiltert wurde.

Es konnte eine hohe Datenqualität erreicht werden: das sorgfältig geführte Krebsregister des Malignen Melanoms konnte mit den psychoonkologischen Daten zusammengeführt werden.

4.4 Nomothetik und Idiographik in der Psychoonkologie

Gerhard Danzer stellt in seinem Buch „Personale Medizin“ fest, dass eine „biperspektivische Simultandiagnostik“ wichtig ist. Sie sollte sowohl biomedizinisch als auch psychosozial und soziokulturell gestaltet sein (158).

Die Begriffe „nomothetisch“ und „ideographisch“ stammen aus der Philosophie. Die Nomothetik bezieht sich auf naturwissenschaftlich generierte Daten und Gesetzmäßigkeiten. Die Idiographik hingegen bezieht sich auf die Wissenschaft des Einzelfalls und das Individuelle einer Person steht im Vordergrund (158). Beides ist bei der Diagnostik wichtig, um den unterschiedlichen Dimensionen eines Menschen

gerecht zu werden. Ganz passend hierzu ist das Zitat von Viktor von Weizsäcker: „Der Gegenstand der Medizin ist ein Objekt, dem ein Subjekt innewohnt.“ (159).

Die für die psychoonkologische Diagnostik relevanten Prädiktoren der vorliegenden Arbeit beinhalten sowohl „nomothetische“ als auch „idiographische“ Aspekte: Die Variablen „Tumorprogress“, „weibliches Geschlecht“, „Krankheitsdauer“, „AJCC Stadium“, „Tumor an exponierten Körperstellen“ und die „kombinierte Therapie“ entsprechen dem nomothetischen Aspekt in der „biperspektivischen Simultandiagnostik“. Die Variablen „subjektiver Bedarf“ und „PPP-Treatment“ entsprechen dem idiographischen Aspekt besagter Diagnostik.

Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf der Patienten erwies sich als stärkster Vulnerabilitätsfaktor bei der Identifizierung eines psychometrisch-objektivierten Behandlungsbedarfs. Subjektivität und Objektivität sind Domänen der Philosophie (160). Um den hohen Stellenwert der Subjektivität bei der Variable „subjektiver Bedarf“ nicht nur „nomothetisch“ durch die Regressionsanalyse, sondern auch geisteswissenschaftlich aufzuzeigen, wird die Wichtigkeit des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs in folgendem Abschnitt mit Erkenntnissen aus der Philosophie verdeutlicht.

4.4.1. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf im Dialog der Disziplinen

Die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf bringt die Subjektivität des Patienten in einen objektiven Fragenkatalog. Die Frage lautete: Benötigen Sie aktuell eine Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung oder eine Psychoonkologische Behandlung? Die Frage konnte mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.

Im Folgenden wird erläutert, weshalb die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf wichtig in der Psychoonkologie, aber vor allem auch in der Psychosomatik ist. Wie in der Einleitung beschrieben, reicht die

Geschichte der Psychosomatik zurück bis in die Antike und die Ursprünge der Philosophie (3). Die Verbindung zwischen Leib (161) und Seele und deren Wechselwirkungen zu- und miteinander bleiben auch in der aktuellen Forschungswelt von Bedeutung (162). Hierbei handelt es sich nicht mehr um ein per se medizinisches Thema, sondern um ein interdisziplinäres Forschungsfeld, dem sich vor allem auch die Neuro- und Geisteswissenschaften annehmen (162). Wenn es also um „Subjektivität“ in der Medizin geht, reichen auch hier die Wurzeln bis in die Gründe der Philosophie (160, 163). Daher ist es unabdingbar, sich diesem Thema auch von einem philosophischen Standpunkt aus zu nähern. Die Gedanken von Fichte, Hölderlin, Husserl, Brücher und Fuchs bereiten dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf ein philosophisches Fundament in der psychosomatischen Medizin.

4.4.2. Der Versuch einer Verbindung: Subjektivität in der naturwissenschaftlichen Medizin

Zu Beginn der philosophischen Diskussion stellt sich die Frage: Wie kann man bei psychischen oder körperlichen Erkrankungen genau unterscheiden zwischen Gesundheit und Krankheit?

Es ist in der Regel so, dass der Patient mit seinen subjektiven Beschwerden den Arzt aufsucht. Anschließend kann der Arzt mit seinen diagnostischen Möglichkeiten auf möglichst objektive Weise den Patienten als krank oder gesund beurteilen.

Die subjektiven Leiden des Patienten, beispielsweise Bauchschmerzen, helfen dem Arzt auf die richtige Spur zu kommen, um die geeignete Diagnostik durchzuführen. Es ist quasi ein Zusammenspiel zwischen dem subjektiven Leiden des Patienten auf der einen Seite und der objektiven Diagnostik (74) und dem Fachwissen des Arztes auf der anderen Seite, das zu einer objektiven Diagnose nach den Kriterien der ICD-10 führt. Doch der Arzt kann nicht nur objektiv handeln, denn er selbst ist zugleich Subjekt (164) mit Gefühlen, Erinnerungen und Erfahrungen aus vorherigen

Behandlungen (165). Durch diesen klinischen Erfahrungsschatz kann der Arzt seine notwendige klinische Intuition stärken (166). Es ist also nicht leicht zu trennen zwischen Subjektivität und Objektivität in der Medizin, dort wo sich zwei Subjekte begegnen (82). Heute könnte der „Informed consent“ ein Schlüssel zur Verbindung zwischen Subjektivität und Objektivität in der Arzt-Patient-Beziehung sein. Denn erst durch die Zustimmung des Patienten für die medizinische Behandlung, wird eine Grundlage geschaffen, in der es möglich ist eine intersubjektive Wahrheit mit objektiven diagnostischen Mitteln zu unterfüttern. Eine „biperspektivische Simultandiagnostik“ wird folglich realisiert.

Im Setting der Datenerhebung dieser Studie kamen die Patienten mit ihren bereits diagnostizierten (also auch objektivierten) Beschwerden in die Ambulanz der Melanom-Nachsorge. Dort erhielten die Patienten ein Tablet-PC und füllten die Fragebögen aus, die auch möglichst messgenau und objektivierbar sein sollten. Anschließend konnten die Ergebnisse des Screening-Fragebogens vom behandelnden Arzt interpretiert werden. Der Arzt ist hier in seiner Funktion wieder Objekt, denn er soll den Patienten möglichst objektiv nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandeln, auf der anderen Seite ist der Arzt aber auch Subjekt, das von Gefühlen, Erinnerung und eigenen inneren Erlebnissen geprägt ist (165). Daher erscheint es genau richtig, diesen beiden in Interaktion getretenen Subjekte etwas „Objektives“ - und zwar die Fragebögen - entgegenzustellen, damit der Arzt sich aus seiner subjektiven Haltung heraus ein objektives Bild machen kann.

Weshalb ist es dennoch wichtig die Patienten nach ihrem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zu fragen?

Am deutlichsten erscheint es, wenn man sich mit den Gedanken von Weizsäckers beschäftigt, dem Vater der Psychosomatischen Medizin, wie ihn Hoffmann beschrieb (167). Weizsäcker strebte seiner Zeit eine Reformation der Medizin an, in der „das Subjektive, Innerliche der Person oder des Geistes zugelassen [...] und als real genommen wird“ (167). Der beste Weg sich der Subjektivität des Patienten

Zugang zu schaffen, sei die biographische Arbeit mit dem Patienten. Es wurde immer mehr deutlich, wie „regelmäßig [die Erkrankung] dem biographischen Verlauf eine neue Wendung gibt“ (167).

Es wurde zwar keine biographische Anamnese im psychoonkologischen Routine-Screening erhoben, dennoch könnte die Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf ein Minimum dessen darstellen, was Weizsäcker mit seinem Reformgedanken beabsichtigte: Der Patient soll in der Medizin nicht Objekt, sondern Subjekt sein (167).

Nun soll eine Verbindung hergestellt werden zwischen der Subjektivität im philosophischen Sinne und dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf. Die verschiedenen Positionen zum Thema wurden unter anderem einer Anthologie zum Thema Subjektivität entnommen, die von Frank – inzwischen emeritierter Professor für Philosophie – herausgegeben wurde (168).

