Berlin School of Public Health
Studiengang: Master of Public Health

Masterarbeit

Evaluation eines interaktiven digitalen Mediums im Rahmen des Projekts „Psychoonkologie online“

vorgelegt von: Sandra Feldt
Matrikelnummer: 214589
Telefon: 0178/6816012

Gutachter: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Zweitgutachten: Dr. Tanja Vollmer

Beginn der Arbeit: 01.07.2011
Abgabe der Arbeit: 29.02.2012

1. Danksagung

Für die Unterstützung bei meiner Masterarbeit möchte ich mich bei folgenden Personen herzlich bedanken:

meinen beiden Betreuerinnen Frau Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider und Frau Dr. Tanja Vollmer sowie Herrn Prof. Dr. Volker Beck für ihre hilfreichen Anregungen und ihre konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit.

Frau Dr. med. Claudia Schelenz, Frau Dr. med. Antje Wetzel, Frau Johnson, Frau Rosemarie Mittermair, Herrn Rainer Göbel, Frau Dr. Irmgard Buske, Frau Barbara Baysal und Frau Heidi Jäger für die tatkräftige Unterstützung bei der Patientenrekrutierung.

Frau Antje Kayser und Undine Mros für die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Ansprechpartnern.

Frau Petra Riesner und Herrn Christian Traupe für das kritische Korrekturlesen der Arbeit und ihren konstruktiven Vorschlägen.

Michael Renkwitz für die technische Unterstützung besonders in der Endphase dieser Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt den zahlreichen Interviewteilnehmern für ihre Offenheit und ihre Zeit, mir einen Teil ihrer Erfahrungen zu erzählen und ihre Meinung zum Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit darzulegen.

2. Verzeichnisse

2.1 Inhaltsverzeichnis

1. Danksagung 2
2. Verzeichnisse 3
2.1 Inhaltsverzeichnis 3
2.2 Abbildungsverzeichnis 4
2.3 Verzeichnis der Anhänge 5
2.4 Abkürzungsverzeichnis 5
3. Einleitung 6
3.1 Entwicklung der Psychoonkologie 6
3.2 Psychoonkologie heute 7
3.2.1 psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus 7
3.2.2 psychoonkologische Versorgung in der Rehabilitation 8
3.2.3 psychoonkologische Versorgung in der ambulanten Versorgung und in der Nachsorge 8
3.3 psychosoziale Belastungen bei Krebserkrankungen 10
3.3.1 Psychosozialer Distress 10
3.3.2 Ängste 10
3.4 Diagnostik in der Psychoonkologie 12
3.4.1 Klinische Diagnostik 12
3.4.2 Screening-Verfahren 12
3.5 Videoeinsatz in Psychoonkologie und Psychotherapie 15
3.5.1 Motivierende Effekte 15
3.5.2 Vermittlung von Einsicht 16
3.5.3 Vermittlung von Wissen 16
3.5.4 Fazit 17
3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 17
4. Evaluationsgegenstand und Forschungsfragen 18
4.1 Beschreibung des Evaluationsgegenstands 18
4.2 Fragestellungen 22
5. Methoden 22
5.1 Evaluation zur Erkenntnisgewinnung 22
5.2 Studiendesign 23
5.2.1 das problemzentrierte Interview 23
5.2.2 Das Distress-Thermometer 24
5.3 Interviewplanung und Intervieworganisation 24
5.3.1 Konstruktion der Instrumente – Interviewleitfaden und Kurzfragebogen 24
5.3.2 Anzahl und Auswahl der Interviewpartner 25
5.3.3 Durchführung der Interviews (Ausgestaltung der Interview-situation) 26
5.3.4 Interviewbegleitende Dokumentation 27
5.4 Vorbereitungen zur Interviewauswertung 27
5.4.1 Transkription und Transkriptionsregeln 27
5.4.2 Import der Texte in das Analysenprogramm MAXQDA 28
5.4.3 Daten des Kurzfragebogens eingeben 28
5.4.4 Daten erkunden und fallweise darstellen 29

5.5 Interviewauswertung – qualitative Inhaltsanalyse 29
5.5.1 Auswahl des Auswertungsverfahrens 29
5.5.2 Bestimmung der zur Fragestellung passenden Analysentechnik 29
5.5.3 Erstellen des Kategoriensystems und Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems 30
5.5.4 Regeln der Zusammenfassung 36
5.6 kategorienbasierte Auswertung und Evaluationsbericht erstellen 39
5.7 Fazit erarbeiten, Ergebnisse rückmelden, Bericht abschließen 39
5.8 Datenschutz und Vertraulichkeit 40
6. Ergebnisse 41
6.1 Fallvariablen 41
6.1.1 Fallvariablen der Befragten aus den Selbsthilfegruppen 41
6.1.2 Fallvariablen der Befragten aus den ambulanten Arztpraxen 42
6.1.3. Vergleich der Fallvariablen Selbsthilfegruppen und ambulante Arztpraxen 43
6.2 Fallübersichten der Interviewten 46
6.3 Visualisierung von Codehäufigkeiten mit dem Code-Matrix-Browser 46
6.4 Ergebnisse der Zusammenfassung der strukturierenden Inhaltsanalyse 49
6.5 Ergebnisse der kategorienbasierten Auswertung 49
6.5.1 Akzeptanz des Instruments 49
6.5.2 Motivation durch das Instrument 70
6.5.3 Psychoonkologie und Internet 78
6.5.4 Verbesserungsvorschläge 86
7. Diskussion 89
7.1 Diskussion der Fallvariablen 89
7.2 Ergebnisse zusammenfassen und verdichten im Hinblick auf die Evaluationsziele 90
7.2.1 Finden die Videos eine nachhaltige Akzeptanz bei der definierten Zielgruppe? 90
7.2.2 Wird die Zielgruppe mit Hilfe der Videos motiviert, sich weiter mit sich selbst auseinanderzusetzen und bei Bedarf in der Realität Hilfe zu suchen? 96
7.2.3 Wird mit Hilfe der Videofilme und der anschließenden Stellungnahmen der Therapeuten vermittelt, was die Psychoonkologie für die Patienten leisten kann? 98
7.3 Empfehlungen zur Überarbeitung und Weiterentwicklung der Internetplattform 99
7.4 Videoeinsatz in der Psychoonkologie 99
7.5 Schwächen und Stärken der Evaluationsstudie 100
8. Abstract (deutsch) 101
9. Abstract (englisch) 103
10. Literatur 105
11. Anhänge 108

2.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kategoriensystem und Codierleitfaden 35
Abbildung 2: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung (modifiziert nach Mayring [51]). 35
Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring) [51] 38
Abbildung 4: Datenmatrix der erhobenen Fallvariablen für die Interviewten der Selbsthilfegruppen 44
Abbildung 5: Datenmatrix der erhobenen Fallvariablen für die Interviewten der ambulanten Arztpraxen 45
Abbildung 6: Codehäufigkeiten in den Interviews der Selbsthilfegruppen mit dem Code-Matrix-Browser
Abbildung 7: Codehäufigkeiten in den Interviews der ambulanten Arztpraxen mit dem Code-Matrix-Browser 47

Abbildung 8: prozentuale Häufigkeiten der Codierungen pro Kategorie in den Interviews der Selbsthilfegruppen 48
Abbildung 9: prozentuale Häufigkeiten der Codierungen pro Kategorie in den Interviews der ambulanten Arztpraxen 48
Abbildung 10: Auswertung des Distress-Thermometers in Selbsthilfegruppen 50
Abbildung 11: Auswertung des Distress-Thermometers in ambulanten Arztpraxen 52
Abbildung 12: Bewertung der Patienten, Therapeuten und Schilderungen in Selbsthilfegruppen 66
Abbildung 13: Identifikation mit Belastungen und Sorgen unter Interviewten aus Selbsthilfegruppen nach dargestellten Patienten 67
Abbildung 14: Bewertung der Patienten, Therapeuten und Schilderungen in ambulanten Arztpraxen 69
Abbildung 15: Identifikation mit Belastungen und Sorgen unter Interviewten aus ambulanten Arztpraxen nach dargestellten Patienten 69

2.3 Verzeichnis der Anhänge

Anhang 1: die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers 108
Anhang 2: Interviewleitfaden 109
Anhang 3: Kurzfragebogen 112
Anhang 4: Studieninformation zur Teilnahme an der Studie 113
Anhang 5: Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie: 115
Anhang 6: Interviewprotokollbogen 116
Anhang 7: Datenschutzvotum der Charité 117
Anhang 8: Ethikvotum der Charité 118
Anhang 9: Fallübersichten 120
Anhang 10: Zusammenfassung der kategorienbasierten Auswertung 139

2.4 Abkürzungsverzeichnis

dapo e.V.	Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie in der deutschen Krebsgesellschaft e. V.
BAK e. V.	Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante Krebsberatung
IAPAH	Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit
FBK	Fragebogen zu Alltagsbelastungen bei Krebs
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Überarbeitung
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PA-F	Progredienzangst-Fragebogen
SHG	Selbsthilfegruppe
RTF-Datei	Rich Text Format-Datei
MAXQDA	
CML	chronisch myeloische Leukämie
CLL	chronisch lymphatische Leukämie
OP	Operation
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

3. Einleitung

Krebs ist nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache, macht ein Viertel der deutschen Todesfälle aus und betrifft verstärkt alternde Menschen. In den letzten Jahrzehnten sind jedoch große Fortschritte in der Krebsdiagnostik und –behandlung zu verzeichnen. Die fortgeschrittene medizinische Versorgung hat zu einer Lebenszeitverlängerung und –qualitätsverbesserung beigetragen, die in einem stärkeren Ausmaß von psychosozialen Faktoren bestimmt wird [1], [2].

3.1 Entwicklung der Psychoonkologie

Die Psychoonkologie ist ein junger Zweig der Medizin, der sich in den letzten 30 Jahren als Teilgebiet der Onkologie entwickelt hat.

Formal begann die Entwicklung der Psychoonkologie im Jahr 1975 mit der Forschung und Entwicklung von Instrumenten, mit deren Hilfe man versuchte, subjektive Symptome wie Schmerz, Angst, Depression und später auch besonders die Lebensqualität quantitativ zu messen. Dann wandte man sich zunehmend den Ressourcen zur Bewältigung der psychologischen Belastungen des Krebspatienten zu (Distress Coping) [3]. Man wollte dem Patienten und seiner Familie in den verschiedenen Stadien seiner Krankheit zu psychologischem, sozialem und physischem Wohlbefinden, also zu einer Verbesserung der Lebensqualität verhelfen. Dieses Ziel wurde in multidisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen und in integrativen Versorgungsmodellen verfolgt [3, 4]. Im Laufe der Zeit hatten auch Präventionsmaßnahmen, die Seelensorge und die psychosoziale Onkologie innerhalb der Psychoonkologie ihren Platz behauptet. Durch die Fortschritte in der onkologischen Behandlung hat die Psychoonkologie immer mehr mit chronisch Kranken zu tun. Damit einher ging eine Verschiebung der Behandlung und Betreuung onkologischer Patienten von stationär nach ambulant mit der Folge stärkerer häuslicher Belastungen in der Familie des Erkrankten. Weltweit gab es Gründungen von Gesellschaften für Psychoonkologie und Psychosoziale Onkologie. In Deutschland wurde 1983 die Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo e. V.) und 1988 die Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (PSO) gegründet. Außerdem gründete sich im Jahr 2008 die Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante Krebsberatung (BAK e. V.).

Die Psychoonkologie ist heute aus der modernen Onkologie nicht mehr wegzudenken. Sie versteht sich als ein Teilgebiet der Onkologie, in dem sich unter einem ganzheitlichen Ansatz multiprofessionelle Teams aus den Fachbereichen Psychologie, Soziologie,

Sozialpädagogik, Krankenpflege, Psychiatrie, Onkologie und Theologie mit den emotionalen Reaktionen sowohl der Patienten und ihrer Familien als auch der Behandler und Betreuer befassen.

3.2 Psychoonkologie heute

Trotz rasch voranschreitender Entwicklung der Psychoonkologie in den letzten 3 Jahrzehnten, muss erwähnt werden, dass in Deutschland dennoch Anspruch und Realität einer flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung weit auseinanderklaffen [5].

Eine onkologische Erkrankung stellt in der Regel für die betroffenen Patienten eine extreme Belastungssituation dar. Krisenhafte Phasen der Erkrankung wie Tumorprogress oder Rezidiv und Aushalten der Behandlungsmethoden verlangen ein hohes Maß an Bewältigung von den Patienten. Die Belastungssymptome der Patienten können als Folge einer Diskrepanz zwischen realen Belastungssituationen durch Krankheit und Behandlung und den jeweils zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen gesehen werden [6]. Wünschenswert ist eine naht- und reibungslose Betreuung der Patienten in allen Phasen von Krankheit und / oder Behandlung. Fachkundige psychosoziale Betreuung sollte in jedem Bereich der Versorgungskette der Onkologie den Patienten zugänglich sein, also in der Diagnostik, während der stationären bzw. ambulanten Behandlung und während der Nachsorge und der Rehabilitation, ebenso als Begleitung bei chronischen Langzeitverläufen, in der Phase der palliativen Behandlung und als Begleitung im terminalen Lebensabschnitt.

3.2.1 psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus

Im Akutkrankenhaus haben Diagnostik und Therapie eindeutig Vorrang. Die psychoonkologische Arbeit wird durch das Setting und die körperliche Verfassung des Patienten beeinflusst. Psychoonkologische Arbeit im Akutkrankenhaus ist nur begrenzt planbar, erfordert viel Flexibilität und Transparenz. Die psychoonkologische Versorgung ist im Krankenhausbereich gut vernetzt. Der fachliche Austausch von Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Ergotherapeuten, Psychologen usw. ist in der Regel durch Teilnahme an Visiten, Übergabesprechstunden und Stationskonferenzen gegeben. Das größte Problem im Bereich der Psychoonkologie im Krankenhaus ist ein Defizit an Personalstellen. Universitätskliniken sind gut versorgt (91 % der Universitätskliniken halten ein psychosoziales Angebot vor, 17 % der Universitätskliniken sogar ein speziell psychoonkologisches Angebot), aber insbesondere an Allgemeinkrankenhäusern und kleineren Kliniken ist eher ein Mangel an psychosozialen

Angeboten zu verzeichnen [7, 8]. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren veröffentlichte 1999 Personalrichtlinien. In diesen wurden für 40 onkologische Planbetten ein ärztlicher / psychologischer Psychotherapeut und 1,5 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen gefordert [9]. Diese Forderungen sind bis heute lange nicht erfüllt.

3.2.2 psychoonkologische Versorgung in der Rehabilitation

Im Bereich der stationären Rehabilitation ist im Vergleich zum Akutkrankenhaus eine deutlich bessere psychosoziale Versorgung onkologischer Patienten gegeben. In Deutschland gibt es über 100 Rehabilitationskliniken für diese Patientengruppe. In einer Untersuchung von Weis et al [7] wurde ein Personalschlüssen von durchschnittlich 1:84 festgestellt. Je nach Träger und Gegebenheit variiert das vorgehaltene Personal aber sehr stark. Die Vernetzung der Versorgungsstrukturen ist abhängig von den Bemühungen des Trägers. Die onkologische Reha-Maßnahme dauert in der Regel nur 3 Wochen, wodurch psychosoziale Betreuung natürlich begrenzt ist. Trotzdem haben die Träger oft Programme zur psychosozialen Unterstützung der Patienten erstellt mit psychoeduktiven Einheiten, Entspannungstrainings, Gruppen- und Einzelgesprächen. Es können auf jeden Fall Probleme fokussiert und Weichen für eine spätere weiterführende Betreuung gestellt werden.

3.2.3 psychoonkologische Versorgung in der ambulanten Versorgung und in der Nachsorge

In der Nachsorge wird psychosoziale Unterstützung von vielen unterschiedlichen Trägern und Gruppierungen angeboten. Dazu zählen beispielsweise Selbsthilfegruppen, niedergelassene Psychotherapeuten, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und Kommunen oder auch Tumorzentren. Die Aufrechterhaltung einer hohen psychosozialen Beratungsqualität erfordert eine Spezialisierung und Erfahrung, was nur bei entsprechend hoher Beratungsdichte gewährleistet werden kann. Das Angebot in diesem Sektor ist ausgesprochen schlecht strukturiert und variiert lokal sehr stark. So sind erwartungsgemäß in Großstädten mehr Angebote zu finden als in strukturschwachen Gebieten [10]. Die personelle Besetzung der Beratungsstellen vor Ort variiert stark bezüglich der Zahl und Ausbildung der Mitarbeiter. Im Anforderungsprofil der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird für die personelle Ausstattung eine Zielgröße von mindestens zwei beratenden Mitarbeitern mit Ausbildung Sozialarbeiter / -pädagoge und einer Verwaltungskraft genannt. Nur 7 % der 238 erfassten Krebsberatungsstellen entsprachen dieser Anforderung. Die Variation in der Ausbildung der Mitarbeiter ist möglich, weil generell noch Schritte zur bundesweiten Vereinheitlichung der Ausbildungsinhalte

unterschiedlicher Berufsgruppen mit dem Ziel der systematischen Qualifizierung fehlen. Die Fachverbände dapo und PSO bieten übergeordnet die Möglichkeit des Austauschs. Die tatsächliche Vernetzung ist aber von der Initiative des Einzelnen abhängig. Weiter entscheidet auch das Engagement des einzelnen Therapeuten darüber, ob diese im Krankenhaus oder Hospiz Patienten betreuen wollen. Ein solches Engagement wird durch organisatorische und abrechnungstechnische Schwierigkeiten weiter erschwert.

Die Vernetzung psychoonkologischer Versorgungsangebote im Bereich der Nachsorge ist eher als unbefriedigend zu bewerten. Die sektorübergreifende Vernetzung der Angebote aus dem Bereich der stationären und ambulanten Behandlung ist derzeit fast gar nicht gegeben.

Damit hat sich die Psychoonkologie in Zukunft noch folgenden Herausforderungen zu stellen:

1. In allen Versorgungssektoren ist immer noch ein Defizit an Personalstellen zu beklagen. Die von den Verbänden geforderten Personalschlüssel scheinen aber unter Berücksichtigung der Lage im Gesundheitswesen unrealistisch hoch zu sein. Es sollten dennoch in Zukunft alle Möglichkeiten, zusätzliche Stellen zu schaffen und zu finanzieren, ausgeschöpft werden.
2. Beseitigung der Variation in der psychosozialen Ausbildung der Mitarbeiter durch die bundesweite Vereinheitlichung der Ausbildungsinhalte unterschiedlicher Berufsgruppen.
3. Zur Qualitätssicherung in der Behandlungskette sind angemessene Instrumente zu Screening, Diagnostik, Indikation und Dokumentation nötig. Einige psychoonkologiespezifische Instrumente sind bereits vorhanden, zum Beispiel der Hornheider Fragebogen zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit [11] und die Psychoonkologische Basisdokumentation „PO-Bado“ [12].
4. Entwicklung allgemein anerkannter Standards für die psychoonkologische Betreuung. Leitlinien für spezielle Indikationen werden derzeit entwickelt. Psychosoziale Aspekte bei Krebserkrankungen werden in Leitlinien einzelner Fachverbände berücksichtigt, z. B. bei Brustkrebs. Diese variieren aber stark in Umfang und Qualität. Der Großteil der onkologischen Entitäten findet noch keine Berücksichtigung.
5. Für die Evaluation, die den Nachweis des klinischen Nutzens der psychoonkologischen Versorgung erbringen soll, gibt es mittlerweile eine Reihe

von Studien mit dem Nachweis eines Effektes auf die Lebensqualität und die emotionale Anpassung [13]. Die Erfassung sozioökonomischer Parameter wie Fehltage, Inanspruchnahme von Ärzten, Beratern, Therapeuten, Wiedereingliederung ins Berufsleben ist schwer zu operationalisieren.

3.3 psychosoziale Belastungen bei Krebserkrankungen

In der Onkologie und auch bei anderen chronischen körperlichen Erkrankungen ist das psychische Befinden der Patienten oft mit der Diagnose, dem Krankheitsverlauf, der Behandlung und den durch die Erkrankung zusätzlich entstehenden familiären, sozialen und beruflichen Belastungen verbunden. Bei einem Teil der Patienten waren psychische Belastungen und Störungen bereits vor der Krebsdiagnose vorhanden. Bei dem weitaus größeren Anteil der Patienten stellt die psychische Belastung aber eine Reaktion auf die reale und häufig längere Konfrontation mit der lebensbedrohlichen Erkrankung Krebs dar und verändert sich mit einer Verbesserung oder Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands. Das gilt besonders für Ängste, aber auch für Symptome anderer psychischer Störungen. Auch die Intention der psychotherapeutischen Behandlung unterscheidet in einigen Bereichen zwischen körperlich Gesunden und körperlich Kranken. Im Gegensatz zur Psychotherapie psychischer Störungen bei körperlich Gesunden stellen wesentliche Ziele psychoonkologischer Interventionen neben der Symptomentlastung und der Verbesserung der Lebensqualität vor allem die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sowie Hilfen zum Leben mit den Einschränkungen und der vorhandenen realen Bedrohungen durch die Krebserkrankung dar.

Häufige psychosoziale Belastungen im Rahmen der Krebserkrankung sind psychosozialer Distress, depressive Störungen, Ängste, Belastungsreaktionen, somatoforme und funktionelle Störungen und Störungen von Körperbild und Sexualität.

3.3.1 Psychosozialer Distress

Psychosozialer Distress wird definiert als „ein breites Spektrum von unangenehmen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, die von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reichen“ [14, 15].

3.3.2 Ängste

Die Häufigkeit von Angsterkrankungen bei Patienten mit chronischen Körpererkrankungen ist gegenüber Gesunden deutlich erhöht [16]. In einer Studie von Burgess et. al. [17] hatten

48 % der befragten Brustkrebspatientinnen erhöhte Angst- und Depressionswerte. Ebenfalls 48 % der befragten Patienten mit verschiedenen Krebsdiagnosen gaben in einer Arbeit von Stark et. al. [18] erhöhte Angstwerte an. Wie Herschbach [19] ausführt, schwanken die Angaben über Häufigkeiten psychischer Störungen bei den verschiedenen Studien erheblich. Grund dafür könnte sein, dass psychisches Leiden keine feststehende Größe ist und in unterschiedlichen Populationen und zu unterschiedlichen Erhebungszeiten unterschiedlich intensiv vorkommen kann. An der Spitze, einer mit dem „Fragebogen zu Alltagsbelastungen bei Krebs“ (FBK) erhobenen Rangliste von insgesamt 23 für Krebs typischen Belastungen aus allen Lebensbereichen bei Krebserkrankungen, stehen krankheitsspezifische Ängste [20] [21] [22]. So empfindet etwa ein Drittel (32,2 %) von 1.721 untersuchten Krebspatienten unterschiedlicher Diagnosen und Krankheitsstadien krebsspezifische Ängste als stark oder sehr stark belastend. Die wichtigsten und am meisten belastenden Ängste sind:

- die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung,
- die Angst vor Arbeitsunfähigkeit,
- die Angst vor Schmerzen und
- die Angst, noch einmal ins Krankenhaus zu müssen.

Der wichtigste Aspekt in diesem Zusammenhang scheint die Progredienzangst, die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, zu sein. Lee-Jones et. al. [23] schließen, dass viele Patienten in Remission mit der ständigen Angst vor einem erneuten Auftreten eines Tumors leben. Die Patienten leiden unter einer realen und berechtigten Angst ohne Krankheitswert im psychiatrischen Sinn, die allerdings die Lebensqualität einschränkt. Die Bedeutung dieser realen Angst vor Fortschreiten der Erkrankung wird bei körperlich chronisch kranken Menschen im Allgemeinen unterschätzt. Progredienzangst ist eigentlich funktional, da sie Selbstfürsorge und Compliance erhöhen kann. Sie sollte behandelt werden, wenn sich ein Patient durch die Angst in seiner Lebensqualität eingeschränkt fühlt.

Es wird auch eine Unterscheidung zu phobischen und anderen Angsterkrankungen deutlich, wie sie in der ICD-10 klassifiziert sind [24]. Im Unterschied zur Progredienzangst sind die dort beschriebenen Ängste irrational und dem Gegenstand gegenüber unangemessen. Progredienzangst dagegen ist dem Gegenstand angemessen.

Die Ängste eines Krebspatienten betreffen auch die Sorge, mit peinlichen Veränderungen nicht umgehen zu können, wie Operationsfolgen. Die Patienten haben Angst vor erneuten belastenden Chemo- und Strahlentherapien mit Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall oder

schlechterem Allgemeinbefinden [25]. Die ausgeprägten Ängste bleiben selbst bei langzeitüberlebenden Krebspatienten bestehen [16] .

Durch Angst ausgelöste Gefühle und Gedanken können Bedrohtheitsgefühl, Anspannung, Unruhe, Aggression, depressive Verstimmungen, kognitive Einschränkungen, Affektlabilität, Gedankenkreisen, starke Schreckhaftigkeit und Angst vor der Angst sein. Durch Angst können körperliche Reaktionen wie Zittern, Schwitzen, Mundtrockenheit, Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen und Schlafstörungen ausgelöst werden. Psychoonkologische Behandlungen können Ängste reduzieren und der Krebspatient kann lernen mit Belastungen und Sorgen besser umzugehen [26].

3.4 Diagnostik in der Psychoonkologie

3.4.1 Klinische Diagnostik

Krebspatienten sind in besonderem Maße anfällig für psychische Reaktionen, die mit zunehmender Dauer der Erkrankung und den daraus resultierenden Behandlungen oft durch bleibende körperliche Versehrungen kompliziert werden. Dennoch bleiben Distress – die schädliche Form von Stress-, Angst und Depression - oft unentdeckt und unbehandelt. Gerade bei Patienten, die ihre Symptomatik nicht von sich aus ansprechen oder diese nur versteckt äußern können, unterschätzen die Behandler häufig den Schweregrad psychischer Symptome und deren Behandlungsbedürftigkeit. Viele Krebskranke scheuen zudem davor zurück, ihren Leidensdruck zu offenbaren, und auf der Seite der Onkologen werden solche Themen oft aus Zeitdruck, Mangel an Einfühlung oder Unkenntnis über die Bedeutung der Thematik für eine erfolgreiche und zufrieden stellende Behandlung ausgeklammert [27]. Seit der Monitoringstudie von Fallowfield et. al. [28] ist bekannt, dass es Onkologen nur in 29 % der Fälle gelingt, psychische Belastungen bei ihren Patienten im Rahmen ihrer herkömmlichen Sprechstunden zu erkennen. Diese Studie zeigte, der Onkologe muss von sich aus aktiv nachfragen. Fragen an den Patienten signalisieren Interesse an der Person und Einfühlung in die Situation des Patienten. Der Patient kann aufgrund fehlender Möglichkeiten psychische Veränderungen an sich selbst oft nicht wahrnehmen oder durch Verleugnung seines hilfebedürftigen Zustandes nicht selbst erkennen und benennen. Eine Motivation des Patienten durch einen Psychoonkologen mit Informationen über vorhandene Maßnahmen, kann helfen, den Patienten geeigneten Behandlungen zuzuführen.

3.4.2 Screening-Verfahren

Screening-Instrumente sind unverzichtbar geworden durch die Fortschritte der Leitlinienentwicklung im Bereich Psychoonkologie (z. B. [29]) und der Vorgaben des

Nationalen Krebsplans. Außerdem gibt es eine allgemeine Forderung nach evidenzbasierter Diagnostik, da psychische Komorbiditäten die stationäre Verweildauer von Krebspatienten beeinflussen können [30]. Um seine Funktion als „Siebtest“ [31] zu erfüllen, sollte das Screening möglichst ökonomisch, das heißt so kurz wie möglich, und genau, das heißt so ausführlich wie nötig sein. Alle Patienten ohne das betreffende Merkmal sollten von einer ausführlichen Diagnostik ausgenommen werden können. Gegenwärtig wird in der onkologischen Versorgung aber auch nur ein Teil der behandlungsbedürftigen psychischen Symptome oder Störungen bei Krebspatienten erkannt und angemessen behandelt. Die Aneignung von weiterem Wissen über das Screening von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen bei Krebspatienten ist deshalb ein dringendes Anliegen für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung [32].

Verschiedene Instrumente werden in der Praxis bereits angewandt. Es wird unterschieden zwischen Instrumenten zur Selbstbeurteilung (Patienten definieren ihr Belastungslevel) und Instrumenten zur Fremdbeurteilung (Ärzte oder Pflegepersonal definiert das Belastungslevel der Patienten).

Die meisten der Tests bieten so genannte Cut-off-Werte an, die als Indikator für psychische Betreuungsbedürftigkeit gelten. Die Benutzung dieser Schwellenwerte kann als schnelle Entscheidungshilfe für den klinischen Alltag hilfreich sein. Einige grundsätzliche Probleme im Umgang mit Schwellenwerten sind allerdings:

- Schwellenwerte basieren auf einzelnen Studien, deren Repräsentativität nicht immer gut belegt ist.
- Ein Schwellenwert kann keine psychische Diagnose ersetzen, die auf der Basis eines ausführlichen Interviews gestellt wird.
- Von dem empfohlenen Schwellenwert sollte dann abgewichen werden, wenn er eine größere Anzahl von Patienten indiziert, als anschließend behandelt werden können. In diesen Fällen wird ein, in einer Vorstudie errechneter „hauseigener“ Schwellenwert empfohlen.

Vor diesem Hintergrund können die angegebenen Schwellenwerte nur als eine Orientierung dienen, die gegebenenfalls je nach Fragestellung und Zielsetzung der jeweiligen Untersuchung modifiziert werden müssen.

Im Folgenden soll das Distress-Thermometer als Messinstrument für allgemeine psychosoziale Belastung vorgestellt werden, da es im Rahmen dieser Arbeit für eine kurze quantitative Evaluation verwendet wird.

Das NCCN Distress-Thermometer

Quelle

Das Distress-Thermometer wurde in deutscher Sprache 2006 in der Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie publiziert und ist über die Erstautorin A. Mehnert, kostenfrei erhältlich [33] (Anhang 1).

Entstehung und theoretisches Konzept des Verfahrens

Das Distress-Thermometer wurde durch ein interdisziplinäres Gremium des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) in den USA im Rahmen der Erarbeitung von Leitlinien zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten entwickelt [34]. Ziel ist die Erfassung von Ausmaß und Ursache bestehender psychosozialer Belastungen (Distress) bei onkologischen Patienten. Der Begriff Distress wurde gewählt, weil er nicht stigmatisierend ist und eine große Bandbreite von Belastungen abdeckt.

Versionen

Die englische Originalversion wurde von Roth und Mitarbeitern 1998 entwickelt und inzwischen in mehreren Sprachen validiert. Das Distress Thermometer wurde international in 19 Studien an insgesamt 6.414 Krebspatienten verschiedener Tumorerkrankungen psychometrisch überprüft.

Anwendungsbereiche

Das Distress Thermometer ist ein Ultra-Kurz-Screening, das für Patienten aller Tumordiagnosegruppen, Tumorstadien und Behandlungsarten (stationäre und ambulante adjuvante wie palliative Behandlung, Rehabilitation) geeignet ist. Es vermittelt den in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen in Kürze Informationen darüber, ob und in welchem Ausmaß ein Patient belastet ist und welche körperlichen, praktischen, emotionalen, partnerschaftlichen und spirituellen Probleme existieren.

Beschreibung des Verfahrens

Der Einsatz des Distress-Thermometers ist im Alltag einer Klinik oder ambulanten Praxis wie folgt vorgesehen: Der Patient erhält das Thermometer und die Problemliste mit der Bitte, diese auszufüllen und anschließend einem Mitglied des Behandlungsteams auszuhändigen. Ein Wert auf dem Distress-Thermometer von 5 oder höher sollte als Signal verstanden werden, das der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. Die Problemliste gibt Auskunft darüber, in welchen Bereichen die Ursachen der Belastung liegen. Die fachliche Zuständigkeit ist wie folgt vorgesehen: Handelt es sich um ein praktisches Problem, ist vorrangig der Sozialdienst zuständig. Für emotionale, psychische

oder familiäre Probleme ist das psychologische Team zuständig, für spirituelle Belange die Seelsorge und für körperliche Probleme das onkologische Team. Das Distress Thermometer ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das als Paper-Pencil-Test vorliegt. Es besteht aus einer visuellen Analogskala in Form eines Thermometers, die von 0 („gar nicht belastet“) bis 10 („extrem belastet“) reicht, und einer Problemliste. Der Patient kreuzt auf dem Thermometer an, wie stark belastet er sich in der letzten Woche einschließlich desselbigen Tages gefühlt hat bzw. fühlt. Die Problemliste umfasst mit insgesamt 36 Items mögliche Ursachen für die Belastung in fünf Bereichen: praktische Probleme (5 Items, u. a. Wohnsituation), familiäre Probleme (2 Items, u. a. Umgang mit den Kindern), emotionale Probleme (6 Items u. a. Traurigkeit), spirituelle Probleme (2 Items, u. a. Verlust des Glaubens) und körperliche Probleme (21 Items, u. a. Schmerzen). Die Items der Problemliste werden dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet. Die Bearbeitungszeit für das Distress-Thermometer beträgt 2 bis 3 Minuten.

Darüber hinaus wird das Instrument von den Patienten sehr gut akzeptiert, da es kurz und nicht stigmatisierend ist. Es ist durch seine Einfachheit auch für ältere oder schwer kranke Patienten gut geeignet.

3.5 Videoeinsatz in Psychoonkologie und Psychotherapie

Im Rahmen dieser Evaluation stellte sich zunächst die Frage, ob es psychoonkologische Instrumente gibt, die mit Videotechnik arbeiten. Eine dazu durchgeführte Literaturrecherche ergab, dass es keine Instrumente in der Psychoonkologie gibt, die mit Videotechnik arbeiten. Videotechnik wird aber in der Psychotherapie eingesetzt. Die Wirkungen von Videoeinsatz in der Psychotherapie können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Der Enthusiasmus mit dem die Möglichkeiten des Videoeinsatzes gesehen wurden, ist inzwischen einer eher zurückhaltenden Betrachtung gewichen. Es wurde deutlich, dass Video eine zusätzliche Komponente in der Therapie darstellt, also andere Teile nicht ersetzen kann. Video kann z. B. nicht eine Therapiesitzung retten, in der der Therapeut nicht so recht weiter weiß. Video muss gezielt eingesetzt werden, d.h. der Therapeut muss ein klares Konzept darüber haben, was er mit dem Videoeinsatz erreichen will [35] .

3.5.1 Motivierende Effekte

Viele Arbeiten weisen darauf hin, dass vor allem ein motivierender Effekt vom Videoeinsatz ausgeht: Alkoholiker konnten stärker zur Teilnahme an einem

Abstinenzprogramm motiviert werden [36], hirnverletzte Patienten zeigten mehr Interesse an eigenen Problemen, wenn sie Diskussionen über andere Gruppenmitglieder verfolgen konnten [37].

Motivierende Effekte bedeuten, dass Anstöße gegeben werden, indem Video zu bestimmten Zeitpunkten als Intervention eingesetzt wurde. Dies sollte wiederum nicht zu häufig geschehen, da sonst dieser motivierende Effekt nachlässt.

3.5.2 Vermittlung von Einsicht

Vor allem die Selbstkonfrontation wird als Videoverfahren herangezogen, um Einsichten zu vermitteln bzw. um zur Korrektur eines verzerrten Selbstbildes beizutragen [38].

3.5.3 Vermittlung von Wissen

Vergleichsweise unproblematisch ist die Vermittlung von Wissen durch Video. Hier umfassen die Anwendungen die psychologische Vorbereitung von Kindern für medizinische Behandlungen [39, 40], die Unterweisung von Eltern im Elterntraining [41, 42], Information über Logotherapie bei Alkoholikern [43], Instruktion für Diabetespatienten bis hin zur Unterweisung von behinderten Kindern in sozialen Fertigkeiten [44].

Beim Vergleich zwischen Video und anderen Informationsformen zeigten sich insgesamt keine eindeutigen Effekte [45]. So hatten Kinder, denen unter Sedierung ein Herzkatheter gelegt werden sollte, nach Videoinstruktion nicht weniger Angst als solche, denen in der gleichen Zeit lediglich Aufmerksamkeit geschenkt wurde [39]. Anders war es bei Kindern, deren Angst vor der Zahnbehandlung nach Videoinformation deutlich sank [40].

In dem zuvor beschriebenen Bereich wird es besonders auf die Art der Information ankommen, wie sie vermittelt wird, aber auch auf den Gegenstandsbereich, auf den sich die Informationen beziehen.

Insgesamt überwiegt ein positiver Einfluss des Videos im Hinblick auf das Erreichen der in den Arbeiten verfolgten unterschiedlichen Ziele. Allerdings sind die bisher nachgewiesenen Effekte eher gering, und sie reichen keinesfalls aus, irgendein Videoverfahren isoliert einzusetzen. Immer dann aber, wenn eine Motivierung und Aktivierung der Patienten erreicht werden soll, ist Video ein wertvolles zusätzliches Hilfsmittel. Dieser Motivationsschub kann in der Rückmeldung des eigenen Verhaltens liegen oder durch Modelle initiiert werden. Video kann aber auch in der Betonung von negativem Selbstbild oder negativem Verhalten ein gefährliches Instrument sein, das besondere Vorsicht verdient. Voraussetzungen für den Videoeinsatz als Mittel in verschiedenen

Therapieformen sind Verständigung über geeignete Effizienzkriterien und Schaffung von günstigen Bedingungen für den Videoeinsatz. Effizienzkriterien können die Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten sein, Informationen über die Art von Einsicht die vermittelt wurde oder auch beobachtbare Verhaltensänderungen.

3.5.4 Fazit

Ganz deutlich sollte sein, dass Video zu bestimmten Zeitpunkten und Phasen in der Therapie verwendet werden sollte, bei möglichst klar vorgegebenen Problemen. Die Erwartungen sollten sich nicht auf wundersame Veränderungen richten, sondern eher auf unmittelbare motivierende und aktivierende Effekte, die für den weiteren Therapieverlauf förderlich sind.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann aus den bisher dargestellten Forschungsergebnissen folgendes abgeleitet werden:

Psychische Belastungen bei Krebspatienten bleiben oft unentdeckt und unbehandelt. Auf der einen Seite werden psychische Befindlichkeiten des Patienten durch den Onkologen aus Zeitmangel oder wegen Mangel an Einfühlung oder Unkenntnis über die Bedeutung dieser Thematik noch nicht genug berücksichtigt. Der Patient auf der anderen Seite spricht diese Symptomatik eher nicht von sich aus an, häufig aufgrund von Hemmungen bezüglich dieser Thematik. Um in der Praxis mehr Krebspatienten zu identifizieren, die auch psychisch belastet sind, und um gleichzeitig dem Zeitproblem des onkologischen Behandlungsteams entgegen zu kommen, werden heute hauptsächlich anerkannte Screeningverfahren genutzt. Als Screeningverfahren in der Psychoonkologie werden vor allem Fragebögen verwendet, in denen der Patient mit Hilfe von Ratingscales sein Befinden einschätzen kann (z. B. HADS, Distress-Thermometer, PA-F). Diese Tests bieten Cut-Off-Werte an, die als Indikator für Betreuungsbedürftigkeit gelten.

Das Video auf der anderen Seite wurde bereits vielseitig in den verschiedensten Gebieten der Psychotherapie untersucht. Die wesentlichen Erkenntnisse sind, dass Video eine zusätzliche Komponente in der Therapie darstellt, also andere Teile nicht ersetzen kann. Vom Videoeinsatz als Intervention zu bestimmten Zeitpunkten können unmittelbar motivierende und aktivierende Effekte ausgehen.

4. Evaluationsgegenstand und Forschungsfragen

4.1 Beschreibung des Evaluationsgegenstands

Das im Folgenden zu evaluierende Instrument, welches 3 Videofilme umfasst, nutzt die Videotechnik als Instrument zur Entdeckung von Ängsten und Angststörungen im Rahmen der Krebserkrankung durch Krebspatienten selbst. Auf der Grundlage von echten Patiententagebüchern berichten in den Filmen 3 Schauspieler, die einen Patienten darstellen, über die speziellen Ängste im Rahmen ihrer Krebserkrankungen. Die dargestellten Patienten 1 und 2 erhielten eine kurative Behandlung bzw. haben eine gute Prognose (Patientin 3).

1. Videofilm

Die dargestellte Patientin leidet an einer **milden Angst**. Sie ist 41 Jahre alt, geschieden, Regisseurin und hat einen Sohn. Sie ist bereits seit einem Jahr wieder beruflich aktiv. Im August 2008 erhielt sie die Diagnose Brustkrebs. Noch im gleichen Monat wurde sie operiert, wobei ihre linke Brust amputiert werden musste. Sie entschied sich gegen einen Wiederaufbau der Brust. Von September bis November 2008 erhielt sie eine adjuvante Chemotherapie. Sie ist weitgehend beschwerdefrei, abgesehen von starken schmerzhaften Stauungen der Lymphe im linken Arm und Achsel (Lymphödem).

Sie berichtet, dass die Diagnose für sie zunächst „ein schwerer Schock war, sie aber von Anfang an überzeugt war, dass sie es schaffen würde, den Krebs zu besiegen“. Das ist ihr auch gelungen und schon während der Chemotherapie hat sie wieder gearbeitet. Dadurch hatte sie gar keine Zeit, sich mit der Krankheit „aktiv auseinanderzusetzen“. Sie sagt, „berufliches Engagement ist für sie Auseinandersetzung und daran ändert auch die Erkrankung nichts“. Sie macht eine kurze Pause und berichtet dann sehr verzweifelt, dass sie sich aufgrund der Schwellungen und Schmerzen im linken Arm nicht mehr zutraut in die Sauna zu gehen oder zum Schwimmen oder Tennis zu spielen oder zu tanzen. Sie bemerkt, dass sie ihren Körper seit einem Jahr komplett vernachlässigt hat und das macht ihr Angst. Sie sagt, dass sie ihren Körper hässlich findet und zweifelt an ihrer Entscheidung bezüglich des Brustaufbaus. Sie betont, dass sie froh ist, im Moment keinen Partner zu haben und erzählt von ihrer Angst vor anstehenden Kontrolluntersuchungen.

Nach dem Bericht der Patientin fasst ein Psychoonkologe zusammen, wie er die emotionale Befindlichkeit der Patientin bewertet und verweist auf adäquate Ratschläge und Hilfsangebote. Der Psychoonkologe erklärt, dass diese Patientin an einer milden Form der Angst leidet und betont, dass eine solche Reaktion zunächst normal ist. Die Ängste beziehen sich besonders auf ihren Körper und darauf nicht mehr zu gefallen. Die Ängste

blockieren die Patientin bei der Krankheitsverarbeitung, was wiederum ihre Lebensqualität stark einschränkt. Die Psychoonkologie könnte diese Blockade lösen durch Beratungsgespräche, kreative Verfahren und Entspannungsübungen.

2. Videofilm

Der dargestellte Patient ist 38 Jahre alt, verheiratet und hat keine Kinder. Er ist Verwaltungsbeamter und seit einem Jahr arbeitsunfähig geschrieben. Er steht kurz vor der Wiederaufnahme seiner Arbeit.

Im Januar 2009 erhielt er die Diagnose Enddarmkrebs. Vor der Operation machte er von Januar bis Februar eine Strahlentherapie. Im März wurde er dann operiert. Dabei wurden große Gewebebereiche entfernt, die Kontinenz blieb erhalten und er erhielt keinen künstlichen Darmausgang. Er hatte keine Metastasen. Von Mai bis Dezember erhielt er noch 8 Zyklen Chemotherapie bei der es zu einigen Komplikationen und zu starken Schmerzen kam. Er ist nun seit 2 Monaten beschwerdefrei und klinisch gesund.

Er leidet an einer **mittelstarken Angststörung** und berichtet zunächst von deutlich ausgeprägten körperlichen Symptomen, die mit der Angst einhergehen, wie nächtliches Aufwachen mit Schweißausbrüchen und Alpträumen. Seine Frau sorgt sich um ihn, was ihm sehr „peinlich“ ist. Ihr Zuliebe geht er mit zu Freunden, aber am liebsten würde er sich zurückziehen, da ihn diese mit ihren „kleinen Alltagsproblemchen“ eher aggressiv machen. Die Zweifel an seinen medizinischen Befunden und Arztaussagen nehmen zu, er hat große Angst, dass die Krankheit erneut auftreten könnte und beschließt, diese „Tortur nicht noch einmal durchzumachen“. Da er kurz vor der Wiederaufnahme seiner Arbeit steht, hat er große Angst davor, ob er es überhaupt schafft, 8 Stunden im Büro durchzuhalten. Manchmal jogged er oder fährt Mountainbike, um der Angst zu entfliehen. Er wirkt hilflos und erschöpft.

Im Anschluss an die Schilderung des Patienten fasst eine Psychoonkologin zusammen, dass es sich hier um einen mittel bis stark belasteten Patienten mit ausgeprägten Angstgedanken um die Zukunft und mit starken Körpersymptomen handelt. Besonders auffällig wäre die starke Selbstwertproblematik – der Patient empfindet sich nur als Belastung, auch für seine Frau. Obwohl er von körperlicher Seite geheilt ist, empfindet er sich emotional nach dieser Krankheit so verändert, dass er sich nicht wieder erkennt und so auch nicht akzeptieren kann. Er fühlt sich schwach, wertlos, antriebslos, hat nur Angstgedanken an die Zukunft und es werden wenige Ressourcen deutlich, die der Bewältigung dienen könnten. Die Psychoonkologin betont, dass es ganz normal ist nach einer solchen Erkrankung Angst zu haben, solange man über Mechanismen verfügt, mit denen man die Gedanken wieder

unterbrechen oder unter Kontrolle bringen kann. Dieser Patient scheint dem Ganzen aber sehr ausgeliefert zu sein. Seine ausgeprägten Angstgedanken stellen eine Indikation für eine therapeutische Begleitung dar. Diese professionelle Hilfe könnte sich zusammensetzen aus einem Beratungsgespräch mit offenem Ende und Techniken, die er erlernen könnte und die es ihm ermöglichen den Gedankenkreislauf zu unterbrechen. Weiter kann er mit Unterstützung der Psychoonkologie lernen, Gefühle gegenüber Therapeut und Partner zum Ausdruck zu bringen. Letztendlich kann es ihm mit psychoonkologischer Unterstützung gelingen ein Stück Normalität, Zuversicht und Freude zurück zu gewinnen.

3. Videofilm

Die im 3. Film dargestellte Patientin ist 53 Jahre alt, verheiratet und hat 3 fast erwachsene Töchter. Sie ist leitende Pflegekraft einer Universitätsklinik und seit 5 Tagen arbeitsunfähig geschrieben. Vor 2 Wochen hat sie die Diagnose chronisch myeloische Leukämie (CML) erhalten. Es ist eine Chemotherapie in 1,5 Wochen anberaumt. Die Patientin hat klinisch gute Heilungschancen. Sie steht noch unter dem Schock der Diagnose und leidet an einer **stark ausgeprägten Angststörung**.

Sie schildert, dass sie davon überzeugt ist, dass sie „es sowieso nicht schafft und eigentlich längst tot ist“. Die Behandlung würde daran auch nichts ändern. Sie beschreibt, dass sie „die Stimmen um sich herum wahrnimmt, aber nicht mehr hört was sie sagen“. Sie hat das Interesse an allem verloren und fragt sich, warum gerade jetzt sie diese Krankheit überfällt. Sie ist unentschlossen bezüglich der anstehenden Chemotherapie und auch unfähig diesbezüglich eine Entscheidung zu treffen. Sie beschreibt sehr starke körperliche Symptome.

Die Psychoonkologin fasst zusammen, dass die Patientin eine extrem starke Angststörung im Zusammenhang mit der Diagnose hat. Sie kann ihre Ängste ausdrücken, schafft es aber nicht, sich Hilfe zu suchen. Da sie aber gerade möglichst schnell eine lebenswichtige Entscheidung bezüglich ihrer Behandlung treffen muss, wäre Unterstützung an dieser Stelle und bei dieser Patientin dringend notwendig. Man muss dieser Patientin daher sehr schnell Hilfe anbieten oder sie muss sich entscheiden möglichst schnell Hilfe anzunehmen. Bei dieser Hilfe würde es sich in erster Linie um eine Psychotherapie handeln, mit deren Hilfe man herausfinden würde, wie stark die Angst ist und wie sehr ihr diese im Weg steht für die Therapieentscheidung. Weiter wäre eine symptomorientierte Therapie angezeigt, so dass die Patientin zur Ruhe kommt und wieder schlafen kann. Hier empfiehlt die Psychoonkologin eine Entspannungstherapie. Ziele dieser Maßnahmen sind, die Lebensqualität wiederherzustellen. Außerdem rät die Psychoonkologin zur

Auseinandersetzung mit der von der Patientin aufgeworfenen Frage „Warum gerade ich?“. Dies sei eine wichtige Frage mit der sich Patienten aktiv auseinandersetzen müssen.

Diese 3 Videofilme sind Teil einer neuen Internetseite (www.psycho-onkologie.net) zum Thema Psychoonkologie speziell für Patienten. Die Seite ist noch nicht online. Diese Internetseite wurde im Rahmen des Projekts „Psychoonkologie online“ durch Herrn Prof. Dr. Beck (Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesundheitswissenschaften und Soziale Arbeit) und Frau Dr. Tanja Vollmer (Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit in Rotterdam, IAPAH) realisiert. Hintergrund war eine Recherche zu online-Angeboten zum Thema Psychoonkologie speziell für Patienten. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass es viele Informationen zu diesem Thema gibt, die aber nur selten auf die emotionalen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen. Die Informationen werden dazu noch häufig unverständlich kommuniziert. Hier sahen sie dringenden Handlungsbedarf. Daraus entstanden der Wunsch und das Projekt, eine Internetseite zum Thema Psychoonkologie speziell für Patienten aufzubauen.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen diese Videofilme und fertige Teile der Internetseite zum ersten Mal Krebspatienten gezeigt werden. Dabei ist zunächst von besonderem Interesse, ob das Instrument, so wie es derzeit konzipiert ist, akzeptiert wird oder nicht, ob es Verbesserungs- und / oder Ergänzungsvorschläge gibt. Weiter soll herausgefunden werden, ob sich Krebspatienten motiviert fühlen in der Realität psychoonkologische Hilfe zu suchen, wenn sie sich in den Videos vielfach wieder erkennen und sich für unterstützungsbedürftig einschätzen. Außerdem soll es am Ende der Untersuchung möglich sein, die Informiertheit der Patienten zum Thema Psychoonkologie durch die Videos und die Internetseite insgesamt zu beurteilen. Die Zielstellungen Motivation und Information der Patienten werden auch durch die zuvor durchgeführte Literaturrecherche zum Videoeinsatz in der Psychotherapie für realistisch gehalten.

4.2 Fragestellungen

Es sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- **Akzeptanz** der Filme – Finden die Videos eine nachhaltige Akzeptanz bei der definierten Zielgruppe? Dies ist insofern wichtig, als die Evaluation eine Entscheidungsgrundlage über die Weiterführung des Projekts bieten soll.
- **Motivation und Aktivierung** durch die Videos – Wird man mit Hilfe der Videos motiviert, sich weiter mit sich selbst auseinanderzusetzen und bei Bedarf in der Realität Hilfe zu suchen?
- **Informationsgewinn** – Wird mit Hilfe der Videofilme und der anschließenden Stellungnahmen der Therapeuten vermittelt, was die Psychoonkologie für die Patienten leisten kann?

5. Methoden

5.1 Evaluation zur Erkenntnisgewinnung

Evaluationen können vier Funktionen erfüllen. Eine Unterscheidung ist sinnvoll, weil je nach Themenstellung verschiedene Herangehensweisen und Konzepte eingesetzt werden. Es handelt sich um folgende vier Funktionen:

(1) Gewinnung von Erkenntnissen
(2) Ausübung von Kontrolle
(3) Auslösung von Entwicklungs- und Lernprozessen
(4) Legitimation der durchgeführten Maßnahmen, Projekte und Programme

Die für das Projekt durchzuführende Evaluation soll Erkenntnisse liefern. Es besteht ein Interesse daran, zu wissen, welche Bedarfe die Zielgruppe hat, ob die Maßnahmen die Zielgruppe erreichen, wie es mit der Akzeptanz des Instruments bestellt ist, welche Beiträge das Instrument zur Lösung des identifizierten Problems, nämlich der Erkennung von Krebspatienten mit psychoonkologischen Versorgungsbedarf durch die Patienten, liefert. Ziel der Informationssammlung ist die Gewinnung von Erkenntnissen um diese an Hand der vorgegebenen Bewertungskriterien zu beurteilen und daraus Entscheidungen über die weitere Nutzung des Zugangs zu den potentiellen Patienten abzuleiten. Die Festlegung auf eine prioritäre Funktion (hier: Erkenntnisgewinnung) steuert die Herangehensweise und bestimmt das Design und die Durchführung der Evaluation [46].

5.2 Studiendesign

In den Human- und Sozialwissenschaften richtet sich die Wahl der Untersuchungsart zunächst nach dem in der Literatur dokumentierten Kenntnisstand zu einer Thematik. Nach Abschluss der Literaturarbeit muss zunächst entschieden werden, ob der Stand der Forschung die Ableitung und Überprüfung einer gut begründeten Hypothese zulässt (explanative Untersuchung) oder ob mit der Forschungsthematik wissenschaftliches Neuland betreten wird, welches zunächst eine explorative Orientierung bzw. eine gezielte Hypothesensuche erfordert (explorative Untersuchung) [47].

Nach der hier durchgeführten Literaturrecherche muss festgestellt werden, dass wissenschaftliches Neuland betreten wird. Es gibt noch keine Publikationen, die den Videoeinsatz in der Psychoonkologie untersucht haben. Daher und auch auf Grund des unter 4.1. genannten vorrangigen Ziels der Erkenntnisgewinnung in dieser Evaluation wird sich im Rahmen dieser Untersuchung für eine explorative bzw. erkundende Untersuchung entschieden, mit dem Ziel, in einem relativ unerforschten Untersuchungsbereich neue Hypothesen zu entwickeln.

5.2.1 das problemzentrierte Interview

Im Rahmen einer explorativen Untersuchung kann das explorative Interview ein geeigneter methodischer Zugang zum Betroffenen sein. Die Befragten kommen in den Interviews möglichst frei zu Wort und die Gespräche können eher offen geführt werden. Das Interview ist aber gleichzeitig zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt und auf die er immer wieder zurückkommt. Beide Voraussetzungen werden durch das problemzentrierte Interview erfüllt, welches für diese Evaluation als Befragungsform gewählt wurde.

Ausgehend vom Forschungsstand und den eigenen Forschungsfragen wurden dann bestimmte Fragen erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt und vom Interviewer im Gesprächsverlauf angesprochen wurden.

Das problemzentrierte Interview eignet sich hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung, da es keinen rein explorativen Charakter hat, sondern die Aspekte der vorhergehenden Problemanalyse in das Interview Eingang finden. Das problemzentrierte Interview ist teilweise standardisiert durch den Leitfaden. Diese Standardisierung erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. Das Material aus vielen Gesprächen kann auf die jeweiligen Leitfadenfragen bezogen und so leicht ausgewertet werden [48].

5.2.2 Das Distress-Thermometer

Ferner wurde das Distress-Thermometer (inklusive Problemliste) (Anhang 1) den Befragten als quantitatives Messinstrument vor und nach dem Betrachten der Videos vorgelegt. Es diente der Quantifizierung der psychischen Belastungen der Probanden. Damit können im Nachhinein Korrelationen betrachtet werden. So kann beispielsweise ermittelt werden, ob ein stark psychisch belasteter Patient die Videos anders bewertet oder nutzt als ein nicht belasteter Patient. Das „Prä- / Post- Design“ wurde gewählt, um ebenfalls zu quantifizieren, ob die Betrachtung der Videos und die Befragung einen negativen Einfluss auf das Stressniveau des Teilnehmers haben. Nach dem Interview sollte er nicht mehr alle Problemfelder ankreuzen, sondern nur einen Wert auf dem Thermometer angeben.

5.3 Interviewplanung und Intervieworganisation

5.3.1 Konstruktion der Instrumente – Interviewleitfaden und Kurzfragebogen

Zunächst wurde für die Evaluation der „Videos“ ein angemessener Fragenkatalog entwickelt. Im Gegensatz zu einer quantitativ ausgerichteten Befragung, die mit Hilfe eines Fragebogens standardisiert durchgeführt wird, geht es in einem qualitativ ausgerichteten Erhebungsverfahren darum, Informationen zu gewinnen, die durch offene Fragen erhoben werden. Dazu wurden zunächst alle relevanten Fragen und Themenkomplexe in einem Brainstorming gesammelt und die Ziele der Evaluation fokussiert. Aus diesem Bündel ließen sich Themen mit den jeweils zugehörigen Unterfragen bilden. Fragen, die sich eher standardisieren ließen, wurden in einen Kurzfragebogen eingefügt, die anderen zu einem Interviewleitfaden gefasst. Schließlich wurden der Leitfaden und die Fragen in einer konkreten Interviewsituation getestet (Probeinterview) [49]. Das Probeinterview half, die Zeitdauer des Interviews besser abzuschätzen und noch kleine Änderungen und Ergänzungen vorzunehmen. So wurde beispielsweise der Themenbereich „Einschätzung des psychischen Wohlbefindens vom Diagnosezeitpunkt bis zur Gegenwart“ von Position 1 auf die letzte Position verschoben, da im Probeinterview festgestellt wurde, dass sich das Gespräch mit der ursprünglichen Reihenfolge zu sehr vom zu bewertenden Instrument entfernt. Außerdem wurde noch eine Einstiegsfrage ergänzt.

Der Interviewleitfaden (Anhang 2), der für dieses Projekt entwickelt und verwendet wurde, gliedert sich in vier Abschnitte, welche die zentralen Bereiche des Erkenntnisinteresses widerspiegeln. Im ersten Abschnitt geht es um die Akzeptanz des vorgestellten Instruments. Es wird nach den persönlichen Gefühlen und Einstellungen gegenüber den vorgestellten

Videos und den anschließenden Therapeutenratschlägen gefragt. Im zweiten Teil des Leitfadens wurde danach gefragt, ob die Patienten mit dem neuen Instrument motiviert wurden, sich weiter mit dem Thema Psychoonkologie auseinanderzusetzen und geeignete Hilfsangebote in Zukunft in Anspruch zu nehmen. Im dritten Teil des Leitfadens wurde erfragt, ob wesentliche Informationen zum Thema Psychoonkologie vermittelt wurden und ob diese verständlich und strukturiert aufbereitet waren. Im vierten und letzten Abschnitt wurde nach dem Verlauf der Krebserkrankung seit Diagnosebeginn und den damit einhergehenden emotionalen und sozialen Veränderungen gefragt.

Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein standardisierter Kurzfragebogen (Anhang 3) entwickelt: Dies ist insofern sinnvoll, als dass sich beispielsweise soziodemographische Daten schneller und einfacher per Fragebogen erheben lassen. Zudem konnten hier auch Fragen aufgenommen werden, die ansonsten die Länge der Interviews zu sehr ausgedehnt hätten. Der Kurzfragebogen lieferte daher weitere evaluationsrelevante Hintergrundinformationen, wie z. B. die Diagnose und das Stadium der Erkrankung. Mit diesen Informationen können die Aussagen im Interview besser eingeordnet werden. Der Kurzfragebogen wird nach der Durchführung des Interviews ausgefüllt.

5.3.2 Anzahl und Auswahl der Interviewpartner

Einschlusskriterien

Es sollen Patienten eingeschlossen werden, die in einer kurativen Therapie sind und nicht mit einem palliativen Ansatz behandelt werden. Hinsichtlich der Krebsdiagnosen und Altersgruppen sollen keine weiteren Einschränkungen vorgenommen werden, da die Website gerade für alle Diagnosen- und Altersgruppen hilfreich sein soll. Die Patienten sollten weiter über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen.

Ausschlusskriterien

Patienten, die schon vor der Krebsdiagnose psychologische Behandlung wegen schwerer psychischer Beeinträchtigungen in Anspruch genommen haben, sollen ausgeschlossen werden.

Anzahl und Kontaktierung der Interviewteilnehmer

Es wurden 8 Teilnehmer aus zwei onkologischen Schwerpunktpraxen, die sich in ambulanter Behandlung befinden und 13 Teilnehmer aus Selbsthilfegruppen (SHG), die sich ebenfalls in ambulanter Behandlung oder nach einer Behandlung befinden, ausgewählt. Die Festlegung auf insgesamt 21 Interviews ergibt sich aus der zur Verfügung

stehenden Zeit für die Datenerhebung und -analyse. Die Selektion der Patienten nach den oben genannten Einschlusskriterien erfolgte in den onkologischen Schwerpunktpraxen durch Onkologen und Psychologen und im Selbsthilfegruppenbereich durch die jeweiligen Leiter der Selbsthilfegruppen. Die Ansprechpartner (Onkologen, Psychologen und SHG-Leiter) erhielten zunächst vom Interviewer die Patienteninformation (Anhang 4). Diese Information wurde an alle ausgewählten Patienten weitergegeben. Bei Bereitschaft eines Patienten, die Videos zu sehen und das Interview zu führen, wurde die Telefonnummer des Patienten über den Ansprechpartner an den Interviewer weitergeleitet. Dieser nahm dann telefonisch Kontakt mit den Patienten auf. Im Telefonat erfolgte nochmals eine Erklärung des Projekts. Bei weiterer Bereitschaft des Patienten zur Teilnahme wurde ein Interviewtermin vereinbart. Bevor die Videos angesehen und das Interview geführt wurden, unterschrieben die Patienten immer die Einverständniserklärung (Anhang 5). Die Interviews wurden entweder in der Arztpraxis, bei den Patienten zu Hause oder im Rahmen von Selbsthilfegruppentreffen durchgeführt. Die Durchführung der Interviews erfolgte im Zeitraum von Mai 2011 bis Januar 2012.

