

# Patientenkompetenz zur Krankheitsbewältigung – eine qualitative Analyse bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren

## Patient Competence for Coping with Disease – A Qualitative Analysis in Women with Breast and Gynaecological Cancer

### Autoren

Karin Meng<sup>1</sup>, Natascha Fahmer<sup>1</sup>, Dirk Engehausen<sup>2</sup>, Holger G. Hass<sup>3, 4</sup>, Monika Reuss-Borst<sup>5</sup>, Kristin Duelli<sup>6</sup>, Achim Wöckel<sup>6</sup>, Peter U. Heuschmann<sup>1, 7</sup>, Hermann Fallner<sup>1</sup>

### Institute

- 1 Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg, Germany
- 2 Sinntalklinik Bad Brückenau, Bad Brückenau, Germany
- 3 Abteilung Onkologie, Dep. Innere Medizin, Klinik Gais AG, Gais, Switzerland
- 4 Institut für Rehabilitationsforschung und Survivorship (IREFOS), Scheidegg, Germany
- 5 Hescuro-Kliniken Bad Bocklet, Bad Bocklet, Germany
- 6 Universitätsklinikum Würzburg Frauenklinik und Poliklinik, Würzburg, Germany
- 7 Zentrale für Klinische Studien, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Germany

### Schlüsselwörter

Patientenkompetenz, Krankheitsverarbeitung, psychische Belastung, Onkologie

### Key words

patient competence, coping, distress, cancer

eingereicht 28.07.2022

akzeptiert 06.10.2022

online publiziert 2022

### Bibliografie

Psychother Psych Med

DOI 10.1055/a-1956-9153

ISSN 0937-2032

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

PD Dr. Karin Meng  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg  
Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie  
Petrinstr. 33A  
97080 Würzburg  
Germany  
Tel.: 0931 31 82074  
k.meng@uni-wuerzburg.de



Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-1956-9153>

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel** Die Studie exploriert Herausforderungen, persönliche Kompetenzen und hilfreiche Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung von Patientinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren und wie die Patientenkompetenz als Zusammenspiel dieser Faktoren gefördert werden kann.

**Methodik** Teilstrukturierte Leitfadeninterviews wurden mit 19 Patientinnen im Akutsetting, 20 Rehabilitandinnen und 16 Teilnehmerinnen einer Selbsthilfegruppe geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse** Die thematisierten Herausforderungen sind in die Hauptkategorien – Diagnoseverarbeitung, Behandlungs-/Rezidivängste, Krankheitsverarbeitung und Adaptation, Sorgen um Angehörige, Reaktionen des sozialen Umfeldes, Sorgen um den Arbeitsplatz – zusammengefasst. Die benannten persönlichen Kompetenzen im Umgang mit diesen Herausforderungen sind den folgenden Hauptkategorien zugeordnet: kognitionsbezogenes Coping, handlungsbezogenes Coping, Selbstregulation Krankheitsverarbeitung, Unterstützung einholen und annehmen, selbstbestimmte Kommunikation der Erkrankung, hilfreiche Strategien identifizieren und anwenden, krankheitsbezogene Erfahrung, günstige Lebensumstände, Offenheit für Hilfsangebote. Hilfreiche emotionale, informationelle oder instrumentelle Unterstützung wird durch Angehörige, Freunde, Tiere, Arbeitskollegen/Arbeitgeber, Behand-

ler, Rehabilitation, Mitpatientinnen/Betroffene, Selbsthilfe und Beratungseinrichtungen wahrgenommen.

**Diskussion** Die Frauen beschreiben eine Vielzahl an persönlichen Kompetenzen, die einem bedürfnisorientierten, selbstgesteuerten Bewältigungsprozess entsprechen. Die Individualität und Komplexität des Zusammenspiels der Komponenten der Patientenkompetenz unterstreicht die Relevanz von patientenorientierter Versorgung. Empowerment und eine aktive Patientenrolle sind erforderlich, um bedürfnisbezogenen Bewältigungsfertigkeiten zu fördern. Unterstützung durch Behandler oder das private Umfeld kann dabei Herausforderungen vermindern oder Kompetenzen und deren Anwendung fördern.

## ABSTRACT

**Objective** The study explores challenges, competencies, and helpful support in coping with the disease of patients with breast cancer and gynaecological cancer and how patient competence as an interaction of these factors might be promoted.

**Methods** Semi-structured interviews were conducted with 19 patients in acute care, 20 patients undergoing rehabilitation, and 16 participants in a self-help group and evaluated using qualitative content analysis.

**Results** The challenges are summarised in the main categories – diagnosis processing, treatment/recurrence fears, illness processing and adaptation, worries about relatives, reactions of the social environment, and worries about the workplace. The named personal competencies in dealing with these challenges were assigned to the following main categories: cognition-related coping, action-related coping, self-regulation illness processing, obtaining and accepting support, self-determined communication of the illness, identifying and applying helpful strategies, illness-related experience, favourable life circumstances, openness to offers of help. Helpful emotional, informational or instrumental support is perceived by relatives, friends, animals, colleagues/employers, treatment providers, rehabilitation, fellow patients, self-help, and counselling facilities.

**Discussion** The women describe a variety of competencies, which corresponds to a needs-oriented, self-directed coping process. The individuality and complexity of the interaction of the components of patient competence underline the relevance of patient-oriented care. Empowerment and an active patient role are necessary to promote their coping skills according to their needs. Support from practitioners or the private environment can reduce challenges or promote competencies and application.

## Einleitung

Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass Krebskranke mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert sind, welche die Befriedigung ihres Informationsbedürfnisses, die Abmilderung von Symptomen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen und die Krankheitsverarbeitung und Bewältigung psychischer Belastung betreffen [1, 2]. Diese Herausforderungen stellen sich nicht nur während der Akuttherapie, sondern auch im Langzeitverlauf [3, 4], insbesondere auch bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren [5, 6]. Weniger gut untersucht ist, in welchem Ausmaß sich die Betroffenen in der Lage fühlen, diese Herausforderungen zu meistern, und in welchem Umfang sie Unterstützung zur Stärkung ihrer Kompetenz wünschen und erhalten.

Patientenkompetenz wird definiert als die Fähigkeit, mit den Herausforderungen umzugehen, die aus der Krebserkrankung und -behandlung resultieren, dabei die eigenen Bedürfnisse und Ziele zu bestimmen und zu verfolgen sowie Unterstützung zu nutzen, die von wichtigen Bezugspersonen und dem Gesundheitssystem insgesamt angeboten wird [7]. Sie kann daher, in Anlehnung an ein Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz, ebenso als ein Zusammenspiel von persönlichen Kompetenzen und Fertigkeiten und den jeweiligen situativen Anforderungen bzw. der Komplexität der Systeme, innerhalb derer diese realisiert werden muss, verstanden werden [8]. Hinsichtlich einer patientenzentrierten Versorgung ist es daher wichtig Erkenntnisse zur Patientenkompetenz bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren zu gewinnen.