In der naturwissenschaftlich geprägten Medizin muss der Arzt eine objektive Position einnehmen, um objektiv beurteilen zu können. Greift man die Gedanken Fichtes (1762-1814) auf, so besteht auch das Ich des Arztes gleichermaßen aus Subjekt und Objekt (169, 170). Der Begriff des „Selbst“ war für Fichte ein sich selbst bewusstes Subjekt. Und durch die Betrachtung dessen, kann erst das Objekt unter „dem Dach des Ich“ entstehen (169). Eine Schlussfolgerung daraus könnte sein, dass die erkannte Subjektivität die Grundlage des Objekts im Ich darstellt. Für die Medizin würde das bedeuten, dass man nur durch die Wahrnehmung und die Kenntnisnahme des Subjektiven überhaupt erst eine objektive Position einnehmen kann. Das heißt für die Praxis in der ambulanten Melanomnachsorge, dass erst durch das Erfragen des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs die Diagnostik für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf vollständig ist, da unter „dem Dach des Ich“ des Patienten zunächst die Subjektivität von Bedeutung sind.

Der Dichter und Philosoph Hölderlin (1770-1843) beschäftigte sich unter anderem mit den Themen Subjektivität, Sinn des Lebens und Psychose (171). Für ihn gehörten Subjekt und Objekt untrennbar zueinander. Ein neuer Gedanke war hier das Paradoxon der Teilung des Ichs in Subjekt und Objekt und damit einhergehend gerade die Nicht-Teilung des Ichs (172). Erst aus dieser paradoxen Verbindung entsteht nach Hölderlin das Selbstbewusstsein. Ein weiterer Gedanke war, dass Individualität aus Subjektivität entsteht. Das Subjekt hat die Möglichkeit, sich seinen objektiven Gegenspieler frei zu wählen (172, 173). Durch diesen Gedanken wird deutlich, dass diese Individualität nur durch etwas im Außen objektiv entgegengesetztes entstehen kann. Unter Berücksichtigung dieser Individualität wird – gerade auch im Aufschwung der personalisierten Medizin – deutlich, dass der Subjektivität in der Medizin weiterhin Einzug zu gewähren ist. Nur durch das Erkennen des in vorliegender Studie untersuchten subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs der Patienten kann in der Therapie der Individualität eines jeden Patienten Rechnung getragen werden.

Husserl (1859-1938) gilt als der „Vater der Phänomenologie“ (174, 175). Die Quintessenz bei Husserls Ideen zur Subjektivität lautet, dass psychische Phänomene eben nicht im Außen existieren. Denn das Ich ist die wahrnehmende Instanz der Wahrnehmungs-Entitäten. Folglich können Wahrnehmungen als individuell psychische Zustände nicht bewiesen werden (176). Daraus erschließt sich, dass auch der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf des Patienten nicht zu beweisen ist, sondern durch den Arzt mit Hilfe des psychoonkologischen Screenings und der Anamnese nur annähernd beurteilt werden kann. Ob ein Patient, wie hier in vorliegender Studie mit einem Malignen Melanom, einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf hat, hängt von dessen individueller subjektiver Wahrnehmung ab. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf lässt sich demnach nicht durch psychometrisch-objektivierte Tests beweisen.

Brücher war ärztlicher Direktor einer Klinik in Bremen und setzte sich wissenschaftlich mit der Geschichte der Subjektivität auseinander (177). Er führt den Gedanken Nietzsches und Freuds an, dass wir nicht die Produzenten unserer Gedankenwelt sind, sondern dass uns die Gedanken kommen und wir sie nicht aktiv produzieren (177). Auch der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf kann zunächst als ein Gedanke betrachtet werden, der variiert, je nachdem mit welchem Innenleben der Patient sich der Frage nach dem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf widmet. Ein Patient mit einem intakten und tragfähigen familiären Umfeld kommt demnach vielleicht seltener auf den Gedanken einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf zu haben als ein Patient aus einem zerrütteten sozialen Umfeld. Das passt zum hermeneutischen Verstehen Gadamers (1900-2002) (178). Durch die Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart im Patienten (177) entwickelt sich auch der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf: Ein Patient der bereits in der Vergangenheit einen Mangel an psychosozialer Unterstützung erfahren hat, äußert möglicherweise nun eher den subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf als ein Patient, der wohlbehütet aufwuchs und der sich keines Mangels an sozial-familiärer Unterstützung bewusst ist. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf ist eben auch etwas, das entsteht und als ein „Gadamer’sches Überlieferungsgeschehen“ betrachtet werden kann, „in dem sich Vergangenheit und Gegenwart vermitteln“ (177). Denn falls ein Patient einen subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf äußert, kann dies nicht losgelöst von seiner Biographie betrachtet werden. Durch eine Sozialanamnese könnten besagte Zusammenhänge von einem Psychoonkologen oder Dermatologen in der ambulanten Melanomnachsorge erschlossen werden und somit zu einer umfassenderen psychoonkologischen Diagnostik beitragen.

Mit Lévi-Strauss (1908-2009), dem Begründer des Strukturalismus, der „Tod des Subjekts“ in der Wissenschaft erfolgt (177, 179). Es zählte seitdem scheinbar nunmehr ausschließlich das Objektive (177). Aber auch heute noch ist Wissenschaft

nicht ohne die Erkenntnis des Subjektiven möglich – insbesondere auf der Seite des Wissenschaftlers (177). Die psychosomatische Forschung vermag es der subjektiven Wahrnehmung des Patienten Rechnung zu tragen, auch bei der Frage nach dem psychoonkologischen subjektiven Behandlungsbedarf, und kann so die objektiv-wissenschaftliche Herangehensweise stichhaltig ergänzen. Der klinische Alltag basiert auf Forschungsergebnissen (180). Um Bezug auf die vorliegende Studie zu nehmen, bedeutet das, dass die vorliegenden Ergebnisse, unter Berücksichtigung des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs, in den klinischen Alltag der ambulanten Melanomnachsorge integriert werden könnten. Gerade das Erkennen subjektiver Einflüsse in Forschung und Praxis kann die objektive Herangehensweise der Wissenschaft ergänzen.

Fuchs, Leiter der Sektion Phänomenologische Psychopathologie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Heidelberg, widmete sich der Frage, ob es eine verkörperte Subjektivität gibt und kommt zu dem Schluss, dass Subjektivität nicht nur aus einer neuronalen Verbindung entsteht (181). In Analogie dazu kann auch der hier untersuchte subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf der Patienten mit einem Malignen Melanom, nicht nur auf einen neuronalen Zusammenschluss reduziert werden. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf eines Patienten kann nicht als etwas Statisches betrachtet werden, sondern ist ein flexibles Gebilde, das aus der biopsychosozialen Einheit Mensch entsteht (63,181).

Greift man den Gedanken du Bois-Reymonds (1818-1869) auf, spräche dieser sogar für eine Notwendigkeit den subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf in die psychoonkologische Forschung und Diagnostik miteinzubeziehen: Diese neurowissenschaftliche Lücke, in der sich das Subjektive befindet, sollte ernst genommen werden, und im Gegengewicht zu den objektiven Ergebnissen betrachtet werden, da nur durch diese Gewichtung alles Objektive Bestand haben kann (182-185). Im Sinne dieser Lücke kann bei Patienten, wie

vorliegend mit einem Malignen Melanom, der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf als wichtiges Diagnostikum angesehen werden.

Der psychoonkologische subjektive Bedarf könnte in Franks Subjektivitätstheorie als ein Element des „Selbstbewusstseins“ betrachtet werden, welches in Verbindung mit dem „Selbstwissen“ steht. In diese beiden Entitäten unterteilt Frank Subjektivität. Er beschrieb, dass für das „Selbstwissen“ ein prä-reflexiver Zustand notwendig sei (182). Nun kommt an dieser Stelle die Rolle des Arztes ins Spiel. Denn er hat im Gespräch mit dem Patienten die Möglichkeit, einen psychoonkologischen subjektiven Bedarf quasi prä-reflexiv zu erkennen und gegebenenfalls zu „implantieren“, falls sich der Patient noch gar nicht bewusst ist, überhaupt einen Bedarf dieser Art zu haben. Frank führte Kripkes Argument, als ein beschreibendes Element für das „Selbstbewusstsein“, der anderen Entität der Subjektivität auf (182). Das Argument des Philosophen Kripke beschreibt: Es ist für jedes Bewusstsein wesentlich, dass es mit sich bekannt ist. Auch ohne C-Faser-Reizung kann Schmerz empfunden werden. Doch umgekehrt gibt es keinen Schmerz ohne Schmerzbewusstsein. Ein schmerzfreier Schmerz ist kein Schmerz (182, 186). In Bezug auf die vorliegende Studie, könnte man sagen: Ein subjektiver Bedarf ohne ein Bewusstsein dafür ist kein Bedarf. Subjektiver Bedarf und objektiver Bedarf fühlen sich beide nach einem Bedarf an, aber aus unterschiedlichen Ecken des Selbstbewusstseins. Daraus lässt sich ein wichtiger Gedanke weiterentwickeln: Da der Patient im Fokus als ein sich selbst bewusster Mensch steht, kommt man als Arzt nicht umhin, sich sowohl dem subjektiven als auch dem objektiven Behandlungsbedarf des Patienten anzunehmen, um den Patienten durch eine unzulängliche Diagnostik unter Ausschluss der Subjektivität nicht iatrogen zu spalten. Hier schließt sich der Kreis der „biperspektivischen Simultandiagnostik“.

