

Evidenztabelle zur S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von er- wachsenen Krebspatient*innen

Version 2.0 – Mai 2023

AWMF-Registernummer: 032/051OL

Evidenztabelle

Inhaltsverzeichnis

1	Informationen zur Leitlinie.....	4
1.1	Autor*innen der Evidenztabellen	4
1.2	Herausgeber.....	4
1.3	Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie.....	4
1.4	Finanzierung der Leitlinie.....	4
1.5	Kontakt	4
1.6	Zitierweise des Leitlinienreports.....	4
1.7	Verwendete Abkürzungen	5
2	Evidenztabellen zu systematischen Recherchen	10
2.1	Bedürfnisse nach Information und psychosozialer Unterstützung (1995 – 2021, LL Kapitel 3.4).....	10
2.2	Psychische Komorbidität (1995- 2020, LL Kapitel 6)	59
2.2.1	Prädiktoren und Prävalenz psychischer Störungen	59
2.2.2	Suizidalität als Komorbidität	144
2.3	Geeignete Screeningverfahren für die Erfassung des psychoonkologischen Interventionsbedarfs (1995 – 2020, LL Kapitel 7.3.1)	160
2.4	Psychoonkologische Interventionen (2010 -2020, LL Kapitel 8.1 – 8.5)	165
2.4.1	Entspannungsverfahren	165
2.4.1.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	165
2.4.1.2	RCTs	180
2.4.2	Psychoedukation.....	190
2.4.2.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	190
2.4.2.2	RCTs	209
2.4.3	Psychoonkologische E-Health Interventionen.....	224
2.4.3.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	224
2.4.3.2	RCTs	251
2.4.4	Psychotherapeutische Intervention	292
2.4.4.1	Psychotherapeutische Interventionen im Einzel- und Gruppensetting	292
2.4.4.1.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	292
2.4.4.1.2	RCTs Einzeltherapie.....	330
2.4.4.1.3	RCTs Gruppentherapie.....	361
2.4.4.2	Psychotherapeutische Paar- und Familieninterventionen.....	381
2.4.4.2.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	381
2.4.4.2.2	RCTs	398
2.4.4.3	Spezifische psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase	406
2.4.4.3.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	406
2.4.4.3.2	RCTs	421
2.5	Künstlerische Therapien (2012 – 2020, LL Kapitel 8.8).....	437
2.5.1	CATs: Übergreifende Studien über die Künstlerischen Therapien hinweg.....	437
2.5.2	Musiktherapie.....	450
2.5.3	Kunsttherapie	502

2.5.4	Tanz- und Bewegungstherapie.....	519
2.6	Ergotherapie (2011 – 2020, LL Kapitel 9.2).....	531
3	Literaturverzeichnis	537

1 Informationen zur Leitlinie

Die S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatient*innen wurde von 2019-2022 aktualisiert. Sie liegt in einer Langversion sowie Kurzversion vor.

1.1 Autor*innen der Evidenztabellen

Myriam Albiez (Freiburg), Max Bausch (Freiburg), Felix Brehm (Freiburg), Dr. Claudia Gebhardt (Leipzig), Prof. Dr. Harald Gruber (Alfter), Dr. Ruth Hertrampf (Frankfurt), Julia Hufeld (Leipzig), Adina Marlene Kappes (Freiburg), Prof. Dr. Sabine Koch (Heidelberg), Claudia Meiling (Karlsbad), Selin Oguzlu (Freiburg), PD Dr. Dorothee Wiewrodt (Münster), Sabine Wollenberg (Freiburg)

1.2 Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH).

1.3 Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie



PSO. Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) vertreten durch Ihre Arbeitsgemeinschaften

Projektleitung: Prof. Dr. phil. Joachim Weis

1.4 Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.5 Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer Str. 8
14057 Berlin

www.leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.6 Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Evidenztabellen S3-Leitlinie Psychoonkologie, 2.0, 2023, AWMF-Registernummer: 032-051OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>, Zugriff am [tt.mm.jjjj]

1.7 Verwendete Abkürzungen

Abkürzungen	
Allgemeine Abkürzungen	
AC	Attention-Control (Aufmerksamkeitskontrollgruppe)
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
CAU	Care as Usual
COI	Conflict of Interest
EG	Experimentalgruppe
ES	Effektstärke
FU	Follow-Up
IKVT	Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie
ITT	Intention-to-Treat
kA	keine Angabe
KG	Kontrollgruppe
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LOCF	Last observation carried forward
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
MZP	Messzeitpunkt(e)
PE	Psychoedukation
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PP	Per-Protocol
PSU	psychosoziale Unterstützung
QoL	Quality of Life
RCT	randomised controlled trial (randomisiert-kontrollierte Studie)
Sign.	signifikant

Abkürzungen	
SUEs	severe unexpected events
TAU	Treatment as usual
UEs	enexpected events
WL	Warteliste
Messinstrumente	
AQoL	Assessment of Quality of Life-8-Dimensions
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI-IA-SCA	1978 Beck Depression Inventory, Short Form, cognitive-affective subscale
BDI-II	Back Depression Inventory II
BFI	Brief Fatigue Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
BSI	Brief Symptom Inventory
BSI-GSI	Brief Symptom Inventory Global Severity Index
CES-D	Center for Epidemiological Studies depression scale
CFS	Cancer Fatigue Scale
CIS-8R	Checklist Individual Strength 8R
CIS	Cckelst Individual Strength – Fatigue Questionnaire
CSAQ	Cognitive-somatic trait anxiety questionnaire
CSFQ-14	Changes in Sexual Functioning Questionnaire;
CWS	Cancer Worry Scale
DADDS	Death and Dying Distress Scale
DAQ	Death Anxiety Questionnarie
DAS	Death Anxiety Scale
DASS-21	21-item depression, anxiety, and stress scale;

Abkürzungen	
DT	Distress Thermometer
EORTC QLQ-BR23	European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast-Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (C30-FA: fatigue, C30-QL2: global health status)
EORTC-QLQ-C15-PAL	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – survival in patients with far advances cancer
EORTC-QLQ-OG25	European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire – Oesophago-Gastric Module;
FACIT-F	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue scale
FACIT-Sp	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being
FACT-B	Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast scale
FACT-HN	Functional Assessment of Cancer Therapy – Head & Neck
FACT-L	Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung
FCRI	Fear of Cancer Recurrence Inventory (melanomspezifische Subskalen)
FLIC	Functional Living Index Cancer
FSFI	Female Sexual Function Index
FSI	Fatigue Symptom Inventory
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder seven item scale
GHQ-12	General Health Questionnaire 12
GRISS	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
HADS (A/D)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A: anxiety, HADS-D: depression)
HAMA	Hamilton anxiety scale
HAMD	Hamilton depression scale
IES	Impact of Event Scale
IES-R	Impact of Event Scale - Revisited

Abkürzungen	
IIEF	International Index of Erectile Function
INVR	Revised Rhodes index of nausea, vomiting and retching
JSCS	James Supportive Care Screening
K-10	Kessler Psychological Distress Scale
KPS	Karnofsky Performance Score
Larson ISS	Larson Inventory of Sexual Satisfaction
MFI-20	Multidimensional fatigue inventory-20
MQoL	McGill Quality of Life Questionnaire
MQOLS-CA	Multidimensional Quality of Life Scale-Cancer
NRS	numerische Ratingskala
OSQ	Omega Screening Questionnaire (Symptom Skala)
PHQ-8	Patient Health Questionnaire 8
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9
POMS-SF	Profile of mood states – Short Form
PPQ	Patient Pain Questionnaire
PROMIS	Patient-reported outcomes measurement information system (SexFS: Sexual Function and Satisfaction)
PSWQ	Penn State Worry Questionnaire
QOL-CS	quality of life-cancer survivors
QoLS-ACPA	Quality of Life scale of the American Chronic Pain Association
QoP	Questions of Pain - international recommendations of the National Comprehensive Cancer Network and the American Cancer Society
QUAL-EC	Quality of Life at the End of Life – Cancer
R-PFS	Revised-Piper Fatigue Scale
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist

Abkürzungen	
SAS	Self-Rating Anxiety Scale
SCID-I	Structures Clinical Interview for DSM-IV, Achse 1
SCL-K-9	Symptom-Checklist-K-9
SDS	Self-rating depression scale
SDS	Symptom Distress Scale
SF-12	Short Form (12) Gesundheitsfragebogen
SF-36	Short Form (36) Gesundheitsfragebogen
SF-8	Short Form (8) Gesundheitsfragebogen
SPHERE	12-item Somatic and Psychological HHealth Report
SQOL-F	Sexual Quality Of Life-Female
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
SVQ	Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire
VAS	Visuelle Analogskala
Risk of Bias-Abkürzungen:	
AB	Attrition bias (Risiko für systematische Verzerrungen durch zu hohe Anzahl Studienabbrecher, keine Intention-to-treat Analyse);
DB	Detection bias (Risiko für systematische Verzerrungen durch fehlende Verblindung der Datenerheber);
OB	Other bias (andere Gründe des Risikos für systematische Verzerrungen);
PB	Performance bias (Risiko für systematische Verzerrungen Entblindung der Patienten oder Therapeuten)
RB	Reporting bias (Risiko für systematische Verzerrungen durch selektive Berichterstattung)
SB	Selection bias (Risiko für systematische Verzerrungen durch Fehler in der Erstellung der Randomisierungssequenz oder der verblindeten Gruppenzuordnung)

2 Evidenztabelle zu systematischen Recherchen

2.1 Bedürfnisse nach Information und psychosozialer Unterstützung (1995 – 2021, LL Kapitel 3.4)

Die folgende Evidenztabelle bezieht sich auf das Statement 3.2.

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Akechi et al., 2010: „Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients.“ [1]	NB	SCNS1-SF-34	Japan	A	408	100 %	56,1	12,1	Brust	I:35 %, II:36 %, III: 6 %, IV:3 %	M=35 Mon. (SD=45)	63 % Sorge, dass der Krebs streut 51 % Angst/Ängstlichkeit 49 % Sorge, dass die Behandlungsergebnisse außerhalb der eigenen Kontrolle liegen 48 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden 45 % Niedergeschlagenheit oder Depressivität 45 % Zugang zu professioneller Beratung, falls eigener Bedarf oder Bedarf von Familie oder Freund*innen 40 % Gefühle über Tod und Sterben
Aranda et al., 2005:	k	SCNS1	Australien	A	105	100 %	57	NB	Brust	IV: 87 %	NB	41 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
„Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer.“ [2]												38 % Ungewissheit bzgl. Der Zukunft 34 % Angst vor körperlicher Behinderung oder Abbau 33 % Kontrollgefühl für die eigene Situation erlernen 30 % Sorge über die Copingfähigkeit von Nahestehenden 28 % Angst vor Rezidiv 27 % Änderungen des gewohnten Lebensstils 26 % Angst vor Behandlung 26 % das Beste aus seiner Zeit herausholen 26 % Zugang zu professioneller Beratung, falls eigener Bedarf oder Bedarf von Familie oder Freund*innen 25 % nicht in der Lage sein, die gewohnten Dinge zu tun 24 % Sorge, dass die Behandlungsergebnisse außerhalb der eigenen Kontrolle liegen

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Armes et al., 2009: „Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey.“ [3]	k	SCNS1	Großbritannien	G	1152	69 %	60,8	11,6	Brust: 56 %; Prostata: 23 %	NB	NB	Angst, dass der Krebs streut: 30 % (T1); 26 % (T2) Sorge über die Sorgen von Nahestehenden: 26 % (T1); 19 % (T2) Ungewissheit bzgl. der Zukunft: 26 % (T1); 20 % (T2) Sorge, dass die Behandlungsergebnisse außerhalb der eigenen Kontrolle liegen: 22 % (T1); 17 % (T2) Informiert sein über Dinge, die man selbst für die eigene Besserung machen kann: 19 % (T1); 16 % (T2) Angst/Ängstlichkeit: 19 % (T1); 16 % (T2) Depressivität/Depression: 16 % (T2)
Baker-Glenn et al., 2011: „Desire for psychological support in cancer patients with depression	NB	SE	Großbritannien	NB	130	65 %	58,5	NB	NB	NB	M=10,8 Mon.	Bedarf nach psychosozialer Unterstützung: Gesamt: 20 % Face-to-face contact: 12,3 % Support Groups: 6,2 % Medikation: 3,8 %

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
or distress: validation of a simple help question.“ [4]												Unterstützung gewünscht durch: Spezialisierte Pflegende: 10,8 % Krankenhausärzt*innen: 5,4 % Allgemeinmediziner*innen: 4,6 % Psycholog*innen: 3,8 % Seelsorgende: 1,5 % Psychiater*innen: 0,8 %
Barg et al., 2007: „Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986-2005.“ [5]	r	SE	USA	NB	614	56,4 %	57	NB	Brust: 24,3 %; Prostata: 15,2 %; Lunge: 10,1 %	NB	> 2 J.	Mind. 1 unerfülltes Bedürfnis: Emotionale Domäne: 38,7 % Familiäre Beziehungen: 14,6 % Spirituelle Angelegenheiten: 6 %; Mind. 3 unerfüllte Bedürfnisse: Emotionale Domäne: 24,7 % Familiäre Beziehungen: 6,0 % Spiituelle Angelegenheiten: 1,4 %
Beesley et al., 2008: „Unmet needs of gynaecological cancer survi-	r	SCNS1-SF-34	Australien	NB	802	100 %	18-39: 9,6 %; 40-49: 16,7	NB	gynäkol.	Früh: 69,6 %; Fortg.: 24,4 %	23,7 % 3-12 Mon.; 41,8 % 1-3 J.; 34,5 % 3-5 J.	17 % Unterstützungsbedarf bzgl. der Angst, dass der Krebs streut 15 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden 14 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
vors: implications for developing community support services.“ [6]							%; 50-59: 26,9 %; 60-69: 27,6 %; > 70: 19,2 %					14 % fehlende Energie/Müdigkeit 14 % nicht in der Lage sein, die gewohnten Dinge zu tun
Beutel et al., 1996: „Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Versorgung Krebskranker - am Beispiel der onkologischen Tagesklinik.“ [7]	NB	SE	Deutschland	A	224	50 %	54	NB	Hämatol.: 30 %; Gastroint.: 29 %; Gynäkol.: 20 %; Bronchien: 13 %	65 % palliativ	NB	Bedarf Unterstützungsangebote: 36 % sozialrechtliche Beratung 27 % psychologische Betreuung 15 % Entspannungsgruppe 14 % Gesprächsgruppe 11 % Häusliche Pflege 9 % Selbsthilfegruppe 8 % Angehörigengruppe 5 % Familienwochenende Bedarf Information über Angebote: 68 %

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Bonacchi et al., 2010: „Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview.“ [8]	k	NEQ2	Italien	NB	155 (Gesamt: 285)	50,7 % (Gesamt)	63,2 (Gesamt)	12,2 (Gesamt)	Lunge 13,7 %; Kolon: 12,6 %; Brust: 10,3 % (Gesamt)	NB	NB	25,8 % Bedürfnis, mit Psycholog*in zu sprechen
Bonevski et al., 1999: „Assessing the Perceived Needs of Patients Attending an Outpatient Melanoma Clinic.“ [9]	NB	CNQ3	Australien	A	179	46 %	22 % 20-39; 33 % 40-59; 60-79 =42 %; 80-86 =3 %	NB	Haut	NB	1-3 J.: 71 %	55 % psychische Domäne 22 % psychosoziale Unterstützungsangebote ohne Termin 22 % Entspannungskurse
Bunston et al., 1998:	NB	PMHN A14	Kanada	A	75	53,3 %	43,6	12,3	Hirn	NB	M=35,4 Mon.	82,7 % Ungewissheit kontrollieren 73,3 % bedeutungsvolle Existenz

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
„The impact of psychosocial need and needs resolution on quality of life in patients with brain tumors.“ [10]												66,7 % Selbst- und Körperbild 62,7 % Familie 58,7 % emotionale Belastung 41,3 % soziale Unterstützung 36,0 % Zugehörigkeit
Charles et al., 1996: „Priorities of Cancer Survivors Regarding Psychosocial Needs.“ [11]	NB	SE	Kanada	NB	362	NB	61	NB	Brust: 41 %; Prostata: 12 %; gynäkol.: 11 %	NB	NB	29 % emotionale Unterstützungsangebote 19 % sexuelle Beziehungen 17 % Unterstützungsgruppen 15 % Beratung 8 % spirituelle Beratung 7 % Spannungen in Beziehung mit Ehepartner*in 6 % emotionale Unterstützung durch die Familie 4 % Familienplanung 3 % Problem mit Familienmitgliedern 3 % Problem mit Freund*innen

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Chen et al., 2010: „Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period.“ [12]	k	CNQ3-SF	Taiwan	S	165	5,5 %	52,6	10,0	Mund	I: 46 %; II: 33,9 %; III: 11,5 %; IV: 8,5 %	< 1 Mon.	92,8 % Umgang mit Angst vor Behandlung/OP 79,3 % Umgang mit Angst, dass der Krebs streut oder wiederkehrt 24,2 % Umgang mit Angst vor Schmerzen und Leiden, das man erfahren könnte
Clavarino et al., 2002: „The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland.“ [13]	NB	SCNS1	Australien	A	28	79 %	43,6	9,3	Brust: 68 %	NB	< 6 Monate: 54 %; 6-12 Mon.: 36 %; > 1 Jahr: 10 %	50,0 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden 42,9 % Rezidivangst 32,1 % Angst, dass der Krebs streut 28,6 % Änderungen der gewohnten Routine und des gewohnten Lifestyles 28,6 % Gefühl von Langeweile und Nutzlosigkeit 25,0 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												21,4 % Angst, dass die Behandlungsergebnisse außerhalb der eigenen Kontrolle liegen 10,7 % Angst vor Schmerzen
de Vries et al., 1998: „Subjective psychological stress and need for psychosocial support in cancer patients during radiotherapy treatment.“ [14]	k	SE	Österreich	A	101	57,4 %	NB	NB	Brust: 31 %; Lunge: 15 %; HNO: 10 %	46,5 % palliativ	NB	Unterstützung gewünscht durch: 73,3 % unterstützende Gespräche mit einem*r der behandelnden Ärzt*innen 52,5 % nur Onkolog*innen 41,6 % psychotherapeutische/sozialrechtliche Beratung 40,6 % Unterstützung durch Onkolog*innen und Psychotherapeut*innen/Sozialarbeiter*innen 20,8 % kein Interesse an Unterstützung
Ernst et al., 2009: „Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhalten	NB	SE	Deutschland	S	252	40,1 %	< 61 = 48,4 %; 61-70 = 37,3 %; >70 =	NB	Brust: 10,7 %; gynäkol.: 13,5 %; Prostata: 23,8 %; urolog.: 13,9 %; gastro-int.: 18,3	0: 2 %; I: 17,9 %; II: 25,8 %; III: 18,3 %; IV: 8,7 %	<1 Mon.: 48,8 %; 1-3 Mon.: 77,5 %; >3 Mon.: 33,4 %	Unterstützung gewünscht durch: 84,3 % Stationsarzt*ärztin 77,5 % Pflegende 43,6 % Sozialarbeiter*innen 33,4 % Psycholog*innen 23,5 % Selbsthilfegruppe