5.3.3 Durchführung der Interviews (Ausgestaltung der Interview-situation)

Während der Interviews wurde versucht für eine ungestörte Atmosphäre zu sorgen (z. B. ein Zettel „Bitte nicht stören“ an die Tür und das Telefon ausschalten). Für jeden Termin wurden ungefähr 1 ½ Stunden Zeit für Ansehen der Videos und das Interview benötigt. Bei jeder Person, die interviewt wurde, gab es nach einer kurzen Begrüßung eine Schilderung, worum es in der Befragung geht und zu welchem Zweck diese durchgeführt wird. Um einen optimalen wissenschaftlichen Vergleich zu erreichen, wurde allen Patienten unter möglichst gleichen Bedingungen die Website bzw. Videos vorgestellt. So wurden die Website, die Videos und deren Zweck allen Patienten am gleichen Computer erklärt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Aussagen nur anonym verwendet werden. Ab dem Beginn des Interviews wurde das Gespräch aufgezeichnet, damit später eine adäquate Auswertung der Aussagen möglich wurde. Dieser Aufzeichnung hatten die Befragten mit der Einverständniserklärung, die vor dem Interview unterschrieben werden musste, zugestimmt. Die Einverständniserklärung ist personenbezogen und bleibt daher in der behandelnden Einrichtungen für die Dauer von 5 Jahren. Die betreuende Einrichtung war auch Ansprechpartner bei einer Rücknahme der Einverständniserklärung. Während des Interviews orientierte sich der Interviewer an den vorab festgelegten Fragen. Darüber hinaus war es häufig sinnvoll, geeignete Nachfragen zu stellen.

5.3.4 Interviewbegleitende Dokumentation

Zur interviewbegleitenden Dokumentation wurde ein Interviewprotokoll für jedes Interview geführt (Anhang 6). Dieses Interviewprotokoll wurde nach dem Interview ausgefüllt. Dieses Protokoll enthält zunächst kurze Angaben zur Erzählperson. Diese Angaben werden nicht erfragt, sondern dem Interviewinhalt entnommen bzw. wenn sie auch nach dem Interview nicht bekannt waren, als Schätzung eingetragen. Der Protokollbogen enthält formale Angaben zum Interview, wie Code-Nr., Datum, Ort und Angaben zur Teilnahmemotivation. Die wichtigste Funktion des Protokollbogens besteht aber darin, Stichworte zur Interviewatmosphäre und zur besonderen persönlichen Beziehung zwischen interviewender Person und Erzählperson festzuhalten. Im Protokollbogen wurde auch vermerkt, ob es schwierige Passagen, Irritationen usw. gab. Solche Passagen wurden in der Interpretation zu berücksichtigt. Die letzten Zeilen des Protokollbogens dienten einer Überprüfung (Einverständniserklärung unterschrieben?, Kontaktdaten übermittelt?) [49].

5.4 Vorbereitungen zur Interviewauswertung

5.4.1 Transkription und Transkriptionsregeln

Die gebräuchliche Definition für Transkription lautet: „Die Verschriftlichung menschlicher Kommunikation, meist auf der Grundlage von Tonband- oder anderen Aufzeichnungen. Je nach Untersuchungszweck kann bzw. muss die Transkription mehr oder weniger umfassend sein“ (ILMES 2008).

Transkriptionen im Rahmen von Evaluationen sollen wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und benötigen daher ein festes Regelsystem. Dieses richtet sich nach den jeweiligen Absichten und den dafür notwendigen Daten.

Für das vorliegende Projekt werden folgende Transkriptionsregeln verwendet:

- ✓ Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
- ✓ Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert.
- ✓ Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
- ✓ längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (…) markiert.
- ✓ Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.

- ✓ Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha usw.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
- ✓ Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
- ✓ Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch einen jeweils geeigneten Code gekennzeichnet
- ✓ Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

Die Transkription der Audiodaten erfolgte in Microsoft Word. Nach der Fertigstellung des Transkriptes wurde dieses als RTF-Datei gespeichert, denn für die weitere Auswertungsarbeit der Interviews mit der Analysensoftware MAXQDA mussten die Transkripte jeweils als RTF-Datei vorliegen. Dabei wurde jedes Interview einzeln mit dem jeweiligen Kennnamen (z. B. AP1, AP2 usw.) gespeichert. Für die Transkription musste genügend Zeit eingeplant werden. Je nach Tippgeschwindigkeit und Verständlichkeit der Aufnahme variiert die Dauer zwischen dem vier- bis achtfachen der eigentlichen Interviewlänge [50].

5.4.2 Import der Texte in das Analysenprogramm MAXQDA

Eine Textanalysensoftware erleichtert die Analyse der Interviewtexte und ermöglicht eine einfache Exploration, Codierung und Handhabung größerer Datenmengen. Für den weiteren Analyseprozess wurden die transkribierten Texte in MAXQDA eingelesen.
Im Folgenden soll der Vorgang kurz skizziert werden.
Um die RTF-Datei in MAXQDA zu importieren, durften die Texte nicht gleichzeitig in Word geöffnet sein. In MAXQDA wurde zunächst ein neues Projekt erstellt und die Texte per Drag-and-drop importiert. Um die relevanten Kontextinformationen wie Interviewer oder Case Summary festzuhalten, wurde zu jedem Text ein Memo geschrieben. So hatte man immer einen leichten und schnellen Zugriff auf die Kontextinformationen.

5.4.3 Daten des Kurzfragebogens eingeben

Um die Daten des Kurzfragebogens ebenfalls bei der Auswertung nutzen zu können, wurden diese Variablen in die Variablenmatrix in MAXQDA eingetragen.

5.4.4 Daten erkunden und fallweise darstellen

Nachdem die Interviews transkribiert und in MAXQDA eingelesen waren, begann die erste Datenerkundung. Als Erstes wurden die Interviewtexte gelesen und dabei Auffälligkeiten, Ideen und Notizen am Rand festgehalten. Diese wesentlichen und auffälligen Punkte wurden dann in einer Fallübersicht (Anhang 9) zusammengefasst. Die Übersicht wurde durch einige Angaben aus dem Kurzfragebogen ergänzt. Diese Übersicht dient als Diskussionsgrundlage für die weitere Auswertung.

5.5 Interviewauswertung – qualitative Inhaltsanalyse

5.5.1 Auswahl des Auswertungsverfahrens

Für die Auswertung der transkribierten Interviews soll die **qualitative Inhaltsanalyse** (kategoriegeleitete Textanalyse) genutzt werden.

Inhaltsanalyse zeichnet sich durch folgende Punkte aus:

- ✓ Inhaltsanalyse will Kommunikation analysieren
- ✓ Die Kommunikation liegt in schriftlich festgehaltener Form vor. Gegenstand der Analyse ist somit fixierte Kommunikation.
- ✓ Inhaltsanalyse will dabei systematisch vorgehen.
- ✓ Das systematische Vorgehen zeigt sich vor allem darin, dass die Analyse nach Regeln abläuft. Die Regelgeleitetheit ermöglicht es, dass auch Andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können.
- ✓ Eine Inhaltsanalyse geht theoriegeleitet vor. Sie analysiert ihr Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung; die Ergebnisse werden vom Theoriehintergrund her interpretiert. Theoriegeleitetheit heißt Anknüpfen an die Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand [51].

5.5.2 Bestimmung der zur Fragestellung passenden Analysentechnik

Man kann in der qualitativen Inhaltsanalyse zwischen 3 Analysentechniken unterscheiden: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Die geeignete Analysentechnik ist nach Forschungsfrage und Material auszuwählen.

Im Rahmen dieses Projekts wurde für die Auswertung die Analysentechnik **Strukturierung** verwendet. Diese inhaltsanalytische Technik hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Diese Struktur wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Bei der Analysentechnik Strukturierung wird also das Hauptkategoriensystem vorab festgelegt (deduktive Kategorienbildung). Alle

Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert.

Es können innerhalb der Analysentechnik Strukturierung verschiedene Formen unterschieden werden. Hier wurde die **inhaltliche Strukturierung** angewendet. Bei der inhaltlichen Strukturierung wird Material nach bestimmten Inhaltsbereichen (z. B. Themen) extrahiert und zusammengefasst. Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitete entwickelte Kategorien und (sofern notwendig) Unterkategorien, abgeleitet. Nach der Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems (siehe 5.*5.3.*) wird das in Form von Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie zusammengefasst. Dabei gelten die Regeln der Zusammenfassung (siehe 5.*5.4.*). Folgendes Ablaufmodell ergibt sich nun daraus (**Abbildung 2, S. 36**) [51].

5.5.3 Erstellen des Kategoriensystems und Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems

Im Folgenden soll beschrieben werden wie das Kategoriensystem passend auf das Material entwickelt und definiert und wie dann anhand dessen der Text verarbeitet wurde.

Die inhaltlichen Hauptkategorien (Schritt 2) müssen aus der Hauptfragestellung abgeleitet werden (deduktive Kategorienbildung). Außerdem müssen die Ausprägungen (Unterkategorien) definiert und mit Ankerbeispielen und Codierregeln beschrieben werden. Diese Bestimmungsmerkmale wurden in einem Codierleitfaden zusammengefasst, der als Handlungsanweisung für die Einschätzungen dient. Es musste überprüft werden, ob der Text überhaupt Material zu diesen Ausprägungen liefern kann.

Die Fundstellen wurden im Material mit dem Analysenprogramm MAXQDA codiert. Es wurden folgende einfache Codierregeln, wie beim Zuordnen von Textstellen zu Kategorien vorzugehen ist, aufgestellt.

1. Es werden Sinneinheiten codiert, aber mindestens ein Satz, am besten ein Absatz bei Bedarf mehrere Absätze und die einleitende Interviewer-Frage.
    - Es soll also ein gutes Maß gefunden werden, wie viel Text um die relevante Information herum mitcodiert wird. Die Textstelle soll ohne den sie umgebenden Textkorpus für sich allein ausreichend verständlich sein.

2. gleiche Informationen werden nur einmal codiert.
    - Wenn eine bereits codierte Information, die sich auf Fakten, also nicht auf Einstellungen und Motive oder subjektive Sichtweisen, bezieht, mehrfach genannt wird, dann wird diese nur bei der ersten Nennung codiert.

Bei der eigentlichen Einschätzung des Materials wird der Codierleitfaden laufend erweitert. Besonders eindeutige Zuordnungen werden als Ankerbeispiele aufgenommen und bei besonders uneindeutigen Einschätzungen werden zusätzliche Codierregeln zur Abgrenzung der Ausprägungen formuliert. Es wird zunächst ein Probelauf vorgenommen. Überall dort, wo sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Ausprägungen falsch gewählt oder falsch definiert wurden, erfolgte eine Überarbeitung des Kategoriensystems und seiner Definitionen. Danach wird der eigentliche Materialdurchlauf vollzogen.

Kriterien für das Kategoriensystem

Es sollte:

- weder zu feingliedrig noch zu umfangreich sein, damit in den einzelnen Kategorien ausreichend viele Textstellen zu finden sind und die Auswertung nicht zu aufwendig wird
- trennscharf sein.
- im Hinblick auf den späteren Evaluationsbericht formuliert sein, indem z. B. Kategorien gewählt werden, die im späteren Bericht als Überschriften wieder auftauchen können.
- in Beziehung zu den Fragestellungen und Evaluationszielen definiert sein.
- am Material getestet worden sein.

Vorgehensweise

Schritt 1: Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien

Die inhaltlichen Hauptkategorien werden aus der Hauptfragestellung abgeleitet. Zu den inhaltlichen Hauptkategorien werden, wenn notwendig, Unterkategorien formuliert.

Schritt 2: Bestimmung der Unterkategorien

Bei der Formulierung der Unterkategorien muss ein Differenziertheitsgrad gewählt werden, der sowohl der Fragestellung als auch dem Material angemessen ist.

Schritt 3: Formulierung von Definitionen

Zu den Unterkategorien müssen Definitionen formuliert werden, die den Inhalt der jeweiligen Unterkategorien genau bezeichnen. Weiter sollen zu den Unterkategorien

Ankerbeispiele, die als typische Materialstellen für die Kodierung der jeweiligen Unterkategorie gelten können, definiert werden. Es müssen Regeln formuliert werden, wie bei Grenzfällen zwischen den einzelnen Ausprägungen zu kodieren ist. Aus den Definitionen, Ankerbeispielen und Regeln wird ein Codierleitfaden zusammengestellt.

Schritt 4: Fundstellenbezeichnung

Es werden dann alle Textstellen bezeichnet, die Material zur Einschätzung auf die Kategorien liefern. Dabei ist zu beachten, was als Auswertungseinheit bestimmt wurde.

Schritt 5: Bearbeitung der Fundstellen

Es wird eine Einschätzung pro Auswertungseinheit aufgrund des Fundstellenmaterials anhand des Codierleitfadens vollzogen. Bei besonders eindeutigen Kodierungen wird die Fundstelle als Ankerbeispiel in den Codierleitfaden übernommen. Bei besonders uneindeutigen Kodierungen wird eine eindeutige Entscheidung getroffen und eine Codierregel für ähnliche Fälle formuliert. Diese Codierregel wird in den Codierleitfaden übernommen.

Schritt 6: Überarbeitung des Kategoriensystems

Sobald sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Unterkategorien falsch gewählt oder falsch definiert worden sind, müssen sie revidiert werden. Dazu müssen die Schritte 3 – 6 aufs Neue durchlaufen werden.

Das ursprüngliche, an das Material herangetragene Kategoriensystem hatte folgenden Aufbau:

1. Einschätzung des Wohlbefindens

1.1. körperliches und emotionales Befinden

1.2. psychologische Unterstützungsangebote

1.3. Nutzung psychologischer Hilfen aus dem Internet

1.4. Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet

2. Akzeptanz des Instruments

2.1. Auslösung von Gefühlen durch die Videos

2.2. Identifikation mit Belastungen und Sorgen

2.3. Wirkungen der dargestellten Patienten

2.4. Wirkungen der Therapeuten

2.4.1. Patientenautonomie

2.4.2. Bewertung der Ratschläge

2.4.3. Verständnis

3. Motivation durch das Instrument

3.1. Änderung der Einstellung zu psychischen Belastungen

3.2. Möglichkeiten und Hoffnungen

3.3. Entscheidungsfähigkeit

4. Informationen

4.1. Leistungen der Psychoonkologie

4.2. Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information

4.3. Verbesserungsvorschläge

An diesem System wurden nach dem ersten Materialdurchlauf folgende Überarbeitungen vorgenommen:
Die Unterkategorien der Kategorie „Wirkungen der Therapeuten“ wurden aufgelöst. Alle Textstellen, die die Beurteilung der Therapeuten betreffen gehen in der Kategorie „Wirkungen der Therapeuten“ auf.

Die Unterkategorien „Nutzung psychologischer Hilfen aus dem Internet“ und „Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet“ werden zusammengefasst und liegen nicht mehr unter der Kategorien „Einschätzung des Wohlbefindens“, sondern unter einer neu angelegten Kategorie „Psychoonkologie und Internet“. Die Unterkategorie „psychologische Unterstützungsangebote“ wurde ebenfalls in diese Kategorie verschoben. Die Unterkategorie „körperliches und emotionales Befinden“ wurde aufgelöst, da die Fallübersichten dazu genug Material liefern und es hier zu Verdopplungen kam.

Die Unterkategorie „Leistungen der Psychoonkologie“ wurde unter die Hauptkategorie „Psychoonkologie und Internet“ verschoben. Weiter wurde die Unterkategorie „Verbesserungsvorschläge“ zu einer eigenständigen Hauptkategorie. Die Unterkategorie „Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information“ wurde von der Hauptkategorie „Information“ in die Hauptkategorie „Akzeptanz des Instruments“ verschoben. Damit war die Hauptkategorie „Informationen“ aufgelöst.

Unter der Hauptkategorie „Motivation durch das Instrument“ wurden die Unterkategorien reduziert auf „eigene Bewältigungsmöglichkeiten“ und „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“, da die ursprünglich feinere Gliederung zu zu wenigen Fundstellen pro Unterkategorie und zu zu vielen Überschneidungen führte.

Akzeptanz des Instruments	**Definitionen**
Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information	Äußerungen der Patienten, die Umfang und Art der Aufbereitung der Information im Instrument (also insbesondere in den Videos) und der Internetseite beurteilen
Auslösung von Gefühlen durch die Videos	Äußerungen über Gefühle, die durch das Ansehen der Videos generell erzeugt werden (z. B. annehmend, ablehnend, mehr Angst erzeugend, Angst nehmend und warum)
Identifikation mit Belastungen und Sorgen	Äußerungen zur Identifikationsfähigkeit der Patienten mit den in den Videos geschilderten Belastungen und Sorgen (z. B. Ablehnung des durch Krebs stark veränderten Körpers, Verdrängung, Angst vor Kontroll-untersuchungen, Isolation vor Freunden und Partner)
Wirkungen der dargestellten Patienten	Äußerungen zu Gefühlen, die die Patientenschilderungen und die Darstellung der Patienten (Gestik und Mimik) in den Befragten auslösen (z. B. Verständ, Ablehnung oder Aggressivität)
Wirkungen der Therapeuten	Äußerungen, die sich auf die Bewertung der Therapeuten beziehen: - Wurden diese akzeptiert? - Wie werden ihre Ratschläge bewertet? - Bewertung hinsichtlich Wahrung der Patientenautonomie und Verständnis für die Patienten
Motivation durch das Instrument	**Definitionen**
Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten	Äußerungen der Befragten, die darauf hindeuten, dass sich beim Patienten durch das Instrument neue Wege der Verarbeitung seiner emotionalen Belastungen erschlossen haben Äußerungen der Befrageten, die darauf hindeuten, dass dem Patienten durch das Instrument ermöglicht wurde, sich jetzt besser einzuordnen bezüglich seiner emotionalen Belastungen Äußerungen der Patienten über sonstige zukünftige Nutzungsmöglichkeiten des Instruments
Bewältigungsmöglichkeiten	Äußerungen des Patienten zu seinen Bewältigungs- und Lösungsmöglichkeiten generell oder konkret bei ganz bestimmten Belastungen und Problemen Vorschläge zur Bewältigung der Probleme der Patienten in den Filmen
Psychoonkologie und Internet	**Definitionen**
psychologische Unterstützungsangebote	Äußerungen zu Angeboten über psychologische Unterstützungsmöglichkeiten vom Diagnosezeitpunkt bis zur Gegenwart, die durch das onkologische Behandlungsteam (Krankenhaus, Reha, ambulante Onkologie) oder auf anderem Wege an den Patienten herangetragen wurden
Leistungen der Psychoonkologie	Äußerungen der Patienten über ihre Erwartungen an die Psychoonkologie Äußerungen der Patienten über ihre bisherigen Erfahrungen mit der Psychoonkologie Äußerungen über neue Erkenntnisse zur Psychoonkologie durch das Internet
Nutzung und Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet	Äußerungen des Patienten über sein Nutzungsverhalten des Internets generell und insbesondere Äußerungen darüber, ob er sich vorstellen kann, psychologische Hilfsangebote aus dem Internet zu nutzen (z. B. Information, Online-Therapie und / oder Online-Beratung)
Verbesserungsvorschläge	Äußerungen des Patienten zu Verbesserungsvorschlägen zum Instrument oder zur Internetseite generell

Abbildung 1 zeigt das endgültig für diese Arbeit genutzte Kategoriensystem mit dem Codierleitfaden.

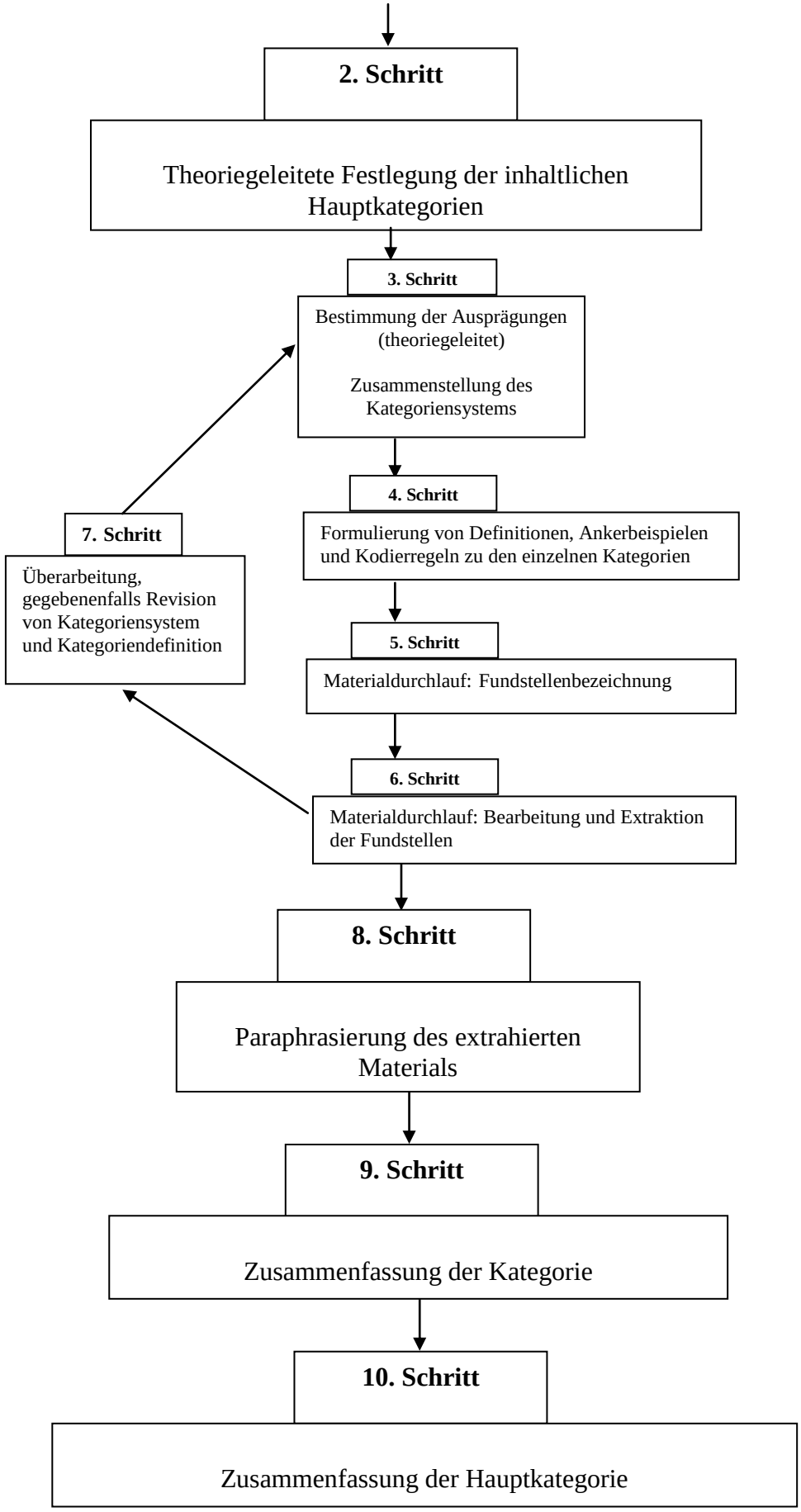


Abbildung 2: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung (modifiziert nach Mayring [51])

5.5.4 Regeln der Zusammenfassung

Die einzelnen Codiereinheiten werden in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung). Dabei werden bereits nicht inhaltstragende (ausschmückende) Textbestandteile fallen gelassen. Die Paraphrasen sollen auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert sein. Schließlich sollen sie in einer grammatikalischen Kurzform stehen (z. B. „Ja wissen Sie, ich hab´ ja eigentlich keine Belastung im Großen und Ganzen damals gespürt." wird zu „keine Belastung gespürt") (vgl. **Z1-Regeln** unten). Diese Paraphrasen werden herausgeschrieben. Im nächsten Schritt wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt aufgrund des vorliegenden Materials. Alle Paraphrasen, die unter dem Niveau liegen, müssen nun verallgemeinert werden (Makrooperator Generalisierung). An dieser Stelle, wie auch bei den weiteren Reduktionsschritten, müssen bei Zweifelsfällen theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen werden. Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen, werden zunächst belassen (vgl. **Z2-Regeln**). Dadurch entstehen einige inhaltsgleiche Paraphrasen, die nun gestrichen werden können. Ebenso können unwichtige und nichtssagende Paraphrasen weggelassen werden (Makrooperatoren Auslassen und Selektion) (vgl. **Z3-Regeln**). In einem zweiten Reduzierungsschritt werden nun mehrere, sich aufeinander beziehende und oft über das Material verstreute Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Makrooperatoren Bündelung, Konstruktion, Integration) (vgl. **Z4-Regeln**).

Am Ende dieser Reduktionsphase muss genau überprüft werden, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren. Alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchganges müssen im Kategoriensystem aufgehen. Noch gründlicher ist natürlich eine Rücküberprüfung der Zusammenfassung am Ausgangsmaterial selbst. Damit ist der erste Durchgang der Zusammenfassung abgeschlossen.

In einem 2. Durchgang (2. Zusammenfassung) sollen diese Kategorien weiter reduziert werden. Dazu wird das Abstraktionsniveau weiter heraufgesetzt. Die Aussagen sollen nun fallübergreifend nicht mehr die Einschätzungen der einzelnen Interviewten darlegen, sondern zu allgemeinen Einschätzungen der Unterkategorien generalisiert werden.

Bei großen Materialmengen ist es oft nicht mehr möglich, alle Inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren. Hier können mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden. Die Textstellen werden gleich auf das angestrebte Abstraktionsniveau transformiert. Vor dem Herausschreiben jeder neuen generalisierten Paraphrase wird überprüft, ob sie nicht schon

in den bisherigen enthalten ist, ob sie nicht mit anderen generalisierten Paraphrasen in Bezug steht, sodass sie bündelbar, konstruierbar, integrierbar zu einer neuen Aussage ist. Aus dieser Beschreibung des Modells lassen sich Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse aufstellen. Sie beziehen sich auf die vier Punkte, an denen das Material reduziert wird (vgl. Abbildung 3).

Z1: Paraphrasierung

Zunächst werden alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen gestrichen. Die inhaltstragenden Textstellen müssen dann auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt werden. Sie werden auf eine grammatikalische Kurzform transformiert.

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Die Gegenstände der Paraphrasen werden auf die definierte Abstraktionsebene generalisiert, so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind. Das Abstraktionsniveau des ersten Reduktionsdurchganges wurde folgendermaßen festgelegt: es sollen möglichst allgemeine Äußerungen über die Unterkategorien sein. Die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, werden zunächst belassen.

Z3: erste Reduktion

Bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten werden gestrichen.
Es werden Paraphrasen gestrichen, die auf dem Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden. Die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden, werden übernommen (Selektion). Theoretische Vorannahmen werden bei Zweifelsfällen zu Hilfe genommen.

Z4: Zweite Reduktion

Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) werden zusammengefasst. Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand werden zusammengefasst (Konstruktion / Integration). Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage werden zu einer Paraphrase zusammengefasst (Konstruktion / Integration). Die übrig gebliebenen Äußerungen durch Bündelung, Integration und Konstruktion werden zu neuen Äußerungen kategorienspezifisch zusammengestellt und stellen das Ergebnis der Zusammenfassung dar.
(→ Ergebnisse der Zusammenfassung: Anhang 10)

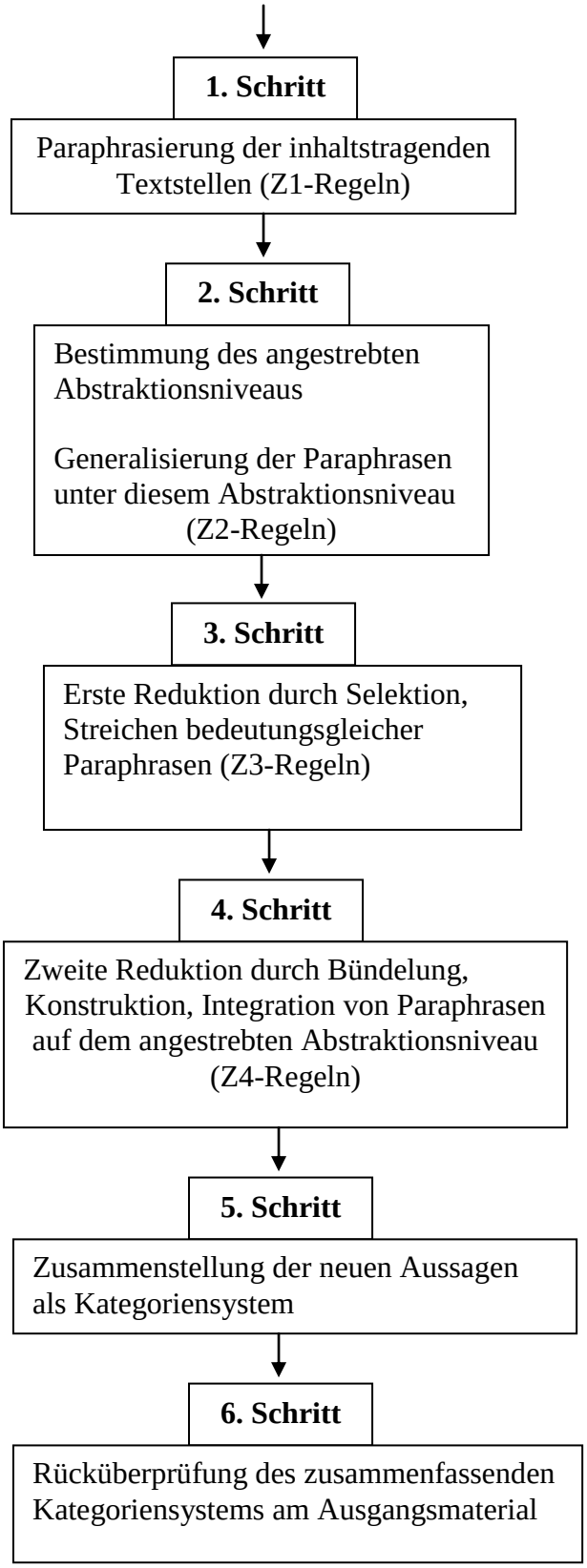


Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring) [51]

5.6 kategorienbasierte Auswertung und Evaluationsbericht erstellen

Der Aufbau des Kategoriensystems soll der späteren Berichtsgliederung entsprechen. Daher orientiert sich die weitere Auswertung direkt an den Kategorientiteln, die auch als Kapitelüberschriften dienen. In den einzelnen Kapiteln wird alles für wichtig Erachtete beschrieben und teilweise Erklärungsversuche und Interpretationen angefügt.

Zitate sind ein wichtiger Bestandteil der Ergebnisdarstellung eines qualitativen Projekts. Sie sollen der Verdeutlichung dienen und den Bericht mit der Originalsprache der Interviewten anreichern. In diesem Bericht soll ein Verhältnis von maximal 1/3 Zitat zu 2/3 Text festgelegt werden. Zitate können allein für sich stehen oder einzelne Satzteile aus dem Interview können in den Text integriert werden. Die Zitate sollten nicht zu lang sein. Zitate werden als solche gekennzeichnet (Anführungszeichen, Angabe des Interviews, kursiv). Es sollten auch quantifizierende Aussagen getroffen werden, um Mehrheiten und Minderheiten zu verdeutlichen. Es können zum Beispiel folgende Formulierungen genutzt werden.

- Fast alle Interviewten…
- Die Hälfte der Befragten…
- Eine Person…

Es soll in dieser Arbeit auch interpretiert und nicht nur auf der beschreibenden Ebene verblieben werden. Dazu wird das Material der 2. Zusammenfassung der Inhaltsanalyse beschrieben und interpretativ in einen größeren Rahmen eingeordnet. Dieser Rahmen besteht aus dem theoretischen Vorwissen zu Videoeinsatz in der Psychologie. Die Ergebnisse dieser kategorienbasierten Auswertung stellen einen großen Teil des Evaluationsberichtes dar.

5.7 Fazit erarbeiten, Ergebnisse rückmelden, Bericht abschließen

Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die festgelegten Evaluationsziele zusammengefasst und verdichtet. Der letzte Schritt umfasst eine Rückkopplung mit dem Auftraggeber der Evaluationsstudie, also mit Frau Dr. Vollmer und Herrn Prof. Dr. Beck. Die Ergebnisse sollen den Auftraggebern präsentiert und Verbesserungsvorschläge und Ideen für die zukünftige Gestaltung der Videofilme und der Internetseite zusammen erarbeitet werden. Dabei sollen die erhobenen Daten mit den Erfahrungen der Auftraggeber kombiniert werden und Handlungsoptionen entwickelt werden. Diese Handlungsoptionen sollen in den Bericht in den passenden Kapiteln aufgenommen werden.

5.8 Datenschutz und Vertraulichkeit

Neben der Berichterstattung musste auch an eine angemessene Archivierung der Daten gedacht werden.

Für die Evaluation wurden keine personenbezogenen Daten benötigt und durch den Evaluator auch nicht erhoben. Der Kontakt zu den Interviewteilnehmern wurde über den behandelnden Arzt oder durch Betreuer hergestellt.

Die Interviewaufzeichnung erfolgte nicht personenbezogen. Gegebenenfalls im Interview anfallende Angaben zu einer Person wurden gelöscht. Die Transkripte sind dann ebenfalls pseudonym (und damit in nicht personenbeziehbarer Form). Die Einverständniserklärungen der Patienten verbleiben nach Beendigung des Interviews für die Dauer von 5 Jahren in einem verschließbaren Schrank in der behandelnden Einrichtung. Die Original-Audiodaten und die schriftlichen Transkripte werden getrennt in einem jeweils verschließbaren Schrank aufbewahrt. Die Audiodatein verbleiben bis zum Studienabschluss, d.h. bis zur Abgabe des Abschlussberichtes beim Evaluator und werden von diesem nach Bewilligung des Abschlussberichtes durch die Studienleitung vernichtet. Der Datenschutzbeauftragte der Charité wird darüber in Kenntnis gesetzt. Die Transkripte sind vollständig pseudonymisiert und werden von der Studienleitung für eine Dauer von 5 Jahren verschlossen aufbewahrt.

Wie in der rechtsverbindlichen Teilnehmerinformation festgehalten, werden im Abschlussbericht ausschließlich fortlaufende Teilnehmer-Codes, aber keine Namen und keine persönlichen Informationen verwendet. Dies bezieht sich auf die Teilnehmer sowie deren Familienmitglieder, insofern sie namentlich erwähnt werden.
Jegliche Daten zu Personen, die nicht in die engere Auswahl kommen, werden am Ende der Rekrutierungsphase vernichtet.

Die Rechtsansprüche der Teilnehmer auf Widerspruch waren in der Teilnehmerinformation festgelegt; d. h. die Teilnehmer konnten jederzeit von der Studie ohne irgendwelche rechtlichen Konsequenzen zurücktreten und ihre Daten, die bei der Rekrutierung und der Einverständniserklärung erhoben wurden, wurden umgehend gelöscht; sie wurden keinesfalls in die Analyse und in die Abschlussarbeiten bzw. Veröffentlichungen mit einbezogen. Falls rechtliche Ansprüche geltend gemacht werden, so sind diese an die Studienleitung zu richten.
Die Video-Schulungsfilme wurden durch Schauspieler und Experten gestaltet, die der Verwendung entsprechend zugestimmt hatten.

Das gesamte Verfahren ist mit dem Datenschutzbeauftragten und der Ethikkommission der Charité abgestimmt. Das Datenschutzvotum und das Ethikvotum befinden sich in den Anhängen 7 und 8.

6. Ergebnisse

6.1 Fallvariablen

6.1.1 Fallvariablen der Befragten aus den Selbsthilfegruppen

An den Befragungen in den Selbsthilfegruppen haben 10 Frauen und 3 Männer teilgenommen. Diese waren zwischen 41 und 77 Jahre alt. Das mittlere Alter liegt bei 59,2 Jahren. 10 der Befragten leben in einer festen Partnerschaft. 10 Interviewteilnehmer haben Kinder. Eine Befragte hat weder Partner noch Kinder. 8 Interviewte sind Rentner (davon 1 krank und 2 gleichzeitig „berufstätig“ als Selbsthilfegruppenleiter), 2 Befragte sind berufstätig, 2 weitere Befragte sind arbeitsunfähig. Ein Interviewter ist momentan arbeitslos. 7 Befragte haben einen gynäkologischen Tumor (Eierstockkrebs). Diese Patientinnen berichten über viele körperliche Einschränkungen. Die Befragten wirkten sehr aktiv und lösungsorientiert. Weiter wurden 3 Leukämiepatienten interviewt. Ein Patient hat eine chronisch lymphatische Leukämie. Er erhielt die Diagnose vor 16 Jahren und sein Blutbild ist bis heute so gut, dass keine Behandlung notwendig ist. Die beiden anderen Befragten haben eine chronisch myeloische Leukämie mit einer sehr unterschiedlichen Erkrankungs- und Behandlungsgeschichte, was durch eine neue Behandlungsmethode, die sich in den letzten 10 Jahren etabliert hat, bedingt ist. Eine weitere Interviewte ist an Brustkrebs erkrankt. Sie hat gerade ihre Behandlungen abgeschlossen und ist erst seit Januar 2012 in einer Selbsthilfegruppe. Eine Interviewte hat ein Non Hodgkin Lymphom. Sie ist schon sehr lange erkrankt und fällt durch ihre sehr gute Krankheitsverarbeitung auf. Eine Interviewte ist an Mundboden-, Zungen- und Lippenkrebs erkrankt. Sie hatte mit vielen körperlichen Einschränkungen zu kämpfen. Metastasen sind bei 6 Interviewten vorhanden. Eine Patientin kannte ihren Metastasenstatus nicht. 9 Befragte sind gerade in einer ambulanten Behandlung im Rahmen der Nachsorge. 4 Interviewte erhalten in der ambulanten Behandlung noch Medikamente gegen die Krebserkrankung. Kein Interviewter hatte eine psychologische Behandlung in der Vergangenheit. Im Rahmen der Krebserkrankung haben sich aber bereits 5 Befragte psychologische Unterstützung gesucht. Die Zahl, die die Befragten auf dem Distress-Thermometer eingekreist haben, beschreibt wie belastet sich der Befragte in der Woche vor dem Interview einschließlich des Interviewtages gefühlt hat. Diesen Wert hat der Befragte einmal vor dem Ansehen der

Filme und dem Interview und einmal danach angegeben. Der mittlere Wert liegt hier vorher bei 4,8 und nachher bei 4,9. Das kann als ein Anhaltspunkt gesehen werden, dass sich das Stressniveau der Interviewten in den SHGs durch das Ansehen der Videos nicht ändert. 8 Befragte geben auf dem Distress-Thermometer 5 oder eine noch größere Zahl an, was als Anzeichen verstanden werden sollte, dass die Patienten auffällig belastet sind und Unterstützung benötigen. 3 (E7, E2 und L2) von diesen Patienten erhalten bereits psychologische Unterstützung.

6.1.2 Fallvariablen der Befragten aus den ambulanten Arztpraxen

In den ambulanten Arztpraxen wurden 3 Männer und 5 Frauen befragt. Sie waren zwischen 36 und 65 Jahre alt. Ihr mittleres Alter war 52,6 Jahre. 7 Befragte leben in einer festen Partnerschaft und 6 Interviewte haben Kinder. Es gibt keinen Befragten, der weder Partner noch Kinder hat. 4 der Interviewten sind Rentner, jeweils 2 Befragte sind arbeitsunfähig oder berufstätig. 4 der 5 weiblichen Befragten haben Brustkrebs, die andere Interviewte einen gynäkologischen Tumor (Gebärmutterhalskrebs). Die männlichen Befragten haben ein Lymphom oder Darmkrebs oder einen Magentumor. Kein Befragter hat Metastasen. 6 Interviewte sind in einer ambulanten Behandlung im Rahmen der Nachsorge. 2 Brustkrebspatientinnen erhalten in der ambulanten Behandlung noch Medikamente gegen die Krebserkrankung (Tamoxifen oder Trastuzumab). 2 der 8 Interviewten erhielten bereits psychologische Unterstützung in der Vergangenheit. Im Rahmen der Krebserkrankung haben 4 weitere Befragte bereits psychologische Unterstützung gesucht. Der mittlere Wert des Distress-Thermometers liegt vor dem Betrachten der Videos und der Durchführung der Interviews bei den Befragten der ambulanten Arztpraxen bei 5,3. Nach dem Betrachten der Videos und der Durchführung der Interviews liegt dieser Mittelwert bei 6,0. Das deutet darauf hin, dass das Stressniveau der Interviewten in den ambulanten Arztpraxen durch das Ansehen der Videos im Mittel leicht ansteigt. 5 von 8 Interviewten gaben vor dem Ansehen der Videos und der Durchführung der Befragung bereits einen Wert von 5 oder größer auf dem Distress-Thermometer an, was anzeigt, dass die Patienten schon auffälliger belastet sind und Unterstützung benötigen. Bei einer Befragten wird der Schwellenwert durch das Ansehen der Videos überschritten (4 → 8 (AP8)). 4 dieser 6 auffälligen Patienten haben sich bereits psychologische Unterstützung im Laufe der Krebserkrankung gesucht. 1 Patient hatte schon vor der Krebserkrankung einen Therapeuten, den er weiter kontaktiert.

6.1.3. Vergleich der Fallvariablen Selbsthilfegruppen und ambulante Arztpraxen

Die Befragten in den Selbsthilfegruppen sind durchschnittlich älter als die Befragten in den ambulanten Arztpraxen (mittlere Differenz: 6,6 Jahre). Demzufolge ist auch der Anteil der Rentner in den Selbsthilfegruppen höher als bei den Befragten der ambulanten Arztpraxen (62 % in SHGs und 50 % in ambulanten Arztpraxen). In beiden Settings haben sich viele Frauen mit Brustkrebs oder gynäkologischem Tumor an den Interviews beteiligt (62 % in den SHGs und 62,5 % in den ambulanten Arztpraxen). In den Selbsthilfegruppen hatte kein Interviewter eine psychologische Behandlung in der Vergangenheit. In den ambulanten Arztpraxen sind 2 Patienten befragt worden, die bereits schon vor der Krebserkrankung eine psychologische Behandlung in Anspruch nahmen. Im Rahmen der Krebserkrankung haben sich 5 von 13 Interviewten (38,5 %) in den Selbsthilfegruppen und 4 von 8 (50 %) Interviewten in den ambulanten Arztpraxen psychologische Unterstützung gesucht.

Bezüglich der Auswertungen des Distress-Thermometers ist auffällig, dass die Patienten aus den ambulanten Arztpraxen im Mittel bereits vor dem Ansehen der Videos und der Befragung einen höheren Wert auf dem Distress-Thermometer angaben (5,3 in ambulanten Arztpraxen versus 4,8 in SHGs). Auch die mittlere Differenz im vorher / nachher-Vergleich ist in den ambulanten Arztpraxen größer als in den Selbsthilfegruppen (0,1 in den SHGs versus 0,7 in den ambulanten Arztpraxen), was darauf hindeutet, das sich die Patienten aus den ambulanten Arztpraxen im Mittel etwas gestresster durch das Ansehen der Videos fühlten als die Patienten aus den Selbsthilfegruppen.

	Alter	Geschlecht	Partnerschaft	Kinder	Arbeits-situation	Diagnose	Metastasen	Zeitpunkt Erstdiagnose	zur Zeit in	psychol Beh in der Vergangenheit	Distress_Th vorher	Distress_Th nachher
E7	52	weiblich	Ja	Nein	berufstätig	gynäkologischer Tumor	Ja	Sep. 10	NULL	Nein	6	6
E4	57	weiblich	Nein	Nein	Rentner / krank	gynäkologischer Tumor	Ja	Apr. 10	ambulanter Behandlung	Nein	5	5
E3	62	weiblich	Ja	Ja	Rentner	gynäkologischer Tumor	Ja	Jan. 07	ambulanter Behandlung	Nein	5	5
E2	61	weiblich	Ja	Ja	berufstätig	gynäkologischer Tumor	Nicht bekannt	Jul. 10	ambulanter Behandlung	Nein	8	8
E1	41	weiblich	Ja	Ja	krank	gynäkologischer Tumor	Nein	Jan. 10	ambulanter Behandlung	Nein	2	2
SNK2	64	weiblich	Ja	Ja	Rentner	Non Hodgkin Lymphom	Nein	Jan. 00	ambulanter Behandlung	Nein	4	4
SNK1	63	weiblich	Ja	Ja	Rentner	Brustkrebs	Ja	Okt. 10	keine	Nein	3	3
L3	77	männlich	Ja	Ja	Rentner	Blutkrebs	Nein	Jul. 95	keine	Nein	2,5	2,5
L2	44	männlich	Nein	Ja	krank / berufstätig	Blutkrebs	Nein	Aug. 00	ambulanter Behandlung	Nein	5	5
E21	57	weiblich	Ja	Ja	Rentner	gynäkologischer Tumor	Ja	Mrz. 06	ambulanter Behandlung	Nein	9	10
L1	45	männlich	Ja	Nein	arbeitslos	Blutkrebs	Nein	Jul. 08	ambulanter Behandlung	Nein	6	6
E5	74	weiblich	Nein	Ja	Rentner / berufstätig	gynäkologischer Tumor	Nein	Jan. 01	keine	Nein	5	5
M1	72	weiblich	Ja	Ja	Rentner / berufstätig	Tumor im HNO-Bereich	Ja	Dez. 01	ambulanter Behandlung	Nein	2,5	2,5

Abbildung 4: Datenmatrix der erhobenen Fallvariablen für die Interviewten der Selbsthilfegruppen

	Alter	Geschlecht	Partnerschaft	Kinder	Arbeits-situation	Diagnose	Metastasen	Zeitpunkt Erstdiagnose	zur Zeit in	psychol Beh in der Vergangenheit	Distress_Th vorher	Distress_Th nachher
AP1	65	männlich	Ja	Ja	Rentner	Lymphom	Nein	06_2008	ambulanter Behandlung	Nein	2	2
AP2	50	männlich	Ja	Nein	krank	Darmtumor	Nein	03_2010	ambulanter Behandlung	Ja	8,5	9
AP3	58	männlich	Ja	Ja	Rentner	Magenkrebs	Nein	01_2010	ambulanter Behandlung	Ja	2	3
AP4	54	weiblich	Ja	Ja	berufstätig	Brustkrebs	Nein	10_2010	ambulanter Behandlung	Nein	6	6
AP5	51	weiblich	Nein	Ja	Rentner	Brustkrebs	Nein	04_2009	ambulanter Behandlung	Nein	5	5
AP6	36	weiblich	Ja	Nein	berufstätig	Brustkrebs	Nein	06_2010	ambulanter Behandlung	Nein	8	8
AP7	62	weiblich	Ja	Ja	krank	Brustkrebs	Nein	10_2008	ambulanter Behandlung	Nein	7	7
AP8	45	weiblich	Ja	Ja	Rentner	gynäkologischer Tumor	Nein	10_2009	ambulanter Behandlung	Nein	4	8

Abbildung 5: Datenmatrix der erhobenen Fallvariablen für die Interviewten der ambulanten Arztpraxen

6.2 Fallübersichten der Interviewten

(siehe Anhang 9)

6.3 Visualisierung von Codehäufigkeiten mit dem Code-Matrix-Browser

In MAXQDA steht für die grafische Visualisierung der Codehäufigkeiten der Code-Matrix-Browser zur Verfügung, aus dem sofort relevante Erkenntnisse über die Verteilung der Codehäufigkeiten abgeleitet werden können. Aus dem Code-Matrix-Browser und der nachfolgenden graphischen Darstellung der prozentualen Häufigkeiten pro Kategorie für die Interviews der Selbsthilfegruppen und der ambulanten Arztpraxen wird besonders deutlich, dass die Interviews sehr viele Informationen liefern zu den Kategorien „Identifikation mit Belastungen und Sorgen“, „Wirkungen der dargestellten Patienten“, „Wirkungen der Therapeuten“, „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“ und zu „Bewältigungsmöglichkeiten“. Diese Unterkategorien gehören zu den beiden Oberkategorien „Akzeptanz des Instruments“ und „Motivation durch das Instrument“. Diese Verteilung deutet an, dass die Interviews hauptsächlich Material für die Beantwortung der beiden Hauptfragestellungen zur Akzeptanz und Motivation liefern. Geringe Unterschiede in den prozentualen Häufigkeiten treten in den Kategorien „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“, „Bewältigungs-möglichkeiten“ und „Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information“ zwischen den Interviews der Selbsthilfegruppen und der ambulanten Arztpraxen auf. Die Interviews der Selbsthilfegruppen bieten prozentual betrachtet etwas mehr Material zu den Kategorien „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“ und „Bewältigungsmöglichkeiten“, aber etwas weniger Material zur Kategorie „Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information“ im Vergleich zu den Interviews aus den ambulanten Arztpraxen. Bezüglich einzelner Interviews ist auffällig, dass sich die Interviewte E21 besonders häufig zu den Themen „Identifikation mit Belastungen und Sorgen“, „Wirkungen der Therapeuten“ und „Bewältigungsmöglichkeiten“, die Interviewte S2 besonders häufig zum Thema „Identifikation mit Belastungen und Sorgen“, die Interviewte S1 häufig zum Thema „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“ und der Interviewte L3 häufig zum Thema „Verbesserungsvorschläge“ äußerten.

Interviews	Beurt Umfang und Art	Auslösung von Gefühlen	Identifikation	Wirkungen Patienten	Wirkungen Therapeuten	psychol UA	Leistungen PO	Nutz u Bewert psychol Hilfen aus Internet	SE und Motivation	Bewältigungs-möglichkeiten	Verbesserungs-vorschläge	Summe pro Interview
E7	1	2	3	2	2	1	2	0	1	3	1	18
E4	0	2	4	4	0	0	1	1	4	1	4	21
E3	2	1	4	3	2	2	1	1	1	3	2	22
E2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	15
E1	1	1	3	4	3	1	2	2	2	2	1	22
SNK2	3	3	12	6	6	1	2	1	2	6	5	47
SNK1	0	7	6	5	4	5	2	3	12	7	1	52
L3	1	2	3	4	2	1	3	2	0	5	11	34
L2	3	1	8	6	4	1	4	4	6	3	0	40
E21	3	1	10	5	10	3	1	3	4	10	1	51
L1	1	0	6	2	5	1	1	3	6	1	1	27
E5	1	0	5	6	1	1	1	1	3	3	3	25
M1	2	2	8	4	4	1	8	2	7	11	2	51
Summe pro Kategorie	**19**	**24**	**76**	**52**	**44**	**19**	**29**	**24**	**49**	**56**	**33**	**425**

Abbildung 6: Codehäufigkeiten in den Interviews der Selbsthilfegruppen mit dem Code-Matrix-Browser, diese Matrix hat 13 Zeilen für die einzelnen Interviewten und 11 Spalten für die verschiedenen Codes

Interviews	Beurt Umfang und Art	Auslösung von Gefühlen	Identifikation	Wirkungen Patienten	Wirkungen Therapeuten	psychol UA	Leistungen PO	Nutz u Bewert psychol Hilfen aus Internet	SE und Motivation	Bewältigungs-möglichkeiten	Verbesserungs-vorschläge	Summe pro Interview
AP8	2	3	5	3	4	1	1	3	3	3	0	28
AP7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10
AP6	1	1	6	1	2	2	1	1	3	1	0	19
AP5	1	1	7	3	1	2	2	2	1	1	3	24
AP4	2	1	4	3	3	1	0	2	3	2	2	23
AP3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0	12
AP2	1	2	5	1	1	1	1	1	0	2	3	18
AP1	4	0	1	5	3	2	1	2	1	3	3	25
Summe pro Kategorie	**13**	**10**	**30**	**18**	**16**	**11**	**8**	**13**	**15**	**14**	**11**	**159**

Abbildung 7: Codehäufigkeiten in den Interviews der ambulanten Arztpraxen mit dem Code-Matrix-Browser, diese Matrix hat 8 Zeilen für die einzelnen Interviewten und 11 Spalten für die verschiedenen Codes

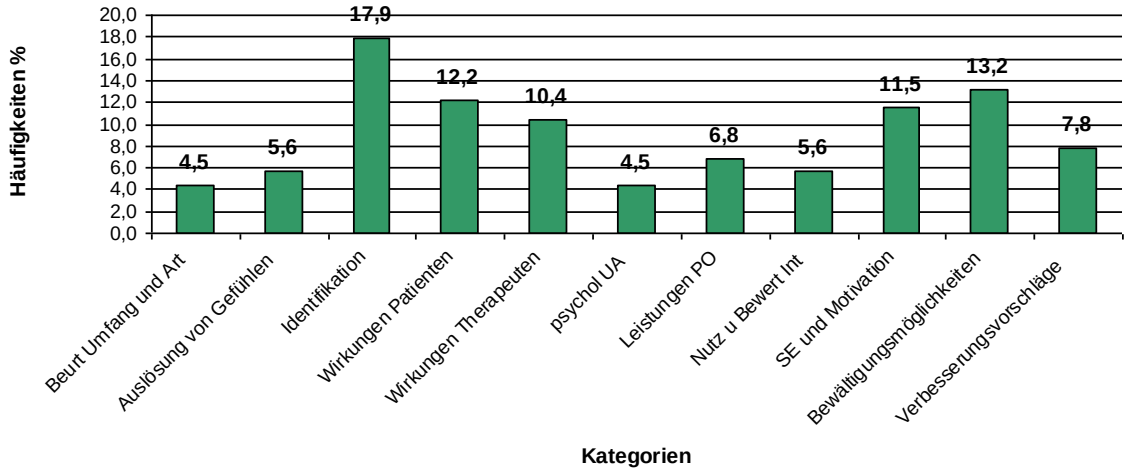


Abbildung 8: prozentuale Häufigkeiten der Codierungen pro Kategorie in den Interviews der Selbsthilfegruppen

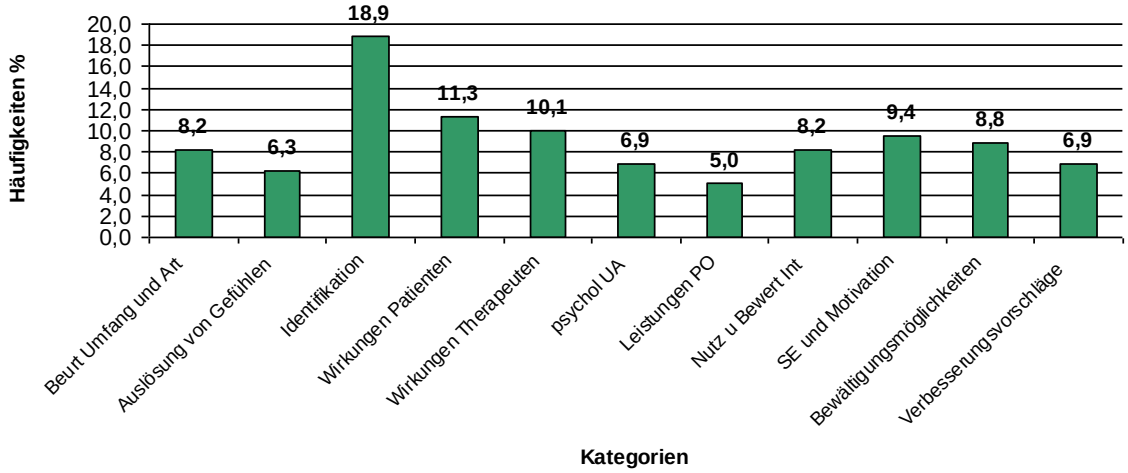


Abbildung 9: prozentuale Häufigkeiten der Codierungen pro Kategorie in den Interviews der ambulanten Arztpraxen

Legende zu den Abbildungen 6, 7, 8 und 9:

Berut Umfang und Art	Beurteilung von Umfang und Art der aufbereiteten Information
Identifikation	Identifikation mit Belastungen und Sorgen
Wirkungen Patienten	Wirkungen der dargestellten Patienten
Wirkungen Therapeuten	Wirkungen der Therapeuten
psychol UA	psychologische Unterstützungsangebote
Leistungen PO	Leistungen der Psychoonkologie
Nutz u Bewert Int	Nutzung und Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet
SE und Motivation	Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten

6.4 Ergebnisse der Zusammenfassung der strukturierenden Inhaltsanalyse

(siehe Anhang 10)

6.5 Ergebnisse der kategorienbasierten Auswertung

6.5.1 Akzeptanz des Instruments

Auslösung von Gefühlen durch die Videos

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

Über die Hälfte der Interviewten aus den Selbsthilfegruppen sagen, dass sie das Ansehen der Filme emotional nicht besonders beeinflusst hat oder sie sich genauso fühlen wie vorher. Sie könnten die Filme jeder Zeit wieder sehen.

„E1: Gut…also genauso gut wie vorher. Mich hat das überhaupt nicht beeinflusst“

„L2: …ich könnte es jeder Zeit wieder gucken, es ist nicht so, dass es mich jetzt so belasten würde oder ähnliches“

Drei Interviewte sagen, dass das Ansehen der Videos die Erkrankung wieder vorgeholt hat und sie nachdenklich macht. Sie fühlen sich angespannt und bedrückt.

„E21: Ja schon wieder bedrückt, muss ich sagen, also das belastet doch, das holt die eigene Krankheit auch wieder vor. Also es geht nicht spurlos vorüber“

Eine Interviewte hat es als hilfreich empfunden mit den Filmen eine Vergleichsmöglichkeit zu haben. Sie fühlt sich beruhigt und in einem guten Zustand, weil sie ihr eigenes Belastungsniveau ähnlich hoch wie bei der ersten Darstellerin einschätzt.

In dieser Evaluation sollen sowohl intendierten Wirkungen als auch die nicht intendierten Wirkungen untersucht werden. Eine nicht intendierte Wirkung dieses Instruments könnte sein, dass die Patienten durch das Ansehen der Filme noch mehr Angst bekommen.
Kein Interviewter hat berichtet, dass in ihm mehr Angst durch das Ansehen der Filme ausgelöst wurde. Eine Interviewte betont, dass die Filme in ihr keine Angst auslösen, weil die Patienten leben und über ihre Ängste berichten. Eine andere Interviewte sagt, dass wenn sie die Filme in der akuten Erkrankungsphase gesehen hätte, hätten diese in ihr mehr Angst ausgelöst, weil sie dann die von den Darstellern beschriebenen *„Ängste für sich schon als Grundlage genommen“ (S1)* hätte. Sie empfiehlt in Abhängigkeit von Fähigkeiten und Verfassung der Patienten, die Filme in Begleitung sehen zu lassen. Weiter stellt sie in Frage, ob sich ein Patient wie die 3. Darstellerin überhaupt noch selbst helfen kann, wenn dieser in die Situation kommt, die Filme zu sehen.

Mit der Quantifizierung der psychischen Belastungen der Interviewten durch das Distress-Thermometer sollte ermittelt werden, ob ein psychisch belasteter Patient die Videos anders bewertet als ein nicht belasteter Patient. 6 Interviewte haben den Schwellenwert 5 oder eine noch höhere Zahl (noch höhere psychische Belastung) auf dem Distress-Thermometer angekreuzt. Davon gaben 4 Patienten im Interview an, das sie das Ansehen der Filme emotional nicht besonders beeinflusst hat. Die anderen beiden Interviewten berichten von leicht negativen emotionalen Veränderungen, wie nachdenklich werden und sich belastet fühlen. 5 Interviewte haben einen kleineren Wert als den Schwellenwert von 5 auf dem Distress-Thermometer angegeben. Leicht negative emotionale Veränderungen, wie nachdenklich und angespannt, werden von einer Interviewten berichtet. Von einer weiteren Interviewten werden sogar positive emotionale Veränderungen berichtet (hilfreich). 3 Interviewte hat das Instrument emotional nicht besonders beeinflusst. Aus dieser Verteilung kann man nicht ableiten, dass ein psychisch belasteter Patient die Videos anders bewertet als ein nicht belasteter Patient.

Das „Prä- / Post- Design“ wurde gewählt, um ebenfalls zu quantifizieren, ob die Betrachtung der Videos und die Befragung einen negativen Einfluss auf das Stressniveau des Teilnehmers haben. Nur eine Interviewte hat nach Betrachten der Videos und nach der Befragung einen um eine Stufe erhöhten Distress-Wert im Vergleich zu vorher angekreuzt. Die anderen 10 Patienten gaben immer den gleichen Distress-Wert an. Davon lässt sich ableiten, dass das Betrachten der Videos und die Befragung keinen negativen Einfluss auf das Stressniveau der Interviewten hatten.

Interviewte	Auslösung von Gefühlen durch die Videos	Distress-Thermometer vorher	Distress-Thermometer nachher
E7	emotional nicht beeinflusst	6	6
E4	nachdenklich	5	5
E3	emotional nicht beeinflusst	5	5
E2	emotional nicht beeinflusst	8	8
E1	emotional nicht beeinflusst	2	2
S2	nachdenklich, angespannt	4	4
S1	hilfreich	3	3
L3	unrealistisch	0	0
L2	emotional nicht beeinflusst	5	5
E21	belastet und holt die Erkrankung wieder vor	9	10
M1	fühlt sich gut	2	2

Abbildung 10: Auswertung des Distress-Thermometers in Selbsthilfegruppen

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

Die Interviews von 7 Befragten enthielten Material zu dieser Kategorie.

3 Befragte sagen, dass sie die Filme zurückversetzt haben in die Zeit nach der Diagnose und „*alles wieder hoch kam*“ *(E21)*, aber es war auszuhalten.

3 andere Befragte sagen, dass sie die Filme nicht so sehr berührt oder belastet haben, weil sie einen anderen Verlauf hatten oder einen optimistischeren Umgang mit der Erkrankung pflegen.