In der Zusammenschau der aufgeführten philosophischen Quellen kann der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf als ein wichtiges Element des psychoonkologischen Screenings betrachtet werden. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf:

- ist essentiell gerade im Aufschwung der personalisierten Medizin (weiterentwickelt basierend auf Fichte, Hölderlin und Danzer).
- kann nur annähernd beurteilt werden und hängt von der individuellen subjektiven Wahrnehmung ab (weiterentwickelt basierend auf Husserl).
- ist eingebettet in ein hermeneutisches Geschehen und muss in Verbindung mit Vergangenheit und Gegenwart betrachtet werden (weiterentwickelt basierend auf Brücher und Gadamer).
- ergänzt stichhaltig die objektiv-naturwissenschaftlich geprägte Herangehensweise in der medizinischen Forschung (weiterentwickelt basierend auf Lévi-Strauss und Brücher).
- hängt nicht nur vom Individuum ab, sondern ist auch Teil einer bio-psycho-sozialen Einheit (weiterentwickelt basierend auf Fuchs).
- ist als Teil der Subjektivität ein wichtiger Gegenspieler der Objektivität in der Wissenschaft. Dieses subjektive Gegengewicht der „neurowissenschaftlichen Lücke“ vermag es den Erkenntnissen der medizinischen Forschung ein festes Fundament zu verschaffen (weiterentwickelt basierend auf du Bois-Reymond und Frank).
- und der objektive Bedarf eines Patienten sollte durch den Arzt gleichermaßen betrachtet werden um das Ich-Erleben des Patienten mit objektiven und subjektiven Anteilen nicht iatrogen zu spalten (weiterentwickelt basierend auf Kripke und Frank).

5. Zusammenfassung

Die Ursprünge des Faches Psychosomatik reichen bis in die Antike. Subjektivität ist ein Bereich der Philosophie. Daher kann im psychosomatischen Kontext Subjektivität nicht losgelöst davon betrachtet werden. Die Psychoonkologie als Arbeitsgebiet der Psychosomatik beschäftigt sich mit den psychischen Komorbiditäten von Krebspatienten. Das Maligne Melanom ist als häufige Tumorentität von klinischer Relevanz, jedoch ist die Datenlage zur Psychoonkologie in der Dermatologie noch spärlich.

Die Methoden der Studie waren das elektronische psychoonkologische Screening (ePOS), die einzelnen Screening-Fragebögen (HADS, HSI, DT), sowie die statistischen Analysen. Die psychoonkologischen Daten wurden mit dem Krebsregister zusammengeführt. Eine binär-logistische Regressionsanalyse wurde berechnet. Der Fokus der weiteren Analysen lag auf der Betrachtung des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs.

Diese Arbeit hatte zum Ziel: (i) die explorative Untersuchung der Daten zur Ermittlung eines psychoonkologischen Behandlungsbedarfs bei Patienten in der ambulanten Melanomnachsorge anhand der eingesetzten Screening-Instrumente, (ii) die Untersuchung des subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarfs, und (iii) die Ermittlung von Vulnerabilitätsfaktoren für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf bei Patienten mit Malignem Melanom. Resultate waren:

(i) Bei rund 1/3 der Patienten war laut DT eine psychoonkologische Behandlung indiziert. Über 70% der Patienten litten an körperlichen Problemen. Knapp 30% der Patienten zeigten Angst (HADS-A) und 20% zeigten eine Depression (HADS-D).

(ii) Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem subjektiven psychoonkologischen Behandlungsbedarf in jedem Screening-Instrument

signifikant höhere Werte aufwiesen. Zwischen der Höhe der Screening-Werte und dem subjektiven Bedarf bestand eine moderate Korrelation.

(iii) Folgende Variablen zeigten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf: der subjektive Bedarf, ein Tumorprogress von Stadium I/II nach IV, Patienten mit einem PPP- Treatment und ein weibliches Geschlecht. Eine verringerte Wahrscheinlichkeit für einen psychoonkologischen Behandlungsbedarf zeigten die Variablen: zunehmendes Alter und zunehmende Krankheitsdauer, sowie Tumorprogress von Stadium III nach IV.

Die Hälfte der Patienten wies emotionale Probleme auf laut der Problemliste des Distress-Thermometers. Der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf zeigte sich sowohl vom objektiv-statistischen Standpunkt, als auch vom subjektiv-philosophischen Standpunkt her als einflussreiche Variable.

Vorliegende Ergebnisse weisen darauf hin, dass noch weitere Forschung notwendig ist, um ein Screening-Instrument für die Ermittlung eines psychoonkologischen Behandlungsbedarfs zu entwickeln, bei dem auch der subjektive psychoonkologische Behandlungsbedarf eine Rolle spielt.

Darüber hinaus wurde in vorliegender Arbeit deutlich, wie breit das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgestellt ist. Vielleicht wird auch in Zukunft die Forschungswelt der psychosomatischen Medizin den revolutionären Errungenschaften Viktor von Weizsäckers Einzug gewähren, und dem Subjekt in der Medizin weiterhin Rechnung tragen. Durch die komplementäre Betrachtungsweise von Objektivität und Subjektivität kann der Mensch als Ganzes erfasst werden.

6. Anhang

- Zentralregister Malignes Melanom-Ersterhebungsbogen
- Zentralregister Malignes Melanom-Folgerhebungsbogen
- Bildschirmfotos der verwendeten Screening-Instrumente

ZENTRALREGISTER MALIGNES MELANOM
der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Registerstelle:
Universitäts-Hautklinik
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Liebermeisterstr. 25 - 72076 Tübingen

Name, Vorname
Geburtsname Geburtsdatum
Adresse
Meldende Stelle
1

Roten Kasten bitte nicht ausfüllen I-ZAHL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ERSTERHEBUNG

Patientendaten

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Geschlecht männlich weiblich

Wohnort

--	--	--	--	--	--

PLZ

Herkunft
Deutschland, Schweiz, Österreich Osteuropa
Mediterrane Länder Sonstige

Staatsangehörigkeit
Deutschland andere
Österreich unbekannt
Schweiz

Histologie

2 Tumordicke (Breslow) [mm]

--	--	--	--	--	--

 21

3 Level (Clark)

--	--	--	--	--

 22

4 **Histologische Klassifikation**
SSM Schleimhaut-MM
NM MM auf großem kong. Naevus
LMM nicht klassifizierbar
ALM nicht klassifiziert
sonstige

5 **Histologische Merkmale**
Ulzeration ja nein keine Angabe
Regression ja nein keine Angabe
MM auf NZN ja nein keine Angabe
Wachstumsphase horizontal vertikal keine Angabe

6 **Histologie-Nr.**

--	--	--	--	--	--

Jahr Nummer 28

Tumordaten

7 Erste ärztliche Diagnose

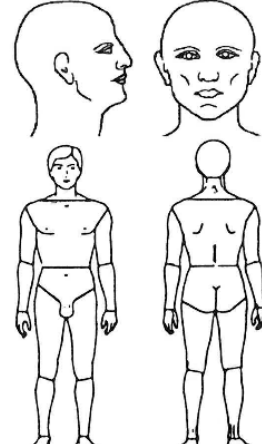
--	--	--	--	--	--

Monat Jahr

8 **Klinische Merkmale**
Multiple, unabhäng. MM ja nein unbekannt
MM ist Erstmalignom ja nein unbekannt
falls anderes **Erstmalignom**, bitte eintragen:

10 Primäre Fehldiagnose ja nein unbekannt
11 Familiäres Melanom ja nein unbekannt
12 Okuläres MM ja nein unbekannt
13 unbekannter PT ja nein unbekannt
14