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
tene Versorgung onkologischer Patient*innen.“ [15]							14,3 %		%; Kopf-/Hals: 11,1 %			9,6 % Seelsorgende
Ernst et al, 2018: „Doctor's recommendations for psychosocial care: Frequency and predictors of recommendations and referrals“ [16]	k	SE	Deutschland	G	4020	51 %	58,1	11,3	Brust: 23 % gastroint.: 20 % urolog.: 17 % gynäkol.: 8 % andere: 34 %	NB	M=13,85 Mon.	21,9 % wurde psychosoziale Unterstützung empfohlen 16,3 % haben psychosoziale Unterstützung erhalten 49,8% der Patient*innen, die eine Empfehlung bekamen, folgten dieser
Ernstmann et al., 2009: „Determinants and implications of cancer patients’	r	SE	Deutschland	NB	352	51 %	58,7	11,2	Brust: 30,4 %; Haut: 19,0 %, Bronchial: 7,7 %	NB	M=22,1 Mon. (SD=44,8)	18,9 % Bedarf für psychosoziale Unterstützung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
psychosocial needs.“ [17]												
Faller et al., 2003: „Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatient*innen zu Beginn der Strahlentherapie.“ [18]	NB	SE	Deutschland	A	77	100 %	55	11	Brust	NB	NB	36 % starkes Bedürfnis nach zusätzlicher seelischer Unterstützung Unterstützung gewünscht durch: 49 % behandelnde*r Klinikarzt*ärztin 38 % Hausarzt*ärztin 36 % Psychotherapeut*in 12 % Seelsorgende 9 % Pflegende 8 % Sozialarbeiter*innen
Faller et al., 2016: „Satisfaction with information and unmet information needs in men and	k	SE	Deutschland	G	4020	51 %	58,1	11,3	Brust: 23 % gastroint.: 20 % urolog.: 17 % gynäkol.: 8 % andere: 34 %	NB	M= 13.85 Mon.	38, 6 % fühlten sich gut informiert über psychosoziale Unterstützung 36-48 % gaben ein unerfülltes Bedürfnis nach Information an

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
women with cancer“ [19]												
Faller et al., 2016: „Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer“ [20]	k	SE	Deutschland	G	4020	51 %	58,1	11,3	Brust: 23 % gastroint.: 20 % urolog.: 17 % gynäkol.: 8 % andere: 34 %	NB	M= 13.85 Mon.	32.1 % Bedarf an psychosozialer Unterstützung 59 % würden ein Angebot für psychosoziale Unterstützung annehmen “kein Bedürfnis nach Unterstützung“ als Hauptgrund (49,6 %), psychosoziale Unterstützung nicht genutzt zu haben
Faller et al., 2017: „Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients: Utilization of	k	SE	Deutschland	G	4020	51 %	58,1	11,3	Brust: 23 % gastroint.: 20 % urolog.: 17 % gynäkol.: 8 %	NB	M= 13.85 Mon.	28,9 % nahmen Psychotherapie oder Beratung oder beides in Anspruch 13,4 % nahmen Psychotherapie in Anspruch 24,2 % psychische Beratung und Unterstützung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
psychological care in cancer“ [21]												
Faller et al., 2017: „Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients“ [22]	k	SE	Deutschland	G	1214	100 %	55	11	Brust: 73,9 % gynäkol.: 26,11	0: 2,7 %; I: 26,3 %; II: 24,3 %; III: 10,8 %; IV: 16 %	M= 7 Mon.	<i>Grad an erhaltenen Informationen.</i> Gaben an, sehr oder recht gut informiert worden zu sein über: 89,7 % Krebsdiagnose/Krankheit 78,0 % Möglichkeit über Heilung/Genesung 70,3 % Krankheitsverlauf 71,7 % Behandlungen 76,3 % Risiken/Nebenwirkungen <i>Unerfüllte Informationsbedürfnisse</i> 36.8% gaben keine unerfüllten Informationsbedürfnisse Patientinnen mit gynäkol. Krebs tendierten dazu, mehr unerfüllte Bedürfnisse anzugeben als Brustkrebspatientinnen
Fitch & Steele, 2010: „Identifying supportive care needs	c	SCNS1	Kanada	NB	50	100 %	59,4	NB	Ovarial	NB	NB	23 % Angst, dass der Krebs streut 18 % Rezidivangst 15 % Angst vor Schmerzen

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
of women with ovarian cancer.“ [23]												14 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft 14 % Gefühle über Tod und Sterben 12 % Kontrollgefühl/-erleben über die eigene Situation erlernen 12 % Zugang zu professioneller Beratung bei eigenem Bedarf oder falls Familie oder Freund*innen Bedarf haben 12 % eine positive/optimistische Perspektive behalten 11 % das Beste aus der Zeit machen 11 % Informationen über unterstützende Gruppen in der Umgebung 11 % Grübeln, warum es einem passiert ist 10 % Angst vor Verlust der eigenen Unabhängigkeit 9 % Suche nach Bedeutung in der Krebserfahrung 8 % Akzeptanz von Veränderungen bzgl. der körperlichen Erscheinung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												8 % Rückversicherung durch medizinisches Personal, dass es normal ist, wie man sich fühlt 7 % Informationen über sexuelle Beziehungen 6 % Vermittlung von Hoffnung durch das Klinikpersonal
Foot & Sanson Fisher, 1995: „Measuring the unmet needs of people living with cancer.“ [24]	k	CPNQ 5	Australien	A	358	NB	NB	NB	NB	NB	NB	44,0 % Umgang mit Angst, dass der Krebs streut oder zurückkehrt 34,7 % Umgang mit Angst vor körperlicher Behinderung oder Verfall
Fritzsche et al., 2003: „Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic	k	FBB6	Deutschland	S	72	46 %	NB	NB	hämatol.: 72 %	NB	NB	38 % Psychotherapie 33 % Entspannungstherapie 28 % Gruppentherapie: 9 % Beratung mit Partner*in zusammen

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
in-terven-tions and their realiza-tion.“ [25]												
Gangeri et al., 2002: „Candidates for liver transplanta-tion for can-cer: physi-cal, psycho-logical, and social con-ditions.“ [26]	NB	NEQ2	Ita-lien	NB	80	24 %	54	NB	NB	NB	NB	72 % Ich muss mit Leuten reden, die ähnliche Erfahrung gemacht haben/machen 48 % Ich muss mit einem*r Psycho-log*in sprechen 20 % ich muss mit einem*r spiritu-ellen Assistent*in sprechen
Girgis et al., 2000: „Per-ceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location.“ [27]	r	CPNQ 5	Aust-ralien	NB	229	100 %	NB	NB	Brust	NB	NB	48 % Umgang mit Angst, dass der Krebs streut/zurückkehrt 37 % Umgang mit Ängstlich-keit/Angst oder Stress 33 % Möglichkeit mit jemanden zu sprechen, der dieselben Erfahrun-gen gemacht hat und die eigene Erfahrung versteht 32 % vollkommen informiert sein über unterstützende Gruppen in der Gegend

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												31 % Umgang mit Niedergeschlagenheit oder Depressivität 28 % Umgang mit fehlender Energie/Müdigkeit
Goerling et al., 2006: „Psychosozialer Betreuungsbedarf bei stationären Tumorkrankpatient*innen.“ [28]	NB	PO-Bado	Deutschland	S	406	46,3 %	Md=60,3	NB	kolo- rekt.: 30,8 %; gastroin- testinale Tumore: 18,7 %; Weich- teil-ge- webe: 12,6 %	NB	NB	41,4 % Bedarf psychosoziale Unterstützung
Griesser et al., 2010: „Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients.“ [29]	NB	SCNS1-SF-34	Schweiz	G	274	100 %	57,2	NB	Brust	I:58,5 % II:17,8 % III:15,6 % IV:2,2 %	Md=19 Tage	66,8 % wie eine Person behandelt werden und nicht wie ein weiterer Fall 39,6 % Angst, dass der Krebs streut 37,8 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft 36,3 % Gefühl von Niedergeschlagenheit oder Depressivität

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Hodgkinson et al., 2007: „Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes.“ [30]	NB	CaSUN 7	Australien	NB	199	100 %	59,1	12,1	Gynäkologische Tumore	I:58,8 %, II:17,1 %, III:22,6 %, IV:1,5 %	48,2 % 1-3 J.; 51,8 % > 3 J.	24,1 % Umgang mit Rezidivangst 20,1 % Stressreduktion 18,1 % Umgang mit eigener Erwartung und/oder der anderer über mich als Krebsüberlebende*r 17,6 % Umgang damit, dass andere nicht anerkennen, welche Auswirkungen der Krebs auf mein Leben hatte 16,1 % Anpassung an verändertes Körpergefühl 15,6 % mit anderen Betroffenen von Krebs sprechen 15 % Versuch, Lebensentscheidungen zu treffen trotz des Kontextes der Ungewissheit
Hodgkinson et al., 2007: „Breast cancer survivors’ supportive care needs 2-10 years after	k	CaSUN 7	Australien	A	117	100 %	61	NB	Brust	NB	M=3,9 J. (Range=2-10)	32,7 % Ich benötige Unterstützung bzgl. meiner Rezidivangst 23,5 % Ich benötige einen kontinuierlichen Ansprechpartner (case manager) zu dem ich gehen kann 21,8 % Ich benötige Zugang zu komplementären und/oder alternativen Therapieangeboten

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
diagnosis.“ [31]												19,4 % Ich benötige Hilfe damit, wie ich mit den eigenen Erwartungen und/oder denen anderer als “Krebsüberlebende*r” umgehen kann 17,6 % Ich benötige Hilfe im Umgang mit der Erschütterung meines Glaubens, dass mir nichts Schlimmes im Leben passieren wird
Hwang et al., 2004: „Study of unmet needs in symptomatic veterans with advanced cancer: incidence, independent predictors and unmet needs outcome model.“ [32]	k	SE	USA	G	296	0 %	68	NB	Lunge: 30,1 %; Prostata: 24 %	IV: 87,8 %	NB	44,3 % emotionale/soziale Domäne: 11,7 % Lebenssinn-Domäne

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Hwang & Park, 2006: „The perceived care needs of breast cancer patients in Korea.“ [33]	NB	SCNS1	Korea	NB	459	100 %	69,3 % 40-59J.	NB	Brust	I:30,7 % II:44,4 % III:17,0 %	NB	34 % psychische Domäne 46,7 % Zugang haben zu professioneller Beratung 46,5 % Angst davor, dass der Krebs streut 46,5 % Rezidivangst
Im et al., 2008: „Gender and ethnic differences in cancer patients' needs for help: an Internet survey.“ [34]	NB	CNQ3-SF; SCNS1	USA	G	110	80 %	50,7	11,8	Brust: 40 %	III/IV: 34 %	NB	CNQ-SF: 81 % Umgang mit Angst, dass der Krebs streut/zurückkehrt 73 % Umgang mit Angst/Ängstlichkeit oder Stress 73 % Umgang mit Gefühl der Niedergeschlagenheit oder Depressivität 72 % Umgang mit Angst vor weiterer körperlicher Behinderung oder Verfall 72 % Umgang mit Ungewissheit bzgl. der Zukunft 72 % Umgang mit Frustration und damit, nicht die gewohnten Dinge tun zu können

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Inhestern et al., 2021: „Families Affected by Parental Cancer: Quality of Life, Impact on Children and Psychosocial Care Needs“ [35]	k	SE	Deutschland	G	78	91 %	42,2	5,9	Brust: 62,8 % gynäkol.: 18,7 % andere: 15,4 %	NB	≤ 1 Jahr 75,3 % > 1 Jahr 24,7 %	SCNS: 75 % Rezidivangst 72 % Angst, dass der Krebs streut 75 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft 72 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden <i>Bedürfnisse:</i> 51,3 % psychologische Unterstützung für mich selbst, um für die Bedürfnisse meiner Kinder zugänglich zu sein 33,3 % Unterstützung, um mit Schuldgefühlen umzugehen 64,1 % Unterstützung um mit Sorgen als Mutter/Vater umzugehen 74,4 % Informationen darüber, wie Kinder mit schwerer Krankheit der Eltern umgehen/copen 70,5 % Unterstützung im Umgang mit den Kindern, ihren Gefühlen und ihrem Verhalten
Janda et al., 2008: „Unmet supportive care needs and interest in	NB	SCNS1-SF-34	Australien	NB	75	54,1 %	53,5 % < 50 J.	NB	Hirn	NB	46 % < 5 J.	43,1 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft 39,9 % nicht in der Lage sein, gewohnte Dinge zu tun 36,2 % Angst/Ängstlichkeit

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
services among patients with a brain tumour and their carers.“ [36]												34,5 % Kontrollerleben/-gefühl für/über die eigene Situation erlernen 34,3 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden 33,8 % Angst davor, dass der Krebs streut
Li & Girgis, 2006: „Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population?“ [37]	k	SCNS1	Australien	G	825	58,7	51-70: 46,9 %	NB	Brust: 33,5 %; Darm: 17,5 %	NB	NB	36,6 % Angst vor körperlicher Behinderung/Verfall 36,1 % Rezidivangst 33,0 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden
Liao et al., 2011: „Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer	NB	CNQ3-SF-32	Taiwan	G	152	47,4 %	60,2	11,0	Lunge	III: 27,6 %; IV: 59,9 %	NB	41,9 % psychologische Bedürfnisse 40,2 % Angst davor, dass der Krebs streut oder zurückkehrt

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
patients.“ [38]												
Lintz et al., 2003: „Prostate cancer patients’ support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic.“ [39]	k	SCNS1 ; SCPQ8	Großbritannien	A	210	0 %	69,7	NB	Prostata	IV: 30 %	M=44 Mon. (Range=4-247)	45 % Angst, dass der Krebs streut 43 % Sorge über die Sorgen von Nahestehenden 41 % Veränderung von sexuellen Gefühlen/Empfinden 38 % Rezidivangst 36 % Veränderung in sexuellen Beziehungen 35 % Verlust des Gefühls der eigenen Männlichkeit 33 % fehlende Energie und Müdigkeit 32 % Ungewissheit bzgl. der Zukunft 29 % Sorgen über die Fähigkeit Nahestehender damit umzugehen 29 % nicht in der Lage sein, gewohnte Dinge zu tun

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												26 % informiert sein über unterstützende Gruppen in der Umgebung 26 % Zugang zu professioneller Beratung falls ich oder Familie oder Freund*innen es benötigen 25 % Angst vor Schmerzen
McDowell et al., 2010: „Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer.“ [40]	NB	SCNS1-SF34	Australien	NB	439 (T1); 396 (T2)	NB	59,23	12,0	NB	NB	M=21,9 Mon. (Range=0-264)	24,9 % (T1); 19,8 % (T2): fears about cancer spreading 21,8 % (T1); 20,1 % (T2): concerns about the worries of those close to you 20,6 % (T1); 16,7 % (T2): uncertainty about the future 19,1 % (T1); 13,3 % (T2): worry that the results of treatment are beyond your control 18,9 % (T1); 16,9 % (T2): feeling down or depressed 18,2 % (T1); 14,1 % (T2): anxiety 15,6 % (T1); 11,5 % (T2): feelings of sadness

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
McIlmurray et al., 2001: „The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study.“ [41]	k	SE	Großbritannien	G	402	66 %	54 % 50-69 J.	NB	Brust: 45,5 %; kolo- rekt.: 30,1 %; Lunge: 15,4 %	NB	NB	M=47 % (Range= 35-60 %) identity needs (changes in body, maintaining sense of control) M=37 % (Range 14-70 %) emotional and spiritual needs
Mehnert & Koch, 2008: „Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term	r	SE	Deutschland	NB	1083	100 %	61,8	9,8	Brust	I: 46,9 %; II: 44,6 %; III: 6,8 %; IV: 1,7 %	18-78 Mon.	15 % Bedarf psychosoz. Unterstützung 46,3 % Gefühl inadäquater Informiertheit

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
breast cancer survivors.“ [42]												
Merckaert et al., 2010: „Cancer patients’ desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients’ psychological needs.“ [43]	k	SE	Belgien	G	382	64,6 %	56,7	12,6	NB	NB	NB	20,7 % Bedarf psychosoz. Unterstützung
Millar et al., 2010: „Emerging adulthood and cancer: how unmet needs vary with time-	NB	CNQ-YP9	Australien	NB	63	63,5 %	20,4	NB	NB	NB	NB	< 1 Jahr nach Behandlung: 47,6 % dealing with boredom 47,6 % help finding meaning in my experience 1-5 Jahre nach Behandlung: 31,8 % help dealing with feelings of frustration

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
since-treatment.“ [44]												27,3 % help dealing with changes to who I am < 5 Jahre nach Behandlung: 40 % help focusing on tasks 31,8 % information about feelings caused by the experience 30 % to find enjoyment in my life 30 % dealing with changes to who I am 30 % help coping with my loss of independence as a result of cancer 30 % help to cope with being unable to do the same things as others my age 30 % help thinking about the future 27,3 % information about support services and available help 25 % help dealing with loneliness 25 % help dealing with the possibility of the disease returning

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Miller et al., 2003: „Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs.“ [45]	k	SE	USA	A	95	100 %	Md=5 8	NB	Gynäkologische Tumore	NB	M=24 Mon. nach Primär-beh.	57 % help dealing with emotions (nervous: 40 %, worried: 34 %, afraid: 25 %) 32 % discussing spiritual issues 24 % needing to talk to someone about feelings 21 % sadness 17 % loss of control
Minstrell et al., 2008: „Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time.“ [46]	NB	SCNS1	Australien	NB	74 (T1); 83 (T2)	100 %	55 % 41- 60 J. (T1); 61 % zwischen 41- 60 J. (T2)	NB	Brust	NB	1 Mon.	40 % (T1); 21 % (T2) concerns about the worries of those close to you 35 % (T1); 22 % (T2) fears about cancer spreading 32 % (T1); 22 % (T2) fears about cancer returning 30 % (T1); 26 % (T2) anxiety about having any treatment 29 % (T1); 20 % (T2) uncertainty about the future

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												27 % (T1); 17 % (T2) worry that the results of treatment are beyond your control 20 % (T1); 13 % (T2) concerns about the ability of those close to you to cope with caring for you
Mistry et al., 2010: „How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey.“ [47]	c	SE	Großbritannien	A	187	63,6 %	58,8	NB	Brust: 31 %, Prostata: 10,7 %	NB	NB	27,3 % emotionally coping with cancer 20,3 % support groups for cancer 19,0 % psychological/spiritual domain 17,1 % community counselling or support 11,2 % spiritual support
Moadel et al., 2007: „Psychosocial needs assessment among an	NB	SE	USA	A	248	59 %	55,8	14,1	Brust: 19 %, Hämatol.: 32 %	NB	NB	Unterstützungsbedarf bez. 60,0 % overcoming my fears 58,8 % coping with sadness 51,0 % finding hope 50,8 % sharing thoughts/ feelings

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
underserved, ethnically diverse cancer patient population.“ [48]												50,8 % worries about my family 45,6 % finding peace of mind 45,2 % finding meaning in life 44,7 % finding spiritual resources 29,9 % the meaning of life 25,4 % death and dying Informationsbedarf bez.: 74,5 % stress management 51,3 % connecting with other patients
Morasso et al., 1999: „Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs.“ [49]	k	SE	Italien	G	89	42,7 %	64,8	11,1	Lunge: 22,7 %; Brust: 18,2 %; Magen: 11,4 %; Darm: 11,4 %	Terminal	NB	51,7 % emotional support 32,5 % self-fulfillment 27,7 % communication with relatives 13,8 % need for receiving emotional closeness

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Neumann et al., 2011: „Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis.“ [50]	NB	Ca-PIN10	Deutschland	NB	326	48 %	58,7	11,2	NB	Früh: 61 %; Fortg.: 28,2 %	M=22,1 Mon.	Informationsbedarf bez.: 30,7 % psychologische/psychotherapeutische Unterstützung 19,8 % Selbsthilfegruppen 9,0 % spirituelle Unterstützung
Newell et al., 1999: „The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a	k	CNQ3	Australien	A	201	59 %	56 % zwischen 50-69 J.	NB	Darm: 34 %; Brust: 27 %	I:12 %, II:30 %, III:28 %, IV:26 %	NB	23 % psychological domain 12 % dealing with fears about the cancer spreading or returning 9 % coping with fears about the pain and suffering you might experience 9 % coping with anxiety about having treatment or surgery 9 % working through your feelings about death and dying

