



CrossMark

Anja Mehnert<sup>1</sup> · Sigrun Vehling<sup>2</sup><sup>1</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Deutschland<sup>2</sup> Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

# Psychoonkologische Unterstützung von Patienten und Angehörigen in der Terminalphase

## Psychische Belastungen von Patienten

Auch wenn die Zahl der Patienten, die aufgrund einer frühzeitigen und sensitiven Diagnostik sowie der Verbesserung multimodaler und individualisierter Therapien eine Krebserkrankung überleben, ansteigt, zählt Krebs neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland zu den häufigsten Todesursachen [24]. Sowohl während der kurativen Behandlung als auch insbesondere in der palliativen und terminalen Erkrankungsphase sind Patienten und ihre Angehörige mit vielfältigen Stressoren konfrontiert, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken und zu hohen psychischen und sozialen Belastungen führen können.

Zu den Stressoren für Patienten und Angehörige zählen die Mitteilung der Diagnose und prognostischer Informationen, ggf. auftretende Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie und/oder mit dem Behandlungsteam, die Konfrontation mit schwierigen Behandlungsentscheidungen, eine veränderte Lebensplanung und -perspektive sowie der Umgang mit der Symptombelastung des Patienten, mit körperlichen wie psychischen Veränderungen und den Nebenwirkungen der Behandlung. So ist ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium oft verbunden mit Funktionseinschränkungen bzw. -verlust, zunehmender Abhängigkeit von anderen und Veränderungen im Aussehen. Dies kann eine Bedrohung für das Gefühl der Kontrolle, die Identität und das Würdegefühl eines Patienten darstellen [2, 27].

nerfamiliäre Konflikte neu auftreten oder sich verschlimmern [17]. Verschiedene Studien zeigen, dass die psychische Belastung von normalen, adaptiven Emotionen bis hin zu subsyndromalen Syndromen und psychischen Störungen reicht [30]. Die Punktprävalenz für eine psychische Störung bei Krebspatienten liegt bei 32 %, die Jahresprävalenz bei 39 % [13, 20]. Im Rahmen einer Metaanalyse fanden Mitchell et al. [18] in der palliativen Versorgung Prävalenzraten von 16,5 % für Depressionen, 15 % für Anpassungsstörungen und 10 % für Angststörungen. Einige Patienten erleben v. a. in der letzten Phase ihres Lebens einen Verlust des Lebenssinns und des Würdegefühls und berichten über suizidale Gedanken oder den Wunsch zu sterben [13, 20].

### • Autor



**Prof. Dr. A. Mehnert**  
Universitätsklinikum Leipzig,  
Leipzig

## » Psychische Belastung reicht von adaptiven Emotionen bis zu psychischen Störungen

Die hohe psychische Belastung umfasst unterschiedliche emotionale Zustände. Dazu zählen Kontrollverlust und Hilflosigkeit, Todesängste, Ängste vor dem Sterben oder Angst vor dem Verlust des Partners/Angehörigen, (antizipatorische) Trauer, Reue, Scham, Wut oder Schuldgefühle aufseiten des Patienten („ich lasse die Familie im Stich“) oder des Angehörigen („ich tue nicht genug“). Darüber hinaus können bestehende in-

## Psychische Belastung der Angehörigen

Eine hohe psychische Belastung tritt nicht nur bei Patienten auf, sondern ebenso bei ihren Partnern, Angehörigen und engen Freunden. In der Phase der palliativen Versorgung ist die emotionale Belastung sehr hoch, häufig getriggert durch Behandlungskomplikationen und einen instabilen Gesundheitszustand bzw. durch plötzliche Veränderungen des Gesundheitszustands, depressive Verstimmungen oder kognitive Einschränkungen des Patienten z. B. in der terminalen Erkrankungsphase. Hinzu kommen Probleme der Alltagsbewälti-

### • Autor



**Dr. S. Vehling**  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf,  
Hamburg

gung, rechtliche und finanzielle Aspekte (Vollmachten, Betreuung, Vormundschaft, Patientenverfügung) sowie der Bedarf an Sozialleistungen. Die Versorgung und Pflege des Patienten stellen zusätzlich zu den normalen Alltagsbelastungen einen signifikanten Stressor für den Angehörigen dar.

