

Aus der Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Tumorpatienten und ihre Angehörigen: Möglichkeiten der
frühen Integration von Palliative Care in die onkologische
Standardversorgung

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Martina Preisler

aus Schwäbisch Gmünd

Datum der Promotion: 01.03.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
1.1 Abstrakt	1
1.1.1 Abstrakt (Deutsch)	1
1.1.2 Abstrakt (Englisch)	3
1.2 Einführung	5
1.3 Forschungsziele	8
1.3.1 Bedürfnisse und Herausforderungen von Patienten und Angehörigen im Krankheitsverlauf	8
1.3.2 Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen aus Perspektive der klinischen Behandler	8
1.3.3 Anforderungssituationen und Möglichkeiten der Förderung der Selbstwirksamkeit von Angehörigen	9
1.4 Methodik	10
1.5 Ergebnisse	11
1.5.1 Bedürfnisse und Herausforderungen von Patienten und Angehörigen im Krankheitsverlauf	11
1.5.2 Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen aus Perspektive der klinischen Behandler	12
1.5.3 Anforderungssituationen und Möglichkeiten der Förderung der Selbstwirksamkeit von Angehörigen	13
1.6 Diskussion	14
1.6.1 Diskussion der Originalarbeiten	14
1.6.2 Kritische Würdigung der Arbeit und Ausblick	17
1.6.3 Schlussfolgerung	18
1.7 Literaturverzeichnis	19
2. Eidesstattliche Versicherung	25
3. Anteilserklärung	26
4. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen	28
4.1 Publikation 1	28

4.2 Publikation 2	41
4.3 Publikation 3	49
5. Lebenslauf	63
6. Vollständige Publikationsliste	66
7. Danksagung	69

1. Zusammenfassung

1.1 Abstrakt

1.1.1 Abstrakt (Deutsch)

Einleitung. Der Nutzen einer frühzeitigen Integration von Palliative Care in die onkologische Standardversorgung (Integrated Palliative Cancer Care; Abk. IPCC) ist für Tumorpatienten und ihre Angehörigen belegt und wird von internationalen Organisationen parallel zu einer tumorspezifischen Behandlung empfohlen. Best-Practice-Modelle von IPCC im Verlauf der Behandlung zielen darauf ab, Patienten und Angehörige bei der Erfüllung ihrer individuellen Bedürfnisse und Linderung von spezifischen Symptomen einer Krebserkrankung zu unterstützen. Bisher weiß man wenig darüber, ob IPCC krankheitsphasenspezifisch oder patienten- bzw. angehörigenzentriert angeboten werden sollte. Diese Arbeit untersucht Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen unter Berücksichtigung individueller Herausforderungen, Behandlungspräferenzen und Informationsbedürfnissen im gesamten Krankheitsverlauf.

Methodik. Angelehnt an die *Grounded Theory* wurden neun onkologische Patienten in verschiedenen Erkrankungsphasen, 16 Angehörige und acht klinische Behandler mittels explorativer, leitfadengestützter Einzelinterviews (Patienten und Angehörige) und Fokusgruppeninterviews (klinische Behandler und Angehörige) qualitativ untersucht. Die Auswertungsprozesse wurden in einem iterativen Prozess mit Experten diskutiert und die Ergebnisse in einer kommunikativen Validierung mit den Teilnehmern überprüft. Für die deskriptive Stichprobenbeschreibung wurden ein soziodemografischer und ein krankheitsbezogener Fragebogen verwendet.

Ergebnisse. Die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen sind stärker von individuellen Herausforderungen und Krankheitsverläufen abhängig, als von klinischen Behandlungsphasen. Wichtige Bedürfnisse zeigten sich in Bezug auf Erkrankung, Behandlung, Krankheitsverarbeitung, Behandlungspräferenz, Prozesse und Strukturen im ambulanten und stationären Kliniksetting. Angehörige hatten eine bedeutende Rolle in der Versorgung von Tumorpatienten inne. Trotz dieser bedeutenden Rolle, wurden die Belastungen von den Behandlern unterschätzt und die vorhandenen Ressourcen überschätzt. Die Angehörigen fühlten sich ungenügend auf ihre Rolle vorbereitet und

beschrieben unzureichende Unterstützung in der Vorbereitung auf die Pflege und Unterstützung des Patienten nach Entlassung aus Klinik.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Notwendigkeit, Bedürfnisse von Tumorpatienten und ihren Angehörigen über den gesamten Krankheitsverlauf systematisch zu erfassen. Eine solche Erfassung kann die Grundlage für eine effektive, integrierte Palliative Care in der onkologischen Standardversorgung sein.

Weiterhin ist es notwendig, die strukturellen Versorgungsbedingungen zu verbessern und mehr Transparenz in Bezug auf vorhandene Ressourcen, Abläufe und Verantwortlichkeiten im jeweiligen Versorgungssetting zu schaffen. Dabei kommt den onkologischen Primärbehandlern eine bedeutende Schlüsselrolle für eine frühzeitige IPCC zu.

Darüber hinaus könnte eine aktive Einbindung von Angehörigen in die Tumorbehandlung, deren Belastungen verringern und die Selbstwirksamkeit stärken. Hierfür sollte das Angebot an Schulungen und auf das Versorgungssetting bezogene Informationen ausgeweitet werden. Außerdem sollte die besondere Rolle der Angehörigen auf gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Ebene mehr als bisher thematisiert werden, um eine Verbesserung ihrer Situation zu erreichen.

1.1.2 Abstrakt (Englisch)

Purpose: Early integration of Palliative Care into standard oncological treatment (Integrated Palliative Cancer Care; IPCC) is beneficial for cancer patients and their caregivers. Multiple international organizations recommend offering this care simultaneously with tumor-specific treatment. Best practice models of IPCC in the course of cancer treatment aim to help patients and their caregivers meeting their individual needs and relief specific symptoms of cancer. So far, there is only limited knowledge about whether IPCC should be offered phase-specific or patient- and caregiver-centered. This study investigated patients' and caregivers' needs, considering individual challenges, treatment preferences and information needs throughout the disease trajectory.

Methods: Using a modified *grounded theory* approach, nine oncological patients at different stages of the disease, 16 caregivers and eight clinical practitioners in oncology participated in a qualitative study employing explorative, semi-structured interviews (patients and caregivers) and focus group interviews (clinical practitioners and caregivers). The evaluation processes were discussed in an iterative process with experts and the results were confirmed in a communicative validation process. Descriptive data were collected via a socio-demographic questionnaire and a disease-related questionnaire.

Results: The needs of the patients and their caregivers were more dependent on individual challenges and disease trajectories than on clinical treatment phases. Important needs were identified in terms of illness, treatment, disease progression, treatment preference, and processes and structures in outpatient and inpatient settings. While caregivers played an important role in cancer care, their experienced burdens were underestimated by the practitioners and the available resources were overestimated. The caregivers felt inadequately prepared for their supporting role and described insufficient support in preparation for the accompaniment and care of the patient after transitioning from the hospital.

Conclusions: The results of this study highlighted the need for continuous and systematic assessment of the needs of cancer patients and their caregivers throughout the

disease trajectory. Such assessment can be the basis for an effective integrated palliative care into standard oncology care.

For this purpose, it is important to improve structural conditions more generally and, to create more transparency regarding existing resources, procedures and responsibilities in the clinic setting, in particular. Oncological primary care providers play an important key role in initiating IPCC early.

In addition, active involvement of caregivers in the cancer treatment could reduce their burden and increase self-efficacy. Likewise, the special role of the caregivers should be addressed more than ever before at the health and social level in order to improve their situation.

1.2 Einführung

Das Ziel von Palliative Care (PC) besteht in einer Verbesserung der Lebensqualität von Tumorpatienten und ihren Angehörigen. Dieses Ziel soll erreicht werden durch ein frühzeitiges Erkennen und professionelles Symptommanagement, durch psychologische, soziale und spirituelle Begleitung, durch vertiefte Arzt-Patient-Kommunikation, sowie durch eine Unterstützung bei komplexen (Therapie-) Entscheidungen und vorausschauender Behandlungsplanung^{1,2}.