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
cross-sectional study.“ [51]												9 % coping with fears about further physical disability or deterioration 8 % coping with an uncertain future
Osse et al., 2005: „The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care.“ [52]	NB	PNPC11	Niederlande	A	94	70 %	58	12,3	Brust: 39 %; Kolorekt.: 15 %	Palliativ	NB	25 % difficulty coping with the unpredictability of the future 25 % fear of metastases 25 % fear of physical suffering 23 % difficulties to accept the disease 21 % fear of death 19 % experiencing loss of control over one's life 19 % fear of treatments 18 % fatigue 18 % difficulties to show emotions 16 % difficulties to see positive aspects of the situation 15 % depressed mood 15 % difficulties concerning the meaning of death

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Pigott et al., 2009: „Unmet needs in cancer patients: development of a supportive needs screening tool (SNST).“ [53]	NB	SNST1 2	Australien	A	87	NB	NB	NB	Brust: 54 %, Lunge: 26,4 %, Gastro-int.: 19,5 %	NB	NB	62 % one or more psychological needs 30 % one or more spiritual needs 37 % feeling worried or anxious 36 % feeling unhappy or depressed 20 % having trouble coping with frustration
Rabe & Braun, 2002: „Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Beduerfnissen sowie sozialer Unterstuetzung bei stationaeren Tumorpatient*innen - eine erste	k	PNAS1 3	Deutschland	S	78	35,9 %	57	15,5	Hämatol.: 62,8 %; Haut: 5,1 %	NB	M=24,2 Mon. (Range=0-16,6 J.)	41,9 % spiritual domain

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey.“ [54]												
Rainbird et al., 2009: „The needs of patients with advanced, incurable cancer.“ [55]	NB	NA-ACP14	Australien	A	246	53 %	61	11,9	Brust: 24 %; Kolorekt.: 19 %; Lunge: 11 %	Palliativ	NB	39 % emotional/psychological domain 40 % fears about cancer spreading 40 % frustration at not being able to do the things 39 % dealing with concerns about your family's fears
Ream et al., 2008: „Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey.“ [56]	NB	SCNS1-SF34	Großbritannien	NB	741	0 %	45 % 70-80 J.	NB	Prostata	NB	3-24 Mon.	21 % some psychological need
Roberts et al., 2008:	c	SE	USA	NB	62	NB	53,4	18,5	Schilddrüse	NB	< 1 J.: 24 %; 1-3 J.:	Unterstützungsbedarf durch:

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
„Quality of life after thyroid cancer: an assessment of patient needs and preferences for information and support.“ [57]											19 %; 3-5 J.: 26 %; > 5 J.: 31 %	29,6 % clinical or counselling psychologist 22,6 % psychiatrist 19,2 % spiritual advisor 18,5 % social worker
Sanders et al., 2010: „Supportive care needs in patients with lung cancer.“ [58]	NB	SCNS1	USA	NB	109	53,2 %	68,5	10,1	Lunge	I/II: 24,7 %; III/IV: 44,8 %	M=13,5 Mon.	64 % uncertainty about the future 50 % anxiety 50 % worry that the results of treatment are beyond your control 45 % learning to feel in control of your situation 40 % feelings of sadness 40 % making the most of your time
Sanson-Fisher et al., 2000:	k	SCNS1 ; CNQ3	Australien	NB	888	58 %	48 % 51-70 J.	NB	Brust: 32 %; Darm: 17 %	NB	1-6 Mon.	40 % fears about the cancer spreading 39 % fears about the cancer returning

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
„The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group.“ [59]												38 % concerns about the worries of those close to you 33 % lack of energy/tiredness 33 % not being able to do the things you used to do 32 % uncertainty about the future 30 % concerns about the ability of those close to you to cope with caring for you
Schäffeler et al., 2010: „Screening psychischer Belastungen und Erhebung des Wunsches nach psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patient*innen mit Mammakarzinom.“ [60]	k	SE	Deutschland	S	115	100 %	57,9	12,6	Brust	I:10,4 %, II:68,7 %, III: 10,4 %	NB	41 % Wunsch nach psychosozialer Unterstützung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Schmid-Büchi et al., 2011: „Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives.“ [61]	k	SCNS1-SF34	Schweiz	NB	72	100 %	57,5 (Md=60)	11,8	Brust	NB	M=10,8 Mon. nach Primär-beh. (SD=5,0)	31,9 % fears about cancer spreading 25,0 % uncertainty about the future 24,2 % worry that the results of treatment are beyond your control 21,7 % learning to feel in control of your situation 21,4 % feelings of sadness 18,3 % feeling down or depressed 18,1 % anxiety 18,1 % concerns about the worries of those close to you
Siedentopf et al., 2010: „Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in	k	PO-Bado	Deutschland	S	333	100 %	59,9	12,6	Brust	NB	< 1 Mon.	Bedarf psychosoz. Unterstützung: PO-Bado Fremdeinschätzung: 23 % Selbstäußerung der Patient*innen: 13,3 %

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
breast cancer patients.“ [62]												
Singer et al., 2007: „Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatient*innen im Akutkrankenhaus.“ [63]	k	SE	Deutschland	S	689	41,4 %	60-69: 34,7 %; 50-59: 23,1 %	NB	Gastroint.: 19,4 %; Prostata: 17,3 %; Gynäkol.: 14,2 %; Brust: 11 %; Urolog.: 13,1 %	0: 1,9 %; I: 17,7 %; II: 21,5 %; III: 18,0 %; IV: 10,3 %	NB	Unterstützungsbedarf durch: Stationsarzt*ärztin: 83 % Pfleger*innen: 77,4 % Kliniksozialdienst: 44,3 % Psycholog*innen: 30,2 % Selbsthilfegruppe: 20,7 % Seelsorgende: 7,7 % Unterstützungsbedarf bei (bez. auf Psycholog*innen): Umgang mit Sorgen und Ängsten, Hilfe bei Entspannung und Beruhigung
Singer et al., 2009: „Quality of care and emotional support from the in-	k	SE	Deutschland	S	396	51 %	61	NB	Brust: 29,3 %; kolo- rekt.: 33,8 %; Gastro- int.: 10,6 %;	I: 30,1 %; II: 26,0 %; III: 27,8 %; IV: 16,2 %	NB	T1 Unterstützungsbedarf durch: Ärzt*innen: 83,5 % Pfleger*innen: 76,1 % Sozialarbeiter*innen: 40,1 % Psycholog*innen: 33,3 %

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
patient cancer patient's perspective." [64]									Lunge: 9,1 %			Selbsthilfegruppe: 21,7 % Seelsorgende: 6,7 % T2 wahrgenommene Unterstützung: Ärzt*innen: 91,7 % Pfleger*innen: 95,2 % Sozialarbeiter*innen: 45,9 % Psycholog*innen: 33,7 % Selbsthilfegruppe: 4,2 % Seelsorgende: 3,7 %
Smith et al., 2007: „Age, health, and education determine supportive care needs of men younger than 70 years with prostate cancer.“ [65]	r	SCNS1	Australien	NB	978	0 %	52,6 % 55-64 J.	NB	Prostata	I:48,7 %, II:40,8 % III:8,8 %, IV:1,7 %	Md=4 Mon.	54,0 % psychological domain 20,8 % uncertainty about the future 16,5 % worry that results of treatment are beyond control 15,6 % feeling anxious 14,6 % not being able to do the things you used to do 25,4 % changes in sexual feelings 22,0 % changes in sexual relationships

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												21,5 % to be given information about sexual relationships
Söllner et al., 2004: „Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service.“ [66]	k	SE	Österreich / Deutschland	A	100	100 %	NB	NB	Brust	NB	NB	42 % wish for psychosocial support Unterstützungsbedarf durch: 34 % Psychotherapeut*in 19 % Sozialarbeiter*in 10 % Selbsthilfegruppe
Soothill et al., 2001: „The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns.“ [67]	k	SE	Großbritannien	G	295	66 %	44 % < 60 J.	NB	NB	NB	NB	19 % help with any anger 15 % opportunities for meeting others who are in a similar situation 14 % help in dealing with any sad feelings 13 % help in dealing with the unpredictability of the future 13 % help in considering my sexual needs

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
												11 % help with any loneliness 11 % help in maintaining a sense of control in my life 10 % support in dealing with any changes in the way other see me 10 % support in dealing with changes in my body or the way I look 10 % help with any fears
Squiers et al., 2005: „Cancer patients’ information needs across the cancer care continuum: evidence from the cancer information service.“ [68]	NB	SE	USA	NB	19030	68,1 %	< 39: 9 %; 40-59: 42,2 %; > 60: 48,8 %	NB	Brust: 28,9 %; Prostata: 11,5 %	NB	NB	6,9 % Informationsbedarf bez. support groups, coping, wellness after cancer, religious resources
Steele & Fitch, 2008:	k	SCNS1	Kanada	NB	103	100 %	55,8	NB	Gynäk.	NB	NB	61,4 % anxiety 59,1 % feeling down or depressed

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
„Supportive care needs of women with gynecologic cancer.“ [69]												57,8 % feelings of sadness 54,1 % changes in usual routine and lifestyle 50 % fears about cancer spreading 43,5 % fears about cancer returning 44,9 % lack of energy 43,9 % worry that the results of your treatment are beyond your control 42,6 % uncertainty about the future 42,3 % concerns about the worries of those close to you 35,0 % not being able to do things you used to do
Steginga et al., 2001: „The supportive care needs of men with prostate cancer.“ [70]	NB	SCNS1	USA	NB	206	0 %	68	NB	Prostata	NB	< 1 J.: 29 %; 1-5 J.: 51 %	33 % fears about cancer returning 30 % fears about cancer spreading 26 % concerns about the worries of those close to you

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Sutherland et al., 2009: „Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer.“ [71]	k	SCNS1-SF34	Australien	S	236	58 %	90 % > 41 J.	NB	Brust: 25 %; Darm: 13 %; Harnblase: 8 %	NB	< 1 Mon.: 26 %; >1 Mon.: 74 %	12 % uncertainty about the future 11 % feeling down or depressed 11 % worry that the results of your treatment are beyond your control 11 % learning to feel in control of your situation 9 % anxiety 9 % sadness 8 % to have access to professional counselling 7 % keeping a positive outlook 7 % not being able to do the things you used to do 7 % making the most of your time
Tamburini et al., 2003: „Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study.“ [72]	NB	NEQ2	Italien	S	182	51 %	60	NB	Kopf/Hals: 19 %; kolorekt.: 16 %; Brust: 11 %	NB	NB	17 % I need to speak with a psychologist 13 % I need to speak with a spiritual assistant 39 % I need to speak with people who have had my same experience

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Uchida et al., 2011: „Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan.“ [73]	NB	SCNS1-SF34	Japan	A	87	100 %	58,6 (Md = 59)	11,9	Brust	NB	NB	78,8 % fears about the cancer spreading 71,8 % worry that the results of treatment are beyond your control 68,2 % concerns about the worries of those close to you 65,9 % anxiety 62,4 % feeling down or depressed 62,4 % uncertainty about the future 62,4 % feeling about death and dying 57,6 % having access to professional counselling if you, family or friends need it 56,5 % feeling of sadness 56,5 % learning to feel in control of your situation 49,4 % keeping a positive outlook
Voogt et al., 2005: „Information needs of patients with	NB	SE	Niederlande	G	128	52 %	63,6	10,5	Brust: 24 %, Lunge: 41 %, Ko-	Palliativ	M=19,8 Mon.	6 % Bedarf Information über psychosoziale Versorgung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
incurable cancer.“ [74]									lon/ Rektum: 18 %			
Weis et al., 2018: „Psychosocial distress and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany“ [75]	k	SSUK	Deutschland	G	1398	58 %	59	12,1	Brust: 20,5 % gastro.: 16,3 %	NB	NB	28.4 % patients utilized psychological care
Willems et al., 2016: „Cancer survivors in the	k	CaSUN	Niederlande	S	255	69 %	60,6	10,7	Brust: 58,8 % Kolon: 20 % Prostata: 9 % Non-Hodgkin: 5,3 %	NB	NB	Unmet needs 63 % one or more unmet needs 31,3 % emotional support

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
first year after treatment: the prevalence and correlates of unmet needs in different domains: Unmet needs among early survivors“ [76]									andere: 5,9 %			26,7 % smoking cessation (of smokers) 25.9 % managing side effects/complications 23 % fear of recurrence 22 % cancer care 22 % social support 19,8 % up-to-date information 19,6 % carrying out work
Wong et al., 2000: „Men with prostate cancer: influence of psychological factors on informational needs and decision making.“ [77]	k	SE	Kanada	A	101	0 %	70	7	Prostata	IV: 17,5 %	NB	Informationsbedarf bez. psychosoz. Unterst.: 1 % bei Diagnose 1 % während Behandlung 1 % nach Behandlung Bedarf sowohl bez. psychologischer als auch medizinischer Information: 56 % bei Diagnose 57 % während Behandlung 60 % nach Behandlung

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Wong et al., 2002: „What do patients living with advanced cancer and their carers want to know? - a needs assessment.“ [78]	NB	CaPIN 10	Kanada	NB	101	50 %	Md=61	NB	Lunge: 27 %; Brust: 18 %; Prostata: 10 %	Palliativ	M=19 Mon.	Informationsbedarf: 14 % support groups 35 % depression
Zebrack, 2008: „Information and service needs for young adult cancer patients.“ [79]	c	SE	USA	NB	217	85,7 %	31,3	5,4	Brust: 47,5 %	NB	NB	Unterstützungsbedarf: 76,3 % mental health counselling 80,5 % complementary/alternative health services (herbal treatment, acupuncture, biofeedback, meditation, visualization or guided imagery) 57,3 % counselling or guidance related to sexuality and intimacy 53,4 % family counselling 49,8 % religious/spiritual support Informationsbedarf bzgl. psychosozialer Unterstützung 10 %

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorklassifikation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialen Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
Zebrack, 2009: „Information and service needs for young adult cancer survivors.“ [80]	c	SE	USA	NB	879	72,2 %	29,7	8,1	Brust: 16,7 %	NB	NB	67,3 % mental health counselling 64,2 % complementary/alternative health services (herbal treatment, acupuncture, biofeedback, meditation, visualization or guided imagery) 62,2 % programs (e.g., camps, retreats, workshops) that offer cancer education and support appropriate for young adults 40,3 % religious/spiritual support 40,2 % counselling or guidance related to sexuality and intimacy 35,0 % family counselling
Zenger et al., 2010: „Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patient*innen mit Prostatakarzinom – eine	NB	SE	Deutschland	S	274 (T1); 265 (T2); 272 (T3)	0 %	63,7	7,1	Prostata	I:0,3 %, II:72,0 %, III:18,6 %, IV:8,8 %	NB	Bedarf bzgl. psychosozialer Unterstützung: 21 % (T1); 17,7 % (T2); 16,3 % (T3) Unterstützungsbedarf durch: 77 % behandelnde Ärzt*innen 66 % Personen aus dem eigenen Lebensumfeld (Familie/Freund*innen) 13 % Sozialarbeiter*innen

Erstautor*in / Jahr	Stichprobengewinn	Erfassung	Land	Setting	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumorlokalisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Anteil Patient*innen mit psychosozialem Unterstützungs-/Informationsbedarf bezüglich verschiedener Bereiche
---------------------	-------------------	-----------	------	---------	---	----------	-----------	------------	-------------------	---------	--------------------	---

Längsschnitterhebung.“
[81]

9 % Psycholog*innen

NB=nicht beschrieben, k=konsekutiv, c=convenience, r=repräsentativ, A=Ambulant, S=Stationär; G=Gemischt, SE=Selbstentwicklung

1=Supportive Care Needs Survey, 2=Needs Evaluation Questionnaire, 3=Cancer Needs Questionnaire, 4=Princess Margaret Hospital Needs Assessment Inventory, 5=Cancer Patient Needs Questionnaire, 6=Freiburger Fragebogen zum Behandlungsbedarf, 7=Cancer Survivors Unmet Needs Measure, 8=Supportive Care Preferences Questionnaire, 9=Cancer Needs Questionnaire – Young People, 10=Cancer Patients Information Needs, 11=Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire, 12=Supportive Needs Screening Tool, 13=Psychosocial Needs Assessment Survey, 14=Needs Assessment for Advanced Cancer Patients

2.2 Psychische Komorbidität (1995- 2020,LL Kapitel 6)

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf das Statement 6.1 und die Empfehlung 6.2.

2.2.1 Prädiktoren und Prävalenz psychischer Störungen

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Akechi et al., 2002: „Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma.“ [82] Japan	k	SCID (DSM-III-R)	G	89	28 %	61	9	Lunge	III: 52 %; IV: 48 %	< 1 Mon.	(T2 6 Mon. nach T1) D: 4,7; 3,4 (T2) DYS: 0 BIP.: 1,1 PAN: 2,2 SOZ: 1,1 ANP-M: 15; 16 (T2) ALK-A: 8 TAB-A: 45	D: 15 ALK-A. : 14 TAB-A. : 65
Akechi et al., 2004a: „Major depression, adjustment disorders,	k	SCID (DSM-III-R)	G	T1: 209; T2: 85	34 %	61	10	Lunge: 38 %; Kolon: 12 %; M agen: 67 %	Terminal	M=25, 2 Mon. (SD=38,8)	(T2: M=102 Tage nach T1, SD=119 Tage) D: 6,7 (T1); 11,8 (T2)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
and post- traumatic stress disorder in termi- nally ill cancer patients: associated and predic- tive factors.“ [83]											PTSD: 0 ANP-M: 4,3 (T1); 2,4 (T2) ANP-A: 0,5 (T1); 3,5 (T2) ANP-D: 11,5 (T1); 4,7 (T2)	
Japan												
Akizuki et al., 2016: „Prevalence and predic- tive factors of depres- sion and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study.“ [84]	k	SCID (DSM-III-R)	S	T1: 110; T2: 91	38,2%	61,7	9,8	Pankreas	NB	T1 vor Behand- lungsbe- ginn	(T2 1 Monat nach T1) D: 5,5 (T1 und T2) DYS: 0,9 (T1); 1,1 (T2) GAD: 0,9 (T1); 0 (T2) PAN: 0,9 (T1); 1,1 (T2) PTSD: 0,9 (T1)	
Japan												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Alexander et al., 2010: „Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors.“ [85] Großbritannien	NB	SCID (DSM-IV)	A	208	100 %	58,1	12,2	Brust	NB	3 Mon. - 2 J. nach Primärbehandlung	D: 9 GAD: 3,5	
Andrykowski et al., 1998: „Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the	NB	SCID (DSM-IV)	NB	82	100 %	56,6	10,5	Brust	0: 8 %; I: 54 %; II: 32 %; IIIA: 6 %	6-72 Mon. nach Primärbehandlung	PTSD: 6	PTSD: 10

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
PTSD Check- list-Civilian Version (PCL-C) as a screening in- strument.“ [86]												
USA												
Aragona et al., 1996: „Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients of southern Italy.“ [87]	NB	SCID (DSM-III-R)	S	85	100 %	54	12	Brust	I: 28 %, II: 64 %, III: 9 %, IV: 0 %	< 1 Mon.	D: 2,4 DYS: 15,3 ANP-D: 9,4	
Italien												
Aragona et al., 1997:	k	semistr. klin. Interview (DSM-III-R)	S	108	100 %	PG: 54,1	PG: 12,6	Brust	I: 24 %, II: 69 %, III: 7 %; IV: 0 %	< 1 Mon.	D: 2 DYS: 13	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer.“ [88]											Depr. Störung NOS: 40 ANP-D: 9	
Italien												
Arolt et al., 1998: „Depression and social functioning in general hospital in-patients.“ [89]	r	CIDI (ICD-10)	S	250	51,6 %	60,6	19,2	NB	NB	M=31,5 Mon. (SD=71,9)	D: 4,8 DYS: 4,0 ANP-M: 7,6	
Deutschland												
Atesci et al., 2004: „Psychiatric morbidity	k	SCID (DSM-IV)	NB	117	51,3	53,7	14,2	Hämatol.: 30,8 %; Gastroint.: 15,4 %;	NB	1-12 Mon.: 79,5 %	D: 13,7 GAD: 0,9 ANP-M: 0 ANP-A: 1,7	Aff. St.: 4,3 Angstst.: 4,3 ALK-M: 0,9