15 **(Bei okulärem Melanom oder unbekanntem Primärtumor bitte weiter bei [29, 36])**
Körperseite links rechts mittig
Lokalisation (bitte einzeichnen)
Gesicht
Sonstiger Kopf
Hals
Brust/Oberbauch
Rücken
Unterbauch
Gesäß
äußeres Genitale
Oberarm (inkl. Ellenb.)
Unterarm
Hand
O-Schenkel (inkl. Knie)
U-Schenkel
Fuß
Schleimhaut



16

Therapie

Operative Therapie des Primärtumors
Erstoperation
Datum

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr 29

Operation in der Klinik Operation auswärts
MM vollständig entfernt MM unvollständig entfernt
unbekannt

30 **Letzte Nachoperation**
Datum

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr 32

Operation in der Klinik Operation auswärts
MM vollständig entfernt MM unvollständig entfernt
unbekannt

33 **Summe der kleinsten Sicherheitsabstände**
vom Primärtumor (klinisch) [cm]

--	--	--	--	--	--

 35

34 **Wächter-Lymphknotenoperation** ja nein keine Angabe 36

37 **Zahl der entnommenen Lymphknoten**

--	--	--	--	--	--

 37

38 **Zahl der positiven LK** (histologisch oder immunhistologisch)

--	--	--	--	--	--

 38

39 **Elektive Lymphadenektomie** ja nein keine Angabe 39

40 **Zahl der entnommenen Lymphknoten**

--	--	--	--	--	--

 40

41 **Zahl der positiven LK** (histologisch oder immunhistologisch)

--	--	--	--	--	--

 41

Tumorausbreitung Mehrfachnennung möglich

42 Primärtumor 42

43 Satelliten- oder Intransitmetastase 43

44 regionäre LK-Mikrometastase 44

45 regionäre LK-Makrometastase 45

46 Fernmetastasen: Haut/Weichteile 46

47 Fernmetastasen: Lymphknoten 47

48 Fernmetastasen: Lunge 48

49 Fernmetastasen: andere Organe 49

50 nicht sicher einzuordnen (z.B. Patient lehnt Untersuchungen ab) 50

ZENTRALREGISTER MALIGNES MELANOM
der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Registerstelle:
Universitäts-Hautklinik
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Liebermeisterstr. 25 - 72076 Tübingen

Name, Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Adresse

Meldende Stelle

Roten Kasten bitte nicht ausfüllen I-ZAHL

FOLGEEERHEBUNG

Datum des letzten Befundes (letzte Patientenvorstellung, bzw. externer Befundbericht, bzw. Tod) Tag Monat Jahr 2

unveränderter Befund 3 Progression 4 Zweitmalignom 5 Tod des Patienten 6

Progression	Datum Diagnosesstellung	Therapie
Lokoregionäres Lymphabflußgebiet		
Lokalrezidiv <input type="checkbox"/> 7	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 10	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 11 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 14
Satelliten-Metastasen <input type="checkbox"/> 8		Operation <input type="checkbox"/> 12 Hypertherme Perfusionstherapie <input type="checkbox"/> 15
Intransit-Metastasen <input type="checkbox"/> 9		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 13 Sonstige <input type="checkbox"/> 16
Zweites Rezidiv		
Lokalrezidiv <input type="checkbox"/> 17	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 20	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 21 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 24
Satelliten-Metastasen <input type="checkbox"/> 18		Operation <input type="checkbox"/> 22 Hypertherme Perfusionstherapie <input type="checkbox"/> 25
Intransit-Metastasen <input type="checkbox"/> 19		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 23 Sonstige <input type="checkbox"/> 26

Regionäre Lymphknoten		
regionäre LK- Metastasen <input type="checkbox"/> 27	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 28	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 29 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 32
		Operation <input type="checkbox"/> 30 Sonstige <input type="checkbox"/> 33
		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 31
Rezidiv		
regionäre LK- Metastasen <input type="checkbox"/> 34	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 35	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 36 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 39
		Operation <input type="checkbox"/> 37 Sonstige <input type="checkbox"/> 40
		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 38

Fernmetastasierung		
Hautfernmastasen <input type="checkbox"/> 41	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 42	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 43 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 46
		Operation <input type="checkbox"/> 44 Sonstige <input type="checkbox"/> 47
		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 45
LK-Fernmetastasen <input type="checkbox"/> 48	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 49	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 50 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 53
		Operation <input type="checkbox"/> 51 Sonstige <input type="checkbox"/> 54
		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 52
Viszerale Fernmetastasen <input type="checkbox"/> 55	<input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr 62	keine Behandlung <input type="checkbox"/> 63 Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 66
Pulmo <input type="checkbox"/> 56 Hepar <input type="checkbox"/> 59		Operation <input type="checkbox"/> 64 Sonstige <input type="checkbox"/> 67
Skelett <input type="checkbox"/> 57 Intestinum <input type="checkbox"/> 60		Bestrahlung <input type="checkbox"/> 65
ZNS <input type="checkbox"/> 58 Sonstige <input type="checkbox"/> 61		

Zweitmalignom/-Melanom

Diagnosedatum Monat Jahr 68

zweites unabhängiges MM 1
anderer Hautkrebs 2
anderes Malignom 3 69

Art des Malignoms _____ 70

Lokalisation _____ 71

Tod des Patienten

Todesdatum Tag Monat Jahr 72

Todesursache (ursächliche Grundkrankheit)

Melanom 1
anderes Malignom 2
andere Krankheit, andere Ursache 3
nicht bekannt 4 73

Sehr geehrte Frau Mustermann,

mit dem folgenden Fragebogen möchten wir für Sie die bestmögliche Betreuung und bei Bedarf eine psychoonkologische Mitbehandlung planen. Bitte beantworten Sie dazu alle Fragen, indem Sie mit dem Stift auf diesem Bildschirm die zutreffenden Antwortmöglichkeiten antippen. Die nächste Seite erscheint, sobald sie am unteren Bildrand den Schalter „WEITER“ antippen. Man weiß heute, dass körperliche Krankheiten und seelisches Wohlbefinden oft eng beieinander liegen. Deshalb beziehen sich einige Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und psychische Verfassung. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



WEITER

Daten zu Ihrer Person

Wie ist ihr aktueller Familienstand?

- keine Partnerschaft
- mit Partner, unverheiratet
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet
- sonstiges

Wie ist ihre aktuelle Lebens- / Wohnsituation?

- allein
- mit Partner
- allein mit Kind(ern)
- mit Partner und Kind(ern)
- mit Eltern
- in Institution
- sonstiges

ZURÜCK



Seite 2

WEITER

Daten zu Ihrer Person

Was ist Ihr aktueller beruflicher Status?

erwerbstätig

- selbständig
- Mithelfende/r Familienangehörige/r
- Beamter / Beamtin
- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Sonstiges

erwerbslos / nicht erwerbstätig

- Hausfrau/ -mann
- arbeitslos
- Rente (Früh-, Alters-, Witwen-)
- Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente
- Studium/ Schule
- Sonstiges

ZURÜCK



Seite 4

WEITER

Daten zu Ihrer Person

Haben Sie Kinder

- Ja
- Nein

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- noch in der Schule
- Haupt- / Volksschulabschluss
- Abschluss Polytechnische Oberschule
- Realschulabschluss
- Fachabitur / Abitur
- abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium
- Sonstiges

ZURÜCK



Seite 3

WEITER

Daten zu Ihrer Person

Nehmen Sie momentan Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Depressionen oder Schlafmittel ein?

nein

ja, täglich

ja, gelegentlich

Waren Sie früher oder sind Sie zurzeit in psychologischer, psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

noch nie

früher, zuletzt ...

zurzeit in Behandlung

Wann wurde der Tumor diagnostiziert?

Falls es sich um ein Rezidiv = Wiederauftreten des Tumors handelt geben Sie bitte das Datum der Erstdiagnose an.

ZURÜCK || Seite 5 WEITER

Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen? eher gut mittel eher schlecht

Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen? eher gut mittel eher schlecht

Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet? ja nein

Haben Sie jemanden mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können? ja nein

Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders stark belastet? ja nein

Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen? ja nein

Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert? eher gut mittel eher schlecht

ZURÜCK || Seite 6 WEITER

Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Sie können mehrere oder auch keinen Bereich auswählen.

Praktische Probleme

- Wohnsituation
- Versicherung
- Arbeit / Schule
- Beförderung (Transport)
- Kinderbetreuung

Familiäre Probleme

- Im Umgang mit dem Partner
- Im Umgang mit den Kindern

ZURÜCK



Seite 7

WEITER

Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Sie können mehrere oder auch keinen Bereich auswählen.