Im letzten Jahrzehnt entwickelte sich PC von einer auf das Lebensende fokussierten Behandlung hin zu einer spezialisierten patientenorientierten Versorgung, die nach Möglichkeit über den gesamten Krankheitsverlauf einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung hinweg bestehen soll. Dabei steht die Verbesserung der Lebensqualität nun zu allen Zeitpunkten des Krankheitsverlaufs im Vordergrund, unabhängig von der Prognose und dem Krankheitsstadium der primären Erkrankung.

Es gibt Evidenz aus randomisierten klinischen Studien³⁻⁹ und systematischen Reviews^{10,11}, die belegt, dass eine frühe Integration von PC in die onkologische Standardversorgung (nachfolgend als Integrated Palliative Cancer Care, abgekürzt IPCC, bezeichnet) mehrere Vorteile hat. So konnte eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Reduktion von Depressionen und Ängsten von Patienten^{3,5,10,12} als auch eine größere Zufriedenheit der Angehörigen mit der Versorgung^{13,14} belegt werden. Ebenso führte eine frühe IPCC bei einer Vielzahl von Krebsarten zu verbesserten Ergebnissen bei den *Patient-reported Outcomes*^{4,10,15}. Die Patienten wurden am Lebensende mit weniger aggressiven tumorspezifischen Therapien behandelt und der Zeitraum für eine End-of-Life-Planung bzw. hospizliche Begleitung verlängerte sich³. Weiterhin führte die frühe Integration zu einer Verringerung der Anzahl von Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten^{3,16} und zu einer Kostenreduktion für stationäre Aufenthalte¹⁵.

Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die American Society of Clinical Oncology (ASCO) und die European Society for Medical Oncology (ESMO) fordern für Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung und/oder hoher Symptomlast und deren Angehörige eine frühzeitige Integration von PC simultan zur onkologischen Standardversorgung^{1,17,18}. In Deutschland spiegeln sich ähnliche Empfehlungen sowohl in der S3-Leitlinie für Palliativmedizin für Patienten nicht-heilbarer

Tumorerkrankungen als auch zunehmend in spezifischen Organleitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) , der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und der Deutschen Krebshilfe wider. In der im Februar 2018 erschienenen S3-Leitlinie Lungen-Karzinom gibt es erstmals ein separates Kapitel, in welchem konkrete Handlungsempfehlungen für eine frühe, routinemäßige Integration von PC – ständig angepasst an den Bedarf des Patienten und der Angehörigen - gegeben werden (vgl. Kapitel 8.2 der Leitlinie)¹⁹. IPCC stellt somit eine grundsätzliche Haltung und ein Verständnis eines ganzheitlichen Therapieansatzes für einen an Krebs erkrankten Menschen und dessen Angehörige dar. Sie kann und sollte parallel zur tumorspezifischen Therapie, aber auch als alleinige Behandlung erfolgen.

Im Kontext der Implementierung von IPCC gibt es zahlreiche Arbeiten, die definieren, was eine erfolgreiche IPCC ausmacht und welche Indikatoren dafür am besten geeignet sind²⁰⁻²⁴. Allerdings fehlt eine einheitliche Definition für die „frühe Integration von PC“ und es fehlen Evidenz für Art, Ausmaß und Zeitpunkt der PC Interventionen²¹.

Ergänzend dazu liegt der aktuelle Versorgungsfokus in der Onkologie fast ausschließlich auf dem Patienten, während die Unterstützung der Angehörigen bislang ungenügend berücksichtigt ist²⁵⁻²⁷. Damit Angehörige in der onkologischen Versorgung ausreichend berücksichtigt werden können, muss die Forschung dazu verstärkt werden.

Dies ist aus folgenden Gründen besonders wichtig: 1) Angehörige von Tumorpatienten haben aufgrund der Krankheitssituation ebenfalls eine hohe psychische Belastung, eine verringerte Lebensqualität und vielfältige Auswirkungen der spezifischen Situation auf alle Lebensbereiche²⁸⁻³⁰. Sie sind insofern selbst Betroffene und werden mit dem Patienten zusammen in PC bereits per Definition in einem gemeinsamen Versorgungskonzept (*“Unit of care”*) zusammengefasst^{31,32}; 2) Angehörige haben bedeutenden Einfluss auf die Behandlung und Lebensqualität der Patienten und sind wichtige Gesprächspartner in Therapie- bzw. Versorgungszielentscheidungen^{30,33,34}; 3) Angehörige haben den größten Anteil an emotionalen, organisatorischen und pflegerischen Versorgung von Krebspatienten und verringern daher die Anforderungen an das Gesundheitssystem mit signifikantem ökonomischen Nutzen³⁰; 4) sozial-ökologische Theorien weisen nachdrücklich auf die Beziehung zwischen Angehörigen und professionellen Behandlern als einen entscheidenden Faktor in der psychischen Gesundheitsversorgung hin^{35,36}.

Forschungslücke

Eine Voraussetzung für die Implementierung einer maßgeschneiderten patienten- und angehörigenzentrierte IPCC über den gesamten Krankheitsverlauf³⁷ ist ein besseres Verständnis der komplexen somatischen, psychologischen, sozialen und spirituellen/existentiellen Bedürfnisse der Krebspatienten und deren Angehörigen. Eine weitere Voraussetzung ist das Wissen darüber, zu welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf diese Bedürfnisse entstehen^{38–41}.

Bisher ist neben der Art der Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen auch unklar, ob diese spezifisch in einzelnen Krankheitsphasen auftreten oder andere Einflussfaktoren, wie zum Beispiel persönliche Behandlungspräferenzen⁴² oder bisherige Erfahrungen und das Wissen über Erkrankung und Behandlung^{43,44} die Initiation von IPCC beeinflussen. Ein vereinfachtes Schema des dieser Arbeit zugrundeliegenden Modells einer optimalen Versorgung durch die Integration von Palliative Care in die onkologische Standardversorgung und der sechs untersuchten Phasen eines möglichen Krankheitsverlaufes wird in Abbildung 1 dargestellt.

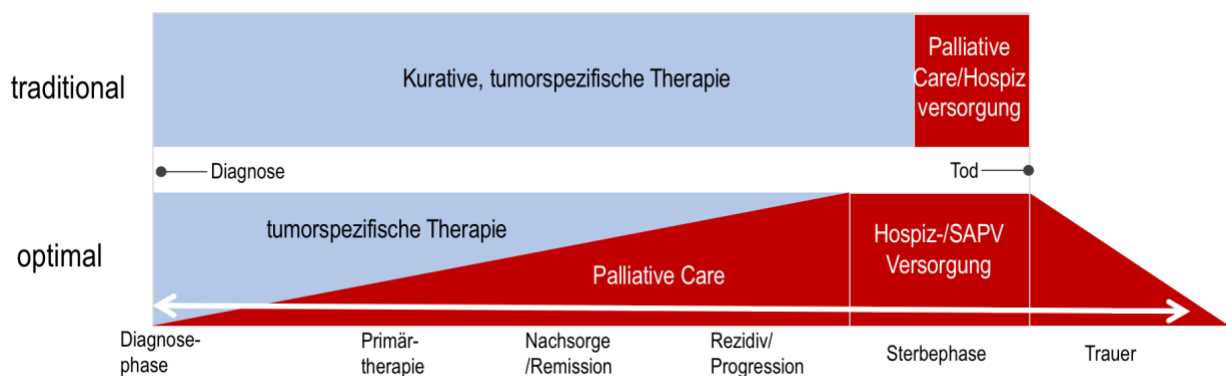


Abb 1: Traditionelles Modell von PC und optimales Modell einer integrierten PC in der Onkologie. Im traditionellen Modell wird Palliative Care mit der Versorgung am Lebensende gleichgesetzt – erst wenn keine tumorspezifische Therapie mehr möglich ist, wird der Patient zum Palliativpatienten. Im neuen, optimierten Modell einer integrierten onkologischen Versorgung wird Palliative Care ergänzend zur potentiell kurativen Therapie entsprechend den Belastungen und Unterstützungsbedarf von Patienten und deren Angehörigen von Diagnosestellung bis zum Tod und für die Angehörigen darüber hinaus angeboten (modifiziert nach Parikh et al⁴⁵, Rocque et al⁴⁶ und Hui et al⁴⁷).