Der Umgang mit den psychischen und emotionalen Herausforderungen der Krebserkrankung und -behandlung hat einen bedeutenden Einfluss auf die mentale Gesundheit und Lebensqualität [9–11], auch Jahre nach der Diagnose [12]. Suche nach sozialer Unterstützung und emotionsorientiertes Coping sind wesentliche

Bewältigungsreaktionen nach einer Brustkrebsdiagnose [13]. Reviews belegen Optimismus (als Persönlichkeitsmerkmal) und adaptive Coping-Strategien als Prädiktoren für psychische Anpassung [9, 10], auch wenn die eingeschlossenen Studien zum Coping sehr heterogen in den Zielvariablen sind und eine Zusammenfassung erschweren. Die wahrgenommene soziale Unterstützung, die initiale psychische Belastung, Selbstwirksamkeit und Kontrollwahrnehmung sind Prädiktoren der psychischen Anpassung im Krankheitsverlauf. Für weitere kognitive Faktoren, wie Krankheitsrepräsentationen, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, liegen noch weniger Befunde vor [9]. Der folgende Beitrag exploriert Patientenkompetenz im Bereich psychische Krankheitsbewältigung als Zusammenwirken von Herausforderungen, persönlichen Kompetenzen und hilfreicher Unterstützung. Folgende Fragestellungen wurden explorativ untersucht:

1. Mit welchen Herausforderungen hinsichtlich Krankheitsverarbeitung und psychischer Belastung sind die betroffenen Frauen konfrontiert?
2. Welche persönlichen Kompetenzen werden wahrgenommen, um diese Herausforderungen zu meistern?
3. Welche Unterstützung wird als hilfreich beschrieben, um die Kompetenzen zu stärken?

## Methodik

### Studiendesign

Um einen vertiefenden Einblick zur Patientenkompetenz zu bekommen wurde eine explorative Interviewstudie mit Patientinnen am Ende der Akutbehandlung (nach OP), am Ende eines Rehabilitati-

onsaufenthalts sowie mit Mitgliedern der Krebselbsthilfe durchgeführt. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg vor (Referenz-Nr.: 254/18-am). Alle Patientinnen haben ihr informiertes Einverständnis zur Teilnahme gegeben.

## Studienpopulation und Datenerhebung

Die Ansprache der Patientinnen erfolgte (a) nach einer Tumor-Operation in einer Universitätsklinik, (b) während einer stationären Anschlussrehabilitation oder medizinischen Rehabilitation in drei Rehabilitationskliniken sowie (c) in sechs Selbsthilfegruppen (SHG) im Raum Würzburg. Eingeschlossen wurden Frauen mit Mamma-, Ovarial-, Endometrium- oder Zervixkarzinom ab 18 Jahren (im Akut- und Rehasetting Primärfälle, adjuvante Therapie). Ausschlusskriterien waren unzureichende Deutschkenntnisse oder eine nicht-korrigierte schwere Hörbeeinträchtigung. In den Kliniken wurden die Kriterien durch eine Study Nurse oder Ärzte geprüft und die Patientinnen hinsichtlich einer Teilnahme angesprochen. In den SHG wurden die Mitglieder von einer Studienmitarbeiterin zur Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Die einwilligenden Teilnehmerinnen wurden konsekutiv eingeschlossen. Aufgrund der Studienvoraussetzungen sollten jeweils 20 Patientinnen im Akutsetting und während einer Rehabilitation und 15 Mitglieder einer SHG eingeschlossen werden.

Die Interviews wurden im Zeitraum Juni bis September 2019 geführt. Interviewerinnen waren zwei Psychologinnen des Studienteams (NF, KM) mit klinischer Erfahrung bzw. Erfahrung in der Durchführung von Interviews sowie interner Vorbereitung. Interviewerinnen und Teilnehmerinnen hatten zuvor keinen persönlichen oder professionellen Kontakt. Zu Beginn der Interviews wurden soziodemografische und klinische Parameter erfragt. Anschließend wurden die Gespräche mit Bezug zu verschiedenen Bereichen der Patientenkompetenz mittels eines teilstrukturierten Leitfadens geführt [vgl. 14]. Dieser wurde im Studienteam auf Grundlage von Literaturarbeit zu Konzepten der Patienten-/Gesundheitskompetenz in Anlehnung an ein Rahmenmodell [8] konsentiert. Die Leitfragen im Bereich Krankheitsbewältigung waren: Eine Krebserkrankung ist für viele Patienten auch mit Unsicherheiten, Sorgen und psychischen Belastungen verbunden. (a) Wie sind Sie bisher damit umgegangen? Welche Erfahrungen haben Sie dahingehend gemacht? (b) Was ist für Sie dabei hilfreich? Welche persönlichen Stärken oder Kenntnisse können Sie dafür nutzen? (c) Welche Unterstützung ist für Sie hilfreich? Welche Unterstützung erleichtert Ihnen den Umgang? Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und dauerten zwischen 24 und 113 Minuten ( $M = 58$ ,  $SD = 18,8$ ).

## Datenanalyse

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse [15] mit der Software Atlas.ti ausgewertet. Die Themen wurden deduktiv nach den Fragestellungen – Herausforderungen, persönliche Kompetenzen, hilfreiche Unterstützung – festgelegt und jeweils die Kategoriendefinitionen und das Abstraktionsniveau definiert. Das Material wurde getrennt für die drei Settings durch zwei Psychologinnen (NF, KM) kodiert. Die Kodierungen wurden jeweils induktiv zu Kategorien und Hauptkategorien zusammengefasst. Nach jeweils 4 bis 7 Interviews (je Setting) erfolgte eine erste Revision des Kategoriensystems mit gerin-

gen Anpassungen der Kategoriendefinition im Austausch der Kodiererinnen. Anschließend wurde das Material nochmals geprüft und die weiteren Interviews kodiert. Es folgten mehrere Abstimmungs-/Konsensrunden und ein finaler Materialdurchgang. Abschließend wurden die Kategoriensysteme der Settings verglichen und zu einem finalen Kategoriensystem abgestimmt.

## Ergebnisse

Interviews wurden mit 57 Patientinnen geführt; davon wurden zwei aufgrund der Ein-/Ausschlusskriterien nachträglich ausgeschlossen (Diagnose, unzureichende Sprachkenntnisse). Eine Beschreibung des Samples ist ▶ **Tab. 1** zu entnehmen.

Die finale Analyse umfasst ein Kategoriensystem mit drei Ebenen. 594 Kodierungen wurden in 74 Kategorien und 23 Hauptkategorien zusammengefasst. Die Hauptkategorien im Zusammenwirken von Herausforderungen, persönlichen Kompetenzen, hilfreicher Unterstützung sind der ▶ **Abb. 1**, die Subkategorien der ▶ **Tab. 2** zu entnehmen. **Online-Supplement Tab. S1-S3** berichten die Häufigkeiten der Kodierungen pro Subkategorie differenziert nach den drei Settings. Die Hauptkategorien wurden meist in jedem Setting abgeleitet, die untergeordneten Subkategorien unterscheiden sich teilweise zwischen den Settings. Unser Schwerpunkt liegt bei den persönlichen Kompetenzen, die im Folgenden nach Haupt- und Subkategorien beschrieben werden.