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
among cancer patients and awareness of illness.“ [90]								Lunge: 13,7 %, Gynäk.:12,8 %			ANP-D: 12,8 Somatisierungsstörung: 0,9	
Türkei												
Berard et al., 1998: „Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management.“ [91]	NB	SCID (DSM-IV)	A	100	84 %	50,1	13,0	Brust: 55 %; Lymphom: 43 %	I: 22 %; II: 35 %; III: 17 %; IV: 26 %	NB	D: 19 ANP-D: 2	
Südafrika												
Blázquez & Cruzado, 2016:	k	MINI (DSM-IV)	S	103	55,3 %	58,2	13,3	Brust: 29,1%; Hals-/Kopf:	I: 16,5 %; II: 50,5 %; III: 4,9 %	T1 vor Strahlentherapie	(T2 1 Wo. & T3 1 Mo. nach Behandlungsbeginn)	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„A longitudi- nal study on anxiety, de- pressive and adjustment disorder, su- icide idea- tion and symptoms of emotional distress in patients with cancer un- dergoing ra- diotherapy.“ [92]								19,4 %; Urogenital: 13,6 % Gastroint.: 12,6 %; Atmungs- syst.: 12,6%; Andere: 12,6 %	%, IV: 28,2 %		D: 4,9 (T1); 2,9 (T2); 1,9 (T3) DYS: 1 (T1); 1 (T2); 1 (T3) Aff. Störung: 6,8 (T1); 3,9 (T2); 3,9 (T3) GAD: 2,9 (T1); 2,9 (T2); 1,9 (T3) PAN: 9,7 (T1); 8,7 (T2); 9,7 (T3)	
Spanien											AGO: 2,9 (T1); 2,9 (T2); 1,9 (T3) SOZ: 0 (T1);0 (T2); 0 (T3) Angstst: 16,5 (T1); 18,4 (T2); 16,5 (T3) ANP-M: 2,9 (T1); 1,9 (T2); 3,9 (T3)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											ANP-A: 4,9 (T1); 1,9 (T2); 3,9 (T3) ANP-D: 2,9 (T1); 1,9 (T2); 0 (T3) ANP: 10,7 (T1); 5,8 (T2); 7,8 (T3)	
Braeken et al., 2010: “Psychometric properties of the Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP) in Dutch cancer patients treated with radiotherapy.” [93]	NB	SCID (DSM-IV)	NB	Interview: 76; Ges.: 289	Gesamt 13,8 %	Gesamt 67,8	Gesamt 8,9	Prostata: 70,6 %, Lunge:20,1 % Brust: 2,8 %, Gynäk.: 6,5 %	NB	NB	D: 6,6 ANP: 5,3	
Niederlande												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Breitbart et al., 2000: “Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer.” [94]	NB	SCID (DSM-IV); SAHD	S	92	60 %	65,9	15,6	NB	Terminal	NB	D: 17	
USA												
Bringmann et al., 2008: “Long-term course of psychiatric disorders in cancer patients: a pilot study.” [95]	NB	SCID (DSM-IV)	S	62	66 %	59,5	11,7	Urogenital: 40 %; Brust: 26 %; Gastroint: 19 %	0: 6 %; I: 8 %; II: 31 %; III: 16 %; IV: 6 %	NB	(T2 : 6-18 Mon. n. T1 ; T3 : 24-36 Mon. n. T1) D : 12,9 (T1) ; 4,8 (T2) ; 3,2 (T3) DYS : 0 (T1) ; 8,1 (T2) ; 12,9 (T3) Aff. Störung : 12,9 (T1) ;	
Deutschland												

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											12,9 (T2) ; 16,1 (T3) GAD : 4,8 (T1) ; 9,7 (T2) ; 11,3 (T3) PAN : 1,6 (T1) ; 9,7 (T2) ; 11,3 (T3) SPEZ : 3,2 (T1) ; 4,8 (T2) ; 9,7 (T3) SOZ : 0 (T1) ; 3,2 % (T2) ; 6,5 (T3) PTSD : 1,6 (T1) ; 8,1 (T2) ; 3,2 (T3) ASD : 9,7 (T1) ; 0 (T2) ; 4,8 (T3) Angstst. : 21,0 (T1) ; 27,4 (T2) ; 35,5 (T3)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											ANP: 3,2 (T1); 0 (T2); 4,8 (T3) ALK-M: 3,2 (T1); 4,8 (T2); 6,5 (T3) TAB-M: 8,1 (T1); 6,5 (T2); 11,3 (T3) Medikam.- Missbrauch: 4,8 (T1); 1,6 (T2); 4,8 (T2)	
Bruera et al., 1995: "The fre- quency of al- coholism among pa- tients with pain due to terminal cancer." [96]	k	CAGE1	A	66	56 %	61,9	13,6	Lunge: 23 %; Gastroint.: 24 %; Kopf-/Hals: 18 %; Urogenital: 16 %	Terminal	NB	ALK-A (Scree- ning): 27	
USA												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Burgess et al., 2005: “Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study.” [97] Großbritannien	k	SCID (DSM-III-R)	NB	202 (alle MZP: 170)	100 %	48,4	7,8	Brust	NB	1-6 Mon.	(T1: ED; T2: 3 Mon. nach T1; T3: 1 Jahr nach T1) Aff. St. oder Angstst.: 33 (T1); 24 (T2); 15 (T3) Nach Rezidiv: 45	12-Mon.-Präv.: 48 (1. Jahr nach ED) 25 (2. Jahr nach ED) 23 (3. Jahr nach ED) 22 (4. Jahr nach ED) 15 (5. Jahr nach ED)
Bussian et al., 2010: “Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study.” [98]	NB	SCID (DSM-IV)	A	306	9 %	64,9	NB	Kehlkopf	NB	NB	D: 4,9 DYS: 4,3 GAD: 1,9 SOZ: 0,3 PTSD: 0,3 ANP: 4,6 ALK-A: 3,6	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Deutschland												
Dinkel et al., 2014: "Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients." [99]	k	SCID-I (DSM-IV)	S	341	35,2 %	58,4	12,8	Hämatol.: 38,7 % Gastroint.: 61,3 %	NB	NB	GAD: 2,1 PAN: 2,1 AGO: 1,2 SPEZ: 4,7 SOZ: 3,5 ZWA: 1,8 PTSD: 3,5 Angstst.: 17,6	
Deutschland												
Chan et al., 2015: "Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach us-	k	SCID (DSM-IV)	A	T3: 219 T4: 114	NB	NB	NB	NB	< 24 Mon.	NB	(T2 4-6 Mon. nach T1; T4 12-18 Mon. nach T4) D: 25,3 (T3); 50,8 (T4) DYS: 2,7 (T3); 15,3 (T4) GAD: 18,8 (T3); 17,7 (T4)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
--------------------------------	------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

ing stand-
ardised di-
agnostic in-
terviews.”
[100]

ANP: 25,3
(T3); 5,6 (T4)

Malaysia

Chochinov et al., 1997: „Are you depressed?“ Screening for depression in the terminally ill.” [101]	NB	SADS ² (RDC ³)	S	197	52,3 %	71	10,7	NB	Terminal	NB	D: 7,6	
Kanada												

Chow et al., 2001:
“Use of the CAGE questionnaire for screening problem

k	CAGE1	A	128	46,9 %	NB	NB	Lunge: 44 %; Gastroint.: 22 %;	Palliativ	NB	ALK-A (Screening): 7
---	-------	---	-----	--------	----	----	---	-----------	----	----------------------

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
drinking in an out-pa- tient pallia- tive radio- therapy clinic." [102]								CUP: 11 %; Prostata: 11 %				
USA												
Ciaramella et al., 2001: "Assessment of depres- sion among cancer pa- tients: the role of pain, cancer type and treat- ment. Psy- chooncol- ogy." [103]	k	SCID (DSM-III-R)	A	100	50 %	64	NB	Gastroint.: 47 %; Urogenital: 37 %; Atmungs- syst.: 16 %	IV: 30 %	NB	D: 49 (SCID); 29 (Endicott)	D: 9
Italien												
Compen et al., 2018:	k	SCID (DSM-IV)	NB	85,7%	51,7 %	10,7	NB	Brust:	NB	NB	Aff.St.: 36,3 ANP: 8,2	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
<p>“Exploring associations between psychiatric disorder, psychological distress, and health care utilization in cancer patients.” [104]</p> <p>Niederlande</p>								<p>61,6 %; Gynäkol.: 7,3 %; Postata: 6,5 %; Kolon: 4,9 %; Andere 19,5 %</p>				
<p>Couper et al., 2006:</p> <p>“The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners.” [105]</p> <p>Australien</p>	k	CIDI (DSM-IV)	G	103	0 %	66	9,5	Prostata	IV: 54 %	1-6 Mon.	<p>D: 5,6 GAD: 3,3 PAN: 1,1 Agoraph.: 0 SOZ: 1,1</p>	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
<p>Coyne et al., 2004:</p> <p>“Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample.” [106]</p> <p>USA</p>	k	SCID (DSM-IV)	A	113	100 %	55,8	NB	Brust	I: 22 %; II: 52 %; III: 16 %; IV: 10 %	< 1 J.: 19 %; 1-2 J.: 14 %; 2- 5 J.: 35 %; > 5 J.: 31 %	D: 9 GAD: 6	D: 30
<p>Dausch et al., 2004:</p> <p>„Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer.“ [107]</p>	c	DSM-IV- Checklist	NB	207	100 %	52,9	10,6	Brust	0/I: 63 %; II: 32 %; III: 5 %	< 1 Mon.	D: 1,9 DYS: 1,9 GAD: 2,4 PAN m. Ago- raph.: 0,9 PAN o. Ago- raph.: 1,9	D: 20,3 DYS: 6,3 GAD: 10,1 PAN m. Ago- raph.: 2,9 PAN o. Ago- raph.: 7,2

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
USA											SPEZ (Blut/Spritzen): 2,4 SOZ: 1,9 PTSD: 5,3 ASD: 2,4 ANP: 2,4 Aff. St.: 3,9 Angstst.: 14	SPEZ (Blut/Spritzen): 2,9 SOZ: 6,8 PTSD: 16,4 ANP: 21,3
Endo et al., 2008: „Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer.“ [108]	NB	SCID (DSM-IV)	A	100	19 %	65,4	9,8	Lunge	I:6 %, II:8 %, III: 36 %, IV:48 %	NB	D: 9	
Japan												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisati- on	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Esser et al., 2019: „Posttrau- matic Stress Disorder among can- cer patients - Findings from a large and repre- sentative in- terview- based study in Germany.“ [109] Deutschland	k	CIDI-O (DSM-IV)	S	2141	52 %	58	11	Brust: 21 %; Prostata: 15 %; Kolorektal: 14 %; Lunge: 9 %; Gynäkol.: 9 %; Hämatol.: 8 %; Andere: 27 %	I: 20 %; II: 26 %; III: 21 %; IV: 34 %	14 Mon. (SD=25)	PTSD: 2	
Fatiregun et al., 2016: „Anxiety dis- orders in breast can- cer: Preva- lence, types,	k	SCAN (DSM-IV)	S	200	100 %	49,6	11,2	Brust	I-II: 45 %; III-IV: 55 %	NB	GAD: 3,8 PAN: 5,1 AGO: 2 SOZ: 6,9 Angstst.: 19	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
--------------------------------	------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

and determinants.“

[110]

Nigeria

Fritzsche et al., 2003: „Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization.“ [25] Deutschland	k	MINI-DIPS (DSM-IV)	S	72	46 %	NB	NB	Hämatol.: 72 %	NB	NB	D: 17,8 ANP-M: 25 ANP-D: 15 Somatoforme St.: 1 ALK: 1 Persönlichkeitsst.: 1	
---	---	--------------------	---	----	------	----	----	-------------------	----	----	--	--

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Fritzsche et al., 2004: „Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy.“ [111]	k	MINI-DIPS (DSM-IV)	S	87	35,6 %	63,6	12,9	Kolorektal: 13,8 %, Ösophagus: 11,5 %; Lunge: 12,6 %; Hirn: 11,5 %; Brust: 9,2 %; Kopf/Hals: 9,2 %	I: 9 %, II: 18 %, III: 55 %; IV: 18 %	NB	D: 3,4 PAN: 1,1 Phobien: 2,3 ZWA: 1,1 PTSD: 5,8 ANP-M: 9,3 ANP-D: 3,5 ALK: 2,3 Persönlich- keitsst.: 1,1	
Deutschland												
Gandubert et al., 2009: „Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case-control study.“ [112]	k	MINI (DSM-IV)	A	144	100 %	Md=5 3	NB	Brust	0: 5,6 %; I: 39,6 %; II: 40,3 %, II: 3,5 %	1-3 J.	D: 16 DYS: 4,2 Manische Epi- sode: 3,5 GAD: 15,3 PAN: 2,8 SPEZ: 6,3	*(bis 3 J. vor T1) **(3 J. vor T1) D: 38,2*; 19,4** Manische Epi- sode: 4,2*; 1,4**

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Frankreich											ZWA: 2,1	GAD: 18,1*; 10,4** PAN: 4,2*;4,2** SPEZ: 13,2*; 6,9** ZWA: 1,4*; 0,7** Suchterk.: 0
Garland et al., 2004: „Cortisol does not mediate the suppressive effects of psychiatric morbidity on natural killer cell activity: a cross-sectional study of patients with early breast cancer.“ [113]	NB	SCAN4	S	55	100 %	51,2	NB	Brust	I: 25,5 %, II: 41,2 %, III: 33,3 %	< 1 Mon.	D: 18,2 ANP: 21,8	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

Irland

Ginsburg et al., 1995: „Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer.“ [114] Kanada	k	DIS5 (DSM-III-R)	A	52	25 %	63	NB	Lunge	IV: 23 %	Md=45 Tage	D: 2 DYS: 2 BIP: 0 Aff. St.: 4 Angstst.: 0 ANP-M: 0 ANP-A: 1,9 ANP-D: 9,6 ALK-M: 13 TAB-M: 33	D: 17 DYS: 10 BIP: 2 Aff. St.: 21 GAD: 10 SPEZ: 13 Angstst.: 17 ALK-M: 46 TAB-M: 63
---	---	---------------------	---	----	------	----	----	-------	----------	---------------	--	---

Goebel et al., 2011: „Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their	k	SCID (DSM-IV)	S	26	50 %	59,0	NB	Hirn	I: 46 %; II/III: 31 %; IV: 23 %	< 1 Mon.	D: 4 GAD: 0 PTSD: 0 ASD: 19 ANP: 15	
--	---	------------------	---	----	------	------	----	------	--	----------	---	--

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
<p>spouses in the early treatment phase.“ [115]</p>												
<p>Gopalan et al., 2016: „Prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients - hospital-based, cross-sectional survey.“ [116]</p> <p>Indien</p>	k	MINI (DSM-IV)		384	63,5 %	NB	NB	NB	NB	> 12 Mon.	D: 10,9 ANP-A: 3,1 ANP-D: 19,5 ANP: 22,6	
<p>Grabsch et al., 2006: „Psychological morbidity and quality of life in women with</p>	NB	MILP6 (DSM-IV)	G	227	100 %	51,7	9,1	Brust	IV: 100 %	M=65 Mon. (SD=47)	D: 7 DYS: 1,3 GAD: 1,3 PAN: 0 Agoraph.: 1,3	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
advanced breast can- cer: a cross- sectional survey.“ [117]											SOZ: 0,9 PTSD: 0,9 ANP-M: 24,2 ANP-A: 4,0 ALK-A: 0,9 TAB-A: 7,9 And. Such- terkr.: 1,8	
Australien												
Grassi et al., 1996: „Psychoso- cial morbid- ity and ad- justment to illness among long- term cancer survivors. A six-year follow-up study.“ [118]	NB	SCID (DSM-III-R)	NB	52	83 %	51,6	NB	Brust 74 %, Magen: 10 %, Lymph- knoten: 10 %	NB	NB	(T2: 6 Jahre nach T1) D: 9,6 (T1); 3,8 (T2) DYS : 5,8 (T1); 7,7 (T2) Aff. St. : 15,4 (T1); 13,5 (T2) GAD : 1,9 (T1); 9,6 (T2) PAN : 1,9 (T1); 1,9 (T2)	
Italien												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											SPEZ : 1,9 (T1); 0 (T2) SOZ : 1,9 (T1); 3,8 (T2) Angstst. : 7,7 (T1) ; 15,4 (T2) ANP-M : 5,8 (T1); 1,9 (T2) ANP-A : 3,8 (T1); 0 (T2) ANP-D: 9,6 (T1); 1,9 (T2) Somatisie- rungsst.: 1,9 (T1); 0 (T2)	
Grassi et al., 2009: „Affective syndromes and their screening in cancer pa- tients with	c	CIDI (ICD- 10)	A	109	76,1 %	57,5	11,4	Brust: 52,3 %; Gastroin- test.: 26,6 %; Lunge: 7,3 %	IV: 28,4 %	6-18 Mon.	D: 8,3 DYS: 4,6 Aff. St.: 12,8 Angstst.: 2,7 ANP: 24,8	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
--------------------------------	------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS).“ [119]

Italien

Green et al., 1998: „Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer.“ [120]	NB	SCID (DSM-III-R)	NB	160	100 %	53,4	9,7	Brust	I/II: 100 %	6-12 Mon. nach Pri- märbe- handlung	D: 11 PTSD krebs- spez.: 2,5 PTSD nicht krebspez.: 0 Angstst.: < 1	D: 28 DYS: 3 PTSD krebs- spez.: 5 PTSD nicht krebspez.: 4,4 Angstst.: 17
--	----	------------------	----	-----	-------	------	-----	-------	----------------	--	---	---

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
USA												Suchterkr.: 7
Greer et al., 2011: „Anxiety dis- orders in long-term survivors of adult can- cers.“ [121]	r	SCID (DSM-IV)	NB	225	62,1 %	62,9	NB	Brust: 24 %; Haut: 18,7 %; Gynäk.: 19 %; Prostata: 8 %; Kolorektal: 7 %; Hämatol.: 1,8 %; Lunge: 0,7 %; andere: 25,6 %	NB	NB	GAD: 3,4 PAN: 2,2 AGO: 1,2 SPE: 10,9 SOZ: 6,9 PTSD: 4,3 Angstst.: 18,8	
USA												
Hall et al., 1999: „Are we us- ing appro- priate self-	NB	PSE7 (DSM-III)	NB	266	100 %	NB	NB	Brust	I/II: 100 %	1-6 Mon.	Aff. St.: 37,2 Angstst.: 49,6	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
report ques- tionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast can- cer?" [122]												
Großbritan- nien												
Härter et al., 2000: „Komorbide psychische Störungen bei Krebspa- tient*innen in der statio- nären Akut- behandlung und medizi- nischen Re- habili-ta- tion.“ [123]	k	CIDI (DSM- IV)	G	Akut- beh.: 82, Reha: 38	A: 88 %; R: 71 %	A: 56, R: 50	NB	A: Brust: 37 %; Gynäkol.: 33 %; Gastroint.: 10 %; Brust: 35 %; Hämatol.: 17 %; Gynäk.: 12 %	R: IV: 42 %; A: IV:15 %	A: M=3,2 Mon.; R: M=45,6 Mon.	(A: Akutbeh.; R: Reha) Aff. St.: 11 (A); 13,2 (R) Angstst.: 17 (A); 16,8 (R) Somatoforme St.: 2,4 (A), 2,6 (R) Suchterkr.: 2,4 (A); 8 (R) ESS: 1,2 (A); 0 (R)	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Deutschland												
Härter et al., 2001: „Psychiatric disorders and associ- ated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, re- habilitation and outpa- tient treat- ment.“ [124]	k	CIDI (DSM- IV)	G	Inter- view: 200; Ge- samt: 491	Ge- samt 75 %	Ge- samt 55	NB	Gesamt: Brust: 38 %; Gastroin- test: 18 %; Gynäkol.: 16 %	Gesamt: IV: 51 %	Gesamt: M=2,7 J.	D: 4 DYS: 4 Aff. St. med. KHF: 1,5 Aff. St.: 9,5 GAD: 0 PAN: 3 SPEZ: 7,5 SOZ: 1,5 ZWA: 1 PTSD: 1,5 Angstst.: 13 Somatoforme Schmerzst.: 2,5 ALK: 0,5 TAB: 2 Suchterkr.: 2,5 ESS: 1	*12-Mon.Präv. **LZP D: 8*; 14,5** DYS: 5*,5** Aff. St. med. KHF: 4,5*; 6** Aff. St.: 17,5*; 26** GAD: 0*; 4** PAN: 5,5*; 10** SPEZ: 12*; 16,5** SOZ: 2*, 3** ZWA: 1,0*; 2** PTSD: 1,5*; 2** Angstst.: 20,5*; 30,5**
Deutschland												