1.3 Forschungsziele

Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit ist die Exploration von möglichen Ansatzpunkten für die frühe Integration von PC in die onkologische Standardversorgung bezüglich Zeitpunkt, Art der Intervention und durch wen diese erfolgen kann.

Basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung wurden folgende Teilziele festgelegt und folgende Fragestellung formuliert:

1.3.1 Bedürfnisse und Herausforderungen von Patienten und Angehörigen im Krankheitsverlauf

Um das Wissen über die komplexen Bedürfnisse von Krebspatienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und deren Angehörigen zu vergrößern, wurden die Bedürfnisse in jeder einzelnen Behandlungsphase des Krankheitsverlaufes untersucht. Ziel war es, basierend auf den individuellen Krankheitsverläufen und Erfahrungen der Patienten und Angehörigen Daten zu generieren, die es erlauben, einen spezifischeren Einblick zu gewinnen. Dieser Einblick sollte dafür genutzt werden, wie und zu welchem Zeitpunkt eine frühe Integration von PC in die onkologische Standardversorgung patienten- und angehörigenzentriert erfolgen kann.

Fragestellung 1: Mit welchen Herausforderungen werden Patienten und Angehörige während des Krankheitsverlaufes konfrontiert und gibt es behandlungsphasenspezifische Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen?

In dem gewählten qualitativen, reflexiven Forschungsprozess wurden im Verlauf zwei weitere Fragestellungen, basierend auf den bis dahin gewonnenen Daten und dem aktuellen Stand der Forschung, formuliert.

1.3.2 Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen aus Perspektive der klinischen Behandler

Die Ergänzung um die Perspektive der klinischen Behandler in Bezug auf die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen über alle Phasen des Krankheitsverlaufes, ermöglicht einen umfassenderen Einblick in diese und hilft bei der Konzeption, wie IPCC Patienten

und Angehörige in Phasen mit besonderen Belastungen flankieren kann^{41,48}. Gleichzeitig sollten Erkenntnisse gewonnen werden, wie die klinischen Behandler die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen zu verschiedenen Zeitpunkten des Behandlungsverlaufes wahrnehmen.

Fragestellung 2: Welchen Unterstützungsbedarf nehmen Mitglieder multiprofessioneller Klinik-Teams bei Tumorpatienten und Angehörigen wahr und sind Behandlungsphasenspezifische Bedürfnisse erkennbar?

1.3.3 Anforderungssituationen und Möglichkeiten der Förderung der Selbstwirksamkeit von Angehörigen

Angehörige von Krebspatienten leiden zum Teil unter einer hohen psychischen Belastung, verringerter Lebensqualität und fühlen sich in Bezug auf die Anforderungen und Herausforderungen im Krankheitsverlauf der Patienten schlecht vorbereitet⁴⁹⁻⁵¹. Um negative Auswirkungen zu verringern und Angehörige im Umgang mit der Krebserkrankung zu unterstützen, benötigen sie systematische, professionelle Unterstützung, um sich die notwendigen Fähigkeiten anzueignen.

Damit Angehörige Patienten aktiv während des Behandlungsprozesses zur Seite stehen und auch für sich selbst gut sorgen können, ist eine hohe Selbstwirksamkeit erforderlich⁵². Eine niedrige Selbstwirksamkeit bei Angehörigen reduzierte unter anderem ihre Stimmungsstabilität und stand im Zusammenhang mit hoher Ängstlichkeit und niedriger Lebensqualität der Patienten⁵³.

Fragestellung 3: Welche Anforderungen ergeben sich für Angehörige von Tumorpatienten in den Phasen des Behandlungsverlaufs und wie kann ihre Selbstwirksamkeit gefördert werden?

1.4 Methodik

1.4.1 Studiendesign

Für die Analysen wurde ein qualitativer Ansatz (modifizierte Grounded Theory^{54,55}) gewählt. Dies erlaubte einerseits dem erst wachsenden Forschungsstandes des zu untersuchenden Phänomens Rechnung zu tragen, andererseits um einen nuancierten Einblick in die subjektiven Theorien und intersubjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der Teilnehmer zu erhalten. Um mögliche Bedürfnisse zu identifizieren und zu verstehen, war es wichtig zu analysieren wie die Teilnehmer Prozesse wahrnahmen und interpretierten^{56,57}.

1.4.2 Datenerhebung und Stichprobe

Nach Vorliegen des Ethikvotums und schriftlicher Einwilligung der Teilnehmer in die Studie wurden von Mai 2014 bis April 2016 Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung ($n=11$), Angehörige von Krebspatienten ($n=17$) und professionelle Behandler ($n=8$) einer Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie mit teilstrukturierten, qualitativen Einzelinterviews und Fokusgruppen untersucht. Die Leitfäden wurden auf Grundlage bestehender Qualitätsstandards⁵⁶ entwickelt und in separaten Interviews validiert. Die Interviews dauerten zwischen 45 und 88 Minuten und Audioaufnahmen wurden erstellt. Für die deskriptive Stichprobenbeschreibung wurden ein soziodemografischer Fragebogen und ein krankheitsbezogener Ergänzungsfragebogen (für Patienten und Angehörige) verwendet.

Einschlusskriterien für Patienten bestanden in a) der Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung und b) stationärer oder ambulanter Behandlung. Angehörige wurden eingeschlossen, wenn bei den ihnen zugehörigen Patienten die o.g. Kriterien vorlagen. Bei Vorliegen der Einschlusskriterien konnten Angehörige unabhängig vom Einschluss der Patienten an der Studie teilnehmen. Die Angehörigen waren Ehepartner, erwachsene Kinder, Eltern, Geschwister und enge Freunde von Tumorpatienten. Einschlusskriterien für die klinischen Behandler (Ärzte, Schwestern/Pfleger, Sozialdienstmitarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen) war, dass sie Patienten behandelten, die die oben genannten Einschlusskriterien erfüllten. Alle Teilnehmer mussten älter als 18 Jahre sein und ausreichende Deutschkenntnisse besitzen.

1.4.3 Datenanalyse

Die Audioaufnahmen der (Einzel-)Interviews und der Fokusgruppen wurden transkribiert und anonymisiert. Das Textmaterial wurde mit MAXQDA gemäß der Methodologie der Grounded Theory⁵⁵ analysiert. Einzelne Textabschnitte (Wort- oder Satzebene) wurden kodiert und zu (Sub-)Kategorien geordnet. Die Auswertungsprozesse wurden in einem iterativen Prozess mit Experten (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegende, Psychologiestudenten) diskutiert und die Ergebnisse in einer kommunikativen Validierung mit den Teilnehmern überprüft. Die zeitliche Einordnung der Ergebnisse in den Behandlungsverlauf orientierte sich an den in Abbildung 1 dargestellten Phasen *Diagnose, Primärtherapie, ambulante Versorgung/ Nachsorge/ Remission, Progress/ Rezidiv, Sterben sowie Trauer (der Angehörigen)*^{41,58}.

1.5 Ergebnisse

1.5.1 Bedürfnisse und Herausforderungen von Patienten und Angehörigen im Krankheitsverlauf

Patienten und Angehörige berichteten über eine breite Variation von Bedürfnissen, wovon nur wenige spezifisch für eine bestimmte Krankheitsphase waren.

Sowohl von Patienten als auch von Angehörigen veränderten sich die Bedürfnisse individuell über die Zeit und waren von spezifischen Ereignissen bedingt und nicht durch die jeweilige Krankheitsphase bestimmt. Herausforderungen die durch spezifische Ereignisse entstanden und überwiegend als krisenhaft erlebt wurden, führten zu Distress und Destabilisierung der Patienten und Angehörigen.

Die Krisen auslösenden Ereignisse waren höchst individuell und situations- und systemspezifisch. Diese waren auf struktureller Ebene unter anderem intransparente, nicht nachvollziehbare Abläufe in der klinischen Versorgung, Art und Weise der Kommunikation von Erkrankung und Prognose durch die Behandler, administrative Prozesse von Behörden im Gesundheitswesen. Auf individueller Ebene wurden Krisen ausgelöst durch physische, psychische und soziale Erkrankungs- und Behandlungsauswirkungen sowie persönliche Lebensumstände wie Scheidung, pflegebedürftige Angehörige, kürzlich verstorbene Partner.