## Herausforderungen

Die von den Patientinnen thematisierten Herausforderungen wurden in sechs Hauptkategorien zusammengefasst (▶ **Abb. 1**). Die Subkategorien (▶ **Tab. 2, Tab. S1**) sind teilweise mit dem Erkrankungszeitpunkt assoziiert. Beispielsweise werden Verunsicherungen und Ängste im Behandlungsprozess, wie vor Eingriffen/Therapien, beim Warten auf Informationen oder hinsichtlich möglicher Veränderungen im Körperbild meist im Akutsetting thematisiert. Rezidivängste werden von Rehabilitandinnen, aber auch im Langzeitverlauf berichtet. Hinsichtlich der *Krankheitsverarbeitung und Adaption* werden neben der emotionalen Verarbeitung der Krankheitsfolgen und der Anpassung an die veränderte Lebenssituation spezielle Anforderungen im Krankheitsverlauf ersichtlich.

## Persönliche Kompetenzen

Die im Umgang mit den genannten krankheitsbezogenen Herausforderungen beschriebenen persönlichen Kompetenzen wurden in 8 Hauptkategorien zusammengefasst (▶ **Abb. 1**). Beispielzitate für jede Subkategorie (▶ **Tab. 2, Tab. S2**) sind in **Online-Supplement Tab. S4** angeführt.

## Kognitionsbezogenes Coping

Die *Akzeptanz bzw. das Annehmen der Erkrankung und unveränderlicher Folgen als eine grundlegende Haltung* hat für einige Patientinnen eine entlastende Funktion. Dies gelingt u. a. dadurch, dass die Unveränderbarkeit der Erkrankung („ohnehin nicht ändern können“) erkannt, Grübeln über Ursachen oder Selbstmitleid als nicht zielführend bewertet oder ein positiver Verlauf angenommen wird. Fortgeschrittenes Alter oder eine positive Lebensbilanz erleichtern es den Patientinnen, die Krankheit selbst als (vorübergehenden) Teil des Lebens anzunehmen.

► Tab 1 Beschreibung des Samples (N = 55).

	Gesamt	Akutklinik	Rehabilitationsklinik	Selbsthilfe
<b>n</b>	<b>55</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>16</b>
Alter Median (Min; Max)	55 (24; 74)	19 (24; 69)	20 (39; 74)	16 (39; 70)
Tumor n (%)				
Mammakarzinom	42 (76,4)	15 (78,9)	14 (70,0)	13 (81,3)
Ovarialkarzinom	4 (7,3)	1 (5,3)	1 (5,0)	2 (12,5)
Endometriumkarzinom	5 (9,1)	0 (0,0)	4 (20,0)	1 (6,3)
Zervixkarzinom	4 (7,3)	3 (15,8)	1 (5,0)	0 (0,0)
Erkrankungsdauer n (%)				
1–3 Monate	16 (29,1)	15 (78,9)	1 (5,0)	0 (0,0)
4–6 Monate	9 (16,4)	3 (15,8)	6 (30,0)	0 (0,0)
7–12 Monate	4 (7,3)	0 (0,0)	3 (15,0)	1 (6,3)
1–5 Jahre	17 (31,0)	1 (5,3)	9 (45,0)	7 (44,1)
Mehr als 5 Jahre	9 (16,4)	0 (0,0)	1 (5,0)	8 (50,4)
Bisherige Behandlung n (%)				
Operation	52 (94,5)	17 (89,5)	19 (95,0)	16 (100,0)
Chemotherapie	24 (43,6)	4 (21,1)	10 (50,0)	10 (62,5)
Strahlentherapie	28 (50,9)	1 (5,3)	13 (65,0)	14 (87,5)
Familienstand n (%)				
Ledig	4 (7,3)	2 (10,5)	1 (5,0)	1 (6,3)
Verheiratet/in Partnerschaft	43 (78,2)	14 (73,7)	15 (75,0)	14 (87,5)
Geschieden/getrennt lebend	6 (10,9)	2 (10,5)	3 (15,0)	1 (6,3)
Verwitwet	2 (3,6)	1 (5,3)	1 (5,0)	0 (0,0)
Elternschaft n (%)	43 (78,2)	14 (73,7)	18 (90,0)	11 (68,8)
Kinder unter 18 Jahren n (%)	9 (16,4)	4 (28,5)	2 (11,1)	3 (27,3)
Kinder über 18 Jahre n (%)	35 (63,6)	11 (78,6)	16 (88,9)	8 (72,7)
Schulbildung n (%)				
Volks-/Hauptschule	11 (20,0)	3 (15,8)	6 (30,0)	2 (12,5)
Mittlere Reife	18 (32,7)	4 (21,1)	7 (35,0)	7 (43,8)
(Fach-)Abitur	8 (14,5)	4 (21,1)	3 (15,0)	1 (6,3)
Fachhochschule/Universität	18 (32,7)	8 (42,1)	4 (20,0)	6 (37,5)
Erwerbstätigkeit vor Ersterkrankung n (%)	48 (87,3)	17 (89,5)	18 (90,0)	13 (81,3)

Also, nachdem der erste Schock da war, bin ich eigentlich sehr schnell dazu gekommen zu sagen: „Was nutzt es jetzt darüber nachzudenken: warum und wieso? Und: was war der ausschlaggebende Moment?“ und so. Sondern ich hab mir gesagt: „Es ist jetzt so, die Situation ist wie sie ist.“ Und ich schau jetzt, dass ich da so gut wie möglich durchkomme. (R07)