Studien mit Angehörigen von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung weisen Prävalenzraten von 40–70 % für Ängstlichkeit, Traurigkeit und depressive Verstimmungen auf [3, 7, 9, 10]. Oechsle et al. [19] zeigten, dass 55 % der männlichen und 36 % der weiblichen nahen Angehörigen von Patienten mit fortgeschrittener und terminaler Erkrankung eine mittelgradige oder hohe Ängstlichkeit hatten. Unter einer mittelschweren oder schweren depressiven Verstimmung litten 36 % der männlichen gegenüber 14 % der weiblichen Angehörigen. Darüber hinaus berichteten nahe Angehörige über eine hohe Anzahl an unerfüllten Unterstützungsbedürfnissen und hatten eine signifikant schlechtere Lebensqualität im Vergleich zur Gesamtbevölkerung [7, 9].

Die Faktoren, die die hohe emotionale Belastung von (pflegenden) Angehörigen beeinflussen, sind sehr heterogen. Diskutiert werden Geschlechts- und Altersunterschiede zwischen den Patienten und ihren Angehörigen, Bildung, Profil und Schweregrad der Symptome des Patienten, schwierige und konflikthafte Behandlungsentscheidungen, Persönlichkeitsmuster, Bewältigungsstrategien, das Funktionsniveau der Familie, die innerfamiliäre Kommunikation, die zur Verfügung stehende und wahrgenommene Unterstützung, prämorbid Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Lebenskrisen sowie spirituelle Ressourcen [3, 7, 9, 10, 12, 15, 28]. Darüber hinaus spielt das dyadische Coping, d. h. partnerschaftliche Bewältigungsbemühungen, eine wichtige Rolle für die psychische Belastung und die Lebensqualität beider Partner [5].

### Bewusstsein über die Prognose

Das Bewusstsein über die Prognose („prognostic awareness“) aufseiten der Patienten und Angehörigen spielt eine

wichtige Rolle für die Kommunikation und den Umgang mit der Erkrankung, aber auch für die palliative Versorgungsplanung. Das Konzept der „prognostic awareness“ bezieht sich auf das Bewusstsein über eine terminale Prognose oder verkürzte Lebenserwartung und enthält multifaktorielle Komponenten wie das Bewusstsein über die Unheilbarkeit der Krankheit, das Ziel der Behandlung oder eine verkürzte Lebenserwartung [1]. Die Annäherung an die verkürzte Lebenserwartung und an das Verstehen der prognostischen Information liegt Studien zufolge bei Patienten in einem weiten Bereich von 0–75 %. Sie wird nicht nur durch psychische Prozesse wie Abwehrmechanismen oder Copingstrategien beeinflusst, sondern auch durch die Arzt-Patient-Kommunikation und die Tatsache, dass die prognostischen Informationen aus statistischen Kennzahlen hergeleitet werden. Diese unterliegen wiederum einer Vielzahl von unvorhersehbaren Einflüssen und können sich im Verlauf der Behandlung stark verändern. Das Konzept der „double awareness“ [22] beschreibt in diesem Zusammenhang die Herausforderung, vor der Patienten (und Angehörige) stehen, mit dem Wissen um den nahenden Tod umzugehen, ohne die Wahrnehmung von Lebenssinn und den Willen, zu leben und am Leben teilzuhaben, aufzugeben.

### Verlust an Lebenssinn und Todesängste

Demoralisierung ist gekennzeichnet durch eine wahrgenommene Unfähigkeit und Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung, die mit dem Verlust von Lebenssinn und -mut einhergehen kann. Neueren Übersichtsarbeiten zufolge tritt Demoralisierung in klinisch relevanter Schwere bei ca. einem Fünftel der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung auf [21]. Sie kann als eine Belastungsreaktion verstanden werden, die in engem Zusammenhang mit den existenziellen Herausforderungen einer fortgeschrittenen Erkrankung wie der wahrgenommenen Unkontrollierbarkeit, dem Verlust sozialer Rollen und wichtiger Lebensinhalte, Ungewissheit, veränderten sozialen Beziehungen sowie

der Angst vor dem Tod und Sterben auftritt [14]. Eine zunehmende Zahl an Studien stützt die Beachtung von Demoralisierung als abgrenzbare klinische Einheit innerhalb des Spektrums krebspezifischer Belastungen [8]. So trat klinisch bedeutsame Demoralisierung in einer Studie mit 430 Patienten bei 14 % der Teilnehmer in Abwesenheit einer affektiven oder Angststörung auf [25]. Darüber hinaus zeigte Demoralisierung einen signifikanten Einfluss auf Suizidgedanken, der auch über den Einfluss psychischer Störungen hinaus bestand.