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Härter et al., 2007: „Increased 12-month prevalence rates of mental dis- orders in pa- tients with chronic so- matic dis- eases.“ [125] Deutschland	r	CIDI (DSM- IV)	G	174	NB	NB	NB	NB	NB	NB		Som. Schmerzst.: 7,5*, 16** ALK: 1,5*; 6,0** TAB: 3,5*; 13** Suchterkr.: 5*; 16,5** ESS: 1,5*; 2,5** 12-Mon.-Präv.: Aff. St.: 19,6 Angstst.: 18,5 Somatoforme St.: 9,1 Suchterkr.: 4,8

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Henry et al., 2018: „A screening algorithm for early de- tection of major de- pressive dis- order in head and neck cancer patients post-treat- ment: Longi- tudinal study.“ [126] Kanada	c	SCID (DSM-IV)	NB	223	31,2 %	62,9	11,7	Kopf-/Hals	NB	< 2 Wo.	(T2 3 Mon. nach T1) D: 6,9 (T1); 14,2 (T2) Angstst.: 19,4 (T1); 16,6 % (T2) ALK: 4,2 (T1); 3,6 (T2)	D: 22,6 Angstst.: 24,7 Suchterk.: 23,8 ALK: 23,7
Hosaka et al., 1999: „Disclosure of true diag- nosis in Jap- anese cancer patients.“ [127]	NB	SCID (DSM-III-R)	S	50	18 %	56,6	14,4	Kopf-/Hals: 82 %	NB	NB	D: 18 ANP-M: 12 ANP-A: 6 ANP-D: 10	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
--------------------------------	------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

Japan

Inoguchi et al., 2016: „Screening for untreated depression in cancer patients: a Japanese experience.“ [128] Japan	k	CIDI (DSM-IV)	S	467	35,3 %	60,9	13,3	Knochen/ Weichteil: 18,8 %; Hämatol.: 15,8 %; Lunge: 13,3 %; Urogeni- tal: 12,2 %; Leber: 10,5 %; Prostata: 9,9 %; Pankreas: 7,3 %; Brust: 7,1 %; Andere: 5,1 %	NB	NB	D: 0,6	D: 5,2
Iqbal, 2004: „Common types of	NB	SCID (DSM-IV)	NB	365	48,5	NB	NB	Hämatol: 43,9 %; Brust: 	NB	NB	Aff. St.: 17,8 Angstst.: 16,8	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
mental dis- orders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Me- morial Can- cer Hospital and Re- search Cen- tre.“ [129]								30,7 %; Urogenital: 11,5 %			ANP: 20,8 Somatoforme St.: 0,5	
Pakistan												
Jacobsen et al., 2010: „Distinguish- ing Symp- toms of Grief and Depression in a Cohort of Advanced Cancer Pa- tients.“ [130]	NB	SCID (DSM-IV)	G	123	-	56,1	11,9	NB	IV: 100 %	NB	D: 4,9	
USA												

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Jenkins et al., 2000: „Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital.“ [131]	k	CAGE1	S	100	45 %	67	12	Gastroin- test.: 26 %; Lunge: 21 %; CUP: 15 %; Urogenital: 11 %; ZNS: 8 %	Palliativ	NB	ALK-A: 24 (Screening)	
Kanada												
Kadan-Lot- tick et al., 2005: „Psychiatric disorders and mental health service use in patients with	NB	SCID (DSM-IV)	NB	251	45 %	58	12	Gastroin- test.:46 %; Lunge: 20 %	IV: 100 %	NB	D: 6,8 GAD: 3,2 PAN: 4,8 PTSD: 2,4	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
advanced cancer: a re- port from the coping with cancer study.“ [132] USA												
Kangas et al., 2005: „The course of psycho- logical disorders in the 1st year af- ter cancer diagnosis.“ [133] Australien	k	SCID (DSM-IV); ASDI8; CAPS9	A	82 (T1); 63 (T2); 49 (T3)	25,6	60,0	NB	Kopf-/Hals: 68,3 %; Lunge: 31,7 %	NB	< 1 Mon.	(T2: 6 Mon. n. ED; T3: 12 Mon. n. ED) D: 28,6 (T1); 22,4 (T2); 20,4 (T3) PTSD: 22 (T2); 14 (T3) ASD: 28 (T1) ALK-M: 0 ALK-A: 2 (T1); 0 (T2); 0 (T3)	D: 28,6 Angstst.: 46,9 ALK-M: 12,2 ALK-A: 20,4 And. Suchterkr.:2
Kangas et al., 2007: „Correlates of acute	k	ASDI8; SCID (DSM-IV)	NB	82	26 %	60,1	12,2	Kopf-/Hals: 68 %; Lunge: 32 %	I: 27 %, II: 11 %, III: 52 %, IV: 10 %	< 1 Mon.	D: 23 ASD: 28	D: 31 PTSD: 16,3 Angstst.: 45

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
stress disorder in cancer patients.“ [134]												Suchterkr.: 40
Australien												
Katz et al., 2004: „Screening for depression in head and neck cancer.“ [135]	NB	SADS ²	A	60	21,7 %	60,5	13	Kopf-/Hals	I: 8,3 %, II: 15 %, III:23,3 % , IV: 38,3 %	NB	D: 5	
Kanada												
Kassm et al., 2018: „Depression and religiosity and their correlates in Lebanese	k	MINI (DSM-IV)	S	102	100 %	54	10,4	Brust	I: 37,2 %; II: 20,5 %; III: 41,1 %; IV: 41,1 %	> 6 Mon.	D: 30,3 DYS: 4,9	D: 50,9

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
breast can- cer pa- tients.“ [136] Libanon												
Kawase et al., 2006: „Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan.“ [137] Japan	NB	SCID (DSM-IV)	NB	282	NB	NB	NB	NB	NB	NB	D: 8,5	
Keller et al., 2004: „Recognition of distress and psychi-	k	SCID (DSM-IV)	S	78	39,7 %	59 % 51- 70 J.	NB	Kolorektal: 43,9 %; Gastroin- test.: 15,3 %; Pankreas/ Leber:	NB	NB	D: 5 Angstst.: 3 ANP-M: 15,4 ANP-A: 2,7	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
atric mor- bidity in cancer pa- tients: a multi- method ap- proach.“ [138]								12,7 %; Weichteil: 9,5 %			ANP-D: 3,9	
Deutschland												
Keszte et al., 2013: „Mental dis- orders and psychosocial support dur- ing the first year after to- tal laryngec- tomy: a pro- spective co- hort study.“ [139]	k	SCID (DSM-IV)	S	171	11%	NB	NB	Kopf-/ Hals	I-II: 19 %; III-IV: 81 %	(T1) vor Kehlkopf- tektomie	((T2) 2 Wo. nach Kehlkopttek- tomie; (T4) 3 Mon. nach Kehlkopftek- tomie) D: 2,3 % (T2); 4,7 % (T4) DYS: 1,2 % (T2); 0 (T4) GAD: 2,3 % (T2); 1,2 % (T4) SOZ: 0 % (T2 & T4)	
Deutschland												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											PTSD: 1,2 % (T2 & T4) ANP: 8,2 % (T2); 4,1 % (T4) ALK-A: 9,4 % (T2 & T4)	
Keszte et al., 2017: „Course of psychiatric comorbidity and utilization of mental health care after laryngeal cancer: a prospective cohort study.“ [140] Deutschland	k	SCID (DSM-IV)	S	176	8%	NB	NB	Larynx: 91%, Hypopharynx: 9%	I-II: 82, III-IV: 18	(T1) 1 Wo. nach OP	((T2) 3 Mon. nach OP; (T3) 12 Mon. nach OP) D: 2 % (T1); 5 % (T2); 1 % (T3) DYS: 0 % (T1); 1 % (T2); 0 % (T3) GAD: 0 % (T1- T3) PAN: 0 % (T1- T3) SPE: 0 % (T1); 1 % (T2); 2 % (T3)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Kirsh et al., 2004: „Difficulties in screening for adjust- ment disorder, Part I: Use of exist- ing screening instruments in cancer pati-	c	SCID (DSM-IV)	A	95	43,2 %	45,8	11,7	Hämatol.	NB	NB	SOZ: 0 % (T1- T3) ASD: 2 % (T1); 0 % (T2); 0 % (T3) ANP: 11 % (T1); 15 % (T2); 14 % (T3) ALK: 0 % (T1); 2 % (T2); 2 % (T3) ALK-A: 3 % (T1); 3 % (T2); 6 % (T3)	
											D: 11,6 GAD: 5,3 ANP: 34,7	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
--------------------------------	------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

ents under-
going bone
marrow
transplanta-
tion.“ [141]

USA

Kissane et al., 1998: „Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey.“ [142]	k	MILP6 (DSM-IV)	A	303	100 %	46	8	Brust	I: 17 %; II: 83 %	1-6 Mon.	D: 9,6 DYS: 2,3 GAD: 1,7 PAN: 1,3 Agoraph.: 0,6 SOZ: 2,0 PTSD: 1,7 ANP-A: 3,9 ANP-D: 24,8 ALK-A: 0,3 TAB-A: 8,9	
Australien												
Kissane et al., 2004:	NB	MILP6 (DSM-IV)	G	503	100 %	48,0	8,4	Brust	I/II: 60,2 %;	I/II: M=102 Tage (SD=56)	D: 8,3 DYS: 2,0	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis.“ [143] Australien									IV: 39,8 %	Tage); III/IV: M=63 Mon. (SD=44)	GAD: 1,6 PAN: 0,8 Agoraph.: 1,0 SPEZ: 3,4 SOZ: 1,6 PTSD: 1,4 ANP: 27,8 ALK-A: 0,6 TAB-A: 8,6 And. Such- terkr.: 0,8	
Krauß et al., 2007: „Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatient*innen: Empirische Befunde.“ [144]	NB	SCID (DSM-IV)	S	485	36,7 %	Md=6 1	NB	Gynäkol.: 12,2 %; Prostata: 19,2 %; Urolo- gische: 11,3 %; Gastroin- test.: 16,7 %	IV: 36,3 %	< 1 Mon.: 44,9 %; 1-3 Mon.: 29,9 %; > 3 Mon.: 25,2 %	D: 9,1 DYS: 1,6 Aff. St.: 9,9 GAD: 4,7 PAN: 2,5 SPEZ: 6,8 SOZ: 0,4 ZWA: 5,4 PTSD: 3,5	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Deutschland											Angstst.: 13,8 Somatisier- ungsst.: 11,1 ALK-A: 4,9 TAB-A: 7,8 Opiod-A: 1,2 Suchterkr.: 8,9	
Krauß et al., 2011: „Psychische Begleiter- krankungen bei Krebspa- tient*innen in der Vis- zeralchirurgie.“ [145]	k	SCID (DSM-IV)	S	99	32%	NB	NB	Gastroin- test.: 59,4 % Endokri- nol.: 40,4 %	I: 18 %; II: 18 %; III: 14 %; IV: 23 %	T1 zu be- ginn der Behand- lung	D: 8 DYS: 0 Aff.St.: 8 GAD: 4 PAN: 3 AGO: 1 SPE: 3 SOZ: 0 ZWA: 7 PTSD: 0 ASD: 0 Angstst.: 9	
Deutschland												

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
											Somatoforme St.: 13 ALK: 5 TAB: 6 MED: 3	
Kugaya et al., 1998: „Screening for psychological distress in Japanese cancer patients.“ [146] Japan	k	SCID (DSM-III-R)	G	128	37,5 %	61,1	10,8	Lunge: 46,9 %; Kopf-/Hals: 41,4 %	NB	NB	D: 13,3 ANP: 23,4	
Kugaya et al., 2000: „Prevalence, predictive factors, and screening	k	SCID (DSM-III-R)	NB	107	24 %	61,0	11,8	Kopf-/Hals	III/IV: 61 %	< 1 Mon.	D: 3,7 Angstst: 0 ANP-M: 8,4 ANP-A: 4,7 ANP-D: 0	D: 15,9

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer.“ [147]											ALK-M: 6,5 ALK-A: 33,6 TAB-A: 32,7	
Japan												
Lau et al., 2013: „Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer.“ [148]	k	SCID (DSM-IV)	S	113	100 %	60	NB	Zervix	I-II: 87 %; III-IV: 13 %	NB	D: 19 Aff.St.: 31 GAD: 13 PAN: 5 AGO: 2 SPE: 0,9 SOZ: 0,9 PTSD: 0,9 Angstst.: 16	D:24 Aff.St.:36 GAD:13 PAN: 5 Angstst.: 19

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
China												
Le Fevre et al., 1999: „Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12.“ [149]	k	CIS-R10 (ICD-10)	S	79	56 %	69,9	10,1	NB	Terminal	NB	D: 18	
Großbritannien												
Lee et al., 2016: „Use of the Hospital	k	SCID (DSM-IV)	G	106 (T1) 93	14 %	52,7	9,5	Kopf-/Hals	NB	NB	(T2 3 Mon. nach T1; T3 6 Mon. nach T1)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Anxiety and Depression Scale and the Taiwanese Depression Questionnaire for screening depression in head and neck cancer patients in Taiwan.“ [150] Taiwan				(T2)							D: 4,7 (T1); 9,6 (T2); 12,9 (T3) DYS: 0 (T1-T3) Aff.St.: 8,5 (T1); 12,9 (T2); 14 (T3) GAD: 0,9 (T1); 0 (T2 & T3) ASD: 0,9 (T1); 0 (T2 & T3) Angstst.: 7,5 (T1); 2,1 (T2); 1,1 (T3) ALK: 18,9 (T1); 21,3 (T2); 20,4 (T3)	
Leopold et al., 1998: „Prevalence of mood disorders and utility of the PRIME-MD in	k	PRIME-MD11	A	122	38 %	Md=6 7	NB	Lunge: 36 %, Prostata: 16 %, Brust: 12 %	Palliativ: 38 %	NB	D: 12 PAN: 1,3 Angstst.: 0 Angst-/Depr. St. gemischt (F41.2): 10	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
patients un- dergoing ra- diation ther- apy.“ [151]											DYS: 10 BIP: 1 Aff. St.: 47 GAD: 5 PAN: 5 Angstst. NOS: 14 Angstst.: 21	
USA												
Love et al., 2008: „Psychoso- cial adjust- ment in newly diag- nosed pros- tate cancer.“ [152]	NB	CIDI (DSM- IV)	NB	367	0 %	67,8	8,9	Prostata	Früh: 57,5 %; Fortg.: 42,5 %	< 1 Mon.	D: 3,3 DYS: 0,6 GAD: 2,2 PAN: 1,1 SPEZ: 1,4 SOZ: 0,8	
Australien												
Lichtenthal et al., 2009:	NB	SCID (DSM-IV)	G	289	44 %	58,7	12,0	Lunge: 20 %,	Terminal	NB	D: 5,2 GAD: 2,2 PAN: 3	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches“ [153]								Kolon: 15 %, Brust: 9 %, Pankreas: 8 %			PTSD: 2,6	
USA												
Lloyd-Wil- liams & Friedman, 2001: „Depression in palliative care pa- tients--a pro- spective study.“ [154]	NB	PSE7 (ICD- 10)	A	100	56 %	57,3	NB	Lunge: 26 %, Brust: 14 %, Darm: 11 %	Terminal	NB	D: 22	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Großbritan- ninen												
Lloyd-Wil- liams et al., 2004: „A prospec- tive study to determine the associa- tion between physical symptoms and depres- sion in pa- tients with advanced cancer.“ [155]	NB	Semistr. klin. Inter- view	A	74	50 %	66,9	13,6	NB	Terminal	NB	D: 27	
Großbritan- nien												
Lloyd-Wil- liams et al., 2007: „The devel- opment of	NB	PSE7	A	246	56,5 %	61,9	95 % CI: 61,1- 62,7	Lunge: 29 %, Brust: 25 %,	Terminal	M=27 Mon. (Range=1, 3-44)	D: 30	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
the Brief Ed- inburgh De- pression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with ad- vanced can- cer.“ [156]								Darm: 11 %				
Großbritan- nien												
Maguire et al., 1999: „Physical and psycho- logical needs of pa- tients dying from colo- rectal can- cer.“ [157]	k	PAS (DSM- III-R)	NB	59	28,5 %	69	11	Kolorektal	Palliativ	NB	D: 5 GAD: 7 ANP: 10	
Großbritan- nien												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Maneeton et al., 2014: „Prevalence and relationship between major depressive disorder and lung cancer: a cross-sectional study.“ [158] Thailand	k	MINI (DSM-IV)	S	104	48 %	61,5	9,4	Lunge	I: 4,8 %; II: 5,8 %; III: 20,2 %; IV: 69,2 %	NB	D: 14,4	
Mangelli et al., 2005: „Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease.“ [159]	k	SCID (DSM-IV)	A	104	NB	NB	NB	NB	NB	1-2 J.	D: 12,5	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Italien												
Matsuoka et al., 2002: „Cancer-re- lated intru- sive thoughts as an indicator of poor psy- chological adjustment at 3 or more years after breast sur- gery: a pre- liminary study.“ [160]	k	SCID (DSM-IV)	A	74	100 %	48,1	5,7	Brust	0-II: 89 %; III: 10 %	> 2 J.	D: 0	D: 27 (seit ED) PTSD: 3 (seit ED)
Japan												
McCaffrey et al., 2007: „Alcoholism, depression, and abnor- mal cogni- tion in head	NB	SCID (DSM-IV)	NB	24	16,7 %	73	NB	Kopf-/Hals	III: 38 %; IV: 62 %	< 1 Mon.	D: 26,1 ALK-A: 11,9	ALK-M: 63,6 ALK-A: 61,9

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
and neck cancer: a pi- lot study.“ [161]												
USA												
Mehnert et al., 2007: „Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study.“ [162]	k	SCID (DSM-IV)	S	127	100 %	54,9	10,7	Brust	0: 11,8 %; I: 30,7 %; I: 45,7 %; III/IV: 11,8 %	< 1 Mon.	D: 4,7 DYS: 3,1 GAD: 6,3 PTSD: 2,4 ASD: 2,4	PTSD: 8,7
Deutschland												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Mehnert et al., 2014: „Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities.“ [163] Deutschland	k	CIDI-O (DSM-IV)	S	2141	52 %	58	11	Brust: 21 %; Prostata: 15 %; Kolorektal: 14 %; Lunge: 9 %; gynäkol.: 9 %; hämatol.: 8 %; Andere: 27 %	NB	NB	Aff.St.: 6,5 Angstst.: 11,5 ANP: 11 Somatoforme St.: 5,3 ALK: 0,3 TAB: 4,5	
Meyer et al., 2003: „Depressive symptoms in advanced cancer. Part 1. Assessing depression: the Mood Evaluation	k	SCID (DSM-IV)	S	45	58 %	70- 79 J.: 40 %; 60- 69: 25 %	NB	Gastroint: 29 %; Lunge: 27 %; Brust: 18 %; Urogenital: 13 %	Terminal	NB	D: 20	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Question- naire.“ [164]												
Großbritan- nien												
Minagawa et al., 1996: „Psychiatric morbidity in terminally ill cancer pa- tients. A prospective study.“ [165]	k	SCID (DSM-III-R)	S	93	41 %	67,2	11,9	Magen: 22 %; Lunge: 14 %; Pankreas: 11 %; Kolon: 11 %	Terminal	M=20,2 Mon. (SD=34,5)	D: 3,2 GAD: 1,1 ANP: 4,3 ANP-A: 1,1 ANP-D: 2,1	
Japan												
Morasso et al., 2001: „Predicting mood disor- ders in breast can- cer pa- tients.“ [166]	NB	SCID (DSM-III-R)	NB	132	100 %	< 50 J.: 66,2 %; 51- 60 J.: 74,2 %; > 60 J.:	NB	Brust	NB	1-2 J.	D: 9,8 Hypoman. Epi- sode: 1,6 Angstst.: 1,6 ANP-M: 4,6 ANP-A: 6,1 ANP-D: 10,6	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Italien						77,1 %						
Mundy et al., 2000: „Posttrau- matic stress disorder in breast can- cer patients following autologous bone mar- row trans- plantation or conventional cancer treat- ments.“ [167]	NB	SCID (DSM-IV)	G	BMT=1 7; n- BMT=2 0	100 %	BMT: 43,3; n- BMT: 50,2	BMT: 7,2; n- BMT: 7,6	Brust	BMT: I:0 %; II:24 %; III:35 %; IV:41 %; n-BMT: I:30 %; II:55 %; III:5 %; IV:10 %	BMT: M=37,5 Mon.; n-BMT: M=54,7 Mon.	D: 0 GAD: 0 PTSD: 0	
USA												
Nakaya et al., 2006: „Depression and survival in patients with non-	NB	SCID (DSM-III-R)	A	229	60,3 %	62,4	NB	Lunge	I: 76,1 %; II: 19,7 %; III: 4,2 %	1-6 Mon.	D: 5,7	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
small cell lung cancer after cura- tive rese- ction: a pre- liminary study.“ [168] Japan												
Nuhu et al., 2008: „Prevalence and predic- tors of de- pression in cancer pa- tients in the University College Hos- pital Ibadan, Nigeria.“ [169] Nigeria	k	SCID (DSM-IV)	S	210	70 %	53	4	Brust: 32 %; Zervix: 28 %; Kolorektal: 19 %; Prostata: 21 %	Früh: 32 %; Fortg.: 50 %	NB		D: 30 (12- Mon.-Präv.)