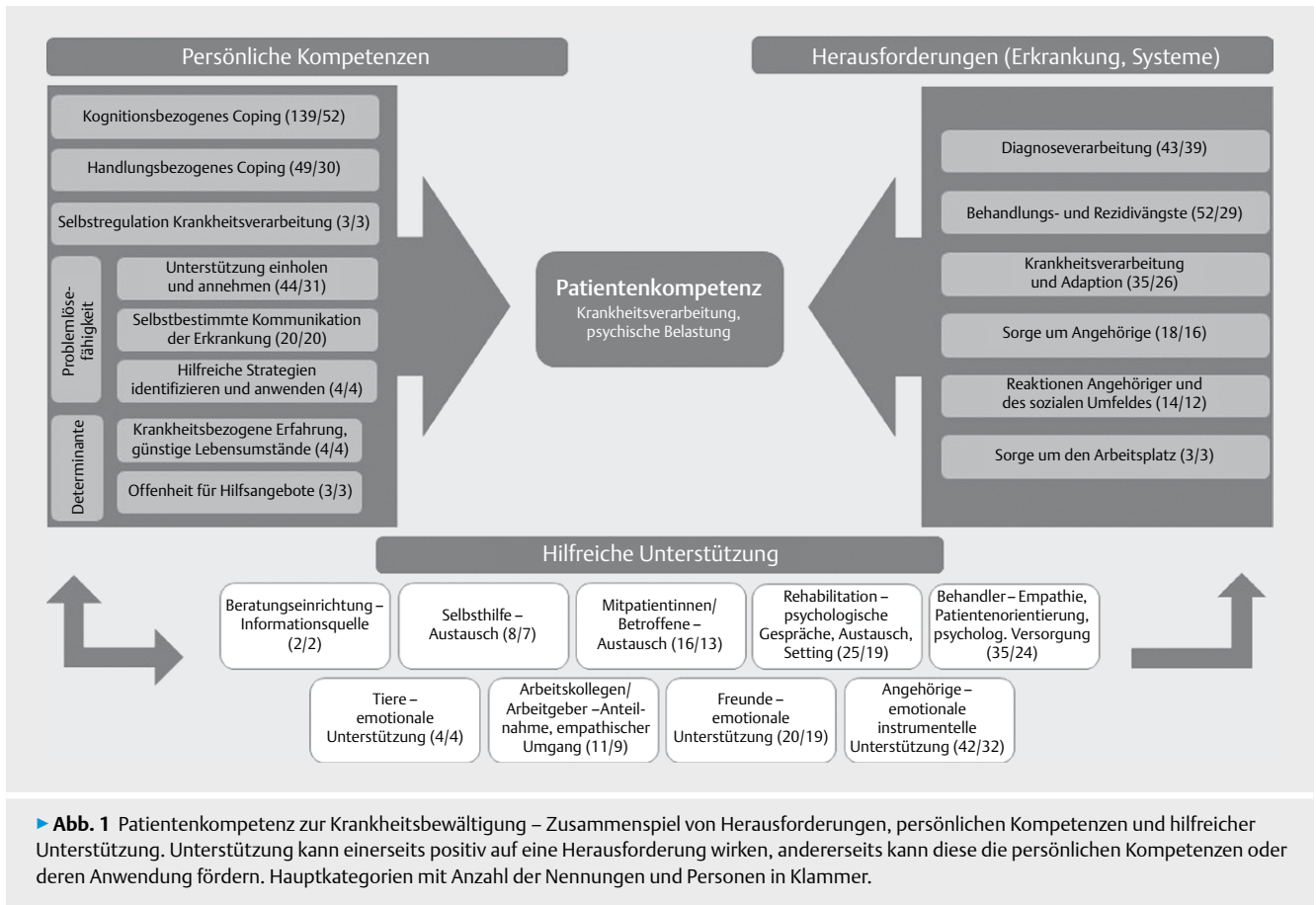
Zudem kann eine Neu- oder Umbewertung verschiedener Lebensaspekte und der eigenen Lebensführung genutzt werden, z. B. die Erkrankung als hilfreiche Auszeit oder Gelegenheit zu sehen, um sich persönlich oder beruflich zu verändern. Dabei wird eine zunehmende Gegenwartsorientierung mit Fokus auf eigene Werte wie Familie und Gesundheit, Bedürfnisse oder Genuss, als förderlich berichtet; des Weiteren das Wahrnehmen positiver Veränderung und persönlicher Entwicklung, wie vermehrte Zuwendung durch Angehörige, ein gelassenerer Umgang mit Krisen oder ein gestärk-

tes Selbstbewusstsein, verbunden mit einer verbesserten Bedürfniskommunikation.

(...) da hat sich natürlich meine Einstellung jetzt auch geändert jetzt auch zum Leben. Ich habe immer so, ja, in weiteren Räumen gedacht: „und dann mache ich noch ein neues Bad bei mir im Haus und danach reise ich vielleicht mal mehr oder, oder gönne mir mal mehr.“ Und jetzt verändert sich das Denken. Jetzt denke ich: „Lebe lieber so“. Also man, man konzentriert sich jetzt auf diesen Sommer oder den, bestenfalls den nächsten Sommer (...) Ich versuche jeden Tag zu genießen. (K08)

Auch der soziale Vergleich mit anderen Erkrankten kann genutzt werden, indem sie sich entweder an Positivbeispielen orientieren oder am Schicksal schwerer Betroffener das eigene Leiden relativieren.

Im Umgang mit negativen Gefühlen und Ängsten nutzen die Patientinnen zudem *kognitive Strategien* wie positive Affirmationen,



Perspektivwechsel zur Krisenbewältigung, Reflexion eigenen Befindens, schrittweise und gezielte Auseinandersetzung mit Sorgen oder eine funktionale/förderliche Situationsbewertung. Einige Patientinnen thematisieren eine *problemlösungsorientierte Herangehensweise bei krankheitsbedingten Herausforderungen* als zielführend. Akutpatientinnen beschreiben auch *Verdrängen* als hilfreich bei sorgenvollen Gedanken und Belastungen, um sich dann stufenweise damit zu beschäftigen oder diese später neu bewerten zu können.

(...) das so ein bisschen im Kopf ruhen lassen. Das hilft einfach. Manchmal muss man einfach ein, zwei Tage abwarten, geht es nicht gut, und dann, dann, dann klären sich ja Dinge auch, auch emotional oder von der Herangehensweise, von allein. Und es ist manchmal wirklich so wie, wie auch körperlicher Schmerz. Da musst du mal einfach ein, zwei Tage zuwarten. (K04)

Akutpatientinnen und SHG-Teilnehmerinnen gelingt es, eine *zuversichtliche Haltung zur Erkrankung und persönlichen Zukunft einzunehmen*, u. a. da ausreichendes Vertrauen in die Behandlung oder positive Erfahrungen in der Bewältigung von Lebenskrisen bestünden oder eine längere Überlebensdauer die Zuversicht stärkte. Des Weiteren beschreiben Rehabilitandinnen eine *kämpferische, zuversichtliche Haltung zur Krankheit* als hilfreich bei der Bewältigung der Diagnosestellung, und um sich insbesondere in der frühen Krankheitsphase nicht entmutigen zu lassen. *Spiritualität und Glaube* werden als Kraftquelle genutzt, da die Patientinnen daraus Zuversicht, Stärke und Antrieb gewinnen können.

Von Rehabilitandinnen und SHG-Teilnehmerinnen werden *alltags- und zukunftsorientierte Gedanken eingesetzt*, um die Patientenrolle nach Behandlungsabschluss abzulegen oder die Behandlungsmotivation langfristig zugunsten eigener Lebensziele aufrecht zu erhalten. Rehabilitandinnen beschreiben auch, sich *bewusst gedanklich zu distanzieren*, um mit der akuten Erkrankungs- und Behandlungsphase abzuschließen und wieder anderen Aspekten bzw. der Normalität mehr Raum geben zu können. Auch eine *bewusste Abgrenzung* von belastenden Einflüssen, wie negativen Krankheitsberichten anderer oder fordernden Sozialkontakten, und die *Initiierung von Selbstschutz und Selbstfürsorge* wird als Teil der Krankheitsverarbeitung im Verlauf thematisiert.

Rehabilitandinnen berichten eine *positive Bewertung der eigenen Erkrankungsart bzw. des -verlaufs* in der kognitiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Im Langzeitverlauf wird es als förderlich beschrieben, eine *positive Bilanz zum Erkrankungsverlauf* ziehen zu können. Dafür werden günstige Krankheitsfaktoren wie frühe Erkennung des Tumors, geringe Streuung, erfolgreiche OP oder langjähriges Überleben nach Behandlungsabschluss genutzt.