1 Befragter empfand die Schilderungen in den Filmen als sehr depressiv und traurig. Er konnte gut mitfühlen und entdeckt, dass er nicht allein ist mit seiner Erkrankung.

„AP3: Es war sehr depressiv für mich. Mir sind auch ein paar Tränen gekommen, wenn Sie vielleicht gemerkt haben, es ist sehr traurig. Ich konnte mitfühlen. Man ist da nicht so alleine, denkt man, also es gibt noch mehr Menschen, die armen Geschöpfe.“

Kein Interviewter hat berichtet, dass er mehr Angst bekommen hätte durch das Ansehen der Filme. Eine Interviewte merkt allerdings an, dass besonders belastete Menschen, sich durch das Ansehen der Filme noch weiter zurückziehen könnten und dann eher nicht, wie intendiert, Hilfe suchen.

„AP8: Ich glaube, dass die Menschen alle unterschiedlich sind, wenn ich jetzt für mich denken würde, glaube ich: ja, ich würde mir in jedem Fall Hilfe suchen, es gibt aber eben auch einige Menschen, die so tief fallen, die könnten sich durch die Filme noch weiter zurückziehen, könnte ich mir vorstellen.“

Bezüglich des Distress-Thermometers haben 5 Befragte den Schwellenwert 5 oder einen noch höheren Wert angegeben. 3 von diesen Befragten sagten im Interview, dass sie die Filme nicht so sehr belastet haben. Die beiden anderen Befragten gaben an, dass die Filme alles wieder aufgewühlt haben. Die beiden Befragten mit einem Distress-Thermometerwert unter dem Schwellenwert vor dem Ansehen der Filme sagen, dass sie die Filme als depressiv und traurig empfanden oder alles wieder aufgewühlt wurde. Eine von diesen beiden Befragten gab nach dem Ansehen der Filme einen Wert auf dem Distress-Thermometer oberhalb des Schwellenwertes an. Auch aus dieser Verteilung kann man nicht ableiten, dass ein psychisch belasteter Patient die Videos anders bewertet als ein nicht belasteter Patient.

Bei der Prä- / Post-Betrachtung der Distress-Thermometerwerte wird deutlich, dass 3 Befragte nach dem Ansehen der Videos und der Befragung einen höheren Wert angeben als vorher. Das Betrachten der Videos hatte auf eine dieser 3 Befragten einen deutlich

negativen Einfluss auf das Stressniveau (Differenz: 4) und auf die anderen beiden Befragten einen leicht negativen Einfluss auf das Stressniveau (Differenz: 0,5 bzw. 1). Die anderen 4 Interviewten gaben vorher den gleichen Wert wie nachher an, so dass das Ansehen der Filme und die Befragung bei diesen Befragten keinen Einfluss auf das Stressniveau hatten.

Interviewte	Auslösung von Gefühlen durch die Videos	Distress-Thermometer vorher	Distress-Thermometer nachher
AP8	alles wieder aufgewühlt	4	8
AP7	nachdenklich, aber nicht so berührt	7	7
AP6	alles wieder aufgewühlt	8	8
AP5	nicht belastet	5	5
AP4	nicht so sehr angenommen	6	6
AP3	depressiv und traurig	2	3
AP2	alles wieder aufgewühlt	8,5	9

Abbildung 11: Auswertung des Distress-Thermometers in ambulanten Arztpraxen

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Über die Hälfte der Befragten aus den Selbsthilfegruppen (64 % (7 Befragte)) sagen, dass sie die Filme emotional nicht besonders belastet haben, aus ambulanten Arztpraxen sagen das nur 43 % der dort Befragten. 27 % der Befragten aus den Selbsthilfegruppen äußerten, dass das Ansehen der Filme die Erkrankung wieder vor holt, aus den ambulante Arztpraxen sagten das 57 % der Interviewten. Der Anteil der Patienten, der durch die Filme emotional aufgewühlt wird, ist also bei den Befragten aus ambulanten Arztpraxen höher als bei den Befragten aus Selbsthilfegruppen.

Bei den Befragten sowohl aus den Selbsthilfegruppen als auch aus den ambulanten Arztpraxen haben die Filme keine Ängste ausgelöst. In beiden Settings haben aber einzelne Patienten angemerkt, dass das vom Erkrankungsstadium oder von der Konstitution des jeweiligen Menschen abhängen könnte.

Bezüglich der Auswertungen zum Distress-Thermometer fällt auf, dass Befragte aus ambulanten Arztpraxen im Mittel mit einem höheren Thermometer-Wert einstiegen (5,8 für ambulante Arztpraxen versus 4,5 für Selbsthilfegruppen) und eine größere mittlere Differenz zum Thermometer-Wert nach Ansehen der Filme und Befragung aufwiesen als die Befragten aus den Selbsthilfegruppen (0,8 versus 0,1). In beiden Settings konnte man aus der jeweiligen Verteilung nicht ableiten, dass ein psychisch belasteter Patient die

Videos anders bewertet als ein nicht belasteter Patient. Das Betrachten der Videos und die Befragung hatten auf einen größeren Anteil der Befragten
aus ambulanten Arztpraxen im Vergleich zu Befragten aus Selbsthilfegruppen einen negativen Einfluss auf das Stressniveau.

Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

4 Interviewte haben das Layout als spartanisch, aber durchaus ausreichend bewertet. Eine Interviewte empfand das Äußere nicht so ansprechend, da es ihr zu kühl und zu farblos war.

Die 3 Anfangsbildchen wurden im Allgemeinen als eine gute Idee bewertet. Allerdings sollten die Bildchen, insbesondere das Mittlere (Angst und Sorge) noch ausdrucksstärker gestaltet werden.

„L1: aber das mit der Haltung fand ich eine gute Idee, welche Haltung man hat."

„L2: mit den 3 Anfangsbildchen könnte man vielleicht ein bisschen ausdrucksstärker darstellen, dass man ein bisschen jeweils vielleicht dann doch raus finden kann, wie geht das der jeweiligen Person da."

Die Länge der Videos wurde insgesamt von 8 Interviewten der Selbsthilfegruppen bewertet. 3 dieser Interviewten waren mit der Länge der Filme zufrieden. 5 Interviewte fanden die Länge der Filme grenzwertig bzw. zu lang waren. Die Länge sollte möglichst unter 5 Minuten liegen, was am ehesten durch Weglassen der Kunstpausen erreichbar sein sollte.

„L2: Also ich sage mal so, wären nicht dauernd diese Kunstpausen in diesen Filmen, also nicht bei den Experten, sondern bei den Patienten, würde ich sagen, ist die Länge der Filme völlig in Ordnung. Ich denke aber auch die 5 Minuten zu überschreiten, ist, glaube ich, immer so eine Grenze, wo die Aufmerksamkeit auch nachlässt, gerade im Internet."

Eine Interviewte beurteilte die Tränen in der anfänglichen Darstellung als unpassend. Für sie sind Tränen ein Zeichen von Traurigkeit. Traurigkeit beschreibt ihrer Meinung nach die Befindlichkeiten eines Krebspatienten nicht besonders treffend. Es sind eher Emotionen wie Depression, Fassungslosigkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit.

Einer anderen Interviewten haben die Textzusammenfassungen nach Patienten und Therapeuten und die Möglichkeit, den Film über den Button jeder Zeit anzuhalten, gut gefallen.

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

6 Interviewte bewerteten das Layout positiv. Unter anderem wurde gesagt, dass das Layout schlicht und einfach ist und demzufolge „*auch Leute damit zu recht kommen müssten, die sonst nicht so viel mit dem PC umgehen" (AP8).*

2 Interviewte sagten, dass das mittlere Anfangsbildchen (Angst und Sorge) etwas ausdrucksstärker gestaltet werden sollte.

4 Interviewte waren der Meinung, dass die Länge der Filme grenzwertig (1 Interviewter) bzw. zu lang (3 Interviewte) ist. Insbesondere krebskranke Menschen mit Angst, also die eigentliche Zielgruppe, haben oft Konzentrationsprobleme und können *„das nicht bis zum Ende angucken"(AP8)*. Ein Interviewter schlug vor Therapeutenstatements und Patientenschilderungen etwas mehr gegeneinander zu schneiden oder eine alternative Kurzfassung anzubieten.

2 Interviewte hoben hervor, dass ihnen die Farben der Internetseite gefallen haben.

„AP1: vom Farblichen her, fand ich es sehr angenehm, nicht so stereotyp medizinisch und andererseits so ein bisschen ruhige Farben, das fand ich angenehm."

Eine Interviewte wünscht sich mehr Bilder für bestimmte Erscheinungen und Zustände im Zusammenhang mit der Erkrankung.

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen und den ambulanten Arztpraxen

Das Layout wurde durch die Befragten der Selbsthilfegruppen und der ambulanten Arztpraxen mit Ausnahme einer Interviewten durchgängig positiv bewertet.

Die Anregung, das mittlere Anfangsbildchen noch etwas ausdruckstärker zu gestalten, kam sowohl aus den Befragungen der Selbsthilfegruppen, als auch aus der der ambulanten Arztpraxen.

Die Länge der Filme wurde in beiden Settings von jeweils ungefähr der Hälfte der Befragten als grenzwertig bzw. zu lang bewertet.

Wirkungen der Therapeuten

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

12 Interviewte der Selbsthilfegruppen haben sich zur Wirkung der Therapeuten geäußert. 10 dieser Interviewten bewerteten die Wirkung positiv, nur auf 2 Interviewte hinterließen die Therapeuten überwiegend einen negativen Eindruck.

Die Einordnung der Patientenbeschreibungen durch die Psychoonkologen wurde überwiegend als angenehm und erleichternd empfunden. Den Betrachtern der Filme wird durch die Expertenschilderungen vermittelt, dass er nicht allein gelassen ist mit den Beschreibungen der Patienten. Von 2 Interviewten wurde explizit erwähnt, dass die Expertenschilderungen das Ziel der Motivation der Patienten, sich einen Therapeuten zu suchen, unterstützen.

„L2: …also wenn das Ziel sein soll, dass der Patient eher eine Therapie aufsucht, ist das was die Experten gesagt haben, durchaus sinnig, für meinen Geschmack“

„L1: …also das war ja wirklich eher die Aufforderung, so jemand sollte sich mal beraten lassen…“

Die Therapeuten wurden als fachlich sehr kompetent, objektiv und verständnisvoll wahrgenommen. Ihre Äußerungen waren für die 3 geschilderten Fälle umfassend genug. Weiter wurde gesagt, dass sie gut auf die Patienten reagiert haben und vertrauensvoll wirken. Insbesondere Interviewte, die selbst einen sehr unsensiblen Umgang ihrer Behandler mit der Erkrankung erfahren mussten, empfanden die Therapeutenratschläge als sehr wohlwollend.

„E3: Also mich haben die Therapeuten irgendwie angesprochen, weil ich denke schon, die Äußerungen fand ich ganz gut und dachte auch so, ja, also, wenn mich damals so ein Therapeut angesprochen hätte, also das war ja nun nicht, hätte ich ganz positiv empfunden…“

Während einige Interviewte meinten, dass die Therapeuten die Methoden zur Angstbehandlung ausführlicher erläutern sollten, ist eine andere Interviewte der Auffassung, dass die Äußerungen umfassend genug sind, da jede Therapiesitzung individuell zu gestalten ist. Für sie ist ausreichend von den Therapeuten herausgearbeitet worden, dass die 3 Fälle in Abhängigkeit von der Schwere der Angst anders behandelt werden.

„E5: …für so eine Website und für so eine Information genügt es ja eigentlich, dass man sehen in dem ersten Fall, der etwas schwächer wirkt, da genügen Gespräche, das hat er ja angedeutet, dass das wichtig ist, dass man Gespräche führt und den Menschen kennenlernt und so geht es dann staffelmäßig weiter, je nach Schwere der Störung wird der Therapeut Wege finden müssen, die den Patienten erreichen und das kann man nicht, denke ich, in so

einem kurzen Ding da und so viele Varianten, die da möglich sind, aufführen, das glaube ich nicht. Also mir hat es genügt die Information.“

2 Interviewten ist die 3. Therapeutin als besonders sympathisch aufgefallen. Sie lobten ihre Fähigkeit *„mit und nicht über die Betroffenen zu sprechen“ (M1)* und ihre konkreten Empfehlungen zur 3. Darstellerin.

„E21: …wie sie jetzt gesagt hat, ok, z. B. erst einmal schnelle Hilfe bei der Diagnose, das man sagt bei dem Fall jetzt in der Erstphase die schnelle Hilfe und dann gucken wir, dass wir diese psychotherapeutische Hilfe anbieten mit Symptomvertiefung, was sie hier sagte, das fand ich super, das hat mir im letzten Beispiel sehr gut gefallen. Sie hat konkret, klipp und klar, zack eins und zwei, das sind die beiden Maßnahmen mit den Zielen, das hat mir sehr gut gefallen, damit kann ich etwas anfangen, super, einwandfrei, knackig und auf den Punkt.“

Eine Interviewte war den vorgestellten Therapeuten gegenüber generell negativ eingestellt.

„E2: Die Therapeuten waren meiner Ansicht nach zu fixiert darauf, diese Ängste der Menschen behandeln zu wolle. Ihre Äußerungen waren für mich unheimlich theoretisch, zu allgemein geformt.“

2 Interviewte sagten, dass die Therapeuten emotional nicht betroffen waren. Eine von diesen 2 Interviewten ist der Auffassung, dass das auch so bleiben sollte und der Therapeut Hilfestellungen geben muss. Emotionalität kann man dagegen eher von seinen Kindern oder vom Partner erhalten. Die andere Interviewte sagt, dass sie diese emotionale Unbetroffenheit, die sie auf den 1. Therapeuten und die 2. Therapeutin begrenzt, gestört hat.

„M1: Der erste und der zweite Psychiater haben mir nicht gefallen, da sie zu unbeteiligt waren. Sie haben nicht in das Herz bzw. in die Seele gesprochen.

Eine Interviewte, von der die Therapeuten überwiegend positiv bewertet wurden, sagte, dass ihr der 1. Therapeut und die 2. Therapeutin zu wenig konkret waren und zu allgemeine und oberflächliche Aussagen formulierten. Ein Interviewter erwähnt, dass es seiner Meinung nach trotz der immer noch vorherrschenden Vorurteile nicht notwendig wäre, das Wort „Psychotherapie“ nach der 3. Darstellerin so zu betonen. Für ihn ist offensichtlich, dass alle vorgestellten Patienten eine Gesprächstherapie brauchen.

Alle Interviewten gaben an, dass die Therapeuten nicht zu dominant aufgetreten sind. Sie betonten, dass die Therapeuten auf jeden Fall vorschlagen sollten, weil der Patient eben

wissen möchte, welche Hilfsmöglichkeiten es gibt. Ein Interviewter hätte nach dem Beitrag der 3. Darstellerin ein wesentlich dominanteres Auftreten der Therapeutin erwartet.

„L1: …also zu mindestens im dritten Fall hätte ich ein wesentlich dominanteres Auftreten erwartet, da ist ja jemand doch schon arg suizidal, die sollte vielleicht doch sagen, intensiv einweisen, Notaufnahme und schwere Antidepressiva oder irgendwas in der Richtung."

Positiv angenommen wurden weiter die Benennung der Ziele und der Vorschlag der 2. Therapeutin eine Gesprächstherapie mit offenem Ende anzubieten, da der Unterstützungsbedarf eines Krebspatienten auch von den Interviewten als sehr variabel bewertet wurde. Eine Interviewte sagt, dass es richtig ist bei der 3. Darstellerin von psychotherapeutischer und nicht nur von psychoonkologischer Behandlung zu sprechen.

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

Alle 8 Interviewten der ambulanten Arztpraxen haben sich zur Wirkung der Therapeuten geäußert und diese abgesehen von kleineren Kritikpunkten als positiv bewertet.

„AP6: Ja, also ich kann nur sagen, es sollte viel mehr von solchen Menschen geben."

Die Befragten sagten, dass sie die Therapeuten als fachlich kompetent, sachlich, verständnisvoll und nicht dominant erlebten. Besonders gefiel ihnen, dass die Therapeuten Ziele benannten, die jeweiligen Probleme gut erfassten und adäquate Vorschläge für eventuelle Maßnahmen unterbreiteten. 2 Interviewte sagten, dass die Therapeuten nicht emotional betroffen waren, allerdings etwas versteckter als in den Befragungen der Selbsthilfegruppen.

„AP8: Ja doch, würde ich verständnisvoll nennen, es ist eben aus der ärztlichen Sicht, ich glaube, wenn jetzt kein Psychoonkologe danach etwas gesagt hätte, sondern wenn man jetzt einen anderen Patienten genommen hätte, der vielleicht in der gleichen Situation steckt, ich glaube, der würde das anders bewerten."

Einige Interviewte betonten, dass sich Therapeut und Patient sympathisch sein sollten. In diesem Zusammenhang wurde die 3. Therapeutin von 4 Befragten und der 1. Therapeut und die 2. Therapeutin jeweils von 2 Befragten als sympathisch bewertet. Eine Interviewte sagte, dass sie den 1. Therapeuten nicht verstanden hat. Eine andere Befragte äußerte, dass sie den 1. Therapeuten und die 2. Therapeutin als zu theoretisch erlebte.

„AP4: Also ich empfand diese 3. als sehr gut, das kam sehr natürlich, und dass sie sich sehr beschäftigt mit der Sache, die anderen beiden, da war mir das so ein bisschen Lehrbuch-mäßig."

Eine Befragte lobte die Äußerung des 1. Therapeuten, dass jedem Patienten ein psychologisches Unterstützungsangebot unterbreitet werden müsste und dieser die Möglichkeit haben sollte jeder Zeit darauf zurückgreifen zu können.
Eine Befragte sagte, dass ihr die Empfehlungen zu einseitig waren und immer auf Psychotherapie hinauslaufen. Sie vermisste beispielsweise die Empfehlung für eine Gruppentherapie, die sie selbst in der Reha als sehr hilfreich empfand.
Zwei Interviewte bewerteten die Empfehlungen zur 3. Darstellerin als zu zurückhaltend oder zweifelten daran, dass man dieser Patientin noch helfen kann.
Eine Befragte war erschrocken vor der immer noch bestehenden Scheu vor dem Wort Psychotherapie.

„AP1: …Psychotherapie, aber nicht wegen einer psychischen Krankheit, sondern nur um das abzustützen, das fand ich schon bemerkenswert, dass man das heutzutage immer noch so betonen muss, aber es ist ja wahrscheinlich so.“

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Die Therapeuten wurden von fast allen Interviewten positiv bewertet. Es wurde sehr oft gesagt, dass die Therapeuten fachlich kompetent, verständnisvoll und nicht dominant wirkten. Gut angenommen wurde auch, dass die Therapeuten Ziele benennen und Ratschläge geben. Die 3. Therapeutin ist in beiden Settings als sehr sympathisch aufgefallen. Von einigen Befragten sowohl aus Selbsthilfegruppen als auch aus ambulanten Arztpraxen wurde geäußert, dass die Therapeuten emotional nicht betroffen waren.
Explizit in Selbsthilfegruppen wurde erwähnt, dass die Einordnungen der Patienten-schilderungen durch die Therapeuten eine Erleichterung für den Betrachter darstellen und der Betrachter dadurch mit den Schilderungen nicht allein gelassen wird. Einige Befragte in den Selbsthilfegruppen wünschten sich, von den Therapeuten mehr über Methoden zur Angstbehandlung zu erfahren.

Wirkungen der Patienten

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

12 von 13 Interviewten ist schnell aufgefallen, dass es sich bei den Patienten um Schauspieler handelt. 7 von diesen 12 Interviewten lehnten diese Schauspieler ab, weil sie sie als künstlich, gemacht, aufgesetzt und wie eine einstudierte Rolle erlebten. Es machte den Eindruck als hätten die Schauspieler *„nicht verinnerlicht, worum es da bei ihnen*

gerade geht"(L2). Die Schauspieler haben diese Interviewten emotional nicht angesprochen, eine Interviewte erwähnt, dass sie sich sogar darüber geärgert hat.

„E1: Ja, also bei mir kam sofort rüber, dass das nicht echt war, also keine echten kranken Menschen waren. Das hat mich auch geärgert, diese erste Patientin, diese Art, die sie hat zu sprechen oder zu erzählen. Da empfinde ich kein Mitleid, da kann kein Gefühl entstehen."

Eine Interviewte erwähnte, dass die Mimik der Darsteller nicht zum Text passte und anders als die Mimik der Menschen ist, die an Krebs erkrankt sind. Ein anderer Interviewter sagt, dass die Emotionen, die gezeigt wurden *„immer nur zum jeweiligen Satz passten und peak-artig sind"(L2).* Aus seiner Erfahrung mit Patientengesprächen weiß er, dass Emotionen sich anders zeigen und normalerweise während des Gesprächs anhalten. Ein derartiges Gespräch hat in der Realität auch eher einen etwas sanfteren Verlauf.

Auf 3 Interviewte wirkten die Darsteller authentisch, weil sie Gefühle wie Wut, Aggressivität, Resignation und Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die man als Patient auch wirklich erlebt.

2 Interviewte haben erkannt, dass es Schauspieler waren und äußerten nicht explizit, ob sie diese annehmen oder ablehnen. Eine von diesen beiden Interviewten sagte, das ihr Problem mit den Darstellern eher darin besteht, dass sie diese Schilderungen von schwerwiegenden seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen durch Patienten in der Öffentlichkeit peinlich findet und sie gut damit leben könnte, wenn das Ganze schriftlich erwähnt wird. Sie könnte es aber jedem empfehlen, der damit kein Problem hat.

5 von 13 Interviewten sagen, dass das was andere Patienten erlebt haben authentisch ist trotzdem es sich um Schauspieler handelt. Sie können die Befindlichkeiten gut nachvollziehen, weil sie sich mit einigen Schilderungen gut identifizieren konnten. Eine Interviewte berichtete, dass es ihr selbst nicht so ergangen ist wie den Darstellern. Sie kann aber Verständnis aufbringen, weil *„unterschiedliche Reaktionen auf Diagnosen möglich sind und man im Vorfeld noch nicht wissen kann, welche Wesensveränderungen es geben kann" (E7).* Eine andere Interviewte sagt, dass ihr diese Filme gezeigt haben, dass *„die Psychoonkologie hier ein gutes Stück Arbeit hat, aber es sehr optimistisch ist, diese Arbeit mit den Patienten zu führen" (M1).*

6 von 13 Interviewten lehnen die Patienten auch unabhängig von der Schauspieler-Problematik ab. Interviewte mit einer schlechteren Prognose als die Darsteller, sagen, dass sie die Reaktionen insbesondere der ersten Patientin und des zweiten Patienten nicht

nachvollziehen können, weil diese klinisch geheilt sind. 3 Interviewte berichten, dass die Patienten auf sie hoffnungslos, extrem bedroht und sehr getrieben von ihren Gefühlen wirken. Diese Interviewten haben ihre schlimme Krankheitsphase anders erlebt als diese 3 Patienten. Sie begründen deren Verhalten mit mangelnder kognitiver Verarbeitung und der Unfähigkeit sich positiv einzustellen.

„E3: …aber so diese Ängste ja die konnte ich auch nicht so nachvollziehen, dieses Extreme, weil ich denke, wenn dann gibt es ja auch Hilfe."

Sie denken, dass diese Patienten bereits eine psychische Vorerkrankung hatten und zweifeln daran, dass man diesen Menschen helfen kann. Sie räumen allerdings ein, dass es ein Prozess ist und eventuell noch Zeit braucht. Ein Interviewter (77 Jahre, chronisch lymphatische Leukämie (CLL)) sagt, dass es ihm schwer fällt, sich in solche Verhaltensweisen rein zu denken. Er vermutet, dass das mit dem Alter oder der Diagnose zusammenhängen könnte. Ein Interviewter (Diagnose: chronisch myeloische Leukämie (CML)) hat sich über die 3. Darstellerin geärgert, da die Erkrankung CML eine gute Prognose aufweist und er die Reaktion schwere Angst mit der Begründung der Diagnose CML nicht nachvollziehen kann. Weiter betont er, dass die CML nicht mit parenteraler Chemotherapie, sondern mit Tabletten behandelt wird. Daher hat er sich über die Bemerkung der Patientin *„sie lassen dieses Gift in meine Adern"* gewundert. In diesem Zusammenhang ist in diesem Film ein inhaltlicher Fehler aufgefallen. CML wird heutzutage nur noch mit Tabletten (Imatinib, Nilotinib) behandelt. Weiter fand er ihre Personifizierung des Blutkrebses merkwürdig, da sich dieser so nicht manifestiert.

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

3 der 8 Interviewten aus den ambulanten Arztpraxen ist aufgefallen, dass es sich bei den Darstellern um Schauspieler handelt. 2 von diesen Interviewten lehnen diese Schauspieler überwiegend ab. Sie beschreiben sie als steif, gekünstelt und einstudiert. Die eine Interviewte sagt, dass Betroffenheit trotzdem rüber kam und die 3. Darstellerin auf sie auch noch authentisch wirkte. Die andere Interviewte empfand die erste Darstellerin ansprechend und glaubwürdig. Sie weist darauf hin, dass es Patienten ärgern könnte, wenn sie merken, dass es sich um Schauspieler handelt.

„AP4: Sie müssen sich da rein versetzen, dass derjenige, der das durchgemacht hat, er sieht das und dann sieht er, dass der das da nur irgendwie erzählt und das merkt man."

Beide sagen, dass es besser wäre, wenn echte Betroffene anstelle von Schauspielern berichten würden, räumen aber gleichzeitig ein, dass es sicher schwierig werden wird, da entsprechend bereitwillige Patienten zu finden.

„AP7: Das ist ja auch schwierig, jemand, der wirklich betroffen ist, dass der sich vor die Kamera setzt und das so von sich gibt."

„AP4: …obwohl ich auch nicht der Patient wäre, der das machen wollen würde (lacht), das muss ich dazu sagen, aber vielleicht gibt es welche und dann würde es glaubhafter sein."

Ein Interviewter hat erkannt, dass es Schauspieler sind, empfindet diese aber als glaubwürdig und realistisch. Er denkt, dass sich echte Patienten vor der Kamera nicht so öffnen könnten, da es auch eine Kunst ist, Gefühle, die so in einem brodeln, in Worte zu fassen. Unabhängig von der Schauspielerproblematik sagt er, dass ihm die Darsteller sehr aggressiv und wütend auf die Erkrankung und das Schicksal schienen. Er vermutet, dass es extra so gemacht wurde, da Angst und Aggressivität seiner Meinung nach auch irgendwo zusammengehören.

Die 5 anderen Interviewten haben nicht bemerkt, dass es Schauspieler sind. 2 von diesen Befragten sagten, dass die Darsteller sehr authentisch wirkten. Besonders die Gestik und die Mimik haben die eine Befragte sehr angesprochen. Sie betont, dass man durch die Filme die ganze Verzweiflung spüren kann und merkt, wie schwierig es ist, seine Ängste und Sorgen auszudrücken. Das würde mit einer entsprechenden schriftlichen Darstellung nicht gelingen. Die andere Interviewte sagt, die Darsteller wirkten auf sie *„als hätte sie selbst hinter der Kamera gestanden" (AP6)*. Eine andere Befragte sagt, dass ihr viele Gedanken bekannt sind und die Darsteller bis auf das Äußere auf sie echt gewirkt haben, sie aber offener und optimistischer damit umgeht. Das Auftreten der Darsteller ist ihr etwas fremd und es macht sie traurig, dass sich diese Patienten so aufgeben, weil es dafür auch keinen Grund gibt. Ein Interviewter sagt, dass die Darsteller auf ihn egoistisch und selbst-bemitleidend wirkten, was er aber gut nachvollziehen kann. Ein weiterer Befragter betont, dass ihm die Filme mit diesen Darstellern das Gefühl gegeben haben, mit der Erkrankung nicht allein zu sein.

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Unter den Interviewten der Selbsthilfegruppen haben deutlich mehr Befragte als in ambulanten Arztpraxen festgestellt, dass es sich bei den Darstellern um Schauspieler

handelt. Gleichzeitig kann man feststellen, dass die Darsteller bei den Interviewten in ambulanten Arztpraxen wesentlich positiver bewertet wurden als bei den Interviewten der Selbsthilfegruppen.
Unabhängig vom Setting ist in den Interviews der Selbsthilfegruppen aufgefallen, dass im 3. Film ein inhaltlicher Fehler vorliegt, weil hier Betroffene mit der entsprechenden Erkrankung interviewt wurden.

Identifikation mit Belastungen und Sorgen

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

Die Interviewten wurden während des Interviews gebeten, zu berichten, mit welchen durch die Darsteller geschilderten Belastungen und Sorgen sie sich besonders gut oder nicht identifizieren konnten. Durchschnittlich identifizierten sich die 13 Interviewten der Selbsthilfegruppen mit 2,6 geschilderten Problemen. Weiter erwähnten sie explizit durchschnittlich 0,9 Probleme mit denen sie sich nicht identifizieren konnten. Berücksichtigt man, dass hier Patienten mit verschiedensten Krebsdiagnosen und unterschiedlichen Alters befragt wurden, kann man festhalten, dass die geschilderten Belastungen und Sorgen die Interviewten moderat angesprochen haben.

Mehr als die Hälfte der Befragten (64 % Ablehnung der Schauspieler, 55 % Ablehnung der Patienten als solche) bewertete die Wirkung der Patienten insbesondere wegen der Schauspielerproblematik als negativ. Im Gegensatz dazu konnten sich 12 von 13 Befragten mit mindestens 2 der geschilderten Belastungen und Sorgen identifizieren.
Das zeigt, dass die Darsteller von ihrem Auftreten her von den Interviewten abgelehnt wurden, dass aber das was die Darsteller geschildert haben durchaus angenommen wurde.

Auffällig viele Interviewte konnten sich mit den körperlichen Problemen der ersten Darstellerin identifizieren. Das ist dadurch bedingt, dass viele Interviewte im Laufe ihrer Erkrankung auch körperliche Einschränkungen erleben mussten. Die 7 Interviewten mit Eierstockkrebs, die eine schlechtere Prognose als Brustkrebspatientinnen haben, sagten, dass sie diese körperlichen Probleme nachvollziehen können und phasenweise davon auch betroffen sind. Sie betonten allerdings auch, dass es nicht das Wichtigste ist im Rahmen der Erkrankung und man außerdem auch etwas dagegen unternehmen kann. Es braucht Zeit mit dieser *„körperlichen Versehrtheit“ (E5)* leben zu lernen und seinen Körper wieder anzunehmen.

„E1: …und ja, ich kann die anatomischen Bemerkungen auch verstehen, mein Bauch sieht auch nicht mehr so schön aus nach 2 Operationen, aber…ja, das ist nicht das Wichtigste."

„E5: …das ist eine körperliche Versehrtheit, die wir alle haben, mit der wir lernen müssen umzugehen…wir sind amputiert, wir sind versehrt und das ist auch ein Prozess, den man lernen muss, zu akzeptieren."

Interviewte, die dagegen keine körperlichen Veränderungen im Laufe ihrer Erkrankung erfahren, erwähnten dies teilweise explizit. Dabei handelte es sich besonders um Blutkrebspatienten.

„L1: Bei der ersten Dame fand ich es insgesamt ein bisschen schwierig, weil ich da den Eindruck hatte, dass das sehr im Vordergrund steht, das Äußerliche, durch die Brustabnahme, was nun bei mir auch in keiner Weise ist, es sieht kein Mensch, meine Krankheit."

3 Interviewte konnten sich mit Partnerproblemen identifizieren, wobei das sehr differenziert zu bewerten ist. 2 von diesen Interviewten sagten, dass sie die Schilderungen des zweiten Darstellers insofern auf sich projizieren konnten, dass man stark sein möchte für seinen Partner. Auch sie können nicht immer mit dem Partner über die Erkrankung sprechen, weil der Partner dann leidet, was wiederum bewirkt, das sie noch mehr leiden.

„E1: also mir geht es so mit meinem Mann, ich mag nicht immer mit ihm darüber reden, weil er leidet dann teilweise mehr als ich und wenn er leidet, dann belastet es mich noch mehr als mein eigenes Leiden und…wir unterhalten uns teilweise manchmal darüber, aber manchmal möchte ich nicht."

Ein Interviewter sagte, dass er sich mit der Partnerproblematik insofern nicht identifizieren konnte, dass er seine Freundin nicht *„in die Wüste gewünscht hätte" (L2)* oder er nicht gedacht hätte, *„sie wäre ohne ihn besser dran" (L2).*

4 Interviewte konnten sich mit der Angst vor dem Wiedereintritt in die Arbeit identifizieren. Einer von diesen Interviewten berichtet, dass er sich momentan gerade an diesem Punkt befindet und überlegt, was er noch arbeiten kann, weil seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, im Vergleich zum Zustand vor der Erkrankung, eingeschränkt ist. Er war vor der Diagnose eine hohe Leistungsfähigkeit gewohnt und betont, dass ihn diese Überlegungen vor diesem Hintergrund belasten.

„L2: …wenn man halt eh leistungsfähig gewohnt war zu sein, dann ist das was anderes, wenn man es plötzlich nicht kann. Es gibt bestimmt einen Haufen Jobs, wo ich der Meinung

bin, da würde ich die 8 Stunden noch jeden Tag hin kriegen, es gibt aber sicherlich auch einige, die, sagen wir mal, besonders viel geistige Anforderungen stellen, wo ich durchaus ins Schwitzen kommen würde."

4 Interviewte konnten sich mit dem Diagnoseschockzustand der 3. Darstellerin identifizieren. Sie beschrieben, dass sie sich in einem psychischen Ausnahmezustand befanden und aus der *„normalen Wirklichkeit" (E21)* gestürzt sind. Es war für die jeweiligen Betroffenen eine sehr schlimme Phase und die Kommunikation zwischen ihnen und den Nichtbetroffenen war oft sehr gestört. Sie denken aus ihrer eigenen Erfahrung, dass die Betroffenen in dieser Phase für niemanden erreichbar sind, auch nicht für den Psychoonkologen.

„ S2: ich war sehr verzweifelt und habe 3 Tage mit mir einen irren Kampf gerungen, mit mir selbst, mit allen Fragen, die mich beschäftigten, der Furcht, das Gefühl des baldigen Sterbens, der Tod, das Göttliche, all diese Dinge, die sind über mich zusammen gebrochen wie ein Tsunami würde man heute sagen und ich bin heute sehr froh, dass niemand dabei gewesen ist."

„E2: Es ist nicht einfach, darüber zu sprechen, ich wollte es damals auch nicht und ich kann das absolut, den Fall 3 hier verstehen, denn ich wollte nicht, dass mich jemand anruft, wollte nicht jedem das erzählen müssen und das war, also überhaupt darüber reden schon, das war ja ganz schwer, ja."

3 Interviewte konnten sich mit der Frage *„Warum bekomme ich Krebs?"* identifizieren. Alle haben dazu bereits ihre eigenen Antworten gefunden. Zwei Betroffene haben diese Frage für sich etwas umformuliert in *„Wozu bekomme ich Krebs?" (E1, E5)* und damit versucht, herauszufinden, was sie der Erkrankung Positives abgewinnen können. Ein Interviewter sagt, dass diese Frage für ihn überraschenderweise nie ein Thema war.

„E5: wieso gerade ich oder warum überhaupt Krebs – diese Frage, die kann ich nachvollziehen, aber ich habe versucht, diese Frage umzuwandeln in ein, Wozu?, Wozu passiert mir das?, ob ich vielleicht auch damit leben lernen soll, auch eine gewisse Zurücknahme, eine gewisse Bescheidenheit entwickeln soll auf dem Anspruch jetzt voll im Leben immer zu sein."

6 Interviewte sagten, dass die Angst vor einem Rezidiv bei ihnen phasenweise und in Abhängigkeit von bestimmten Faktoren immer mal wieder aufkommt. Nur eine Interviewte berichtete, dass diese Rezidivangst ständig präsent ist.

„E21: …so meine Angst, meine Unruhe betrifft eigentlich das Rezidiv. Trotz regelmäßiger Nachsorge kreist es in mir, es ist furchtbar und das macht mich im Moment ein bisschen krank.“

5 der 6 Interviewten, die sich mit der Rezidivangst identifizieren konnten sind Eierstockkrebspatientinnen. Bei dieser Krebsart treten Rezidive auch sehr häufig auf. Zwei Interviewte sagen, dass diese Angst sie auch noch 10 Jahre nach der Diagnose immer mal wieder befällt und man diese auch nie vollständig los werden wird. Zwei andere Interviewte sagen, dass diese Angst besonders stark wird vor einem Nachsorgetermin. Eine Interviewte berichtet, dass die Angst vor einem Rezidiv bei ihr um so größer wird je weniger der Krebs medizinisch behandelt wird.

„E7: …ich stelle mir zwar auch die Frage, könnte sein, dass es ein Rezidiv gibt, aber jetzt ist es noch zu früh, weil ich denke, es ist ganz viel getan worden dieses Jahr und ich weiß nicht, wie es dann nächstes Jahr ist. Ich kann mir vorstellen, dass wenn der Abstand zu OP und zu diesen Therapien größer wird, dass meine Ängste dann vielleicht auch größer werden.“

Fast alle Interviewten gaben an, dass die Identifizierungsfähigkeit nicht vom Geschlecht abhängig ist, sondern allein von den Schilderungen. Nur eine Interviewte sagte, dass auch die Darsteller in diesem Instrument ihre bisherige Erfahrung bestätigen würde, dass Frauen die stärkeren Persönlichkeiten sind, die wahrscheinlich auch eine solche Diagnose besser verarbeiten könnten. Sie betonte allerdings, dass diese Einschätzung ihrer Erfahrung geschuldet ist und wahrscheinlich auch nicht besonders objektiv ist.

Insgesamt zeichnet sich schon hier bei der Frage nach der Identifizierungsfähigkeit mit den geschilderten Belastungen und Sorgen ab, dass die Interviewten der Selbsthilfegruppen im Allgemeinen über gute Bewältigungsmöglichkeiten verfügen. So bestätigen viele Interviewte, das auch sie Probleme mit dem Körper haben, nennen aber gleichzeitig verschiedenste Lösungsmöglichkeiten für spezielle Probleme.

„E7: …da kannst du jetzt auch was unternehmen, du kannst auch Gymnastik machen oder oder“

„E21: im Fall, also wenn die Brust abgenommen wird, also das stelle ich mir auch ganz schlimm vor, aber gut da gibt es ja eben auch schon viele Möglichkeiten, die Brust aufbauen lassen, Prothese oder was auch immer.“

Eine Interviewte sagt, dass sie sich generell nicht gut mit der 1. Darstellerin identifizieren konnte, da diese die Erkrankung verdrängt und für sie selbst immer die Annahme der Erkrankung für die Krankheitsbewältigung essentiell war.

„S2: die Erste mit der kann ich mich nicht identifizieren, die hat ja sehr verdrängt, was sie erlebt, geht sofort wieder an die Arbeit noch während der Chemo. Das ist für mich eine absolute Verdrängung, die sehr ungesund ist.“

Ein Interviewter erinnert an das Hamburger Modell für den 2. Darsteller.

„L3: …da hätte ich dann eine 3-Tages-Arbeit übernommen…“

2 Interviewte sagten, dass der Diagnoseschockzustand eine ganz normale menschliche Reaktion ist. Es ist aber wichtig, dass man nach einer gewissen Zeit wieder Zuversicht gewinnt und aus dem *„tiefen Loch“* wieder herauskommt.
2 Interviewte erwähnten in diesem Zusammenhang auch explizit, dass sie sich mit der Aussage der 3. Darstellerin *„Ich schaffe es sowieso nicht“* nicht identifizieren konnten. Derartige Aussagen wären ihnen auch nur von Patienten mit langem Krankheitsverlauf und vielen gescheiterten Therapien bekannt.

„E21: ja aber das man sagt „Ich werde es sowieso nicht schaffen“, diese Ängste hatte ich nicht, also das muss ich mal sagen, als ich die Diagnose hatte, war für mich klar, meine Herausforderung ist da jetzt zu überleben, zu mindestens noch eine kurze Zeit.“

	Akzeptanz der Patienten				Identifikation mit Belastungen und Sorgen	
Interviewte	**Schauspieler**	**Patienten**	**Akzeptanz der Therapeuten**	**Interviewte**	**ja**	**nein**
E7	nein	ja	ja	E7	2	0
E4	nein	NULL	NULL	E4	2	1
E3	nein	nein	ja	E3	3	0
E2	nein	NULL	nein	E2	2	0
E1	nein	nein	ja	E1	2	1
S2	ja	ja	ja	S2	2	4
S1	ja	ja	ja	S1	5	0
L3	nein	nein	ja	L3	1	1
L2	nein	nein	ja	L2	2	3
E21	nicht erkannt	ja	ja	E21	2	1
L1	NULL	nein	ja	L1	2	1
E5	NULL	nein	ja	E5	3	0
M1	ja	ja	nein	M1	6	0
Akzeptanz	**36%**	**45%**	**83%**			
Ablehnung	**64%**	**55%**	**17%**	**Mittelwerte**	**2,6**	**0,9**

Abbildung 12: Bewertung der Patienten, Therapeuten und Schilderungen in Selbsthilfegruppen

Belastungen und Sorgen	1. Darstellerin	
	ja	nein
Probleme mit dem Körper	10	3
Verdrängen der Erkrankung	2	1
Belastungen und Sorgen	**2. Darsteller**	
	ja	nein
Probleme mit dem Partner	3	1
Probleme mit dem Wiedereintritt in die Arbeit	4	0
Rückzug von Freunden und Bekannten	1	2
auf das Wesentliche zurückeworfen fühlen	1	0
Drang nach Sport	0	1
Vorstellung über die Zukunft	0	1
Belastungen und Sorgen	**3. Darstellerin**	
	ja	nein
Diagnoseschock mit Blackout	4	0
Frage: "Warum bekomme ich Krebs?"	3	1
"Ich werde es sowieso nicht schaffen."	0	2
Belastungen und Sorgen	**alle Darsteller**	
	ja	nein
Angst vor Rezidiv	6	0

Abbildung 13: Identifikation mit Belastungen und Sorgen unter Interviewten aus Selbsthilfegruppen nach dargestellten Patienten

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

Durchschnittlich identifizierten sich die 8 Interviewten der ambulanten Arztpraxen mit 3,1 geschilderten Problemen. Sie nannten durchschnittlich 0,9 Probleme mit denen sie sich nicht identifizieren konnten. Auch hier kann man sagen, dass die Schilderungen, die Patienten moderat angesprochen haben, wenn man berücksichtigt, dass es für Alter und Diagnosen der Befragten keine Einschränkungen gab.

Der größte Teil der Befragten, 75 % akzeptierten die Schauspieler und 88 % akzeptierten die Patienten als solche, bewertete die Wirkung der Patienten als positiv. Gleichzeitig konnten sich 5 der Befragten mit 3 oder mehr geschilderten Problemen und 2 Befragte mit 2 Problemen identifizieren. Die Interviewten der ambulanten Arztpraxen akzeptieren also überwiegend sowohl das Auftreten als auch die Schilderungen der dargestellten Patienten.

Die Hälfte der Befragten konnte sich damit identifizieren, sich phasenweise von Freunden und Bekannten zurückziehen zu wollen, weil man entweder in bestimmten Phasen der Behandlung nicht fit ist oder sich unter Gesunden nicht wohl fühlt.

„AP5: Also das Alleinsein habe ich auch so ein bisschen gesucht, ich konnte ja kaum noch was machen, ich war ja nicht fit.“

„AP6: naja, so mich wieder im Leben zu finden, wieder unter normalen Menschen sich glücklich fühlen, mich auch zeigen mit meiner Behinderung auch, also so wie ich bin.“

3 Interviewte konnten die Gefühle der 3. Darstellerin in der Diagnoseschockphase gut nachvollziehen und haben das ähnlich erlebt.

„AP6: …wo ich dann aus der Praxis raus ging, da stand ich an der Straßenbahnstation und ich habe alles mitgekriegt um mich herum, aber ich war irgendwie so starr, ich konnte gar nichts verstehen, ehrlich gesagt, weiß ich gar nicht wie ich da nach Hause gekommen bin, also daran kann ich mich überhaupt nicht erinnern.“

2 Interviewte berichten aber auch, dass sie sich nicht besonders gut mit den Schilderungen der 3. Darstellerin über die Diagnoseschockphase identifizieren konnten. Eine dieser Befragten sagt, dass sie gut aufgefangen wurden durch ausführliche Aufklärungsgespräche mit Ärzten. Der andere Befragte berichtet, dass er seine Diagnose erst nach der Operation erfahren hat.

„AP2: …im Prinzip trifft das alles nicht so richtig bei mir zu, weil diejenigen Leute haben vom Doktor erfahren, das sie leider Krebs haben. Ich habe im Krankenhaus gelegen, bin aus dem Koma aufgewacht, da kam meine Ärztin und sagte, sie hatten einen Darmdurchbruch und dabei haben wir einen Tumor festgestellt und haben ihn raus genommen.“

2 Interviewte berichten von Problemen mit dem Partner.

„AP6: mein Mann sagt mir, dass er mich liebt, aber ich bin trotzdem nicht zufrieden, weil es wirkt auf mich so, mach dir keine Sorgen, wir schaffen das schon, wie im zweiten Film, da hat er ja sozusagen gesagt, dass er ein schlechtes Gewissen hat oder mich irgendwie, naja schuldig kann man nicht sagen, aber naja wegen mir funktioniert jetzt einiges nicht mehr so wie es mal funktioniert hat.“

Trotzdem 5 Interviewte Brustkrebs oder Gebärmutterhalskrebs haben, werden körperliche Probleme der 1. Darstellerin hier auffällig selten als identifizierungsfähig benannt.
5 Interviewte äußerten sich zur Abhängigkeit der Identifizierungsfähigkeit vom Geschlecht. 4 Befragte sagten, dass die Identifizierungsfähigkeit nicht vom Geschlecht, sondern nur von den Schilderungen abhängen.

	Akzeptanz der Patienten				Identifikation mit Belastungen und Sorgen	
Interviewte	**Schauspieler**	**Patienten**	**Akzeptanz der Therapeuten**	**Interviewte**	**ja**	**nein**
AP8	nicht erkannt	ja	ja	AP8	3	2
AP7	nein	ja	ja	AP7	2	1
AP6	nicht erkannt	ja	ja	AP6	6	0
AP5	nicht erkannt	nein	ja	AP5	3	2
AP4	nein	ja	ja	AP4	3	0
AP3	nicht erkannt	ja	ja	AP3	2	0
AP2	nicht erkannt	ja	ja	AP2	6	1
AP1	ja	ja	ja	AP1	0	1
Akzeptanz	**75%**	**88%**	**100%**			
Ablehnung	**25%**	**13%**	**0%**	**Mittelwerte**	**3,1**	**0,9**

Abbildung 14: Bewertung der Patienten, Therapeuten und Schilderungen in ambulanten Arztpraxen

Belastungen und Sorgen	**1. Darstellerin**	
	ja	**nein**
Probleme mit dem Körper	2	1
schnell wieder arbeiten	1	0
Belastungen und Sorgen	**2. Darsteller**	
	ja	**nein**
Probleme mit dem Partner	2	0
Probleme mit dem Wiedereintritt in die Arbeit	2	1
Rückzug von Freunden und Bekannten	4	0
Wesensveränderungen	1	0
Ablehnung: "Du siehst gut aus", Wie geht es dir?"	1	0
Vorstellung über die Zukunft	1	0
Sorge um den Partner	1	0
weiches Auftreten	1	0
Selbstmitleid	1	0
Belastungen und Sorgen	**3. Darstellerin**	
	ja	**nein**
Diagnoseschock mit Blackout	3	2
Frage: "Warum bekomme ich Krebs?"	1	2
Angst vor Informationsdefizit	1	0
Angst vor Nebenwirkungen	1	0
Belastungen und Sorgen	**alle Darsteller**	
	ja	**nein**
Angst vor Rezidiv	1	0
Krebserkrankung an sich	1	0
pessimistische Grundeinstellung	0	1

Abbildung 15: Identifikation mit Belastungen und Sorgen unter Interviewten aus ambulanten Arztpraxen nach dargestellten Patienten

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Die Annahme der Patienten, als solche und als Schauspieler, ist bei den Befragten der ambulanten Arztpraxen besser als bei den Befragten der Selbsthilfegruppen. Die Befragten aus ambulanten Arztpraxen identifizierten sich außerdem mit durchschnittlich leicht mehr geschilderten Belastungen und Sorgen als die Interviewten aus den Selbsthilfegruppen. Daher ist die Akzeptanz des Instruments bezüglich Wirkungen der Patienten und deren Schilderungen unter Befragten der ambulanten Arztpraxen größer als unter Befragten der Selbsthilfegruppen.

Die Befragten der ambulanten Arztpraxen berichteten wesentlich seltener über die Identifizierungsfähigkeit mit körperlichen Problemen der 1. Darstellerin als Befragte aus Selbsthilfegruppen, obwohl in beiden Settings ein großer Anteil der Patienten mit körperlichen Problemen zu kämpfen hat.

Weiter berichteten die Befragten der ambulanten Arztpraxen (12,5 %) wesentlich seltener, sich mit der Angst vor einem Rezidiv identifizieren zu können, als die Befragten aus Selbsthilfegruppen (46 %). Unter den Befragten der Selbsthilfegruppen bezeichneten 6 Befragte die Rezidivangst als identifizierungsfähig. Davon waren 5 Interviewte Eierstockkrebspatienten.

Es berichteten deutlich mehr Befragte aus ambulanten Arztpraxen, sich mit dem Wunsch, sich zeitweise von Freunden und Bekannten zurückziehen zu wollen, identifizieren zu können als Befragte aus Selbsthilfegruppen.

Ähnlich groß in beiden Settings war der Anteil der Befragten, die sich mit den Beschreibungen über den Diagnoseschockzustand und mit den Partnerproblemen identifizieren konnten.

Die Identifizierungsfähigkeit ist für die meisten Befragten unabhängig vom Geschlecht und nur abhängig von den geschilderten Problemen. Insgesamt berichteten nur zwei Befragte (1 Befragte aus SHG und 1 Befragte aus ambulanten Arztpraxen), dass es vom Geschlecht abhängt.

6.5.2 Motivation durch das Instrument

eigene Bewältigungsmöglichkeiten

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

Im Interview wurden die Interviewten gefragt, welche Möglichkeiten sie selbst zur Bewältigung ihrer Ängste im Rahmen der Erkrankung nutzen.

Kämpferische und optimistische Interviewte (insgesamt 3 Interviewte) betonen, dass sie eine positive Lebenseinstellung haben und sich nicht geschlagen geben. Es fällt ihnen nicht so schwer, zuversichtlich zu sein.

„E7: Zum Glück ist mir meine positive Lebenseinstellung erhalten geblieben und die hat mich auch gerettet und die wird mich auch weiter retten und von daher habe ich das Glück, dass die da ist und dass ich eine gute Konstitution hatte und jetzt auch wieder habe, das ist super, also darüber bin ich sehr froh.“

Eine Interviewte sagt, dass sie auf keinen Fall die Krankheit verdrängen möchte, weil das ihrer Meinung nach die Konfrontation mit der lebensbedrohlichen Erkrankung und die Angstbewältigung verhindert.

„S2: am besten komme ich klar, wenn ich die Krankheit annehme und lerne damit zu leben.“

Ein Angstauslösender Faktor kann ein Wissensdefizit sein. 10 von 12 Interviewten sagen, dass sie verschiedenste Möglichkeiten nutzen, um sich zu ihrer Erkrankung zu informieren und mit Anderen in Austausch zu treten. Sie wollen *„immer auf dem Laufenden sein“* und wissen, wen man für welche Probleme ansprechen kann. Sie besuchen häufig Fortbildungen und betonen, dass man selbst aktiv werden muss, um Antworten zu finden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch eine gute und vertrauensvolle Beziehung zum Onkologen.

„E3: Also für mich ist es auch wichtig auf dem Laufenden zu sein und auch zu wissen, wo kann ich mich hinwenden, wen kann ich fragen, was kann ich machen, mich da auch hinter klemmen.“

Ein anderer Angstauslösender Faktor sind Störungen im sozialen Umfeld der Erkrankten. 3 Interviewte berichteten explizit, dass ihnen Unterstützung durch Familie und Freunde bei der Krankheitsverarbeitung sehr helfen.

„M1: auch ich habe Gott sei Dank Freunde und Kinder gehabt, die mir geholfen haben.“

Viele Krebsbetroffene legen sich eine subjektive Krankheitstheorie zurecht. Diese kann unabhängig von ihrer wissenschaftlichen Richtigkeit hilfreich oder kontraproduktiv sein. Bei den hier interviewten Patienten, die sich jetzt gesünder ernähren oder mehr Sport treiben (angegeben von insgesamt 4 Interviewten), kann man davon ausgehen, dass sie einen Gewinn aus dieser Veränderung ziehen.

5 Interviewte nutzten oder nutzen eine therapeutische Behandlung, wo sie gelernt haben, zu versuchen, manche Situationen selbst zu verarbeiten.

Die Selbsthilfegruppenzugehörigkeit aller Interviewten in diesem Setting fördert den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen und *„man wird regelmäßig daran erinnert, warum man dort hingeht“ (S2)*. Eine Interviewte denkt, dass Menschen, die eine Selbsthilfegruppe aufsuchen, *„eine andere seelische und geistige Konstitution haben als Andere, die das nicht tun“ (E5)*. Menschen, die in eine Selbsthilfegruppe gehen würden, sehen die Thematik Angst auch schon etwas distanzierter, weil sie die Erkrankung auch kognitiv verarbeiten.

Zwei Interviewte berichten, dass ihnen Entspannungsübungen sehr geholfen haben, wieder Zugang zu sich selbst zu finden und damit offen zu sein für eine sich eventuell anschließende Gesprächstherapie.

„S2: Ich hatte ja zu dem Zeitpunkt wo ich in der Reha war keinen Bezug mehr zu mir, ich habe ja meinen Ruhepool in mir, den ich suche, wenn ich verzweifelt bin oder Fragen an das Leben habe und ich kam nicht rein in mich selbst und mit diesen Entspannungsübungen hatte ich plötzlich wieder Zugang zu mir und das fand ich sehr schön.“

Körperbildstörungen können ebenfalls ein Angstauslösender Faktor sein. Viele Interviewten sagten dazu, dass es einfach viel Zeit braucht, mit den körperlichen Veränderungen umzugehen und sich wieder anzunehmen.

„M1: Wir müssen versuchen, den Körper anzunehmen und das ist ganz wichtig, da hatte ich auch meine Probleme und brauchte eine längere Zeit, um meinen Körper wieder ganz konkret, also ihn anzunehmen, insbesondere, wenn man es nach außen sieht.“

Viele Interviewte erwähnen, dass man sich auch möglichst oft schönen Dingen widmen sollte, die einem Spaß machen. Hier wurden zum Beispiel von 2 Interviewten kreative Hobbys und kulturelle Höhepunkte genannt.

Ergebnisse aus den Interviews der ambulanten Arztpraxen

Eine Interviewte aus den ambulanten Arztpraxen betont, dass sie eine optimistische Grundeinstellung hat, die ihr bei der Krankheitsverarbeitung entscheidend hilft.

2 der 8 Interviewten sagen, dass sie versuchen, sich zu ihren Problemen, gut zu informieren und damit auch Ängste mindern.

„AP3: Ich sage mal so, wenn ich jetzt Schmerzen habe, ich bin immer so ein ängstlicher Typ in dieser Beziehung und da weiß ich ganz genau, ja ja bleib ganz ruhig, das kommt von der Chemotherapie, also das mit den Füßen, das Taubheitsgefühl.“

2 Interviewte erwähnten, dass sie eine sehr intensive Beziehung zu ihrer Familie haben, die ihnen Kraft gibt.

„AP1: Naja, nun haben meine Frau und ich eine sehr intensive Beziehung, also meine Frau hat sich da wahrscheinlich mehr Sorgen gemacht als ich damit, aber hat mich auch immer versucht zu unterstützen und aufzubauen in dieser Krankheitsphase."

5 Interviewte nutzen eine therapeutische Behandlung, wo sie lernen, sich *„neu auf das Leben einzustellen und bewusster Prioritäten zu setzen" (AP8)* und verschiedenste Probleme im Rahmen der Erkrankung zu bewältigen. Ein Interviewter sagt, dass er keine Hemmungen hätte, sich psychologische Unterstützung zu suchen, wenn er diese bräuchte. 2 Interviewte erwähnten, dass sie manchmal das Alleinsein suchen und sich dann schönen Dingen widmen, wie Kochen, Lesen, Filme gucken oder Spazieren gehen. Eine dieser beiden Interviewten sagt weiter, dass sie manchmal allerdings auch eher Kontakt zu Anderen sucht, um sich zu unterhalten und abzulenken. Die andere Interviewte versucht auch Kontakte zu halten, schränkt aber ein, dass sie immer wieder feststellt, dass sie sich nicht wohl fühlt, weil es für sie aus verschiedensten Gründen immer noch sehr schwierig ist mit Nichtbetroffenen zu kommunizieren.

„AP6: Ja, naja und mit Freunden auszukommen ist für mich auch eine komische Sache, also ich versuche immer unter Leute zu gehen, aber ich stelle immer wieder fest, dass ich mich doch nicht so wohl fühle."

Eine Interviewte betont, dass sie im Moment große Hoffnungen hat, wieder gesund zu werden und das macht ihr Mut. Sie sieht momentan für sich gute Bewältigungsmöglichkeiten, schränkt aber auch ein, dass sich das in Abhängigkeit von äußeren Faktoren jederzeit auch wieder ändern kann. Ein Interviewter betont, dass er ein Einzelgänger ist und eher nicht den Kontakt zu anderen Betroffenen oder einem Therapeuten suchen würde.
Ein weiterer Befragter sagt, dass die moderne Medizin *„ein Segen" (AP1)* ist und dazu beigetragen hat, dass er noch lebt. Daher freut er sich *„immer bewusst an dem, was er hat und was ihm noch bevor steht" (AP1).*

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Die Interviewten aus den Selbsthilfegruppen profitieren bezüglich der Krankheits-verarbeitung vom Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen und von

gegenseitiger emotionaler Unterstützung und Motivation. Mit der Selbsthilfe sollen die persönliche Identität gefestigt und neue Perspektiven aus der Krise eröffnet werden.
Daher waren die Interviewten der Selbsthilfegruppen gegenüber den Schilderungen der Darsteller oft abgeklärter und distanzierter eingestellt als Interviewte aus ambulanten Arztpraxen.

Die Befragten aus den Selbsthilfegruppen gaben deutlich häufiger an, dass sie sich zur Erkrankung und der damit verbundenen Probleme aktiv und umfassend informieren, im Vergleich zu den Befragten aus ambulanten Arztpraxen.

In beiden Settings gab es Befragte mit einer optimistischen Grundeinstellung, denen es etwas leichter fällt, sich positiv einzustellen und damit die Krankheitsbewältigung zu fördern. In beiden Settings wurde jeweils von einigen Befragten berichtet, dass Familie und Freunde sehr wichtig sind. Sowohl in Selbsthilfegruppen als auch in ambulanten Arztpraxen gehen einige Befragte in eine Gesprächstherapie, wo sie Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung aufgezeigt bekommen. Ebenfalls in beiden Settings wurde von vielen Interviewten gesagt, dass man sich möglichst oft schönen Dingen widmen sollte, die einem vor allem auch Spaß machen.

Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten durch das Instrument

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

12 der 13 Interviewten aus den Selbsthilfegruppen äußerten sich bezüglich Selbsteinschätzung oder Motivation durch das Instrument. 4 Interviewte besuchen momentan gerade eine Gesprächstherapie bei einem Psychoonkologen oder einem Psychologen und können daher selbst nicht mehr zu einer psychoonkologischen Beratung motiviert werden.

„E7: Also bei mir hat sich nichts verändert, jetzt, also ich bin ja bei einer Psychoonkologin.“

4 Interviewte konnten mit Hilfe des Instruments eine Selbsteinschätzung ihres emotionalen Befindens vornehmen. 3 dieser Interviewten sehen sich im Vergleich zu den drei Darstellern in einem guten Zustand und sind dafür sehr dankbar. Eine Interviewte hatte bisher noch nicht so viel Kontakt zu anderen Betroffenen. Sie hatte sich bewusst zum Interview bereiterklärt, um vergleichen zu können, wie andere Betroffene mit der Erkrankung umgehen.

„S1: deshalb habe ich mich ja auch zu dem Gespräch hier bereit erklärt, um einfach mal eine Vergleichsmöglichkeit zu haben, wie gehen andere mit der Erkrankung um, um mich selbst einzusortieren, sozusagen, wie sehe ich das mit meiner Krankheit? Wenn ich diese drei Videos sehe, finde ich mich in einem guten Zustand und das ist für mich doch Gold wert.“

Eine Interviewte sagt, dass sie alles was ihr in den Filmen gezeigt wurde, auch erlebt hat mit Ausnahme der Verdrängungstaktik der 1. Darstellerin, aber sie über alle Punkte hinweg ist, was sie mit ihrer Lebenserfahrung und den vielen Jahren der Auseinandersetzung mit der Erkrankung begründet.

6 Interviewte sind durch das Instrument zu verschiedensten Dingen motiviert worden. Eine Interviewte sagt, dass sie nach der Einführung in die Internetseite und nach Ansehen der Filme großes Interesse am Thema Psychoonkologie entwickelt hat und gerne mehr darüber erfahren möchte.

„E21: ich finde es sehr interessant, muss ich sagen, ich möchte schon gerne mehr darüber wissen, da bin ich schon neugierig.“

4 Interviewte denken, dass durch das Instrument ein größerer Teil von bedürftigen Patienten dazu angeregt werden kann, psychoonkologische Unterstützung zu suchen. Ein Interviewter erwähnt, dass er das Instrument für diesen Zweck sehr gelungen findet.