Emotionale Probleme

- Sorgen
- Ängste
- Traurigkeit
- Depression
- Nervosität
- Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Spirituelle / religiöse Belange

- In Bezug auf Gott
- Verlust des Glaubens

ZURÜCK



Seite 8

WEITER

Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Sie können mehrere oder auch keinen Bereich auswählen.

Körperliche Probleme

Schmerzen

Übelkeit

Erschöpfung

Schlaf

Bewegung / Mobilität

Waschen, Ankleiden

Äußeres Erscheinungsbild

Atmung

Entzündungen im Mundbereich

Essen / Ernährung

Verdauungsstörungen

Verstopfungen

Durchfall

Veränderungen beim Wasser lassen

Fieber

Trockene / juckende Haut

Trockene / verstopfte Nase

Kribbeln in Händen / Füßen

Angeschwollen / aufgedunsen fühlen

Gedächtnis / Konzentration

Sexuelle Probleme

ZURÜCK



Seite 9

WEITER

Ist aus Ihrer Sicht eine Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung oder eine psychoonkologische Behandlung notwendig?

Ja

Nein

ZURÜCK



Seite 10

WEITER

Einwilligungserklärung

Mustermann, Maximilian

26.03.2010

Ich bestätige, dass ich über die Studie ePOS aufgeklärt wurde und die Patienten-Information erhalten habe. Es ist mir bekannt, dass ich jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen von der weiteren Teilnahme zurücktreten kann, ohne dass mir dadurch Nachteile bei der weiteren medizinischen Versorgung entstehen. Ich wurde über die Erhebung und den Umgang mit den in der Studie erhobenen Daten informiert. Eventuelle weitere Fragen zur Studie wurden mir zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme der Teilnahme an dieser Studie zu und erkläre mich mit der Verwendung der im Rahmen der oben genannten Studie erhobenen Daten in der im Informationsblatt beschriebenen Weise einverstanden.

- Ja**, ich nehme an der Studie teil und bin mit der Verwendung der Daten im Rahmen der Studie einverstanden.
- Nein**, ich nehme nicht an der Studie teil. Mir ist bekannt, dass mir dadurch keine Nachteile in der weiteren Behandlung entstehen.

ZURÜCK



Seite 11

WEITER

Sie werden von uns wegen Ihren Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

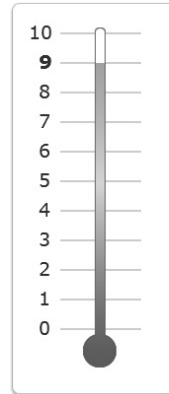
ZURÜCK



Seite 12

WEITER

Bitte tippen Sie am Thermometer die Zahl an (1-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

ZURÜCK



Seite 10

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Ich fühle mich angespannt und überreizt

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

ZURÜCK



Seite 11

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

ZURÜCK



Seite 12

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich / nie

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

ZURÜCK



Seite 13

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

ZURÜCK



Seite 14

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

ZURÜCK



Seite 15

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

ZURÜCK



Seite 16

WEITER

Wie war Ihre allgemeine und seelische Verfassung in der letzten Woche?

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

ZURÜCK



Seite 17

WEITER

Befragungsende

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte verständigen Sie die Person die Ihnen diesen
Computer übergeben hat.

7. Literaturverzeichnis

1. Teufel M, Schäffeler N, Zipfel S. Computerbasiertes Screening in der Psychoonkologie: Behandlungspfade besser steuern. Dtsch Arztebl International. 2014;13(3):115
2. Landesärztekammer Baden-Württemberg, Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden- Württemberg - Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2014 URL:<https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/gebiete/wbo28.pdf>. Stand: 01.06.2016
3. Schwab JJ. Psychosomatic medicine: its past and present. Psychosomatics. 1985;26(7):583-5.
4. Doering S, Schüßler G. Diagnostik in der Psychosomatik. In: Laireiter A-R, (Hg.). Diagnostik in der Psychotherapie. Vienna: Springer Vienna; 2000. S 367-79.
5. Stadler P. Triebrepräsenz. Orientierungsreflex, Alarmreaktion. Eine Skizze zu Gegenstand und Forschungslogik der Psychosomatik. PSYCHE. 1982;36(2):97-122.
6. Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. Glob Health Promt. 2013;20(2).
7. Roelcke V. Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992. Medical History. 2004;48(4):473-92.
8. Uexküll Tv. Psychosomatische Medizin: theoretische Modelle und klinische Praxis. 7., komplett überarb. Aufl. ed. Adler R, Herzog W, (Hg.) München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011. XXIV, S. 32,379, 420, 429, 431, 432, 536,1352.
9. Bühring P. Psychosomatische Medizin: Der Facharzt feiert 20-jähriges Jubiläum. Dtsch Arztebl International. 2012;109(48):2390.
10. Lain-Entralgo P. Die platonische Rationalisierung der Besprechung (ΕΠΩΙΔΗ) und die Erfindung der Psychotherapie durch das Wort. Hermes. 1958;;86(3):S. 298-323.
11. Platon. Charmides.156d - 7a.

12. Herrmann-Lingen C. Was die Psychosomatische Medizin im Innersten zusammenhält. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2012;58(2):126-41.
13. Egloff N, von Känel R, Egle UT. Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. PRAXIS. 2008;97(10):549-57.
14. Mink N. Descartes' Hirn. IZPP(2010): (Ausgabe 2/2010).
15. Descartes R. Meditationes de Prima Philosophia / Meditationen über die Erste Philosophie. Schmidt G, (Hg.) Stuttgart: Reclam, Philipp, jun. GmbH, Verlag;1986.
16. Hagner M. Homo cerebialis: der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn. Berlin: Berlin-Verl.; 1997. S. 29,30
17. Bauer AW. Der Körper als Marionette? Georg Ernst Stahl (1659-1734) und das Wagnis einer Psychosomatischen Medizin. Vortrag im Rahmen des Leopoldina- Meetings Georg Ernst Stahl in wissenschaftshistorischer Sicht im Vortragsgebäude der Leopoldina in Halle (Saale) am 29.Oktober 1998 URL: http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/stahl_marionette.pdf.
Stand: 01.06.2016
18. Engelhardt K. Die "Heidelberger Schule". Deutsche medizinische Wochenschrift. 2011;136(51/52):2692-5.
19. Engelhardt, Gierer A. Georg Ernst Stahl in wissenschaftlicher Sicht. NTM NS. 1999;7(1):248.
20. Engelhardt Dv, (Hg.). Von Hippokrates bis Christoph Wilhelm Hufeland. München: Beck;1991. S.199,200.
21. Stahl GE. Theoria medica vera. Halle. 1707.
22. Gins HA. Beiträge zur Geschichte der Kuhpockenimpfung. Klin Wochenschr. 1924;3(15):634-7.
23. Snethlage JL. Der Behaviorismus. Kant-Studien.1929. S. 167.
24. Tress W, Kruse J. Psychosomatische Grundversorgung : Kompendium der interpersonellen Medizin;; mit 62 Tabellen. 2., überarb. Aufl. ed. Tress W,(Hg.) Stuttgart [u.a.]: Schattauer; 1997. XIV, S. 14.

25. Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*. 2013;25(1):11-6.
26. Steinberg H. Die Geburt des Wortes ‚psychosomatisch‘ in der medizinischen Weltliteratur durch Johann Christian August Heinroth. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2007;75(07):413-7.
27. Heinroth JCA. *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung: zwey Theile*, 1 Leipzig: Vogel; 1818.
28. Hinterhuber H. *Die Seele in der romantischen Medizin. Die Seele*: Springer Vienna; 2001. S. 135-9.
29. Krannich S. Carl Gustav Carus: Voller Schaffenskraft und Wissbegierde. *Dtsch Arztebl International*. 2009;106(37):1803.
30. Carus CG. *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele*. Pforzheim: Flammer und Hoffmann; 1846.
31. Gödde G. Freud, Schopenhauer und die Entdeckung der »Verdrängung«. *PSYCHE*. 1998;52(2):143-75.
32. Engelhardt K. Arthur Schopenhauer - a philosophical partner of the physician? *Dtsch Med Wochenschr*. 2000;125(50):1547-9
33. Schopenhauer A. *Parerga und Paralipomena*. Berlin: A. W. Hayn 1851.
34. Figl J, Hödl HG. Von Nietzsche zu Freud: Übereinstimmungen und Differenzen von Denkmotiven: WUV-Universitätsverlag;1996. S.29.
35. Nietzsche F. *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. Leipzig: C. G. Neumann; 1887.
36. Wobst AH. Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anaesth Analg*. 2007;104 (5):1199-208.
37. Bogousslavsky J, Walusinski O, Fau - Veyrunes D, Veyrunes D. Crime, hysteria and belle epoque hypnotism: the path traced by Jean-Martin Charcot and Georges Gilles de la Tourette. *Eur Neurol*. 2009;62(4):193-9.
38. Keitel W, Kaiser H. The magician from Paris (Jean Martin Charcot 1825-1893). II. Artist and man with a contradiction. *Z Rheumatol*. 2005; 64(1):52-7.