Das Bedürfnis nach einer empathischen, patienten- und angehörigenzentrierten Kommunikation und Unterstützung im Krankheits- bzw. Behandlungsverständnis und

Prognosebewusstsein wiederholte sich über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg. Spezifische Bedürfnisse der Angehörigen im Unterschied zu den Patienten lagen zum großen Teil auf struktureller Ebene. So erlebten sich einige Angehörige hilfloser, waren zum Teil resignierter aufgrund des Erlebens, ihre Informationsbedürfnisse nicht erfüllt zu bekommen. Es wurde eine aktive, vom Behandlungsteam ausgehende Informationsvermittlung gewünscht, die über den Krankheitsverlauf wiederholend angeboten wird. Insbesondere galt dies für Informationen zur Vorbereitung auf die Zeit nach der stationären Behandlung.

Es zeigte sich, dass weder Angehörige noch Patienten einen einheitlichen, systematischen Zugang zu begleitenden Maßnahmen - wie PC, Psychoonkologie, Physiotherapie, Ernährungsberatung - hatten. Der Zugang zu diesen Maßnahmen war jeweils von der Empfehlung der Behandler abhängig. Es fehlte oft Wissen darüber, wer Supportivbehandlung anbietet, welche es gibt und wie die Zugangswege dazu sind. Ebenso fehlten Informationen über möglichen Zeitpunkt der Inanspruchnahme, Indikation und Indikationsziel. Der Wunsch nach einem „Lotsen“ wurde mehrfach geäußert, da auch klinische Abläufe und Prozeduren für Patienten und Angehörige größtenteils nicht nachvollziehbar waren. Insbesondere die Interaktion mit den Ärzten war für Patienten wie auch Angehörige von großer Bedeutung für deren Wohlbefinden und Zufriedenheit und um sich „in guten Händen“ zu fühlen.

1.5.2 Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen aus Perspektive der klinischen Behandler

Anhand der Daten konnten eine übergeordnete Kategorie und fünf Unterkategorien des Unterstützungsbedarfs von Patienten und Angehörigen aus Sicht der Behandler erstellt werden. Unterkategorien waren: *Aufgaben bewältigen* (psychologische, körperliche, soziale, spirituelle und organisatorische), *Situation annehmen* (durch Fakten betrachten, Reflexion, positive Einstellung), *Stärke generieren* (Durchsetzen realistischer Ziele, Selbstwirksamkeit erleben, angenehme Umgebung und Aktivitäten, Grenzen setzen und Wünsche äußern), *Vertrauen aufbauen* (durch Zeit und Gespräche mit den Behandlern, Zuwendung, Annahme, Achtung und Verlässlichkeit) und *Klarheit fördern* (durch zeitnahe, korrekte und einheitliche Information, Überprüfung des Verstehens der Informationen und Unterstützung in der Identifizierung nötiger Maßnahmen).

Wahrgenommene Kontrollierbarkeit durch Erleben von Sicherheit, Wirksamkeit und Verlässlichkeit wurde als übergeordnete Kategorie identifiziert.

Die für jede Behandlungsphase wahrgenommenen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen wurden als phasenübergreifend beschrieben und konnten keiner einzelnen Behandlungsphase ausschließlich zugeordnet werden. Subjektive Krankheitstheorien der Behandler, im Besonderen in Bezug auf Krankheitsverarbeitungsstrategien der Patienten und Angehörigen. Unterstützungsbedarf bei der Krankheitsverarbeitung der Patienten wurde vor allem beschrieben, wenn deren Strategien die Kommunikation und Interaktion mit dem Behandlungsteam erschwerte. In Tabelle 1 werden die identifizierten Kategorien im Überblick dargestellt.

Tab. 1 Von klinischen Behandlern wahrgenommener Unterstützungsbedarf von Tumorpatienten und Angehörigen

Wahrgenommene Kontrollierbarkeit durch Erleben von Sicherheit, Wirksamkeit & Verlässlichkeit	Aufgaben bewältigen nämlich	Situation annehmen durch	Stärke generieren durch	Vertrauen spüren durch	Klarheit erweitem durch
	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische „Umgehen mit Fragen wie ‚Wer weiß, wie lange Zeit ich noch habe?‘“ • Körperliche • Soziale „[Manches] sehen die Angehörigen natürlich gar nicht so sehr wie der Patient das selber erlebt. Der verbalisiert's möglicherweise nicht.“ • Spirituelle • Organisatorische „Viele müssen ihren Schreibtisch sortieren. Die müssen Dinge regeln.“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Fakten betrachten • Reflexion „[Es kommt vor, dass] die Angehörigen sich an Behandlungsmaßnahmen klammern, weil sie natürlich ihren lieb gewonnenen Menschen wünschen, dass man ALLES nur Erdenkliche tut. Aber, nur alles Erdenkliche ist nicht immer nur das Beste...“ • Positive Einstellung „Ich werd... alle Leute mit einbeziehen und ich werd das schaffen. Auch unter den Möglichkeiten, die ich dann habe.“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Realistische Ziele „[Solche Ziele funktionieren wie] so n kleiner Leuchtturm, ne? Der steht irgendwo und blinkt dann immer so n kleines bisschen, ja?“ • Selbstwirksamkeit erleben • Angenehme Umgebung & Aktivitäten „[Ein Umfeld, in dem man] gar nicht [sagt] ‚Ach Gott, wir HABEN die Diagnose, sondern ‚Wie gehen wir jetzt damit um?‘“ • Grenzen • Wünsche äußern 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit & Gespräche „[E]s war gar nicht so wichtig, was ICH gesagt habe, sondern dass ich zuhöre, was bei ihr [der Patientin] ist.“ • Zuwendung „[Zuwendige Berührungen sind wichtig,] weil sonst hospitalisieren die [Patienten] auch sehr schnell und bleiben, verbleiben so in ihrer Welt und isolieren sich auch vor... vor... manchen Disziplinen.“ • Annahme & Achtung • Verlässlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitnahe Information • Korrekte Information • Einheitliche Information „Der eine Doktor sagt ‚Ja, das kriegen wir so hin.‘ und der andere sagt ‚Nein, also... so geht das jetzt nicht mehr.‘ Dann steht der Patient zwischendrin und ist ganz verzweifelt, ne?“ • Informationen verstehen • Nötige Maßnahmen identifizieren

1.5.3 Anforderungssituationen und Möglichkeiten der Förderung der Selbstwirksamkeit von Angehörigen

Ungewissheit wurde als zentrale Belastungskategorie analysiert und mit subjektivem Kontrollverlust sowie Gefühlen von Unruhe, Rastlosigkeit und Ohnmacht der Angehörigen verbunden. Informationsdefizite wurden in Bezug auf die aktuelle Krankheitssituation und weitere Behandlungsschritte beschrieben. Es konnten vier Anforderungsbereiche analysiert werden: *Ungewissheit aushalten* (Wartezeiten und Unregelmäßigkeiten bei Klinikabläufen sowie eigene Gefühle und Ängste und die der

Patienten aushalten), *Interaktion mit Ärzten* (bedeutsam im gesamten Behandlungsverlauf; negative Vorerfahrungen oder mangelndes Wissen über die Erkrankung erschwerten den Beziehungsaufbau und die Kommunikation), *instrumentelle Unterstützung geben* (limitiert durch fehlende praktische Kenntnisse und zeitliche Belastung durch Kliniktermine) und *Umstrukturierung des eigenen Lebens* (Tagesablauf an die Patienten anpassen, für sich selbst einen Ausgleich schaffen).

Diese Anforderungsbereiche überschneiden sich teilweise und konnten keiner einzelnen Behandlungsphase ausschließlich zugeordnet werden. Fehleinschätzungen der Behandler bezüglich der Belastbarkeit und vorhandener Kompetenzen der Angehörigen, Unterstützung geben zu können, führten zu Konflikten zwischen Behandlern und Angehörigen sowie zu einer mangelnden Unterstützung für die Angehörigen.