„L1: Für den Zweck, dass es Leute ansprechen soll, mal über Psychoonkologie nachzudenken, finde ich das eigentlich sehr gelungen.“

3 Interviewte könnten sich vorstellen, diese Internetseite mit den Filmen gestressten Patienten in der Selbsthilfegruppe zu empfehlen. Ein Interviewter betont aber, dass die Voraussetzung dafür eine etwas realistischere Gestaltung der Filme wäre.

„L2: Ich würde das dann auch empfehlen, wenn dann die drei Hauptfilmchen ein bisschen realistischer oder sagen wir mal näher an der Wirklichkeit wären, dann fände ich das durchaus eine Sache, die es wert ist, zu teilen.“

2 Interviewte schätzen den Anonymitätscharakter des Instruments und können sich vorstellen, dass einige eher die Hemmungen verlieren sich an einen Therapeuten zu wenden. Ein Interviewter betont, dass es außerdem eine große Hürde ist, überhaupt einen Therapeuten zu finden, wenn man dann einmal eingesehen hat, dass man Hilfe benötigt. Er denkt, dass das Instrument in diesem Zusammenhang den Betroffenen einen Einblick

vermitteln kann, ob Psychoonkologie helfen könnte. Dadurch könnten sie dann weiter motiviert sein einen Therapeuten zu suchen.

„L2: ich meine es ist ja dann auch noch einmal ein Aufwand, einen Therapeuten zu finden und das ist eine Hürde, das schreckt sehr sehr viele Leute ab oder ernüchtert viele in ihrem Erfahrungskreis und ich könnte mir vorstellen, dass das eine wesentlich einfachere Variante ist, das sie zu mindestens mal einen Eindruck kriegen, könnte mir das was nutzen oder nicht, lohnt sich die Mühe, mir einen Therapeuten zu suchen."

Außerdem hält dieser Interviewte es für sinnvoll, die Internetseite an eine Rund-um-die-Uhr-Hotline zu koppeln.

3 Interviewte sprechen Probleme an, die sie sehen, wenn Betroffene diese Filme allein ansehen. Ein Interviewter denkt, dass Patienten wie die 3. Darstellerin gar nicht im Internet eine solche Seite ansehen würden. Das wäre dann eher geeignet für entsprechende Angehörige. Die anderen beiden Interviewten sind der Meinung, dass sich ein Patient wie die 3. Darstellerin nach Ansehen der Videos nicht selbst helfen kann. Eine von diesen beiden Interviewten berichtet auch, dass sie mehr Angst bekommen hätte nach dem Ansehen der Filme, wenn sie die Filme in ihrer schlimmen Erkrankungsphase gesehen hätte, weil sie die Ängste, die dort beschrieben wurden, dann für sich schon als Grundlage genommen hätte.

„S1: Also die Erfahrung, die eigene, sagt für mich, du hast das für dich gut gepackt und du kannst die anderen verstehen, hätte ich das jetzt davor gesehen, hätte ich diese Ängste, die da in den Videos auftreten, ja für mich auch schon als Grundlage genommen."

Es ist also sehr differenziert zu betrachten, welche Patienten die Filme allein sehen können und welche Patienten jemanden an ihrer Seite brauchen, der das Gesehene sofort dokumentieren kann.

Eine Interviewte sagt, dass sie angeregt wurde, Psychoonkologie noch mehr in ihre Selbsthilfegruppentätigkeit einzubeziehen. Sie denkt, dass die Seite auch gut geeignet ist, um Sozialarbeiter in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen über Psychoonkologie zu informieren. Außerdem schlägt sie vor, die Filme in einem Forum von Selbsthilfegruppenleitern zu diskutieren.

„M1: Also ich würde sagen, die Videos haben mich persönlich sehr angesprochen und sind also auch dazu angetan in einem größeren Kreis darüber zu reden und die Erfahrungen auszutauschen. Hier sollte man konkret mal ein Forum nehmen aus Leitern von

Selbsthilfegruppen, um mit denen gemeinsam zu sprechen, finde ich sehr wertvoll diese Arbeit.“

Ergebnisse aus den Interviews der ambulanten Arztpraxen

7 der 8 Interviewten aus den ambulanten Arztpraxen haben sich zur Thematik Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten geäußert. 4 dieser Befragten gehen momentan in eine Gesprächstherapie. 4 der 7 Befragten fanden das Instrument sehr ansprechend. 3 dieser Interviewten sind momentan in einer Gesprächstherapie. Diese drei sagten, dass sie das Instrument auf jeden Fall motiviert hätte, Hilfe zu suchen. Eine dieser Interviewten beschreibt, dass die Filme in ihr alles wieder aufgewühlt haben, sie jetzt aber auch das Gefühl und die Hoffnung hat, auf dem richtigen Weg zu sein. Die andere Befragte berichtet, dass sie sich *„jeden Tag eine Maske aufsetzt und versucht gut auszusehen, wenn sie zur Arbeit fährt“ (AP6)*, um zu zeigen, dass es ihr gut geht. Die Filme haben ihr aber signalisiert, dass sie ihre emotionalen Probleme *„noch nicht in Griff hat“ (AP6)*. Sie berichtet weiter, dass sie besonders während der Chemotherapiephase wenig Zuwendung in psychologischer Hinsicht erhielt und ist deshalb überzeugt, dass andere Patienten besonders in dieser Phase durch ein solches Instrument motiviert werden könnten, sich Hilfe zu suchen. Ein Interviewter fand das Instrument ansprechend und ist nicht in einer Gesprächstherapie. Er war beeindruckt von den Fällen als solche und es hat sein Mitleid erzeugt, dass es Krebspatienten gibt, die neben den körperlichen Beschwerden auch noch so schwere emotionale Probleme haben. Er denkt, dass es einen objektiven Bedarf an Hilfsangeboten gibt und findet, dass dieses Instrument und die Psychoonkologie an sich *„ein vernünftiges Anliegen“ (AP1)* verfolgen.

3 der 7 Befragten wären durch das Instrument nicht motiviert worden, Hilfe zu suchen. Von diesen Befragten ist eine Interviewte momentan in einer Gesprächstherapie. Diese betont, dass sie ein sehr kritischer Mensch ist und sie das *„künstliche Auftreten der Darsteller irritiert“ (AP7)* und sie dann vermutet hätte, dass *„etwas nicht stimmt“ (AP7)*. Eine andere Interviewte sagt, dass sie *„über einige Sachen, die beschrieben wurden nachdenkt“ (AP4)*, will sich aber *„nicht zu viel mit dem Thema beschäftigen, sondern eher den Weg zurück in die Normalität suchen“ (AP4)*. Sie vermutet, dass zu intensive Beschäftigung mit der Erkrankung wieder negative Auswirkungen haben kann. Ein Interviewter beschreibt, dass ihm die Filme gezeigt haben, dass er nicht allein ist. Zum Psychoonkologen würde er aber nur gehen, wenn es noch schlimmer wird.

Eine Befragte merkt an, dass *„Menschen, die sehr tief fallen, sich durch das Ansehen der Videos noch weiter zurückziehen könnten“ (AP8)*. Sie meint, dass differenziert werden

sollte, welche Patienten die Filme allein sehen können und welche nicht. Eine Interviewte merkt an, dass das Instrument *„sehr gut für Aufklärung“ (AP5)* zur Thematik Psychoonkologie geeignet ist.

Vergleich der Ergebnisse der Interviews aus Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Bezüglich des Vergleichs der Interviews aus den Selbsthilfegruppen und den ambulanten Arztpraxen zur Kategorie „Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten“ fällt auf, dass sich Interviewte der Selbsthilfegruppen oft in einem positiveren emotionalen Zustand als die Darsteller sehen und viele geschilderte Probleme für sich selbst schon gut bearbeitet haben. Daher reagieren sie oft distanzierter auf die Frage, ob sie selbst durch das Instrument angeregt worden wären, Hilfe zu suchen. Demgegenüber gaben Befragte aus den ambulanten Arztpraxen häufig an, dass sie dieses Instrument sehr angesprochen hat und sie motiviert hätte, Hilfe zu suchen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass viele Interviewte sowohl aus Selbsthilfegruppen als auch aus ambulanten Arztpraxen die Idee und den Aufbau des Instruments für den Zweck, Krebspatienten zu motivieren sich psychologische Unterstützung zu suchen, als gelungen bewerteten. Die Interviewten insbesondere aus Selbsthilfegruppen und einmal auch aus der ambulanten Arztpraxis bewerten allerdings auch im Kontext Motivation und Selbsteinschätzung durch das Instrument das künstliche Auftreten der Darsteller (Schauspieler) als problematisch und regen an, dass zu verändern.

6.5.3 Psychoonkologie und Internet

Das Material der Unterkategorien „Leistungen der Psychoonkologie“ und „psychologische Unterstützungsangebote“ soll dazu beitragen, zu beurteilen wie gut die Interviewten bereits zu dem Thema Psychoonkologie informiert sind und in wie fern sie durch das Instrument zusätzlich informiert werden.

Leistungen der Psychoonkologie

Ergebnisse aus den Interviews der Selbsthilfegruppen

Die Interviewten haben auf folgende Probleme im Bereich der Psychoonkologie aufmerksam gemacht:

Sie gaben an, dass es zu wenige Unterstützungsangebote gibt, insbesondere im Krankenhaus und dass es zu lange dauert bis man einen Therapeuten findet. Häufig wünschen sich Patienten Einzelgespräche anstelle von Gruppensitzungen, die allerdings

selten verfügbar sind. Weiter erfolgt die Betreuung oft durch irgendwelche Therapeuten. Einzelgespräche mit psychoonkologischen Therapeuten sind sehr selten. Viele Behandlungen werden zudem privat entlohnt, so dass es insgesamt auch für den Patienten eine große Hürde ist, sich Hilfe im Bereich der Psychoonkologie zu suchen. Eine Interviewte berichtete über häufige Ungeschicklichkeiten bei der Ansprache von Patienten im Krankenhaus durch Psychoonkologen aus ihrer Erfahrung als Selbsthilfegruppenleiterin. Psychoonkologen sollten daher auch besser geschult werden. Außerdem steht der Suche nach Hilfe durch einen Psychoonkologen häufig das Vorurteil der Patienten im Wege, dass *„man dort nicht eingeordnet werden möchte“ (E5)*. Einige Interviewte sagen, dass Onkologen und Psychoonkologen ab Diagnoseübermittlung besser zusammenarbeiten sollten. Ein psychologisches Unterstützungsangebot sollte in allen Behandlungseinrichtungen, wie Krankenhaus, Reha, ambulanten Arztpraxen usw. vorhanden sein.

Auf die Frage, was Psychoonkologie speziell für Patienten leisten kann, betonten 2 Interviewte, dass Psychoonkologie nur den Menschen helfen kann, die sich auch helfen lassen wollen. 3 Interviewte würden erwarten, dass man mit der Hilfe eines Psychoonkologen herausfinden kann, was hinter den jeweiligen Ängsten steckt. Dadurch könnte man Probleme identifizieren, konkret daran arbeiten und dadurch wieder kontrollierter mit seinen Ängsten leben.

„L1: …naja, eigentlich doch wie jede Form von Psychotherapie, den Versuch, Ängste zu lösen und gordische Knoten aufzulösen, also was ich denke, was bei den meisten der Hintergrund ist, man ist ja mit realen Problemen konfrontiert, entwickelt daraus weitere Gedanken, die lähmend wirken und dann diese Lähmung zu lösen.“

Eine Interviewte erwartet, dass der Patient durch das Gespräch mit dem Psychoonkologen auch wieder ein Stück Zuversicht gewinnen sollte.

In Bezug auf die Frage, welche Erkenntnisse das vorgestellte Instrument bezüglich der Leistungen der Psychoonkologie vermittelt, wurde von einer Interviewten erwähnt, dass es einfach auch viele Menschen gibt, die allein sind, denen es schnell wie den Darstellern in den Filmen geht und die auch schnell Hilfe erhalten sollten. Eine andere Interviewte hat konkret benannt, wie man die drei Darsteller ihrer Meinung nach psychoonkologisch unterstützen kann. Sie denkt, dass man der 1. Darstellerin helfen könnte mit dem *„körperlichen Disaster“* besser umzugehen. Beim 2. Darsteller könnte die Psychoonkologie das Selbstwertgefühl stärken. Sie denkt, dass der Psychoonkologe

allerdings eine Patientin wie die 3. Darstellerin kaum kennenlernen wird, es sei denn der Onkologe erkennt es sofort und pflegt gleichzeitig eine gute Zusammenarbeit mit einem Psychoonkologen. Eine Interviewte sagt, dass ihr die Filme gezeigt haben, dass einige Patienten nicht umhin kommen, sich auch psychologische Unterstützung zu suchen und das auch so früh wie möglich, was ihr durch die 3. Darstellerin besonders eindringlich vermittelt wurde. Aber auch der Film der 1.Darstellerin hat ihr gezeigt, dass man immer mehr Ängste aufbaut, wenn diese nicht angegangen werden und die Lebensqualität dann sehr eingeschränkt werden kann. Eine andere Interviewte erwähnt, dass sie sich mit den 3 Filmen noch nicht genug zum Thema Psychoonkologie informiert fühlt und würde erwarten, dass sie auf der dazugehörigen Internetseite noch Informationen über Behandlungsmethoden insbesondere über niedrig-schwellige Probleme erhält.

„E4:…ich weiß zu wenig, wie es praktisch abläuft, da müsste ich noch mehr erfahren, also welche Methoden es gibt, autogenes Training, Visualisierung und das Gespräch vor allem für niedrig-schwellige Probleme."

Außerdem sagen einige Interviewte, dass die Psychoonkologie für sie eine gute Ergänzung darstellt, im Rahmen der Krebserkrankung auch psychische Probleme anzugehen, sie aber nicht ihre einzige Unterstützungsmöglichkeit darstellt. So sehen diese auch in Kontakten zu *„lieben Leuten"* oder in Gesprächen mit dem Seelensorger eine wichtige Unterstützung für psychische Befindlichkeiten.

Ergebnisse aus den Interviews der ambulanten Arztpraxen

Die Interviewten der ambulanten Arztpraxen haben auf folgende Probleme im Bereich der Psychoonkologie aufmerksam gemacht.

Eine Interviewte sagte, dass sie es sehr wichtig findet, dass sich dieses Fachgebiet entwickelt hat, was spezifisch auf die emotionalen Bedürfnisse der Krebspatienten eingeht, da der Bedarf entsprechend groß ist.

„AP7: Ich denke mal, dass das ein wichtiges Gebiet ist, weil sie sich besonders auf diese Erkrankung eingestellt haben und ich denke, dass viele Menschen da auch ganz viel Hilfe brauchen."

Ein anderer Befragter sagt ebenfalls, dass er Psychoonkologie für ein wichtiges Fachgebiet hält, betont aber gleichzeitig, dass das auch Ärzte erkennen sollten. Aus seiner Erfahrung stellt sich dass in der Praxis anders dar und Psychologen werden von anderen Arztgruppen nicht besonders gut akzeptiert oder in die Behandlung einbezogen.

„AP2: Das ist eine wunderbare interessante Sache, das müssen aber nun auch erst einmal die jetzigen Doktoren begreifen, dass so was sehr nötig ist.“

Auf die Frage, was Psychoonkologie speziell für Patienten leisten kann, antwortet eine Interviewte, dass der Therapeut den Patienten wieder auf den richtigen Weg bringen sollte. Eine andere Befragte sagt, dass sie erwarten würde, dass der Therapeut Lösungsmöglichkeiten aufzeigen kann bezüglich der Fragen, *„wie kommt man aus dem Loch heraus, wie kann man sich wieder wohler fühlen unter Gesunden und in der Partnerschaft und wie kann es Gesunden gelingen, besser mit den Patienten umzugehen“ (AP6)*. Eine Interviewte betont, dass es auch wichtig ist, dass der Therapeut den Patienten bestärken kann. Außerdem sollte er Denkanstöße geben, die es ermöglichen Ängste abzubauen.

In Bezug auf die Frage, welche Erkenntnisse das vorgestellte Instrument bezüglich der Leistungen der Psychoonkologie vermittelt, wurde von einem Interviewten erwähnt, dass die Therapeuten für die 3 in den Filmen vorgestellten Fälle differenziert dargestellt haben, was jeweils getan werden sollte. Daraus erschließt sich ihm, dass es eine objektiven Bedarf gibt und man sollte das Fachgebiet und seine Möglichkeiten, Patienten zu unterstützen, noch mehr bekannt machen.

Vergleich der Ergebnisse aus Interviews der Selbsthilfegruppen und der ambulanten Arztpraxen

Da sich unter den Befragten der Selbsthilfegruppen 3 Selbsthilfegruppenleiter befanden, die sich mit der Thematik schon intensiv beschäftigt hatten, wurden in diesem Setting die gegenwärtigen Probleme im Bereich der Psychoonkologie sehr detailliert beschrieben. In den Interviews der ambulanten Arztpraxen benannten die Befragten ganz genau die Lebensbereiche, in denen sie sich Unterstützung von einem Therapeuten erhoffen. In den Interviews der Selbsthilfegruppen wurde oft betont, dass der Eigenanteil der Patienten wichtig ist, damit die Therapie Wirkung zeigen kann. Mit dem vorgestellten Instrument wurde einigen Befragten sowohl aus Selbsthilfegruppen als auch aus ambulanten Arztpraxen vermittelt, dass es vielen Patienten so geht und damit ein objektiver Bedarf besteht und dass diese Patienten sich vor allem schnell Hilfe suchen und auch erhalten sollten.

Psychologische Unterstützungsmöglichkeiten

Ergebnisse aus den Interviews der Selbsthilfegruppen

12 Interviewte haben sich im Interview dazu geäußert, ob ihnen im Laufe ihrer Behandlung psychologische Unterstützungsangebote unterbreitet wurden. 4 von diesen Befragten wurde nie ein entsprechendes Angebot unterbreitet. Zwei von diesen Interviewten sind allerdings bereits seit 10 Jahren erkrankt und betonten auch, dass es zu ihrem Diagnosezeitpunkt noch nicht so verbreitet war, im Rahmen der Krebserkrankung auch an ein psychologisches Unterstützungsangebot zu denken.

„E5: Mir ist, vor 10 Jahren bin ich operiert worden, mir ist weder eine psychologische oder psychoonkologische Behandlung in der Klinik noch danach angeboten worden, das ist, glaube ich, auch erst in den letzten Jahren so ein bisschen usus geworden und deshalb bin ich wohl auch nicht repräsentativ für diese Frage."

Zwei Interviewten ist nur in der Reha ein entsprechendes Angebot unterbreitet worden. Im Krankenhaus und in der ambulanten Chemotherapiephase bzw. Nachsorge haben sie ein solches Angebot vermisst. Eine von diesen beiden Interviewten hat sich dann selbst um entsprechende Beratung in der Berliner Krebsgesellschaft in der ambulanten Chemotherapiephase gekümmert. 3 weiteren Interviewten wurde ein Angebot zur psychologischen Unterstützung im Krankenhaus unterbreitet, das sie auch genutzt haben. 2 Interviewte erhielten ein Angebot in ihrer ambulanten onkologischen Praxis, wovon ein Interviewter die soziale Beratung, aber nicht die psychologische Behandlung nutzte. Eine Patientin mit einem auch schon sehr langen Krankheitsverlauf hat zunächst Unterstützung in der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus gesucht, in der sie keine Unterstützung erhielt. Daraufhin hat sie sich an die Seelensorge von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gewandt. Die Gespräche mit dem dortigen Pfarrer haben sie sehr beruhigt und wieder auf ihren Weg gebracht.

Ergebnisse aus den Interviews der ambulanten Arztpraxen

Alle 8 Interviewten aus den ambulanten Arztpraxen haben sich dazu geäußert, ob ihnen im Laufe der Behandlung psychoonkologische Unterstützungsangebote unterbreitet wurden. Kein Interviewter erhielt überhaupt kein Angebot. 7 Befragte waren im Laufe ihrer Behandlung im Krankenhaus. Von diesen hatten 2 Interviewte bereits im Krankenhaus die Möglichkeit einen Psychologen zu sprechen. Eine Befragte betont, dass sie nur eine Woche im Krankenhaus war und es wahrscheinlich durch den kurzen Aufenthalt bedingt war, dass ihr dort kein Angebot unterbreitet wurde. 4 Befragte hatten in der Reha die Möglichkeit, ein

psychologisches Unterstützungsangebot zu nutzen. 7 Interviewte wurden in ihrer ambulanten Praxis auf ein psychologisches Unterstützungsangebot aufmerksam gemacht bzw. können eine Psychologin in der Arztpraxis kontaktieren. Ein Interviewter hatte bereits vor der Krebserkrankung einen Therapeuten, den er auch nach der Krebsdiagnose weiter besucht. Dieser hat die Therapie auf die veränderte Situation angepasst.

Vergleich der Ergebnisse aus Interviews der Selbsthilfegruppen und der ambulanten Arztpraxen

Unter den Interviewten der Selbsthilfegruppen gibt es 4 Befragte, die im Laufe ihrer Behandlung kein psychologisches Unterstützungsangebot erhielten. Die Diagnose wurde allerdings bei diesen Patienten schon vor sehr vielen Jahren gestellt (Diagnosebeginn: 1995, 2001, 2001, 2007), wo es, wie die Befragten selbst betonen, noch nicht verbreitet war im Rahmen der Krebserkrankung auch an ein psychologisches Unterstützungsangebot zu denken. Die Verteilung der Befragten, die im Krankenhaus oder in der Reha ein entsprechendes Angebot erhielten, ist in beiden Settings ähnlich. Auffällig ist, dass deutlich mehr Interviewte aus ambulanten Arztpraxen im Vergleich zu Interviewten aus Selbsthilfegruppen ein Unterstützungsangebot in ambulanten Arztpraxen erhielten. Das ist dadurch bedingt, dass für die Befragungen in ambulanten Arztpraxen Praxen ausgewählt wurden, die diesbezüglich sehr engagiert sind. So wurde in der einen Arztpraxis durch die Onkologin stets darauf hingewiesen, dass man ein solches Angebot nutzen könnte. In der anderen Arztpraxis gab es sogar eine Psychologin über die auch die Kontakte zu den Interviewten vermittelt wurden.

Nutzung und Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet

Da das Instrument Teil einer Internetseite zum Thema Psychoonkologie speziell für Patienten werden soll, wird mit dem Material dieser Unterkategorie geprüft, ob sich die Patienten online-Nutzung dieser Filme über eine Internetseite vorstellen können.

Ergebnisse aus den Interviews der Selbsthilfegruppen

Alle 13 Interviewten der Selbsthilfegruppen äußerten sich zu ihrem Internetnutzungs-verhalten für psychologische Unterstützungsmöglichkeiten.

4 Interviewte würden das Internet für diese Thematik gar nicht nutzen. Bei den anderen 9 Interviewten ist das Nutzungsverhalten sehr differenziert zu werten. Alle 9 Interviewten würden das Internet nutzen, um sich zu dieser Thematik zu informieren. Nur 2 von diesen 9 Befragten könnten sich vorstellen auch Online-Beratung oder Online-Therapie für

psychologische Unterstützung zu nutzen, aber auch mit Einschränkungen. Ein Interviewter sagt, dass so ein Online-Therapieangebot mindestens an eine direkte telefonische Rund-um-die-Uhr-Hotline gekoppelt sein muss. Gleichzeitig schränkt er ein, dass ein Therapeut in einer solchen Online-Therapie nur mit dem Wort eingreifen kann, wenn ein Patient in eine kritische Situation kommt. Das wird seiner Meinung nach, ein persönliches Gespräch auch nie ersetzen. Er kann sich aber gut vorstellen, dass man zum Beispiel das Erlernen von Entspannungsübungen im Internet anbieten könnte. Die andere Interviewte sagt, dass sie sich Online-Therapie nur vorstellen kann, wenn die persönliche Beziehung zum entsprechenden Psychoonkologen zuvor aufgebaut und eine Vertrauensbasis gelegt wurde. Danach könnte man ¼ jährliche Termine vereinbaren und zwischenzeitlich auftretende Probleme online klären. Die 7 anderen Interviewten der 9 Internetnutzenden Befragten sagen, dass Online-Beratung oder –Therapie für sie nicht in Frage kommen, weil es sich bei psychologischer Unterstützung um eine sehr individuelle Sache handelt, die einen persönlichen Kontakt unabdingbar macht.

„E4: Das persönliche Gespräch ist für mich auch angenehmer. Also ich hätte da ein bisschen Sorge, mich einfach zu outen. Gut Informationen, ja, aber so rein informativ die Internetseite angucken, das schon, das würde ich tun.“

Die Mehrheit der Interviewten kann sich Internetnutzung zur Information über psychologische Unterstützungsmöglichkeiten vorstellen, so dass man davon ausgehen kann, dass auch die hier untersuchten Filme als Teil einer Internetseite zu diesem Zweck umfassend genutzt werden. Das wurde auch von 2 Interviewten explizit erwähnt.

„L2: Leute motivieren, wie in diesem Instrument halte ich auch für hilfreich, ja, denke ich schon, gerade bei den etwas jüngeren Patienten, vielleicht bei den ganz jungen dann mit 18 vielleicht doch noch nicht, aber ich denke soweit sie ein bisschen weiter was vom Leben mitbekommen haben, also ein bisschen Beruf und so ähnlich, dann kann ich mir vorstellen, erreicht man die damit auch.“

Ein Vorteil bei der Nutzung des Internets für psychologische Unterstützung wird darin gesehen, dass man zunächst viele Informationen erhält. Nachteilig wird aber in diesem Zusammenhang gleichzeitig gewertet, dass es für den Patienten schwierig bzw. unmöglich ist, die seriösen Informationen herauszufiltern. Als weitere Vorteile werden der Anonymitätscharakter und die Ortsungebundenheit gesehen. Als Nachteil wird gewertet, dass so ein Angebot den persönlichen Kontakt nicht ersetzen kann.

Ergebnisse aus den Interviews der ambulanten Arztpraxen

Alle 8 Interviewten der ambulanten Arztpraxen äußerten sich zu ihrem Internetnutzungsverhalten für psychologische Unterstützungsmöglichkeiten. 4 Interviewte betonen, dass sie Internet generell wenig nutzen und auch nicht zur Suche von psychologischen Unterstützungsangeboten verwenden würden. 2 Interviewte sagen, dass sie im Internet Informationen zum Thema suchen würden, aber bezüglich Therapie und Beratung ist ihnen der persönliche Kontakt wichtig. 2 andere Interviewte äußerten, dass sie Informationen zum Thema im Internet suchen würden und sie sich außerdem vorstellen können, auch Online-Beratung oder –Therapie auszuprobieren, haben aber damit bisher noch keine Erfahrungen. Als Vorteile von Internetnutzung im Rahmen von psychologischen Hilfen benennen die Interviewten, die Möglichkeit sich zu informieren, die Ortsungebundenheit besonders für immobile Patienten und den Anonymitätscharakter.

„*AP1: Ich kann mir Leute vorstellen, die da vielleicht dann Hemmungen haben sich dem Arzt gegenüber zu öffnen mit diesen doch sehr persönlichen Problemen und das ist eben noch ein anonymeres Medium, dass da vielleicht für manche Leute die Hemmschwelle geringer ist.“*

Eine dieser Befragten sagt, dass sie sich insbesondere durch das vorgestellte Instrument zu dieser Thematik informiert fühlt und dadurch auch wüsste, wie sie entsprechende Probleme beim Arzt ansprechen kann.

„AP8: Vorteil ist, weil man sich über das Internet, also wenn es in diesem Rahmen bleibt, vorher aufklären kann, schon in eine bestimmte Richtung, wo man vorher nicht wusste wo man hin muss, so leiten lassen kann, dass man eine Vorstellung hat, wenn ich jetzt zum Arzt gehe und sage was ich brauche und was ich will, kann ich das erklären und das ist für mich auch gut rüber gekommen.“

Als Nachteile von Internetnutzung für psychologische Unterstützung nennen die Interviewten die Chatseiten, die noch mehr Ängste auslösen, die Schwierigkeit als Patient die seriösen Informationen zu filtern und das Fehlen des persönlichen Kontakts.

Vergleich der Ergebnisse aus Interviews der Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

50 % der Befragten aus ambulanten Arztpraxen und 70 % der Befragten aus den Selbsthilfegruppen können sich vorstellen, das Internet für Informationen zum Thema psychologische Unterstützung zu nutzen. Da mit dem hier vorgestellten Instrument zum Thema Psychoonkologie informiert und motiviert werden soll, kann man davon ausgehen,

dass 50 % der Befragten aus ambulanten Arztpraxen und 70 % der Befragten aus den Selbsthilfegruppen dieses Instrument auch im Internet als Teil der Internetseite ansehen würden. Das wurde von den Befragten teilweise auch explizit erwähnt. Nur ein kleiner Teil der Patienten sowohl aus ambulanten Arztpraxen als auch aus Selbsthilfegruppen würde daneben auch Online-Therapie oder –Beratung nutzen. In beiden Settings wurden fast identische Vor- und Nachteile der Internetnutzung für psychologische Unterstützung benannt. Vorteile sind schneller Erhalt von vielen Informationen, die Ortsungebundenheit und der Anonymitätscharakter. Nachteile sind die Schwierigkeit, seriöse Informationen zu filtern und das Fehlen des persönlichen Kontakts. Die Befragten aus ambulanten Arztpraxen betonten bei der Benennung von Nachteilen außerdem die Angstauslösende Wirkung von Chatseiten.

6.5.4 Verbesserungsvorschläge

Ergebnisse der Interviews aus den Selbsthilfegruppen

12 Interviewte haben explizit Verbesserungsvorschläge für die Filme und für Teile der Internetseite unterbreitet.

Konform mit der Bewertung der Wirkung der Patienten haben 6 Interviewte angegeben, dass die Patienten in den Filmen nicht von Schauspielern gespielt werden sollten. Eine Interviewte sagte, dass sie *„gut damit leben könnte, wenn das Ganze nur schriftlich erwähnt werden würde“ (E5)*. Eine andere Befragte sagte allerdings, dass ihr die Darstellung der Patienten in Filmen schon wichtig wäre und schlug vor, echte Patienten in verpixelter Darstellung berichten zu lassen.

2 Interviewte merkten an, dass eine bessere Beschreibung der Methoden zur Angstbehandlung mit Kostenangaben und Erstattungen durch die Krankenkassen wichtig wären, um als Patient umfassend zu der Thematik informiert zu werden.

„E4: verschiedene Methoden sollten dargestellt werden und es sollte auch da stehen, was es kostet, was die Kasse übernimmt.“

Eine Interviewte störte die Bezeichnung *„milde Angst“* für die Darstellerin des 1. Films. Sie würde eher für eine Abstufung in Angst für die 1. Darstellerin, Angst und Depression für den 2. Darsteller und Furcht für die 3. Darstellerin plädieren.

Eine Interviewte merkt an, dass ihr eigentlich ein 4. Film mit dem älteren Patienten fehlt. In einem solchen Film sollte dann die Einsamkeit des älteren Patienten thematisiert werden und auf Hilfsmöglichkeiten durch Institutionen verwiesen werden.

„S2: Der 4. Film fehlt, für die Älteren so spezifisch deren Ängste und Sorgen, da geht es wahrscheinlich um das Alleinsein und Hilfe durch Institutionen, wie bekomme ich diese Hilfen."

2 Interviewte sagten, dass auf diese Internetseite in Flyern und Zeitschriften hingewiesen werden sollte, weil die Gefahr besteht, dass die Information über die Internetseite bei nur verbaler Mitteilung durch den Onkologen oder das Pflegepersonal je nach Verfassung des Patienten verloren gehen kann.

Ein Befragter kritisierte, dass die Internetseite *„mehr in Richtung Zuversicht und Mut"* gestaltet werden sollte. Die Internetseite sollte auch *„nicht nur als Werbung für einen onkologischen Therapeuten wirken, sondern auch Möglichkeiten aufzeigen, wie man sich selbst helfen kann" (L3).*

Eine andere Interviewte gibt zu bedenken, dass *„der Unterschied zwischen der tumorbedingten seelischen Verstimmung zur Depression mehr herausgearbeitet werden sollte, wenn Berührungs- und Schwellenängste mit dieser Internetseite abgebaut werden sollen" (E5).*

Eine Interviewte erwähnte, dass ihr das Thema Neben- und Spätfolgen komplett gefehlt hat.

4 Interviewte haben für die Filme eine weitere Differenzierung nach Alter, Diagnosen und Krankheitsstadien vorgeschlagen. Einer dieser Befragten schlägt eine Differenzierung nach Erkrankungen mit langer Behandlungsdauer und medikamentöser Behandlung, wie zum Beispiel CML und CLL, und Tumorerkrankungen mit OP, Chemotherapie und / oder Strahlentherapie vor. Eine andere Befragte rät zu einer Differenzierung zwischen häufigen Krebserkrankungen und seltenen Krebserkrankungen. Unter den seltenen Krebserkrankungen würde sie dann noch einmal die Krebsarten mit besonders vielen psychischen Erkrankungen besonders betonen.

8 Interviewte bewerteten die Länge der Filme. 3 Befragte fanden die Länge der Filme in Ordnung. 3 weitere Interviewte sagten, dass die Länge grenzwertig war und 2 Befragte empfanden die Filme zu lang. Ein Interviewter empfahl, die Länge der Filme auf jeweils unter 5 Minuten zu kürzen, was man durch Weglassen der Kunstpausen gut erreichen könnte.

Die 3 Anfangsbildchen wurden als eine gute Idee empfunden. Man sollte allerdings daran arbeiten, die Bildchen, insbesondere das Mittlere (Angst und Sorge) noch ausdrucksstärker zu gestalten.

Ergebnisse der Interviews aus den ambulanten Arztpraxen

4 Interviewte der ambulanten Arztpraxen haben Vorschläge für Verbesserungen zum Instrument bzw. zur Internetseite benannt. 2 dieser Befragten betonten, dass ihnen Schilderungen über soziale Auswirkungen der Erkrankung gefehlt haben. Beide sind damit im Rahmen ihrer Erkrankung konfrontiert worden, was sie sehr belastete.

„AP2: Ja und vor allem auch andere Probleme, die da mit der ganzen Sache zusammenhängen, was ja hier in dem Film nicht gezeigt wurde, da gibt es noch ganz andere Probleme, die teilweise wichtiger sind als das was in den Filmen gezeigt wird, so berufliche Probleme, die man hat, das ist existentieller. Und wenn es beruflich nicht klappt, dann geht es woanders erst recht nicht."

2 andere Interviewte meinen, dass die Filme zu lang sind und etwas gekürzt werden sollten. Ein Interviewter bietet dazu 2 Lösungsmöglichkeiten an. Man könnte die Filme etwas gegeneinander schneiden, so dass Patient und Therapeut im Wechsel auftreten oder zusätzlich zum bestehenden Instrument eine alternative Kurzfassung anbieten.

1 Interviewter sagt, dass das mittlere Anfangsbildchen noch etwas ausdrucksstärker gestaltet werden sollte. Er verbindet Angst mit einer *„zusammengerollten Gestalt"* oder der *„Embryonalstellung"*. Eine Befragte, die sich bereits negativ zu den Schauspielern äußerte, schlägt vor, anstelle von Schauspielern richtige Patienten berichten zu lassen, da das glaubwürdiger wäre. Eine andere Interviewte sagt, dass sie die Vermittlung von Zuversicht etwas vermisst hat. Sie schlägt diesbezüglich vor, die Darsteller noch einmal nach einer psychoonkologischen Behandlung von den Wirkungen der Therapien berichten zu lassen.

„AP5: na, das wäre doch zum Schluss noch positive Aspekte, dass man vielleicht den Patienten nach einem Jahr noch einmal zeigt und die positiven Veränderungen darstellt, also wie es den Patienten durch die Therapie gegangen ist und wie sich ihr Leben dadurch verbessert hat, damit diejenigen, die sich an diese Seite wenden, auch sehen, es bringt was die Behandlung."

Vergleich der Ergebnisse aus Interviews der Selbsthilfegruppen und ambulanten Arztpraxen

Konform mit der unterschiedlichen Bewertung der Wirkung der Patienten in beiden Settings haben 50 % der Befragten aus den Selbsthilfegruppen und nur 25 % der Befragten aus ambulanten Arztpraxen gesagt, dass die Patienten nicht von Schauspielern gespielt werden sollten.

Befragte aus beiden Settings gaben häufig an, dass sie die Länge der Filme mit grenzwertig bzw. zu lang bewerten würden insbesondere unter Berücksichtigung der Zielgruppe schwerkranker Patienten, die sich nicht so lange konzentrieren können.

Die 3 Anfangsbildchen wurden als eine gute Idee aufgenommen. Viele Befragte gaben allerdings an, dass insbesondere das mittlere Anfangsbild (Angst und Sorge) ausdrucksstärker gestaltet werden sollte.

Ein Befragter aus den Selbsthilfegruppen und eine Befragte aus den ambulanten Arztpraxen sagten, dass ihnen Effekte gefehlt haben, die noch etwas mehr Zuversicht vermitteln.

Ausschließlich von Interviewten aus ambulanten Arztpraxen wurde gesagt, dass Schilderungen über soziale Auswirkungen der Krebserkrankung fehlten.

Ausschließlich von Befragten der Selbsthilfegruppen wurde erwähnt, dass konkrete Beschreibungen der Methoden zur Angstbehandlung auf der Internetseite zu finden sein sollten und dass man auf die Internetseite mit Hilfe von Flyern und Zeitschriften aufmerksam machen sollte wegen Konzentrationsschwächen der Zielgruppe bei nur verbaler Mitteilung. Explizit 4 Interviewte aus Selbsthilfegruppen würden eine stärkere Differenzierung der Filme nach Alter und Diagnosen vornehmen, weil Krebs nicht gleich Krebs ist. Eine Interviewte aus den Selbsthilfegruppen regte an, noch einen weiteren Film mit dem älteren Krebspatienten zur Verfügung zu stellen. Bei 2 Interviewten aus den Selbsthilfegruppen fällt auf, dass sie sich schon konkreter mit der Thematik Psychoonkologie beschäftigt haben. So schlagen sie eine andere Abstufung der Patienten bezüglich ihrer emotionalen Befindlichkeiten vor und bitten eindringlich darum, den Unterschied zwischen einer seelischen Verstimmung im Rahmen der Krebserkrankung zur manifesten Depression eines nicht an Krebs Erkrankten expliziter herauszustellen, um Hemmungen abzubauen.

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Fallvariablen

Die Befragten aus den Selbsthilfegruppen (59,2 Jahre) sind durchschnittlich älter als die Befragten aus den ambulanten Arztpraxen (52,6 Jahre). Dadurch gibt es unter den Befragten der Selbsthilfegruppen auch mehr Rentner als unter den Befragten der ambulanten Arztpraxen. Sowohl in Selbsthilfegruppen als auch in ambulanten Arztpraxen haben deutlich mehr Frauen als Männer an der Befragung teilgenommen. Die Befragten aus den ambulanten Arztpraxen hatten im Durchschnitt eine bessere Prognose als Befragte aus den Selbsthilfegruppen. Ein Anhaltspunkt dafür ist auch der Metastasenstatus. So hatten

kein Interviewter aus ambulanten Arztpraxen, aber 6 Befragte aus Selbsthilfegruppen Metastasen. Unter den Befragten der Selbsthilfegruppen erhielt kein Befragter eine psychologische Vorbehandlung. Unter den Interviewten der ambulanten Arztpraxen nahmen bereits 2 Befragte auch schon vor der Krebserkrankung psychologische Unterstützung in Anspruch. Die psychologischen Vorbehandlungen dieser 2 Interviewten und die etwas geringeren Bewältigungsmöglichkeiten der Befragten aus ambulanten Arztpraxen könnten Erklärungsansätze für den durchschnittlich höheren Distress-Thermometerwert der Befragten aus ambulanten Arztpraxen im Vergleich zu Befragten aus Selbsthilfegruppen sein. Die mittlere Differenz der vorher / nachher Betrachtung der Distress-Werte ist unter den Befragten der ambulanten Arztpraxen ebenfalls etwas höher als unter den Befragten der Selbsthilfegruppen. Das deutet an, dass die Befragten aus ambulanten Arztpraxen durch das Ansehen der Filme und die anschließende Befragung im Mittel etwas gestresster waren als Befragte aus Selbsthilfegruppen.

7.2 Ergebnisse zusammenfassen und verdichten im Hinblick auf die Evaluationsziele

7.2.1 Finden die Videos eine nachhaltige Akzeptanz bei der definierten Zielgruppe?

Auslösung von Gefühlen durch das Instrument

Ungefähr die Hälfte aller Befragten wurde durch das Ansehen der Filme und die Befragung nicht besonders beeinflusst. Die andere Hälfte der Interviewten fühlt sich etwas aufgewühlt. 64 % der Befragten in den Selbsthilfegruppen haben die Filme emotional nicht besonders belastet, 27 % der Interviewten berichteten, dass sie etwas aufgewühlt wurden, weil die Filme die eigene Erkrankung wieder vor holen. Unter den Befragten der ambulanten Arztpraxen stellt sich das nahezu umgekehrt dar. 57 % der Befragten in ambulanten Arztpraxen berichten davon, dass die Filme sie aufgewühlt haben und 43 % der Interviewten sagen, dass sie emotional nicht besonders beeinflusst wurden.

Weder Befragte aus Selbsthilfegruppen noch Befragte aus ambulanten Arztpraxen äußerten, dass sie durch das Ansehen der Filme noch mehr Angst bekommen hätten. Einige Befragte wiesen allerdings darauf hin, dass der Zugang zum Instrument in irgendeiner Weise kontrolliert werden sollte, da Patienten in Abhängigkeit von ihrer psychischen Konstitution oder Erkrankungsphase unterschiedlich auf die Filme reagieren könnten.

Unter den Befragten aus ambulanten Arztpraxen hat ein höherer Anteil (71 %) einen Distress-Thermometer-Wert von ≥ 5 vor dem Ansehen der Filme angegeben als unter Befragten aus Selbsthilfegruppen (55 %). Die Befragten aus ambulanten Arztpraxen sind

etwas stärker belastet als die Interviewten aus Selbsthilfegruppen. Es wurde in beiden Settings untersucht, ob belastete Befragte (Distress-Thermometerwert_vorher ≥ 5) die Filme anders bewerten als nicht belastete Befragte (Distress-Thermometerwert_vorher < 5). In den beiden Gruppen (Befragte mit Distress-Thermometerwert ≥ 5 und Befragte mit Distress-Thermometerwert <5) wurde festgestellt, welcher Anteil der Patienten durch die Filme nicht emotional beeinflusst wurde und wer aufgewühlt wurde (was für eine leicht negative Bewertung steht). Die Verteilung stellte sich in beiden Gruppen sowohl in Selbsthilfegruppen als auch in ambulanten Arztpraxen ungefähr gleich dar. Damit kann man nicht schlussfolgern, dass emotional belastete Patienten die Filme anders bewerten als nicht belastete Patienten. Es kann vermutet werden, dass der emotionale Einfluss der Filme auf die Befragten davon abhängt, ob die jeweiligen gegenwärtigen Problembereiche des Befragten angesprochen wurden und in wie fern in diesen Problembereichen bereits Krankheitsverarbeitung stattgefunden hat. Da in dieser Untersuchung viele ältere Patienten insbesondere in Selbsthilfegruppen interviewt wurden, ist es möglich, dass die in den Filmen geschilderten Probleme, die zum überwiegenden Teil junge Menschen betreffen, den älteren Patienten nicht so erreicht haben. Eine Interviewte aus den Selbsthilfegruppen erwähnte auch explizit, dass ihr der 4. Film fehlte, in dem die Sorgen des älteren Krebspatienten (typischer Rentner) dargestellt werden. Hier sollte es dann insbesondere um Einsamkeit gehen. Da Krebs immer noch eine Erkrankung des Alters ist und auch ältere Menschen zunehmend das Internet nutzen, sollte darüber nachgedacht werden auf diese Altersgruppe stärker einzugehen, eventuell mit der Realisierung dieses 4. Films.

Der vorher- / nachher-Vergleich der Distress-Thermometerwerte ergab, dass Befragte aus ambulanten Arztpraxen eine größere mittlere Differenz der Thermometerwerte aufwiesen als Befragte aus den Selbsthilfegruppen (0,8 versus 0,1). Das Ansehen der Videos und die Befragung hatten einen negativeren Einfluss auf das Stressniveau der Befragten aus ambulanten Arztpraxen als auf das Stressniveau der Befragten aus Selbsthilfegruppen. Das könnte auch ein Hinweis auf durchschnittlich etwas bessere Bewältigungsmöglichkeiten der Befragten aus Selbsthilfegruppen sein.

Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Informationen

Das Layout der Internetseite wurde mit einer Ausnahme von allen Interviewten als positiv bewertet. Das Layout wurde für schlicht befunden, so dass es insgesamt auch einfach genug ist, sich auf der Seite zurecht zu finden, auch für Patienten, die nicht so vertraut mit dem Internet sind.

Die drei Anfangsbildchen wurden in beiden Settings häufig als sehr kreativ bezeichnet, allerdings sollte das mittlere Bild (Angst und Sorge) noch etwas ausdrucksstärker gestaltet werden. Das Problem sahen die meisten Befragten in der aufrechten und offenen Sitzposition, die sie nicht mit Angst verbinden. Angst ist eher assoziiert mit einer zusammengerollten Sitzhaltung *(„Embryonalstellung" (AP1)*).

Die Länge der Filme wurde unter den Befragten der Selbsthilfegruppen von über 50 % und unter den Befragten der ambulanten Arztpraxen von 50 % als grenzwertig bzw. zu lang bewertet. Insbesondere unter Berücksichtigung der Konzentrationsprobleme der Zielgruppe empfahlen viele Befragte, die Filme zu kürzen. Ein Interviewter aus den Selbsthilfegruppen sagte konkret, dass die Länge der Filme nicht über 5 Minuten liegen sollte. Das wäre seiner Meinung nach durch Weglassen der *„Kunstpausen"* leicht zu erreichen. Ein anderer Interviewter aus den ambulanten Arztpraxen schlägt vor, die Patienten- und Therapeutenstatements gegeneinander zu schneiden oder eine alternative Kurzfassung anzubieten.

Wirkungen der Therapeuten

Die Therapeuten wurden von fast allen Befragten (Ausnahme: 2 Interviewte aus den Selbsthilfegruppen) sehr positiv bewertet. Zunächst wurde der Auftritt der Therapeuten nach den Patienten als erleichternd empfunden. Die Therapeuten haben die Schilderungen der Patienten dokumentiert und eingeordnet und es ist deutlich geworden, dass die 3 Fälle in Abhängigkeit von der Schwere der Angst anders behandelt werden sollten. Dieser Effekt spricht auch noch einmal gegen die nicht intendierte Wirkung, dass durch das Instrument noch mehr Angst ausgelöst werden könnte. Einige Befragte betonen, dass sie sich gerade durch die Therapeutenkommentare gut vorstellen können, dass Patienten motiviert werden, sich Hilfe zu suchen. Weiter wurde oft gesagt, dass die Therapeuten fachlich kompetent, objektiv, verständnisvoll, sachlich und vertrauensvoll wirken. Die Benennung von Zielen wurde von vielen Befragten als sehr positiv hervorgehoben.

Die Befragten sagten, dass die Therapeuten nicht dominant waren. Der Patient erwartet, dass die Therapeuten Vorschläge unterbreiten, da der Patient nicht weiß, welche Möglichkeiten es gibt. Bezüglich der Intensität der Beschreibung dieser Möglichkeiten sagten einige Befragte, dass ihnen Beschreibungen zu Methoden der Angstbehandlung fehlten. Um das Ziel, den Patienten mit der Internetseite ausführlich zu informieren, zu erreichen, sollte dieser Vorschlag aufgegriffen werden. Es wäre allerdings anzuraten, diese Beschreibungen nicht in die Therapeutenstatements zu integrieren, um das Ziel der

Motivation nicht zu gefährden. Daher wird vorgeschlagen, die Methodenbeschreibungen zur Angstbehandlung an einer anderen Stelle der Internetseite zu verorten.

Viele Interviewte sagten, dass ihnen im Rahmen einer Gesprächstherapie wichtig ist, dass sie den Therapeuten sympathisch finden. In diesem Zusammenhang wurde häufig erwähnt, dass die 3. Therapeutin im Instrument als sympathisch empfunden wurde. Weiter wurde oft gesagt, dass diese Therapeutin ganz konkrete Anmerkungen zum gezeigten Fall macht, was wiederum dazu führte, dass die Befragten das Gefühl hatten, dass diese Therapeutin konkret auf die zuvor vorgestellte Patientin eingeht. Im Gegensatz dazu äußerten viele Befragte, dass sie die Anmerkungen des 1. Therapeuten und der 2. Therapeutin noch zu unkonkret und zu allgemein und oberflächig für den jeweiligen zuvor dargestellten Patienten empfanden. Einige Interviewte hoben hervor, dass sie der Vorschlag einer offenen Gesprächstherapie durch die 2. Therapeutin sehr angesprochen hat, da das ihren optimalen Vorstellungen von psychoonkologischer Unterstützung entspricht. Jeder Patient sollte über den gesamten Behandlungsverlauf die Möglichkeit haben psychologische Unterstützung zu nutzen. Dem oft variablen Betreuungsbedarf des Patienten entsprechend muss der Patient die Möglichkeit haben, das Angebot anzunehmen oder abzulehnen und später auch noch einmal darauf zurückkommen dürfen. Einige Befragte fanden die verhaltene Darstellung bezüglich des Wortes „Psychotherapie“ durch die 3. Therapeutin in der heutigen Zeit unangebracht. Außerdem erwähnten einige Interviewte, dass sie Vorschläge für intensivere Maßnahmen zur 3. Patientin durch die 3. Therapeutin erwartet hätten. Beide Anmerkungen machen deutlich, dass diese Befragten keine Hemmungen bezüglich psychologischer Unterstützung haben, was auch sehr positiv zu werten ist. In der allgemeinen Bevölkerung und auch in der Zielgruppe kann man allerdings immer noch davon ausgehen, dass die Scheu, sich im Rahmen einer körperlichen Erkrankung psychologische Unterstützung zu suchen, groß ist. Daher ist die vorsichtige Ansprache dieser Thematik auch im Sinne des Ziels der Motivation der Patienten angebracht. Es wird empfohlen, diesbezüglich keine Änderungen vorzunehmen.

Von einzelnen Interviewten wurde gesagt, dass die Empfehlungen der Therapeuten zu einseitig waren und immer auf Psychotherapie hinauslaufen oder nur die Unterstützung durch den Psychoonkologen als helfend werten. Daher sollte überlegt werden, welche weiteren Therapien erwähnenswert sind und welche Möglichkeiten der Patient nutzen kann, um sich selbst zu helfen. Im 2. Schritt könnte dann festgelegt werden, wo die entsprechenden Anmerkungen bzw. Themen platziert werden sollen.

Wirkungen der dargestellten Patienten

Insgesamt haben 71 % aller Interviewten erkannt, dass es sich bei den Darstellern um Schauspieler handelt. 43 % dieser Befragten lehnten die Schauspieler ab, insbesondere weil diese gekünstelt, steif und einstudiert wirkten. Nur 19 % aller Interviewten nahmen die Schauspieler an, weil diese auf sie authentisch wirkten und Gefühle wie Wut, Aggressivität, Resignation und Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht haben, die man als Patient auch erlebt. Es gab einen deutlichen Unterschied in der Erkennung und Bewertung der Schauspieler in beiden Settings. Unter den Interviewten der Selbsthilfegruppen haben deutlich mehr Befragte als in ambulanten Arztpraxen festgestellt, dass es sich bei den Darstellern um Schauspieler handelt. Ähnlich verhielt es sich bezüglich der negativen Bewertung dieser Schauspieler beim Vergleich beider Settings. Es ist schwierig hier Variablen zu benennen, die diesen Unterschied erklären könnten. So bieten Alter, Geschlecht, das Belastungslevel und die Bewältigungsmöglichkeiten der Patienten keinen Hinweis auf Annahme oder Ablehnung der Schauspieler. Unter Berücksichtigung der kleinen Anzahl der Befragten in sowohl Selbsthilfegruppen als auch ambulanten Arztpraxen ist es auch schwierig, entsprechende Einflussvariablen zu finden.

Es sollte aber der relativ große Gesamtanteil der Befragten von 43 % gesehen werde, der die Schauspieler erkannt und abgelehnt hat. Dieser sollte ein expliziter Hinweis darauf sein, dass bezüglich der Schauspieler die Akzeptanz schlecht ist und man hier noch Verbesserungen vornehmen sollte, insbesondere auch um das Ziel der Motivation nicht zu gefährden. Die Verwendung von echten Patienten als Darsteller wurde kritisch bewertet. Ein Interviewter merkte an, dass wahrscheinlich auch nur Schauspieler die Kunst beherrschen, die Gefühle so zum Ausdruck zu bringen. Daher wird empfohlen mit den Schauspielern an einer etwas natürlicheren Darstellung zu arbeiten. Eventuell könnten hier auch echte Patienten als Berater mit einbezogen werden.

Die Darsteller wurden unabhängig von der Schauspielerproblematik durch die Interviewten der ambulanten Arztpraxen positiver bewertet als durch die Interviewten der Selbsthilfegruppen. Diese Bewertung erfolgte häufig in Abhängigkeit von der Grundeinstellung der Befragten (optimistisch / pessimistisch), den Bewältigungs-möglichkeiten und der Prognose der Interviewten. So gaben optimistische Befragte häufig an, dass ihnen die Verhaltensweisen der Darsteller fremd sind. Interviewte mit guten Bewältigungsmöglichkeiten betonten, dass die Darsteller einen mentalen Prozess nicht durchlebt haben und dadurch nicht die Fähigkeit besitzen, sich positiv einzustellen. Befragte mit einer schlechteren Prognose als die Darsteller sagten, dass sie deren

Befindlichkeiten nicht gut nachvollziehen können, weil es eigentlich keinen Grund gibt. Die Befragten aus ambulanten Arztpraxen wiesen im Mittel eine etwas bessere Prognose und etwas weniger Bewältigungsmöglichkeiten als Befragte aus Selbsthilfegruppen auf. Das könnte die positivere Bewertung der Darsteller unabhängig von der Schauspielerproblematik durch Befragte aus ambulanten Arztpraxen im Vergleich zu Befragten aus Selbsthilfegruppen erklären. Außerdem ist durch die Befragung von Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie ein inhaltlicher Fehler im 3. Film identifiziert worden. Die Befragten hatten sich über die Chemotherapie bei dieser Erkrankung gewundert. Standardtherapie für chronisch myeloische Leukämie ist seit dem Jahr 2001 die Behandlung mit Imatinib, Nilotinib oder Dasatinib in Tablettenform. Bei dieser Darstellerin sollte daher der Inhalt ihrer Schilderungen entsprechend verändert werden. Alternativ könnte die Darstellerin auch eine andere Diagnose haben, bei der Chemotherapie angewandt wird (Lymphom?).

Identifikation mit Belastungen und Sorgen

Die Interviewten aus ambulanten Arztpraxen nahmen die Patienten als solche und als Schauspieler etwas besser an und identifizierten sich mit durchschnittlich leicht mehr Belastungen und Sorgen als die Interviewten in den Selbsthilfegruppen.

Durchschnittlich identifizierten sich die Interviewten aus den Selbsthilfegruppen mit 2,6 geschilderten Belastungen und Sorgen und die Interviewten aus den ambulanten Arztpraxen mit 3,1 geschilderten Belastungen und Sorgen. In beiden Settings gab es durchschnittlich 0,9 geschilderte Belastungen und Sorgen mit denen sich die Interviewten nicht identifizieren konnten. Man kann man ableiten, dass die Schilderungen die Patienten in beiden Settings moderat angesprochen haben unter Berücksichtigung, dass es für Alter und Diagnosen der Befragten keine Einschränkungen gab. Einige Befragte merkten aber an, dass sie sich eine stärkere Differenzierung nach Alter, Diagnosen und Krankheitsstadien wünschen würden, weil Krebs nicht gleich Krebs ist. Es wurden unter anderem Differenzierungen nach Erkrankungen mit langer Behandlungsdauer mit medikamentöser Behandlung in Tablettenform und Tumorerkrankungen mit der klassischen Behandlungsschiene Operation, Chemotherapie und / oder Strahlentherapie oder Differenzierungen zwischen häufigen und seltenen Krebserkrankungen vorgeschlagen. Bezüglich der Differenzierung nach Alter wäre hier auch wieder der Vorschlag des 4. Films aufzugreifen, in dem dann Probleme des älteren Patienten geschildert werden könnten. Bei der Frage nach der Identifizierungsfähigkeit fielen unter den Befragten der

Selbsthilfegruppen die guten Bewältigungsmöglichkeiten dieser Interviewten auf. So beschrieben sie beispielsweise die Identifizierungsfähigkeit mit bestimmten Problemen und boten oft gleichzeitig Lösungsmöglichkeiten an.

In den Interviews der Selbsthilfegruppen identifizierten sich deutlich mehr Befragte mit der Angst vor einem Rezidiv als in den Interviews der ambulanten Arztpraxen. Das ist einerseits mit der durchschnittlich guten Prognose der Befragten in ambulanten Arztpraxen zu begründen. Auf der anderen Seite gab es in den Selbsthilfegruppen viele Befragte mit Eierstockkrebs, bei dem es häufig zu Rezidiven kommt.

Viele Interviewte identifizierten sich mit körperlichen Problemen (1. Film), mit dem Diagnoseschockzustand (3. Film), mit Partnerproblemen (2. Film), mit der Angst vor dem Wiedereintritt in die Arbeit (2. Film) und mit dem Wunsch, sich zeitweise von Freunden und Bekannten zurückzuziehen (2. Film).

Einige Befragte erwähnten, dass Schilderungen zu sozialen Auswirkungen der Krebserkrankung und Berichte über Spät- und Nebenfolgen fehlen. Mit Ausnahme von 2 Interviewten (eine aus den Selbsthilfegruppen und eine aus den ambulanten Arztpraxen) war die Identifizierungsfähigkeit für die Befragten nicht vom Geschlecht abhängig, sondern nur von den Schilderungen.

7.2.2 Wird die Zielgruppe mit Hilfe der Videos motiviert, sich weiter mit sich selbst auseinanderzusetzen und bei Bedarf in der Realität Hilfe zu suchen?

Sowohl 4 Interviewte aus den Selbsthilfegruppen als auch 4 Interviewte aus den ambulanten Arztpraxen sind bereits in einer therapeutischen Behandlung, so dass diese durch das vorgestellte Instrument, nicht mehr zu einer Therapie motiviert werden können.

Die Interviewten der Selbsthilfegruppen weisen durch den Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen und durch gegenseitige emotionale Unterstützung und Motivation eine gute Krankheitsverarbeitung auf und haben viele der geschilderten Probleme für sich selbst schon gut bearbeitet. Daher reagierten die Interviewten der Selbsthilfegruppen auf die Schilderungen der Darsteller häufig abgeklärter als Interviewte aus ambulanten Arztpraxen. Sie reagieren außerdem distanzierter auf die Frage, ob sie selbst durch das Instrument angeregt worden wären, Hilfe zu suchen. Einige Befragte sehen eher Nutzungsmöglichkeiten des Instruments im Rahmen der Selbsthilfegruppentätigkeit. So könnte sich ein Befragter vorstellen, das Instrument und die dazugehörige Internetseite gestressten Patienten in seiner Selbsthilfegruppe zu empfehlen, aber nur wenn die Filme noch etwas realistischer gestaltet werden. Eine andere

Anwendungsmöglichkeit sieht dieser Befragte weiter für Patienten, die sich schon entschieden haben, therapeutische Hilfe zu suchen, dann aber schnell wieder resignieren könnten auf Grund der langen Wartezeiten. Das Instrument und die Internetseite vermitteln dem Patienten dann, was Psychoonkologie leisten kann, wodurch dieser motiviert werden könnte, weiter nach einem Therapeuten zu suchen. Eine andere Interviewte regt an, die Filme in einem Forum von Selbsthilfegruppenleitern zu diskutieren und sieht auch eine gute Nutzungsmöglichkeit für Sozialarbeiter in Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhaus (Mitglieder des onkologischen Behandlungsteams als Zielgruppe). Die Befragten aus Selbsthilfegruppen gaben vereinzelt an, dass ihnen durch das Ansehen der Filme eine Selbsteinschätzung ihres emotionalen Befindens gelungen ist, was stets positiv ausfiel. Die Befragten sagten, dass es ihnen im Vergleich zu den Darstellern gut geht oder sie ihre Ängste nicht stärker beurteilen als die der ersten Darstellerin, was wiederum auch für die guten Bewältigungsmöglichkeiten der Befragten in Selbsthilfegruppen spricht. Einige Interviewte merkten an, dass durch dieses Instrument ein größerer Teil bedürftiger Patienten Hilfe suchen könnte.

Die Befragten aus ambulanten Arztpraxen haben durchschnittlich etwas weniger Bewältigungsmöglichkeiten als Interviewte aus Selbsthilfegruppen. So konnten sich die Befragten der ambulanten Arztpraxen bereits mit etwas mehr Belastungen und Sorgen identifizieren als Interviewte in Selbsthilfegruppen. Drei Interviewte der ambulanten Arztpraxen gaben an, dass sie das Instrument sehr angesprochen hat und sie motiviert hätte, Hilfe zu suchen.

Auch bei den Fragen zur Motivation wurde vereinzelt in beiden Settings darauf hingewiesen, dass es besser wäre den Zugang zu den Filmen zu kontrollieren, weil nicht alle Patienten die Filme allein sehen sollten.

Sowohl einige Befragte aus den Selbsthilfegruppen als auch aus den ambulanten Arztpraxen merken an, dass die gekünstelte Wirkung der Darsteller das Ziel, bedürftige Patienten zu motivieren, sich Hilfe zu suchen, gefährden kann, was wiederum unterstützt, dass am Auftreten der Darsteller noch gearbeitet werden sollte.