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Nuhu et al., 2013: „Quality of life of peo- ple with can- cers in Iba- dan, Nige- ria.“ [170] Nigeria	k	SCID (DSM-IV)	S	210	70 %	53	4	Brust: 32 %; Zervix: 28 %; Kolon: 19 %; Prostata: 21 %	Früh: 32 %; Fortg.: 50 %	NB	D: 29,5	
Okamura et al., 2000: „Psychologi- cal distress following first recur- rence of dis- ease in pa- tients with breast can- cer: preva- lence and risk factors.“ [171]	k	SCID (DSM-III-R)	G	55	100 %	52	9	Brust	NB	1-6 Mon. (Rezidiv-di- agn.)	D: 7 ANP-M: 16,4 ANP-A: 10,9 ANP-D: 7,3	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Japan												
Okamura et al., 2005: „Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life.“ [172]	k	SCID (DSM-III-R)	A	50	100 %	54	10	Brust	0: 80 %; I: 16 %; II: 4 %	1-6 Mon. (Rezidiv-diagn.)	D: 2 PTSD: 2 ANP-M: 10 ANP-A: 2 ANP-D: 8	
Japan												
Olden et al., 2009: „Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale	NB	SCID (DSM-IV)	S	422	56,6 %	65,8	13,7	Lunge: 17,5 %, Kolorektal: 13,7 %, Brust: 10,9 %	Terminal	NB	D: 17,1	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

a valid in-
strument?“
[173]

USA

Osório et al., 2015: „Assessment and screening of panic disorder in cancer patients: performance of the PHQ-PD.“ [174]	k	SCID (DSM-IV)	G	400	61,5 %	NB	NB	Brust: 18,9 %; Urolog.: 17,04 %; Kopf-/Hals 11,5 %; Gynäkol.: 10,5 %; Gastroin- test.: 15,5 %; Andere: 11,9 %	NB	NB	PAN: 20,4	
---	---	------------------	---	-----	--------	----	----	---	----	----	-----------	--

Brasilien

Özalp et al., 2008: „Psychiatric morbidity and its screening in	k	SCID (DSM-IV)	S	204	100 %	50,8	11,9	Brust	I/II/IIIa: 71 %; IIIb/IV: 29 %	NB	D: 8,3 Angstst.: 2 ANP: 12,3	
---	---	------------------	---	-----	-------	------	------	-------	---	----	------------------------------------	--

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
<p>Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests.“ [175]</p> <p>Türkei</p>												
Parsons et al., 2008: „Alcoholism screening in patients with advanced cancer: impact on symptom burden and opioid use.“ [176] USA	k	CAGE1	A	598	41,8 %	Md= 59,7	NB	Kopf-/Hals: 24 %; Gastroin- test.: 23 %; Lunge: 19 %	Palliativ	NB	ALK-A: 17 (Screening)	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Pasacreta, 1997: „Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast can- cer.“ [177]	NB	DIS (DSM- IV)	A	79	100 %	54,9	12,7	Brust	Früh: 75 %, Fortg.: 14 %	M=157 Tage (SD=28,6)	D: 6,3 DYS: 2,5	D: 6,3 DYS: 5
USA												
Passik et al. 2001: [178] USA	c	MINI (DSM-IV)	A	60	53,3 %	58,3	11,9	Brust: 28,3 %; Leukämie: 25 %, Lunge: 8,3 %	NB	NB	D: 41,7 ANP: 15	
Patel et al., 2010a:	c	CIDI	A	100	100 %	53,1	12,4	Brust	I : 28,6 %; II : 54,3 %;	1-6 Mon.	D: 8,1 Angstst.: 8,1	D: 25,3; 3 (seit ED) Angstst.: 14,1;

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a „lab test“ to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection.“ [179]									III : 17,1 %			0 (seit ED)
Australien												
Patel et al., 2010b: „Feasibility of using risk factors to screen for psychological disorder during routine breast care nurse	NB	CIDI (ICD-10)	G	95	38,4 %	65,7	NB	Kolorektal	I :16,2 %, II :30,3 %, III :33,3 %, IV :14,1 %	1-6 Mon.	D: 9,1 DYS: 2 GAD: 2 PAN: 1 SPEZ: 3 SOZ: 1	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
consultations.“ [180] Australien												
Payne et al., 1999: „Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. Psychiatry and medical oncology gear up for managed care.“ [181]	c	SCID (DSM-III-R)	A	31	100 %	Gesamt: 58	NB	Brust	Gesamt: I: 11 %, II: 31 %, III: 7 %, IV: 51 %	NB	D: 0 PAN: 7 Agoraph.: 3 SPEZ: 3 ANP-A: 10 ANP-D: 16	D: 13
USA												
Pirl et al., 2002: „Depression in men re-	NB	SCID (DSM-IV)	A	45	0 %	69,4	7,4	Prostata	IV: 26,3 %	NB	D: 12,8	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
ceiving an- drogen dep- rivation ther- apy for pros- tate cancer: a pilot study". [182] USA												
Pirl et al., 2009: „Major de- pressive dis- order in long-term cancer survi- vors: analy- sis of the National Comorbidity Survey Repli- cation.” [183] USA	r	CIDI (DSM- IV)	NB	243	59,7 %	63,2	NB	Brust: 24,9; Gynäkol.: 20,4 %; Haut: 20,3 %; Prostata: 10,0 %	NB	M= 15,93 Jahre		D: 5,4 (12- Mon.-Präv.)

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
<p>Popoola et al., 2012:</p> <p>„A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. Psychooncology.“ [184]</p> <p>Nigeria</p>	k	SCID (DSM-IV)	S	124	100%	NB	NB	Brust	I: 8,9 %; II: 25,8 %; III: 50,8 %; IV: 14,5 %	> 3 Mon.	D: 16,9 Aff. St.: 40,3	
<p>Prieto et al., 2002:</p> <p>„Psychiatric morbidity and impact on hospital length of</p>	k	DSM-IV- Checklist	S	220	41,4 %	38,4	NB	Hämatol.	NB	Md=13 Mon. (Range=3- 130)	D: 12,3 DYS: 0,9 GAD: 1,8 PAN: 1,4 Phobien: 1,8	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
stay among hematologic cancer pa- tients receiv- ing stem-cell transplanta- tion." [185]											ANP-M: 8,6 ANP-A: 6,8 ANP-D: 7,3	
Spanien												
Qiu et al., 2012: „Prevalence and corre- lates of ma- jor depres- sive disorder in breast cancer survi- vors in Shanghai, China.” [186]	k	MINI (DSM-IV)	S	505	100%	52,0 2	4,55	Brust	I: 49,9 %; II: 35,8 %; III & IV: 14,3 %	6-36 Mo- nate nach der OP	D : 20,6	
China												

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Rasic et al., 2008: „Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample.” [187] Kanada	r	CIDI (DSM-IV)	G	863	56,5 %	15-54 J.: 30,3 %; 55-74 J.: 48,3 %; >75 J.: 21,4 %	NB	NB	NB	NB		(12-Mon.-Präv.) D: 5,2 Manie: 0,8 PAN: 8,6 Agoraph.: 0,7 SOZ: 4,3 ALK-A: 1,4 And. Suchterkr.: 0,2
Reuter et al., 2001: „Screening for mental disorders in cancer patients – discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by	k	CIDI (DSM-IV)	G	188	73 %	54	12,1	Brust: 42 %; gastroin- test: 15 %; gynäkol.: 14 %; hämatol.: 12 %	IV: 64 %	M=2,7 J. (SD=4,1 J.)	D: 5 DYS: 3 Aff. St. med. KHF: 2 Aff. St.: 10 PAN:2 Phobien: 3 ZWA: 1 PTSD: 1	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
standard- ized clinical interview." [188] Deutschland											Angstst. NOS: 1 Angstst: 7 Somatoforme Schmerzst.: 3 Suchterkr.: 3 ESS: 1	
Reuter et al., 2007: „Differences in preva- lence rates of psycho- logical dis- tress and mental dis- orders in in- patients and outpatients with breast and gynae- cological cancer." [189]	k	CIDI (DSM-IV)	G	Inter- view: 52; Ge- samt: 132	100 %	Ge- samt: 54	NB	Gesamt: Brust: 70 %; Gynäkol.: 30 %	Gesamt: IV: 42 %	Gesamt: M=2,6 J. (Range=1 Mon.-22 J.)	Aff. St.: 6,2 Angstst.: 7,9 Somatoforme St.: 0 Suchterkr.: 5,5	*12-Mon.Präv. **LZP Aff. St.: 13,6*; 25,0** Angstst.: 17,4*; 30,5 Somatof. St.: 6,2*; 16,7** Suchterkr.: 7,8*; 17,2**

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Deutschland												
Ryan et al., 2012: „Sensitivity and specific- ity of the Distress Thermome- ter and a two-item de- pression screen (Pa- tient Health Question- naire-2) with a „help“ question for psychologi- cal distress and psychi- atric mor- bidity in pa- tients with advanced cancer.” [190]	k	SCID (DSM-IV)	S	205	49,3 %	61,6	12,9	Brust : 17,1 %; Kolon: 14,1 %; Lunge: 16,6 %; Knochen: 11,2 %; gynäkol: 7,8 %; andere 33%	NB	> 1 Mon.	D: 4,4 GAD: 2 PAN: 2 PTSD: 1,5 ANP: 5,9	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Irland												
Saracino et al., 2017: „Assessing depression in a geriatric cancer population.” [191]	k	SCID (DSM-IV)	S	201	50,7 %	77	4,84	Brust: 50,7 % Prostata: 49,3 %	NB	NB	D: 3	
USA												
Shim et al., 2018: „Prevalence, correlates, and impact of depressive and anxiety disorder in cancer: Findings from a multicenter study.” [192]	k	SCID (DSM-IV)	G	399	59,1%	51,2	11,5 8	Brust: 30,5 %; gastro- int.: 14 %; Leber: 3,6 %; Lunge: 10,4 %; Kolon: 12,7 %; Zevix:	0: 3,6 %; I: 14,6 %; II: 21,9 %; III: 24,2 %; IV: 14,3 %	NB	D: 10,8 Aff. St.: 16 GAD: 6,8 PAN: 0,8 AGO: 2,5 SPE: 3,0 SOZ: 4,5 ZWA: 2,3 PTSD: 1,5	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Südkorea								4,6 %; andere 24,4 %			Angstst.: 17,1	
Singer et al., 2007: „Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatient*innen im Akutkrankenhaus.“ [63]	k	SCID (DSM-IV)	S	689	41,4 %	60- 69: 34,7 %; 50- 59: 23,1 %	NB	Gastroin- test: 19,4 %; Prostata: 17,3 %; Gynäkol.: 14,2 %; Brust: 11 %; Urolog.: 13,1 %	0: 1,9 %; I: 17,7 %; II: 21,5 %; III: 18,0 %; IV: 10,3 %	NB	D: 9,6 DYS: 2,0 GAD: 5,7 PAN: 2,9 SPEZ: 6,4 SOZ: 0,6 PTSD: 4,2 ASD: 3 ANP: 6,8 ALK-A: 5,1 TAB-M: 8,7 And. Suchterkr.: 5,1	
Deutschland												
Singer et al., 2008: „Screening for mental	r	SCID (DSM-IV)	A	250	9 %	64 % 50- 69 J.	NB	Kehlkopf	I: 38 %, II: 18 %, III: 16 %, IV: 26 %	M=5 J. (Range=0- 25)	D: 5,2 DYS: 4,5 GAD: 1,9	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods." [193] Deutschland											SOZ: 0,3 PTSD: 0,3 ANP: 4,5 ALK-A: 2,9	
Singer et al., 2010: „Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis." [194] Deutschland	k	SCID (DSM-IV)	S	329	41 %	60	NB	Prostata: 12,2 %; Rektum: 10,9 %; Brust: 33 %; Hirn: 8,8 %	I: 19 %; II: 15 %; III: 17 %; IV: 12 %	NB	D: 8,5	
Singer et al., 2013:	k	SCID (DSM-IV)	G	502	46,6 %	NB	NB	Prostata: 17,3 %;	NB	NB	D: 6,2 DYS: 1,8	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
„Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age—Prevalence, risk profiles, and care uptake.” [195] Deutschland								Brust: 15,7 %; Zervix: 15,7 %; Kopf-/Hals: 14,3 %; Andere: 37%			Aff. St.: 7,6 GAD: 2,6 PAN: 3,4 SPE: 4 SOZ: 0,2 PTSD: 0,4 ASD: 3,2 Angstst.: 8,4 ANP: 16,7 ALK-A: 3,4	
Spencer et al., 2010: „Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes.” [196]	NB	SCID (DSM-IV)	G	635	49,8 %	59,7	13,1	Lunge: 23,4 %; Kolon: 12,1 %; Brust: 12,1 %; Pankreas: 8 %	IV: 100 %	NB	GAD: 3 PAN: 3 PTSD: 3,2 Angstst.: 7,6	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
USA												
Stark et al., 2002: „Anxiety dis- orders in cancer pa- tients: their nature, asso- ciations, and relation to quality of life.“ [197]	NB	SCAN4 (ICD-10)	A	178	39,9 %	54,9	13,2	NB	IV: 38,8 %	M=34,8 Mon. (Range=1, 2-84)	D: 15 GAD: 8,4 PAN: 9 Phobien: 13,5 Angstst.: 18	
Großbritan- nien												
Su et al., 2017: „Depression and family support in breast can- cer patients. Neuropsy- chiatric dis- ease and	NB	MINI (DSM-IV)	S	300	100 %	48,1 6	9,07	Brust	I-III: 96,5 %; IV: 3,5%	NB	D: 8,3	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
treatment.“ [198]												
Taiwan												
Tabei et al., 2006: „Current substance use in pa- tients with gastric can- cer in South- ern Iran.“ [199]	NB	SCID (DSM-IV)	NB	177	29,9 %	58,1	14,0	Magen	NB	NB	TAB-A: 50,9 Opioid-A: 5,7	
Südiran												
Tan et al., 2014: „Depression and anxiety in cancer pa- tients in a Tertiary General Hos-	k	MINI (DSM-IV)	S	315	58,1%	NB	NB	NB		I: 5,1 %; II: 5,7 %; III: 10,2 %; IV: 53,2 %	0-60 Mon. D: 16,8 GAD: 9,5	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
pital in Sin- gapore." [200]												
Singapur												
Uchitomi et al., 2003: „Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer." [201] Japan	k	SCID (DSM-III-R)	S	212	39,6 %	62,1	10,8	Lunge	I: 77,8 %; II: 15,6 %; IIIA: 6,6 %	1 Mon. nach OP	(T2: 3 Mon. n. OP; T3: 12 Mon. n. OP) D: 4,7 (T1); 2,8 (T2); 1,4 (T3)	TAB-A: 42
Voigt et al., 2017: „Clinically assessed	k	SCID (DSM-IV)	NB	150	100 %	50,4	9,1	Brust	NB	T1 vor Chemoth.	(T2 : nach Chemoth.; T3 1 Jahr nach T1)	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

posttrau-
matic stress
in patients
with breast
cancer dur-
ing the first
year after di-
agnosis in
the prospec-
tive, longitu-
dinal, con-
trolled COG-
NICARES
study." [202]

PTSD: 3,6
(T1) ; 1,9
(T2) ; 2,0 (T3)

Deutschland

Walker et al., 2007: „Perfor- mance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for ma-	k	SCID (DSM-IV)	A	361	76,5 %	61,7	12,1	Brust: 63,8 %; Prostata: 12,5 %; gynäkol.: 9,1 %; kolorektal: 9,1 %	IV: 10,5 %	NB	D: 8,3	
---	---	------------------	---	-----	--------	------	------	--	---------------	----	--------	--

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalis- ation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
jor depressive disorder in cancer patients." [203]												
Großbritannien												
Walker et al., 2014: „Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data.“ [204]	k	SCID (DSM-IV)	A	Inter- view: 4365 Ge- samt: 21151	Ge- samt: 71%	Ge- samt: 64,4	Ge- samt: 11,9	Brust: 40 %; Lunge: 20 %; Kolon: 16 %; gynäkol.: 14 %; urol.: 9 %	NB	NB	D: 9,2	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisat- ion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
Großbrita- nien												
Widows et al., 2000: „Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients.“ [205]	k	SCID (DSM-IV)	NB	102	79 %	45,0	10,7	Brust:49 %; hämatol.: 25 %	NB	NB	Aff. St.: 4 PTSD: 5 And. Angstst.: 11 ANP: 2	Aff. St.: 30 PTSD: 6 And. Angstst.: 6
USA												
Wilson et al., 2007: „Depression and anxiety disorders in palliative	k	PRIME-MD11 (DSM-IV)	G	381	55,6 %	67,2	12,9	Lunge: 23,9 %; urogenital: 19,9 %; gastrointestinal: 18,3 %;	Palliativ	NB	D: 17,8 DYS: 4,5 GAD: 5,8 PAN: 5,5	

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stichproben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
cancer care.” [206] Kanada								Brust: 9,7 %			Angstst. NOS: 4,7 Angstst. med. KHF: 1,8 Angstst: 13,9	
Wu et al., 2016: „Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6- month fol- low-up study.“ [207] Taiwan	k	SCID (DSM-IV)	S	93	14%	52,7	9,6	Kopf-/Hals	I-II: 35,5 %; III-IV: 64,5 %	NB	(T2 3 Mon. nach T1; T3 6 Mon. nach T1) Aff.St.: 8,5 (T1); 24,5 (T2); 14 (T3) Angstst.: 27,3 (T1); 6,4 (T2); 3,3 (T3) ALK: 18,9 (T1); 21,3 (T2); 20,4 (T3)	
Yadav et al., 2019: „Prevalence of depres- sive disor- ders among	k	MINI (DSM-IV)	G	100	36 %	50	11,8	Kopf-/Hals	NB	NB	D: 10,9 DYS: 10	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin- g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	-------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

head-and-neck cancer patients: A hospital-based, cross-sectional study." [208]