### Handlungsbezogenes Coping

Patientinnen thematisieren die gezielte *Ablenkung* durch Hobbies, Beruf, Haushalt oder soziale Aktivitäten als *handlungsbasierte Strategie*, u. a. um Distanz zur Erkrankung aufzubauen und (Rezidiv-) Ängste oder Sorgen während Wartezeiten auf Befunde zu bewältigen. Gezielte *Entspannung* können Patientinnen im Krankheitsverlauf erfolgreich zur Angstbewältigung einsetzen, indem sie Techniken

► **Tab 2** Haupt- und Subkategorien zu Herausforderungen, persönlichen Kompetenzen, hilfreicher Unterstützung.

Herausforderungen	Persönliche kompetenzen	Hilfreiche unterstützung
<b>Diagnoseverarbeitung</b>	<b>Kognitionsbezogenes Coping</b>	<b>Angehörige – emotionale und instrumentelle Unterstützung</b>
Diagnose realisieren und verarbeiten	Akzeptanz/Annahme der Erkrankung und unveränderlicher Folgen (als Grundhaltung)	Angehörige bieten emotionalen Rückhalt im Arztgespräch
<b>Behandlungs- und Rezidivängste</b>	Neu-/Umbewertung von Lebensaspekten und positive Veränderungen wahrnehmen	Angehörige bieten emotionalen Rückhalt, Gesprächsmöglichkeit, Rollenfunktion
Ängste/Verunsicherungen im Behandlungsprozess – Befund, Behandlung, Verlauf	sozialen Vergleich mit anderen Erkrankten nutzen (Positivbeispiele, schwerer Betroffene)	Angehörige/Freunde durch Ablenkung, Aktivitäten
Ängste/Verunsicherungen im Behandlungsprozess – Warten auf Informationen	kognitive Strategien (positives Denken, Reflexion, funktionale/förderliche Situationsbewertung) im Umgang mit negativen Gefühlen/Ängsten nutzen	Angehörige mit positiver Haltung und Zuversicht
Ängste/Verunsicherungen im Behandlungsprozess – Veränderungen Körperbild	Problemanalyse und Lösungsorientierung bei krankheitsbedingten Herausforderungen	<b>Freunde – emotionale Unterstützung</b>
Rezidivängste im Krankheits-/Behandlungs- und Langzeitverlauf	Verdrängen als Bewältigungsstrategie nutzen	Freunde als Gesprächsmöglichkeit
<b>Krankheitsverarbeitung und Adaption</b>	zuversichtliche Haltung zur Erkrankung und persönlicher Zukunft einnehmen	Freunde/Bekannte die emotional unterstützen, entlasten
Emotionale Krankheitsverarbeitung und Adaption	kämpferische, zuversichtliche Haltung zur Krankheit einnehmen	Freunde durch Ablenkung, Aktivitäten
Akzeptanz der Patientenrolle und Adaption	Spiritualität/Glaube als Kraftquelle nutzen	Freunde mit positiver Haltung und Zuversicht
Kommunikation der Diagnose im sozialen Umfeld	Alltags- und Zukunftsorientierung	<b>Tiere – emotionale Unterstützung</b>
Verarbeitung von Infertilität/ Kinderlosigkeit nach Krebserkrankung	bewusste, gedankliche Distanzierung, um mit Erkrankung abschließen zu können	Tiere geben emotionalen Rückhalt
Abgrenzung und Selbstfürsorge erlernen/umsetzen	Abgrenzung und Selbstfürsorge initiieren	<b>Arbeitskollegen/Arbeitgeber – Anteilnahme und empathischer Umgang</b>
Auseinandersetzung mit Krankheitsursachen	positive Bewertung von Erkrankungsart und -verlauf	Arbeitskollegen, Bekannte nehmen Anteil
Akzeptanz einer psychischen Störung im Krankheitsverlauf	positive Bilanz zum Erkrankungs-/Behandlungsverlauf ziehen	Arbeitskollegen/Arbeitgeber nehmen Anteil und entlasten emotional hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit
<b>Sorge um Angehörige</b>	<b>Handlungsbezogenes Coping</b>	<b>Behandler – Empathie, Patientenorientierung, psychologische Versorgung</b>
Sorge um emotionale Belastung, Gesundheit, Beziehung	Ablenkung als handlungsbasierte Bewältigungsstrategie nutzen	Ärzte/Behandler durch empathisches Eingehen auf individuelle Anliegen
<b>Reaktionen Angehöriger und des sozialen Umfeldes</b>	Freizeit- und Sportaktivitäten, Entspannung und Naturverbundenheit als Ressource zur Krankheitsbewältigung nutzen	Ärzte durch empathische, konstruktive Gesprächsführung
Verarbeitung von Reaktionen von sozialem Umfeld	Entspannung und Ressourcenaktivierung im Umgang mit Ängsten nutzen	Pflege/Brustschwester durch praktische und emotionale Begleitung
Verarbeitung von mangelnder familiärer Unterstützung	Alltagsorientierung/Aufrechterhalten gewohnter Lebensweisen	Behandler entlasten durch Information zur Erkrankung
<b>Sorge um den Arbeitsplatz</b>	Selbstfürsorge und eigene Bedürfnisse priorisieren und verfolgen	Psycho(onko)logische Gespräche und Angebote (Bewältigungsstrategien, Entlastung)
Sorge um den Arbeitsplatz/vor Arbeitsplatzverlust	lösungs- und handlungsorientierte Auseinandersetzung mit Erkrankung	Psychologische Gespräche helfen Erkrankung und psychische Folgen einzuordnen
	<b>Selbstregulation Krankheitsverarbeitung</b>	Akutsetting leitet Zugang zu psychologischen Angeboten (Gespräche, SH) ein
	selbstgesteuerte, aktive Krankheitsverarbeitung (auf eigene Weise bewältigen)	Akutklinik durch bedarfsorientiertes psychologisches Angebot

► **Tab 2** Fortsetzung.

Herausforderungen	Persönliche Kompetenzen	Hilfreiche Unterstützung
	<b>Problemlösefähigkeit: Unterstützung einholen und annehmen</b>	<b>Rehabilitation – psychologische Gespräche, Austausch, Setting</b>
	Gespräche als hilfreiche Strategie im Umgang mit psychischer Belastung erkennen und nutzen	Psycho(onko)logische Angebote und Gespräche (zu individuellen Anliegen)
	Inanspruchnahme psycho(onko)logischer Unterstützung	Abstand vom Alltag und Gemeinschaft mit Peers (ermöglicht Fokus auf Genesung)
	Selbsthilfe-Gruppe: bedarfsorientiert teilnehmen	Gespräche mit Mitpatientinnen fördern Krankheitsbewältigung
	<b>Problemlösefähigkeit: Selbstbestimmte Kommunikation der Erkrankung</b>	Informationen zur Krankheitsentstehung erleichtern Umgang mit eigenen Anteilen daran
	selbstbestimmte, bedürfnisorientierte Kommunikation der Erkrankung nach außen	Mitbehandlung von Kindern
	<b>Problemlösefähigkeit: Hilfreiche Strategien identifizieren und anwenden</b>	<b>Mitpatientinnen/Betroffene – Austausch</b>
	Anregungen aus Reha-Beratungs- und Gruppenangeboten für sich bewerten und Umsetzung planen	Betroffene teilen Erfahrungen zur Krankheitsverarbeitung (persönlich, medial)
	<b>Determinante: krankheitsbezogene Erfahrung, günstige Lebensumstände</b>	Betroffene/chronisch Erkrankte teilen ähnliche Erfahrungen und fühlen mit
	Vorerfahrungen mit Krebserkrankung für eine relativierte Krankheitsbewertung nutzen	Betroffene vermitteln Kontakt zu Unterstützungsmöglichkeiten
	positive Attribution von bereits abgeschlossener Familienplanung	<b>Selbsthilfe – Austausch</b>
	<b>Determinante: Offenheit für Hilfsangebote</b>	Gespräche mit Betroffenen fördern Krankheitsbewältigung
	Offenheit verschiedene Hilfsangebote auszuprobieren	<b>Beratungseinrichtungen – Informationsquelle</b>
		Krebsberatungsstelle entlastet durch Information und Gesprächsmöglichkeit