39. Lohmann H-M. Sigmund Freud. Originalausg. ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt;1998. S. 143, 148, 157
40. Mertens W. Einführung in die psychoanalytische Therapie. - 1. 3., überarb. Aufl. ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2000. S. 1,18,20,21
41. Josef Breuer, Freud S. Studien über Hysterie. Leipzig und Wien: Franz Deuticke; 1895.
42. Zitiert nach Lorenzer in Mertens W. Einführung in die psychoanalytische Therapie. - 1. 3., überarb. Aufl. ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2000. S. 21
43. Turri MG. Transference and katharsis, Freud to Aristotle. Int J Psychoanal. 2015;96(2):369-87
44. Eckart WU. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 7., völlig neu bearb. Aufl. ed. Berlin; Heidelberg: Springer;2013. XII, 373
45. Greenson RR. Technik und Praxis der Psychoanalyse: Klett-Cotta;2000. S. 51
46. Bach O, Plöttner G. Psychoanalyse in Leipzig - ein historischer Rückblick. Ärzteblatt Sachsen. 2011(2) 68 - 71.
47. Batra A. 2 Geschichte der Verhaltenstherapie. 2012. In: Verhaltenstherapie [Internet]. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 4., vollständig überarbeitete Auflage. [27 - 9]. URL: <http://www.thieme-connect.de/products/ebooks/lookinside/10.1055/b-0034-4621>. Stand:03.06.2016
48. Pawlow JP. Psychische Erregung der Speicheldrüsen. Erg Physiol. 1904;3. Jhrg.(1. Abt. (Biochemie)):183-93.
49. Hull CL. Principles Of Behavior: An Introduction to Behavior Theory. New York: Appleton-Century-Crofts; 1943.
50. Skinner BF. Science And Human Behavior: Free Press; 1965.
51. Phillips Js Fau - Kanfer FH, Kanfer FH. The viability and vicissitudes of behavior therapy. Int Psychiatry Clin. 1969;6(3):75-131.
52. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer; 1984.
53. Schweiger U, Sipos V. Die 3. Welle der Verhaltenstherapie – Teil 1. PSYCH up2date. 2015;9(04):191-3.

54. Lasiuk GC, Hegadoren KM. Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Perspect Psychiatr Care*. 2006;42 (1)13 - 20.
55. Hemetsberger P. *Deutsch-Englisch-Wörterbuch*. 2016.
56. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*. 2002;360(9335):766-71.
57. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1989;20(3):211 - 7.
58. Fischer G. Psychoanalytische Grundlagen der Psychotraumatologie. *Forum der Psychoanalyse*. 2006;22(4):342-57.
59. Janz D. Viktor von Weizsäcker als Begründer der Psychosomatischen Medizin. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001;69(SH1):28-33.
60. Universität Heidelberg, *Geschichte der Psychosomatik in Heidelberg 2016*
URL:<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Geschichte-der-Psychosomatik-in-Heidelberg.108591.0.html>. Stand:03.06.2016.
61. Koch U, Haag A, Schmeling-Kludas C. Die Medizin ist um eine große Persönlichkeit ärmer geworden: Zum Tode von Thure von Uexküll. *Psychother Psych Med*. 2004;54(11):395.
62. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry*. 2012;40(3):377-96.
63. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
64. Glazinski R. Sozialmedizinische Bedeutung des Konzepts der Salutogenese für Neurologie und Psychiatrie. *Gesundheitswesen*. 2007;69(03):134-6.
65. Antonovsky A, Franke, A. *Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag;1997.
66. Erim Y. Antonovskys Konzept der Salutogenese. *PiD - Psychotherapie im Dialog*. 2013;14(01):44-7.
67. Blättner B. Das Modell der Salutogenese. *Präv Gesundheitsf*. 2007;2(2):67-73.

68. Lippke S, Renneberg B. Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg B, Hammelstein P, (Hg.). Gesundheitspsychologie. Springer-Lehrbuch: Springer Berlin Heidelberg; 2006. S. 7-12.
69. Siegmund A, Dahlhoff M, Habersetzer U, Mederer A, Wolf E, Holsboer F, et al. Maternal inexperience as a risk factor of innate fear and PTSD-like symptoms in mice. *Journal of Psychiatric Research*. 2009;43(14):1156-65.
70. Deter H-C. Mitteilungen aus dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin. *Psychother Psych Med*. 2015;65(09/10):398-9.
71. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Jahresbericht 2014 - Aufgaben und Ergebnisse 2016
URL:http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/dfg_jb2014.pdf. Stand:03.06.2016.
72. DKPM. Arbeitsgruppen DKPM 2016 URL:
<http://www.dkpm.de/de/forschung/ag/essstoerungen.php?thisID=20>.
Stand:03.06.2016.
73. Engel GL, Schmale AM, Jr. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *PSYCHE*. 1969;23(4):241-61.
74. Böker H, Hartwich, P., Northoff G. Neuropsychodynamische Psychiatrie. Böker H, Hartwich, P., Northoff G., (Hg.). Berlin Heidelberg: Springer; 2016.
75. Ehlers J, Stichweh, R. Die Wahrheit in der Wissenschaft - Interview. *Spektrum der Wissenschaft*. 2001;7:70-4.
76. Walach H. *Psychologie: Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte; ein Lehrbuch*: Kohlhammer; 2009. S.135.
77. Tetens H. *Wissenschaftstheorie: Eine Einführung*. München: C. H. Beck;2013.
78. Hecht H, Desnizza W. *Psychologie als empirische Wissenschaft: Essentielle wissenschaftstheoretische und historische Grundlagen*: Spektrum Akademischer Verlag; 2012. S. 50ff.
79. Wolf C, Best H. *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. Wiesbaden 2010.
80. Solms M, Turnbull O. *Das Gehirn und die innere Welt: Neurowissenschaft und Psychoanalyse*. Düsseldorf: Patmos-Verl.;2007. S.305f.

81. Baer D. Duden, Fremdwörterbuch: [53000 Fremdwörter mit über 400000 Angaben zu Bedeutung, Aussprache, Grammatik, Herkunft, Schreibvarianten und Worttrennungen]. 7., neu bearb. u. erw. Aufl., auf d. Grundlage d. neuen amtl. Rechtschreibregeln ed. Baer D, (Hg.). Mannheim: Dudenverl.; 2001.
82. Pohlmann W. »Intersubjektivität« – ein neues Paradigma der Psychoanalyse? PSYCHE. 2013;67(3):251-75.
83. Geus-Mertens E. Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert: Kohlhammer; 2007. S. 24.
84. Rudolf G, Cierpka M. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 7., überarbeitete Aufl. ed. Stuttgart; New York: Thieme; 2013. S.12, 22.
85. Duden. Schlagwort Onkologie 2016 URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Onkologie>. Stand: 01.06.2016
86. Arolt V, Driessen M, Dilling H. Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. Dtsch Arztebl International. 1997;94(20):1354.
87. Mehnert A, Lehmann C, Koch U. Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. Der Onkologe. 2006;1(1):18 - 26.
88. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL 2014 URL: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>. Stand: 01.06.2016
89. Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst. Psychologische Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung 2016 URL: https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychisch_e-unterstuetzung.php?character=AZ. Stand:01.06.2016
90. Egger JW. Theorie der Körper-Seele-Einheit Folgen für die biopsychosozial orientierte Forschung. Psychologische Medizin. 2012;23(1):24-30.
91. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. The Lancet. 2007;369(9565):946-55.
92. Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Schon G, Wegscheider K, Heckl U, et al. [Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis]. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. 2012;62(7):249-58.