Das Konzept der „death anxiety“ beschreibt existenzielle Belastungen, die aus todes- und sterbensbezogenen Ängsten und Sorgen resultieren können. Es umfasst Belastungen, die auf dem Verlust von Lebenszeit und nicht ausgeschöpfter Möglichkeiten im Leben, der Ungewissheit über die Zukunft, Ängsten vor dem Sterbeprozess sowie der Sorge über die Folgen für nahestehende Personen gründen [4, 16]. In einer Untersuchung von 382 ambulant versorgten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung berichteten 22–55 % der Befragten über eine moderate bis hohe Belastung aufgrund todesbezogener Ängste [26]. Ein weiteres Ziel der Studie war es, die komplexen Zusammenhänge innerhalb dieser spezifischen Ängste und Sorgen am Lebensende zu beleuchten. Mithilfe einer Netzwerkanalyse der Interkorrelationen wurde eine „Landkarte“ erstellt, die veranschaulicht, welche Belastungen am häufigsten zusammen auftreten und sich somit inhaltlich am nächsten stehen. Dabei gliederten sich Belastungen grob in eher „praktische“ Sorgen über die Umstände des Sterbens (Angst vor einem qualvollen oder plötzlichen Tod) auf der einen Seite und eher psychosoziale/existenzielle Sorgen (Gefühl einer begrenzten Lebenszeit, Sorge um Angehörige) auf der anderen Seite. Ängste beider Bereiche waren jedoch eng über Schlüsselsymptome miteinander verbunden. So war z. B. die Angst vor einem qualvollen Tod verbunden mit der Sorge um Folgen für Angehörige, die Verknüpfung zwischen diesen beiden Symptomen war jedoch durch das Schlüsselsymptom der Sorge, anderen eine Last zu sein, gegeben. Diese „Landkarte“ stützt somit die Bedeu-

tung der integrativen Verknüpfung von Symptommanagement und psychosozialer Unterstützung am Lebensende aus einer neuen Perspektive.

## Anforderungen an die psychoonkologische Versorgung

Die psychoonkologische Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen muss in ein interdisziplinäres Versorgungskonzept eingebettet sein. Eine gute palliative Versorgung erfordert die Berücksichtigung der spezifischen individuellen wie partnerschaftlichen oder familiären Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedürfnisse einschließlich der vorhandenen Ressourcen in einem gut aufeinander abgestimmten Behandlungs- und Versorgungsplan („advanced care planning“). Darüber hinaus spielen bei der Versorgungsplanung Faktoren wie Alter, Geschlecht, Sprache, Bildung, kulturelle und religiöse Werte und Überzeugungen, Persönlichkeit und Bindungsstile, Familienfunktion, Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung eine große Rolle. Was ist wichtig für den Patienten und die Angehörigen? Können eigene Bedürfnisse und die des Partners wahrgenommen werden? Wie können Beziehungen am Lebensende gestaltet und wie kann ein Weg gefunden werden, Beziehungen abzuschließen und Abschied zu nehmen? Wie kann die verbleibende Zeit gestaltet werden? Dies beinhaltet u. a. den Rückblick auf das eigene Leben, die Aufrechterhaltung von Hoffnung durch die Erarbeitung von Alternativen zur Hoffnung auf Heilung (z. B. Hoffnung auf eine gute Lebensqualität) und der Wunsch, dem Leben Sinn zu geben und Lebensfreude trotz Belastungen zu bewahren.

### » Eine bedürfnisadaptierte Versorgung ist zentrales Anliegen in der terminalen Phase

In der terminalen Erkrankungsphase und Sterbebegleitung ist eine bedürfnisadaptierte Versorgung, die den emotionalen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie

Rechnung trägt, ein zentrales Anliegen. Sie beinhaltet u. a. die Berücksichtigung des bevorzugten Sterbeorts, soweit dies möglich ist, die Vorbereitung und Handhabung physiologischer Veränderungen in den letzten Stunden des Lebens (Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten und seiner Familie), die Versorgung der Familie (z. B. Privatsphäre, Einbeziehen in die Versorgung), Rituale des Abschiednehmens, Umgang mit Verlust und Trauer (u. a. akut, chronisch, antizipatorisch) sowie Vorbereitung auf den Tod und auf den Trauerfall. Nach dem Tod des Patienten gehören die Mitteilung des Todes, Abschied und Fragen des Umgangs mit dem Leichnam sowie die weiterführende Unterstützung der Familie im Umgang mit dem Verlust zu den wichtigen Aufgaben der palliativen Versorgung [17, 29].