Akutklinik: n = 19. Reha: n = 20. Selbsthilfe: n = 16.

wie beispielsweise Yoga, Achtsamkeit und autogenes Training erlernen. Positive Freizeitaktivitäten sowie körperliche Aktivität und Naturverbundenheit werden in allen Krankheitsphasen als Ressourcen benannt.

*(...), sondern einfach nur spazieren gehen, das hat mir sehr viel gebracht. Also ich habe gemerkt, wie der Körper dann wieder mit Sauerstoff vollgepumpt wird und das hat mir sehr gut getan. Und auch für die Psyche. (...) ich habe versucht wieder Vertrauen in meinen eigenen Körper zu bekommen, weil das Vertrauen hatte ich verloren in den Körper. Ja. Das Vertrauen ging bei mir irgendwie verloren, ich hatte Angst, dass mein Körper es nicht schafft. (SH07)*

Akutpatientinnen berichten, dass es für sie wichtig ist, *alltägliche, gewohnte Lebensweisen aufrechtzuerhalten*, das Leben möglichst normal weiterzuführen (z. B. zur Arbeit gehen, Freizeitaktivitäten). Dadurch könne die Krankheit nicht das ganze Leben dominieren oder auch der Umgang mit körperlichen Veränderungen erleichtert werden.

*Ja, auch selber weiterhin die Sachen zu machen, die man gemacht hat (...). Ich bin gern an See gegangen. Und wo ich dann vorher gedacht*

*hab „Oh Gott, nein, ohne Haare und jeder schaut dich an und du musst ja dann ins Wasser und Sonne und das geht ja alles gar nicht“ – und ich das dann trotzdem gemacht habe. Halt immer so bisschen stufenweise das Normale weitergelebt hab. Das hat mir eigentlich auch geholfen, (...). (K19)*

*Selbstfürsorge und eigene Bedürfnisse zu priorisieren und zu verfolgen*, indem Unterstützung selbstbestimmt und bedürfnisorientiert gesteuert und das Leben nach eigenen Wünschen gestaltet wird, wird als Teil der eigenen Bewältigung in der akuten Erkrankungsphase thematisiert.

Im Langzeitverlauf wird eine *lösungs- und handlungsorientierte Auseinandersetzung mit der Erkrankung im Umgang mit Sorgen beschrieben*; beispielsweise das proaktive Regeln von Angelegenheiten durch Aufsetzen eines Testaments, die Steuerung von Hilfsangeboten für Angehörige oder eigener Untersuchungen zur psychischen Entlastung.

## Selbstregulation Krankheitsverarbeitung

Einige Rehabilitandinnen profitieren von einer *selbstgesteuerten, aktiven Krankheitsverarbeitung*, indem sie ihren individuellen Weg der Verarbeitung verfolgten; beispielsweise durch eine schrittweise bewusste Auseinandersetzung bei passenden Rahmenbedingungen wie in ruhigen, privaten Momenten oder während des Reha-Aufenthaltes oder ohne den Einfluss anderer (Angehörige, andere Betroffene).

*Mein Vorteil war, muss ich sagen, dass ich allein lebe, meine Kinder außer Haus sind (...) und dann konnte ich es für mich so verarbeiten, wie ich wollte. (...) wenn jemand gesagt hat, weil der Freund von meiner Tochter: „Ja, du weißt ich hab eine Bekannte, die...“, wo ich gesagt habe: „Ich will überhaupt nichts wissen, wie andere das machen, ich mache es für mich so, wie es mir gut tut.“ (R09)*

## Problemlösefähigkeit: Unterstützung einholen und annehmen

Patientinnen in allen Settings haben *Gespräche als hilfreiche Strategie* im Umgang mit psychischer Belastung für sich erkannt und eigeninitiativ genutzt, beispielsweise im Kontakt mit Angehörigen und Kollegen oder in Beratungssituationen und Gesprächskreisen. In Kontakt gehen und die Möglichkeit der Aussprache wird dabei als hilfreich wahrgenommen, um eigene Belastung zu teilen, Ängste und Bedürfnisse mitzuteilen oder von anderen durch Informationen, Feedback und Nachfragen zu profitieren.

Des Weiteren suchen einige Teilnehmerinnen aktiv nach *psycho(onko)logischer Unterstützung* und nehmen diese bedarfsorientiert in Anspruch, sowohl vor und während als auch lange nach der Akutbehandlung. Eigene Vorbehalte werden dafür überwunden.

*Weil man denkt dann: „Ach, ich brauch keinen Psychologen“, ne? (...) irgendwann denkt man: „Jetzt gehts nicht mehr weiter“, und „warum soll ich die Hilfe nicht in Anspruch nehmen?“, und habe das dann gemacht. (SH08)*

SHG-Teilnehmerinnen berichten, ihre Gruppenteilnahme für die Bewältigung psychischer Probleme initiiert zu haben, die Gruppe nach den eigenen Bedürfnissen im Verlauf zu nutzen oder mit Bezug zur eigenen Krankheitsverarbeitung auch abzuschließen.

## Problemlösefähigkeit: selbstbestimmte Kommunikation der Erkrankung

In der Verarbeitung der Erkrankung und der Reaktionen des sozialen Umfeldes wird in allen Erkrankungsphasen die *selbstbestimmte, bedürfnisorientierte Kommunikation* der Erkrankung positiv thematisiert. Patientinnen schildern eine aktive Kontaktaufnahme und offene Kommunikation, um Gerede und Missverständnisse zu vermeiden, Rücksichtnahme auf eigene Bedürfnisse zu ermöglichen, sich selbst oder andere (z. B. Kinder) durch Gespräche zu entlasten. Einzelne Patientinnen wählen hingegen gezielt Personen aus, um sich nicht durch Betroffenheit Dritter zusätzlich zu belasten.

*(...) weil ich für mich das Gefühl hab, ich belaste jetzt mit dieser Erkrankung die anderen und dann fühl ich mich wieder schuldig an dem Mist. (...) Das ist ein relativ enger, sehr, sehr vertrauter Kreis, der jetzt somit involviert war, mit meiner Erkrankung. Und von dem her fällt es mir dann auch relativ leicht so anderen gegenüber, das einfach wegzulassen. (R06)*

## Problemlösefähigkeit: hilfreiche Strategien identifizieren und anwenden

Rehabilitandinnen *bewerten* Anregungen aus Beratungs- und Gruppenangeboten für sich, *leiten hilfreiche Strategien im Umgang mit Belastungen ab und planen*, diese nachhaltig für sich umzusetzen bzw. in etwaigen schwierigen Situationen zu nutzen.