Indien

Zhao et al., 2014: „Prevalence, correlates and recognition of depression in Chinese inpatients with cancer.” [209]	k	MINI (DSM-IV)	S	460	50,9%	59,4	12,0	Lunge: 28,3 %; gastroint.: 21,3 %; Andere: 50,4%	NB	NB	D: 12,6 DYS: 9,1 Aff.St.: 25,9	
China												
Zwahlen et al., 2008:	NB	MINI (ICD-10)	NB	31	0 %	58,2	10,1	Mundhöhle	I/I: 54,8 %;	NB	D: 3,2	

Erstau- tor*in/ Jahr/ Land	Stich- proben- gewinn	Erfassung	Set- tin g	n	% weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor- lokalisa- tion	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen, aktuell (-%)	Prävalenzen, Lebenszeit (-%)
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	------------------	---	-------------	--------------	---------------	-----------------------------	---------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------

„Quality of life and psychiatric morbidity in patients successfully treated for oral cavity squamous cell cancer and their wives.” [210]

Schweiz

III/IV:
45,2 %

DYS: 3,2
SOZ: 3,2
ALK-A: 12,9

Legende/Abkürzungen:

DHD: Desire for Hastened Death, SMR: Standard Mortality Ratio, NB=nicht beschrieben, k=konsekutiv, c=convenience, r=repräsentativ, A=Ambulant, S=Stationär, G=Gemischt, SE=Selbstentwicklung, 1=Schedule of attitudes toward hastened death, 2=Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, 3=Diagnostic Interview Schedule, 4=Wish to Hasten Death Scale, 5=Scale for Suicide Ideation, 6=Hamilton Depression Rating Scale

Anmerkung zur Übersetzung aus dem Englischen: „Suizidgedanken“ entspricht „suicidal ideation“

2.2.2 Suizidalität als Komorbidität

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
Abarshi et al., 2009: "Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: is there a relationship?" [211]	NB	SE	NB	3.614	72 %	40 % 40-50 J.	NB	NB	NB	NB	Wunsch nach Sterbehilfe gegenüber Hausarzt*ärztin/Allgemeinmediziner*in geäußert: 39,9 %
Niederlande											
Akechi et al., 2010: "Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients" [1]	k	SCID (DSM-IV)	G	728	54,8 %	58	12	Lunge: 21 %; Brust: 15 %	Fortg.: 58 %	NB	Suizidgedanken: 40 % (ausschließlich Pat. mit Major Depression untersucht)
Japan											
Akechi et al., 2001: "Why do some cancer patients with depression desire an early death and	k	SCID (DSM-IV)	G	220	55,9 %	57,6	11,7	Lunge: 24,5 %; Brust: 14,5 %; Ma- gen: 9,1 %	30,5 % Meta- stasen	NB	Suizidgedanken: 51,4 % (ausschließlich Pat. mit Major Depression untersucht)

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
others do not?" [212]											
Japan											
Akechi et al., 2004b: "Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer" [213]	k	SCID (DSM-IV), SE	G	140	34 %	61	10	Lunge: 41 %; Kolon: 12 %	Terminal	NB	Suizidgedanken: 8,6 % (unterschwellig: 26,4 %) Suizidversuche: 0 % „Interesse“ an Sterbehilfe: stark: 5 %; moderat: 2,9 %; schwach 5 % Aktuell Wunsch nach Sterbehilfe: 0 %
Japan											
Akechi et al., 2002: "Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma" [82]	k	SCID (DSM-III- R)	G	89 (beide M/ZP)	28 %	61	9	Lunge	III: 52 %; IV: 48 %	< 1 Mon.	Suizidgedanken: 15 % Suizidversuche: 0 % DHD: 2 %
Japan											
Blázquez et al., 2016: „A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional	k	MINI (DSM-IV)	S	103	55,3 %	58,2	13,3	Brust: 29,1%; Hals-/Kopf: 19,4 %; Urogenital: 13,6 % Gastroint.: 12,6 %; Atmungs- syst.: 12,6%; Andere: 12,6	I: 16,5 %; II: 50,5 %; III: 4,9 %, IV: 28,2 %	T1 vor Strahlen- therapie	(T2 1 Wo. & T3 1 Mo. nach Behand- lungsbeginn) Suizidgedanken: 11,7 (T1); 7,8 (T2); 7,8 (T3)

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
distress in patients with cancer undergoing radiotherapy" Spanien [92]											
Bill-Axelson et al., 2010: "Suicide risk in men with prostate-specific antigen-detected early prostate cancer: a nationwide population-based cohort study from PCBaSe Sweden" [214]	r	Suizid (ICD-10)	NB	77.439	0 %	< 65: 24,9 %; - 65-74: 36,2 %; > 75: 38,9 %	NB	Prostata	IV: 10,8 %	NB	Suizid: Suizidrate=48,3 pro 100.000 Personenjahre SMR=1,5
Schweden											
Botega et al., 2010: "Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients" [215]	k	MINI	A	671	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Suizidversuche: 4,8 % (4-Wochen-Prävalenz)

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
Brasilien											
Breitbart et al., 2000: "Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer" [94]	NB	SCID (DSM-IV); SAHD ¹	A	92	60 %	65,9	15,6	NB	Terminal	NB	DHD: 17 %
USA											
Chochinov et al., 1995: "Desire for death in the terminally ill" [216]	NB	SADS ² (Ergänzung: SE)	A	200	51,5 %	70,9	10,6	Lunge: 25,5 %; Gastroint: 19,5 %; Urogenital: 13 %; Brust: 11,5 %	Terminal	NB	DHD: 8,5 %
Kanada											
Choi et al., 2014: „Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors" [217]	k	BDI	NB	378	27 %	53,9	10,4	Magen	NB	NB	Suizidgedanken: 34,7
Südkorea											
Choi et al., 2017: "Risk factors for feelings of	k	SE	NB	1285	63,7 %	63	NB	Magen: 20,2 %; Zervix: 13,6 %;	NB	NB	Suizidversuche: 1,6 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
sadness and suicide attempts among cancer survivors in South Korea: findings from nationwide cross-sectional study (KNHANES IV-VI)" [218]								Brust: 13,5 %; Kolon: 10,5 %			
Südkorea											
Dormer et al., 2008: "Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981- 2002" [219]	r	SMR	NB	54.3696	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Suizid: SMR=1,6
Australien											
Druss et al., 2000: "Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses" [220]	r	DIS ³ (Ergän- zung: SE)	NB	66	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Suizidgedanken: 32,6 % Suizidversuche: 22,6 %
USA											
Fang et al., 2010:	r	Suizid (ICD-	NB	34.2497	0 %	70,2	9,4	Prostata	IV: 9 %	NB	Suizid: Suizidrate=0,5 pro 1000 Personen- jahre

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
"Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States" [221]		9/ICD-10)									SMR=1,4
USA											
Georges et al., 2006: "Requests to forgo potentially life-prolonging treatment and to hasten death in terminally ill cancer patients: a prospective study" [222]	r	SE	G	85	46 %	45-75: 67 %; >75: 28 %	NB	Gastroint.: 32 %; Atmungsorg.: 29 %; Brust: 12 %	Terminal	NB	Wunsch nach Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen: 15 % (T1); 20 % (T2) Wunsch nach Sterbehilfe/Beihilfe zur Selbsttötung: 15 % (T1); 15 % (T2)
Niederlande											
Henderson et al., 1997: "Suicide in head and neck cancer patients" [223]	k	SE, Daten aus Patient*innenakte	NB	241	NB	NB	NB	Kopf-/Hals	NB	NB	Suizid: 1,2 % Suizidgedanken : 0,8 % Ablehnung aller Behandlung nach Aufklärung über Diagnose: 1,7 %
USA											
Henry et al., 2018: "Prevalence and Risk Factors of	k	BSS	G	223	30,9 %	62,9	11,7	Kopf-/Hals	NB	< 2 Wo.	Suizidgedanken: 8,1 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
Suicidal Ideation among Patients with Head and Neck Cancer: Longitudinal Study" [224]											
Kanada											
Jones et al., 2003: "Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients" [225]	k	SAHD ¹	A	224	51 %	56,0	15,3	Hämatol.: 43 %; Kopf- /Hals: 10 %; Gynäkol: 12 %; Lunge: 7 %	Früh: 28 %; Fortg.: 31 %	M=23,8 Mon. (SD=42,4)	DHD: hoch 2 %; moderat 7 %
Kanada											
Kelly et al., 2003: "Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness" [226]	k	WTHDS ⁴	G	256	48 %	66	13,2	Gastoint.: 34 %; Lunge: 19 %; Urogen.: 19 %	Terminal	M=46,5 Mon. (SD=37,0)	DHD: hoch 14 %; moderat 27 %
Australien											
Kim et al., 2013:	k	BDI	G	279	100 %	49,5	10,1	Brust	NB	NB	Suizidgedanken: 10, 8 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
"Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer" [227]											
Südkorea											
Latha et al., 2005: "Suicidal behaviour among terminally ill cancer patients in India" [228]	NB	SIS ⁵	A	54	50 %	48,2	11,7	Gastroint.: 44,4 %; Urogen.: 33,3; Lunge: 9,3 %	Terminal	NB	Suizidgedanken: ernst 9,2 %; moderat 9,2 %; mild 1,9 %
Indien											
Llorente et al., 2005: "Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide" [229]	r	Suizid (ICD-10)	NB	NB	0 %	NB	NB	Prostata	NB	NB	Suizid: SMR=4,2
USA											
McClain et al., 2003: "Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill	NB	HDRS ⁶ : Suizidgedanken Item	A	160	57 %	65,7	13,4	Lunge: 21 %; Darm: 14 %; Brust: 14 %	Terminal	NB	Suizidgedanken: 19 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
cancer patients” [230] USA											
Misono et al., 2008: ”Incidence of suicide in persons with cancer” [231]	r	Klassifika- tion Krebs- register	NB	3.59475 0	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Suizid: Suizidrate=31,4 pro 100.000 Perso- nenjahre SMR=1,9
USA											
Morita et al., 2004: ”Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiv-ing specialized inpatient palliative care” [232]	NB	SE	NB	290	43 %	67	13	NB	Terminal	NB	DHD: 21 % Wunsch nach beschleunigt herbeige- führtem Tod (request to hasten death): 10 %
Japan											
Mystakidou et al., 2006: ”The role of physical and psychological symptoms in desire for death:	k	SAHD ¹	A	106	51,9 %	61,5	10,5	Brust: 24,5 %; Gast- roint.: 32,1 %; Lunge: 22,6 %	Terminal	NB	DHD: 28 % stark, 41 % moderat, 31 % gering

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
a study of terminally ill cancer patients" [233]											
Griechenland											
Mystakidou et al., 2007: "Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death" [234]	k	SAHD'	A	102	54,9 %	62,8	NB	Urogen.: 23,5 %; Lunge: 22,5 %, Brust: 21,6 %	Terminal	M=3 J. (SD=3)	DHD: 3,9 % hoch, 8,8 % stark
Griechenland											
Mystakidou et al., 2005: "Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients" [235]	NB	SAHD'	A	120	49,2 %	61,4	NB	Lunge:15,8 % , Brust:16,7 %, Gastroin.: 36,7 %, Uro- gen.: 14,2 %	Terminal	NB	DHD: 8,3 % hoch, 5 % stark
Griechenland											
O'Mahony et al., 2005: "Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal	NB	SE	G	64	52 %	54,8	15,7	NB	IV: 83 %	NB	DHD: 34 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
observational study" [236] USA											
Polednak et al., 2007: "Suicide among breast cancer patients who have had reconstructive surgery: a population-based study" [237] USA	r	Klassifika- tion Krebs- register	NB	139887	100 %	NB	NB	Brust	Früh	NB	Suizid: 5 Jahre nach Diagnose: mit Brustrekonstruktion: Suizidrate=0,6 pro 1000 Personenjahre ohne BR: Suizidrate=0,5 pro 1000 Personenjahre 10 Jahre nach Diagnose: mit BR: Suizidrate=1,0 pro 1000 Personenjahre ohne BR: Suizidrate=0,7 pro 1000 Personenjahre
Porta-Sales et al., 2019: "The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study" [238] Spanien	k	SE	NB	193	41,5 %	62,6	9,9	Lunge: 27,5 %; Gastroint.: 13,5 %; Kolon: 11,9 %; Brust: 8,3 %; HNC: 7,2 %; Andere: 31,6 %	NB		DHD: 23,8 %
Pranckeviciene et al., 2016: "Suicidal ideation in	r	BDI	NB	211	69,7 %	55,8	12,7	Gehirn	NB	NB	Suizidgedanken: 5,7 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
patients undergoing brain tumor surgery: prevalence and risk factors” [239]											
Litauen											
Rasic et al., 2008: "Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample" [187]	r	SE; Interview	G	863	56,5 %	15-54 J.: 30,3 %; 55-74 J.: 48,3 %; 75 J.: 21,4 %	NB	NB	NB	NB	Suizidgedanken: 3,9 % (12-Mon.-Präv.) Suizidversuche: 0,5 % (12-Mon.-Präv.)
Kanada											
Recklitis et al., 2014: "Suicidal ideation in prostate cancer survivors: understanding the role of physical and psychological health outcomes.” [240]	k	BDI	NB	693	0	67,1	NB	Prostata	< 5 Jahre (SD= 1,7)	NB	Suizidgedanken: 12,4 %
USA											

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
Robinson et al., 2009: "Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study" [241] Groß-britannien	r	Klassifika- tion Krebs- register	NB	417.572	50,6 %	NB	NB	NB	NB	NB	Suizid: SMR=1.5 (Männer); 1.2 (Frauen)
Rodin et al., 2007: "The desire for hastened death in patients with metastatic cancer" [242] Kanada	k	SAHD ¹	A	326	42,9 %	61,8	10,7	Darm: 33,4 %; Lunge: 33,7 %	IV: 100 %	NB	DHD: 1,5 % hoch, 8,3 % mild, 53,1 % gering
Schneider et al., 2008: "Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients" [243] USA	r	Suizid (ICD-10)	NB	980	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Suizidgedanken: 17,7 %
Shim et al., 2011: "Anxiety, helplessness/ho	NB	SAHD ¹	A	131	39,7 %	52,5	12,1	kolorekt.: 44,5 %; Magen: 27,3 %	IV: 48,8 %	NB	DHD: 1,7 % hoch, 13,7 % moderat

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
pelessness and „desire for hastened death“ in Korean cancer patients” [244]											
Südkorea											
Shim et al., 2012: ”Suicidality and its associated factors in cancer patients: results of a multi-center study in Korea” [245]	NB	MINI (DSM-IV)	NB	399	59,2 %	51,2	11,6	Brust: 30,5 %; Magen: 14 %; Leber: 3,6 %; Lunge: 10,4 %; Dickdarm: 12,7 %; Zervix: 4,6 %	O: 14,3 %; I: 15,5 %; II: 23,3 %; III: 22,1 %; IV: 26,8 %	NB	suizidal; 20,1 % DHD: 0,3 % hoch, 5,5 % mild, 14,3 % gering
Südkorea											
Tang et al., 2016: ”Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients” [246]	k	SIOSS	S	579	100 %	NB	NB	gynäkol.	I: 42,8 %; II: 30,9 %; III: 22,5 %; IV: 3,8 %	NB	Suizidgedanken: 18,1 %
China											
van der Lee et al., 2005: ”Euthanasia and depression: a prospective cohort study	k	SE	G	140	64 %	Md=59	NB	gynäkol.: 35,8 %; urolog.: 16,8 %	Terminal	NB	Wunsch nach/Interesse an Sterbehilfe: 22 %

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
among terminally ill cancer patients” [247] Niederlande											
van der Maas et al., 1996: "Euthanasia, physician- assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995” [248] Niederlande	r	SE	NB	2119	NB	NB	NB	NB	NB	NB	Beobachtete Häufigkeiten innerhalb der untersuchten Krebstodesfälle: Sterbehilfe: 9,7 % Beihilfe zur Selbsttötung: 0,009 % Beendigung des Lebens ohne dass der Wunsch explizit geäußert wurde: 0,01 % Schmerzbehandlung durch Gabe ho- her Opioiddosen: 29,6 % Verzicht auf lebenserhaltende Maß- nahmen: 12,4 %
Zhong et al., 2017: "Suicidal ideation among Chinese cancer inpatients of general hospitals: prevalence and correlates” [249] China	k	SE	S	517	50,7 %	59,7	11,7	Lunge: 28,6 %; Gastorint.: 23,2 %; Brust: 15,1 %	NB	NB	Suizidgedanken: 15,3 %

Legende/Abkürzungen:

Erstautor*in/ Jahr/ Land	Stich- pro- ben- ge- winn	Erfas- sung	Set- ting	n	% Weibl.	Alter (M)	Alter (SD)	Tumor-loka- lisation	Stadium	Zeit seit Diagnose	Prävalenzen
--------------------------------	---------------------------------------	----------------	--------------	---	-------------	-----------	---------------	-------------------------	---------	-----------------------	-------------

DHD: Desire for Hastened Death, SMR: Standard Mortality Ratio, NB=nicht beschrieben, k=konsekutiv, c=convenience, r=repräsentativ, A=Ambulant, S=Stationär, G=Gemischt, SE=Selbstentwicklung, 1=Schedule of attitudes toward hastened death, 2=Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, 3=Diagnostic Interview Schedule, 4=Wish to Hasten Death Scale, 5=Scale for Suicide Ideation, 6=Hamilton Depression Rating Scale

Anmerkung zur Übersetzung aus dem Englischen: „Suizidgedanken“ entspricht „suicidal ideation“

2.3 Geeignete Screeningverfahren für die Erfassung des psychoonkologischen Interventionsbedarfs (1995 – 2020, LL Kapitel 7.3.1)

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 7.4.

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium	N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
DT Distress Thermometer (Englische Originalversion: Roth et al.1998)	Mehnert et al., 2006 [250]	HADS	475	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	n.b.	≥ 5	84 (HADS > 8) 97 (HADS Cut-off > 11)	47 (HADS > 8) 41 (HADS Cut-off > 11)	42	80
	Goebel & Mehdorn, 2011 [251]	HADS	150	Pat. mit intrakraniellen Tumoren	n.b.	≥ 6	89 (HADS > 11)	60 (HADS > 11)	40	95
	Klingenstein et al., 2020 [252]	BCVA (best corrected visual acuity)	106	Pat. mit uvealem Melanom	n.b.	DT ≥ 5	100	76	n.b.	n.b.
	Rapp et al., 2018 [253]	HADS	244	Pat. mit intrakraniellen Tumoren	n.b.	DT ≥ 5 and emotional problems ≥ 2	94 (HADS ≥ 11)	69 (HADS ≥ 11)	n.b.	n.b.
	Wüller et al., 2017 [254]	HADS	89	Palliative Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	n.b.	≥ 5	93 (HADS ≥ 15)	34 (HADS ≥ 15)	73.3	71.6

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium	N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
HF Hornheider Fragebogen	Tilkorn et al., 1990 [255]	Befindlichkeits-skala	132	Hauttumorpat.	$\alpha = .87$					
	Rumpold et al., 2001 [256]	Befindlichkeits-skala	846	Hauttumorpat.	$\alpha = .89$					
HF Kurzform	Strittmatter, 1997 [257]				.81					
	Singer et al. 2008 [193]	SKID	652	Kehlkopfkrebspat.	n.b.	Screening für Depression: ≥ 2	85	74	25	97
						Screening für psych. Störungen: ≥ 1	80	60	30	95
HSI Hornheider Screenig Instrument	Strittmatter et al., 2000 [258]		122	Hauttumorpat.	$\alpha = .74$ (Interviewversion) $\alpha = .60$ (Fragebogenversion)	≥ 4	77	89	n.b.	n.b.
FBK-R23 Fragebogen zur Belastung Krebskranker	Herschbach et al., 2004 [259]	HADS	1645	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .89$	> 34	71 (HADS-A)	78 (HADS-A)	n.b.	n.b.
							80 (HADS-D)	69 (HADS-D)		
FBK-R10	Book et al., 2011 [260]	HADS	1850	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .85$	> 14	81 (HADS > 14)	73 (HADS > 14)	n.b.	n.b.
PO-Bado	Herschbach et al., 2004 [259]	HADS	596	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .70$ (somatische Belastung)	mindestens 1 x 4 oder in den	79 (HADS-A)	71 (HADS-A)	n.b.	n.b.