## Psychoonkologische Interventionen in der palliativen Versorgung

Psychoonkologische Interventionen sind wirksam. Sie reduzieren emotionale Belastungen wie Ängstlichkeit und Depressivität und verbessern die Lebensqualität der Patienten [6]. Dennoch zeigen Metaanalysen randomisierter kontrollierter Psychotherapiestudien in der Onkologie, dass diese Evidenz überwiegend bei Patienten in kurativer Behandlungssituation untersucht wurde. Dies hat vielfältige Gründe. So sind die Effekte psychotherapeutischer Interventionen angesichts eines sich verschlechternden körperlichen Gesundheitszustands und adaptiver psychischer Belastungsreaktionen wie z. B. Trauer schwerer nachweisbar als bei kurativ behandelten Patienten. Dies führt auch zu der Frage, welche Ergebniskriterien von Psychotherapiestudien in einer palliativen Erkrankungssituation realistisch erreicht werden können. Weitere Überlegungen beinhalten Art, Dauer und Umfang psychotherapeutischer Interventionen in der palliativen Versorgung [17, 29].

In den letzten Jahren wurden deshalb verschiedene psychoonkologische Interventionen entwickelt, die spezifisch auf die Belastungen und Bedürfnisse von Patienten mit fortgeschrittenen und lebens-

FORUM 2018 · 33:30–34  
<https://doi.org/10.1007/s12312-017-0363-2>  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2017

A. Mehnert · S. Vehling

## Psychoonkologische Unterstützung von Patienten und Angehörigen in der Terminalphase

### Zusammenfassung

Neuere Untersuchungen beschäftigen sich mit unterschiedlichen Aspekten psychischer Reaktionen auf die Diagnose einer fortschreitenden und terminalen Krebserkrankung bei Patienten und ihren Angehörigen. Dazu zählen Phänomene des Bewusstseins über die Unheilbarkeit der Erkrankung und die verkürzte Lebenserwartung („prognostic awareness“), Todesangst sowie Verlust an Lebenssinn und Lebensmut (Demoralisierung). Dieser Beitrag gibt einen Überblick über ausgewählte Belastungen von Patienten und ihren Angehörigen in der palliativen Versorgungssituation und stellt den Stand der psychoonkologischen Interventionsforschung vor.

### Schlüsselwörter

Palliative Versorgung · Psychosoziale Faktoren · Bewusstsein · Angst · Lebensqualität

## Psychooncological support for patients and relatives in the terminal phase

### Abstract

Recent research has focused on different aspects of psychological responses to a diagnosis of advanced and terminal cancer in patients and family caregivers. These include the phenomena of prognostic awareness (awareness of the incurability of the disease or the shortened life expectancy), death anxiety and the loss of meaning and purpose (demoralization). This article provides an overview of selected burdens on patients with progressive disease in palliative care and their relatives, and also presents the current status of research on psychooncological interventions.

### Keywords

Palliative care · Psychosocial factors · Awareness · Anxiety · Quality of life

bedrohlichen Erkrankungen und deren Betreuungspersonen zugeschnitten sind [17, 29]. Neben kognitiv-verhaltens-therapeutischen Interventionen sowie Entspannungs- und imaginative Verfahren sind dies v. a. tiefenpsychologische Interventionen, supportiv-expressive Interventionen, narrative Interventionen, achtsamkeitsbasierte Interventionen und Meditation, sinnbasierte Interventionen, Kunsttherapie sowie Interventionen, die auf den Erhalt des Würdegefühls bei schwer- und todkranken Patienten und auf die Trauerbegleitung der Angehörigen fokussieren. Psychopharmakologische Therapien in Kombination mit Psychotherapie können bei Patienten mit schwereren Symptomen und Störungen indiziert sein und sollten mit dem medizinischen Behandlungsteam sorgfältig abgeklärt werden [17, 29].