Mehr Zeit für Arzt-Patient- und Arzt-Angehörigen-Gespräche und eine aktive, vom Behandler ausgehende, individualisierte Informationsvermittlung, wurden übereinstimmend als ein wichtiger Aspekt einer patienten- und angehörigenzentrierten Begleitung von Behandlern, Angehörigen und Patienten beschrieben.

1.6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte spezifische Herausforderungen und daraus resultierende Bedürfnisse von Tumorpatienten und deren Angehörigen aus deren Perspektive wie auch aus der Perspektive der klinischen Behandler über den Verlauf einer Krebserkrankung. Patienten und Angehörige berichteten über eine große Spannbreite an Herausforderungen auf somatischer, psychischer, sozialer und existentieller Ebene und in den unterschiedlichsten Lebensbereichen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg. Spezifische Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen wurden im Rahmen dieser Arbeit identifiziert und Zusammenhänge auf individueller, struktureller und institutioneller und gesellschaftspolitischer Ebene benannt.

1.6.1 Diskussion der Originalarbeiten

Ereignisspezifisch statt krankheitsphasenspezifisch

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können nicht zeigen, dass die von Patienten, Angehörigen und Behandlern beschriebenen Bedürfnisse ausschließlich einer einzelnen Behandlungsphase zuordenbar sind. Es wurden jedoch verschiedene, individuelle,

ereignisspezifische Themen der Patienten und Angehörigen als potentielle Ansatzpunkte für IPCC identifiziert. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen den von Kaasa und Kollegen beschriebenen Behandlungsansatz von *“patient-focused and not focused on the tumor”*⁵⁹ und unterstreichen die Notwendigkeit der frühen Integration von Palliative Care, beginnend mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung bis hin zur Trauerphase der Angehörigen, ergänzend zur onkologischen Standardtherapie zu implementieren¹⁸.

Subjektive Krankheitstheorien haben Auswirkungen auf Belastungserleben und Krankheitsverarbeitung

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass subjektive Krankheitstheorien der Behandler über Krankheitsverarbeitung und Bedürfnisse der Angehörigen und Patienten wie auch subjektive Krankheitstheorien der Patienten und Angehörigen selbst, entscheidenden Einfluss auf Belastungserleben und Art und Umfang von Bedürfnissen, auf das Krankheitsverständnis wie auch Krankheitsverarbeitung haben. Subjektive Krankheitstheorien werden sowohl von Patienten als auch von Behandlern bisher wenig bis gar nicht reflektiert und in die Kommunikation miteinbezogen und stützt die Hypothese von Berglund und Kollegen, dass Leiden entsteht, wenn die Perspektive der Patienten auf Krankheit und Gesundheit übersehen wird⁶⁰. Dies können wir aufgrund unserer Ergebnisse auch in Bezug auf das Leiden von Angehörigen übertragen.

Eine Verminderung der analysierten subjektiven wie objektiven Informationsdefizite von Angehörigen, von Rabow und Kollegen beschrieben als *„they don’t know what they don’t know“*⁶¹, ist notwendig, um Belastungen und Leiden von Angehörigen zu senken.

Bedeutung von Arzt-Angehörigen-Beziehung und Arzt-Patienten-Beziehung

Insgesamt bestätigt diese Arbeit, wie wichtig die Beziehung zwischen Angehörigen und professionellen Behandlern für die psychische Gesundheitsversorgung ist^{35,36}. Dieser besonderen Beziehung wird bislang in Praxis, Ausbildung und strukturellen Voraussetzungen nicht genügend Rechnung getragen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Interaktion und Beziehung zwischen den behandelnden Ärzten und dem Patienten ein bedeutender Faktor für das Ausmaß der Belastung und des Wohlbefindens der Patienten ist. In Übereinstimmung mit anderen Studien, die bei einer, sich an Bedürfnissen, körperlichen, psychischen, sozialen und existenziellen Problemen sowie den Präferenzen von Patienten und Angehörigen, orientierenden

Kommunikation und Interaktion positive Effekte auf die Anpassung und Verarbeitung von Situationen und damit auf das Wohlbefinden zeigten⁶²⁻⁶⁴, weisen die Daten dieser Arbeit ergänzend auf eine in der Literatur auch bekannte Rollenerwartung gegenüber dem Arzt hin. Diese Rollenerwartung umfasst neben medizinischen, tumorspezifischen Behandlungsmaßnahmen auch die entsprechende Empfehlung von ergänzenden, unterstützenden und palliativen Maßnahmen.

Diese Rollenerwartung und die immense Bedeutung der Patienten-Arzt-Beziehung wie auch der Angehörigen-Arzt-Beziehung unterstreicht die Schlüsselrolle der Primärbehandler für eine rechtzeitige Integration von PC in die onkologische Behandlung.

Klinische Implikationen

Um die spezifischen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen zu identifizieren, ist die *Implementierung eines systematischen, routinemäßigen Screenings* aller Tumorpatienten und Angehörigen wünschenswert.

Eine solche Erhebung *des Wohlbefindens und der Sorgen der Angehörigen*, wie zum Beispiel auch von Mitnick und Kollegen in ihren ethischen Guidelines⁶⁵ empfohlen, könnte ein Ausgangspunkt für die Verbesserung der Beziehung zwischen Ärzten und Angehörigen sein, die Unterstützung der Angehörigen optimieren und die Versorgungsqualität steigern.

Weiterhin zeigt sich, dass Patienten und Angehörigen *einfach zugängliche Informationen* über tumorspezifische, wie auch begleitende, ergänzende Behandlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel IPCC benötigen. Insbesondere die *Informationsbedürfnisse von Angehörigen in Bezug auf Strukturen, Prozesse, Möglichkeiten einer vorausschauenden Lebensplanung*, wie auch *Erwartungen, Rechte und Pflichten* von Angehörigen in einer Akutklinik bleiben bisher im großen Maße unberücksichtigt^{26,66}. Dies könnte zum Beispiel durch Bereitstellung entsprechenden Informationsmaterials oder durch Informationsveranstaltungen verbessert werden. Gut vermittelte Informationen im Rahmen einer *tragfähigen Arzt-Angehörigen-Beziehung* sind ein Ansatzpunkt für die Verbesserung der in dieser Arbeit als *Umgang mit der Ungewissheit* identifizierten Belastungskategorie der Angehörigen.

Für die Implementierung bzw. Optimierung einer IPCC ist es daher zentral, dass sich die Primärbehandler ihrer Schlüsselfunktion bewusst werden und Verantwortung für die Integration von Palliative Care und allen weiteren unterstützenden, ergänzenden Maßnahmen übernehmen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer "Ausbildung aller

Angehörigen der Gesundheitsberufe, die eine primäre palliative Versorgung leisten, sowie angemessene Unterstützung dieser (z. B. Zeit, Erstattung)" ²⁰.

Gesellschaftliche Implikationen

Die Rolle von Angehörigen im onkologischen Versorgungskonzept im Allgemeinen und im klinischen Kontext im Besonderen sollte diskutiert und definiert werden, damit entsprechende Zuständigkeiten entstehen und Rollenerwartungen, Pflichten und Rechte transparent werden.

Die kulturelle Barriere zu überwinden – nämlich dass Palliative Care immer noch mit Versorgung am Lebensende und mit Sterben und Tod gleichgesetzt wird mit der daraus folgenden Angst von Behandlern, Patienten und Angehörige mit diesem Konzept zu konfrontieren^{20,67} - erfordert neben der oben genannten Notwendigkeit der Ausbildung eine Diskussion und Umdenken auf gesellschaftlicher Ebene.

1.6.2 Kritische Würdigung der Arbeit und Ausblick

Einschränkungen dieser Arbeit resultieren aus der monozentrischen Durchführung und der Begrenzung auf deutschsprachige Teilnehmer. Außerdem könnten sich Teilnehmer der Studie in einer abhängigen Situation sehen und aus diesem Grund kritische Äußerungen zurückhalten. Um diese Einschränkung zu minimieren, wurde Vertraulichkeit und eine Anonymisierung der Daten zugesichert.