Um herauszufinden, wie die Verortung des Instruments auf der dazugehörigen Internetseite angenommen wird, wurden die Interviewten nach ihrem Internetnutzungsverhalten für psychologische Hilfen gefragt. 50 % der Befragten aus ambulanten Arztpraxen und 70 % der Befragten aus Selbsthilfegruppen gaben an, dass sie das Internet für psychologische Unterstützung nutzen würden, aber in sehr unterschiedlicher Form. Alle diese Befragten konnten sich vorstellen, Informationen zu diesem Thema im Internet zu suchen. Nur sehr

wenige Befragte in beiden Settings würden auch Online-Beratung und Online-Therapie nutzen. Da die meisten Befragten sich durchaus im Internet informieren, kann man davon ausgehen, dass auch das vorgestellte Instrument als Teil der Internetseite von vielen Patienten genutzt wird.

Als Vorteile psychologischer Hilfsangebote im Internet wurde der Anonymitätscharakter genannt. Mit den Videos könnte man beispielsweise gehemmte Patienten schneller und besser erreichen, da diese sich bezüglich ihrer emotionalen Probleme wahrscheinlich nicht beim Arzt öffnen. Außerdem wurde die Ortsungebundenheit als Vorteil des Internets benannt und in Bezug auf die hier vorgestellte Internetseite angeregt aus diesem Grund eine Rund-um-die-Uhr-Hotline einzurichten. Außerdem wurde erwähnt, dass man im Internet eine ganze Bandbreite an Informationen erhält, es für den Patienten aber sehr schwierig ist, die seriösen Informationen zu filtern. Dies könnte eine Anregung für ein entsprechendes Qualitätssiegel für die hier vorgestellte Internetseite sein. Bezüglich Nachteile der Internetnutzung für psychologische Hilfen aus dem Internet wurde oft gesagt, dass die Chatseiten im Internet auf denen Patienten von ihren Ängsten berichten noch mehr Ängste erzeugen. Gleichzeitig sagten die Befragten, dass sie nicht denken, dass das auch durch diese Internetseite passieren kann. Weiter wurde der fehlende persönliche Kontakt als Nachteil der Online-Therapie benannt. Mit dem untersuchten Instrument dagegen sollen Patienten motiviert werden, in der Realität den persönlichen Kontakt zu suchen.

7.2.3 Wird mit Hilfe der Videofilme und der anschließenden Stellungnahmen der Therapeuten vermittelt, was die Psychoonkologie für die Patienten leisten kann?

Mit Hilfe der Therapeutenstatements konnte den Befragten vermittelt werden, dass die 3 Fälle in Abhängigkeit von der Schwere der Angst anders behandelt werden sollten. Einige Befragte sagten, dass ihnen die Filme gezeigt haben, dass bestimmte Patienten nicht umhin kommen, sich auch psychologische Unterstützung zu suchen. Insbesondere die 3. Darstellerin hat eindringlich vermittelt, dass man diese Hilfe auch möglichst frühzeitig suchen sollte. Einige Interviewte merkten allerdings an, dass sie sich zum Thema Psychoonkologie durch das Instrument noch nicht gut informiert fühlen, weil beispielsweise Beschreibungen von Methoden zur Angstbehandlung oder Hilfsadressen fehlen. Das sind wichtige Anregungen, um die Patienten ausführlich zum Thema Psychoonkologie zu informieren. Es sollte allerdings überlegt werden, welche Informationen in welcher Form und wo auf der Internetseite angeboten werden.

Es kann empfohlen werden, diese ausführlichen Informationen zu Angstbehandlungsmethoden nicht in die Therapeutenstatements oder überhaupt in das Instrument zu integrieren, da dann das Ziel der Motivation durch das Instrument gefährdet wird.

7.3 Empfehlungen zur Überarbeitung und Weiterentwicklung der Internetplattform

Aus dieser Evaluationsstudie können folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Die Schauspieler sollten natürlicher dargestellt werden.
- Der Zugang zum Instrument sollte in Abhängigkeit von der Konstitution und vom gegenwärtigen Zustand des Patienten kontrolliert erfolgen.
- Es fehlen Schilderungen von Problemen älterer Patienten, die mit einem 4. Film realisiert werden könnten.
- Das mittlere Anfangsbildchen sollte noch ausdrucksstärker gestaltet werden.
- Die Filme sollten auf eine Länge von unter 5 Minuten gekürzt werden.
- Methoden zur Angstbehandlung sollten auf der Internetseite unabhängig vom Instrument ausführlicher beschrieben werden.
- Der 1. Therapeut und die 2. Therapeutin sollten konkretere Anmerkungen vornehmen
- Es sollten neben der Psychotherapie weitere Therapiemöglichkeiten (z. B. Gruppentherapie) und Möglichkeiten der Selbsthilfe durch den Patienten beschrieben werden.
- Die inhaltliche Unstimmigkeit im 3. Film sollte beseitigt werden.
- Es könnten weitere Differenzierungen nach Alter, Diagnose und Krankheitsstadien vorgenommen werden
- Schilderungen zu sozialen Auswirkungen und Berichte über Probleme mit Spät- und Nebenfolgen der Erkrankung sollten in die Filme aufgenommen werden.
- Die Internetseite sollte an eine Rund-um-die-Uhr-Hotline gekoppelt werden.
- Es sollte sich um ein Qualitätssiegel, das für seriöse Informationen auf der Internetseite steht, bemüht werden.

7.4 Videoeinsatz in der Psychoonkologie

Das in dieser Arbeit untersuchte Instrument der 3 Filme hätte einen Teil der Befragten motiviert Hilfe zu suchen. Ein weiterer Teil der Interviewten konnte sich vorstellen, dass bedürftige Patienten durch diese Filme motiviert werden könnten, sich Hilfe zu suchen.

Wie beim Videoeinsatz in der Psychotherapie kann also auch mit Videoeinsatz in der Psychoonkologie ein motivierender Effekt erreicht werden.

In der hier durchgeführten Evaluation konnte festgestellt werden, dass man mit den untersuchten Videos nicht gleichzeitig motivieren und informieren kann. Um die motivierende Wirkung im untersuchten Instrument zu erhalten, sollten im Rahmen dieses Projekts Informationen zum Thema Psychoonkologie außerhalb des Instruments verortet werden.

7.5 Schwächen und Stärken der Evaluationsstudie

Aufgrund der geringen Anzahl der Befragten in dieser Untersuchung, die sich aus der zur Verfügung stehenden Zeit ergab, ist es nicht möglich, die Ergebnisse, die im Rahmen dieser Studie entstanden sind, auf die gesamte Zielgruppe, nämlich Krebspatienten, die die Internetseite nutzen könnten, zu generalisieren. Weiter gestaltete es sich aufgrund der kleinen Zahl der Befragten schwierig, für einige Phänomene Erklärungen zu finden.

Auf der anderen Seite konnte aber auch mit Hilfe der wenigen Befragten eine große Materialmenge generiert und bezüglich der Hauptfragestellungen ausgewertet und zusammengefasst werden. Es konnten sehr viele Erkenntnisse gewonnen werden, die Entscheidungen insbesondere bezüglich der Weiterführung des Projekts in naher Zukunft ermöglichen.

8. Abstract (deutsch)

Theoretischer Hintergrund
Die Psychoonkologie ist ein Teilgebiet der Onkologie, in dem sich unter einem ganzheitlichen Ansatz multiprofessionelle Teams mit den emotionalen Reaktionen der Krebspatienten befassen. Psychoonkologische Themen sind Gegenstand von immer mehr deutschen Websites, deren Sprache für Patienten allerdings oft unverständlich ist. Hier besteht dringend Handlungsbedarf. Zu diesem Zweck wurde im Februar 2009 das Projekt „Psychoonkologie online“ begonnen, durchgeführt von der Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit, und dem Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit, IAPAH, in Rotterdam.

Ziel des Projekts
Ziel des Projekts ist die Entwicklung einer Internetseite zum Thema „Psychoonkologie“, auf der Patienten zu diesem Thema informiert und motiviert werden sollen, psychologische Hilfsangebote zu suchen und anzunehmen.

Untersuchungsgegenstand
Gegenstand der Untersuchung ist die Evaluation der später zur Internetseite gehörenden Videos, in denen durch Schauspieler dargestellte Patienten über ihre Ängste im Rahmen der Krebserkrankung berichten. Im Anschluss an jedes Video beurteilt ein Psychoonkologe den Patienten und gibt Ratschläge.

Fragestellungen
- Finden die Videos eine nachhaltige Akzeptanz bei der definierten Zielgruppe?
- Werden die Patienten mit Hilfe der Videos motiviert, sich weiter mit sich selbst und dem Thema Psychoonkologie auseinanderzusetzen?
- Wird den Patienten mit Hilfe der Videofilme und den Stellungnahmen der Therapeuten vermittelt, was die Psychoonkologie leisten kann?

Die Zielparameter Akzeptanz, Motivation und Informiertheit sollen zwischen Befragen aus Selbsthilfegruppen und Befragten aus ambulanten Arztpraxen verglichen werden.

Hypothesen
Die Videofilme finden eine nachhaltige Akzeptanz bei der Zielgruppe. Die Patienten werden motiviert, sich mit dem Thema Psychoonkologie auseinanderzusetzen und umfassend zu den Leistungen der Psychoonkologie informiert.

Methodik
Wahl der Untersuchungsart
Fehlende Untersuchungen zu Videoeinsatz in der Psychoonkologie erfordern eine explorative Orientierung, weshalb das problemzentrierte Interview als Befragungsform gewählt wurde.

Instrumente, Interviewpartner und Durchführung der Interviews
Der erstellte Interviewleitfaden gliedert sich in vier Abschnitte, die die zentralen Bereiche des Erkenntnisinteresses widerspiegeln. Es wurden 8 Patienten aus zwei ambulanten onkologischen Praxen und 13 Patienten aus Selbsthilfegruppen interviewt. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und in das Analysenprogramm MAXQDA importiert.

Auswertung der Interviews
Die transkribierten Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse, speziell mit der Analysentechnik der „inhaltlichen Strukturierung“ ausgewertet. Dabei wird das Material mit Hilfe eines zuvor entwickelten Kategoriensystems nach bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst.

Ergebnisse

Akzeptanz des Instruments

Die Therapeuten, die Schilderungen der dargestellten Patienten und das Layout der Internetseite wurden sowohl von Befragten aus ambulanten Arztpraxen als auch aus Selbsthilfegruppen gut akzeptiert. Nicht akzeptiert wurde allerdings das gekünstelte Auftreten der dargestellten Patienten.

Motivation durch das Instrument

Befragte aus Selbsthilfegruppen mit im Mittel guten Bewältigungsmöglichkeiten gelang häufig eine Selbsteinschätzung ihres eigenen Befindens und oft sahen sie Möglichkeiten, das Instrument gestressten Patienten in Selbsthilfegruppen zu empfehlen. Befragte aus ambulanten Arztpraxen mit im Mittel etwas weniger Bewältigungsmöglichkeiten räumten häufig ein, dass sie selbst das Instrument motiviert hätte, Hilfe zu suchen. Viele Befragte informieren sich im Internet zu psychologischen Hilfen, was auf eine Nutzung dieses Instruments im Internet schließen lässt.

Information durch das Instrument

Mit Hilfe der Therapeutenstatements wurde den Befragten vermittelt, dass die 3 Fälle in Abhängigkeit von der Schwere der Angst anders behandelt werden. Die Interviewten fühlen sich aber durch die Videos nicht umfassend zum Thema Psychoonkologie informiert.

Schlussfolgerung

Das Instrument findet mit Ausnahme der gekünstelten Darstellung der Patienten eine gute Akzeptanz. Die Befragten konnten durch das Instrument eine Selbsteinschätzung bezüglich ihres eigenen emotionalen Befindens vornehmen oder hätten sich motiviert gefühlt, Hilfe zu suchen. Die Videos informieren jedoch nicht umfassend zum Thema Psychoonkologie.
Es wird empfohlen die Patienten natürlicher darzustellen, um die Akzeptanz weiter zu erhöhen und die Motivation zu erhalten. Unabhängig von den Filmen sollten auf der Internetseite mehr Informationen zum Thema Psychoonkologie bereitgestellt werden.

Public Health Relevanz

Obwohl die Bedeutung der Psychoonkologie als wesentliches Glied in der Kette der interdisziplinären Kooperation erkannt worden ist, ist sie flächendeckend noch lange nicht zufriedenstellend etabliert. Mit diesem Projekt soll zur weiteren Integration der Psychoonkologie in multiprofessionelle Kooperationen und zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten, die einer psychoonkologischen Betreuung bedürfen, beigetragen werden.

9. Abstract (englisch)

Background
Psychooncology is a subdiscipline of oncology that deals with emotional reactions of cancer patients in a multiprofessional team in an integrated approach. Psychooncolocical topics are subject of more and more German websites that speak a language, patients don´t understand. There is need for action. To that aim the project "psychooncology online" was started in February 2009 and is arranged by university Darmstadt, faculty social sciences, and Institute of Applied Psychology in Architecture and Health (IAPAH) in Rotterdam. Aim of the project is the development of a website to the topic psychooncology to inform patients about the topic. Furthermore concerned patients are to be motivated to look for and accept psychological help.

Object of investigation
Object of investigation is the evaluation of videos belonging to the website. Actors perform as patients and report on their fears in the context of cancer disease in the videos. A psychooncologist judges the patient and gives advices after each video.

Questions

- Are the videos accepted by the target group?
- Are the interviewees motivated to deal with themselves and the topic psychooncology by the videos?
- Do interviewees realize the benefit of psychooncology by watching the videos and listening to the statements of the therapists?

The main outcomes acceptance, motivation and level of information are to be compared between interviewees of self-help group and interviewees of medical oncology practice.

Hypothesis
The videos are be accepted by the target group. Interviewees will be motivated to deal with the topic psychooncology and will be widely informed about the benefits of psychooncology.

Methods
Choice of investigation
There are no investigations of the use of video in psychooncology, so an explorative investigation, a guided interview, has been chosen.

Instruments, interview partner and holding the interviews
The interview guide is organized in four parts that reflect the main topics of the investigation. 8 patients from medical oncology practice and 13 patients from self-help groups have been interviewed. The interviews have been recorded, transcribed and imported to the investigation software MAXQDA.

Analysis of interviews
The transcribed interviews have been analyzed by qualitative content analysis, especially by content structuring. The material is extracted and summarized to special topics by a former created categorical system.

Results
Acceptance of the instrument
The therapists, descriptions of patients and the layout of the website have been well accepted while the artificial performance of the patients haven´t been accepted.

Motivation by the instrument

Patients from self-help groups with good coping strategies succeeded in self estimation of their own emotions and often saw possibilities to recommend the instrument to stressed

people in their group. Patients of ambulatory oncology practice with less coping strategies often admitted that the instrument motivated them to look for help. Many patients surf the internet for information to psychological problems so it can be concluded that the instrument will be used on the internet as well.

Information by the instrument
The patients realized, that the 3 described cases have to be treated in accordance with the severity of their fears by the statements of the therapists. Interviewees don´t feel widely informed about the topic psychooncology.

Conclusion
The instrument is well accepted with the exception of the artificial performance of the patients. Interviewees were able to judge their own emotional conditions and would have been motivated to look for help. The videos don´t inform widely about psychooncology.

It is recommended to perform patients more naturally to increase acceptance further and preserve motivation. Independent of the videos more information should be provided to the topic psychooncology in other places of the website.

Public health relevance
Although the meaning of psychooncology has been recognized as an important part of the chain of interdisciplianary corporation, psychooncology is not established nationwide. It is to be contributed to further integration to psychooncology in multiprofessional corporation and to improvement of quality of life of patients that are in need of psychooncological help.

10. Literatur

1. Larbig, W., Tschuschke, V. , *Psychoonkologische Interventionen - Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. 2000, München: Ernst Reinhardt Verlag.
2. Menzel, R., *Ein wesentlicher Beitrag zur Professionalisierung: psychosoziale Diagnosen in der onkologischen Sozialarbeit.* Forum Sozialarbeit und Gesundheit, 2006. **2**: p. 31 - 33.
3. Holland, J.C., *History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers.* Psychosom Med, 2002. **64**(2): p. 206-21.
4. Heussner, P., *[Perspectives on psycho-oncology and tumor-related fatigue]*. Wien Med Wochenschr, 2005. **155**(23-24): p. 544-8.
5. Dorfmüller, M., Dietzfelbinger, H. , *Psychoonkologie: Diagnostik - Methoden - Therapieverfahren*. Zur Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie. 2009: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. 11 - 13.
6. Schumacher, A., *Stellenwert der Psychoonkologie im neuen deutschen Gesundheitssystem* Der Onkologe, 2004. **10**: p. 98 - 102.
7. Weis, J., U. Koch, and K. Matthey, *[Need for psycho-oncologic management in Germany--a comparison of present status and future needs]*. Psychother Psychosom Med Psychol, 1998. **48**(9-10): p. 417-24.
8. Tönnessen, D., Schwarz, R., *Psychosoziale Versorgung im Allgemeinkrankenhaus – eine Bestandsaufnahme am Beispiel Baden-Württembergs.* Das Gesundheitswesen, (1993. **55**: p. 406 - 409.
9. ADT, *Zur Konzeption und zum Personal- und Finanzbedarf der Tumorzentren in Deutschland (Memorandum)*. 1999: München.
10. Oertel, M., *Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen: auf der Grundlage des "Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen - Bedarf, Aufgaben, Finanzierung"*. 2000: Inst. f. empirische Soziologie, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 164.
11. Strittmatter, G., *Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten.*, ed. I. Hochschulschriften. Vol. 228. 1997, Münster, New York: Waxmann.
12. Brandl, T., Keller, M., Strittmatter, G. et. al., *Development and psychometric testing of an expert rating scale for basic documentation in psycho-oncology - first results.* Cancer Res Clin Oncol, 2002. **128**: p. (Suppl):164.
13. Faller, H., *Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken Literaturübersicht und Ergebnisse einer Untersuchung mit Lungenkrebspatienten.* Psychotherapeut, 2001. **46**: p. 20 - 35.
14. Holland, J., Reznik, I., *Pathways for psychosocial care of cancer survivors.* Cancer, 2005. **104**(11 Suppl): p. 2624-37.
15. National Comprehensive Cancer Network, A.C.S., *Distress treatment guidlines for patients.* 2004.
16. Thomas, S., Glynne-Jones, R., Chai, I., Marks, DF., *Psychological sequeae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980.* Psychosom Med, 1997. **59**: p. 280 - 293.
17. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., et. al., *Depression and anxiety in woman with early breast cancer: five year observational cohort study.* Br Med J, 2005. **330**: p. 702 - 705.
18. Stark, D., et al., *Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life.* J Clin Oncol, 2002. **20**(14): p. 3137-48.

19. Herschbach, P., Heußner, P., Sellschopp, A., *Psycho-Onkologie - Perspektiven heute*. Psychoonkologie - zwischen psychiatrischer Klassifikation und krankheitsspezifischer Belastung ed. P. Herschbach. 2006, Lengerich: Pabst Verlag. 65 - 78.
20. Herschbach, P., et al., *Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire.* Br J Cancer, 2004. **91**(3): p. 504-11.
21. Herschbach, P., Henrich, G., *Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge.* PPMP, 1987. **37**: p. 185 -192.
22. Herschbach, P., Rosbund, AM., Brengelmann, JC. , *Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsstrategien bei Brust- und Genitalkrebspatientinnen.* Onkologie, 1985. **8**: p. 219 - 231.
23. Lee-Jones, C., et al., *Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears.* Psychooncology, 1997. **6**(2): p. 95-105.
24. WHO / Dilling, H.e.a., *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 2008, Bern: Hans Huber.
25. Holland, D., *Psycho-Oncology*. Anxiety Disorders ed. J. Noyes, Holt, SC., Massie, MJ. 1998, New York: Oxford University Press. 548 - 563.
26. Waadt, S., Duran, G., Berg, P., Herschbach P., *Manual zur Behandlung von Zukunftsängsten bei chronisch Kranken*. 2011: Schattauer GmbH.
27. Heußner, P., Besseler, M., Dietzfelbinger, M. et. al., *Manual Psychoonkologie*. 3. Auflage ed. 2009, München, Wien, New York: W. Zuckerschwerdt Verlag.
28. Fallowfield, L., et al., *Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer.* Br J Cancer, 2001. **84**(8): p. 1011-5.
29. Weis, J., *PSO Leitlinien und Behandlungsstandards der Psychoonkologie.* http://pso-ag.de/menue_qual2.htm, 2006.
30. Petermann, F., G. Schussler, and H. Glaesmer, *[Is evidence-based assessment fact or fiction? A bibliometric analysis of three German journals]*. Z Psychosom Med Psychother, 2008. **54**(4): p. 393-408.
31. Schwarz, R., Singer, S., *Einführung Psychosoziale Onkologie*. Kap. 3.3. Psychische Komorbidität. 2008, München: Psych-Med compact, Band 3 Ernst Reinhard. 103 - 135.
32. Mehnert, A., et al., *[Assessment of psychosocial distress and resources in oncology--a literature review about screening measures and current developments]*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2006. **56**(12): p. 462-79.
33. Mehnert, A., Müler, D., Lehmann, C., Koch, U., *Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten* Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2006. **54**: p. 213 - 223.
34. Roth, A.J., et al., *Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study.* Cancer, 1998. **82**(10): p. 1904-8.
35. Ellgring, *Video in Psychiatrie und Psychotherapie*. Der Wert des Vieos in der Psychotherapie 1989, Berlin: Springer.
36. Craigie, F., Ross, SM., *The use of a videotape pretherapy training program to encourage treatment-seeking among alcohol detoxification patients* Behavior Therapy, 1980. **11**(2): p. 141 - 147.
37. Alexy, W., Foster, M., Baker, A., *An exercise in self-awareness for the head injured patient.* Cognitive Rehabilitation, 1983. **1**(6): p. 8 -10.
38. Biggs, S.J., B. Rosen, and A.B. Summerfield, *Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers.* Br J Med Psychol, 1980. **53**(3): p. 249-54.

39. Bradlyn, A.S., et al., *The effects of a videotape preparation package in reducing children's arousal and increasing cooperation during cardiac catheterization.* Behav Res Ther, 1986. **24**(4): p. 453-9.
40. McMurray, N.E., Lucas, J. O., Arbres-Duprey, V., Wright, F. A., *The effects of mastery and coping models on dental stress in young children.* Australian Journal of Psychology, 1985(37): p. 1.
41. Webster-Stratton, C., *Videotape Modeling: A Method of Parent Education* Journal of Clinical Child Psychology, 1981: p. 93 - 98.
42. O´Dell, S., O´Quin, JA., Brad, A., et. al., *Predicting the acquisition of parenting skills via four training methods* Behavior Therapy, 1981. **13**(2): p. 194 - 208.
43. Crumbaugh, J., *Alcoholic recovery by videotape.* International Forum for Logotherapy, 1983. **6**: p. 47 - 49.
44. Browing Ph, W.W., Nave G, Barkin PZ, *Interactive video in the classroom: A field study.* Education & Training of the Mentally Retarded, 1986. **21**: p. 85-92.
45. Thelen, M.H., et al., *Therapeutic videotape and film modeling: a review.* Psychol Bull, 1979. **86**(4): p. 701-20.
46. Stockmann, R., Meyer, W., *Evaluation - eine Einführung*. 2010: Verlag Barbara Budrich UTB.
47. Bortz, J., Döring, N., *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2006: Springer Medizin Verlag.
48. Mayring, P., *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 2002: Beltz Verlag.
49. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage ed. 2011: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
50. Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiger, S., et. al., *Qualitative Evaluation - Der Einstieg in die Praxis*. 2. Auflage ed. 2008: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
51. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage ed. 2010: Beltz Verlag

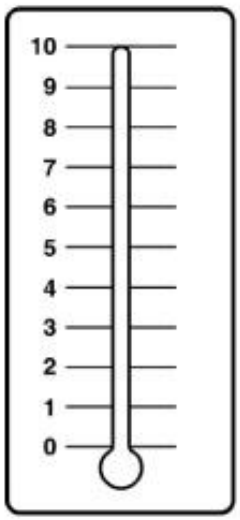
11. Anhänge

Anhang 1: die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers

CODE:_____

Anleitung :

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



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

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
❍	❍	Wohnsituation	❍	❍	Schmerzen
❍	❍	Versicherung	❍	❍	Übelkeit
❍	❍	Arbeit/Schule	❍	❍	Erschöpfung
❍	❍	Beförderung (Transport)	❍	❍	Schlaf
❍	❍	Kinderbetreuung	❍	❍	Bewegung/Mobilität
			❍	❍	Waschen, Ankleiden
		Familiäre Probleme	❍	❍	Äußeres Erscheinungsbild
❍	❍	Im Umgang mit dem Partner	❍	❍	Atmung
❍	❍	Im Umgang mit den Kindern	❍	❍	Entzündungen im Mundbereich
			❍	❍	Essen/Ernährung
		Emotionale Probleme	❍	❍	Verdauungsstörungen
❍	❍	Sorgen	❍	❍	Verstopfung
❍	❍	Ängste	❍	❍	Durchfall
❍	❍	Traurigkeit	❍	❍	Veränderungen beim Wasser lassen
❍	❍	Depression	❍	❍	Fieber
❍	❍	Nervosität	❍	❍	Trockene/juckende Haut
❍	❍	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	❍	❍	Trockene/verstopfte Nase
			❍	❍	Kribbeln in Händen/Füßen
			❍	❍	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
		Spirituelle/religiöse Belange	❍	❍	Gedächtnis/Konzentration
❍	❍	In Bezug auf Gott	❍	❍	Sexuelle Probleme
❍	❍	Verlust des Glaubens			

Sonstige Probleme : _____

NCCN 1.2005 Distress Management Guidelins. © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten. Deutsche Version Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (3), 213-223

Anhang 2: Interviewleitfaden

Wie fühlen Sie sich jetzt nachdem Sie alle Videos gesehen haben?

Leitfrage und (Erzählaufforderung)	**Check – Wurde das erwähnt?** Memo für mögliche Nachfragen (nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen!)	**Konkrete Fragen** an passender Stelle in dieser Form stellen	**Aufrechterhaltungs-Steuerungsfragen**

Teil I:

Akzeptanz des Instruments

- Mit welchen Belastungen und Sorgen in den Videos Konnten Sie sich identifizieren?

  Fällt Ihnen die Identifikation mit einer Person im Video leichter, wenn sie wie Sie männlich / weiblich ist?

- Wie haben die Patienten, die in den Videos von ihren Ängsten erzählen,

  auf Sie gewirkt?

- Welche Empfindungen erzeugen die nach den Videos folgenden Therapeutenratschläge in Ihnen?

  * Patientenautonomie
  * Annehmen und Ablehnung von Ratschlägen
  * Verständnis der Therapeuten

Leitfrage und (Erzählaufforderung)	**Check – Wurde das erwähnt?** Memo für mögliche Nachfragen (nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen!)	**Konkrete Fragen** an passender Stelle in dieser Form stellen	**Aufrechterhaltungs-Steuerungsfragen**

Teil II:

Motivation

- Wie hat sich Ihre Einstellung zu Ihren eigenen psychischen Belastungen durch das Betrachten der Videos und der nachfolgenden Therapeutenratschläge geändert?

* Anregung: weitere Beschäftigung mit Thema Psychoonkologie und Suchen psychischer Hilfe (welche?)?
* neue Möglichkeiten und Hoffnungen?
* eigenverantwortliche Entscheidung für emotionales Wohlbefinden

Teil III:

Information

- Was denken Sie, was kann die Psycho-onkologie für Sie und generell für Krebspatienten leisten?

* Wie beurteilen Sie den Umfang und die Art der Aufbereitung der Information (auch Layout) im vor-gestellten Instrument?
* Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in dieser Hinsicht?

Leitfrage und (Erzählaufforderung)	**Check – Wurde das erwähnt?** Memo für mögliche Nachfragen (nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen!)	**Konkrete Fragen** an passender Stelle in dieser Form stellen	**Aufrechterhaltungs-Steuerungsfragen**
Teil IV: **Einschätzung des psychischen Wohlbefindens vom Diagnose-zeitpunkt bis zur Gegenwart** • Wie hat sich Ihr körperliches und emotionales Befinden seit dem Diagnosezeitpunkt verändert?		***** Wurden Sie im Laufe Ihrer Behandlung auf psychologische Unterstützung hingewiesen? * Falls ja, in welcher Form wurden Ihnen entsprechende Angebote unterbreitet? * Könnten Sie sich vorstellen, psychologische Hilfe über das Internet zu suchen (Online-Beratung o –therapie)? * Worin sehen Sie die Vor- und Nachteile von entsprechenden Hilfen aus dem Internet?	
Haben Sie noch Fragen oder möchten Sie noch etwas hinzufügen?			

Anhang 3: Kurzfragebogen

„Guten Tag. Wir führen diese Evaluation durch, um zu erfahren, wie ein bestimmter Teil des Projekts „Psychoonkologie online“ bewertet wird. Ziel dieses Projekts ist die Entwicklung eines digitalen Mediums zum Thema „Psychoonkologie“ mit dem Informationen und Hilfsangebote zum Thema Psychoonkologie bereitgestellt werden sollen. Die gesamte Evaluation ist anonym, d. h. es werden keine Namen festgehalten und keine persönlichen Informationen aus dem Interview weitergegeben.“

Soziodemographische und medizinische Angaben
Alter: ……
Geschlecht: □ männlich □ weiblich
feste Partnerschaft: □ ja □ nein
Kinder: □ ja □ nein □ nicht bekannt
Arbeitssituation: □ berufstätig □ krank □ Rentner □ Hausarbeit □ arbeitslos □ sonstiges
Diagnose: □ Brustkrebs □ Blutkrebs □ gynäkologischer Tumor □ Hautkrebs □ Lungenkrebs □ Weichteiltumor □ Prostata- / Hodentumor □ urologischer Tumor (Niere, Harnwege, Blase) □ Darm- / Rektumtumor □ Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse □ Tumor im Hals-Nasen-Ohrenbereich □ sonstige ……
Metastasen: □ ja □ nein □ nicht bekannt
Zeitpunkt der Erstdiagnose: …….(Monat / Jahr) □ nicht bekannt
weitere relevante körperliche Erkrankungen: □ ja (welche?) …… □ nein □ nicht bekannt
zur Zeit in: □ stationärer □ ambulanter Behandlung
psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit: □ ja □ nein □ nicht bekannt
zur Zeit behandelt mit:……
aktueller körperlicher Gesamtzustand: ich leide unter….. □ Erschöpfung und Müdigkeit □ Schmerzen □ Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens □ Übelkeit

Anhang 4: Studieninformation zur Teilnahme an der Studie

Evaluation eines interaktiven digitalen Mediums im Rahmen des Projekts „Psychoonkologie online“

Studienleitung

Prof. Dr. Volker Beck	Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschafts-wissenschaften und Soziale Arbeit
Dr. Tanja Vollmer	Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit, IAPAH, in Rotterdam

Durchführung der Evaluation durch

Sandra Feldt, Berlin Scholl of Public Health an der Charité,

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

obwohl die Entwicklung der Psychoonkologie in den letzten 3 Jahrzehnten rasch vorangeschritten ist, klaffen in Deutschland Anspruch und Realität einer flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung noch weit auseinander. Diese Lücke zu schließen, ist ein vorrangiges Ziel aller Akteure, die die Entwicklung der Psychoonkologie in Deutschland vorantreiben wollen. Krebsbetroffene profitieren noch viel zu selten direkt und in eigener Regie von den Erkenntnissen der Psychoonkologie. Das ständig wachsende Wissen über die Psychoonkologie wird nicht besonders verständlich kommuniziert und nur selten wird auf die emotionalen Bedürfnisse der Patienten direkt eingegangen. Vor allem die Darstellung der Psychoonkologie im Internet ist von diesem Missstand stark betroffen. Hier besteht dringend Handlungsbedarf.

Zu diesem Zweck wurde im Februar 2009 das Projekt „Psychoonkologie online“ begonnen, durchgeführt von der Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit, und dem Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit, IAPAH, in Rotterdam. Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines interaktiven digitalen Mediums zum Thema „Psychoonkologie“. Neben einer patientenzentrierten Information und Aufklärung rund ums Thema Psychoonkologie steht die Bereitstellung direkter „virtueller“ Hilfsangebote sowie die Motivation der Betroffenen, reale psychologische Hilfsangebote zu suchen und anzunehmen, im Zentrum. In einer ersten Projektphase ist das Webkonzept bereits entwickelt worden. Die nun anstehende 2. Phase umfasst die Realisierung und Evaluation der neuen Site.

Im Rahmen dieser Studie soll die Evaluation der später zur Internetseite gehörenden Videos und der sich anschließenden Therapeutenkommentare in Form von Interviews erfolgen. In den Videos bringen Patienten ihre Belastungen und emotionalen Befindlichkeiten zum Ausdruck. Im Anschluss an jedes Video beurteilt ein Psychoonkologe die emotionale Befindlichkeit des jeweiligen Patienten und gibt adäquate Ratschläge und Hilfsangebote. Dabei wird besonders auf die im Rahmen der Krebserkrankung häufig auftretenden Angstzustände eingegangen. Durch die hier durchgeführte offene Befragung sollen die Videos und Instrumente von Ihnen bewertet werden. Die Interviews werden aufgenommen und anschließend transkribiert (Verschriftlichung der Tonbandaufzeichnungen). Die Original-Audiodaten und die schriftlichen Transkripte werden getrennt und jeweils unter Verschluss aufbewahrt. Die Audioaufnahmen werden pseudonymisiert durch einen fortlaufenden Teilnehmer-Code. Ab der Transkription werden also nur noch pseudonymisierte Daten verwendet. Im Abschlussbericht werden ausschließlich fortlaufende Teilnehmer-Codes, aber keine Namen und keine persönlichen Informationen verwendet. Die Studienleitung wird die Originalaufnahmen und die personenbezogenen Daten (Namen, soziodemographische und medizinische Angaben) archivieren und nach Abschluss des Forschungsvorhabens, also mit Beendigung der Erstellung des Abschlussberichts, vernichten.

Für den Fall, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen, ist also sichergestellt, dass Ihre Antworten anonym und vertraulich behandelt werden. Falls Ihnen eine Frage zu persönlich erscheint, müssen Sie sie nicht beantworten. Es kann in dieser Befragung auch keine falsche Antwort geben: es geht uns darum, Ihre persönliche Meinung zu erfahren. Die Ergebnisse der Befragung können die Entscheidung zur Weiterführung dieses Projekts und damit auch das Ziel der flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung wesentlich vorantreiben. Deshalb bitten wir Sie herzlich um Ihre Teilnahme.

Die Beantwortung der Fragen dürfte ungefähr eine Stunde dauern. Wenn Sie Fragen zu einzelnen Teilen der Studie oder zur Beantwortung insgesamt haben, dann wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Tanja Vollmer (Tel: 0031 (0) 10 8443464) oder an die Evaluatorin Sandra Feldt (Tel: 0178 / 681 60 12).

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Berlin,……

(Studienleiterin: Frau Dr. Tanja Vollmer)

Anhang 5: Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie:

Evaluation eines interaktiven digitalen Mediums im Rahmen des Projekts „Psychoonkologie online“

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Volker Beck	Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschafts-wissenschaften und Soziale Arbeit
Dr. Tanja Vollmer	Institut für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit, IAPAH, in Rotterdam.

Ansprechpartnerin (Evaluator)

Sandra Feldt

BSPH – Adresse

Telefonnummer: 0178 / 681 60 12

Hiermit willige ich _____ freiwillig auf der Grundlage der mir übergebenen

(Vor- und Nachname)

Teilnehmerinformation ein, an dieser Studie teilzunehmen. Mir wurde zugesichert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der Studienleitung widerrufen kann, ohne dass dies rechtliche oder sonstige Konsequenzen für mich hat.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung und eine Kopie der Studieninformation habe ich erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mir keine Kosten durch die Teilnahme an der Studie entstehen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten in Fragebögen bzw. im Interview und auf elektronischen Datenträgern in pseudonymisierter Form festgehalten werden sowie in dieser Form d. h. ausschließlich verschlüsselt durch Buchstaben- oder Zahlencodes, zum Zweck der Auswertung an Studienmitarbeiter weitergegeben werden. Rückschlüsse auf meine Person sind für Studienmitarbeiter zu keinem Zeitpunkt möglich. Ich willige ferner in die Veröffentlichung der Daten in Form einer evtl. Fachpublikation ein.

Ort / Datum / Unterschrift

Anhang 6: Interviewprotokollbogen

!!! Nach dem Interview auszufüllen !!!

Interview Code Nr. | |

Interviewer: _____

Datum: _____ **Dauer:** _____ Minuten

Ort / Räumlichkeit: _____

Teilnahmemotivation:
(außerhalb des eigentlichen Interviews erfragt)

Befragte/r:

Alter: _____

Ausbildung: _____

Beruf: _____

Informationen über besondere Vorkommnisse bei der Kontaktierung und im Interview:

Interviewatmosphäre:

Stichworte zur personalen Beziehung:

Interaktion im Interview:

schwierige Passagen:

Check:

- Einverständniserklärung unterschrieben?
- Karte mit Adresse und Telefonnummer dagelassen?

Anhang 7: Datenschutzvotum der Charité

CHARITÉ

Campus Benjamin Franklin | Campus Buch | Campus Mitte | Campus Virchow-Klinikum

Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

Frau
Feldt
Lindenstraße 6
14641 Wustermark / Elstal

c/o Berlin School of Public Health
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Dipl.-Phys. Bernd Pilgermann

Unser Zeichen: Herr Pilgermann
Tel. 450-570321
Fax 450-570985
datenschutz@charite.de
www.charite.de/datenschutz

Berlin, 02.09.2011

Betr.: Datenschutzvotum für die Unterlagen zur Studie
„Psychoonkologie online – Evaluation eines interaktiven digitalen Mediums"

Sehr geehrte Frau Feldt,

mit Schreiben vom 20.08.2011 haben Sie ein Datenschutzvotum für oben genannte Studie beantragt. Als Prüfgrundlage haben Sie mir abschließend folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt:

1. Antrag auf ein Datenschutzvotum vom 20.08.2011
2. Studienkonzept, Version vom 04.08.2011
3. Anhang 1 zum Studienkonzept „Interviewleitfaden", Version vom 04.08.2011
4. Anhang 2 zum Studienkonzept „Kurzfragebogen", Version vom 04.08.2011
5. Anhang 3 zum Studienkonzept „Studieninformation zur Teilnahme an der Studie", Version vom 04.08.2011
6. Anhang 4 zum Studienkonzept „Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie", Version vom 04.08.2011
7. Anhang 5 zum Studienkonzept „die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers", Version vom 04.08.2011

Als Ergebnis der datenschutzrechtlichen Prüfung kann festgestellt werden, dass bei Einhaltung des beschriebenen Verfahrens und Verwendung der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen keine Bedenken hinsichtlich der Wahrung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen bestehen.
Ich wünsche ihnen einen erfolgreichen Abschluss der Studie.

Mit freundlichen Grüßen

UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Dipl.-Phys. Bernd Pilgermann
Campus Mitte
Charitéplatz 1 | D-10117 Berlin
Telefon: (030) 450 57 03 21
Telefax: (030) 450 757 03 21
E-Mail: bernd.pilgermann@charite.de

Bernd Pilgermann

Anhang 8: Ethikvotum der Charité

CHARITÉ

Charité | 10117 Berlin

Frau Sandra Feldt
Berlin School of Public Health an der Charité
Seestr. 73
Haus 10

13347 Berlin

Ethikkommission
Ethikausschuss 2 am Campus Virchow-Klinikum
Vorsitzender: Prof. Dr. jur. R. Seeland

Geschäftsführung: Dr. med. Katja Orzechowski
ethikkommission@charite.de

Korrespondenzadresse: Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.: 030/450-517222
Fax: 030/450-517952

www.charite.de/ethikkommission

Datum: 09.09.11

Psychoonkologie online – Evaluation eines interaktiven digitalen Mediums
Antragsnummer: EA2/146/11

Sehr geehrte Frau Feldt,

Ihr o.g. Vorhaben wurde in der am 03.11.11 durchgeführten Sitzung des Ethikausschuss 2 am Campus Virchow-Klinikum von den Mitgliedern beraten.

Die Ethikkommission stimmt dem o.g. Vorhaben zu.

Die nachfolgend aufgeführten Unterlagen waren Gegenstand der Beratung:

- Antragstext, 12.09.11
- Studienkonzept, 04.08.11
- Studieninformation
- Studieneinwilligung
- Zustimmung von Prof. Possinger
- Prüfbescheid des Datenschutzbeauftragten

An der Beratung über das o.g. Vorhaben haben folgende Mitglieder teilgenommen:

Herr Prof. Dr. jur. R. Seeland	Rechtswissenschaften
Herr PD Dr. med. D. Keh	Anästhesie
Herr PD Dr. med. B. Köppel	Innere Medizin
Herr Dir. und Prof. a. D. G. Kreutz	Klinische Pharmakologie
Herr Pfarrer R. Paar	Theologie
Herr Prof. Dr. med. M. Runge	Innere Medizin
Herr Dr. rer. nat. G. Saul	Biologie
Herr L. Schwarzkopf	med. Laie
Herr Dr. med. W. Singendonk	Pädiatrie

Die Ethikkommission weist darauf hin, dass die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsprojektes -vom Beratungsergebnis der Ethikkommission unabhängig- beim Leiter des Forschungsvorhabens und seinen Mitarbeitern verbleibt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. jur. R. Seeland
Vorsitzender

ZS\kmo\146_11 Feldt.doc

Anhang 9: Fallübersichten

Fallübersichten der Interviewten aus den Selbsthilfegruppen

Fallbericht der Patientin S1

Falldaten: Brustkrebs mit Metastasen, Diagnose 10/2010, Rentnerin, Partnerschaft und Kinder, keine weiteren körperlichen Erkrankungen, keine psychologische oder anderen Behandlungen, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

- empfindet nach Ansehen der Filme Beruhigung und sieht sich in gutem Zustand
- in schlimmen Behandlungsphase hätten Filme in ihr mehr Angst ausgelöst
- Schauspieler haben Gefühle wie Aggressivität, Frust, Hilflosigkeit und Resignation zum Ausdruck gebracht, daher authentisch
- Bewältigungsmöglichkeiten: Unterstützung durch Familie, Gespräche mit Onkologin
- Identifikation: körperliche Probleme der 1. Darstellerin, Wunsch des 2. Darstellers, sich von anderen zurückziehen zu wollen
- Therapeuten haben Professionalität ausgestrahlt
- Instrument geeignet, jemanden zu motivieren, sich Hilfe zu suchen
- Intention zum Interviewgespräch: Vergleichsmöglichkeit mit anderen Erkrankten
- psychologische Unterstützungsmöglichkeit durch Onkologin angeboten
- Leistungen der Psychoonkologie: Beurteilung der psychischen Belastungen des Patienten
- Was vermittelt das Instrument?: Alle Darsteller benötigen Unterstützung und man sollte sich nicht scheuen, Unterstützung so früh wie möglich in Anspruch zu nehmen
- sucht im Internet gezielt bestimmte Seiten, die empfohlen wurden
- Vorteile des Internets: Informieren zu einer Thematik, Anonymitätscharakter
- Nachteil: Bewertung der Informationen

Fallbericht der Patientin SNK2

Falldaten: Non Hodgkin Lymphom, Diagnose Januar 2000, Rentnerin, Partnerschaft und Kinder, COPD, psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Erhaltungstherapie mit Rituximab

- fühlt sich nach Videos nachdenklich, etwas angespannt und wach
- Schauspieler erkannt, empfindet diese als authentisch

- zweite Patient: ängstlich und depressiv, 3. Patientin empfindet Furcht und nicht Angst
- Identifikation mit 3. Darstellerin
- keine Identifikation mit Verdrängungstaktik der ersten Patientin
- 2. Patient: Identifikation mit Gefühl „stark sein zu wollen für seine Frau“, keine Identifikation mit: Drang nach Sport, Vorstellung, keine Zukunft mehr zu haben, sich von Freunden und Bekannten zurück ziehen zu wollen.
- Therapeuten – professionell, schlagen vor, üben keinen Druck aus, verständnisvoll und nicht emotional betroffen – sollte so bleiben
- hat das Gefühl, diesen Patienten sehr weit voraus zu sein, hat alle geschilderten Sorgen und Nöte erlebt, aber über alle Punkte hinweg wegen Lebenserfahrung und vielen Jahren der offenen Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- keine Hilfe in psychiatrische Abteilung des Krankenhauses, aber durch Seelensorge
- Leistungen der Psychoonkologie: 1. Darstellerin – Verbesserung ihres Körperproblems, 2. Darsteller – Selbstwertproblemantik bearbeiten, 3. Darstellerin wird Psychoonkologe nicht sehen
- anfängliche bildliche Darstellung mit den Tränen auf der Internetseite nicht passend
- 3 Anfangsbildchen - Darstellung Angst und Sorge noch nicht ganz gelungen
- 4. Film fehlt!: der ältere Patient, der typische Rentner: Einsamkeit und die Hilfsmöglichkeiten aus Institutionen

Fallbericht der Patientin M1

Falldaten: Tumor im Hals-Nasen-Ohrenbereich, Diagnose im Dezember 2001, Rentner, Partnerschaft und Kinder, viele Neben- und Spätfolgen, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Schmerztherapie, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit und Schmerzen

- fühlt sich nach Videos gut, Filme haben sie sehr angesprochen, viele Erinnerungen geweckt
- Schilderungen der Patientinnen im 1. und 3. Film sehr gut gefallen
- kennt entsprechende Schilderungen von Betroffenen aus ihrer Selbsthilfegruppe und konnte sich selbst mit allen Sorgen identifizieren
- 1. Therapeut und die zweite Therapeutin nicht gefallen, da emotional zu unbeteiligt
- dritte Therapeutin ausgezeichnet gefallen - Mimik und Äußerungen machten deutlich, dass sie mit und nicht über die Betroffenen spricht.

- Bewältigungsmöglichkeiten: Tätigkeit als Selbsthilfegruppenleiterin, Besuch von Opernchören und Tenören
- angeregt, Psychoonkologie jetzt noch mehr in ihre Selbsthilfegruppenarbeit einzubeziehen
- würde es allerdings nicht gut finden, wenn Patienten Filme allein sehen – zu mindestens differenzierter betrachten.
- Patienten in allen Behandlungseinrichtungen psychoonkologisch zu unterstützen und besserer Zusammenarbeit der Psychoonkologen mit SHGs wären wünschenswert
- Erfahrung mit Psychoonkologen: haben oft nicht das richtige Einfühlungsvermögen, weil sie nicht selbst betroffen sind
- Layout sehr gut
- Keine psychologische Hilfe aus Internet - muss Therapeuten persönlich sprechen

Fallbericht des Patienten L3

Falldaten: Blutkrebs (CLL), Diagnose im Juli 1995, Rentner, Partnerschaft und Kinder, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, ohne Behandlung (nur Kontrolle halbjährig)

- von den Filmen nicht angesprochen worden
- empfand Schauspieler als sehr emotionslos, sehr künstlich, unrealistisch und wie eine einstudierte Rolle
- eventuell verbessert, wenn die dargestellten Patienten einen Gesprächspartner bekommen
- empfindet Darsteller auffällig intensiv mit sich selbst beschäftigt
- fällt ihm schwer, sich in solche Verhaltensweisen rein zu denken
- räumt ein, dass es vielleicht auch von Krebsart und / oder vom Alter abhängig ist, da in Filmen nur jüngere Patienten gezeigt wurden
- Problematik des Patienten im 2. Film, sich zu sorgen, ob man es schaffen wird, wieder die volle Zeit zu arbeiten, kann er nachvollziehen
- Rat an Patienten: Besuch einer SHG - Erfahrungsaustausch
- Einschätzungen der Therapeuten: real, fachlich sehr kompetent
- Patient sollte ab Zeitpunkt der Diagnosemitteilung Möglichkeit haben, einen Psychoonkologen zu sprechen
- Onkologe und Psychoonkologe sollten besser zusammenarbeiten

- auf der Internetseite differenziertere Darstellung nach Diagnosen und Altersgruppen
- Internetseite unter den verschiedenen Krebsarten finden
- Internetseite noch mehr in die Richtung Zuversicht und Mut gestalten
- Internetseite nicht nur als Werbung für einen Psychoonkologen, sondern noch deutlicher hervorheben, dass man sich auch selbst helfen kann

Fallbericht des Patienten L2

Falldaten: Blutkrebs, Diagnose August 2000, krank (gleichzeitig berufstätig), keine feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung, Asthma, Depression, psychologische Behandlung momentan und in der Vergangenheit, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen und Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens

- Videos haben ihn nicht belastet, könnte sie jeder Zeit wieder gucken
- einige Darstellungen haben ihn erreicht, aber andere nicht
- Schauspieler als sehr unrealistisch empfunden
- hatte besonders bei einigen Sachen, die sie beschrieben haben das Gefühl, dass diese nicht verinnerlicht haben, worum es da bei ihnen gerade geht
- aus seiner Erfahrung Emotionen vom Patienten gesetzter geäußert und nicht so peak-artig
- Identifikation mit körperlichen Problemen der 1. Darstellerin (verminderter Leistungsfähigkeit), mit Sorge des 2. Darstellers, ob er es schaffen wird, wieder 8 Stunden am Tag zu arbeiten (Interviewter gerade selbst betroffen)
- Frage „Warum gerade ich?“ hat sich ihm nicht gestellt
- keine Identifikation mit Äußerung der 3. Darstellerin „Ich werde mich gar nicht erst therapieren lassen, das geht ja eh schlecht aus“; mit Abneigung des 2. Darstellers, Freunde und Bekannte zu treffen
- Identifizierungsfähigkeit hängt insbesondere von den Schilderungen und nicht vom Geschlecht ab
- Therapeuten nach Patienten bewirkt, dass Patienten nicht allein gelassen ist mit Beschreibungen - Erleichterung
- Sport und Entspannungstechniken für eigene Krankheitsbewältigung
- Interviewte würde die Internetseite im Rahmen seiner Selbsthilfegruppenleitertätigkeit auch Leuten empfehlen, die sich gerade gestresst fühlen, wenn die 3 Filme ein bisschen

realistischer gestaltet werden (Vorteil: Anonymitätscharakter und Information zur Klärung der Frage, lohnt es sich einen Therapeuten zu suchen?)

- hatte durch Krebsmedikamente schwere Depression entwickelt und erhielt in diesem Zusammenhang psychologische Unterstützung aus dem Krankenhaus
- momentan in einer Gesprächstherapie
- Psychoonkologen sollten diffuse Sorgen kanalisieren und Gedankenspiralen durchbrechen können
- Layout spartanisch, aber durchaus ausreichend
- 3 Anfangsbilder noch ausdrucksstarker gestalten
- Länge der Filme unter 5 Minuten - durch Einsparen der Kunstpausen gut erreichbar
- hält es für sinnvolle Möglichkeit Entspannungstechniken im Internet zu erlernen
- Online Therapie: im Chat, mindestens mit telefonischen Rund-um-die-Uhr-Hotline
- Online Therapie kein Ersatz für persönliches Gespräch

Fallbericht des Patienten L1

Falldaten: Blutkrebs, Diagnose im Juli 2008, arbeitslos, feste Partnerschaft, keine Kinder, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung, Herzinfarkt

- ersten beiden Darsteller haben Interviewten teilweise angesprochen
- Schilderung der Patientin im 3.Film hat ihn geärgert, weil die Darstellerin sein Erkrankung hat - kann Reaktion schwere Angst bei der guten Prognose der Erkrankung nicht verstehen, Personifizierung des Blutkrebses findet er merkwürdig, hat sich gewundert, dass diese Patientin eine Chemotherapie macht, da bei der Erkrankung CML nur noch Tabletteneinnahmen erfolgen
- Schauspieler als nicht störend empfunden, hat versucht auf die Inhalte zu hören
- Identifikation mit 2. Darsteller: Sorgen und Nöte anderer nicht mehr nachvollziehen können, weil man selbst existentiell bedroht ist
- Identifikation mit 1. Darstellerin: anfänglichen Abwehrhaltung und wiedereingeholt werden durch die Krankheit
- Identifizierungsfähigkeit nicht vom Geschlecht abhängig, sondern nur von den Schilderungen
- Einschätzungen der Therapeuten angemessen und objektiv
- gut gefallen: Benennung der Ziele

- Therapeutenstatements als Aufforderung erlebt, dass Patienten wie die Darsteller zum Psychoonkologen gehen sollten - für diesen Zweck Therapeutenstatements sehr gelungen
- bezweifelt, dass Patienten wie im 3. Film erreicht werden, eventuell nur über Angehörige
- Onkologe hat ihm angeboten die soziale Beratung und / oder die Psychologin im Haus zu nutzen - hat sich sozial beraten lassen
- Leistungen der Psychoonkologie: Lähmungen, Ängste und gordische Knoten lösen
- Behandlung der CML mit Nilotinib – seit dem CML nicht mehr nachweisbar – Spätfolge von Nilotinib: Veränderung der Herzkranzgefäße – Schwerbehinderung und Herzerkrankung erschweren Arbeitssuche – kämpft hauptsächlich mit sozialen Auswirkungen der Erkrankung
- Verbesserungsvorschlag: Differenzierung der Erkrankungen nach der Behandlungsschwere (Patienten mit Operationen, Chemotherapien und/oder Strahlentherapien; Patienten, die mit Tabletten behandelt werden)

Fallbericht der Patientin E21

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im März 2006, Rentnerin, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Übelkeit

- nach Videos etwas bedrückt und belastet, Gefühle und Erinnerungen wieder hoch geholt, die sie sonst im Alltag versucht zu verdrängen
- hat Schauspieler nicht erkannt, erste Patientin ihrer Meinung nach nicht ganz so authentisch, aber die anderen beiden schon
- Patient im zweiten Film hat die Interviewte sehr aufgeregt, da er sich gehen lässt – nicht nur durch Erkrankung, sondern auch durch seine Persönlichkeit bedingt
- Diagnoseschock hat die Interviewte ähnlich erlebt wie 3. Darstellerin
- keine Identifikation mit Aussage „Ich werde es sowieso nicht schaffen.“ – hat ihre Herausforderung darin gesehen zu überleben
- Antwort auf die Frage „Warum habe ich Krebs?“ – Schicksal, vielleicht Hinweis, nicht immer nur so viel zu arbeiten, sondern auch noch ein bisschen das Leben zu genießen

- Identifikation 1. Darstellerin: empfindet ihre durch die Krankheit bedingten körperlichen Veränderungen nicht attraktiv, bemüht sich aber damit umzugehen
- Identifikation 1. Darstellerin: vielen Einschränkungen bezüglich sportlicher Betätigung, was auch ihre Lebensqualität einschränkt
- Identifikationsfähigkeit auch vom Geschlecht abhängig
- Therapeuten auf die 3 Situationen das Passende gesagt
- nach persönlichen Sympathiegefühl 3. Therapeutin am besten gefallen
- Äußerungen des 1. Therapeuten zu oberflächig und allgemein
- Therapeuten sehr verständnisvoll und wohl wollend – im Laufe ihrer Behandlung mit sehr unsensiblen Bemerkungen konfrontiert und ist daher eher Gegenteiliges gewohnt
- während Behandlung kein psychoonkologisches Unterstützungsangebot unterbreitet
- findet Thema sehr interessant und möchte gerne mehr darüber erfahren
- denkt, dass vielen durch ein Instrument wie dieses bewusst gemacht werden kann, dass sie nicht allein sind mit ihren Problemen
- gut gefallen haben ihr die Textzusammenfassungen und die Möglichkeit mit dem Button den Film jeder Zeit anzuhalten
- Filme könnten etwas kürzer sein
- psychologische Unterstützung über das Internet funktioniert nur, wenn der persönliche Kontakt mit dem Therapeuten zuvor hergestellt wurde

Fallbericht der Patientin E7

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im September 2010, berufstätig, feste Partnerschaft, keine Kinder, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, momentan in einer psychoonkologischen Gesprächstherapie, Erkrankung der Schilddrüse, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit

- fühlt sich nicht anders als vorher, emotional hat es sie nicht aufgewühlt, weil sie extreme Ängste überhaupt nicht kennt auch mit der Diagnose nicht kennen gelernt hat
- Schauspieler haben sie emotional nicht erreicht
- aber was andere erlebt haben ist authentisch, hat Verständnis für Schilderungen und unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten auf Diagnosen
- Identifikation mit Angst vor Rezidiv und mit der 1. Darstellerin bezüglich der körperlichen Probleme
- Therapeuten auf die Situation bezogen immer ausreichend geantwortet

- gut fand sie, dass zweite Therapeutin, die einzelnen Abläufe bei Kontakt mit Psychoonkologen beschrieben hat
- Layout und die Länge der Filme gut
- kein Unterstützungsangebot im KH, aber in Reha, in ambulanten Chemotherapie selbst Beratung in Berliner Krebsgesellschaft gesucht
- momentan in einer psychoonkologischen Behandlung

Fallbericht der Patientin E5

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose in 2001, Rentnerin, keine feste Partnerschaft, Kinder, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Leukopenie, Jürgens-Willebrandt-Syndrom, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit

- empfindet es als peinlich und unangenehm, wenn jemand über seine negativen Befindlichkeiten so in der Öffentlichkeit spricht
- nur schriftliche Schilderungen ausreichend
- könnte es aber jedem empfehlen, der damit kein Problem hat
- vermutet, dass es keine echten Betroffenen sind
- einige seelische Befindlichkeiten hat sie hier sehr genau wieder erkannt durch ihre vielen telefonischen Betreuungen in ganz Deutschland im Rahmen ihrer Tätigkeit als Selbsthilfegruppenleiterin
- im Rahmen ihrer eigenen Erkrankung sehr schnell die Frage gestellt „Wie komme ich jetzt da raus?“, so dass sie selbst diese extreme Hoffnungslosigkeit der Patienten in den Videos nicht nachvollziehen kann
- Darstellern fehlt Mentalprozess für Verarbeitung
- findet sie es sehr verwunderlich, dass diese Patienten keine psychische Vorschädigung gehabt haben sollen
- weiß aber, dass es ganz viele Menschen gibt, die da nicht anders mit umgehen können wie die Patienten in den Videos und die haben es dann ihrer Meinung nach auch nötig, zum Psychoonkologen zu gehen
- Identifikation mit der Angst eventuell ein Rezidiv zu bekommen
- Frage „Warum bekomme ich Krebs“ umformuliert in „Wozu bekomme ich Krebs?“
- Therapeutenratschläge umfassend genug, da jede Therapie dann individuell angepasst werden muss

- fand es richtig, dass bei der dritten Patientin von psychotherapeutischer Behandlung und nicht nur von psychoonkologischer Betreuung gesprochen wurde, weil sie diese Patientin für seelisch schwer krank hält
- gut vermittelt, was bei den einzelnen Schweregraden der Angst getan werden kann durch den Psychoonkologen, für den Zweck des Instruments ausreichend
- hat ihre mit den Jahren gewachsenen Möglichkeiten, insbesondere kreative, allein mit ihren Stimmungen fertig zu werden
- ihr ist weder psychologische Behandlung in der Klinik noch danach angeboten worden, ist aber bereits vor 10 Jahren erkrankt
- Layout nicht so ansprechend, etwas zu farblos und zu kühl
- Im Internet nur Adresse für Psychoonkologen suchen, dann bei demjenigen persönlich melden
- bittet darum auf Website Unterschied zwischen der tumorbedingten seelischen Verstimmung zur Depression noch deutlicher herauszuarbeiten um Berührungs- und Schwellenängste abzubauen
- Internetseite unter den einzelnen Krebsarten finden, nicht unter Begriffen wie Psychologie oder Psychoonkologie

Fallbericht der Patientin E4

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im April 2010, Rentner, keine Partnerschaft, keine Kinder, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

- hatte den Eindruck, dass es Schauspieler waren
- hatte das Gefühl, dass alle drei gezeigten Patienten furchtbar allein sind
- Identifikation mit 1. Darstellerin: Sex und Partner sind im Moment für sie auch kein Thema, freut sich anderseits, dass sie schwimmen und ein Sommerkleid tragen kann
- Angst vor Rezidiv
- fühlt sich im Vergleich zu diesen Patienten im Moment ziemlich gut und dafür ist sie dankbar
- räumt ein, dass sich das natürlich auch wieder ändern kann und dann sieht die Sache anders aus

- daher Interesse an dem Thema, hätte sich aber gewünscht, dass auf der Internetseite konkreter auf verschiedene Methoden zur Behandlung von Ängsten eingegangen wird
- Leistungen der Psychoonkologie: fühlt sich noch nicht so gut informiert, dass sie sich ein abschließendes Urteil erlauben kann
- würde Internet ohne Weiteres nutzen, um sich nur zu dieser Thematik zu informieren – (auch die hier vorgestellte Internetseite)
- Online-Therapie würde sie nicht nutzen, weil persönliche Gespräch für sie angenehmer
- verschiedene Behandlungsmethoden sollten konkreter dargestellt werden und es sollte auch dabei stehen, was es kostet und was die Kasse übernimmt
- betont, dass sie nicht gut fand, dass die dargestellten Patienten Schauspieler waren - würde aber befürworten, dass es die Betroffenen selber erzählen, eventuell verpixelt

Fallbericht der Patientin E3

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im Januar 2007, feste Partnerschaft, Kinder, Rentnerin, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Arthrose, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit und Schmerzen in den Gelenken

- Videos nicht groß beeinflusst, da Erstdiagnose und die Frage „Wie es weitergeht?“ bei ihr auch schon etwas zurück liegen
- emotionale Probleme erst nach Diagnoseschock und allen Behandlungen aufgetreten
- Schauspieler und das Rhetorische mit den Pausen wirkt aufgesetzt und irritierend
- geschilderten Ängste sind vorhanden, insbesondere auch vor der Nachsorge, aber nicht so extrem
- Fragen „Warum habe ich Krebs?“ und „Was habe ich verkehrt gemacht?“ hat sie sich auch gestellt
- außerdem Angst vor dem Rezidiv
- Therapeuten haben die Interviewte angesprochen
- Äußerungen haben ihr gefallen und wenn sie während ihres Krankenhausaufenthaltes so von einem Therapeuten angesprochen worden wäre, hätte sie das als sehr positiv empfunden
- für die Interviewte ist es immer wichtig auf dem Laufenden zu sein
- in wie weit Psychoonkologie hilft, hängt davon ab, ob der Patient die Hilfe annimmt und sie umsetzt

- Interviewte würde nach psychologischen Unterstützungsmöglichkeiten sowohl im Internet als auch beim Arzt oder in der Selbsthilfegruppe suchen
- Interviewte wurde während ihrer Behandlung überhaupt nicht auf eine psychologische Unterstützungsmöglichkeit hingewiesen
- Länge der Filme gerade noch so lang, dass man es noch aufnehmen konnte.