## Hilfreiche Unterstützung

Die von den Patientinnen als hilfreich wahrgenommene Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung wurde in 9 Hauptkategorien zusammenfasst (► **Abb. 1**). Behandler, Rehabilitations- und Beratungseinrichtungen, Mitpatientinnen in unterschiedlichen Settings und das private und kollegiale Umfeld werden als unterstützend thematisiert (► **Tab. 2, Tab. S3**).

## Diskussion

Die Studie exploriert Patientenkompetenz hinsichtlich der psychischen Krankheitsbewältigung bei einer Brustkrebs- oder gynäkologischen Tumorerkrankung als Zusammenspiel von Herausforderungen, persönlichen Kompetenzen und hilfreicher Unterstützung aus der Patientenperspektive. Die thematisierten, vielfältigen Herausforderungen ließen sich den Hauptkategorien – Diagnoseverarbeitung, Behandlungs-/Rezidivängste, Krankheitsverarbeitung und Adaptation, Sorgen um Angehörige, Reaktionen des sozialen Umfeldes und Sorgen um den Arbeitsplatz – zuordnen und sind teilweise mit dem Erkrankungszeitpunkt assoziiert. Sie sind vergleichbar mit bisherigen Forschungsergebnissen [2]. Die Patientinnen beschreiben eine Vielzahl an subjektiven persönlichen Kompetenzen im Umgang mit diesen Herausforderungen, die einem bedürfnisorientierten, selbstgesteuerten Bewältigungsprozess [vgl. 7] entsprechen. Diese umfassen kognitions- und handlungsbezogene Copingstrategien sowie Selbstregulations- und Problemlösefertigkeiten. Viele der genannten Kompetenzen finden sich auch in bestehenden Fragebögen zur Erfassung von Patientenkompetenz oder Coping [7, 16, 17]. Die individuelle, situations- und bedürfnisorientierte Betrachtung kann aber auch Abweichungen in der Bewertung der (Mal-)Adaptivität von Strategien (z. B. Verdrängen, Ablenkung) bedingen. Behandler, Einrichtungen, Mitpatientinnen und das private und kollegiale Umfeld werden als hilfreiche Unterstützung wahrgenommen. Diese können einerseits direkt positiv auf eine Herausforderung wirken (z. B. Empathie von Behandlern, Angehörige im Arztgespräch, empathischer Umgang des Arbeitgebers), andererseits können diese die eigenen Bewältigungskompetenzen oder deren Anwendung fördern (z. B. Austausch in der SHG/mit Mitpatientinnen, Vermittlung von Bewältigungsstrategien in psychologischen Gesprächen). Die qualitativen Ergebnisse geben Einblicke in die hohe Individualität und die Komplexität des Zusammenspiels eigener subjektiver Bewältigungskompetenzen und hilfreicher Unterstützung. Sie unterstreichen die Relevanz von patientenorientierter Versorgung [18]. Das Empowerment der Betroffenen und eine aktive Patientenrolle erscheinen dabei zentral, um entsprechend der individuellen Bedürfnisse eigene hilfreiche Fertigkeiten und Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und zu erweitern.

Patientenkompetenz fokussiert auf Fähigkeiten und ist mit den Konzepten Selbstwirksamkeit und Coping assoziiert, die auf das



Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Herausforderungen bzw. auf das tatsächliche Verhalten im Umgang mit diesen fokussieren [16]. Höhere Coping-Selbstwirksamkeit weist einen negativen Zusammenhang mit krebsbezogenem Distress und einen positiven Zusammenhang mit der Lebensqualität auf [19]. Die Stärkung der Coping-Selbstwirksamkeit hat eine wichtige Selbstregulations-Funktion für den Krankheitsverarbeitungsprozess und mediiert den Einfluss von krankheitsbezogenen Herausforderungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität [11]. Ebenso hängt Coping mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden zusammen. Für positive Einstellung (Akzeptanz, fighting spirit), Optimismus/Hoffnung und kognitive Neubewertung wurden positive, für Hilf-/Hoffnungslosigkeit, ängstliche Besorgnis und Vermeidung/Verleugnung negative Zusammenhänge ermittelt [12, 17, 13]. Copingstrategien sind nicht stabil und können sich in Abhängigkeit vom psychischen Befinden und Kontext im Krankheitsverlauf verändern [12, 13, 20]. In einer Längsschnittstudie bei Brustkrebspatientinnen bis 5 Jahre nach der Diagnose zeigte sich positive Einstellung als häufigster Copingstil, der sich bei nicht-krankheitsfreien Patientinnen signifikant verringerte. Chemotherapie und Komorbiditäten waren Prädiktoren für maladaptives Coping, d. h. Hilf-/Hoffnungslosigkeit, ängstliche Besorgnis und Vermeidung [12]. Wie auch in unserer Studie wurden für Brustkrebspatientinnen nach der Akutphase zunehmend Strategien der Distanzierung, Selbstfürsorge und Neubewertung beschrieben [20].

Interventionen zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen können somit einerseits der erforderlichen kontextspezifischen Variabilität im Copingstil entsprechen, andererseits potentiell maladaptives Coping verändern, sodass eine fortlaufend positive Anpassung gefördert würde. Psychologische Interventionen bzw. Selbstmanagementinterventionen scheinen diesbezüglich geeignet, auch wenn deren Heterogenität den Nachweis der Effektivität und der wirksamsten Programmkomponenten erschwert [21, 22]. Neben Effekten auf die Ängstlichkeit und Lebensqualität konnten auch Effekte auf die Selbstwirksamkeit [22–24] belegt werden. Die weitere Evaluation sollte entsprechend der Zielsetzung noch stärker an kompetenzbezogenen Selbstmanagement-Parametern erfolgen.

## Stärken und Limitationen

Durch den qualitativen Zugang und den Einbezug von Patientinnen in unterschiedlichen Erkrankungsphasen kann ein breiter Einblick in die Erfahrungen, Bedürfnisse und subjektive Coping-Kompetenzen der Patientinnen gewonnen werden. Fragebögen können nur einen Teil dieser emotions-regulativen Facetten wiedergeben [17].

Limitationen sind, dass wenige Informationen zu Gründen einer Nicht-Teilnahme vorliegen. Das Sample weist ein höheres Bildungsniveau auf, sodass eventuell Frauen mit geringerer Gesundheitskompetenz (health literacy) weniger teilnahmen. Studienziel ist es, Kompetenzen möglichst breit zu erfassen. Patientinnen mit geringerer Bildung/Gesundheitskompetenz könnten weitere Herausforderungen und Bewältigungskompetenzen aufweisen, die nicht abgebildet werden. Dies gilt auch für Patientinnen mit Metastasierung oder Rezidiv. Anzuführen ist auch die aufgrund von Studienaspekten definierte Samplegröße, die Selbstselektion der Teilnehmerinnen

und die unizentrische Rekrutierung im Akutsetting. Mit der insgesamt hohen Interviewzahl wurde aber eine Sättigung am Material erreicht, d. h. pro Setting wurden keine neuen Kategorien mehr gebildet. Eine Generalisierbarkeit auf andere Tumorentitäten ist nicht möglich.