### » Psychoonkologische Interventionen beinhalten multimodale Ansätze

Psychoonkologische Interventionen für schwer kranke Patienten und Angehörige sind supportiv ausgerichtet und beinhalten meist multimodale Ansätze, die sich flexibel nach den Belastungen und den individuellen Unterstützungsbedürfnissen richten. Supportive Psychotherapie zielt darauf, Patienten und Angehörige im Umgang mit belastenden Gefühlen zu unterstützen, bestehende Ressourcen auszubauen, Stärken zu identifizieren und bei einem adaptiven Umgang mit der Krankheit zu helfen [17, 29]. Zu diesem Aufgabenspektrum gehören u. a. die Unterstützung des Patienten und der Angehörigen im Umgang mit schwierigen Behandlungsentscheidungen, Verringerung der psychischen Symptombelastung, Unterstützung beim Umgang mit körperlichen Problemen und Funktionseinschränkungen, Mobilisierung von Ressourcen und Unterstützung eines adaptiven Umgangs mit der Krankheitssituation, Stärkung des Selbstwertgefühls und Würdigung von Stärken und Errungenschaften im Leben des Patienten, Verringerung von Gefühlen der Einsamkeit, Unterstützung der Kommunikation über Tod und Sterben und im

Umgang mit Trauer, Aufrechterhaltung von Lebenssinn und Hoffnung sowie die Unterstützung bei der Integration der gegenwärtigen Erkrankungssituation und des Abschiednehmens in ein Kontinuum an Lebenserfahrungen.

### Managing Cancer and Living Meaningfully

Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM; [11]) ist eine manualisierte individuelle psychoonkologische Kurzzeittherapie, die darauf abzielt, Depressivität und Ängste vor dem Tod und dem Sterben zu reduzieren sowie Hoffnung und Lebenssinn zu verbessern. Ein wesentlicher Teil ist die Stärkung der Kommunikation mit dem medizinischen Behandlungsteam. Die Intervention deckt inhaltlich folgende Dimensionen ab:

1. Symptommanagement und Kommunikation mit dem Behandlungsteam
2. Veränderungen des Selbst und Beziehungen zu nahestehenden Menschen
3. Spiritualität und Lebenssinn
4. Gedanken an die Zukunft, Hoffnung und Sterblichkeit

Erste Ergebnisse zeigen positive Auswirkungen der CALM-Therapie auf die Patienten [23].

### Fazit für die Praxis

- Ein wichtiges und erreichbares Ziel ist eine interdisziplinär ausgerichtete palliative Versorgung, die den psychosozialen Unterstützungsbedürfnissen von Patienten und ihren Angehörigen wertschätzend begegnet.
- Trotz zahlreicher Fortschritte in der Medizin in den letzten Jahren leiden zu viele Menschen am Ende ihres Lebens, obwohl wirksame Interventionen zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen könnten.
- Oft hemmen rechtliche, organisatorische oder ökonomische Hindernisse eine ganzheitliche und umfassende palliative Versorgung einschließlich psychoonkologischer Begleitung.
- Der Stand der Forschung zeigt den Bedarf an der Weiterentwicklung psychoonkologischer Interventionen

für Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und ihre Angehörigen.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Mehnert

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig, Deutschland  
anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Mehnert und S. Vehling geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Applebaum AJ, Kolva EA, Kulikowski JR, Jacobs JD, DeRosa A, Lichtenthal WG, Olden ME, Rosenfeld B, Breitbart W (2014) Conceptualizing prognostic awareness in advanced cancer: a systematic review. *J Health Psychol* 19:1103–1119
2. Chochinov HM, Hassard T, McClement S et al (2009) The landscape of distress in the terminally ill. *J Pain Symptom Manage* 38:641–649
3. Costa-Requena G, Cristófol R, Cañete J (2012) Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Support Care Cancer* 20:1465–1470
4. Engelmann D, Scheffold K, Friedrich M et al (2016) Death-related anxiety in patients with advanced cancer: validation of the German version of the death and dying distress scale. *J Pain Symptom Manage* 52:582–587
5. Ernst J, Hinz A, Niederwieser D, Döhner H, Höning K, Vogelhuber M, Mehnert A, Weiszflog G (2017) Dyadic coping of patients with hematologic malignancies and their partners and its relation to quality of life – a longitudinal study. *Leuk Lymphoma* 58:655–665
6. Faller H, Schuler M, Richard M et al (2013) Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 31:782–793
7. Friethriksdottir N, Saevarsdottir T, Halfdanardottir SI et al (2011) Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 50:252–258
8. Grassi L, Nanni MG (2016) Demoralization syndrome: new insights in psychosocial cancer care. *Cancer* 122:2130–2133
9. Grov EK, Dahl AA, Moum T et al (2005) Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 16:1185–1191
10. Grov EK, Fosså SD, Sørebo O et al (2006) Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. *Soc Sci Med* 63:2429–2439