Fallbericht der Patientin E2

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im Juli 2010, berufstätig, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung, psychologische Behandlung, Leiden an Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Übelkeit

- Filme haben sie emotional nicht aufgewühlt
- bei Schauspielern passten Text und Mimik der Darsteller nicht zusammen, wirkten gekünstelt und emotionslos, Mimik von echten Erkrankten ist ganz anders
- Identifikation mit 1. Darstellerin - Narbe über dem Bauch nicht so attraktiv, aber kleinere Übel der Krebserkrankung
- Identifikation mit Frage der 3. Darstellerin: „Warum gerade ich?“
- kam nach gewissen Zeit an den Punkt, wo sie selbst aktiv etwas unternommen und Antworten gesucht hat
- ihre größte Angst betrifft das Rezidiv
- Äußerungen der Therapeuten viel zu theoretisch und allgemein geformt
- hätte sich gewünscht, dass an Hand eines Beispiels erklärt wird, wie man den Menschen helfen kann, Ängste zu bearbeiten
- momentan in einer Therapie, in der sie bereits gelernt hat, einige Sachen selbst in Angriff zu nehmen
- Leistungen der Psychoonkologie: den Menschen helfen, die sich selber helfen wollen
- Internet kommt für psychologische Unterstützungsangebote nicht in Frage, sehr individuelle Angelegenheit, die auf einen persönlichen Kontakt hinaus läuft
- Interviewten ist im Krankenhaus Hilfe angeboten worden - hat sie auch in Anspruch genommen
- nach einem Jahr hat sie jetzt noch einmal eine Therapie angefangen, weil sie gemerkt hat, dass sie mit einigen Problemen nicht allein klar kommt
- Interviewte würde die gekünstelte und emotionslose Darstellung der Patienten ändern

Fallbericht der Patientin E1

Falldaten: gynäkologischer Tumor, Diagnose im Januar 2010, krank, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung, psychologische Behandlung in der Vergangenheit und momentan, Chemotherapie-Pause

- Videos haben sie überhaupt nicht beeinflusst
- bemerkte sofort, dass es keine echten kranken Menschen waren, was sie auch geärgert hat (Redeweise der Patientin im ersten Film - da kann bei ihr kein Gefühl entstehen, das würde sie auf jeden Fall ändern)
- keine Identifikation mit 3. Darstellerin: nach Erhalt ihrer Diagnose kam nach einer Woche der Wendepunkt und sie konnte wieder Zuversicht gewinnen
- Identifikation mit körperlichen Problemen der 1. Darstellerin: findet sich nach zwei Operationen auch nicht mehr so attraktiv, aber das ist nicht das Wichtigste und es gibt auch Möglichkeiten
- Identifikation mit 2. Darsteller: mag manchmal nicht mit ihrem Mann über die Krankheit sprechen, da er dann leidet und dann leidet sie noch mehr
- Angst vor einem Rezidiv
- Therapeuten fand sie gut, bezweifelt aber, dass sie den hier vorgestellten Patienten helfen können
- räumt aber ein, dass es vielleicht noch Zeit braucht bis dieser Mentalprozess in den Patienten abgelaufen ist
- wird oft selbst aktiv und findet dabei Antworten auf viele Fragen
- Interviewte stellt für sich nach dem Betrachten der Videos fest, dass es ihr im Vergleich zu den Patienten in den Filmen sehr gut geht
- ihr selbst fällt es sehr schwer einzuschätzen, ob sie psychoonkologische Hilfe braucht
- würde psychologische Hilfe nicht aus dem Internet suchen
- im Krankenhaus eine psychoonkologische Behandlung in Anspruch genommen (hat geholfen)
- im Moment ist sie auch in einer Behandlung (hat noch nicht geholfen)
- würde unbedingt die gekünstelte und emotionslose Art und Weise der Darsteller ändern
- wünscht sich, dass noch konkreter auf die verschiedenen Therapiemöglichkeiten eingegangen wird.

Fallübersichten der Interviewten aus den ambulanten Arztpraxen

Fallbericht des Patienten AP1

Falldaten: Lymphom, Diagnose im Juni 2008 (Prostatakrebs 2006), Rentner, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit und Gegenwart, weitere Erkrankungen: Herzrhythmusstörungen, Lungenembolie, Polyneuropathie, Schmerzen im Bewegungsapparat

- schnelle Entscheidung für Chemotherapie, da sehr gute Aufklärung durch Ärzte
- erlebte viele unangenehme Nebenwirkungen, die er selbst aber als erträglich bezeichnet
- die sehr intensive Beziehung zu seiner Frau und seinen Kindern hat ihm bei der Krankheitsverarbeitung entscheidend geholfen
- psychologische Unterstützungsangebot in ambulanten Arztpraxis erhalten, aber nicht genutzt
- würde selbst nicht im Internet nach psychologischen Unterstützungsmöglichkeiten suchen
- denkt aber, dass Leute, die Hemmungen haben sich gegenüber dem Arzt zu öffnen, mit dem anonymeren Medium Internet erreicht werden können
- fühlt sich selbst nicht betroffen, weil er im Rahmen seiner Erkrankungen psychische Probleme nicht erlebt hat
- kann sich aber vorstellen, dass viele Leute so reagieren und das tut ihm auch sehr leid
- die Darsteller haben auf ihn glaubwürdig gewirkt, gerade weil es Schauspieler waren
- denkt, dass sich echte Patienten vor der Kamera nicht so öffnen würden
- kann sich nicht mit der negativen Grundeinstellung der Darsteller identifizieren
- Therapeutenratschläge angemessen, verständnisvoll und als positiv empfunden, dass Vorschläge gemacht wurden
- fand es bemerkenswert und traurig, dass es immer noch so viele Berührungsängste mit dem Wort „Psychotherapie“ gibt (Therapeutenkommentar 3)
- durch die 3 Filme mit den Expertenkommentaren ist für ihn differenzier dargestellt worden, was Psychoonkologie für entsprechende Patienten leisten kann
- würde die Videos kürzer halten wegen häufigen Konzentrationsproblemen bei Krebspatienten
- mittleres Anfangsbildchen als nicht passend für Angst bewertet

Fallbericht des Patienten AP2

Falldaten: Darmkrebs, Diagnose im März 2010, krank, feste Partnerschaft, keine Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), psychologische Behandlung in der Vergangenheit und Gegenwart, weitere Erkrankungen: Depression, Leiden an: Schmerzen

- die Videos haben ihn aufgewühlt
- hat die Ansprache der sozialen Auswirkungen der Krebserkrankung vermisst und empfiehlt das auch unbedingt zu ergänzen
- erhält durch eine ungünstige Konstellation von Minijobs vor der Erkrankung keine finanzielle Unterstützung
- erhält auch im Rahmen der Krebserkrankung psychologische Unterstützung von seinem Verhaltenstherapeuten, den er bereits vor der Krebserkrankung hatte
- würde das Internet für psychologische Unterstützungsangebote nicht nutzen
- in den Darstellern konnte er sich häufig wieder finden
- empfindet sie als sehr „ich“-bezogen, hilflos und selbst-bemitleidend, kann sich damit aber auch gut identifizieren
- empfindet die Therapeutenratschläge als gut und angemessen, zweifelt aber daran, dass sie der 3. Darstellerin helfen können
- Identifizierungsfähigkeit hing nicht vom Geschlecht ab
- für ihn ist es sehr wichtig, gut informiert zu sein, um Ängste zu vermeiden
- hält die Psychoonkologie für ein gutes Anliegen, sieht aber ein Problem in der mangelnden Akzeptanz dieses Fachgebiets durch viele Ärzte
- fand die Länge der Filme grenzwertig

Fallbericht des Patienten AP3

Falldaten: Magenkrebs, Diagnose im Januar 2010, Rentner, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Leiden an: Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- hatte im Rahmen seiner Chemotherapie sehr viele Nebenwirkungen, die ihn sehr belastet haben, insbesondere Übelkeit und Erbrechen
- ist sehr pessimistisch bezüglich seiner Prognose eingestellt
- daher war ihm wichtig, bestimmte Dinge mit seiner Frau zu regeln

- war etwas irritiert über die starke Anteilnahme seiner Familienmitglieder
- psychologische Unterstützung würde er gegenwärtig nicht in Anspruch nehmen, weil er keinen Bedarf sieht, bei Verschlimmerung würde er allerdings Hilfe suchen
- würde das Internet nicht nutzen um sich psychologische Unterstützung zu suchen
- das Ansehen der Videos hat ihn sehr traurig gemacht und er konnte mit den Darstellern gut mitfühlen
- hat das Gefühl bekommen, nicht allein zu sein mit dieser Erkrankung
- konnten alle Schilderungen nachvollziehen, war unabhängig vom Geschlecht
- empfand die Therapeutenratschläge als gut und angemessen, denkt aber dass bei der 3. Darstellerin mehr getan werden müsste

Fallbericht der Patientin AP4

Falldaten: Brustkrebs, Diagnose im Oktober 2010, berufstätig, feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, Leiden an: Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- fühlt sich nach Ansehen der Videos gut
- kann einige Dinge nachvollziehen, insbesondere Angst vor Rezidiv und Ängste bezüglich des Arbeitslebens
- empfand die Darstellung der ersten Patientin als gut, die anderen beiden waren zu lang
- Identifizierungsfähigkeit ist unabhängig vom Geschlecht
- fände es glaubhafter, wenn echte Patienten die Darsteller wären
- hat die letzte Therapeutin als sehr gut mit der Problematik vertraut empfunden, die anderen beiden waren ihr zu theoretisch
- alle Therapeuten waren ihrer Meinung nach verständnisvoll
- ist im Moment vordergründig damit beschäftigt ins Arbeitsleben und in die Normalität zurückzukehren und sieht keine Bedarf für psychologische Unterstützung
- räumt aber ein, dass sich das ändern kann, wenn negative Ereignisse auftreten sollten und dann würde sie auch entsprechende Unterstützung suchen
- ist auf psychologische Unterstützungsangebote in ambulanten Arztpraxis hingewiesen worden
- fand Layout und Aufbau der Internetseite gut, aber die letzten beiden Filme zu lang
- würde psychologische Unterstützungsangebote auch im Internet suchen

Fallbericht der Patientin AP5

Falldaten: Brustkrebs, Diagnose im April 2009, Rentner, keine feste Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, aber gegenwärtig, weitere Erkrankungen: Schilddrüse, Schulter-Arm-Syndrom

- Patientin hatte 3 Operationen in sehr kurzer Zeit mit sehr aggressiven Chemotherapien vor und nach den Operationen, war dadurch körperlich sehr geschwächt
- hat sich körperlich wieder sehr erholt
- erhielt Angebote für psychologische Unterstützungsmöglichkeiten im Krankenhaus, in der Reha und in der ambulanten Arztpraxis
- Ansehen der Videos hat sie nicht belastet
- geht optimistischer und offener mit der Erkrankung um
- findet es traurig, dass die Darsteller sich so aufgeben, da sie keine Grund sieht
- sie selbst haben die sozialen Auswirkungen der Erkrankung am stärksten belastet – hat ihren Job verloren, musste Umziehen
- denkt, dass Patienten durch die Filme motiviert werden können, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen
- empfand das Layout als gut, aber die Filme zu lang wegen der häufigen Konzentrationsprobleme bei vielen Patienten
- würde noch ein paar mehr positive Effekte mit einbeziehen, die mehr Zuversicht vermitteln – z. B. Bericht der Patienten nach der Behandlung
- würde Internet für Informationssuche zu psychologischen Hilfen im Rahmen der Erkrankung nutzen
- berichtet, dass sie in der Vergangenheit Chatseiten zu dem Thema besucht hat, die ihr noch mehr Angst gemacht haben
- betont, dass sie diese Gefahr mit dem hier vorgestellten Instrument nicht sieht

Fallbericht der Patientin AP6

Falldaten: Brustkrebs, Diagnose im Juni 2010, berufstätig, feste Partnerschaft, keine Kinder, ambulante Behandlung, keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, aber gegenwärtig, weitere Erkrankungen: M. Haschimoto, Leiden an: Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- die Videos haben sie sehr aufgewühlt und sie konnte sich mit vielen Schilderungen, insbesondere im 1. Film sehr gut identifizieren
- bekam vor einem Jahr die Diagnose, wurde operiert und erhielt Strahlen- und Chemotherapie und geht bereits wieder arbeiten
- hat viele körperliche Probleme (Polyneuropathie in Händen und Füßen, Schweißausbrüche, Knochenschmerzen, eingeschränkte Leistungsfähigkeit)
- erhält psychologische Unterstützung in der ambulanten Arztpraxis
- die Therapeuten haben ihr sehr gut gefallen und sie hofft, dass es in der Zukunft mehr von diesen Leuten geben wird, weil sie für einen Termin mit einem Therapeuten eine Wartezeit von einem halben Jahr in Kauf nehmen musste
- durch das Ansehen der Videos ist ihr bewusst geworden, dass sie die Erkrankung emotional noch nicht gut verarbeitet hat und denkt, dass es richtig war, sich diesbezüglich Hilfe zu suchen
- sie hofft durch die Psychoonkologie Wege aufgezeigt zu bekommen, wie man sich wieder wohler fühlen kann sowohl in der Partnerschaft als auch im Umgang mit gesunden Menschen
- wünscht sich auf der Internetseite noch mehr Informationsmaterial zu den einzelnen Behandlungen, insbesondere auch Bilder
- hat im Internet zu der Thematik häufig Seiten gefunden, die mehr Angst erzeugen (besonders Chatseiten)
- denkt aber, dass das mit den Filmen nicht passiert, weil das professionelle Leute machen
- hat während ihrer Behandlung immer den Zeitmangel der Ärzte gespürt und denkt daher, dass die Patienten durch diese Filme ermutigt werden könnten zum Psychoonkologen zu gehen
- würde Internet für Information, aber auch Online-Beratung und Online-Therapie nutzen
- Vorteile der Internetnutzung: Ortsungebundenheit, Nachteil: viele unseriöse Informationen, Filterung für Patienten schwierig´

Fallbericht der Patientin AP7

Falldaten: Brustkrebs, Diagnose im Oktober 2008, Rentnerin, Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, aber gegenwärtig, Leiden an: Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- hatte zunächst Probleme zu verinnerlichen, dass sie betroffen ist
- wurde operiert und erhielt ambulante Chemotherapie
- fühlt sich in ihrer Praxis unheimlich gut aufgehoben, was sie beruhigt
- ist nach den Filmen etwas nachdenklich, aber es hat sie nicht so sehr berührt
- 1. Darstellerin und 2. Darsteller wirkten künstlich und einstudiert
- konnte die Schilderungen der 3. Darstellerin gut nachvollziehen
- hat erkannt, dass es Schauspieler sind, was sie zunächst nicht schlimm findet, weil sie auch einen Film mit Betroffenen ansehen würde
- sagt allerdings auch, dass sie ein sehr kritischer Mensch ist und wenn sie diese Filme im Internet gesehen hätte, hätte sie gedacht, das irgendwas nicht stimmt, weil die Darsteller so künstlich rüber kamen
- sie selbst hatte auch Ängste, aber nicht so vordergründig
- die Therapeuten erschienen ihr sachlich und kompetent, hat aber die Empfehlung einer Gruppentherapie vermisst, die sie in ihrer Reha sehr hilfreich fand
- arbeitet momentan an eigenen Bewältigungsmöglichkeiten mit Hilfe einer Therapie
- findet es gut, dass sich Psychoonkologie entwickelt hat und sich Therapeuten speziell um diese Patientengruppe kümmern; denkt, dass es einen sehr großen Bedarf gibt

Fallbericht der Patientin AP8

Falldaten: Gebärmutterhalskrebs, Diagnose im Oktober 2009, Rentnerin, Partnerschaft, Kinder, ambulante Behandlung (Nachsorge), keine psychologische Behandlung in der Vergangenheit, aber gegenwärtig, weitere Erkrankungen: Lendenwirbel, Blase, Leiden an: Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

- hat ihre gesamte Behandlung (Chemo- und Strahlentherapie) ambulant durchgeführt
- hat viel Unterstützung von ihrer Familie bekommen
- wurde von Ärzten gut aufgeklärt und auch positiv bestärkt
- hatte mit vielen Spät- und Nebenfolgen zu kämpfen

- das ständige auf und ab hat sie sehr runter gezogen
- die Filme haben sie aufgewühlt und in die Zeit der Therapie und der nachfolgenden Phase zurückversetzt
- findet sich in jedem Film ein Stück weit wieder
- hätte sie nicht so berührt, wenn sie das nur irgendwo gelesen hätte
- auch Gestik und Mimik haben sie sehr angesprochen
- Therapeuten haben für sie fachliche Kompetenz vermittelt und sie betont, dass ihr das auch am wichtigsten ist
- fand die Therapeuten verständnisvoll, aber Sympathie hauptsächlich für 1. Therapeuten und 3. Therapeutin empfunden
- für sie waren die Filme die Bestätigung, dass es richtig war, sich psychologische Unterstützung zu suchen
- Instrument hätte sie motiviert Hilfe zu suchen, sie betont aber auch, dass da jeder Mensch anders ist und sich manche vielleicht noch mehr zurück ziehen könnten
- die Internetseite ist leicht zu händeln, die Farben sind sehr passend ausgewählt
- mittleres Anfangsbildchen (Angst und Sorge) noch ausdrucksstarker gestalten
- das Internet würde sie für Informationssuche, aber nicht für Beratung und Therapie nutzen

Anhang 10: Zusammenfassung der kategorienbasierten Auswertung

Ergebnisse der Selbsthilfegruppen

Kategorie: Akzeptanz des Instruments

Unterkategorie: Auslösung von Gefühlen durch die Videos

	Paraphrasierung	Generalisierung und 1. Zusammenfassung	2. Zusammenfassung
E7	- fühlt sich nicht anders als vorher - hat I. emotional nicht aufgewühlt, da extreme Ängste unbekannt und mit Diagnose auch nicht kennengelernt - hat nach Diagnose gleich funktioniert - großes Glück diesbezüglich und fühlt sich mit sich ganz gut	- durch das Instrument fühlt man sich genauso gut wie vorher und wird emotional nicht aufgewühlt, weil o extreme Ängste nicht bekannt sind o man gleich funktioniert hat	- **knapp die Hälfte der Interviewten (6):** Filme haben sie emotional nicht besonders beeinflusst - fühlen sich genauso wie vorher - könnten die Filme immer wieder sehen - **3 Interviewte:** nach Gucken der Videos Erkrankung wieder vorgeholt, nachdenklich, angespannt und bedrückt - **1 Interviewte**: als hilfreich empfunden mit den Filmen eine Vergleichsmöglichkeit zu haben – fühlt sich beruhigt und in gutem Zustand, da Belastungsniveau wie bei 1. Darstellerin eingeschätzt - **1 Interviewter:** unrealistische Darstellung
E4	- fühlt sich im Vergleich zu den Darstellern ziemlich gut und ist dafür dankbar - manchmal wird I. nachdenklich	- obwohl nachdenklich geworden, sehr dankbar dafür, dass es momentan im Vergleich zu den 3 Leuten in den Filmen relativ gut geht	
E3	- keine großen Einfluss, da Diagnose schon eine Weile her ist und Fragen „Wie es weitergeht?“ schon etwas in Hintergrund getreten sind - hat sie nicht groß beeinflusst	- Filme haben sie nicht sehr beeinflusst, weil o Erstdiagnose und die Frage „Wie es weitergeht?“ schon eine Weile her sind	
E2	- an Situation der Interviewten, ihren Ängsten und Gedanken hat sich nichts geändert	- Filme haben an ihren Gedanken und Ängsten nichts verändert und emotional nicht aufgewühlt, weil	

	- hat andere Ängste, die bearbeitet werden müssen - hat sie emotional nicht so aufgewühlt -	○ andere bearbeitungsbedürftige Ängste vorhanden sind	
E1	- fühlt sich genauso gut wie vorher - hat sie überhaupt nicht beeinflusst	- fühlt sich genauso gut wie vorher und hat sie überhaupt nicht beeinflusst	
S2	- fühlt sich nachdenklich, angespannt und wach - Chatseiten machen ihr manchmal Angst wegen häufiger Horrorberichte über Spät- und Nebenfolgen der Therapie durch Angehörige - wäre bei einer psychoonkologischen Seite nicht der Fall - würde durch die Filme keine Angst bekommen, da die Patienten ja da sind und leben und selbst Angst haben	- durch die Filme fühlt sie sich nachdenklich, angespannt und wach - die Filme lösen keine Ängste aus, weil Patienten leben und über ihre Ängste berichten	
S1	- könnte Filme immer wieder gucken - fühlt sich nach dem Ansehen der 3 Filme beruhigt, weil sie sich am ehesten wie Patientin im 1. Film verhalten würde - fand es hilfreich sich einzuordnen - es hätte ihr Angst gemacht, wenn sie die Filme in ihrer akuten Erkrankungsphase gesehen hätte	- könnte Filme immer wieder gucken - vorher nur sich als Maßstab - als hilfreich empfunden, mit den Filmen eine Vergleichsmöglichkeit zu haben - fühlt sich beruhigt und in einem guten Zustand, weil sie ihr emotionales Belastungslevel ähnlich der Patientin im 1. Film bewerten würde - bei Ansehen der Videos in akuten	

	- hätte dann Ängste, die in den Videos beschrieben wurden für sich schon als Grundlage genommen - man hat eine Vergleichsmöglichkeit, die man vorher nicht hatte – hatte vorher nur sich als Maßstab - für sich ist fraglich, ob sich jemand Hilfe suchen kann, der sich mit dem 3. Patienten identifizieren kann - in Abhängigkeit von Fähigkeiten und Verfassung eines Patienten ist es besser, die Videos in Begleitung zu sehen - wenn sie die 3 Videos sieht, findet sie sich in einem guten Zustand und das ist für sie sehr viel wert	Erkrankungsphase hätten diese mehr Angst ausgelöst, da beschriebenen Ängste als Grundlage genommen worden wären - in Abhängigkeit von Fähigkeiten und Verfassung Patienten die Filme in Begleitung sehen lassen, da fraglich, ob sich Patienten wie im 3. Film selbst helfen können	
L3	- empfindet die Darstellung als unrealistisch	- Darstellung als unrealistisch empfunden	
L2	- könnte es jeder Zeit wieder gucken - belastet nicht so	- belastet nicht und könnte jeder Zeit wieder geguckt werden	
E21	- schon wieder bedrückt - belastet und holt Erkrankung wieder vor - geht nicht spurlos vorüber	- fühlt sich bedrückt und belastet - holt Erkrankung wieder vor	
M1	- fühlt sich gut - manche Beiträge haben ihr nicht gefallen - Videos haben sie sehr	- fühlt sich gut - sehr wertvolle Arbeit, aber einige Beiträge nicht gefallen - Videos sind sehr ansprechend und sollten	

	angesprochen - sind dazu angetan, in einem größeren Kreis darüber zu reden und Erfahrungen auszutauschen (Forum aus SHG-Leitern) - sehr wertvolle Arbeit	in Kreis von SHG-Leitern diskutiert werden	

<table>
<tr><th colspan="4">Unterkategorie: Wirkung der dargestellten Patienten</th></tr>
<tr><th></th><th>Paraphrasierung</th><th>Generalisierung und 1. Zusammenfassung</th><th>2. Zusammenfassung</th></tr>
<tr><td>E7</td><td>- haben sie emotional nicht erreicht, da sie Schauspieler sind
- aber das was andere erlebt haben ist ja authentisch
- kann verstehen, dass es unterschiedliche Reaktionen auf Diagnosen gibt und damit umzugehen
- kann verstehen, dass man im Vorfeld nicht damit gerechnet hat, was es für Wesensveränderungen geben kann
- wusste auch am Anfang nicht, ob sie ihre positive Lebenseinstellung behalten wird</td><td>- die Patienten haben die I. emotional nicht angesprochen, aber was andere erlebt haben ist authentisch
- kann dafür Verständnis aufbringen, weil:
o unterschiedliche Reaktionen auf Diagnosen möglich sind
o man im Vorfeld noch nicht wissen kann, welche Wesensveränderungen es geben kann
→ hat positive Lebenseinstellung behalten</td><td rowspan="2">Schauspieler
- 12 von 13 Interviewten haben gemerkt, dass es sich um Schauspieler handelt
abgelehnt
- 7 von diesen 12 I. lehnten Schauspieler ab, weil künstlich, gemacht, aufgesetzt und wie eine einstudierte Rolle
- Betraf teilweise auch Äußerungen
- Eine I. hat sich sogar geärgert
- Mimik der Darsteller passte nicht zum Text und ist anders als Mimik der Leute, die daran erkrankt sind
- Emotionen passten nur zum Satz – peakartig
- Aus Erfahrung mit Patientengesprächen – Emotionen anders erlebt – halten über das Gespräch hinweg an, sanfterer Verlauf
angenommen
- auf 3 Interviewte wirkten Darsteller authentisch, da Gefühle wie Wut, Aggressivität, Resignation und Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht
2 Interviewte – weder annehmen noch ablehnen</td></tr>
<tr><td>E4</td><td>- hatte bei 2. und besonders bei 3. Darstellerin das Gefühl, dass es Schauspieler waren
- hatte das Gefühl, dass die 3 Patienten furchtbar allein sind und fand das entsetzlich
- erste Darstellung fand sie gar nicht so schlecht und hat sie sogar berührt
- Mann schwieriger
- die Dritte fand sie wirklich</td><td>- Patienten wirkten furchtbar allein
- 1. Darstellerin: nicht so schlecht und hat sogar berührt
- 2. Darsteller: wie Schauspieler empfunden
- 3. Darstellerin: sicher, dass es Schauspielerin war, da als sehr unecht erlebt</td></tr>
</table>

	schlecht, die kam nicht echt		
E3	- manches kam eigenartig rüber - es waren Schauspieler - das Rhetorische mit den Schauspielern hat irritiert (Mann) - diese extremen Ängste konnte Befragte nicht nachvollziehen, da es für die geschilderten Probleme auch Hilfe gibt - Schauspieler sind nicht gut angekommen, weil vieles aufgesetzt und nicht echt wirkte - hat nicht angesprochen	- Schauspieler nicht gut angekommen, da aufgesetzt und unecht - Rhetorisches mit Pausen im 2. Film irritierend - extreme Ängsten nicht nachvollziehbar, da es Hilfen für dargestellten Probleme gibt	**weitere Wirkungen der Patienten** - eine I. – findet es peinlich, wenn sich jemand in Öffentlichkeit so negativ darstellt – nur schriftliche Darstellung erwünscht - 5 von 13 – was andere erlebt haben ist authentisch trotzdem es Schauspieler sind – können Befindlichkeiten gut nachvollziehen, weil sie sich mit einigen Schilderungen gut identifizieren konnten - 6 von 13 Interviewten lehnen die Patienten auch unabhängig von der Schauspielerproblematik ab – schlechtere Prognose, Patienten hoffnungslos, extrem bedroht und sehr getrieben von ihren Gefühlen – diese I. haben ihre schlimme Krankheitsphase anders erlebt als diese 3 Darsteller – mangelnde kognitive Verarbeitung und Unfähigkeit, sich positiv einzustellen, Darsteller psychische Vorerkrankung? – eventuell braucht es noch Zeit - 1 Interviewter – fällt schwer sich in solche Verhaltensweisen rein zu denken – hängt eventuell mit Alter und Diagnose zusammen - 1 Interviewter hat sich über 3. Darstellerin geärgert – CML ist seine Erkrankung – gute Prognose, keine Chemotherapie sondern Tabletten, Personifizierung des Blutkrebses merkwürdig – inhaltlicher Fehler in diesem Film
E2	- Text und Mimik der Darsteller passen nicht zusammen - es sah aufgesetzt aus - Mimik der Menschen, die daran erkrankt sind, ist ganz anders - passt nicht zusammen - starre Gesichter - manchmal sah es so aus als wenn eine emotionale Regung käme - es war für die Interviewte nicht stimmig	- Darstellen wirkten aufgesetzt und starr - Mimik der Darsteller war anders als Mimik von Menschen, die an Krebs erkrankt sind und passte nicht zum Text	
E1	- Krebs ist bei beiden ersten Darstellern geheilt und I. kann Reaktionen nicht nachvollziehen - Zweifelt daran, dass man diesen Leuten helfen kann, da sie einen Mentalprozess nicht mitgemacht haben, der im Wesentlichen die	- Sofort erkannt, dass es keine echten kranken Menschen sind – hat verärgert - Reaktionen nicht nachvollziehbar, da ersten beiden Menschen geheilt sind - Zweifelt wegen nicht stattgefundenem Mentalprozess daran, dass man Patienten helfen kann, aber vielleicht braucht es noch	

	Akzeptanz der Erkrankung beinhaltet und sich damit beschäftigt, was man der Erkrankung Positives abgewinnen kann - Zweifelt diesbezüglich besonders bei 3. Patientin - Vielleicht braucht es noch Zeit - Bei ihr kam sofort rüber, dass es keine echten kranken Menschen waren und dass hat sie auch geärgert	Zeit	
S2	- hat sofort gemerkt, dass es Schauspieler waren - fand es total in Ordnung, weil es gut gespielt war - wirkt sehr authentisch - so sind ihr andere Patienten schon begegnet - Abstufung mit der Definition „milde Angst“ hat ihr nicht gefallen - würde abstufen zwischen Angst (1. Film), Angst und Depression (2. Film) und Furcht (3. Film) - Furcht noch schlimmer als Angst - in dieser Phase braucht Patient Hilfe, die er in dieser Phase oft nicht erhält - Angehörige erreichen Patienten in dieser Phase nicht, evtl. nicht mal	- hat sofort gemerkt, dass es Schauspieler sind, aber wirkten auf sie sehr authentisch - der Interviewten sind solche Patienten auch in der Realität begegnet - Begriff der „milden Angst“ empfand sie unpassend und würde die **Abstufung** ändern: o Angst (1. Film) o Angst + Depression (2. Film) o Furcht (3. Film) - sie denkt 3. Patient ist nicht erreichbar für Angehörige und Psychoonkologen - hier vorsichtig agieren und Patientin nicht überschütten	

	der Psychoonkologe - 2. Patient als hauptsächlich depressiv empfunden		
S1	- Kann Reaktionen gut nachvollziehen - Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Frust empfindet die Interviewte als normal - kann alle 3 Patienten verstehen - Die erste Patientin überspielt Ängste - 2. Patient sehr sensibel - 2. Patient wollte nicht selbst tätig werden und 3. Patientin wollte keine Hilfe annehmen – würde ihrer Krankheitsverarbeitung entgegen stehen - Betont, dass sie jetzt aber eine andere Blickrichtung hat als wenn man noch vor dem Berg steht - Hat gemerkt, dass es Schauspieler sind, aber bestätigt, dass man die Wutreaktionen, Aggressivität, Resignation und Hoffnungslosigkeit schon hat - Besonders in Phase der Chemo lässt man sich auch fallen und bemüht sich gar nicht Schwung zu holen, das war das schlimmste und wahrscheinlich ist es noch schlimmer, wenn man allein ist	- Patienten haben Gefühle wie Wut, Aggressivität, Resignation und Hoffnungslosigkeit zum Ausdruck gebracht - diese Gefühle hat man als Patient - dadurch wirken Patienten trotzdem sie Schauspieler sind authentisch - 2. Patient wirkt untätig und 3. Patientin nimmt keine Hilfe an - 2 Verhaltensweisen, die die Krankheitsverarbeitung der Interviewten entscheidend blockieren würden - kann alle Patienten verstehen und ihre Befindlichkeiten gut nachvollziehen - 1. Patientin überspielt Ängste - 2. Patient sehr sensibel	

L3	- wirkte wie einstudierte Rolle und ist emotionslos - fällt ihm schwer, sich in solche Verhaltensweisen rein zu denken - kennt Menschen, die so denken nicht, obwohl er viele Patienten kennt - räumt ein, dass es vielleicht vom Alter und / oder von der Diagnose abhängt - Patienten wirkten künstlich und gemacht - vielleicht wird es besser, wenn sie einen Gesprächspartner bekommen	- wirkte wie einstudierte Rolle und ist emotionslos - fällt schwer, sich in solche Verhaltensweisen rein zu denken - kennt keine Menschen, die so denken obwohl er viele Patienten kennt - vielleicht vom Alter und / oder von der Diagnose abhängig - Patienten wirkten künstlich und gemacht - vielleicht Filme mit Gesprächspartner	
L2	- hat erkannt, dass es Schauspieler sind und empfand sie als sehr unrealistisch - künstliche Pausen waren ziemlich unpassend - würde als Patient so nicht auftreten - sieht Emotionen bei Patienten anders - hätte in Interviews nicht solche Sachen von sich gegeben - manche Formulierungen und Beschreibungen kamen ihm nicht so ganz aus dem realen Patientenleben vor - bei manchen Beschreibungen hatte der I. das Gefühl, die wissen nicht worum es da bei ihnen gerade geht	**Auftreten der Patienten** - Schauspieler erkannt - Kunstpausen unpassend - haben nicht verinnerlicht, worum es geht - Ausbruch der 3. Darstellerin besonders gekünstelt **Bemerkungen der Patienten** - manche Formulierungen nicht aus dem realen Patientenleben **Emotionen der Patienten** - Emotionen passen immer nur zum Satz und sind peak-artig - Emotion hält normalerweise während des Gesprächs an - eher etwas sanfterer Verlauf während des Gesprächs	

	- auch wie sie sich gegeben haben - eine Emotion bei den Patienten hält in der Regel während des Gesprächs an, aber hier hatte ich den Eindruck, die Emotion war immer passend zu dem jeweiligen Satz - die Emotionen waren so peak-artig und wenn I. Beratungsgespräche führt ist das eher ein etwas sanfterer Verlauf - Patienten können schon während des Gesprächs emotional angegriffener wirken, besonders wenn sie sich Gedanken, die sie ängstigen zum ersten Mal machen und darüber reden, aber insgesamt gemäßigter im Kurvenverlauf und im Instrument wirkte besonders der Ausbruch der Frau im 3. Film sehr gekünstelt - Wenn man starke Angst hat, schreit man nicht so, nur als Wut ist ihm Angst nicht bekannt	- kann teilweise etwas emotionaler werden, wenn ängstigende Gedanken zum ersten Mal auftreten - Angst wird nicht nur als Wut ausgedrückt	
E21	- I. hat sich über Mann im 2. Film aufgeregt - so kann man sich einfach nicht gehen lassen, er hat auch eine Verantwortung gegenüber seiner Frau - hängt wahrscheinlich mit	- erste Patientin etwas aufgesetzt und nicht so authentisch, anderen beiden schon - kein Verständnis für 2. Patienten, da gute Prognose und Partnerschaft - Verständnis für 1. Patientin, Arbeit als Ablenkung kann auch Verarbeitung sein	

	Persönlichkeitsbild zusammen, ist nicht nur die Krankheit - kann nur schwer Probleme bewältigen - es wurde rechtzeitig erkannt und er hat eine Frau an seiner Seite und ist noch undankbar – der braucht Hilfe - sich gleich wieder in die Arbeit zu stürzen wie die erste Patientin ist vielleicht auch eine Möglichkeit der Verarbeitung - die erste wirkte ein bisschen aufgesetzt und nicht ganz so authentisch, aber die anderen beiden schon		

L1	- Interviewter ist nach dem Film der 3. Patientin etwas ärgerlich und verwundert, das sie seine Erkrankung (CML) hat
	- nach Diagnose von allen gesagt bekommen, dass es gut behandelbar ist, so dass die Reaktion schwere Angst mit dieser Begründung für ihn nicht nachvollziehbar ist
	- kann Personifizierung des Blutkrebses nicht nachvollziehen
	- Chemotherapie bei CML ist ihm nicht bekannt
	- Hat erkannt, dass es Schauspieler
		- hat erkannt, dass es Schauspieler sind, aber versucht auf Inhalte zu hören
		- ein paar Gedanken wieder erkannt
		- Schilderung der 3. Darstellerin über die CML hat ihn geärgert und gewundert, da
		  o gute Prognose der Erkrankung
		  o Chemotherapie nicht bekannt bei CML
		  o Personifizierung von Blutkrebs
		→ Reaktion schwere Angst mit der Begründung der Diagnose CML für Interviewten nicht nachvollziehbar	

	sind - Fand er nicht so schlimm - Hat versucht auf die Inhalte zu hören und fand ein paar Sachen ansprechend, weil es Gedanken waren, die er wieder erkannt hat		
E5	- Patienten strahlen Hoffnungslosigkeit und große Bedrohung aus - wirken von ihren Gefühlen sehr getrieben - können die Erkrankung nicht kognitiv verarbeiten, es ist ein mentaler Prozess, der nicht stattgefunden hat - hat ihre schlimme Phase anders durchgestanden als diese 3 Patienten - manche haben nicht die Fähigkeit, sich positiv einzustellen - ist verwundert, dass diese Patienten nicht schon eine psychische Vorerkrankung hatten - alle Patienten haben den Schock, aber viele kommen nach einer gewissen Zeit wieder heraus - wenn man drin bleibt, ist es eher krankhaft - Frau im 3. Film wirkt auf sie seelisch schwer krank - I. ist es peinlich, wenn jemand in	- hat auch gemerkt, dass es Schauspieler waren **Hauptproblem** - findet es gut, wenn sich jemand in der Öffentlichkeit positiv darstellen darf - Schilderungen von schwerwiegenden seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen durch Patienten in der Öffentlichkeit findet sie peinlich und könnte daher gut damit leben, wenn das Ganze nur schriftlich erwähnt wird - könnte es aber jedem empfehlen, der damit kein Problem hat - Darsteller wirken auf Interviewte hoffnungslos, extrem bedroht und sehr getrieben von ihren Gefühlen - die Interviewte hat ihre schlimme Phase anders erlebt als diese 3 Patienten - sie begründet deren Verhalten mit mangelnder kognitiver Verarbeitung und der Unfähigkeit sich positiv einzustellen - denkt, dass Patienten schon psychische Vorerkrankung hatten - Diagnoseschock kennen fast alle Patienten,	

	der Öffentlichkeit so über seine Befindlichkeiten spricht - war ihr nicht sehr angenehm - hatte auch vermutet, dass es keine echten Betroffenen sind - könnte gut damit leben, wenn das Ganze nur schriftlich erwähnt wird - findet es gut, wenn sich jemand positiv darstellen darf - Schilderungen von schwerwiegenden seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen findet sie peinlich - kann es aber jedem empfehlen, der damit kein Problem hat	aber viele gewinnen nach einer gewissen Zeit wieder Zuversicht - falls nicht, ist das krankhaft - 3. Darstellerin wirkt auf die Interviewte schwer seelisch krank	
M1	- am besten gefallen haben ihr die Brustkrebspatientin und die gerade mit der Diagnose vertraut Gemachte - 3. Patientin hat sich geöffnet und über ihre Ängste gesprochen - hier hat die Psychoonkologie ein gutes Stück Arbeit, aber sie denkt es ist sehr optimistisch, diese Arbeit mit den Patienten zu führen - die Brustkrebspatientin wirkt auf die I. noch voll in der körperlichen Sache befangen - man sollte sehr feinfühlig mit ihr arbeiten, ihre Angst ist vollkommen berechtigt	- **1. Patientin:** noch voll gefangen in körperlichen Problemen – Angst ist vollkommen berechtig - **2. Patient** – wirkt sehr verzweifelt - **3. Patientin** – hat sich geöffnet und über ihre Ängste gesprochen im Zustand des Diagnoseschocks → die Psychoonkologie hat hier ein gutes Stück Arbeit, aber es ist sehr optimistisch diese Arbeit mit den Patienten zu führen	

	- 3. Patientin sollte man sagen, dass irgendwann wieder Licht im Tunnel ist - Der 2. Patient wirkte sehr verzweifelt		

Unterkategorie: Identifikation mit Belastungen und Sorgen			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- Identifizierungsfähig waren: o **Aussagen über das Körperliche** der 1. Darstellerin (kann aber etwas dagegen tun und tritt auch nur phasenweise auf, z. B. beim Shoppen) o **Angst vor Rezidiv** (wird nächstes Jahr wahrscheinlich wieder schlimmer, da Abstand zu OP und Therapien wieder größer wird)	- identifizierungsfähig bwz. Nicht i. waren: o **Aussagen über das Körperliche** der **1. Darstellerin** (kann aber etwas dagegen tun und tritt auch nur phasenweise auf, z. B. beim Shoppen) o **Angst vor Rezidiv** (wird nächstes Jahr wahrscheinlich wieder schlimmer, da Abstand zu OP und Therapien wieder größer wird)	- E7 (2*ja) - E4 (2*ja; 1*nein) - E3 (3*ja) - E2 (2*ja) - E1 (2*ja; 1*nein) - S2 (2*ja, 4*nein) - S1 (5*ja) - L3 (1*ja; 1*nein) - L2 (2*ja; 3*nein) - E21 (2*ja; 1*nein) - L1 (2*ja; 1*nein) - E5 (3*ja) - M1 (6*ja) → 13 Interviewte identifizierten sich durchschnittlich mit 2,6 geschilderten Problemen; identifizierten sich nicht mit durchschnittlich 0,9 geschilderten Problemen → geschilderte Belastungen und Sorgen haben Interviewte moderat angesprochen - viele Interviewte mit **körperlichen Veränderungen der 1. Darstellerin** identifiziert, weil viele Befragte davon betroffen (ESK, BK,
E4	- Sex und Partner sind kein Thema im Moment und Interviewte fühlt sich nicht vollwertig als Frau (Identifikation 1. Darstellerin) - kann aber Sommerkleid tragen, schwimmen und hat keine geschwollenen Beine, dafür ist sie dankbar - Angst vor Rezidiv (Identifikation 2. Patient)	- identifierzierungfähig bzw. nicht i. waren: o **Sex und Partner** momentan kein Thema und fühlt sich nicht als vollwertige Frau – **1. Darstellerin** o **Angst vor Rezidiv** – **alle Darsteller** o Sommerkleid und Schwimmen und keine geschwollenen Beine – **1. Darstellerin**	
E3	- Angst vor Rezidiv vor allem vor Nachsorge mit der Frage „Was kommt dann?“ (Identifikation alle Darsteller) - Identifikation mit den körperlichen Problemen der 1. Patientin, aber es ist nicht so wichtig (Identifikation 1. Patientin) - Fragen: „Warum habe ich Krebs?“, „Was	- Identifizierungsfähig bzw. nicht i. waren: o **Angst vor Rezidiv** – **alle Darsteller** o Identifikation mit **körperlichen Problemen** (aber nicht so wichtig) – **1. Darstellerin** o **Fragen: „Warum habe ich Krebs?“**, „Was habe ich falsch	

	habe ich falsch gemacht?“ und „Was kann ich jetzt anders machen?“ (Identifikation 3. Patientin)	gemacht?“ und „Was kann ich jetzt anders machen?“ – **3. Darstellerin**	MKZ) - viele ESK-Patienten, die schlechtere Prognose als BK-Patienten haben, - konnten körperliche Probleme nachvollziehen, aber ist nicht das Wichtigste - Interviewte ohne körperliche Veränderungen durch Erkrankung – teilweise keine Identifzierungsfähigkeit mit körperlichen Problemen benannt (L1) - 3 Interviewte – **Partnerprobleme** – Identifikation mit 2. Darsteller – S2, E1 und M1
E2	- hat sich in vielem wieder gefunden, aber im Gegensatz zu den Darstellern auch versucht, Lösungen zu finden - 1. Patientin – starke Verlustängste, aber nur zeitweise - Schönheit des Körpers ist für Interviewte nicht nur von außen, sondern auch von innen zu sehen, ihre Narbe ist auch nicht so schön, aber das ist das kleinere Übel der Krebserkrankung (Identifikation 1. Darstellerin) - starke Angst vor Rezidiv – trotz regelmäßiger Nachsorge kreist es in ihr und das macht sie momentan krank (Identifikation 1., 2. und 3. Patient)	- hat sich in vielem wieder gefunden, aber im Gegensatz zu den Darstellern versucht, Lösungen zu finden - identifikationsfähig bzw. nicht i sind: ○ **OP und Amputationen – starke Verlustangst und Narbe**, aber kleinere Übel der Krebserkrankung – **1. Darstellerin** ○ **starke Angst vor Rezidiv** – kreist in ihr und macht sie momentan krank – **alle Darsteller**	
E1	- kann die Bemerkungen über den Körper verstehen, Bauch der Interviewten ist nach 2 OPs auch nicht mehr so schön, aber sie betont, dass ist nicht das Wichtigste und nicht vordergründig(Identifikation 1. Patientin) - bei den ersten beiden Darstellern ist der Krebs auch geheilt, so dass sie deren Reaktionen allgemein für übertrieben hält und das nicht nachvollziehen kann - Identifikation mit 2. Darsteller insofern, dass Interviewte auch nicht immer mit ihrem Mann über die Erkrankung sprechen	- identifikationsfähig bzw nicht i sind: ○ **Probleme mit dem Körper** – Bauch ist nach 2 OPs nicht mehr so schön, aber das ist nicht das Wichtigste – **1. Darstellerin** ○ **Reaktionen der Patienten im 1. und 2. Film** übertrieben, da geheilt, nicht nachvollziehbar – **1. Darstellerin und 2. Darsteller** ○ I. mag **nicht immer mit ihrem Mann über Erkrankung sprechen**, weil er leidet und sie leidet dann noch mehr – **2. Darsteller**	- 1 Interviewter – keine Identifikation mit geschilderten Partnerproblemen durch 2. Darsteller (L1) - 4 Interviewte – Identifikation mit **Angst des 2. Darstellers vor Wiedereintritt in die Arbeit** (L3, L2, M1, S1) - 4 Interviewte – **Identifikation mit Diagnoseschockzustand der 3. Darstellerin** (E21, E5, S2, M1)

	mag, da er leidet und dann leidet sie noch mehr		- 3 Interviewte – **Identifikation mit Frage „Warum bekomme ich Krebs?“** – 2 Interviewte Frage umformuliert – versucht der Erkrankung, etwas Positives abzugewinnen (E21, E5, E3) - 1 Interviewter – diese Frage nie ein Thema (L2) - 5 Interviewte – Identifikation mit **Rezidivangst**, die durch alle Darsteller beschrieben wurde (E7, E4, E3, E2, E5, M1) - Fast alle – Identifikationsfähigkeit nicht vom **Geschlecht**, sondern von Schilderungen abhängig, Ausnahme eine Interviewte (E21) **Bewältigungspotentiale** - 1 Interviewte – keine Identifikation mit 1. Darstellerin, da Verdrängen (S2) - 1 Interviewter – Hamburger Modell für 2. Darsteller (L3) - 2 Interviewte – Herauskommen aus „tiefem Loch“ (E5, E1)
S2	- Identifikation mit 3. Patientin, weil hier Dinge angesprochen wurden, die der Interviewten wissentlich in Erinnerung geblieben sind, so die ersten Tage, wo sie die Diagnose hatte - Keine Identifikation mit 1. Patientin, da diese verdrängt - Konnte gut nachvollziehen, dass der 2. Darsteller stark sein wollte für seine Ehefrau - Konnte nicht seinen Drang nach Sport nachvollziehen – Leute, die nur Sport und Superkost und nur positive Gedanken haben, akzeptieren nach Meinung der Interviewten die Erkrankung nicht - Was ist Zukunft – Identifikation mit 2. Patienten – Vorstellung eine Zukunft zu haben, war Interviewten auch abhanden gekommen, aber die Vorstellung kommt wieder - Kontakte und Weggehen noch in ihrer schlimmsten Phase (keine Identifikation mit 2. Darsteller) - Diagnoseschock (Identifikation mit 3. Darstellerin) – auch Interviewte war verzweifelt und hatte 3 Tage mit sich einen schlimmen Kampf, ist im Nachhinein froh,	- identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: o **1. Darstellerin** – keine Identifikation, da diese verdrängt o **2. Darsteller** – *Identifikation* mit Wunsch stark zu sein für seine Ehefrau, - *keine Identifikation* mit seinem Drang nach Sport, da keine Akzeptanz der Erkrankung, Vorstellung über die Zukunft, Kontakte und Weggehen o **3. Darstellerin** – Diagnoseschockphase – Verzweiflung und 3 tägiger schlimmer Kampf – im nachhinein froh allein gewesen zu sein in dieser Phase	

	allein gewesen zu sein, auch ein Psychoonkologe hätte ihr in dieser Phase nicht helfen können		- 2 Interviewte – keine Identifikation mit der Aussage der 3. Darstellerin „ Ich werde es sowieso nicht schaffen“ (L2, E21)
S1	- Ängste hat I. genauso empfunden - hatte auch versucht, es zu verdrängen (1. Film) - schätzt ihre emotionale Befindlichkeit zwischen 1. und 2. Patienten ein, nicht so krass wie 3. Patientin - Kennt anfängliches Verdrängen der Erkrankung, um „zur Ruhe zu kommen“ (Identifikation 1. Darstellerin) - viele körperliche Probleme, die sehr belastet haben (Arm nicht bewegen könne, nicht laufen können, weil alles geschwollen, Nägel gehen ab (Identifikation 1. Darstellerin) - Beschreibungen des 2. Darstellers über seine Angst zu versagen und dagegen auch erst einmal nichts zu unternehmen, kann Interviewte nachvollziehen - kann auch beim 2. Darsteller verstehen, dass man sich manchmal zurückziehen möchte und begründet das damit, dass man körperlich nicht fit und äußerlich stark verändert ist - voller Wiedereinstieg in den Beruf kann sie sich auch nur schwer vorstellen	- identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: ○ **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig* anfängliches Verdrängen der Erkrankung, um „zur Ruhe zu kommen“, viele körperliche Probleme, die sehr belastet haben ○ **2. Darsteller** – *identifikationsfähig* Angst zu versagen und dagegen zunächst nichts zu unternehmen, Rückzug, Rückzug von Freunden und Bekannten ○ **3. Darstellerin** – *identifikationsfähig* Diagnoseschock mit Blackout	

	- man wählt Freunde und Bekannte bewusster aus und verkraftet auch nicht jeden Tag einen Kaffeeempfang - kann auch im letzten Beitrag verstehen, wenn das so plötzlich steht, dass man die Erkrankung hat und etwas tun muss, dass das erst einmal ein Blackout ist, der der das nicht hat kann das nicht beurteilen		
L3	- Frauen die z. B. in ein Thermalbad oder in eine Sauna gehen, ganz selbstbewusst und ohne Wiederaufbau der Brust, die haben das nach Meinung des Interviewten besser gemeistert als die Patientin im ersten Film - Sie befassen sich mit dem, was sie umgibt und nicht nur mit sich selbst - Die wissen, dass es hilfreich ist und gehen schließlich nicht zum Schönheits-wettbewerb - Der Interviewte kann nachvollziehen, dass der 2. Darsteller Angst hat, ins Berufsleben zurück zu kehren, aber er hätte ja eine 3-Tages-Arbeit übernehmen können	- identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: ○ **1. Darstellerin** – *nicht identifikationsfähig* – körperliche Problematik ○ **2. Darsteller** – *identifikationsfähig* – Angst vor Wiedereintritt in die Arbeit	
L2	- einiges hat den Interviewten erreicht, weil er es auf sich beziehen konnte, aber ein paar Sachen konnte er auch nicht nachvollziehen - Identifikation – nicht wissen, was in der Zukunft kommt - nicht identifizieren – Frage „Warum gerade ich“, war dann so und man musst damit umgehen lernen - Id. – Schwierigkeiten mit dem Körper bei	- Identifikationsfähigkeit hängt nicht vom Geschlecht, sondern von Schilderungen ab - identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: ○ **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig* – Schwierigkeiten mit dem Körper insofern, dass Leistungsfähigkeit durch Dauertherapie sehr eingeschränkt ist	

	der 1. Patientin, insofern, dass Leistungsfähigkeit durch Dauertherapie ziemlich weit unten ist – Leistungsfähigkeit nimmt ziemlich abrupt ab besonders während Therapie – habe bis heute nicht die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit erreicht, die ich einmal hatte - nicht identifizieren – Gedanken 3. Patientin „Ich werde es sowieso nicht schaffen.“ Ist ihm nicht gekommen, kennt er auch nur von Patienten mit langem Leidensweg und vielen Behandlungen - am wenigsten Identifikation mit dem Mann – mit Leuten was unternehmen, fand er angenehm; war auch nicht der Meinung, dass seine Partnerin ohne ihn besser dran war, so weit unten war er wohl nicht – es ist durchaus hilfreich, wenn man eine Vertrauensperson hat, die einem hilft - Identifikationsfähigkeit hängt nicht vom Geschlecht, sondern von Schilderungen ab - Id. Mit Aussage: „Kann ich 8 Stunden im Büro arbeiten?“ – wenn man leistungsfähig gewohnt war zu sein und es plötzlich nicht mehr kann, was sind die Anforderungen (es gibt Jobs, die kann er auch 8 Stunden am Tag machen, aber welche mit besonders vielen geistigen Anforderungen eher nicht)	○ **2. Darsteller** – *identifikationsfähig* – „Kann ich 8 Stunden im Büro arbeiten?“ – Frage wieder zu arbeiten, Problem: Leistungsfähigkeit und Anforderungen; - *nicht identifikationsfähig* – mit Leuten etwas unternehmen und Verhältnis zur Partnerin ○ **3. Darstellerin** – *nicht identifikationsfähig* – Frage „Warum gerade ich?“ – ist I. nicht gekommen, „Ich werde es sowie so nicht schaffen“ – Gedanke nicht gekommen, kennt er nur von Patienten mit langem Leidensweg und vielen Behandlungen	
E21	- Id. 3. Patientin – wie sie in ein tiefes Loch gefallen, hatte die gleichen Gefühle und konnte sich mit Frage „Warum gerade ich?“	- Frauen sind ihrer Erfahrung nach die stärkeren Persönlichkeiten, die wahrscheinlich besser mit so einer Diagnose	

	identifizieren - zu ihr sagte man „Fahren Sie nach Hause und regeln alles.“ – man fällt vom Glauben ab, Leere im Kopf, alles rauscht an einem vorbei, jemand sagt was und man kann es gar nicht hören – kann sie gut nachvollziehen, Diagnose möchte man nicht hören, reist einem aus dem Arbeitsprozess und es wird so viel verändert, kann sie sehr gut nachvollziehen, alle Ziele und Wünsche fallen wie ein Kartenhaus zusammen und man wird mit der Diagnose allein gelassen - Id. mit Frau im 1. Film – ganz negatives Gefühl vor dem Spiegel und fragt sich immer, wie sollen sie und ihr Partner damit umgehen, man braucht einen starken Partner - Id mit Frau im 1. Film – kann auch viele sportliche Tätigkeiten nicht mehr machen – man ist plötzlich ein anderer Mensch und das schränkt die Lebensqualität ein - Verdeckt ihren Port immer und kann sich mit der 1. Patientin identifizieren, die ihre Narbe unter der Kleidung versteckt – man möchte nicht ständig angesehen und gefragt werden - Id mit 3. Frau – wollte nach Diagnose mit vielen Leuten nicht darüber reden und es immer wieder jedem erzählen müssen – es ist nicht einfach, darüber zu sprechen	umgehen können – aber nicht verallgemeinerungsfähig - identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: ○ **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig* - Probleme mit dem Körper ○ **3. Darstellerin** – *identifikationsfähig* – Gefühle des Diagnoseschocks (Leere im Kopf, alles rauscht an Einem vorbei, hört niemanden mehr, Rückzug); - *nicht identifikationsfähig* – Aussage: „Ich werde es sowieso nicht schaffen“	

	- Mit der Aussage „Ich werde es sowieso nicht schaffen“ konnte sie sich nicht identifizieren – bei Bekanntwerden der Diagnose war klar, ihre Herausforderung liegt darin zu überleben - Frauen sind etwas härter im Nehmen - Frauen sind ganz starke Persönlichkeiten und können wahrscheinlich mit dieser Diagnose auch besser umgehen - Mann hat auch das widergespiegelt, was sie erlebt hat in onkologischen Reha - Aber ihre Meinung ist ihrer Erfahrung geschuldet und man kann das wahrscheinlich nicht verallgemeinern		
L1	- fühlte sich von den ersten beiden teilweise angesprochen - da gab es Gedanken, die er wiedererkannt hat - Id. 2. Patient – sich auf das Wesentliche zurückgeworfen fühlen, wenn andere sich über ihre kleinen Sorgen und Nöte unterhalten und man selbst eine existentielle Bedrohung erlebt - das Körperliche der 1. Dame betrifft ihn selbst nicht, da seine Erkrankung nicht nach außen sichtbar ist - bei der 1. Patientin fand er die anfängliche Abwehrhaltung „Es geht mir gut“ und man will alles schnell wieder machen und das kippt und irgendwo Zulassen, dass man doch arge Probleme mit der Krankheit hat	- Identifikationsfähigkeit hängt nicht vom Geschlecht, sondern nur von Schilderungen ab - identifikationsfähig bzw. nicht i. sind: ○ **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig* – anfängliche Abwehrhaltung und dann später Zulassen, dass man doch Probleme mit der Erkrankung hat; - *nicht identifikationsfähig* – Probleme mit dem Körper, da seine Erkrankung nach außen nicht sichtbar ○ **2. Darsteller** – *identifikationsfähig* – sich auf das Wesentliche zurückgeworfen fühlen	

	- Id ist nicht vom Geschlecht abhängig		
E5	- viele Äußerungen geläufig – selbst gedacht oder durch viele Kontakte zu Patienten im Rahmen der SHG-Leitertätigkeit - einige seelische Befindlichkeiten durch lange Gespräche mit Patienten hier genau wiedererkannt - EST-Patienten wie Brustkrebspatientin im 1. Film körperliche Versehrtheit – Frauen, die sich nur über ihre Weiblichkeit definieren, können damit evtl schwerer umgehen – fühlen sich wertlos - sind versehrt und amputiert – ist ein Prozess, den man lernen muss zu akzeptieren – vieles braucht eine Weile - Id – Angst vor Rezidiv - Frage: „Warum gerade ich“ kann sie nachvollziehen, aber Umwandlung in „Wozu habe ich Krebs, was soll ich damit machen?“ – vielleicht eine gewisse Bescheidenheit entwickeln auf dem Anspruch immer voll im Leben zu sein - Bestimmte Dinge kann man nicht mehr machen, aber dafür gibt es andere Dinge, die man eben machen kann - Einige Dinge aus den Filmen nachvollziehbar, aber jeder muss dazu seine eigene Antwort finden – sie hat Antworten gefunden, die nicht in diese Befindlichkeiten rein passen	- identifizierungsfähig bzw. nicht i. sind: o **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig* – Probleme mit dem Körper – Versehrtheit benötigt eine gewisse Zeit bis man den Körper wieder annehmen kann (Weiblichkeit) o **3. Darstellerin** – *identifikationsfähig* – Frage: „Warum gerade ich?“ – umformuliert zu „Wozu bekomme ich Krebs?“ o **alle Darsteller** – *identifikationsfähig* -Angst vor Rezidiv - jeder muss seine eigenen Antworten finden - Interviewte hat Antworten gefunden, die nicht in diese Befindlichkeiten rein passen	
M1	- Angst vor Befunden – Lernen damit	- identifikationsfähig bzw. nicht i sind:	

	umzugehen - Vorbereitung auf Arbeit – Hamburger Modell, Reden mit Partner und Freunde - „Warum ich?“ – Zufall, nicht weil man ein schlechter Mensch ist - Id 1. Patient – Körper wieder anzunehmen brauchte auch bei ihr längere Zeit – besonders bei Krebserkrankungen, deren Folgen man nach außen sieht – Patienten sollten in eine Gruppe gehen zum Reden - Konnte sich mit allen Sorgen identifizieren, auch sie ist in ein tiefes Loch gefallen und hatte Probleme mit dem Partner	○ **alle Darsteller** – *identifikationsfähig* - Angst vor Befunden (Rezidiv) ○ **1. Darstellerin** – *identifikationsfähig*- Probleme mit dem Körper ○ **2. Darsteller** – *identifikationsfähig* – Angst vor Wiederaufnahme der Arbeit, Probleme mit Partner ○ **3. Darstellerin** – *identifikationsfähig*- in ein tiefes Loch fallen nach Diagnose, Frage „Warum ich?“ – Zufall, nicht weil man schlecht ist	