Die Exploration der klinischen Primärbehandler sollte in zukünftigen Studien durch Einzelinterviews ergänzt werden, um den vorhandenen Einfluss der gewählten Methode der Fokusgruppeninterviews zu vermindern. Ebenso könnte das Interviewen von einer größeren Anzahl von klinischen Primärbehandlern – auch mit der Ausweitung auf spezialisierte PC Behandler - das Ergebnis differenzieren. Quantitative und qualitative Längsschnittstudien sind notwendig um die Ergebnisse zu bestätigen und zu generalisieren.

Trotz diesen Limitationen zeigt diese Arbeit Möglichkeiten auf, PC frühzeitig in die onkologische Standardversorgung zu implementieren. So wurden spezifische, detaillierte Einsichten in subjektive Herausforderungen und Bedürfnisse von Krebspatienten und Angehörigen im Verlauf einer Krebsbehandlung identifiziert und ein struktureller Optimierungsbedarf des Gesundheitssystems im Allgemeinen und von Akutkliniken im Besonderen dargestellt.

Neben diesen Erkenntnissen können folgende Themen künftig von Interesse sein: Wie können Unterstützungsaktivitäten der Angehörigen sichtbar und quantifizierbar gemacht werden? Welchen spezifischen Informationsbedarf haben Angehörige in den verschiedenen Versorgungssettings? Wie kann ein systematisches Erfassen der spezifischen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg in Bezug auf Zeitpunkte, Inhalte, Zuständigkeiten der Durchführung und Auswertung aussehen? Was ist notwendig für die Implementierung in den onkologischen Behandlungspfad? Wie kann eine patienten- und angehörigenspezifische Unterstützung bereitgestellt werden?

1.6.3 Schlussfolgerung

Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten: Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen sind stärker von individuellen Herausforderungen und Krankheitsverläufen abhängig als von Behandlungsphasen der Krebserkrankung. Daher besteht die Notwendigkeit, die Bedürfnisse von Tumorpatienten *und* Angehörigen über den gesamten Krankheitsverlauf systematisch zu erfassen. Eine solche Erfassung kann die Grundlage für eine effektive integrierte Palliative Care in der onkologischen Standardversorgung sein.

Für die individualisierte IPCC ist es neben der systematischen Erfassung notwendig, die strukturellen Versorgungsbedingungen zu verbessern und mehr Transparenz in Bezug auf vorhandene Ressourcen, Abläufe und Verantwortlichkeiten im Kliniksetting zu schaffen. Dabei kommt den onkologischen Primärbehandlern eine bedeutende Schlüsselrolle für eine frühzeitige IPCC zu. Allerdings muss das Bewusstsein über diese Rolle gefördert und die Ausbildung in Palliative Care verbessert werden.

Darüber hinaus könnte eine aktive Einbindung von Angehörigen in die Tumorbehandlung ihre Belastung verringern und die Selbstwirksamkeit stärken. Hierfür sollte das Angebot an entsprechenden Schulungen und spezifischen, auf das Versorgungssetting bezogenen Informationen ausgeweitet werden. Außerdem sollte die besondere Rolle der Angehörigen, die diese in der onkologischen Behandlung für die Krebspatienten, aber auch als selbst Betroffene haben, auf gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Ebene mehr als bisher thematisiert werden, um eine Verbesserung ihrer Situation zu erreichen.

1.7 Literaturverzeichnis

1. World Health Organisation. WHO Definition of Palliative Care. WHO <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2012, accessed 10 January 2018).
2. Borasio GD. Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care* 2011; 9: 1–2.
3. Temel J, Greer J, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–742.
4. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 1721–1730.
5. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw, FC, Seville J, Hull, J, Li Z, Tosteson D, Byock IR, Ahles TA. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. *Jama* 2009; 302: 741-749.
6. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, Gallagher ER, Temel JS. Effect of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End-of-Life Care in Patients With Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 394–400.
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionnne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, Hoydich ZP, Ikejiani DZ, Klein-Fedyshin M, Zimmermann C, Morton SC, Arnold RM, Heller L, Schenker Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama* 2016; 316: 2104-2114.
8. Rugno FC, Paiva BSR, Paiva CE. Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers. *Gynecol Oncol* 2014; 135: 249–254.
9. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomes JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer* 2015; 121: 150–158.
10. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I.

- Effectiveness of Specialized Palliative Care. *JAMA* 2008; 299: 1698-1709.
11. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol*; 9: 87–94.
 12. Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, Perez-Cruz P, Heist RS, Temel JS. Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: Effects of early palliative care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1310–1315.
 13. Abernethy AP, Currow DC, Fazekas BS, Luszcz MA, Wheeler JL, Kuchibhatla M. Specialized palliative care services are associated with improved short- and long-term caregiver outcomes. *Support Care Cancer* 2008; 16: 585–97.
 14. McDonald J, Swami N, Hannon B, Lo C, Pope A, Oza A, Leighl N, Krzyzanowska MK, Rodin G, Le LW, Zimmermann C. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: Cluster randomised trial. *Ann Oncol* 2017; 28: 163–168.
 15. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 993–1000.
 16. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, Williams MP, Liberson M, Blum M, Della Penna R. Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial. *J Palliat Med* 2008; 11: 180–190.
 17. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30: 880–887.
 18. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Firn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Philips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96-112.
 19. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe A. Leitlinienprogramm Onkologie: Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms, Langversion 1.0, AWMF-Registernummer: 020/007QL. 2018; 1–417.

20. Ramchandran K, Tribett E, Dietrich B, Von Roenn J. Integrating palliative care into oncology: A way forward. *Cancer Control* 2015; 22: 386–395.
21. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* 2016; 13: 159–71.
22. Hui D, Bansal S, Strasser F, Morita T, Caraceni A, Davis M, Cherny N, Kaasa S, Currow D, Abernethy A, Nekolaichuk C, Bruera E. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: An international consensus. *Ann Oncol* 2015; 26: 1953–1959.
23. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E. Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review. *Oncologist* 2015; 20: 77–83.
24. Zhi WI, Smith TJ. Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Ann Palliat Med* 2015; 4: 122–31.
25. Preisler M, Goerling U. Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen. *Onkologe* 2016; 22: 336-341.
26. Preisler M, Rohrmoser A, Goerling U, Riemer M, Kendel F, Bär K, Heuse S, Letsch A. Early palliative care for those who care- A qualitative exploration of cancer caregivers' information needs during hospital stays. *under Rev.*
27. Bär K, Preisler M, Rohrmoser A, Goerling U, Letsch A. Promotion of Self-Efficacy of Relatives in Early Integration of Supportive/Palliative Care in Oncology: Requirements and Opportunities. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2017; 18: 203–214.
28. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care* 2017; 16: 1–10.
29. Lambert SD, Harrison JD, Smith E, Bonevski B, Carey M, Lawsin C, Paul C, Grigis A. The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care* 2012; 2: 224-230.
30. Lambert SD, Girgis A. Unmet Supportive Care Needs Among Informal Caregivers of Patients with Cancer: Opportunities and Challenges in Informing the Development of Interventions. *Asia-Pacific J Oncol Nurs* 2017; 4: 136—139.
31. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol* 2004; 2: 145–155.
32. Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the Supportive Needs of Family

- Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. *J Palliat Med* 2004; 7: 19–25.
33. Lin JJ, Smith CB, Feder S, Bickell NA, Schulman-Green D. Patients' and oncologists' views on family involvement in goals of care conversations. *Psychooncology* 2018; 27: 1035–1041.
 34. Laidsaar-Powell R, Butow P, Bu S, Charles C, Gafni A, Fisher A, Juraskova I. Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1146–1155.
 35. Reich S, Bickman L, Heflinger CA. Covariates of Self-Efficacy: Caregiver Characteristics Related to Mental Health Services Self-Efficacy. *J Emot Behav Disord* 2004; 12: 99-108
 36. Bickman L, Heflinger CA, Northrup D, Sonnichsen S, Schilling S. Long Term Outcomes to Family Caregiver Empowerment. *J Child Fam Stud* 1998; 7: 269–282.
 37. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, Hayes DM, Von Roenn JH, Schnipper LE, American Society of Clinical Oncology: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29: 755–760.
 38. Ford E, Catt S, Chalmers A, Fallowfield, L. Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. *Neuro Oncol* 2012; 14: 392–404.
 39. Schenker Y, Park SY, Maciasz R, Arnold RM. Do patients with advanced cancer and unmet palliative care needs have an interest in receiving palliative care services? *J Palliat Med* 2014; 17: 667–72.
 40. Hara REO, Hull JG, Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Li Z, Ahles TA. Impact on Caregiver Burden of a Patient-Focused Palliative Care Intervention for Patients with Advanced Cancer. *Palliat Support Care* 2010; 8: 395–404.
 41. Given BA, Given CW, Sherwood PR. Family and Caregiver Needs over the Course of the Cancer Trajectory. *J Support Oncol* 2012; 10: 57–64.
 42. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the Treatment Preferences of Seriously Ill Patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 1061–1066.
 43. Hinchey J, Goldberg J, Linsky S, Jeon S, Schulman-Green D. Knowledge of Cancer Stage among Women with Nonmetastatic Breast Cancer. *J Palliat Med* 2016; 19: 314–317.