93. Aschenbrenner A, Härter M, Reuter K, Bengel J. Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen – Ein systematischer Überblick empirischer Studien. Zeitschrift für Medizinische Psychologie. 2003;12(1):15-28.
94. Herschbach P. Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. Onkologe. 2006;12(1):41-7.
95. Schäffeler N, Enck P, Riessen I, Seitz D, Marme A, Wallwiener D, et al. Screening for mental stress and the wish for psychological support in patients with breast cancer. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2010;56(2):207-19.
96. Schäffeler N, Pfeiffer K, Ringwald J, Brucker S, Wallwiener M, Zipfel S, et al. Assessing the need for psychooncological support: screening instruments in combination with patients' subjective evaluation may define psychooncological pathways. Psycho-oncology. 2015;24(12):1784-91.
97. DKFZ. Die 20 häufigsten Krebstodesursachen in Deutschland im Jahr 2012 (aktualisierte Graphik) 2012 URL: <http://www.dkfz.de/de/krebsatlas/gesamt/organ.html>. Stand: 01.06.2016.
98. Robert Koch Institut. Zentrum für Krebsregisterdaten - Malignes Melanom der Haut 015 URL: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Melanom/melanom_inhalt.html. Stand: 01.06.2016.
99. Robert Koch Institut. Krebsarten/ Melanom 2014 URL: http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Melanom/melanom_no_de.html. Stand: 01.06.2016.
100. Taube K-M. Psychoonkologie in der Dermatologie. Hautarzt. 2013;64(6):424-428
101. Atkinson TM, Noce NS, Hay J, Rafferty BT, Brady MS. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous melanoma. Annals of surgical oncology. 2013;20(2):675-9.
102. Schubert-Fritschle G, Schlesinger-Raab A, Hein R, Stolz W, Volkenandt M, Holzel D, et al. Quality of life and comorbidity in localized malignant melanoma: results of a German population-based cohort study. International journal of dermatology. 2013;52(6):693-704.

103. Loquai C, Scheurich V, Syring N, Schmidtmann I, Rietz S, Werner A, et al. Screening for distress in routine oncological care-a survey in 520 melanoma patients. *PloS one*. 2013;8(7):doi: 10.1371/journal.pone.0066800.
104. Gesellschaft für Dermopharmazie. Malignes Melanom. Was ist ein malignes Melanom und wo entsteht es? 2014 URL: <http://www.licht-hautkrebs-praevention.de/hautkrebsarten/malignesmelanom.html>. Stand:01.06.2016
105. Brown JE, Butow PN, Culjak G, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of outcome: time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *British journal of cancer*. 2000;83(11):1448-53.
106. Blum A, Blum D, Stroebel W, Rassner G, Garbe C, Hautzinger M. [Psychosocial burden and subjective experience of melanoma patients in the ambulant follow-up]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2003;53(6):258-66.
107. Winzer A, Hoppe A, Altenhoff J, Kuwert C, Koch U, Schulz H. Interest in a psycho- educational group intervention among out-patients with malignant melanoma in relation to their need: which patients are likely to participate? *Psycho-oncology*. 2009;18(11):1179-88.
108. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Malignes Melanom: Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2013;Langversion 1.1 AWMF Registriernummer 032/024OL.
109. Strittmatter G, Tilkorn M, Mawick R. How to identify patients in need of psychological intervention. Recent results in cancer research *Fortschritte der Krebsforschung Progres dans les recherches sur le cancer*. 2002;160:353-61.
110. Herschbach P, Weis J. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten Screeningverfahren in der Psychoonkologie. 2010.
111. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2006;54(3):213-23.
112. Lambert SD, Pallant Jf Fau - Clover K, Clover K Fau - Britton B, Britton B Fau - King MT, King Mt Fau - Carter G, Carter G. Using Rasch analysis to examine the distress thermometer's cut-off scores among a mixed group of patients with cancer. *Qual Life Res*. 2014;23(8):2257-65.

113. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52(2):69-77.
114. Hermann-Lingen C, Buss, U. & Snaith, R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) (3., aktualisierte und neu normierte Aufl.). 2011;Bern: Verlag Hans Huber.
115. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
116. Krebsregister Baden-Württemberg. Krebsregister Baden-Württemberg 2016 URL: <http://www.krebsregister-bw.de/index.php?id=398>. Stand:03.06.2016.
117. Krebsregister Baden-Württemberg. Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen 2016 URL: <http://www.krebsregister-bw.de/index.php?id=369&sword=qualit%E4t>. Stand:03.06.2016.
118. Schneider A, Hommel G, Blettner M. Lineare Regressionsanalyse. *Dtsch Arztebl International*. 2010;107(44):776-82.
119. Lange S, Bender R. Variabilitätsmaße. *Dtsch med Wochenschr*. 2001;26(Suppl. Statistik): 29-30.
120. Prel J-Bd, Röhrig B, Hommel G, Blettner M. Auswahl statistischer Testverfahren. *Dtsch Arztebl International*. 2010;107(19):343-8.
121. Meraner V, Giesinger J, Kemmler G, Taucher S, Hubalek M, Weber B, et al. Development of a screening tool for the identification of psychooncological treatment need in breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 2009;18(9):974-83.
122. Krebsregister. Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 4. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe. ed. Saarbrücken: Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut 2004.
123. Mehnert A, Brahler E, Faller H, Harter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(31):3540-6.
124. Kasparian NA, McLoone Jk Fau - Butow PN, Butow PN. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. 2009;145(12):1415-27.

125. Furnham A. Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*. 1986;7(3):385-400.
126. Pentzek M, A. Dyllong, A., Grass-Kapanke, B. Praktische Voraussetzungen und hinweise für die Durchführung psychometrischer tests – was jeder Testleiter wissen sollte. *NeuroGeriatric*. 2010;7(1):20-5.
127. Nolte SA-Ohoo, van der Mei SH, Strehl-Schwarz K, Koster J, Bender A, Rose M, et al. Comparison of patient-reported need of psycho-oncologic support and the doctor's perspective: how do they relate to disease severity in melanoma patients? LID - 10.1002/pon.4050 [doi]. *Psychooncology*. 2015.
128. Hoagland AC, Morrow GR, Bennett JM, Carnrike CL, Jr. Oncologists' views of cancer patient noncompliance. *American journal of clinical oncology*. 1983;6(2):239-44.
129. DiMatteo MR, Lepper Hs Fau - Croghan TW, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160(14):2101-7.
130. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*. 2000;356(9238):1326-7.
131. Widera C, Elsässer A. Antikoagulation bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern und koronarer Herzerkrankung – Die zwei Seiten der Medaille. *Klinikarzt*. 2016;45(S 01):30-3.
132. Trappe H. Atrial fibrillation: established and innovative methods of evaluation and treatment. *Dtsch Arztebl International*. 2012;109(1-2):1-7.
133. Tang MH, Castle DJ, Choong PFM. Identifying the Prevalence, Trajectory, and Determinants of Psychological Distress in Extremity Sarcoma. *Sarcoma*. 2015; doi:10.1155/2015/745163.
134. Evan EE, Zeltzer LK. Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. *Cancer*. 2006;107(S7):1663-71.
135. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2004;90(12):2297-304.
136. Schumacher A. Psychoonkologie im Akutkrankenhaus. *Zentralbl Chir*. 2008;133(01):35-8.

137. Strong V, Waters R, Hibberd C, Rush R, Cargill A, Storey D, et al. Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *British journal of cancer*. 2007;96(6):868-74.
138. Bale TL, Epperson CN. Sex differences and stress across the lifespan. *Nat Neurosci*. 2015;18(10):1413-20.
139. Charlton PF, Thompson JA. Ways of coping with psychological distress after trauma. *Br J Clin Psychol*. 1996;35(Pt 4):517-30.
140. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British journal of cancer*. 2007;97(12):1625-31.
141. Kattermann V. Chronische Erkrankungen: Eine seelische Herausforderung. *Dtsch Arztebl International*. 2009;8(12):548.
142. Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2009;31(21):1709-33.
143. Tedeschi RG CL. Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2009; 15(1):1-18.
144. Goodwin L, Price A Fau - Lee W, Lee W Fau - Rayner L, Rayner L Fau - Moorey S, Moorey S Fau - Monroe B, Monroe B Fau - Sykes N, et al. I've had a good life, what's left is a bonus: factor analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale in a palliative care population. *Palliat Med*. 2014;28(3):243-55.
145. Miller DL, Manne SI Fau - Taylor K, Taylor K Fau - Keates J, Keates J Fau - Dougherty J, Dougherty J. Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *J Clin Psychol Med Settings*. 1996;3(2):115-30.
146. McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. *European journal of cancer*. 2008;44(8):1169-74.
147. Iwatani T, Matsuda A, Kawabata H, Miura D, Matsushima E. Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psycho-oncology*. 2013;22(3):523-9.
148. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*. 2003;88(5):658-65.