Unterkategorie: Wirkungen der Therapeuten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- Therapeuten haben auf die Situation bezogen ausreichend geantwortet - fand gut, dass 2. Therapeutin den Ablauf erklärt hat - fand gut, wie die Therapeuten auf die Patienten reagiert haben	- Therapeuten ausreichend geantwortet und gut auf Patienten reagiert - Ablauferklärung durch 2. Therapeutin positiv empfunden	- 12 Interviewte haben sich geäußert - 10 Interviewte – positive Wertung der Therapeuten - 2 Interviewte – negative Wertung der Therapeuten - 1 Interviewte war Therapeuten gegenüber generell negativ eingestellt **positive Wirkungen** - Einordnung der Patientenbeschreibungen als angenehm und erleichternd empfunden - vermittelt, dass man nicht allein gelassen ist mit den Patientenbeschreibungen - 2 Interviewte – Expertenschilderungen unterstützen Ziel der Motivation der Patienten, sich einen Therapeuten zu suchen - Therapeuten – fachlich kompetent, objektiv und verständnisvoll - Äußerungen für 3 geschilderten Fälle umfassend genug - haben gut auf Patienten reagiert und wirken vertrauensvoll - 2 Interviewte – 3. Therapeutin besonders - Emotional un
E3	- Therapeuten haben sie angesprochen - Äußerungen gefallen - wenn Interviewte während ihrer Behandlung so angesprochen worden wäre, hätte sie dass als positiv empfunden - man hatte ein gutes Gefühl - kam bei ihr gut rüber, dass Ängste bei der Krebserkrankung schon im Vordergrund stehen können - insgesamt machen Therapeuten einen positiven Eindruck auf sie	- Therapeutenäußerungen haben ein gutes Gefühl gegeben - wäre auch gerne so angesprochen worden - Ängste stehen bei Krebserkrankung im Vordergrund	
E2	- Therapeuten waren zu sehr fixiert darauf, Ängste dieser Menschen behandeln zu wollen - Ihre Äußerungen waren unheimlich theoretisch und allgemein geformt - Ihr fehlt ein Beispiel, das erläutert, wie man Ängste eventuell behandeln kann	- zu sehr fixiert darauf, Ängste der Patienten behandeln zu wollen - Äußerungen zu theoretisch und allgemein geformt - konkretere Beschreibungen der Methoden zur Angstbehandlung fehlen	
E1	- fand Therapeuten gut, zweifelt aber daran, dass sie diesen Menschen helfen	- Therapeuten akzeptiert - Zweifel an Hilfe für diese Patienten wegen	

	können, weil deren Grundeinstellung so negativ ist und sie einen Mentalprozess nicht mitgemacht haben - vielleicht braucht es aber noch Zeit - fand Therapeuten verständnisvoll	negativen Grundeinstellung und fehlendem Mentalprozess	Sympathisch - emotional unbeteiligt, sollte so bleiben (1 Interviewte) - nicht zu dominant aufgetreten - gut, dass Therapeuten vorschlagen
S2	- hat sich zunächst ein bisschen schwer getan mit der Mimik der 2. Therapeutin und musste zunächst erst zuhören, was sie zu sagen hatte, um mit ihr wieder auf einem Nenner zu sein - ihre Mimik war zu zurückgezogen und man konnte aus der Mimik nichts lesen - Mimik des 1. Therapeuten und der 3. Therapeutin als ausdrucksstärker empfunden - Therapeuten müssen Vorschläge unterbreiten, da Patient nicht weiß, was es gibt - Sollten keinen Druck ausüben – hat sie auch bei keinem gespürt - der 1. Therapeut sollte nicht das Wort „milde Angst“ benutzen - beim 2. Patienten wurde nicht gesagt, dass er auch depressiv ist - emotional war keiner beteiligt, was ihrer Meinung nach auch so bleiben sollte - Therapeut muss der Kluge bleiben, der Hilfestellungen und Wege aufzeichnen kann - Emotionalität sollte man beim Partner oder bei seinen Kindern suchen	- Patient weiß nicht, was es gibt, daher Befürwortung der Therapeutenvorschläge - Druck sollte nicht ausgeübt werden und war auch nicht spürbar - kein Therapeut emotional betroffen, sollte so bleiben - Hilfestellungen und Wege durch den Therapeuten - Emotionalität von Partner oder Kindern **2. Therapeutin** - Mimik der 2. Therapeutin zu zurückgezogen und nicht lesbar - inhaltlichen Schilderungen der 2. Therapeutin zugestimmt - Depressivität des 2. Patienten nicht angesprochen **1. und 3. Therapeut** - Mimik von 1. und 3. Therapeut ausdrucksstarker - keine Verwendung des Begriffs „milde Angst“	- Positiv angenommen: Benennung der Ziele und Vorschlag der 2. Therapeutin eine Gesprächstherapie mit offenem Ende - Ansprache von psychotherapeutischer anstelle von psychoonkologischer Behandlung nach 3. Darstellerin **negative Wirkungen** - Methoden ausführlicher darstellen - emotional zu unbeteiligt (1 Interviewte) - 1. Therapeut und 2. Therapeutin zu wenig konkret, zu allgemeine und oberflächige Aussagen - Wort „Psychotherapie“ muss nicht so betont werden (1 Interviewter) - dominanteres Auftreten der 3. Therapeutin nach 3. Darstellerin erwartet

S1	- hatte den Eindruck, dass sie wissen wovon sie sprechen und erkennen, was wichtig ist - als Patient kann man da die Hoffnung haben, dass der Therapeut es für ihn richtig macht - wichtig ist, dass der Patient aber auch erst einmal Vertrauen hat - Therapeutenstatements nach Patientenschilderungen haben in Interviewten Hoffnung erzeugt - Ihre Äußerungen haben ihr verdeutlicht, dass man sich Hilfe suchen muss, wenn man nicht mehr allein klar kommt, so wie Patientin im 3. Beispiel, da dort alles negativ ist und gar nichts weiter geht - sie haben zu den Fällen das Richtige gesagt	- wissen wovon sie sprechen und was wichtig ist - Hoffnung hier richtig behandelt zu werden - Patient muss Vertrauen gewinnen - Therapeutenäußerungen hoffnungsvoll - 3. Fall impliziert, dass man Hilfe suchen muss, wenn man es nicht mehr allein schafft - Therapeuten haben das Richtige gesagt	
L3	- haben das real eingeschätzt - was man von einem Therapeuten erwarten würde, haben die auch gesagt - der Patient hätte mit dem schon reden können - fachlich schienen die sehr gut zu sein	- reale Einschätzungen - der Erwartung an Therapeuten entsprechend geantwortet - fachlich sehr gut und zum Reden geeignet	
L2	- fand sehr gut jeweils nach den Patienten eine Beschreibung durch die Therapeuten zu haben - fand auch gut, dass es jeweils verschiedene Experten waren - haben sich bezüglich der	- Beschreibung durch verschiedene Therapeuten nach jeweiligen Patienten als sehr gut empfunden - Betrachter der Filme durch Experten-schilderungen nicht allein gelassen mit Patientenbeschreibungen	

	Patientenautonomie fast ein kleines bisschen zu passiv verhalten - man muss seiner Meinung nach nicht so betonen, dass es dann auch „einen Psychotherapie sein muss“ bei der 3. Patientin - obwohl er weiß, dass sich immer noch viele Patienten von dem Wort „Psychotherapie“ abschrecken lassen, ist die seiner Meinung nach für alle vorgestellten Patienten notwendig - Angebot der Gesprächstherapie mit offenem Ende durch 2. Therapeutin hat ihm besonders gut gefallen und hält er für das einzige Modell, weil sich der Bedarf emotionaler Unterstützung bei Patienten schnell ändern kann je nach Therapie oder familiärer Situation - Haben definitiv genug Verständnis für die geschilderten Fälle aufgebracht - dass es Experten waren hat das Ganze für den, der es sich anguckt vereinfacht, weil man nicht allein gelassen ist mit den Schilderungen - Wenn es darum geht, Patienten zu bewegen, an einer Therapie teilzunehmen, dann ist es sinnvoll, das im Rahmen eines Expertenstatements moderat anzusprechen - Wenn es das Ziel sein soll, dass der Patient eher eine Therapie aufsucht, ist	- genügend Verständnis aufgebracht - moderate Expertenstatements unterstützen Ziel der Motivation der Patienten eine Therapie aufzusuchen - bezüglich Patientenautonomie etwas zu passiv - Betonung des Wortes „Psychotherapie“ bei 3. Patientin nicht notwendig - Psychotherapie für alle vorgestellten Patienten notwendig - einziges Modell – Gesprächstherapie mit offenem Ende (2. Therapeutin), da Unterstützungsbedarf sehr variabel	

	das, was die Experten gesagt haben, durchaus sinnvoll		
E21	- fand die letzte Therapeutin sehr sympathisch - fand das Gesagte für die 3 Situationen passend - 1. Therapeut zu wenig konkret und sehr allgemeine und oberflächige Aussagen - Die Empfehlung der 3. Therapeutin mit der schnellen Hilfe bei der Diagnose, der anschließenden psychotherapeutischen Hilfe mit der Symptomvertiefung und insbesondere der Benennung von Zielen hat ihr sehr gut gefallen - das ist typabhängig - 2. Therapeutin auch zu unkonkret - Es waren konkrete Beispiele und dann möchte man auch konkret auf diese Beispiele eine Antwort haben (wie beim 3. Fall) - Fand, dass die 3 Therapeuten genügend Verständnis für die geschilderten Fälle aufgebracht haben - Ist selbst mit sehr unsensiblen Kommentaren in ihrer Behandlungsphase konfrontiert worden und empfand es daher sehr wohlwollend, wie die 3 Psychoonkologen über die Patienten gesprochen haben - Therapeuten dürfen auch nicht zu weich sein und müssen etwas abverlangen,	- Äußerungen für 3 Situationen passend - als sehr verständnisvoll und wohlwollend bewertet insbesondere vor Hintergrund eines unsensiblen Umgangs der Behandler mit Krankheit der Interviewten - dürfen nicht zu weich sein und müssen etwas abverlangen um zu helfen **3. Therapeutin** - größtes Sympathiegefühl gegenüber 3. Therapeutin, aber typabhängig - Empfehlung der schnellen Hilfe bei Diagnose, anschließende psychotherapeutische Hilfe mit Symptomvertiefung und Benennung der Ziele hat sehr angesprochen **1. und 2. Therapeut** - 1. Therapeut und teilweise auch 2. Therapeutin zu wenig konkret und sehr allgemeine und oberflächige Aussagen - konkrete Beispiele, die auch konkretere Antworten notwendig machen	

	wenn es Patienten helfen soll		
L1	- fand gut, dass nach den Patienten deren Schilderungen durch die Therapeuten eingeordnet wurden - konnte mit der Einschätzung der Therapeuten gut mitgehen - fand sie nicht zu dominant - fand gut, dass sie versuchten, objektiv zu bleiben - fand gut, dass Ziele einer eventuellen Therapie benannt wurden - im dritten Beitrag wesentlich dominanteres Auftreten erwartet, da ja da jemand schon arg suizidal ist - es war eigentlich keine richtige Empfehlung dabei, sondern eher die Aufforderung, jemand sollte sich mal beraten lassen - Interviewte hat selbst auch schon darüber nachgedacht, sich diesbezüglich mal beraten zu lassen, aber bisher noch nicht den Bedarf gesehen	- Einordnung der Patientenschilderungen durch Therapeuten als positiv empfunden - Einschätzungen befürwortet - objektiv - Ziele benannt - nicht zu dominant - bei 3. Patientin dominanteres Auftreten erwartet - als Aufforderung zu einer Beratung wahrgenommen - Interviewte hat darüber schon nachgedacht, aber noch nicht den Bedarf gesehen	
E5	- fand Äußerungen der Therapeuten umfassend genug, weil sich jede Therapiesitzung individuell auf das Gegenüber einstellen muss - bei der dritten Patientin von psychotherapeutischer und nicht nur von psychoonkologischer Behandlung zu sprechen fand Interviewte gut, weil diese Patientin seelisch schwer krank ist	- Äußerungen umfassend genug, da jede Therapiesitzung individuell gestaltet wird - psychotherapeutische und nicht psychoonkologische Behandlung bei 3. Patientin sehr befürwortet - stufenweises Behandlungsschema der Patienten durch Therapeuten ist deutlich geworden - in diesem Instrument keine ausführlichere	

	- für die Interviewte ist heraus gekommen, dass bei verhältnismäßig milden Beeinträchtigungen (1. Fall) Gespräche genügen und dann geht es stufenweise weiter - je nach Schwere der Störung wird der Therapeut Wege finden müssen, die den Patienten erreichen - denkt, dass es unmöglich und auch nicht angebracht ist, in einem solchen Instrument jede einzelne Behandlungsmethode ausführlich darzustellen	Darstellung einzelner Behandlungsmethoden	
M1	- 1. und 2. Therapeut nicht gefallen, waren zu unbeteiligt, haben nicht in das Herz bzw. in die Seele gesprochen, von der Thematik Krebs wenig betroffen - ausgezeichnet gefallen hat der Interviewten der Beitrag der 3. Therapeutin - konnte ihrer Mimik entnehmen, dass sie mit und nicht über die Betroffenen spricht - besonders gefallen die Äußerung „Die Chemie muss stimmen“ und „Kann ich mich öffnen - Statements des 1. und 2. Therapeuten gingen mehr in Köpfe als in Herzen - Bestätigt ihre bisherigen Erfahrungen mit Psychoonkologen	**1. und 2. Therapeut** - 1. und 2. Therapeut emotional unbeteiligt und von der Thematik Krebs wenig betroffen **3. Therapeutin** - 3. Therapeutin ausgezeichnet gefallen - spricht mit und nicht über die Betroffenen, schon an Mimik zu erkennen → sieht ihre bisherigen Erfahrungen mit Psychoonkologen bestätigt	

Unterkategorie: Beurteilung von Umfang und Art der Aufbereitung der Information			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- Layout und Länge der Filme fand Interviewte gut	- Layout akzeptiert - Länge der Filme akzeptiert	**Layout** - 4 Interviewte – Layout spartanisch, aber durchaus ausreichend - 1 Interviewte – Layout zu kühl und zu farblos **Anfangsbildchen** - im Allgemeinen als eine gute Idee bewertet - Bildchen sollten aber noch ausdrucksstärker gestaltet werden (insbesondere das Mittlere) **Länge der Filme** - von 8 Interviewten bewertet - 3 I – Länge o.k. - 3 I – Länge grenzwertig - 2 I – Filme zu lang - Länge unter 5 Minuten durch Weglassen von Kunstpausen **Tränen in der anfänglichen Darstellung** - 1 I. – nicht passend, da Tränen ein Zeichen von Traurigkeit – beschreibt Befindlichkeiten eines
E3	- Länge der Filme gerade so, dass man es noch aufnehmen kann - Führung durch die Internetseite o.k.	- Länge der Filme grenzwertig - Führung durch die Internetseite o.k.	
E2	- Länge der Information durchaus ausreichend	- Länge der Filme durchaus ausreichend	
E1	- Umfang und Länge der Filme sind in Ordnung	- Länge der Filme ist o.k.	
S2	- Tränen in Anfangsdarstellung unpassend, Tränen sind Ausdruck von Traurigkeit und auf einer psychoonkologischen Internetseite sollten Gefühle wie Depression, Verzweiflung, Hilflosigkeit im Vordergrund stehen - 2. Sitzposition, die Angst ausdrücken soll, hat nicht gestimmt, wirkte wie „Ich werde angeklagt“, drückte nicht Angst aus - Idee, das in eine Sitzposition zu stecken, als gut empfunden - Länge der Filme noch in Ordnung - Es fehlt der 4. Film mit dem typischen Rentner – mit dem 4. Film sollte die Länge 45 Minuten nicht überschreiten wegen	- Tränen in Anfangsdarstellung unpassend - mittlere Sitzposition in Anfangsbildchen noch ausdrucksstarker - Länge der Filme noch in Ordnung - 4. Film mit typischen Rentner fehlt - mit 4. Film sollte die Gesamtlänge aller Filme 45 Minuten nicht überschreiten	

	Konzentration		Krebspatienten nicht passend – eher Emotionen wie Depression, Fassungslosigkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit **Textzusammenfassungen und Möglichkeit Film mit Button anzuhalten** - 1 I. – gut gefallen
L3	- auf Äußeres lege ich nicht so viel wert, eher auf den Inhalt	- keine Meinung zum Layout	
L2	- Layout spartanisch, aber völlig ausreichend, gut gelöst - Dieses Ressigeur-artige sollte verändert werden – warum muss der Patient in der schwarzen Ecke sitzen? - Struktur der Seite ist gut, einfach genug da ran zu finden - 3 Anfangsbildchen könnten noch etwas ausdrucksstarker sein, dass man etwas leichter herausfinden kann, wie es der jeweiligen Person geht - Länge pro Film sollte unter knapp 5 Minuten anstelle von 6,5 bis 7 Minuten liegen, da bei mehr als 5 Minuten die Aufmerksamkeit abnimmt – kann man leicht erreichen durch Weglassen der Kunstpausen und etwas flüssigerer Gestaltung	- Layout spartanisch, aber ausreichend - Struktur ist gut - 3 Anfangsbildchen ausdrucksstärker gestalten - Ressigeur-artige verändern- z. B. Patient sollte nicht in schwarzen Ecke sitzen - Länge der Filme – sollte knapp unter 5 Minuten liegen wegen Konzentrationsfähigkeit – einfach zu erreichen durch Weglassen von Kunstpausen und flüssigere Gestaltung	
E21	- würde nicht mehr machen, ist nicht überladen, man ist nicht müde geworden - gut gefallen: stichpunktartige Textzusammenfassung, Button, um den Film auch mal anzuhalten - Länge der Filme könnte etwas kürzer sein	- Layout spartanisch, aber ausreichend - Gut gefallen: stichpunktartige Textzusammenfassungen und Button, um Film auch mal anzuhalten - Länge der Filme könnte etwas kürzer sein	
L1	- hatte Schwierigkeiten, die Seite zu sehen – daher das meiste als Hörspiel	- gute Idee, die emotionalen Befindlichkeiten in Sitzpositionen zu stecken -	

	wahrgenommen - fand es prinzipiell eine gute Idee, die emotionalen Befindlichkeiten in Sitzpositionen zu stecken - Anfangsbildchen	Anfangsbildchen	
E5	- findet Äußeres nicht so ansprechend, etwas kühl und farblos	- Äußeres ist nicht so ansprechend, das zu kühl und zu farblos	
M1	- Layout und Länge der Filme sind in Ordnung und sollt man belassen	- Layout in Ordnung - Länge der Filme in Ordnung	

Kategorie: Motivation durch das Instrument

Unterkategorie: Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten durch das Instrument			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E4	- fühlt sich momentan im Vergleich zu diesen Leuten ziemlich gut und dafür ist sie dankbar und schätzt das jeden Tag - das kann sich natürlich ändern und dann sieht die Sache anders aus - räumt ein, dass sie manchmal nachdenklich wird	- obwohl manchmal nachdenklich fühlt sie sich momentan im Vergleich zu diesen Leuten ziemlich gut und ist dafür dankbar - kann sich natürlich ändern und dann sieht die Sache anders aus	- 12 von 13 Interviewten geäußert - 4 I. gerade in Gesprächstherapie bei Therapeuten – keine Motivation zu Therapie mehr möglich **Selbsteinschätzung** - 4 I. – Selbsteinschätzung des eigenen emotionalen Befindens; 3 I. im Vergleich zu Darstellern im guten Zustand, eine Interviewte diesen Darstellern viele Schritte voraus wegen Lebenserfahrung und vielen Jahren der Auseinandersetzung mit der Erkrankung **Motivation** - 6 I. zu verschiedensten Dingen motiviert - 1 I. – Interesse, neugierig, möchte gerne mehr zum Thema PO erfahren - 4 I. – Patienten anregen psychoonkologische Unterstützung zu suchen - 3 I. – Empfehlung an gestresste Patienten im Rahmen der SHG-Leitertätigkeit, wenn Filme realistischer gestaltet werden - 2 I. – schätzen Anonymitätscharakter des Instruments - große Hürde einen Therapeuten zu finden –
E3	- es haben sich für die Interviewte keine neuen Möglichkeiten aufgetan; für sie hat sich nichts geändert	- keine neuen Möglichkeiten aufgetan, nicht geändert	
E2	- hat an ihrer Situation nichts geändert oder sie weitergebracht - ist bereits in einer Therapie und hat dort gelernt, manche Situation selbst zu bewältigen	- bereits in Therapie und dort gelernt, manche Situationen selbst zu bewältigen - Instrument hat sie somit nicht weitergebracht	
E1	- hat für sich gemerkt, dass es ihr im Vergleich zu den 3 Darstellern sehr gut geht - ist im Moment in einer Therapie, hat nicht den Eindruck, dass diese hilft und kann schlecht selbst einschätzen, ob sie momentan Hilfe braucht, da ihre emotionale	- im Vergleich zu den 3 Darstellern geht es ihr sehr gut - ist momentan in Therapie, die noch nicht hilft - schwankende emotionale Befindlichkeit erschwert Einschätzung der Hilfebedürftigkeit	

	Befindlichkeit stark schwankt		Einblick, was Psychoonkologie leisten kann – Weitersuche nach Therapeuten oder nicht - Kopplung der Internetseite an Rund-um-die-Uhr-Hotline - Probleme: Patienten wie die 3. Darstellerin – sollte Filme nicht allein sehen, Hilfesuche durch diese Patientin fraglich – Differenzierung: wer kann Filme allein sehen und wer nicht - 1 I. – stärkeres Einbeziehen von PO in SHG-Tätigkeit, Internetseite auch gut für Sozialarbeiter, Diskussion der Filme in Forum von SHG-Leitern
S2	- hat das Gefühl, dass sie diesen drei Darstellern um hunderten von Schritten voraus ist - alles was ihr gezeigt wurde, hat sie im Grunde genommen selbst erlebt mit Ausnahme der 1. Darstellung, aber ist über alle Punkte hinweg, was sie mit Lebenserfahrung und vielen Jahren der Auseinandersetzung mit der Erkrankung begründet	- hat alles auch schon erlebt mit Ausnahme der 1. Darstellung - ist den 3 Darstellern weit voraus und über alle Punkte hinweg wegen Lebenserfahrung und vielen Jahren der Auseinandersetzung mit der Erkrankung	
S1	- hat sich zum Gespräch bereit erklärt, um eine Vergleichsmöglichkeit zu haben, wie gehen andere mit der Erkrankung um, um sich selbst einzusortieren - fand das dafür hilfreich - die Filme hätten in ihr Angst ausgelöst, wenn sie diese in ihrer schlimmen Erkrankungsphase gesehen hätte, weil sie dann die beschriebenen Ängste schon für sich als Grundlage genommen hätte - weist daraufhin, dass ein Patient, der sich mit der 3. Darstellerin identifiziert eventuell auch gar nicht fähig ist, sich selbst Hilfe zu suchen – je nach Verfassung und Fähigkeiten ist es angebracht, die	- hatte sich von den Filmen erhofft, einen Einblick und einen Vergleich zu bekommen, wie andere mit der Erkrankung umgehen - findet sich im Vergleich zu den 3 Darstellern in einem guten Zustand - ist für sie sehr hilfreich - schätzt Anonymitätscharakter – größerer Teil von bedürftigen Patienten könnte Zugang finden - weist auf folgende Probleme hin: o Filme in schlimmerer Erkrankungsphase – Ängste für sich als Grundlage genommen o Patienten wie 3. Darstellerin – kann sich eventuell nicht selbst Hilfe suchen – je nach Verfassung und Fähigkeiten ist es besser die Filme in Begleitung zu sehen	

	Videos in Begleitung zu sehen - wollte sehen, welche Facetten es gibt – bei der Chemo hat sie nur durch Gucken einen Blick bekommen und in der SHG sagen die Patienten ihre eigene Meinung, aber wo sie das jetzt in den 3 Videos gesehen hat, kann sie sagen, so schlimm das Jahr der Behandlungen auch war, es ist in Ordnung - will jetzt einfach auch mal leben und nicht immer nur daran arbeiten, wo noch eine Fallgrube ist - findet sich nach dem Gucken der Videos in eine guten Zustand und das ist für sie Gold wert - sagt, dass es für viele Patienten schwer ist den Grad der Traurigkeit und die Fähigkeit, sich selbst zu helfen, zu beurteilen - Patienten, die gehemmt sind, sich zu öffnen, können sich mit diesem Instrument erst mal eine Meinung bilden und dadurch könnte ein größerer Teil von bedürftigen Patienten Zugang bekommen	○ für Patienten ist es schwierig den Grad ihrer Traurigkeit und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe einzuschätzen	
L2	- an seiner Einstellung zu seinen persönlichen emotionalen Belastungen hat sich nichts geändert, weiß dass er da viel	- für ihn hat sich nichts geändert, ist momentan auch in einer Gesprächstherapie - kann sich aber vorstellen, die Seite für	

	Arbeit hat und ist momentan auch schon in einer Gesprächstherapie - kann sich aber vorstellen, die Seite auch für die Patienten seiner SHG zu nutzen - besonders zu empfehlen für gestresste Patienten, die bis zu ungefähr 45 Jahre alt sind - würde die Seite empfehlen, wenn die Filme realistischer dargestellt werden - Anonymitätscharakter, für viele, die sich nicht outen wollen, ist das natürlich gut, ohne in eine Schublade gesteckt zu werden - kann sich vorstellen, dass der ein oder andere da schneller die Hemmung verliert als sich an einen Therapeuten zu wenden und das von Mensch zu Mensch zu betreiben - außerdem ist es auch noch einmal ein Aufwand einen Therapeuten zu finden, das ist eine große Hürde, die viele Leute abschreckt und kann sich vorstellen, dass das eine Variante ist, wo man zu mindestens mal einen Einblick bekommt, ob einem Psychoonkologie etwas nutzen könnte oder nicht und wird weiter motiviert oder nicht, sich	gestresste Patienten in seiner SHG zu empfehlen, wenn Filme realistischer dargestellt werden - schätzt Anonymitätscharakter des Instruments - Patienten, die noch nicht wissen, ob sich die Mühe einer Therapeutensuche lohnt, können hier einen Einblick erhalten - Kopplung an Rund-um-die-Uhr-Hotline wäre wünschenswert	

	einen Therapeuten zu nutzen - denkt so etwas gehört in die heutige Zeit als Selbstverständlichkeit - am besten an eine Rund-um-die-Uhr-Hotline koppeln		
E21	- findet es interessant - möchte gerne mehr darüber wissen und ist neugierig geworden	- findet es interessant - möchte gerne mehr darüber wissen und ist neugierig geworden	
L1	- empfand es als Aufforderung, so jemand sollte sich mal beraten lassen - hat auch immer mal wieder darüber nachgedacht, aber bisher noch nicht den Bedarf gehabt - für den Zweck, Leute anzusprechen, mal über Psychoonkologie nachzudenken, findet er es eigentlich sehr gelungen - fraglich, ob ein so schwer depressiver Patient wie die 3. Darstellerin sich auf eine Internetseite über Psychoonkologie einlässt, ist schwer nachvollziehbar, aber vielleicht dann für die entsprechenden Angehörigen - dass man da mal auf die Idee kommt, Mensch so denke ich auch	- findet es für den Zweck, emotional belastete Leute anzusprechen, sich psychoonkologisch beraten zu lassen, sehr gelungen - er selbst fühlt sich nicht animiert, aber vor 2 ½ Jahren als er die Diagnose bekam, hätte es ihn angeregt - ist schwer vorstellbar, dass sich ein Patient wie die 3. Darstellerin auf eine Psychoonkologie-Internetseite einlässt, aber eventuell deren Angehörige	

	manchmal, das könnte was für mich sein, kann er sich vorstellen und fand es eigentlich ganz gelungen für den gewünschten Zweck - fühlt sich selbst und jetzt nicht angeregt, sich weiter mit dem Thema Psychoonkologie zu beschäftigen, aber zum Zeitpunkt vor 2 ½ Jahren war meine Erkrankung ganz frisch und da hätte es ihn schon auf die Idee gebracht, da kannte er auch das Thema noch nicht und es war ihm nicht bewusst, dass es Psychoonkologie überhaupt gibt		
E5	- hat keinen Bedarf an seelischer Unterstützung in dieser Richtung - ist von dem meisten nicht mehr betroffen - aber dass es die Situation für viele Patienten gibt und dass das nötig ist, das weiß sie und akzeptiert es auch und fordert auch jeden auf, sich einen Psychoonkologen zu suchen, wenn sie merkt, dass er Hilfe braucht	- hat selbst keinen Bedarf an seelischer Unterstützung in dieser Richtung - akzeptiert aber, dass viele da Bedarf haben und unterstützt diese Patienten auch dabei, zum Psychoonkologen zu gehen	
M1	- hat sie sehr angesprochen - hat wieder viele Erinnerungen geweckt, weil sie diese Ängste, Sorgen und Nöte alle gehabt hat	- hat sehr angesprochen, da diese Ängste alle selbst erlebt - jeder Krebspatient muss damit fertig werden – Familien- und Freundeskreis	

	- hat auch jeder Krebspatient und wie man da mit fertig wird, liegt an jedem selbst und am Familien- und Freundeskreis – nicht zu unterschätzender Faktor - wird Psychoonkologie jetzt noch mehr in ihre Selbsthilfegruppenarbeit einbeziehen, aber extra Kurse und extra Beratung wird vom Zeitfaktor her sehr schwer möglich sein - aus ihrer Erfahrung weiß sie, dass immer noch viele Patienten den Psychoonkologen nicht aufsuchen, das sie das als stigmatisierend empfinden - Videos sind dazu angetan in einem Forum, z. B. aus Leitern von SHGs zu diskutieren - man müsse das auch den Sozialarbeitern aus den Kliniken und der Reha zeigen, damit auch die merken, was wollen wir denn eigentlich mit der Psychoonkologie – bei vielen nicht beeindruckend - nur für das Internet ist die Arbeit zu schade - gibt zu bedenken, dass man einen Patienten wie die 3. Darstellerin diese Filme nicht allein im Internet sehen lassen sollte, sondern so ein	auch sehr wichtig - angeregt Psychoonkologie noch mehr in Selbsthilfegruppenarbeit einzubeziehen - auch für Sozialarbeiter in Klinik und Reha - Videos sollten in Forum von SHG-Leitern diskutiert werden - Nur für Internet zu schade - Patientin wie die 3. Darstellerin sollten die Filme nicht allein gucken	

	Patient braucht jemanden an seiner Seite, der das sofort dokumentiert – es ist also sehr differenziert zu betrachten		

Unterkategorie: eigene Bewältigungsmöglichkeiten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- positive Lebenseinstellung - wenn es ihr nicht gut geht, schafft sie sich Möglichkeiten da raus zu kommen und es sich nett zu machen - hat sich immer selber um Beratung gekümmert	- positive Lebenseinstellung - Möglichkeiten schaffen, wenn es nicht gut geht - Beratung gesucht in Eigeninitiative	- 3 Interviewte – positive Lebenseinstellung - 1 I. – nicht verdrängen - 10 von 12 I. – Informieren, Austausch mit anderen, immer auf dem Laufenden sein, Fortbildungen, vertrauensvolle Beziehung zum Onkologen - 3 Interviewte - Unterstützung durch Familie und Freunde - 3 I. - mehr Sport und Ernährungsumstellungen - 5 I. – therapeutische Behandlung – gelernt manche Situationen selbst zu verarbeiten - SHG-Zugehörigkeit – Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, man wird regelmäßig erinnert, warum man dort hingeht, andere seelische und geistige Konstitution, kognitive Verarbeitung - Entspannungsübungen – Zugang zu sich selbst finden – Voraussetzung für Gesprächstherapie - Körperbildstörungen – Zeit - schöne Dinge, Hobbys, Ablenkungen
E4	- kämpft und gibt sich nicht geschlagen - hat Ernährung umgestellt	- kämpft und gibt sich nicht geschlagen - hat Ernährung umgestellt	
E3	- macht immer erst das nächstliegende - ist immer wichtig auf dem Laufenden zu sein und zu wissen, wen man ansprechen kann - geht zu Fortbildungen	- zunächst das nächstliegende machen - immer auf dem Laufenden sein und wissen, wen man ansprechen kann - Fortbildungen	
E2	- hat in einer therapeutischen Behandlung gelernt, manche Situationen versuchen selbst zu bewältigen – manchmal gelingt es und manchmal nicht	- durch therapeutische Behandlung gelernt zu versuchen manche Situationen selbst zu verarbeiten	
E1	- Prozess den man selber macht, weil man aktiv ist und findet	- Bewältigung ist ein Prozess, dem an selbst macht, weil man aktiv wird und dann auch Antworten findet	
S2	- Annehmen der Krankheit - musste sich anderer erwehren - war sich bewusst, dass sie Druck am Arbeitsplatz nicht mehr standhalten würde und hat beschlossen sich dem	- Annehmen der Krankheit - Arbeit aufgegeben und in Rente gegangen – gute Entscheidung, da Erhalt von Anerkennung aus anderen Bereichen in gemäßigter Form	

	nicht zu stellen und in Rente zu gehen - war für sie gute Entscheidung, da sie Anerkennung und Lebensqualität jetzt aus anderen Bereichen in gemäßigter Form erhält - Hoffnung ist gut, aber Wegdrängen ist nicht gut - will bestimmte Sachen, die auf sie zukommen regeln bevor sie wieder in eine schwierige Phase kommt - Gehen in SHG, weil sie immer wieder erinnert wird, warum sie dort hingeht – keine Verdrängung der Erkrankung - hat von Entspannungsübungen profitiert – Zugang zu sich wiedergefunden - viele konstruktive Gespräche	- Hoffnung ist gut, Verdrängen ist nicht gut - Regeln von wichtigen Sachen bevor man in schwierige Phase kommt - SHG – regelmäßige Erinnerung, warum man dort hingeht (gegen Verdrängen) und Erfahrungsaustausch - Entspannungsübungen - Gespräche	
S1	- Unterstützung durch Familie, Onkologin - Gedanke, andere sind auch betroffen - Eigenanteil – Tipps verarbeiten, die andere einem geben und selbst tätig werden - versucht das Positive zu sehen und ist noch ein stabiler Typ	- Unterstützung durch Familie, Onkologin - Gedanke, andere sind auch betroffen - Eigenanteil – Tipps verarbeiten, die andere einem geben und selbst tätig werden - versucht das Positive zu sehen und ist noch ein stabiler Typ	
L3	- Selbsthilfegruppe besuchen – Beschäftigung für 2 Stunden mit der Erkrankung und zu Hause lebt man sein Leben und Erfahrungsaustausch - Ablenkung zu Hause mit schönen Dingen	- SHG – Beschäftigung mit Erkrankung in gesundem Maße und Erfahrungsaustausch - Ablenken mit schönen Dingen - Sport	

	- sportliche Betätigung		
L2	- Fahrradfahren - Entspannungstechniken - Supervision	- Fahrradfahren - Entspannungstechniken - Supervision	
E21	- zuversichtlich in die Zukunft blicken - das Schicksal hat es so bestimmt, vielleicht ein Hinweis, dass man nicht mehr soviel arbeiten soll, sondern sein Leben noch ein bisschen genießen („Wozu habe ich Krebs?“) - Diagnose war Herausforderung zu überleben - nach einer gewissen Zeit im „tiefen Loch“ fängt man wieder an nach Lösungen zu suchen - Gehen in SHG - ist sehr lösungsorientiert – „Geht nicht, gibt es nicht!“	- zuversichtlich in die Zukunft blicken - das Schicksal hat es so bestimmt, vielleicht ein Hinweis, dass man nicht mehr so viel arbeiten soll, sondern sein Leben noch ein bisschen genießen („Wozu habe ich Krebs?“) - Diagnose war Herausforderung zu überleben - nach einer gewissen Zeit im „tiefen Loch“ fängt man wieder an nach Lösungen zu suchen - SHG - ist sehr lösungsorientiert – „Geht nicht, gibt es nicht!“	
E5	- war dem Ganzen nie so ausgeliefert wie die 3 Darsteller - andere Einstellung zum Thema Krankheit und Tod - Erkrankung als Aufforderung sich in größeren Zusammenhang einzuordnen und nicht nur sich selbst zu sehen - SHG – Leute, die in eine SHG gehen, haben andere geistige und seelische Konstitution als die, die das nicht tun, Erfahrungsaustausch - kreative Hobbys	- nicht so ausgeliefert - andere Einstellung zum Thema Krankheit und Tod - Erkrankung als Aufforderung sich in größeren Zusammenhang einzuordnen und nicht nur sich selbst zu sehen - SHG – Leute, die in eine SHG gehen, haben andere geistige und seelische Konstitution als die, die das nicht tun, Erfahrungsaustausch - kreative Hobbys	

M1	- gute Beziehung zu Freunden, Kindern und Partner - Akzeptanz der körperlichen Veränderungen braucht Zeit - Gespräche und Beratungen im Rahmen der SHG-Leitertätigkeit helfen mit den manchmal trüberen Gedanken fertig zu werden - kulturelle Höhepunkte	- gute Beziehung zu Freunden, Kindern und Partner - Akzeptanz der körperlichen Veränderungen braucht Zeit - Gespräche und Beratungen im Rahmen der SHG-Leitertätigkeit helfen mit den manchmal trüberen Gedanken fertig zu werden - kulturelle Höhepunkte	

Kategorie: Psychoonkologie und Internet

Unterkategorie: Leistungen der Psychoonkologie			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- Diagnose hat akute Angst ausgelöst - Psychoonkologe behandelt akute Angst und das was dahinter steckt - findet es sehr wichtig, dass es das Angebot gibt - momentan zu wenige Angebote - gerade im KH, wo es die ersten Infos gibt, sollte man auch Möglichkeit zur psychologischen Beratung haben - viele ohne Unterstützung durch Familie und Freundeskreis und denen geht es schnell so wie Darstellern	- Psychoonkologe sollte akute Angst und das was dahinter steckt behandeln - findet PO-Angebot wichtig, momentan zu wenige besonders im KH - betont, dass viele Leute allein sind und denen geht es schnell wie den Darstellern	**gegenwärtige Probleme** - zu wenige Unterstützungsangebote, besonders im Krankenhaus - dauert zu lange bis man Therapeuten findet - Einzelgespräche statt Gruppengespräche wären wünschenswert - irgendwelche Therapeuten - Betreuung in Einzelgesprächen mit psychoonkologischen Therapeuten sehr selten - Privatentlohnung - bessere Schulung der Psychoonkologen - Vorurteile der Patienten - bessere Zusammenarbeit von Onkologen und Psychoonkologen - psychologische Unterstützungsangebote sollten in allen Behandlungseinrichtungen angeboten werden **Leistungen der Psychoonkologie** - kann nur den Menschen helfen, die sich helfen lassen wollen - herausfinden, was hinter den Ängsten steckt - Zuversicht **Bezug zum Instrument**
E4	- denkt, dass es wichtig ist - ihr hat sehr geholfen, dass sie liebe Leute besucht haben - weiß zu wenig im Moment und möchte gerne mehr wissen insbesondere zu Methoden für niedrig-schwellige Probleme	- Besuch von lieben Leuten hat sehr geholfen - PO ist wichtig, aber weiß zu wenig darüber im Moment - möchte gerne mehr über Methoden insbesondere für niedrig-schwellige Probleme wissen	
E3	- PO ist wichtig und sollte mehr angeboten werden - wie weit das hilft, hängt auch vom Patienten selber ab und ob dieser Hilfe annimmt und versucht, diese umzusetzen	- PO wichtig, mehr Angebote besonders im KH - ob es hilft, hängt von der Bereitschaft der Patienten ab, die Hilfe anzunehmen und umzusetzen - dauert lange bis man Therapeuten findet –	

	- es dauert zu lange bis man einen Therapeuten findet – zum Beispiel auch die 3 Darsteller brauchen sofort Hilfe - im KH sollte sofort jemand da sein	Darsteller brauchen sofort Hilfe	- viele Menschen sind allein – brauchen wie Darsteller schnelle Hilfe - 1. Darstellerin – Hilfe bei körperlichen Problemen durch PO - 2. Darsteller – Hilfe für Aufwertung des Selbstwertgefühls durch PO - 3. Darstellerin – wird PO nicht kennenlernen außer wenn Onkologe und PO gut zusammen arbeiten - 1 Interviewte – Instrument hat vermittelt, dass einige Patienten Hilfe brauchen und möglichst schnell - 1 Interviewte – mehr Informationen über Behandlungsmethoden **Hilfe durch Andere als den Psychoonkologen** - PO nicht die einzige Unterstützungsmöglichkeit bei psychischen Problemen - „liebe Leute“ und Seelensorger
E2	- PO hilft dem Menschen, der sich selber helfen will - Elementar wichtig für die Menschen, die Hilfe haben wollen und für sich weiter verarbeiten können	- PO hilft dem Menschen, der sich selber helfen will	
E1	- denkt, dass PO viel leisten kann - findet es für sich selbst sehr schwer einzuschätzen, ob sie Hilfe braucht - ihre psychoonkologische Behandlung hat ihr eigentlich nicht geholfen, sonder der Prozess, den sie selber gemacht hat, weil sie aktiv wurde und dann Antworten gefunden hat	- PO hat ihr eigentlich nicht geholfen, sondern der Prozess, aktiv zu werden und Antworten zu finden - denkt aber, dass PO wichtig ist - kann selbst schwer einschätzen, ob sie diese Hilfe momentan braucht	
S2	- betont, dass die emotionalen Probleme häufig erst nach den Behandlungen auftreten - PO kann ein bisschen Last von den Schultern nehmen - gerade bei der ersten Frau, die so ihr körperliches Disaster sieht - auch beim 2. Patienten, wo das Selbstwertgefühl so geschwächt ist, können Psychoonkologen helfen - aber die 3. Patientin wird der Psychoonkologe ihrer Meinung nach kaum kennenlernen, außer der	- emotionale Probleme häufig erst nach Behandlungen - PO – bisschen Last nehmen - 1. Frau – körperliches Disaster – PO kann helfen - 2. Mann – Selbstwertgefühl geschwächt – PO kann helfen - 3. Frau – wird PO kaum sehen, außer Onkologe erkennt es sofort und arbeitet mit PO zusammen - älterer Mensch – Hilfe annehmen oder Schicksal-ergeben	

	Onkologe erkennt es sofort und hat dann auch Hilfe an der Hand - beim alten Menschen (4. Film) kann sie nicht beurteilen, ob dieser Hilfe sucht oder schon Schicksals-ergeben ist		
S1	- für sie wurde in den 3 Videos sichtbar, dass mancher einfach Hilfe braucht - so früh wie möglich, kam besonders bei der 3. Darstellerin raus - 1. Darstellerin Überspielen aller Ängste – noch mehr Ängste dazu bekommen - man kann nicht nur sagen, dass es für die 3. Darstellerin wichtig ist, sondern auch für die 1.	- in den Videos sichtbar, dass manche Patienten Hilfe brauchen und zwar so früh wie möglich (3. Darstellerin) - auch für 1. Darstellerin – es kommen immer mehr Ängste dazu – Lebensquali sinkt	
L3	- die Hilfe muss schnell da sein - Onkologen und Psychoonkologen sollten gut zusammen arbeiten schon bei der Diagnoseübermittlung	- schnelle Hilfe - Onkologen und Psychoonkologen sollen schon ab Diagnoseübermittlung gut zusammenarbeiten	
L2	- Patienten wollen eher Einzelgespräche anstelle von Gruppensitzungen - meistens irgendwelche Therapeuten - Einzelgespräch mit Therapeuten mit psychoonkologischer Ausbildung sehr selten - Unterschied, ob Therapeut Fortbildung gemacht hat oder mit Krebspatienten schon zu tun hatte	- erwünscht Einzelgespräche anstelle von Gruppensitzungen - oft irgendwelche Therapeuten - Einzelgespräch mit psychoonkologischen Therapeuten sehr selten - Unterschied Therapeut mit Fortbildung und Therapeut mit praktischer Erfahrung - Oft Privatentlohnung - Große Hürde - Man kann einiges verbessern – irgendwo	

	- viel Privatentlohnung - es ist eine ziemlich große Hürde - es ließe sich einiges verbessern - Wo kann man einsparen? - PO kann dazu beitragen, mit den diffusen Sorgen besser umzugehen - Sorgen und Ängste kanalisieren und einordnen - von bestimmten Ängsten und Sorgen nicht auf Dauer gefangen nehmen lassen - Gedankenspiralen auflösen - autonom weiterarbeiten - Lösungsansätze für verschiedene Problembereiche finden	sparen - PO – besserer Umgang mit diffusen Sorgen - Sorgen und Ängste kanalisieren und einordnen - Gedankenspiralen auflösen und autonom weiterarbeiten - Lösungsansätze für verschiedene Problembereiche	
E21	- Zuversicht geben - Lernen, dass man nicht allein betroffen ist	- Zuversicht geben - Lernen, dass man nicht allein betroffen ist	
L1	- Versuch Ängste und gordische Knoten zu lösen - man ist ja mit realen Problemen konfrontiert und entwickelt daraus weitere Gedanken, die lähmend wirken – PO sollte diese Lähmung auflösen - sinnvoller Ansatz	- Ängste und gordische Knoten lösen - Reale Probleme – weitere Gedanken – Lähmungen – Auflösung dieser Lähmungen durch PO – sinnvoller Ansatz	
E5	- jeder Patient sollte die Chance haben mit so jemandem zu sprechen - Erstgespräch ist oft sehr wichtig und wird gerne angenommen - andere: alte Gedanke, ich möchte da	- jeder Patient sollte Chance haben, mit so jemandem zu sprechen, es auch abzulehnen und später wieder darauf zurückzukommen - alte Gedanke, man möchte da nicht	

	nicht eingeordnet werden - für die Website noch deutlicher herausarbeiten, den Unterschied zwischen der tumorbedingten seelischen Verstimmung zur Depression, wenn Berührungs- und Schwellenängste abgebaut werden sollen - Ungeschicklichkeiten bei der Ansprache von Psychoonkologen im KH – dürften nicht sein – Leute müssen auch noch besser geschult werden - Jeder muss die Chance haben, ein Gespräch zu führen und es auch abzulehnen und dann später wieder darauf zurück zu kommen	eingeordnet werden - Website – Unterschied zwischen tumorbedingter seelischer Verstimmung zur Depression – Abbau von Berührungs- und Schwellenängsten - Ungeschicklichkeiten bei Ansprache von PO im KH – Leute müssen besser geschult werden -	
M1	- Chemie muss stimmen, Patient muss Vertrauen haben, muss erst genommen werden, Patient muss Emotionalität zeigen können – Aufgabe der PO - Psychoonkologen müssen mit Betroffenen und SHG mehr reden für die praktische Erfahrung - Zuhören, Reinhören, dem Menschen im Gesicht absehen, Mimik und Gestik - PO ist ein sehr dankbares Thema – muss grundsätzlich erweitert und anders aufgebaut werden	-	

	- PO beginnt bereits beim Arzt, der die Diagnose übermittelt, um die Schockwirkung abzufangen, Facharzt, Klinik, Rehaeinrichtung und anschließende Heilverfahren - man merkt bei den PO-Vertretern und auch bei den Radiologen, dass sie nicht selbst betroffen sind und deshalb auch nicht das richtige Einfühlungsvermögen haben - man kann das schaffen, auch wenn man nicht betroffen ist, wenn man will, also man muss selbst konkret in sich hineinhören, bin ich in der Lage, eine Betroffenen anzusprechen, kann ich mich da hineinversetzen – ganz wichtig - kämpfen mit Sozialarbeitern und Kliniken, dass sie mehr an die Betroffenen herangeführt werden		

Unterkategorie: Nutzung und Bewertung psychoonkologischer Hilfen aus dem Internet			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- im Internet würde sie sich nicht beraten lassen, sondern nur persönlich	- keine Beratung im Internet, nur persönlich	- 13 Interviewte äußern sich zu Internetnutzungsverhalten für psychische Unterstützungsangebote - 4 Interviewte – keine Nutzung - 9 I. – sehr differenziert - 9 I. – Information - 2 I. – auch Online-Therapie und / oder Online-Beratung, aber mit Einschränkungen – Rund-um-die-Uhr-Hotline, kritische Situationen, Entspannungsübungen, zunächst persönlichen Kontakt - 7 I. keine Online-Therapie oder Online-Beratung, das psychologische Unterstützung sehr individuelle Sache mit persönlichem Kontakt - Vorteile: viele Informationen, Anonymitätscharakter, Ortsungebundenheit - Nachteile: Filterung von seriösen Informationen, Angebot kann persönlichen Kontakt nicht ersetzen
E4	- persönliches Gespräch angenehmer - hätte Sorge sich im Internet zu outen - Informationen und Internetseite ansehen ist in Ordnung	- persönliches Gespräch angenehmer - hätte Sorge sich im Internet zu outen - Informationen und Internetseite ansehen ist in Ordnung	
E3	- Hilfsmöglichkeiten aus Internet, vom Arzt und Gruppe	- Hilfsmöglichkeiten aus Internet, vom Arzt und Gruppe	
E2	- Internet kommt nicht in Frage, da sehr individuelle Sache mit persönlichem Kontakt	- Internet kommt nicht in Frage, da sehr individuelle Sache mit persönlichem Kontakt	
E1	- greift erst mal nicht zum Internet, wenn sie etwas braucht	- greift erst mal nicht zum Internet, wenn sie etwas braucht	
S2	- unsere Nachkommen sind im Internet und die haben Fragen	- unsere Nachkommen sind im Internet und die haben Fragen	
S1	- sucht auf Empfehlung von anderen im Internet - Vorteil: man findet zunächst viele Informationen - Nachteil: Filterung der seriösen Informationen – würde sich da Hilfen und Meinungen holen - Vorteil: Anonymität	- sucht auf Empfehlung von anderen im Internet - Vorteil: man findet zunächst viele Informationen - Vorteil: Anonymität - Nachteil: Filterung der seriösen Informationen – würde sich da Hilfen und Meinungen holen	
L3	- viel über die Krankheit im Internet gelesen	- viel über die Krankheit im Internet gelesen - auch auf Seiten auf denen Patienten	

	- auch auf Seiten auf denen Patienten Erfahrungen austauschen – will sich nicht verrückt machen - Problem: das Seriöse im Internet angeboten bekommen	Erfahrungen austauschen – will sich nicht verrückt machen - Problem: das Seriöse im Internet angeboten bekommen	
L2	- würde psychologische Unterstützung auch im Internet suchen - kann nicht Gespräch in Einzeltherapie ersetzen , aber Erlernen von Entspannungstechniken - Therapieangebot müsste an direkten telefonischen Austausch gekoppelt werden (rund-um-die-Uhr-Hotline) - diese Website auch für hilfreich gehalten, gerade für junge Patienten - wenn Therapeut merkt, dass Patient gerade in einer kritischen Situation in der Therapiestunde ist, kann er überhaupt nicht eingreifen außer mit dem Wort und das wird auch ein persönliches Gespräch nie ersetzen können	- würde psychologische Unterstützung auch im Internet suchen – z. B. Entspannungstechniken **Online-Therapie** - kann nicht Gespräch in Einzeltherapie ersetzen - Therapieangebot mindestens an direkten telefonischen Austausch koppeln (rund-um-die-Uhr-Hotline) - *Problem:* wenn Patient gerade in eine kritische Situation in der Therapiestunde ist, kann Therapeut nur mit Wort eingreifen - wird persönliches Gespräch nie ersetzen **- unsere Website -** für hilfreich gehalten, gerade für junge Patienten	
E21	- wichtig am Anfang den persönlichen Kontakt zu haben, um PO kennenzulernen und eine Beziehung aufzubauen - dann Kontakt über Internet - alle ¼ Jahr einen Termin für persönliches Treffen - ohne ersten persönlichen Kontakt fehlt Vertrauensbasis, weil man nicht	- am Anfang persönlichen Kontakt zum PO – Beziehung aufbauen, Vertrauensbasis, Zwischenmenschlichkeit - dann Kontakt über Internet - alle ¼ Jahr Termin für persönliches Treffen	

	weiß, wer am anderen Ende sitzt - das Zwischenmenschliche ist für die Psyche wichtig und darf nicht auf der Strecke bleiben		
L1	- würde lieber das persönliche Beratungsangebot wahrnehmen - Vorteil - Ortsungebundenheit - Vorteil – erst mal recherchieren – Bandbreite an Informationen (heißt nicht, dass die gut sind) - Nachteil – würde persönliches Gespräch im gleichen Raum bei solchen Dingen als angenehmer empfinden	- Persönliches Beratungsangebot bevorzugt - Vorteil – Ortsungebundenheit - Vorteil – Recherche – Bandbreite an Informationen (heißt aber nicht, dass man gut informiert ist) - Nachteil – persönliche Gespräch als angenehmer empfunden	
E5	- würde im Internet nur versuchen, eine Adresse zu finden und sich dort hinwenden	- im Internet nur versuchen, eine Adresse zu finden und sich dort hinwenden	
M1	- würde online ablehnen – zu unpersönlich - muss Therapeuten sehen und Möglichkeit haben auf Fragen und Probleme einzugehen – dazu muss man persönlich mit dem Therapeuten sprechen	- würde online ablehnen – zu unpersönlich - muss Therapeuten sehen und Möglichkeit haben auf Fragen und Probleme einzugehen – dazu persönliches Gespräch mit dem Therapeuten	

Unterkategorie: psychologische Unterstützungsangebote			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- kein Hinweis im KH - Hinweis in Reha - während Chemo selbst um Beratung in Berliner Krebsgesellschaft gekümmert	- kein Hinweis im KH - Hinweis in Reha - während Chemo selbst um Beratung in Berliner Krebsgesellschaft gekümmert	○ 4 Interviewte – kein Angebot (E3, L3, E5 und M1) ○ 2 Interviewte – nur Angebot in Reha, Angebot in KH und Nachsorge vermisst, eine I. hat sich selbst um Beratung gekümmert (E7, E21) ○ 3 Interviewte – Angebot im KH (E2, E1, L2) ○ 2 Interviewte – Angebot in onkologischen Praxis (S1, L1) ○ 1 Interviewte – Ablehnung in psychiatrischen Abteilung des KH, Seelensorge in KH und Reha (S2)
E3	- kein Hinweis während Behandlung	- kein Hinweis während Behandlung	
E2	- Hilfe im KH angeboten und in Anspruch genommen - ein Jahr später weitere Therapie begonnen, weil sie damit nicht allein klar kommt	- Hilfe im KH angeboten und in Anspruch genommen - ein Jahr später weitere Therapie begonnen, weil sie damit nicht allein klar kommt	
E1	- Krankenhausbehandlung bei ersten Diagnose – hat geholfen - momentane Behandlung – hat ein bisschen geholfen	- Krankenhausbehandlung bei ersten Diagnose – hat geholfen - momentane Behandlung – hat ein bisschen geholfen	
S2	- nach Betreten der Therapiemühle versucht im KH in der psychiatrischen Abteilung Hilfe zu erhalten – nicht erhalten - Seelensorge im KH genutzt – Pfarrer hat sie sehr beruhigt und wieder auf ihren Weg gebracht - Seelensorge in Rehas genutzt - Gespräch mit einem Arzt in der letzten Reha	- während Therapie Hilfesuche in psychiatrischen Abteilung in KH – nicht erhalten - Seelensorge im KH und Rehas – Pfarrer sehr beruhigend und wieder auf ihren Weg gebracht - Gespräch mit einem Arzt in letzten Reha	
S1	- Unterstützungsangebot von	- Unterstützungsangebot von Onkologin	

	Onkologin unterbreitet - ¾ Jahr später – nochmalige Rückversicherung der Onkologin – diese Rückversicherung als sehr positiv empfunden - Entspannungstechniken in Reha	- ¾ Jahr später – nochmalige Rückversicherung der Onkologin – als sehr positiv empfunden - Entspannungstechniken in Reha	
L3	- habe ich nie gewollt	- nie gewollt	
L2	- Konsil-Arzt aus KH während Interferon-Behandlung in Hämatologie – 2 Medikamente - höhere Interferondosen – Psychiatrie mit Verhaltenstherapie, Schonung - ambulante Gesprächstherapie	- Konsil-Arzt aus KH während Interferon-Behandlung in Hämatologie – 2 Medikamente - höhere Interferondosen – Psychiatrie mit Verhaltenstherapie, Schonung, - ambulante Gesprächstherapie	
E21	- kein Angebot im KH und in der Nachsorge – bemängelt in Rückfragebögen - in Reha gab es ein Angebot - Ärzte sind häufig überlastet und können sich auch um psychische Angelegenheit aus Zeitgründen nicht kümmern	- kein Angebot im KH und in der Nachsorge – bemängelt in Rückfragebögen - in Reha gab es ein Angebot - Ärzte können sich aus Zeitgründen nicht um psychische Probleme kümmern	
L1	- in der onkologischen Praxis in der er behandelt wird, gibt es im Haus eine sozialpädagogische Beratung und eine Psychologin – haben ihm auch das Angebot gemacht – hat sich sozial beraten lassen wegen Kur und Schwerbeschädigtenantrag, aber psychologisch hatte er nicht das Bedürfnis	- sozialpädagogische Beratung in onkologischen Praxis – Angebot – soziale Beratung wegen Kur und Schwerbeschädigtenantrag - keine psychologische Beratung genutzt	
E5	- vor 10 Jahren operiert – weder	- vor 10 Jahren operiert – weder	

	psychologische noch psychoonkologische Behandlung in Klinik angeboten worden – ist aber vielleicht auch schon zu lange her – evtl nicht repräsentativ für diese Frage	psychologische noch psychoonkologische Behandlung in Klinik angeboten worden	
M1	- ist nicht angeboten worden - hat einen Schmerztherapeuten, die ihr hilft, wenn sie Probleme hat, damit umzugehen	- ist nicht angeboten worden - hat einen Schmerztherapeuten	

Kategorie: Verbesserungsvorschläge

Kategorie: Verbesserungsvorschläge			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
E7	- Schauspieler haben gestört	- Schauspieler haben gestört	
E4	- bessere Beschreibung der Methoden zur Angstbehandlung - wie viel kostet es und was übernimmt die Kasse - Patienten selbst sollen über ihre Befindlichkeiten berichten und nicht Schauspieler	- Bessere Beschreibung der Methoden zur Angstbehandlung mit Kostenangaben und Erstattungen durch die Kasse - Bericht der Patienten selbst anstelle von Schauspielern	o keine Schauspieler (6) o bessere Methodenbeschreibung (2) o Bezeichnung „milde Angst“ ändern (1) o 4. Film über älteren Patienten (1) o Flyer (2) o Internetseite und Filme mehr in Richtung Zuversicht und Mut (1) o Nicht nur als Werbung für Psychoonkologen o Neben- und Spätfolgen o Differenzierung nach Alter, Diagnosen und Krankheitsstadien(4; L3, L1, E5, M1)
E3	- Schauspieler kamen nicht gut rüber, aufgesetzt und unecht - Rhetorische nicht angesprochen	- Schauspieler kamen nicht gut rüber, aufgesetzt und unecht - Rhetorische nicht angesprochen	
E2	- Text und Mimik nicht zusammengepasst - Mimik von echten Patienten ist ganz anders – starre Gesichter - einfach nicht stimmig	- Text und Mimik nicht zusammengepasst - Mimik von echten Patienten ist ganz anders – starre Gesichter - einfach nicht stimmig	
E1	- kam sofort rüber, dass es keine echten kranken Menschen waren, hat mich geärgert (bes. Art der 1. Patientin zu erzählen) – da entsteht kein Mitleid und kein Gefühl – würde sie ändern - konkreter auf verschiedene Therapiemöglichkeiten eingehen	- konkretere Darstellung einzelner Therapiemöglichkeiten - sofort erkannt, dass es keine echten kranken Menschen waren – hat geärgert (besonders Art der 1. Patientin zu erzählen – kein Mitleid, kein Gefühl) - ändern	
S2	- Begriff „milde Angst“ hat gestört	- Begriff „milde Angst“ hat gestört	

	- auf jeder Krebsseite erscheinen, Apothekenumschau, Broschüren (Deutsche Krebshilfe), Internet Rehakliniken, SHG, möglichst breitflächig - 4. Film – ältere Mensch (typische Rentner) – Alleinsein / Einsamkeit und Hilfen von Institutionen, SHG empfehlen	- auf jeder Krebsseite erscheinen, Apothekenumschau, Broschüren (Deutsche Krebshilfe), Internet Rehakliniken, SHG, möglichst breitflächig - 4. Film – ältere Mensch (typische Rentner) – Alleinsein / Einsamkeit und Hilfen von Institutionen, SHG empfehlen	
S1	- in der richtig schlimmen Phase steht man ja so unter Spannung, wenn man beim Arzt ist - es steht erstmal Krankheit und gesund werden im Fokus - Vergesslichkeit - Lösung: Flyer später anschauen und sich später informieren und Hilfe suchen – so ist der gute Tipp nicht verloren	- in schlimmen Phase beim Arztgespräch o Spannung o Krankheit und gesund werden im Fokus o Vergesslichkeit → **Flyer** – Möglichkeit, sich später zu informieren und Hilfe zu suchen und der gute Tipp geht nicht verloren	
L3	- Differenzierung nach Alter, Diagnosen und Erkrankungsstadien - Internetseite sollte im Internet über die verschiedenen Krebsdiagnosen zu finden sein und nicht unter Psychoonkologie - Instrument müsste noch mehr in die Richtung gestaltet werden, dass es Zuversicht und Mut vermittelt - Filme künstlich, gemacht, sprechen nicht an – eventuell Verbesserung mit Gesprächspartner	- Differenzierung nach Alter, Diagnosen und Erkrankungsstadien - Verschlüsselung im Internet über Krebsdiagnosen - Gestaltung des Instruments in Richtung Zuversicht und Mut - Filme sprechen nicht an, da künstlich – Gesprächspartner - Lebensberichte von Patienten - nicht nur Werbung für onkologischen Therapeuten, sondern dass man such auch selbst helfen kann	