44. Soylu C, Babacan T, Sever AR, Altundag K. Patients' understanding of treatment goals and disease course and their relationship with optimism, hope, and quality of life: a preliminary study among advanced breast cancer outpatients before receiving palliative treatment. *Support Care Cancer* 2016; 24: 3481–3488.
45. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early Specialty Palliative Care — Translating Data in Oncology into Practice. *N Engl J Med* 2013; 369: 2347–2351.
46. Rocque GB, Cleary JF. Palliative care reduces morbidity and mortality in cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2013; 10: 80–89.
47. Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, Kim SH, Dev R, Hutchins R, Liem C, Kang DH, Bruerea E. Concepts and definitions for 'supportive care,' 'best supportive care,' 'palliative care,' and 'hospice care' in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer* 2013; 21: 659–685.
48. Bauman JR, Temel JS. The integration of early palliative care with oncology care: The time has come for a new tradition. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw* 2014; 12: 1763–1771.
49. Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. *J Palliat Med*; 2004; 7: 19-21.
50. Northouse L, Williams A-L, Given B, McCorkle R. Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1227–1234.
51. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness of caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliat Med*; 27: 639–646.
52. Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, Schwartz AJ, Riedel RF, Keefe FJ, Porter LS, Tulskey JA. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregivers self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Support Care Cancer* 2016; 24: 327–336.
53. Porter LS, Keefe FJ, Garst J, McBride CM, Baucom D. Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms and distress. *Pain* 2008; 137: 306–315.
54. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol* 1990; 13: 3–21.
55. Strauss A, Corbin J. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.

- Libri* 1996; 244.
56. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manuel für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS, Verl. für Sozialwiss, 2011.
 57. Charmaz K. *Constructiong Grounded Theory - A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz_2006.pdf (2006, accessed 16 December 2017).
 58. Adams M. Information and education across the phases of cancer care. *Semin Oncol Nurs* 1991; 7: 105–111.
 59. Kaasa S, Knudsen AK, Lundeby T, Loge JH. Integration between oncology and palliative care: a plan for the next decade? *Tumori J* 2017; 103: 1–8.
 60. Berglund M, Westin L, Svanström R, Sundler AJ. Suffering caused by care-Patients' experiences from hospital settings. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2012; 7: 1–9.
 61. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Perspectives on care at the close of life. Supporting family caregivers at the end of life: 'they don't know what they don't know'. *JAMA J Am Med Assoc* 2004; 291: 483–491.
 62. Munhoz BA, Paiva HS, Abdalla BMZ, Zaremba G, Rodrigues AMP, Carretti MR, Monteiro CRA, Zara A, Silva JO, Assis WB, Auresco, LC, Pereira LL, Giglio AB, Lepori ACO, Trufelli DC, Giglio A. From one side to the other: what is essential? Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. *Einstein (São Paulo, Brazil)* 2014; 12: 485–91.
 63. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. *Awmf* 2015; 1–268.
 64. Arora NK. Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* 2003; 57: 791–806.
 65. Mitnick S, Leffler C, Hood VL. Family caregivers, patients and physicians: Ethical guidance to optimize relationships. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 255–260.
 66. Tolbert E, Bowie J, Snyder C, Bantug E, Smith K. A qualitative exploration of the experiences, needs, and roles of caregivers during and after cancer treatment: "That's what I say. I'm a relative survivor". *J Cancer Surviv* 2017; 1–11.
 67. Hui D, Park M, Liu D, Reddy A, Dalal S, Bruera E. Attitudes and beliefs toward supportive and palliative care referral among hematologic and solid tumor oncology specialists. *Oncologist* 2015; 20: 1–7.

2. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Martina Preisler, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Tumorpatienten und ihre Angehörigen: Möglichkeiten der frühen Integration von Palliative Care in die onkologische Standardversorgung* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE - www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Betreuerin, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

3. Anteilserklärung

Dipl.-Psych. Martina Preisler hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

Publikation 1:

Preisler, M., Heuse, S., Riemer, M., Kendel, F., Letsch, A. (2018) Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory.

Support Care Cancer, 26(3):921-931. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3911-5>

Eigenanteil:

Beitrag im Einzelnen: Federführung bei der Erstellung des Ethikantrages, der Konzeption der Studie und des Leitfadens. Alleinige Durchführung der Rekrutierung und Datenerhebung. Federführend in der Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse und Vorstellung derer und Diskussion mit Experten. Weiterhin Erstellung des Manuskriptes und der Überarbeitung der revidierten Fassung.

Publikation 2:

Rohrmoser, A., **Preisler, M.**, Bär, K., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Early integration of palliative/supportive cancer care—healthcare professionals' perspectives on the support needs of cancer patients and their caregivers across the cancer treatment trajectory.

Support Care Cancer, 25(5):1621-1627. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3587-x>

Eigenanteil:

Beitrag im Einzelnen: Gemeinsame Entwicklung der Fragestellung und Konzeption der geplanten Datenerhebung mit der Erstautorin, Aufbereitung der Daten, Mitarbeit bei der Interpretation der Ergebnisse und bei der Erstellung der Grafiken, Kommentierung der jeweiligen Version des Manuskripttextes. Federführend in der Rekrutierung der Teilnehmer.

Publikation 3:

Bär, K., **Preisler, M.**, Rohrmoser, A., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Selbstwirksamkeit von Angehörigen bei früher Integration von Supportiv-/Palliativversorgung in die

Onkologie – Untersuchung von Anforderungssituationen und Möglichkeiten zur Förderung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 18(4), 203–214. <http://doi.org/10.1055/s-0043-105432>

Eigenanteil:

Beitrag im Einzelnen: Gemeinsame Entwicklung der Fragestellung und Konzeption der geplanten Datenerhebung mit dem Erstautor. Aufbereitung der Daten, Mitarbeit bei der Interpretation der Ergebnisse und bei der Erstellung der Grafiken zusammen mit dem Erstautor. Kommentierung der jeweiligen Version des Manuskripttextes.