Die Aussagen der Interviewten im Reha- und Selbsthilfesetting beziehen sich nicht ausschließlich auf die aktuellen Krankheitserfahrungen. Daher ist eine eindimensionale Zuordnung und Abgrenzung der Kategorien auf das jeweilige Setting/im Erkrankungsverlauf nicht immer möglich. Dies wurde bei der Beschreibung der Subkategorien berücksichtigt. Ebenso war für die Aussagen nicht immer eine Differenzierung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit oder Selbstmanagementverhalten/Coping möglich, sodass diese anteilig in den Kategorien der persönlichen Kompetenzen eingegangen sind.

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Patientenkompetenz zur Krankheitsbewältigung kann über mehrere Komponenten gefördert werden. Deren Individualität und Komplexität des Zusammenwirkens unterstreichen die Relevanz von patientenorientierter Versorgung. Herausforderungen, bestehende Bewältigungskompetenzen und Unterstützung müssen dafür exploriert werden. Behandler können durch Empathie, patientenorientierte und psychologische Versorgung einerseits Herausforderungen entgegenwirken, andererseits die Kompetenzen fördern. Eine aktive Patientenrolle ist zentral. Interventionen zur Stärkung der Patientenkompetenz sollen Handlungsoptionen schaffen, die selbstgesteuert entsprechend individueller Herausforderungen genutzt werden können.

## Förderung

Die Studie „Transsektorale Entwicklung der Patientenkompetenz bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren“ wurde durch die Deutsche Krebshilfe im Förderschwerpunktprogramm „Patientenorientierung“ gefördert (Fördernummer 70113223).

## Fundref Information

Deutsche Krebshilfe – <http://dx.doi.org/10.13039/501100005972;70113223>

## Danksagung

Wir danken den teilnehmenden Patientinnen für ihre Zeit und Offenheit. Auch danken wir den unterstützenden Einrichtungen und Selbsthilfegruppen (Frauenselbsthilfe nach Krebs, Gruppe Würzburg; Selbsthilfegruppen 2 und 5 der Bayerischen Krebsgesellschaft in Würzburg; Patienteninitiative Allianz gegen Brustkrebs e.V. in Würzburg, Selbsthilfegruppe „Leben nach Krebs“ in Ochsenfurt; Selbsthilfegruppe „ONKO-AKTIV“ in Bad Mergentheim).

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Faller H, Weis J, Koch U et al. Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res* 2016; 81: 24–30. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.12.004
- [2] Stanton AL, Rowland JH, Ganz PA. Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *Am Psychol* 2015; 70: 159–174. doi:10.1037/a0037875
- [3] Breidenbach C, Heidkamp P, Hiltrop K et al. Prevalence and determinants of anxiety and depression in long-term breast cancer survivors. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 101. doi:10.1186/s12888-022-03735-3
- [4] Lehmann-Laue A, Ernst J, Mehnert A et al. Supportive Care and Information Needs of Cancer Survivors: A Comparison of Two Cohorts of Longterm Cancers Survivors 5 and 10 Years after Primary Cancer Diagnosis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2020; 70: 130–137. doi:10.1055/a-0959-5834
- [5] Faller H, Hass HG, Engehausen D et al. Supportive care needs and quality of life in patients with breast and gynecological cancer attending inpatient rehabilitation. A prospective study. *Acta Oncol* 2019; 58: 417–424. doi:10.1080/0284186X.2018.1543947
- [6] Maguire R, Kotronoulas G, Simpson M et al. A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2015; 136: 478–490. doi:10.1016/j.ygyno.2014.10.030
- [7] Weis J, Giesler JM. Subjective dimensions of patient competence: Relationships with selected healthcare usage behaviors and general features of self-rated competence. *Pat Educ Couns* 2008; 73: 511–518. doi:10.1016/j.pec.2008.07.010
- [8] Parker R, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun* 2010; 15: 20–33. doi:10.1080/10810730.2010.501094
- [9] Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology* 2017; 26: 917–926. doi:10.1002/pon.4230
- [10] Fasano J, Shao T, Huang Hh et al. Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2020; 183: 495–501. doi:10.1007/s10549-020-05800-5
- [11] Karademas EC, Simos P, Pat-Horenczyk R et al. Cognitive, emotional, and behavioral mediators of the impact of coping self-efficacy on adaptation to breast cancer: an international prospective study. *Psycho-Oncology* 2021; 30: 1555–1562. doi:10.1002/pon.5730
- [12] Schou-Bredal I, Ekeberg Ø, Kåresen R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. *Psycho-Oncology* 2021; 30: 369–377. doi:10.1002/pon.5587
- [13] Mehrabi E, Hajian S, Simbar M et al. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electron physician* 2015; 7: 1575–1583. doi:10.19082/1575
- [14] Fahmer N, Faller H, Engehausen D et al. Patients' challenges, competencies, and perceived support in dealing with information needs – A qualitative analysis in patients with breast and gynecological cancer. *Pat Educ Couns* 2022; 105: 2382–2390. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.12.006
- [15] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz; 2015
- [16] Giesler JM, Weis J. Patient competence in the context of cancer: its dimensions and their relationships with coping, coping self-efficacy, fear of progression, and depression. *Support Care Cancer* 2021; 29: 2133–2143. doi:10.1007/s00520-020-05699-0
- [17] Cwik JC, Vaganian L, Bussmann S et al. Assessment of coping with cancer-related burdens: psychometric properties of the Cognitive-Emotional Coping with Cancer scale and the German Mini-mental Adjustment to Cancer scale. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2021; 3: e046. doi:10.1097/OR9.0000000000000046
- [18] Fioretti C, Mazzocco K, Pravettoni G. Psychological Support in Breast Cancer Patients: A Personalized Approach. In: Veronesi U, Ed. *Breast cancer: Innovations in Research and Management*. Cham: Springer; 2017: 841–847
- [19] Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget* 2017; 8: 36800–36811. doi:10.18632/oncotarget.15758
- [20] Torralba-Martínez E, Quintana MJ, Carbonell MC et al. Coping experiences of women in the different phases of breast cancer. *Support Care Cancer* 2022; 30: 197–206. doi:10.1007/s00520-021-06400-9
- [21] Cuthbert CA, Farragher JF, Hemmelgarn BR et al. Selfmanagement interventions for cancer survivors: A systematic review and evaluation of intervention content and theories. *Psycho-Oncology* 2019; 28: 2119–2140. doi:10.1002/pon.5215
- [22] Setyowibowo H, Yudiana W, Hunfeld JAM et al. Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast* 2022; 62: 36–51. doi:10.1016/j.breast.2022.01.005
- [23] Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Philip EJ et al. Interventions to enhance self-efficacy in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology* 2019; 28: 1781–1790. doi:10.1002/pon.5148
- [24] Weis JS, Gschwendtner K, Giesler JM et al. Psychoeducational group intervention for breast cancer survivors: a non-randomized multi-center pilot study. *Supportive Care in Cancer* 2020; 28: 3033–3040. doi:10.1007/s00520-019-05076-6