	- Lebensberichte von Patienten mit den Krankheiten - sollte nicht nur als Werbung für einen onkologischen Therapeuten wirken, sondern dass man sich auch selbst helfen kann (Verwandte, Bekannte)		
E21	- 4. Film (Ausscheiden aus dem Arbeitsleben)	4. Film (Ausscheiden aus dem Arbeitsleben)	
L1	- Differenzierung nach Umgang: Erkrankungen mit langer Behandlungsdauer und medikamentöser Behandlung (CML und CLL) und Tumorerkrankungen mit OP, Chemo und / oder Strahlentherpapie	- Differenzierung nach Umgang: Erkrankungen mit langer Behandlungsdauer und medikamentöser Behandlung (CML und CLL) und Tumorerkrankungen mit OP, Chemo und / oder Strahlentherpapie	
E5	- auf der Website noch deutlicher herausarbeiten, den Unterschied zwischen der tumorbedingten seelischen Verstimmung zur Depression – das muss mehr herausgearbeitet werden, wenn Berührungs- und Schwellenängste abgebaut werden sollen - muss unter allen Krebsarten zu finden sein und nicht unter Psychologie oder Psychoonkologie (Link auf die Seite von Eierstockkrebs) - auch unter ganz normalen	- Unterschied zwischen der tumorbedingten seelischen Verstimmung zur Depression – mehr herausarbeiten – Abbau von Berührungs- und Schwellenängste - Verschlüsselung unter allen Krebsarten und Beratungsstellen - Sehr schlimme Krebsarten ergänzen – Mund/Hals oder Eierstock – die meisten psychologischen Probleme - Differenzierung – jeweilige Hilfsmöglichkeiten	

	Beratungsstellen - es wäre vielleicht auch sinnvoll, ein paar Krebsarten, die ganz schlimm sind, damit rein zu bringen, weil die haben die meisten psychologischen Probleme (Mund/Hals oder Eierstock z. B.) - Differenzierung zwischen den Selteneren und den Aggressiveren und jeweilige Hilfsmöglichkeiten		
M1	- Thema: Neben- und Spätfolgen fehlt - ganz spezifisch auf die Erkrankung eingehen – Krebs ist nicht gleich Krebs und Angst ist nicht gleich Angst	- Fehlen von Neben- und Spätfolgen - ganz spezifisch auf die Erkrankung eingehen	

Ergebnisse der ambulanten Arztpraxen

Kategorie: Akzeptanz des Instruments

Unterkategorie: Auslösung von Gefühlen durch die Videos			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- hat sie zurückversetzt in Zeit nach der Diagnose, Therapiephase und Zeit kurz nach Therapie - es kommt vieles wieder hoch, was schon vergessen war - findet sich in jedem Film bezüglich der Angstthematik ein Stück weit wieder - wenn sie es nur irgendwo lesen würde, würde es sie nicht so zum Nachdenken anregen - war schon auszuhalten, aber ging sehr nahe - sieht sich in Filmen wieder - arbeitet jetzt in ihr	- Filme haben in Zeit nach Diagnose zurückversetzt - es kommt vieles wieder hoch, was bereits vergessen war, aber es ist auszuhalten - würde nicht so zum Nachdenken anregen, wenn man das nur lesen könnte - findet sich bezüglich Angst in jedem Film teilweise wieder	- alles wieder aufgewühlt und kommt alles wieder hoch (AP8, AP6, AP2) - 3 Befragte sagen, dass die Filme sie nicht so berührt oder belastet haben (AP7, AP5, AP4), weil: o Anderer Verlauf (AP4) o Optimistischerer Umgang mit der Erkrankung (AP5) - ein Befragter (AP3): traurig, depressiv, konnte gut mitfühlen, aber zeigt ihm, dass er nicht allein ist
AP7	- fühlt sich etwas nachdenklich, aber nicht so sehr berührt	- nachdenklich, aber nicht so sehr berührt	
AP6	- es kam alles wieder hoch - erste Film trifft zu „500 %“ zu - ihr ging und geht es so wie es in den 3 Filmen beschrieben wurde - die Beschreibungen waren gerade so auszuhalten	- kam alles wieder hoch, aber es war gerade so auszuhalten - ging und geht es so wie den Darstellern in den Filmen (1. Film trifft zu 500 % zu)	

AP5	- fühlt sich ganz gut - hat sie nicht belastet, weil sie anders mit der Situation umgeht - ist optimistischer - lebt nicht in Vergangenheit oder Zukunft, sondern im hier und jetzt - weiß, dass ihre Familie sie braucht und liebt und schiebt düstere Gedanken daher gleich weg	- ganz gut - hat nicht belastet, weil sie optimistischer mit Erkrankung umgeht und im hier und jetzt lebt - kann diese Gedanken wegschieben, weil ihre Familie sie liebt und braucht	
AP4	- fühlt sich eigentlich trotzdem gut - hatte etwas anderen Verlauf und konnte sich das daher nicht so sehr annehmen	- fühlt sich gut - konnte es sich nicht so annehmen, weil anderer Verlauf	
AP3	- war für ihn sehr depressiv - fand es sehr traurig und hat geweint - konnte da gut mitfühlen - hat ihm das Gefühl gegeben, nicht allein zu sein	- war sehr depressiv, traurig - konnte gut mitfühlen - gab das Gefühl, nicht allein zu sein	
AP2	- ist alles wieder aufgewühlt und wird eventuell nachts davon träumen - erkennt sich in einigen Sachen wieder	- alles wieder aufgewühlt und erkennt sich in einigen Sachen wieder	

Unterkategorie: Wirkungen der dargestellten Patienten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- Gestik und Mimik hat sie angesprochen - wenn man das nur lesen könnte, könnte man nicht die Verzweiflung spüren und sehen, wie schwierig es ist, das auch anzusprechen - hat sich selbst auch so gefühlt - Darsteller haben auf sie echt gewirkt	- Darsteller haben echt gewirkt, weil sie sich auch so gefühlt hat - Gestik und Mimik haben angesprochen - Durch Filme kann man Verzweiflung spüren und sieht, wie schwierig es ist, das auszudrücken (gegenüber Lesen)	- 3 der 8 Interviewten merkten, dass Darsteller Schauspieler sind - 2 davon lehnen Schauspieler überwiegend ab – steif, gekünstelt und einstudiert, 1 Interviewte sagt, dass Betroffenheit aber rüber kam und 3. Darstellerin noch authentisch wirkte; andere Interviewte fand 1. Darstellerin ansprechend und glaubwürdig, Pat könnten sich ärgern, wenn sie bemerken, dass es sich um Schauspieler handelt - Beide: besser anstelle von Schauspielern echte Betroffene berichten lassen – schwierig bereitwillige Patienten zu finden - Ein Interviewter erkennt Schauspieler, aber glaubwürdig und realistisch, echte Patienten können sich vor Kamera nicht so öffnen, Kunst Gefühle so in Worte zu fassen, Darsteller wirkten sehr aggressiv und wütend auf Krankheit und Schicksal (Angst und Aggressivität gehören zusammen) - 5 Befragte haben nicht gemerkt, dass es sich um Schauspieler handelt - 2 davon: Darsteller sehr authentisch, Gestik und Mimik haben eine sehr angesprochen, durch Filme kann man die ganze Verzweiflung spüren und merkt, wie schwierig es ist, seine
AP7	- erste Darstellerin und zweiter Darsteller erschienen ihr etwas steif, gekünstelt und einstudiert, aber Betroffenheit kam schon rüber - konnte die Äußerungen der letzten Darstellerin gut nachvollziehen und empfand diese auch authentisch - hat erkannt, dass es Schauspieler sind - findet das zunächst nicht so schlimm, weil sie sich auch einen Film darüber ansehen würde - denkt auch, dass es schwierig ist, einen echten Betroffenen vor die Kamera zu setzen - aber: Fallübersicht	- hat erkannt, dass es Schauspieler waren, was sie zunächst nicht schlimm findet, da sie es für schwierig hält, echte Betroffene vor die Kamera zu setzen und sie sich auch einen Film darüber ansehen würde - ersten beiden Darsteller wirken steif, gekünstelt, einstudiert, aber Betroffenheit kam rüber - 3. Darstellerin wirkte authentisch, da für Befragte gut nachvollziehbar	

AP6	- Darsteller wirkten auf Interviewte als ob sie selbst hinter der Kamera stand - hat Darsteller als echt empfunden	- wirkten sehr echt und als hätte sie selbst vor der Kamera gestanden	Ängste auszudrücken, geht nicht mit schriftlichen Darstellung - Eine Interviewte: Darsteller wirkten als hätte sie selbst hinter der Kamera gestanden - Eine Befragte: kennt Gedanken der Darsteller, aber offenerer und optimistischerer Umgang , Auftreten fremd, traurig, dass die sich so aufgeben, kein Grund - Ein Interviewter: Darsteller egoistisch und selbstbemitleidend, aber nachvollziehbar - Ein Befragter: durch Filme nicht allein
AP5	- hat vieles was angesprochen wurde auch gefühlt, aber geht anders damit um - Gedanken sind ihr teilweise bekannt, aber vieles schiebt sie weg - möchte sich das Leben damit nicht kaputt machen - ist Optimist und kämpft und hat dabei auch Unterstützung - ist ihr etwas fremd und macht sie traurig, dass die sich so aufgeben, weil gar kein Grund besteht - Darsteller haben auf sie echt gewirkt bis auf das Äußere	- viele Gedanken sind ihr bekannt, aber geht optimistischer damit um, kämpft und erhält dabei auch Unterstützung - schiebt trübe Gedanken weg, das sie sich das Leben damit nicht kaputt machen möchte - Auftreten der Darsteller ist ihr etwas fremd und macht sie traurig, dass die sich so aufgeben, weil es keinen Grund gibt - Darsteller haben echt gewirkt bis auf das Äußere	
AP4	- fand erste Darstellerin ansprechend, da auch kürzer gehalten als die anderen beiden Darstellungen - erster Beitrag war auch etwas glaubwürdiger - hat gemerkt, dass es Schauspieler waren - merkt an, dass derjenige, der das durchmacht und dann sieht, dass das nur gespielt ist, es ärgerlich finden könnte	- erste Darstellerin ansprechend und glaubwürdig - die beiden Anderen zu lang - hat gemerkt, dass es Schauspieler sind – Patienten könnte das ärgern - besser, wenn echte Patienten berichten würden - insgesamt ganz gut gemacht und hilfreich	

	- würde es besser finden, wenn echte Patienten die Darsteller wären - findet es trotzdem ganz gut gemacht und hilfreich		
AP3	- Darsteller haben ihm das Gefühl vermittelt, dass er nicht allein ist mit der Erkrankung	- Gefühl gegeben, mit der Erkrankung nicht mehr allein zu sein	
AP2	- konnte Darsteller zu 80 % verstehen - wirkten auf ihn sehr „ich“-bezogen und selbstbemitleidend - kann das aber gut nachvollziehen	- wirken egoistisch und sich selbst bemitleidend, kann es aber gut nachvollziehen	
AP1	- ihm tuen die Leute leid, weil er so etwas im Rahmen der Erkrankung nicht erlebt hat - kann sich aber vorstellen, dass viele Leute so reagieren - trotzdem es Schauspieler waren, hält er es für realistisch, dass sich die Fälle so abspielen - fand Schauspieler glaubwürdig - denkt, dass es echten Patienten schwer fallen würde, sich vor der Kamera so zu öffnen - hat ihn nicht gestört, dass es Schauspieler waren - weiß nicht inwiefern das anderen für die Authentizität wichtig ist, denkt aber, dass echte Betroffene das nicht so rüber bringen können - denkt, dass es auch eine Kunst ist,	- Patienten wirken aggressiv und wütend auf die Krankheit und das Schicksal und haben sein Mitleid erzeugt - vermutet, dass es so gemacht ist, weil Angst und Aggressivität zusammen gehören - denkt, dass viele Leute so reagieren, aber er selbst ist nicht betroffen - trotzdem es Schauspieler waren, fand er sie glaubwürdig und realistisch - denkt, dass echte Patienten, sich vor der Kamera nicht so öffnen könnten, da es auch eine Kunst ist, Gefühle, die so in einem brodeln, auch in Worte zu fassen	

	die Gefühle, die in einem brodeln in Worte zu fassen - glaubt nicht, dass das ein Normaler einfach so vor einer Kamera könnte - fühlt sich aber persönlich nicht betroffen - Darsteller wirkten auf ihn wütend und aggressiv - empfand es furchtbar, dass sich der 2. Darsteller so auferlegte immer zu funktionieren und immer so ein „Korsett“ zu tragen - Darsteller wirkten unheimlich aggressiv auf die Krankheit und das Schicksal, eventuell weil Angst und Aggressivität auch zusammen gehören		

Unterkategorie: Wirkungen der Therapeuten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- Haben fachliche Kompetenz ausgestrahlt – ist das, was sie von Therapeuten auch erwartet - nehmen sich der Probleme an, geben Unterstützung, geben Hilfen, wissen, was mit den Patienten los ist, geben Ratschläge, setzen Ziele - fand die Therapeuten verständnisvoll, betont aber, dass Betroffene die Darsteller anders bewertet hätten - man muss sich sympathisch sein - fand 1. Therapeuten und 3. Therapeutin sehr sympathisch - haben auch Freiraum gelassen - ein Therapeut sagte, Angebot muss gemacht werden und Patient muss Hilfe wollen – hat ihr besonders gefallen, dass er auf diese Alternative hingewiesen hat - Therapeuten erschienen ihr nicht zu dominant	- haben fachliche Kompetenz ausgestrahlt - nehmen sich der Probleme an, geben Hilfen und Ratschläge, setzen Ziele und schätzen Patienten angemessen ein - fand 1. Therapeuten und 3. Therapeutin sehr sympathisch, was ihr wichtig ist - verständnisvoll, aber Betroffene hätten Patienten anders eingeschätzt - besonders gefallen, Äußerungen des 1. Therapeuten, dass man die Möglichkeit bekommen sollte und jederzeit darauf zurückgreifen kann	- alle 8 Interviewte haben Wirkung der Therapeuten bewertet und dies positiv - fachlich kompetent (2 Befragte) - verständnisvoll (3 Befragte) - sachlich, Betroffene hätten Patienten anders bewertet (2 Befragte) - nicht dominant - nicht emotional betroffen (2 Befragte) - Sympathie ist wichtig (1 Befragte) – 3. Therapeutin sympathisch (4 Befragte) und 1.Therapeut und 2. Therapeutin von 2 Befragten als sympathisch bewertet - Ein Interviewter – 1. Therapeuten nicht verstanden - Ein Interviewter – 1. Therapeuten und 2. Therapeutin zu theoretisch - Eine Befragte – lobte Äußerung des 1. Therapeuten - Eine Befragte – Empfehlungen zu einseitig – nur Psychotherapie – Gruppenangebot vermisst - 2 Befragte – Empfehlungen für 3. Darstellerin zu zurückhaltend - Ein Befragter – erschrocken vor Scheu vor Wort Psychotherapie - besonders gut gefallen, das Therapeuten o Ziele benannten
AP7	- Therapeuten wirkten sachlich und kompetent - Nicht dominant - Verständnisvoll	- Therapeuten wirkten sachlich, kompetent, nicht dominant und verständnisvoll - Ziele zu benennen, als gut empfunden - Empfehlungen etwas einseitig, nur	

	- Fand Zielstellungen gut - Empfehlungen als etwas zu einseitig empfunden (nur Empfehlung Psychotherapie kam sehr häufig) – hat Empfehlung für Gruppentherapie vermisst	Psychotherapie – Gruppentherapie vermisst	○ Jeweilige Probleme gut erfassten ○ Adäquate Vorschläge für eventuelle Maßnahmen unterbreitet
AP6	- es sollte mehr von solchen Leuten geben - fand die Therapeuten gut - fand die Empfehlung zu Entspannungsübungen gut	- als gut empfunden und es sollte mehr von solchen Leuten geben - Empfehlung über Entspannungsübungen für gut befunden	
AP5	- beim ersten Therapeuten wusste sie nicht so richtig, was er wollte - die beiden Therapeutinnen haben ihr sehr gut gefallen - denkt, dass Reden das Wichtigste ist - ihr hat der Ansatz gefallen wie sie helfen wollen	- 1. Therapeuten nicht verstanden, aber 2. und 3. Therapeutin als sehr gut empfunden - Hält Reden für das Wichtigste - Ansatz, wie sie helfen wollen, hat ihr gefallen	
AP4	- empfand die letzte Therapeutin als sehr gut und sehr natürlich - fand, dass sich diese Therapeutin sehr intensiv mit der Sache beschäftigt - die anderen beiden Therapeuten waren ihr zu Lehrbuch-mäßig - fand alle Therapeuten verständnisvoll	- letzte Therapeutin sehr gut und sehr natürlich und hat sich intensiv mit der Thematik beschäftigt - anderen beiden Therapeuten zu theoretisch - alle waren verständnisvoll	
AP3	- Therapeuten wirken nicht dominant - Denkt, dass die Therapeuten bei der letzten Darstellerin etwas mehr	- wirken nicht dominant - denkt, dass Therapeuten bei letzten Darstellerin mehr empfehlen hätten	

	empfehlen hätten sollen, z. B. eine Einweisung	müssen	
AP2	- fand die Therapeuten gut - zweifelt, ob man der letzten Darstellerin noch helfen kann - denkt, dass die Therapeuten Selbstbewusstsein aufbauen sollten	- Therapeuten als gut empfunden, aber zweifelt, dass man 3. Darstellerin noch helfen kann -	
AP1	- fand Therapeutenratschläge angemessen - haben immer ganz gut erfasst, was das Problem ist und auch Vorschläge gemacht, was man in Abhängigkeit vom Patienten tun muss - fand es erschreckend, dass man das Wort „Psychotherapie“ immer noch so betonen muss (3. Therapeutin) - entspricht aber auch seiner Erfahrung - Therapeuten waren sehr vorsichtig - Anmerkungen konnte man als Ratschläge verstehen - haben schön frei gesprochen	- Therapeuten haben Probleme gut erfasst und adäquate Vorschläge für eventuelle Maßnahmen unterbreitet, waren dabei sehr vorsichtig und verständnisvoll - fand die immer noch bestehende Scheu vor dem Wort „Psychotherapie“ (3. Darstellerin) erschreckend -	

<table>
<tr><th colspan="4">Unterkategorie: Identifikation mit Belastungen und Sorgen</th></tr>
<tr><th></th><th>Paraphrasierung</th><th>Generalisierung und 1. Zusammenfassung</th><th>2. Zusammenfassung</th></tr>
<tr><td>AP8</td><td>- findet sich bezüglich der Angst in jedem Film ein Stück weit wieder
- konnte sich am besten in den 1. Fall hineinversetzen, weil es auch ihr Ziel war, wieder arbeiten zu gehen
- hatte keine Probleme, sich zu zeigen, hat auch ein Trägerkleid trotz Port getragen und auch den Ausfall ihrer Haare angenommen
- hat Fragen wie „Wie geht es dir“ oder Äußerungen wie „du siehst aber gut aus“ wie im 2. Fall als sehr unangenehm empfunden, weil sie mit sich noch unzufrieden ist und daher geht es ihr auch nicht gut
- im 3. Fall hat sie auch einige Fragen wiedererkannt, die auch sie sich gestellt hat, hat den Moment der Diagnoseübermittlung nicht als so schlimm empfunden und fühlte sich durch Ärzte immer gut versorgt</td><td>- Identifikation mit
o schnell wieder arbeiten zu wollen (1. Film)
o unangenehme Empfindungen gegenüber Äußerungen wie „Du siehst gut aus“ oder „Wie geht es dir?“ (2. Film)
o einige Fragen aus dem 3. Film

- keine Identifikation mit
o hat keine Probleme sich trotz einiger körperlicher Veränderungen zu zeigen, da sie sich selbst angenommen hat
o Ängste wie im 3. Film waren nicht so stark ausgeprägt, weil sie sich durch Ärzte gut versorgt fühlte</td><td rowspan="2">Identifikation mit:

1. Darstellerin
o Problemen mit dem Körper (2 Befragte)
o schnell wieder arbeiten (1 Befragte)

2. Darsteller
o Probleme mit dem Partner (2 Befragte)
o Probleme mit Wiedereintritt in Arbeit (2 Befragte)
o Rückzug von Freunden und Bekannten (4 Befragte)
o Wesensveränderungen (1 Befragter)
o unangenehme Empfindungen gegenüber Äußerungen „Du siehst gut aus“, „Wie geht es dir?“ (1 Befragter)
o Vorstellung über die Zukunft (1 Befragter)
o Sorge um die Frau (1 Befragter)
o weiches Auftreten (1 Befragter)
o Selbstmitleid (1 Befragter)

3. Darstellerin</td></tr>
<tr><td>AP7</td><td>- hatte auch Ängste, aber nicht so vordergründig und nicht so wie der</td><td>- Identifikation mit:
o Wunsch sich von anderen zu</td></tr>
</table>

	Mann (2. Fall) - konnte sich nicht damit identifizieren, dass man nicht begreifen kann, dass es einen getroffen hat, sie war froh, dass es sie erst so spät getroffen hatte im Sinne von, dass ihre Kinder schon groß waren – das wäre sonst noch schwieriger gewesen - kann gut nachempfinden, dass man sich manchmal von anderen distanzieren möchte, zumal andere ja auch nicht wissen wie sie mit einem umgehen sollen (Identifikation 2. Fall) - Wesensveränderungen (ist ungeduldiger geworden) – Identifikation 2. Fall	distanzieren (2. Fall) ○ Wesensveränderungen (2. Fall) - **keine Identifikation mit:** ○ Frage „Warum ich?“ (3. Fall)	○ Diagnoseschock mit Blackout (3 Befragte) ○ Frage: „Warum bekomme ich Krebs?“ (1 Befragte) ○ Angst durch Informationsdefizit (1 Befragter) ○ Angst vor Nebenwirkungen (1 Befragter) **alle Darsteller** ○ Angst vor Rezidiv (1 Befragter) ○ Krebserkrankung an sich (1 Befragter) **keine Identifikation mit:** ***1. Darstellerin*** ○ Problemen mit dem Körper (1 Befragte) ***2. Darsteller*** ○ Probleme mit Wiedereintritt in Arbeit (1 Befragter) **3. Darstellerin** ○ Diagnoseschock mit Blackout (2 Befragte) ○ Frage: „Warum bekomme ich Krebs?“ (2 Befragte)
AP6	- sich unter gesunden Menschen zu finden und glücklich zu sein (Identifikation 2. Fall) - fragt sich auch, ob ihre Partnerschaft weiter bestehen wird, insbesondere auch glücklich, denkt, dass wegen ihr einiges nicht mehr so funktioniert, wie es mal funktioniert hat (2. Fall) - hat Zukunftsängste – kein Arzt macht irgendwelche Prognosen und keiner weiß, ob die Erkrankung wiederkommt,	- Identifikation mit: ○ Problemen, sich wieder wohl zu fühlen unter Gesunden (2. Fall) ○ Probleme mit der Partnerschaft (2. Fall) ○ Zukunftsängste (2. Fall) ○ Diagnoseschockphase (3.Fall) ○ Angst durch Informationsdefizit (3. Fall) ○ Angst vor Wiedereintritt in die Arbeit Identifikationsfähigkeit war	

	Zukunftspläne sind jetzt sehr eingeschränkt - Identifikation 3. Fall: nach Diagnoseübermittlung war alles wie im falschen Film und sie weiß auch nicht mehr, wie sie nach Hause gekommen ist, man hat immer wieder den Gedanken „ich habe Krebs“, war sehr traurig und hat sehr viel geweint - Identifikationsfähigkeit war unabhängig vom Geschlecht - hat im 3. Film bemerkt, dass die Patientin insbesondere Ängste hat wegen eines Informationsdefizits – ging ihr auch so, wenn sie nicht genug erfahren konnte über nachfolgende Therapieschritte und war dann immer wieder schockiert	unabhängig vom Geschlecht	**alle Darsteller** o Pessimistische Grundeinstellung des 2. und 3. Darstellers (1 Befragte) - 5 Interviewte – **Geschlecht** und Identifizierungsfähigkeit – bei 4 Befragten nicht vom Geschlecht abhängig
AP5	- konnte sich teilweise mit der 1. Frau identifizieren, weil es ihr Krankheitsbild ist und sie auch eine Brust verloren hat, geht aber offener damit um - hat auch so ein bisschen das Alleinsein gesucht, weil sie mit so viel Anteilnahme zunächst nicht umgehen konnte und sich auch nicht fit fühlte (Identifikation 2. Fall) - Identifikation 2. Fall: hat auch	- **Identifikation mit:** o 1. Fall, da ihr Erkrankungsbild und auch eine Brust verloren, aber geht offener damit um o zeitweiliges Suchen des Alleinseins (2. Fall) o Identifikation mit Darstellung der Diagnoseschockphase im 3. Film - **keine Identifikation mit:** o Angst vor Wiedereintritt in Arbeit (2. Fall)	

	versucht wieder nach dem Hamburger Modell zu arbeiten – Konzentrationsstörungen, hat sie als sehr anstrengend empfunden, aber hatte keine Angst davor, da sie zunächst auch Rücksicht genommen wurde - kämpft insbesondere mit den sozialen Auswirkungen der Erkrankung – wurde in den Filmen nicht angesprochen - kann Diagnoseschock der 3. Patientin gut nachempfinden, beschreibt es wie in einem Vakuum und um sich herum nimmt man alles nur so ganz komisch wahr, ist aber irgendwann aus dem Loch wieder herausgekommen - hat die Frage „Warum ich?“ in „Wozu ich?“ umgewandelt - Identifizierungsfähigkeit war vom Geschlecht abhängig – konnte sich am besten mit den beiden Frauen identifizieren	o Frage „Warum ich?“ in „Wozu ich?“ umgewandelt Identifizierungsfähigkeit war vom Geschlecht abhängig – konnte sich am besten mit den beiden Frauen identifizieren	
AP4	- Identifizierungsfähigkeit ist nicht geschlechtsabhängig - identifiziert mit Angst vor Rezidiv (alle Fälle) - konnte sich identifizieren mit der Angst vor der Wiedereingliederung in den Job	- **Identifikation mit:** o Angst vor Rezidiv (alle Fälle) o Angst vor Wiedereingliederung in den Joballtag (2. Fall) o Diagnoseschockphase – Entscheidung für Therapie (3. Fall)	

	- konnte auch Diagnoseschock nachvollziehen – hatte auch Probleme mit Therapieentscheidung – nach Entscheidung für Therapie hat sie diese aber zielstrebig durchgehalten	Identifikationsfähigkeit ist nicht vom Geschlecht abhängig	
AP3	- Identifizierungsfähigkeit unabhängig vom Geschlecht - kann Partnerschaftsprobleme des 2. Patienten und körperlichen Probleme der 1. Patientin nachvollziehen	- **Identifikationsfähigkeit mit:** o Körperlichen Problemen (1.Film) o Partnerschaftsproblemen (2. Film) Identifikationsfähigkeit unabhängig vom Geschlecht	
AP2	- kennt selbst auch die Situation in Selbstmitleid zu versinken (2. Fall) - Abkapseln von Freunden und Verwandten, da man nicht mehr ebenbürtig ist und nicht mehr berufstätig (Id. 2. Fall) - Angst vor Nebenwirkungen (3. Fall) - konnte sich damit identifizieren, dass er Krebs hat (alle Fälle) – hat das immer noch nicht richtig verinnerlicht wegen Angst vor Depression - findet sich manchmal auch so „weich“ wie der Mann im 2. Film, redet wenig über seine Probleme und dann beginnt die Gefahr des Selbstmitleids	- **Identifikation mit:** o Versinken in Selbstmitleid (2. Fall) o Zurückziehen von Freunden und Verwandten (2. Fall) o Angst vor Nebenwirkungen (3. Fall) o Krebserkrankung an sich (alle Fälle) o sensibles und weiches Auftreten und nicht über seine Probleme reden (2. Fall) o Sorge um seine Frau (2. Fall) - keine Identifikation mit: o Diagnoseschockphase (3. Fall) Identifikationsfähigkeit ist unabhängig vom Alter	

	- hat sich zeitweise um seine Frau gesorgt (Id. 2. Fall) - Identifizierungsfähigkeit hängt nicht vom Geschlecht ab - kann sich nicht so gut mit der Diagnoseschockbeschreibung der 3. Darstellerin identifizieren, da seine Krebserkrankung während einer OP diagnostiziert wurde und er vor vollendete Tatsachen gestellt wurde		
AP1	- kann die pessimistische Grundeinstellung der Patienten nicht nachvollziehen (2. Fall: „Das kommt ja sowieso wieder“; 3. Fall: „Es hat keinen Sinn, sich therapieren zu lassen“)	- **keine Identifikation mit:** o pessimistischen Grundeinstellung des 2. Darsteller und der 3. Darstellerin	
Unterkategorie: Beurteilung und Art der Aufbereitung der Information			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- Layout war schlicht und einfach – auch Leute, die nicht oft mit dem PC oder Internet arbeiten müssten damit klar kommen, da Auswahl eindeutig („trifft zu“ oder „trifft nicht zu“) - nicht mehr Farben – wäre dem Anlass nicht angemessen – man muss nicht alles schwarz-weiß und		- 6 Interviewte bewerten **Layout** positiv: schlicht und einfach, auch Leute, die sonst nicht viel mit dem PC zu tun haben, müssten damit zurecht kommen - **mittlere Anfangsbildchen:** etwas ausdrucksstärker gestalten (2 Befragte) - **Länge der Filme:** 1 Befragter grenzwertig bzw. 3 Befragte zu lang, da Zielgruppe oft Konzentrationsprobleme;

	traurig machen, aber auch nicht bunt – grün = Farbe der Hoffnung – sehr gelungen - hätte sich gefreut, wenn es diese Internetseite schon früher gegeben hätte - mittleres Anfangsbildchen noch etwas ausdrucksstarker gestalten, damit es auf Angst und Sorge passt		Lösungsmöglichkeiten: gegeneinander schneiden, alternative Kurzfassung - Farben: haben gefallen (2 Befragte) - Mehr Bilder für bestimmte Erscheinungen und Zustände im Zusammenhang mit der Erkrankung (1 Befragte) -
AP7	- Layout gut gefallen - Filme waren nicht zu lang	- Layout gut bewertet - Filme nicht zu lang	
AP6	- man sollte Bildchen nutzen, um den Leuten zu zeigen, wie es in Wirklichkeit aussieht	- mehr Bildchen für bestimmte Erscheinungen und Zustände im Zusammenhang mit der Erkrankung	
AP5	- Layout als gut empfunden - fand es zu lang und hätte sich in ihrer Behandlungsphase nicht so lange konzentrieren und dem Ganzen folgen können - man sollte noch ein paar mehr positive Effekte reinbringen, die Zuversicht vermitteln	- Layout als gut empfunden - Filme zu lang – wegen Konzentrationsproblemen der Zielgruppe - mehr positive und Zuversicht-vermittelnde Effekte	
AP4	- fand den ersten Bericht am besten, da auch nicht so lang - die anderen beiden Schilderungen waren zu lang – müsste kürzer - fand Layout und Aufbau gut	- 2. und 3. Film waren zu lang - Layout und Aufbau der Internetseite mit gut bewertet	
AP3	- Layout und Umfang sind in Ordnung	- Layout und Umfang sind in Ordnung	
AP2	- Länge der Filme grenzwertig,	- Länge der Filme grenzwertig	

	vollkommen ausreichend, sonst wäre es zu kompliziert geworden		
AP1	- fand die Seite gut gemacht, aber insgesamt ein bisschen lang insbesondere für Patienten, die Krebs und Angst haben – die können sich nicht so lange konzentrieren - eventuell gegeneinander schneiden – zunächst berichtet Patient einen Teil, dann kommt Therapeut, dann wieder Patient u.s.w. - alternativ neben dieser Fassung noch eine Kurzfassung anbieten - ist ziemlich sicher, dass das von der Zielgruppe her viele Leute zu sehr beanspruchen würde, dass sie das nicht bis zum Ende angucken - Layout und Farben mit sehr gut bewertet – angenehme Farben, nicht stereotyp medizinisch, aber so ein bisschen ruhige Farben - mittleres Anfangsbildchen etwas ausdrucksstärker gestalten – Angst ist die zusammengerollte Gestalt (Embryonalstellung), sich zusammenkauern und die Bettdecke über den Kopf ziehen	- Filme und Therapeutenstatements zu lang für Zielgruppe (Patienten mit Krebs und Angst) wegen Konzentrationsproblemen - Lösungsmöglichkeiten: gegeneinander schneiden, alternative Kurzfassung - Layout sehr gut - Farben sehr gelungen, ruhig und nicht stereotyp medizinisch - mittlere Anfangsbildchen etwas ausdrucksstärker gestalten (Lösungsvorschlag: zusammengerollte Gestalt (Embryonalstellung))	

Unterkategorie: psychologische Unterstützungsangebote			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- hat Unterstützungsangebot in ambulanten Arztpraxis erhalten - hat dieses nicht sofort, aber etwas später in Anspruch genommen	- Unterstützungsangebot in ambulanten Arztpraxis, nicht sofort, aber etwas später auch genutzt	- alle 8 Interviewten haben sich zur Kategorie geäußert - kein Interviewter überhaupt kein Angebot - 7 Befragte im Laufe der Behandlung im Krankenhaus - von diesen erhielten 2 Befragte im KH eine psychologische Unterstützungsmöglichkeit - eine Befragte nur eine Woche im KH - 4 Befragte – psychologisches Unterstützungsangebot in Reha - 7 Interviewte – Angebot für psychologische Unterstützung in ambulanten Praxis - ein Interviewter schon vor Krebsdiagnose Verhaltenstherapeuten – Therapie umgestellt
AP7	- in Reha waren Gesprächskreise und man hätte auch einzeln hingehen können – hat hier besonders das Gruppenangebot geschätzt - im Krankenhaus nur eine Woche – kein Unterstützungsangebot - Unterstützungsangebot in ambulanten Arztpraxis, was sie auch nutzt	- im KH – kein Angebot, aber hier nur 1 Woche - in Reha – Gruppen- und Einzelgespräche angeboten - Angebot in ambulanten Arztpraxis – wird genutzt	
AP6	- geht zur Psychologin in der ambulanten Arztpraxis, die hat ihr empfohlen einen Termin für eine Psychotherapie zu vereinbaren – hier gibt es sehr lange Wartezeiten, findet sie überhaupt nicht gut, weil sie im Moment ganz viele Sachen zu bewältigen hat und es ihr nicht gut geht - hatte auch im Krankenhaus die Möglichkeit, eine Psychologin zu sprechen – hat ihr angeboten weiter	- im KH Gespräch mit Psychologin - in Reha auch Unterstützungsangebot (Problem: Gruppentherapie - übermäßig ältere Patienten, die ihren Problemen nicht folgen konnten - geht zur Psychologin in ambulanten Arztpraxis, hat ihr zur Psychotherapie geraten - versucht gegenwärtig Termin für Psychotherapie zu bekommen (sehr lange Wartezeiten)	

	bei ihr zu bleiben und eine SHG zu besuchen – Weg zu dieser Psychologin zu lang, zweifelt noch daran, ob sie den Vorschlag, zu einer SHG zu gehen, annehmen soll, da keine Zeit und skeptisch, ob ihr das gut tut, wenn alle über die Erkrankung sprechen - in Reha auch Unterstützungsangebot, Problem: hier waren hauptsächlich ältere Patienten, die ihren Problemen nicht folgen konnten - möchte im nächsten Jahr in eine Rehaeinrichtung fahren, die nur junge Krebspatienten aufnimmt – hofft dort besser verstanden zu werden; hier gibt es allerdings noch Probleme mit der Kostenübernahme durch die Rentenversicherung Bund		
AP5	- hatte bereits im Krankenhaus die Möglichkeit, einen Psychologen zu sprechen – nicht genutzt - in Reha auch Möglichkeiten – genutzt – waren von ihrer positiven Grundeinstellungen begeistert - in ambulanten Arztpraxis stand von Anfang an das Angebot für psychologische Unterstützung – hat es dann genutzt als dies sozialen	- im KH – Angebot eine Psychologin zu sprechen – nicht genutzt - in Reha auch Möglichkeiten einen Psychologen zu sprechen - von Anfang an stand Angebot psychologischer Unterstützung in ambulanten Arztpraxis – hat im Laufe der Nachsorge angefangen, das Angebot zu nutzen	

	Auswirkungen der Erkrankung sie immer stärker belastet haben, fand es sehr hilfreich jeder Zeit dieses Angebot in der ambulanten Arztpraxis zu nutzen		
AP4	- hat Angebot für psychologische Unterstützung in ambulanten Arztpraxis bekommen – hat es aber nicht genutzt, weil sie während der Chemo bereits gearbeitet hat und das für sie eine zusätzliche Belastung gewesen wäre – erst mal ohne Unterstützung probiert	- ist in ambulanten Arztpraxis auf psychologische Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen worden - hat es nicht genutzt, da während Chemo wieder gearbeitet und wäre dann eine zusätzliche Belastung gewesen	
AP3	- hat Angebot in Reha bekommen – hatte kein Bedarf zu erzählen - wenn es schlimmer werden würde, würde er sich Hilfe suchen, aber es würde ihm wahrscheinlich schwer fallen	- hat in Reha Unterstützungsangebot bekommen – sah keinen Bedarf	
AP2	- ihm hilft sein Verhaltenstherapeut, den er schon vor der Diagnose hatte - Programm etwas umgestellt und an veränderte Situation angepasst	- unterstützt durch Verhaltenstherapeut, den er schon vorher hatte	
AP1	- ihm ist ein entsprechendes Angebot in der ambulanten Arztpraxis unterbreitet worden, hat aber für sich nicht die Notwendigkeit gesehen - hätte aber sicher solche Hilfe in Anspruch genommen, wenn es ihm	- Angebot in ambulanten Arztpraxis unterbreitet – für sich nicht die Notwendigkeit gesehen - hätte aber Hilfe angenommen, wenn er sie bräuchte und es ihm wie den 3 Darstellern gehen würde	

	wie den Leuten in den Filmen gegangen wäre		

<table>
<tr><th colspan="4">Unterkategorie: Leistungen der Psychoonkologie</th></tr>
<tr><th></th><th>Paraphrasierung</th><th>Generalisierung und 1. Zusammenfassung</th><th>2. Zusammenfassung</th></tr>
<tr><td>AP8</td><td>- die Patienten auf die richtige Bahn bringen, Fragen beantworten, Halt geben
- wissen wovon sie sprechen
- sich gut aufgehoben fühlen</td><td>- PO sollte dem Patienten Halt geben und ihn auf den richtigen Weg bringen
- Therapeuten sollten Fragen beantworten könne und Patient sollte sich gut aufgehoben fühlen</td><td rowspan="5">Welche Probleme bestehen in der Praxis?

- wichtig, dass sich dieses Fachgebiet entwickelt hat, was spezifisch auf diese Zielgruppe eingeht (1 Befragte)
- Psychoonkologie wichtiges Gebiet, aber Akzeptanz der Ärzte gegenüber Psychologen schlecht und keine gute Zusammenarbeit in Praxis – eigene Erfahrung (1 Befragter)

Was kann Psychoonkologie für Krebspatienten leisten?

- Therapeut sollte Patienten wieder auf richtigen Weg bringen (1 Befragte)
- Therapeut sollte Lösungsmöglichkeiten aufzeigen bezüglich der Fragen:
o Wie kommt man aus dem Loch heraus?
o Wie kann man sich wieder wohler fühlen unter Gesunden und in der Partnerschaft?
o Wie kann es Gesunden gelingen, besser mit den Patienten umzugehen?
- Therapeut sollte Patienten bestärken (1 Befragte)</td></tr>
<tr><td>AP7</td><td>- wichtiges Gebiet, dass sich besonders auf die Erkrankung eingestellt hat
- denkt, dass ganz viele Menschen diese Hilfe brauchen</td><td>- Fachgebiet, was sich auf diese Erkrankung spezialisiert hat – das findet sie wichtig
- Bedarf ist entsprechend groß</td></tr>
<tr><td>AP6</td><td>- neue Konzepte finden, wie kommt man aus dem Loch wieder raus, wie man sich wieder wohler fühlen könnte im Umgang mit Gesunden und in der Partnerschaft, wie kann es Gesunden gelingen besser mit den Patienten umzugehen</td><td>- Anregungen geben und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen:
o wie kommt man aus dem Loch raus
o wie kann man sich wieder wohler fühlen unter Gesunden und in der Partnerschaft
o wie kann es Gesunden gelingen, besser mit Patienten umzugehen</td></tr>
<tr><td>AP5</td><td>- findet wichtig, dass der Therapeut es schafft, die Patienten zu bestärken und auch mal zu sagen „Das machen Sie richtig!“ und die Bestätigung zu bekommen, das Richtige zu tun
- den Patienten soll es durch eine</td><td>- findet es wichtig, dass der Therapeut einen bestärken kann und bestätigt, dass man das Richtige tut
- Patienten sollen Denkanstöße bekommen, um nicht mehr alles so ängstlich und negativ zu sehen
- Auseinandersetzung mit anderen Dingen</td></tr>
</table>

	Therapie besser gehen und sie sollen andere Denkanstöße bekommen, um das nicht mehr so ängstlich und negativ zu sehen - Patienten sollten lernen sich auch mit anderen Dingen auseinander zu setzten	lernen	**Welche Erkenntnisse vermittelt das Instrument bezüglich Leistungen der Psychoonkologie?** - Therapeuten für die 3 in Filmen vorgestellten Fälle differenziert dargestellt, was getan werden sollte – objektiver Bedarf – Fachgebiet noch mehr bekannt machen (1 Befragter (AP1))
AP3	- Aufbau und Hilfe für die Darsteller, aber für ihn wäre das nichts	- Therapeuten sollten aufbauen und helfen	
AP2	- denkt, dass es eine sehr gute Sache ist, aber merkt an, dass die gegenseitige Akzeptanz der einzelnen Arztgruppen seiner Erfahrung nach nicht besonders gut ist, das blockiert die Ausweitung des Fachgebiets	- Entwicklung dieses Fachgebiets ist eine sehr gute Sache, aber die Kommunikation unter den verschiedenen Arztgruppen ist schlecht, was auch die gegenseitige Akzeptanz erschwert (eigene Erfahrungen)	
AP1	- für die 3 dargestellten Fälle haben Therapeuten differenziert dargelegt, was getan werden sollte bei diesen Patienten – erschien ihm sinnvoll – denkt insofern, dass es einen objektiven Bedarf gibt und man sollte das auch einfach noch mehr bekannt machen	- durch die 3 Darsteller ist differenziert durch die Therapeuten dargestellt worden, was jeweils getan werden sollte - es scheint einen objektiven Bedarf zu geben und man sollte das Fachgebiet und seine Möglichkeiten, Patienten zu unterstützen noch mehr bekannt machen	

Unterkategorie: Selbsteinschätzung oder Motivation zu zukünftigen Aktivitäten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- ist alles aufgefrischt und intensiver geworden, aber Einstellung hat sich nicht geändert - hat jetzt aber das Gefühl und die Hoffnung auf dem richtigen Weg zu sein - sie hätte das Instrument in jedem Fall motiviert, Hilfe zu suchen - sie betont aber auch, dass alle Menschen unterschiedlich sind - beispielsweise Menschen, die sehr tief fallen, könnten sich durch das Ansehen der Filme noch weiter zurückziehen - sie selbst fand es erst einmal gut, jemanden zu sehen, der mit der Krankheit auch wirklich beschäftigt ist und sich mit der Krankheit auseinander setzen muss	- alles aufgefrischt und intensiver geworden - hat jetzt Gefühl und Hoffnung auf dem richtigen Weg zu sein - wäre durch das Instrument auf jeden Fall motiviert worden, Hilfe zu suchen - merkt an, dass z. B. Menschen, die sehr tief fallen, sich durch das Ansehen der Videos noch weiter zurückziehen könnten	**7 Interviewte haben sich zu dieser Kategorie geäußert** - 4 Befragte in Gesprächstherapie ***angenommen*** - 4 Befragte – Instrument sehr ansprechen - davon 3 in Gesprächstherapie, wären auf jeden Fall motiviert worden, Hilfe zu suchen – alles wieder aufgewühlt, aber auf richtigen Weg (1 Befragte) und AP6 - Instrument ansprechend (1 Befragter , der nicht in Gesprächstherapie ist (AP1)) **abgelehnt** - 3 der 7 Befragten durch Instrument nicht motiviert, Hilfe zu suchen (davon 1 Befragte in Gesprächstherapie (AP7)) - AP4 – nicht zu viel mit Erkrankung beschäftigen – lieber zurück in Normalität - AP3 – Filme haben gezeigt, dass er nicht allein ist mit der Erkrankung, aber keinem Motivation zum Psychoonkologen zu gehen **Anmerkung** - Menschen, die tief fallen, könnten sich durch
AP7	- eine derartige Internetseite mit den Filmen hätte sie nicht motiviert, Hilfe zu suchen - das lag daran, dass sie die Darsteller als sehr künstlich empfand, das hätte sie irritiert und sie hätte dann gedacht, dass da	- hätte sie nicht motiviert Hilfe zu suchen, weil Darsteller sehr künstlich, hätte irritiert und sie hätte gedacht, dass etwas nicht stimmt	

	irgendwas nicht stimmt - ist ein sehr kritischer Mensch		Filme noch weiter zurück ziehen – differenziert betrachten, wer Filme allein sehen kann (AP8) - Instrument – sehr gut für Aufklärung (AP5)
AP6	- hat begriffen, dass sie ihre emotionalen Probleme noch nicht in Griff hat - versucht sich zu pflegen, gut auszusehen und wieder zu den normalen Menschen zu gehören – versucht immer diese Maske anzuziehen, wenn sie zur Arbeit geht und möchte zeigen, dass es ihr doch nicht so schlecht geht, aber die Filme haben ihr gezeigt, dass sie das noch nicht in Griff hat - fand bisher im Internet zu der Thematik oft Informationen, die ihr noch mehr Angst gemacht haben (Chatseiten) - findet nicht, dass das durch diese Internetseite passiert, weil das professionelle Leute machen und nicht alles Mögliche rein geschrieben wird - denkt, dass entsprechende Patienten motiviert werden könnten, sich Hilfe zu suchen, da sie während der Chemo auch wenig Zuwendung in dieser Richtung erhielt - deshalb wäre der Rat, zum Psychoonkologen zu gehen,	- hat durch die Filme begriffen, dass sie ihre emotionalen Probleme noch nicht im Griff hat - versucht sonst jeden Tag eine Maske zu tragen, um zu zeigen, dass es ihr nicht so schlecht geht, aber Filme haben sie vom Gegenteil überzeugt - hat bisher Chatseiten im Internet besucht, die ihr Angst gemacht haben, denkt nicht, dass das durch das Instrument passieren kann, weil es professionelle Leute machen - erhielt während Chemo nur wenig Zuwendung in psychologischer Hinsicht, - denkt daher, dass es vielen Patienten genauso geht und diese durch ein solches Instrument dann motiviert werden könnten sich Hilfe zu suchen	

	ermutigend für andere Patienten, dass die sich dann Hilfe holen		
AP5	- denkt, dass man Leute damit ansprechen kann - würde kein Problem darin sehen, wenn sich alle Patienten die Filme auf der Internetseite ansehen könnten, eventuell sehen sie Parallelen und würden dann eher Hilfe in Anspruch nehmen – für Aufklärung sehr gut	- denkt, dass man Leute damit ansprechen kann - könnten Parallelen sehen und würden dann eher Hilfe in Anspruch nehmen - sehr gut für Aufklärung	
AP4	- Einstellung zu ihren eigenen emotionalen Belastungen hat sich nicht geändert, aber denkt über einige Sachen, die beschrieben wurden, nach - will sich erst einmal nicht so viel mit dem Thema beschäftigen - ist gerade damit beschäftigt, den Weg zurück in die Normalität zu finden - denkt, dass zu viel Beschäftigung mit der Erkrankung wieder negative Auswirkungen hat	- denkt über einige Sachen, die beschrieben wurden nach - will sich nicht zu viel mit dem Thema beschäftigen, sondern eher den Weg zurück in die Normalität suchen - zu viel Beschäftigung mit der Erkrankung hat wieder negative Auswirkungen	
AP3	- würde sich nicht an Psychoonkologen wenden - geht da allein durch oder stirbt und hat sich damit abgefunden - macht einen großen Bogen um Psychologen - wenn es schlimmer werden würde,	- die Filme haben ihm gezeigt, dass er nicht allein ist - würde nicht zum Psychoonkologen gehen, höchstens wenn es schlimmer wird	

	würde er schon hingehen - die Filme haben ihm gezeigt, dass er nicht allein ist mit der Erkrankung		
AP1	- fand die Fälle als solche beeindruckend, weil er selbst davon nicht betroffen ist - es hat sein Mitleid geweckt, dass es Patienten gibt, die neben den körperlichen Problemen der Erkrankung auch noch psychische Probleme haben - denkt, dass es ein vernünftiges Anliegen ist mit der Psychoonkologie – würde das auch unterstützen, auch wenn er nicht selbst betroffen ist	- fand beeindruckend, dass es an Krebs Erkrankte gibt, die neben den körperlichen Problemen auch noch so schwere psychische Probleme haben – hat sein Mitleid geweckt - findet, dass Psychoonkologie ein vernünftiges Anliegen ist	

Unterkategorie: Bewältigungsmöglichkeiten			
	Paraphrasierung	**Generalisierung und 1. Zusammenfassung**	**2. Zusammenfassung**
AP8	- hat entschieden Therapie von zu Hause aus zu machen, da sie sich dort wohler fühlt und ihre Familie um sich hat, die ihr Kraft gibt - hat sich neu auf das Leben eingestellt, hat ganz viel geändert und misst vielen Dingen andere Prioritäten bei - denkt, dass es wichtig ist auch an sich zu denken, war eine große Umstellung und hat sie früher nicht gemusst - man setzt die Prioritäten bewusster, wichtig sind Gesundheit, Familie und die Zukunft - manchmal möchte sie allein sein und sich den Gedanken hingeben oder einen Spaziergang machen - manchmal ist es ihr aber wichtig, abgelenkt zu werden und Unterhaltung zu haben - Bewältigung gelingt mehr oder weniger, ist abhängig von Schwere der jeweiligen Probleme	- Therapie von zu Hause aus gemacht, da dort Familie, die ihr Kraft gibt - Neu auf das Leben eingestellt, Prioritäten anders gesetzt - Wichtigste Prioritäten: Gesundheit, Familie und Zukunft - denkt jetzt auch mal an sich - wählt Alleinsein oder Ablenkung durch Unterhaltung mit Anderen je nach Bedarf und Wohlbefinden	- optimistische Grundeinstellung (1 Befragte (AP5)) - Informieren kann Ängste mildern (2 Befragte) - Intensive Beziehung zu Familie (2 Befragte) - Therapeutische Behandlung (5 Befragte), ein Befragter keine Hemmungen, sich Unterstützung zu suchen, wenn er sie bräuchte - Alleinsein (Kochen, Lesen, Filme gucken, Spazieren gehen) (2 Befragte) - Kontakt zu anderen – Ablenken (1Befragte) - Oft nicht wohl fühlen bei Treffen mit anderen (1 Befragte) - Große Hoffnungen, wieder gesund zu werden – macht Mut – Bewältigungsmöglichkeiten abhängig von jeweiligen Begleitumständen, aber momentan gut (1 Befragte (AP4)) - Einzelgänger – kein Kontakt zu anderen Betroffenen und Therapeuten (1 Befragter) - Moderne Medizin ist ein Segen – freut sich an dem was er hat und auf das was noch kommt (1 Befragter)
AP7	- Hat noch nicht so viele Möglichkeiten, negative	- noch nicht so viele Möglichkeiten – arbeitet mit dem Therapeuten daran	

	Emotionen selbst zu kontrollieren – arbeitet aber daran zusammen auch mit einer Psychologin - macht Physiotherapie		
AP6	- genießt die Zeit, in der sie mal allein ist, kocht, liest und guckt Filme - versucht auch unter Leute zu gehen, stellt aber immer wieder fest, dass sie sich doch nicht so wohl fühlt	- genießt auch mal Zeit allein (Kochen, lesen, Filme gucken) - versucht Leute zu treffen, fühlt sich aber oft nicht wohl	
AP5	- geht in einen Selbsthilfegruppe - betont, dass das für die 3 Darsteller auch gut wäre, damit die sehen, dass sie nicht allein sind und lernen damit umzugehen - Krebshilfe hat beim Ausfüllen von Anträgen geholfen	- SHG - Krebshilfe	
AP4	- hat große Hoffnung und verliert dadurch nicht den Mut - hat im Moment gute Bewältigungsmöglichkeiten, kann allerdings nicht einschätzen, wie es wäre, wenn andere ungünstige Faktoren auf sie einwirken	- hat große Hoffnungen und verliert dadurch nicht den Mut - im Moment gute Bewältigungsmöglichkeiten, kann sich ändern, wenn Einflüsse dazukommen würden	
AP3	- betont, dass er ein Einzelgänger ist und nicht unter andere Betroffene gehen würde, wie zum Beispiel in eine SHG	- ist ein Einzelgänger und sucht eher nicht Kontakt zu anderen Betroffenen oder dem Therapeuten	
AP2	- möchte demnächst einfach mal Urlaub machen, abschalten und	- möchte demnächst einfach mal abschalten ohne Arztbesuche	

	keine Arztbesuche wahrnehmen müssen - findet es wichtig die Ursachen für bestimmte Beschwerden zu kennen, das nimmt ihm dann auch ein wenig die Angst (Beispiel Taubheitsgefühl in den Füßen kommt von der Chemo)	- Ursachen für bestimmte Beschwerden kennen oder herausfinden, hilft, Ängste zu vertreiben oder abzuschwächen (Beispiel Taubheitsgefühl in Füßen durch Chemo)	
AP1	- hat eine sehr intensive Beziehung zu seiner Frau und seinen Kindern - ist Ärzten gegenüber positiv eingestellt, wenn er mit einem Arzt nicht zurecht kommt, wechselt er - lobt die großen Fortschritte der Medizin, die dazu beigetragen haben, dass er noch lebt – freut sich daher immer bewusst an dem was er hat und ihm noch bevor steht - wenn er psychotherapeutische Hilfe bräuchte, würde er sie ohne Hemmungen in Anspruch nehmen	- sehr intensive Beziehung zu Frau und Kindern - positive Einstellung gegenüber Ärzten - lobt Fortschritte der Medizin, die dafür sorgen, dass er noch lebt - freut sich immer bewusst an dem was er hat und ihm noch bevor steht - hätte keine Hemmungen psychotherapeutische Hilfe zu suchen oder anzunehmen, wenn er sie bräuchte	

<table>
<tr><th colspan="4">Unterkategorie: Nutzung und Bewertung psychologischer Hilfen aus dem Internet</th></tr>
<tr><th></th><th>Paraphrasierung</th><th>Generalisierung und 1. Zusammenfassung</th><th>2. Zusammenfassung</th></tr>
<tr><td>AP8</td><td>- Hilfe im Internet zu suchen ist in Ordnung
- die eigentliche Therapie sollte dann auf einem persönlichen Kontakt beruhen
- Nachteil des Internets bezüglich psychologischer Unterstützung: man kann noch mehr Angst bekommen z. B. durch Chatseiten und Erfahrungsbericht im Internet – liegt daran, dass das nicht so richtig ausgedrückt wird und es zu tief ins Detail geht
- denkt nicht, dass das mit diesem Instrument möglich ist, da hier alles nur oberflächig angesprochen wurde
- vorteilhaft ist es, die Möglichkeit zu haben, sich zunächst zu informieren und anschließend beim Arzt in der Lage sein zu erklären, was man braucht und was man will – dafür fand sie auch das hier vorgestellte Instrument sehr hilfreich</td><td>- Information durch Internet ist in Ordnung, aber Therapie mit persönlichem Kontakt bevorzugt
- Nachteil: Chatseiten machen mehr Angst, da das nicht so richtig ausgedrückt wird und zu tief ins Detail geht
- nicht durch dieses Instrument möglich
- Vorteil: Informieren und anschließend beim Arzt in der Lage sein zu erklären, was man braucht und was man will (auch durch Instrument)</td><td rowspan="2">- alle 8 Interviewte äußerten sich zum Internetnutzungsverhalten für psychologische Unterstützungsangebote
- 4 Befragte – keine Nutzung des Internets für psychologische Hilfen
- 4 Befragte – Nutzung des Internets für Information zu dieser Thematik
- 2 von diesen Befragten – können sich Online-Therapie oder –Beratung vorstellen, aber bisher noch nicht ausprobiert

Vorteile:
• Information (2 Befragte (AP4, AP8))
• Ortsungebundenheit (2 Befragte (AP6, AP5)
• Anonymitätscharakter (1 Befragter (AP1))

Nachteile:
• Chatseiten – lösen mehr Angst aus (3 Befragte)
• Filterung seriöser Informationen (1 Befragte (AP5))
• Fehlen des persönlichen Kontakts (1 Befragte (AP5))</td></tr>
<tr><td>AP7</td><td>- Nutzt Internet generell wenig</td><td>- nutzt Internet generell wenig</td></tr>
</table>

	- Würde psychologische Unterstützung nicht im Internet suchen	- würde psychologische Unterstützung nicht im Internet suchen	
AP6	- Kann sich vorstellen sowohl Informationen zur Thematik zu suchen als auch Online-Beratung und –Therapie zu nutzen - Vorteil des Internets: Ortsungebundenheit - Nachteil: man findet nicht immer seriöse Informationen (Chatseiten machen noch mehr Angst) - schlechte Erfahrungen mit Krebsinformationsdienst	- Internet für Informationssuche und Online-Therapie oder –Beratung möglich - Vorteile: Ortsungebundenheit - Nachteil: Selektion seriöser Informationen (Chatseiten machen noch mehr Angst)	
AP5	- nutzt Internet, um sich zu informieren - Online-Therapie und Online-Beratung waren ihr bisher nicht bekannt, würde sie aber auch ausprobieren - Berichtet über negative Erfahrungen mit Chatseiten und sagt, dass hier erst Ängste geschürt werden - denkt nicht, dass das durch die Filme passieren kann - Vorteile des Internets: Ortsungebundenheit insbesondere für immobile Patienten - Nachteil: das Persönliche würde fehlen	- Internet genutzt zur Information - Online-Therapie oder – Beratung bisher nicht bekannt, aber würde sie probieren - Berichte auf Chatseiten machen Angst – denkt nicht, dass das durch das Instrument passiert - Vorteile Internet: Ortsungebundenheit besonders für immobile Patienten - Nachteil: das Persönliche fehlt	

AP4	- nutzt Internet für Informationssuche - Vorteil: man findet schnell viele Informationen zu einer bestimmten Thematik	- nutzt Internet zur Information - Vorteil: man findet schnell viele Informationen	
AP3	- nutzt das Internet fast gar nicht	- nutzt das Internet fast gar nicht	
AP2	- würde nicht über das Internet nach psychologischen Unterstützungs-möglichkeiten suchen	- würde nicht über das Internet nach psychologischen Unterstützungs-möglichkeiten suchen	
AP1	- würde sich psychologische Hilfe eher auf Empfehlung von Ärzten oder Bekannten suchen - hält es aber für sinnvoll so ein Angebot aufzubauen, wenn es so viele Leute gibt, die da so drunter leiden wie in den Filmen - besonders gut für Leute, die Hemmungen haben, sich gegenüber einem Arzt zu öffnen – Internet ist da ein anonymeres Medium, da ist für manche Leute die Hemmschwelle geringer	- würde psychologische Hilfe eher auf Empfehlung von Ärzten und Bekannten suchen - besonders gut für Leute, die darunter leiden und Hemmungen haben, sich gegenüber einem Arzt zu öffnen – anonymeres Medium, Hemmschwelle geringer	

<table>
<tr><th colspan="4">Unterkategorie: Verbesserungsvorschläge</th></tr>
<tr><th></th><th>Paraphrasierung</th><th>Generalisierung und 1. Zusammenfassung</th><th>2. Zusammenfassung</th></tr>
<tr><td>AP5</td><td>- Schilderungen über die sozialen Auswirkungen der Erkrankung fehlen
- positive Effekte ergänzen – mehr Zuversicht vermitteln (eventuell Patienten noch einmal nach einem Jahr darstellen, um zu zeigen, was die Therapie gebracht hat)</td><td>- Schilderungen über soziale Auswirkungen der Erkrankungen fehlen
- Effekte ergänzen, die noch mehr Zuversicht vermitteln (eventuell Patienten nach Therapie zeigen)</td><td rowspan="4">4 Interviewte haben Vorschläge zu Verbesserungen benannt

- Schilderungen über soziale Auswirkungen der Erkrankung haben gefehlt (2 Befragte)
- Filme zu lang – kürzen (2 Befragte)
o Gegeneinander schneiden
o Alternative Kurzfassung
- mittleres Anfangsbildchen – ausdrucksstärker gestalten (1 Befragter) – Angst = Embryonalstellung
- anstelle von Schauspielern echte Patienten, da glaubwürdiger (1Befragte)</td></tr>
<tr><td>AP4</td><td>- 2. und 3. Film sollten etwas gekürzt werden
- Anstelle von Schauspielern richtige Patienten wählen, da glaubwürdiger</td><td>- 2. und 3. Film kürzen
- anstelle von Schauspielern richtige Patienten, da glaubwürdiger</td></tr>
<tr><td>AP2</td><td>- Schilderungen über die sozialen Auswirkungen der Erkrankung fehlen</td><td>- Schilderungen über soziale Auswirkungen der Erkrankungen fehlen</td></tr>
<tr><td>AP1</td><td>- Filme der Patienten und Therapeutenstatements sind zu lang – gegeneinander schneiden – Therapeut und Patient im Wechsel oder Kurzfassung
- mittlere Anfangsbildchen etwas ausdrucksstärker gestalten – Angst mit zusammengerollter Gestalt (Embryonalstellung) verbunden</td><td>- Filme und Therapeutenstatements zu lang (gegeneinander schneiden, alternative Kurzfassung)
- mittleres Anfangsbildchen noch ausdruckstärker (zusammengerollte Gestalt, Embryonalstellung)</td></tr>
</table>