Dipl.-Psych. Martina Preisler

PD Dr. rer. medic. Friederike Kendel

4. Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

4.1 Publikation 1

Preisler, M., Heuse, S., Riemer, M., Kendel, F., Letsch, A. (2018) Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory. *Support Care Cancer*, 26(3):921-931. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3911-5>

Impact Factor: 2.676

4.2 Publikation 2

Rohrmoser, A., **Preisler, M.**, Bär, K., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Early integration of palliative/supportive cancer care—healthcare professionals' perspectives on the support needs of cancer patients and their caregivers across the cancer treatment trajectory. *Support Care Cancer*, 25(5):1621-1627. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3587-x>

Impact Factor: 2.676

4.3 Publikation 3

Bär, K., **Preisler, M.**, Rohrmoser, A., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Selbstwirksamkeit von Angehörigen bei früher Integration von Supportiv-/Palliativversorgung in die Onkologie – Untersuchung von Anforderungssituationen und Möglichkeiten zur Förderung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 18(4), 203–214. <http://doi.org/10.1055/s-0043-105432>

Impact Factor: 0

5. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

6. Vollständige Publikationsliste

Originalarbeiten

Hermann, A., Lampe, H., **Preisler, M.** (2007) Kommunikation mit Krebspatientinnen - Vorstellungen und Wünsche aus psychoonkologischer Sicht. *Gynäkologische Praxis. Zeitschrift für Frauenheilkunde und Geburtshilfe*, 31, S. 707–720. Impact Factor: 0

Preisler, M. (2013) Angst bei Krebs — wie kann psychoonkologische Unterstützung helfen. *Aktuelle Gesundheitsnachrichten*, Heft 10, S. 22–29, <http://www.eanu-archiv.de/AktuGesNa-10.pdf> Impact Factor: 0

Preisler, M. (2015) Mit Krebs im Leben stehen - Herausforderungen auf dem Weg von Krebsdiagnose bis zur Nachsorge. *Aktuelle Gesundheitsnachrichten*, Heft 16, http://www.eanu-archiv.de/Hefte/Heft_16/ Impact Factor: 0

Letsch, A., Ahn, J., **Preisler, M.** (2016) Die personalisierteste Medizin: Integrierte Supportiv- und Palliativversorgung in der Krebsbehandlung. *Aktuelle Gesundheitsnachrichten*, Heft 21, http://www.eanu-archiv.de/Hefte/Heft_21/ Impact Factor: 0

Preisler, M., Goerling, U. (2016) Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen. *Onkologe* 22:5, 336–341. <https://doi.org/10.1007/s00761-016-0006-8> Impact Factor: 0.193

Bär, K., **Preisler, M.**, Rohrmoser, A., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Selbstwirksamkeit von Angehörigen bei früher Integration von Supportiv-/Palliativversorgung in die Onkologie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, Jg. 18, Nr. 4, 203–214. doi: 10.1055/s-0043-105432. Impact Factor: 0

Rohrmoser, A., **Preisler, M.**, Bär, K., Letsch, A., Goerling, U. (2017) Early integration of palliative/supportive cancer care—healthcare professionals' perspectives on the support needs of cancer patients and their caregivers across the cancer treatment trajectory.

Support Care Cancer, 25(5):1621-1627. doi: 10.1007/s00520-017-3587 Impact Factor: 2.676

Preisler, M., Heuse, S., Riemer, M., Kendel, F., Letsch, A. (2018) Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory. *Support Care Cancer*. 26(3):921-931. doi: 10.1007/s00520-017-3911-5. Impact Factor: 2.676

Preisler, M., Rohrmoser, A., Goerling, U., Kendel, F., Bär, K., Riemer, M., Heuse, S., Letsch, A. (2018) Early palliative care for those who care: A qualitative exploration of cancer caregivers' information needs during hospital stays. *Under review*.

Vorträge

Preisler, M. (2016) Frühe Integration von Palliativversorgung in die Onkologie – Möglichkeiten der Förderung von Selbstwirksamkeit bei Angehörigen von Tumorpatienten. *11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig*

Poster

Preisler, M., Ahn, J., Erdmann-Schneider, P., Schleusener, A., Özöncel, O., Sandner J., Baldus, C., Janz M., Mathas, S., Pezzutto, A., Letsch, A. (2016) Integration von Palliative Care auf hämatologischen Stationen – Best practice Modell einer Universitätsklinik. *11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig*

Preisler, M., Burkert, S., Kendel, F., Pezzutto, A., Letsch, A. (2016) Tumorpatienten und ihre Familien: Möglichkeiten der frühen Integration von Supportive und Palliative Care in die onkologische Standardversorgung. *11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig*

Bär, K., **Preisler, M.**, Letsch, A., Goerling, U. (2016) Frühe Integration von Palliativversorgung in die Onkologie – Möglichkeiten der Förderung von Selbstwirksamkeit bei

Angehörigen von Tumorpatienten. *11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig*

Rohrmoser, A., **Preisler, M.**, Letsch, A., Goerling, U. (2016) Frühe Integration von Supportive/Palliative Cancer Care – Perspektiven der Mitglieder multiprofessioneller Klinik-Teams auf den Unterstützungsbedarf von Patienten und Angehörigen über den Verlauf einer Krebsbehandlung: Ein Werkstattbericht. *11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig*

Letsch, A., Ahn, J., Erdmann-Schneider, P., Schleusener, A., Özöncel, O., Sandner, J., Baldus C., Janz M., Matthas, S., Pezzutto A., **Preisler, M.** (2017) Integration von Palliative Care in hämatologische Stationen -Best practice Modell einer Universitätsklinik. *Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Leipzig*

Preisler, M., Burkert, S, Riemer, M., Kendel, F., Letsch, A. (2017) Frühzeitige Integration von supportiver/ palliativer Krebsversorgung: Die Herausforderungen, Behandlungspräferenzen, Ressourcen und Wissen über Krankheit und Behandlung der Patienten und Angehörigen über den Krankheitsverlauf. *Jahrestagung 2017 von DGHO, OeGHO, SGMO und SGH+SSH 29. September bis 3. Oktober 2017, Stuttgart*

Preisler M., Rohrmoser A., Bär K., Letsch A., Goerling, U. (2017) Frühe Integration von Supportive / Palliative Cancer Care – Perspektiven der Mitglieder multiprofessioneller Klinik-Teams auf den Unterstützungsbedarf von Patienten und Angehörigen über den Verlauf einer Krebsbehandlung. *Jahrestagung 2017 von DGHO, OeGHO, SGMO und SGH+SSH 29. September bis 3. Oktober 2017, Stuttgart*

Rohrmoser, A., **Preisler, M.**, Bär, K., Letsch A., Goerling, U. (2018) Early Integration of Palliative/ Supportive Cancer Care – Healthcare professionals' perspectives on the support needs of cancer patients and their caregivers across the cancer treatment trajectory. *33. Deutscher Krebskongress, Berlin*

Bär, K., **Preisler, M.**, Rohrmoser, A., Letsch, A. & Goerling, U. (2018) Early Integration of Palliative/ Supportive Cancer Care – Promotion of Caregivers' Self-Efficacy. *33. Deutscher Krebskongress, Berlin*

7. Danksagung

Ohne die Unterstützung zahlreicher Personen hätte die Dissertation in dieser Form nicht realisiert werden können. Für die vielfältig erfahrene Unterstützung und Begleitung möchte ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanken. Besonders möchte ich mich bei den Patienten und Angehörigen bedanken, die mir zum Teil Stunden ihrer letzten Wochen und Monate geschenkt haben. Bei den Angehörigen, die trotz der umfangreichen Belastungen sich Zeit dafür nahmen, diese Arbeit zu unterstützen.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meiner Doktormutter, Frau PD. Dr. Friederike Kendel, für die sehr gute wissenschaftliche Betreuung, für ihre vielfältigen Anregungen, Motivation und die Gewährung großer wissenschaftlicher Freiräume für ein selbstständiges Arbeiten. Für ihre Betreuung möchte ich mich ebenfalls sehr bei Dr. Silke Heuse für ihre stets freundliche Unterstützung und konstruktiven Hinweise bedanken, aus denen ich viel gelernt habe.

Ein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. med. Anne Letsch, für ihre umfangreiche, anhaltende Unterstützung, für ihre Motivation und ihre inspirierenden Anregungen bei der Entstehung dieser Arbeit. Sie hat mich nicht nur motiviert und begleitet, sondern mich stets in meiner fachlichen, beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung gefördert.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen weiteren Co-Autoren bzw. meiner Arbeitsgruppe Integrated Palliative Cancer Care – Ute Goerling, Amy Rohrmoser und Konrad Bär für die freundschaftliche, kollegiale und fachliche Zusammenarbeit und die wertvollen Hinweise während der Entstehungszeit dieser Dissertation bedanken.

Besonderer Dank gilt auch meinem guten Freund, Manuel Riemer, der durch seine klaren, umsichtigen und konstruktiven Anregungen großen Anteil am Durchführen und Gelingen dieser Arbeit hatte. Ich habe unsere Dialoge stets als Ermutigung und Motivation empfunden.

Ein besonderer Dank gilt schließlich meiner Familie und meinen Freunden die mich auf unterschiedlichste Art und Weise unterstützt und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.