## E-Health und Digitalisierung Online-Befragung der TU München

Egal ob Online-Therapie bei Depressionen, Visite mit Tablet-Computer oder Kommunikation mit Parkinson-Patienten per Videosprechstunde: Digitalisierung in der Medizin ist in aller Munde. Doch was bedeutet das für Ärztinnen und Ärzte, die in Praxen oder Kliniken tätig sind? Wie stehen sie zu den Chancen und Herausforderungen der digitalen Medizin?

Eine Umfrage der AG Versorgungsforschung der Klinik für Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar untersucht die Einstellung und Meinung von Medizinern zu diesem Thema. Die Befragung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen und dauert fünf bis zehn Minuten. Sie umfasst Fragen zu bestehenden digitalen Angeboten, zu zukünftigen Entwicklungen, zur praktischen Machbarkeit und zur Akzeptanz. Die Beantwortung erfolgt anonym und kann an jedem Punkt der Befragung abgebrochen werden.

Die Studie berücksichtigt die geltenden Datenschutzrichtlinien und wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München bewilligt.

Ihre Meinung zählt:  
[www.digitalhealth.study](http://www.digitalhealth.study)

Kontakt:  
Dr. Dominik Pffrönger und  
Felix Carl Daniel Hofmann,  
Klinikum rechts der Isar der Technischen  
Universität München  
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie  
Ismaninger Str. 22  
81675 München  
Tel: +49 89/4140 - 5539  
Fax: +49 89 /4140 - 4257

11. Hales S, Lo C, Rodin G (2010) Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) – treatment manual: an individual psychotherapy for patients with advanced cancer. Department of Psychosocial Oncology and Palliative Care, Princess Margaret Hospital University Health Network, Toronto
12. Huang HL, Chiu TY, Lee LT et al (2012) Family experience with difficult decisions in end-of-life care. *Psychooncology* 21:785–791
13. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M et al (2006) Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med* 20:693–701
14. Kissane DW (2012) The relief of existential suffering. *Arch Intern Med* 172:1501–1505
15. Li M, Hales S, Rodin G (2010) Adjustment disorders. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, al (Hrsg) *Psycho-oncology*. Oxford University Press, New York, S 303–310
16. Lo C, Hales S, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, Rodin G (2011) Measuring death-related anxiety in advanced cancer: preliminary psychometrics of the death and dying distress scale. *J Pediatr Hematol Oncol* 33:140–145
17. Mehnert A (2015) Psychotherapie in der palliativen Versorgung. *Psychother Psych Med* 65:387–397
18. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H et al (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12:160–174
19. Oechsle K, Goerth K, Bokemeyer C, Mehnert A (2013a) Anxiety and depression in caregivers of terminally ill cancer patients: impact on their perspective of the patients' symptom burden. *J Palliat Med* 16:1095–1101
20. Oechsle K, Wais MC, Vehling S et al (2014) Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 48:313–321
21. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S (2015) A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *J Pain Symptom Manage* 49:595–610
22. Rodin G, Zimmermann C (2008) Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal* 36:181–196
23. Scheffold K, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Rosenberger C, Krüger A, Rodin G, Härter M, Mehnert A (2017) Managing Cancer and Living Meaningfully – Qualitative Pilotergebnisse einer sinnbasierten Kurzzeittherapie für fortgeschritten erkrankte Krebspatienten (CALM). *Psychotherapeut* 62:243–248
24. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 27.11.2017
25. Vehling S, Kissane DW, Lo C et al (2017) The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer* 123:3394–3401
26. Vehling S, Malfitano C, Schnell J et al (2017) A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001287>
27. Vehling S, Mehnert A (2014) Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology* 23:283–290
28. Vehling S, Oechsle K, Koch U, Mehnert A (2013) Receiving palliative treatment moderates the effect of age and gender on demoralization in patients with cancer. *PLOS ONE* 8:e59417
29. Weber D, Gründel M, Mehnert A (2015) Psychooncology and palliative care: two concepts that fit into comprehensive cancer care. In: Alt-Epping B, Nauck F (Hrsg) *Palliative care in oncology*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 229–245
30. Ziegler L, Hill K, Neilly L et al (2011) Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures. *J Pain Symptom Manage* 41:619–636