149. Werner A. Umgang mit Patienten unter Chemotherapie – Ängste und Verhalten des Patienten. *Lege artis*. 2011;1(05):320-7.
150. Wang ZY, Liu L, Shi M, Wang L. Exploring correlations between positive psychological resources and symptoms of psychological distress among hematological cancer patients: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2016; 21(5):571-82
151. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012;62(1):10-29.
152. Bleyer A OLM, Barr R, Ries LAG (eds). *Cancer Epidemiology in Older Adolescents and Young Adults 15 to 29 Years of Age, Including SEER Incidence and Survival: 1975-2000*. National Cancer Institute, NIH Pub No 06-5767. MD 2006. S.205 ff.
153. Rick O, Kalusche E-M, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl International*. 2012;109(42):702-8.
154. Mitchell AJ, Chan M Fau - Bhatti H, Bhatti H Fau - Halton M, Halton M Fau - Grassi L, Grassi L Fau - Johansen C, Johansen C Fau - Meader N, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12(2):160-74.
155. Livingstone E, Krajewski C, Eigentler TK, Windemuth-Kieselbach C, Benson S, Elsenbruch S, et al. Prospective evaluation of follow-up in melanoma patients in Germany - results of a multicentre and longitudinal study. 2015; 51(5):653-67
156. Oerter R. *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Beltz: Oerter, Rolf Montada, Leo; 2002.
157. Bortz J, Schuster, C. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Berlin Heidelberg: Springer; 2010.
158. Danzer G.: *Personale Medizin*. Bern: Verlag Hans Huber; 2013. S.
159. Weizsäcker Vv. Zitiert nach Danzer G.: *Personale Medizin*. Bern: Verlag Hans Huber; 2013.
160. Cassirer E, Rosenkranz, C., Clemes, J. *Philosophie der symbolischen Formen: Dritter Teil: Phänomenologie der Erkenntnis*. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 2010. S.2

161. Langewitz W. Leib und Körper in der Psychotherapie. PiD - Psychotherapie im Dialog. 2016; 17(01):22-8.
162. Wallesch CW. Altes und Neues zum Leib-Seele-Problem - Über-Ich und Unbewusstes. Fortschr Neurol Psychiat. 2002;70509-10.
163. Frank M. Selbstbewußtseinstheorien von Fichte bis Sartre. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1991. S.7
164. Joraschky P. Thure von Uexküll zum 95. Geburtstag. Psychother Psych Med. 2003;53(03/04):202-3.
165. Hartmann F. Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag: Beiträge zum Symposium der Universität Heidelberg. Hahn P, Jacob, W. (Hg.). Berlin Heidelberg: Springer;1986.
166. Epping B, Selbmann, H.-K. Interview – Medizinische Leitlinien können und dürfen die Intuition des Arztes nicht ersetzen. Z Orthop Unfall. 2013;151(01):1-6.
167. Hoffmann SO. Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom. Dtsch Arztebl International. 2006;103(11):672-.
168. Universität Tübingen: Prof. Dr. Dres. h. c. Manfred Frank 2016. URL: <http://www.uni-tuebingen.de/fakultaeten/philosophische-fakultaet/fachbereiche/philosophie-rhetorik-medien/philosophisches-seminar/mitarbeiter/prof-dr-dres-h-c-manfred-frank.html>. Stand: 01.06.2016
169. Fichte JG. Aus: Versuch einer neuen Darstellung der Wissenschaftslehre (1797) In: Frank M, (Hg.). Selbstbewußtseinstheorien von Fichte bis Sartre. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1991. S. 14-25
170. Jütte R. Heilkunst versus Heilkunde aus medizinhistorischer Perspektive. Dtsch med Wochenschr. 2012;137(51/52):2638-2688.
171. Gonther U., Schlimme J.E. Hölderlin oder die Frage nach dem Sinn des Psychotischen. Fortsch Neurol Psychiatr 2009;77(3):160-165.
172. Hölderlin F. Urtheil und Seyn (1795). In: Frank M, (Hg.) Selbstbewußtseinstheorien von Fichte bis Sartre. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1991. S. 26f.
173. Rohls J. Die Voraussetzungen und das 19. Jahrhundert. Tübingen: Mohr Siebeck; 1997. S.320

174. Goddemeier C. Maurice Merleau-Ponty: Phänomenologie der Wahrnehmung. Dtsch Ärztes Internat 2008;7(4):164.
175. Schüffel W. Stressverarbeitung: Bedeutung und Sinn in der Medizin. Dtsch med Wochenschr 2005;130(3):85-86.
176. Husserl E. Äußere und innere Wahrnehmung. In: Frank M, (Hg.) Selbstbewußtseinstheorien von Fichte bis Sartre. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1991. S. 229-232
177. Brücher K. Eine sehr kurze Geschichte der Subjektivität. In: Fuchs T, (Hg.): Subjektivität und Gehirn. Berlin: Parodos Verlag Pabst Science; 2007. S.13-27.
178. Clark J. Philosophy, understanding and the consultation: a fusion of horizons. Br j Gen Pract. 2008;58(564):58-60.
179. Kuper A. Obituary: Claude Lévi-Strauss (1908-2009). Nature 2009;462(7275):862.
180. Häussler B. Definition, Vorgehensweise und Ziele der evidenzbasierten Medizin. Dtsch med Wochenschr. 2005;130(S 2):66-71.
181. Fuchs T. Verkörperte Subjektivität In: Fuchs T, (Hg.): Subjektivität und Gehirn. Berlin: Parodos Verlag Pabst Science; 2007. S.49-62.
182. Frank M. Lässt sich Subjektivität naturalisieren? In: Fuchs T, (Hg.): Subjektivität und Gehirn. Berlin: Parodos Verlag Pabst Science; 2007. S. 29-48.
183. Pearce J. Emil Heinrich Du Bois-Reymond (1818-1896). J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71(5):620.
184. Sturm T. Consciousness regained? Philosophical arguments for and against reductive physicalism. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(1):55-63.
185. du Bois-Reymond E. Über die Grenzen des Naturerkennens. In: du Bois Reymond (Hg.). Reden von Emil du Bois-Reymond in zwei Bänden. Vol. 1. 2. Auflage, Leipzig: Veit&Co; 1912. S.441-473.
186. Kripke S. Naming and Necessity. 1980, Camebridge/Mass.

8. Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Martin Teufel, Leitender Oberarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen, und Herrn Dipl.-Päd. Dipl.-Psych. Norbert Schäffeler, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen.

Sämtliche Patientenbefragungen wurden von mir und einer wissenschaftlichen Hilfskraft eigenständig durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte eigenständig, nach Beratung durch das Institut für Biometrie der Universität zu Tübingen, durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 05.07.2016

9. Danksagung

Die Datenauswertung erfolgte mit der Expertise von Ulrike Keim, Diplom-Epidemiologin. Vielen lieben Dank für diese äußerst hilfreiche Unterstützung.

Bei dieser Arbeit wurde die methodische Beratung des Instituts für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie der Universität Tübingen in Anspruch genommen. Für die biometrische Beratung möchte ich mich bei Frau Naumann herzlich bedanken.

Herzlichen Dank für die herausragende und tatkräftige Unterstützung des Teams der ambulanten Melanomnachsorge, PD Dr. med. Thomas Eigentler und Dr. med. Andrea Forschner.

Die Arbeit wurde initiiert und betreut von Herrn Prof. Dr. med. Martin Teufel. Danke für die fachliche Unterstützung und die wertvollen Ratschläge.

Betreut wurde die Studie ebenso durch Dr. Norbert Schäffeler. Herzlichen Dank für den zielführenden wissenschaftlichen Austausch insbesondere hinsichtlich psychoonkologischer Aspekte.

Für die Förderung meines wissenschaftlichen Interesses möchte ich mich sehr herzlich bei Prof. Dr. med. Stephan Zipfel bedanken.

Herzlichen Dank an Sabrina Ölschläger, Dr. med. Juliane Schwille-Kiuntke und Julia Fischer für den wissenschaftlichen Austausch.

Diese Arbeit wurde von Jessica Sabasch und Manuel Newen korrigiert. Vielen lieben Dank!

Besonderer Dank gilt Dr. med. Marco Skardelly und Dr. rer. nat. Stefanie Hayer.

Der größte Dank gilt meiner Familie.