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium	N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
					$\alpha = .85$ (psychische Belastungen)	somatischen oder psychischen Belastungen mindestens 2 x 3 oder mindestens 2 x Ja in den zusätzlichen Belastungsfaktoren oder mindestens 1 x 3 in den somatischen oder psychischen Belastungen plus 1 x Ja in den zusätzlichen Belastungsfaktoren	77 (HADS-D)	68 (HADS-D)		
PO-Bado SF Kurzversion	Rapp et al., 2018 [253]	HADS	244	Pat. mit intrakraniellen Tumoren	n.b.	s.o.	80 (HADS ≥ 11)	77 (HADS ≥ 11)	n.b.	n.b.
	Herschbach et al., 2008 [261]	HADS	254	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .82$	mindestens 2 x 3 oder mindestens 1 x 4 oder Summenwert > 8	71 (HADS-A) 87 (HADS-D)	79 (HADS-A) 78 (HADS-D)	n.b.	n.b.
PO-Bado SF Kurzversion	Renovanz et al., 2018 [262]	DT	140	Pat. mit intrakraniellen Tumoren	n.b.	≥ 8.5	77 (DT ≥ 6)	71 (DT ≥ 6)	n.b.	n.b.
	Marten-Mittag et al., 2015 [263]	HADS	1551	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .84$	> 9	75 (HADS > 13)	82 (HADS > 13)	n.b.	n.b.
PO-Bado BK (speziell für Brustkrebspat.)	Herschbach & Marten-Mittag, 2007 [264]	HADS		Brustkrebspat.	$\alpha = .71$ (soma- tisch) $\alpha = .83$ (psy- chisch)				n.b.	n.b.
HADS Hospital Anxiety and Depression Scale	Singer et al., 2008 [193]	SKID	652	Kehlkopfkrebspat.	n.b.	Screening Depression HADS				
						≥ 17	85	86	35	98
						HADS-D ≥ 7	85	73	21	98
						HADS-A ≥ 7	85	75	22	98

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium	N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
(Originalversion: Zigmond & Snaith, 1983; Deutsche Version: Herrmann et al. 1995)						Screening psych. Störung HADS ≥ 14				
						HADS-D ≥ 7	70	8	22	100
						HADS-A ≥ 7	67	76	36	92
							72	80	41	92
						Reuter & Härter, 2001 [265]	CIDI	188	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	n.b.
					Screening psych. Störung HADS ≥ 16	60	79	47	86	
Singer et al., 2009 [266]	SKID	689	mit verschiedenen Tumordiagnosen	n.b.	HADS ≥ 13	76	60	47	84	
					HADS-A ≥ 7	75	56	44	83	
					HADS-D ≥ 5	82	49	42	85	
Erim et al., 2009 [267]	Klin. Interview nach ICD 10	123	Pat. mit Mammakarzinom	n.b.	HADS-A: > 9	50	90	77	72	
					HADS-D: > 7	56	80	66	72	
HADS-A Hospital Anxiety and Depression Scale Subskala Angst	Esser et al., 2018 [268]	CIDO-O	2141	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .83$	≥ 8	77	72	5	99
HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale Subskala Depression	Hartung et al., 2017 [269]	CIDI-O	2141	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .85$	≥ 4	89	43	8	99

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium	N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
GAD-7 Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (engl. Originalversion: Spitzer et al., 2006, dt. Übersetzung: Löwe et al., 2008)	Esser et al., 2018 [268]	CIDI-O	2141	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .88$	≥ 7	77	74	5	99
PHQ -9 Patient Health Questionnaire-9 (engl. Originalversion: Kroenke et al., 2001; deutsche Version: Löwe et al., 2002)	Hartung et al., 2017 [269]	CIDI-O	2141	Pat. mit verschiedenen Tumordiagnosen	$\alpha = .79$	≥ 7	83	61	10	99
PHQ-4 Patient Health Questionnaire-4 (Originalversion: Kroenke et al., 2007; dt. Version: Löwe et al., 2010)	Renovanz et al., 2019 [270]	DT	139	Pat. mit Gehirntumoren	n.b.	≥ 2.5	77 (DT ≥ 6)	65 (DT ≥ 6)	n.b.	n.b.
EORTC QLQ-FA12 Fatigue (Originalversion: EORTC Quality of Life Group, 2016)	Friedrich et al., 2018 [271]	FA12 (13 Items aus 4 Instrumenten: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-FA13, HADS and	577	Junge Erwachsene (18-39 J.) mit Krebserkrankung Verschiedene Tumordiagnosen	$\alpha = .92$ physisch $\alpha = .89$ emotional $\alpha = .74$ kognitiv	≥ 12	91	77	52	97

Skala	Autor*in der Validierung	Kriterium N	Stichprobe	Reliabilität	Cut-Off	Sensitivität (Kriterium)	Spezifität (Kriterium)	PPV	NPV
		SCNS, SF-34)							

2.4 Psychoonkologische Interventionen (2010 -2020, LL Kapitel 8.1 – 8.5)

Das Abkürzungsverzeichnis für die Evidenztabellen dieses Kapitels findet sich unter 2.4.5.

2.4.1 Entspannungsverfahren

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlungen 8.6 und 8.7.

2.4.1.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien-typ	Merkmale unter-suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel-wirkun-gen	Methodische Bemerkungen	Evi-denz-klasse
Hilfiker et al., 2018: "Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons	Indirect-compari-son MA Suchzeit-raum: Januar 2017 Datenban-ken: Pubmed	RCTs Brustkrebs (126) Hämatologischer Krebs (10) Prostatakrebs (18) Kolonrektaler Krebs (7) Gemischte Krebs-diagnosen (52)	Inhalte: Während Behand-lung Ausdauer (34) Ausdauer + Ge-wichte (23) <i>KVT (18)</i> Entspannung (12) → inkl. <i>Atmung, Stretching, Medita-tion</i> Yoga (10)	Primäre End-punkte: Fatigue Verwendete Messinstru-mente: <i>CFS</i> <i>PFS</i> <i>PFS-Revised</i>	Fatigue Während Behand-lung → Entspannung: Post-Intervention: 12 RCTs, $I^2 = 88\%$; SMD=-0.77 [-1.22, -0.31, p <.05] Nach Behandlung	Keine SUEs be-richtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB "Over all com-parisons, the random se-quence genera-tion was <i>adequate in most trials (97%); allocation concealment was</i>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
meta-analysis." [272] Eingeschlossene Primärstudien: 245 Primärstudien	CENTRAL Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: Bewegungs- oder nicht-pharmakologische Therapie C: TAU/UC O: Fatigue S: RCTs 112 RCTs in MA Intervention während laufender	Geschlecht: >65% weiblich Mittleres Alter: kA Länder : Keine zusammenfassenden Angaben, Details in Appendices	Gewichte (10) Multimodal (6) Massage (4) Heilende Berührung (3) Tanztherapie (2) Musiktherapie (1) Nach Behandlung Ausdauer (30) Ausdauer + Gewichte (32) KVT (29) Entspannung (kA) → inkl. Atmung, Stretching, Meditation Yoga (kA) Gewichte (kA) Multimodal (kA) Massage (kA)	<i>EORTC QLQ-C30 Fatigue</i> <i>BFI</i> <i>POMS</i> <i>FACIT-F</i> <i>FACT-F</i> <i>etc.</i>	→ Entspannung: Post-Intervention: RCTs (kA), $I^2 = k.A.; SMD=-0.05$ [-0.64, 0.53, n.s.]		<i>problematic in 61% of the trials. Baseline characteristics were</i> <i>not balanced in 17% of the studies; patients and outcome</i> <i>assessor could not be blinded in most trials (99%), therapists</i> <i>were never blinded. More than 15% of drop-outs were present</i> <i>in 36% of the trials and only 51% of the trials reported an</i> <i>intention-to-treat analysis. (p.654)</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	Krebsbehandlung		Heilende Berührung (kA) Tanztherapie (kA) Musiktherapie (kA)				<p>Review:</p> <p>AMSTAR-2: <i>critically low quality</i></p> <p>Method.Mängel in</p> <p>kritischer Domäne</p> <p>2,7,11,15</p> <p>non-kritischer Dom.</p> <p>1,3,10</p> <p>Sensitivitätsanalysen:</p> <p><i>Ausschluss von Studien mit n<25 Teilnehmenden pro Arm; Effekte generell kleiner, keine Änderung des Signifikanzniveaus in relev. Effekten; kein</i></p>	
	133 RCTs in MA		Dauer/Frequenz/ Länge: 3-52 Wochen 0-12 Wochen Follow-Up Individual-, Gruppen-, und Paarsetting, Tele- und EHealth					
	Interventionen nach abgeschlossener Krebsbehandlung		Kontrollgruppen: TAU/UC					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
							Einfluss auf Heterogenität	
							Publikationsbias: <i>Egger's Test liefert Hinweise Publikations-Bias in relev. Vergleichen</i>	
<p>Sanjida et al., 2018:</p> <p>"Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses." [273]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p>	<p>SysRev & MA</p> <p>Suchzeitraum: Januar 1993- Juni 2017</p> <p>Datenbanken: CENTRAL Medline</p>	<p>RCTs</p> <p>Brustkrebs (36)</p> <p>Gynäkologische Tumore (3)</p> <p>Prostata- und Hodenkrebs (2)</p> <p>Sonstige Krebsdiagnosen (29)</p> <p>Geschlecht: 74,6% weiblich</p>	<p>Inhalte:</p> <p>14 x KVT</p> <p>12 x Entspannungsverfahren</p> <p>9x Psychosoziale Therapie</p> <p>13x "Supportive Care Interventions"</p> <p>3x gestufte Interventionen ("stepped care")</p> <p>20x sonstige</p>	<p>Primäre Endpunkte:</p> <p>Angst</p> <p>Verwendete Messinstrumente:</p> <p>Angst</p> <p>HADS</p> <p>STAI</p> <p>POMS</p>	<p>Angst</p> <p>→Gesamteffekt:</p> <p>Post-Intervention: 51 RCTs, n=7491</p> <p>$I^2 = 68\%$; SMD=-0.21</p> <p>[-0.30, -0.13, $p < .001$]</p> <p>→ Sensitivitätsanalyse: <i>Entfernung der Studie mit größtem und kleinsten Effekt, keine Änderung des Ergebnis</i></p>	Keine SUEs berichtet	<p>Primärstudien:</p> <p>RCTs mit low RoB</p> <p>SB: 18</p> <p>PB: 2</p> <p>DB: 7</p> <p>AB: 42</p> <p>RB: 48</p> <p>OB: kA</p> <p>Review:</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
71 Primärstudien in qual. Review / 51 in Meta-Analysen	Embase CINHAL Scopus PsycInfo Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychosoziale Intervention C: alternative Intervention, TAU/UC, Warteliste O: Angst, Distress S: RCTs	Mittleres Alter: 55 Länder : USA (19) Europa (29) Weitere (53)	Dauer/Frequenz/ Länge: 4 Tage – ein Jahr Kontrollgruppen: alternative Intervention TAU/UC Warteliste		→ Entspannung: Post-Intervention: 12 RCTs, $I^2 = 78\%$; SMD=-0.53 [-0.79, -0.26, $p < .05$]		AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7,11,15 non-kritischer Dom. 5,8 Sensitivitätsanalysen: <i>durchgeführt, siehe Hauptergebnisse</i> <i>Durchführung von Subgruppenanalysen, teilweise in Hauptergebnissen aufgeführt</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	71 RCTS, N=13098 Patient*innen 51 RCTs, N=8283 Patient*innen in MA						Publikationsbias: " <i>Studies with a sample size of less than 40 participants were excluded to reduce the potential influence of publication bias and inflated ES common in small studies.</i> "	
Tian et al., 2020: "Progressive muscle relaxation is effective in preventing and alleviating of chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: a systematic re-	SysRev Suchzeitraum: Bis 30. Mai 2019 Datenbanken: CENTRAL	RCTs Erwachsene Krebspatient*innen (Lunge 2, Brust 2, Gemischt 2) vor und während Chemotherapie Geschlecht:	PMR (ausschließlich) Länge & Frequenz: 15-30min pro Sitzung, 1-2x täglich, 3 Tage – 3 Wochen, Kontrollgruppen:	Primäre Endpunkte: Übelkeit Erbrechen (induziert durch Chemotherapie)	Signifikant stärkere Reduktion von Übelkeit in IG verglichen mit CG in <i>allen</i> Studien Signifikant stärkere Reduktion von Erbrechen in IG verglichen mit CG in 5/6 Studien	Keine SUEs berichtet RCTs berichten UEs nicht	Primärstudien: RCTs mit hohem (3) und unklarem (3) Biasrisiko SB:1 PB: 3 DB: unclear AB: 0 RB: 0	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
view of six randomized controlled trials." [274] Eingeschlossene Primärstudien : Arakawa et al. 1995 Arakawa et al. 1997 Li et al. 2019 Luo et al. 2016 Song et al. 2013 Zhang et al. 2017	CINHAL CBM CNKI Wanfang data database Einschlusskriterien: P: Erwachsene Krebspatient*innen mit Chemotherapie I: PMR als einzige Intervention C: routine care O: Übelkeit und Erbrechen S: RCTs	37,9% weiblich Mittleres Alter: 43,6 – 57,7 Länder : China, Japan	TAU	Verwendete Messinstrumente: CTCAE MASCC-AT INV-2 MANE RSS	Keine Effektstärken berichtet Follow-Up-Zeiträume: 3 Tage nach Behandlung – 3 Wochen nach Behandlung <i>"The results of the present systematic review indicated that several independent studies have reported a significant beneficial effect of PMR training on the chemotherapy-induced nausea and vomiting as measured by relevant tools" (p. 6)</i>		OB: 2 Review: AMSTAR-2: <i>low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 3,8,14 Publikationsbias: nicht berichtet	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
<p>6 RCTS, N=358 Patient*innen</p>								
<p>Kapogiannis et al., 2018:</p> <p>"Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials." [275]</p> <p>Primärstudien: Walker et al. 1999 Yoo et al. 2005</p>	<p>SysRev</p> <p>Suchzeitraum: Jan 1990 – 21. Okt 2016</p> <p>Datenbanken: AMED CENTRAL Pubmed Scopus</p> <p>Einschlusskriterien:</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene Krebspatient*innen (Brust 6, Brust und Prostata 1) vor und während Chemotherapie; unterschiedliche Erkrankungsstadien</p> <p>Geschlecht: Keine Angabe</p> <p>Mittleres Alter: Keine Angabe</p> <p>Länder :</p>	<p>PMR in Verbindung mit GI</p> <p>Länge & Frequenz: 4 Studien 30min pro Sitzung, sonst keine Angabe, 1x täglich,</p> <p>Keine Angaben zur Sitzungsanzahl,</p> <p>Kontrollgruppen: Keine Angabe</p>	<p>Stimmung</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Depressivität</p> <p>Stress</p> <p>Angst</p> <p>Fatigue</p> <p>Übelkeit</p> <p>Erbrechen</p> <p>Biomarker</p> <p>Eine Studie untersuchte ausschließlich Biomarker</p> <p>Verwendete Messinstrumente:</p>	<p>"Seven of the included trials reported beneficial effects on mental state (mood, anxiety, and depression) and on toxicity (nausea and vomiting)." (p.137)</p> <p>Nur narrative Ergebnisdarstellung, Keine Effektstärken berichtet</p> <p>Follow-Up-Zeiträume: 6 Tage bis 6 Monate nach Ende der Chemotherapie</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichten UEs nicht</p>	<p>Primärstudien:</p> <p>Jadad-Scores 2x0/5, 2x2/5, 3x3/5</p> <p>SB: unclear PB: unclear DB: unclear AB: 0 RB: unclear OB: unclear</p> <p>Review:</p> <p>AMSTAR-2: <i>critically low quality</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne</p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Eremin et al. 2009 Chen et al. 2015 Charalambous et al. 2016	P: Erwachsene Krebspatient*innen mit Chemotherapie I: PMR mit GI S: RCTs 7 RCTS, N=588 Patient*innen	UK, Hong Kong, Südkorea, Taiwan, Zypern		EPQR CECS L-Scale RSCL GQOL MANE STAI POMS MAACL FACT-B HADS SDS EORTC QLQ-C30 BDI-II RINVR ZSRAS CFS			2,7 non-kritischer Dom. 1,3,5,8,10,16 Publikationsbias: nicht berichtet	
Faller et al., 2013:	MA	RCTs	Inhalte: Psychotherapie	Primäre Endpunkte:	<u>Distress</u> → Gesamteffekt	Nicht berichtet	Primärstudien:	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
"Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review und Meta-Analysis." [276]	Suchzeitraum: May 2013 Datenbanken: CENTRAL Medline PsycInfo	Gemischte Krebsdiagnosen (80) Brustkrebs (78) Prostatakarz. (8) Gynekologisch (6) Melanom (5) Hematologischer Krebs (4) Andere (12) Nicht angegeben (5)	Einzel (55) Gruppe (42) Paar (10) Psychoedukation (19) Entspannungsverfahren (46) Einfache Informationsgabe (23) Andere (12) Davon : Einzel (119) Gruppe (66) Paar (8) Nicht angegeben (5)	Distress gesundheitsbezogene QoL Depressivität Angst	Post-Intervention: 77 RCTs, N=kA $I^2 = 73\%$; SMD=0.29 [0.20, 0.37, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 58 RCTs, N=kA $I^2 = 56\%$; SMD=0.17 [0.09, 0.24, p <.001] Follow Up >6 Monate: 39 RCTs, N=kA $I^2 = 32\%$; SMD=0.10 [0.04, 0.1, p =.003] → Entspannungsverfahren Post-Intervention: 11 RCTs, N=kA $I^2 = 59\%$; SMD=0.29 [0.06, 0.52, p =.013]		RCTs mit low RoB SB: 51 PB: kA DB: kA AB: 122 RB: 141 OB: kA Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7, 13 non-kritischer Dom. 3, 10,	
Eingeschlossene Primärstudien: 198 RCTs	Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychoonkologische Interventionen C: Aufmerksamkeits-Placebo, TAU/UC	Geschlecht: Median 82% weiblich Alter: Median 54 Jahre Länder : USA (107)	Dauer/Frequenz/Länge: 1-35 Sitzungen, Median 6 Sitzungen,					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	<p>O: Distress, QoL, Depressivität, Angst</p> <p>S: RCTs</p> <p>198 RCTS, N=22238 Patient*innen</p> <p>(218 Vergleiche in MA)</p>	<p>UK (18)</p> <p>Australien (12)</p> <p>Kanada (10)</p> <p>Schweden (9)</p> <p>Niederlande (7)</p> <p>Weitere (35)</p>	<p>Über</p> <p>1-730 Tage, Median 42 Tage</p> <p>Kontrollgruppen: TAU/UC</p> <p>Aufmerksamkeitskontrolle</p>		<p>Follow Up ≤6 Monate:</p> <p>4 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 85\%$; SMD=0.66</p> <p>[-0.12, 1.44, p=.10]</p> <p>Follow Up >6 Monate:</p> <p>4 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 56\%$; SMD=0.22</p> <p>[-0.13, 0.56, p =.22]</p> <p>QoL</p> <p>→ Gesamteffekt</p> <p>Post-Intervention:</p> <p>66 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 78\%$; SMD=0.26</p> <p>[0.15, 0.37, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate:</p> <p>47 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 65\%$; SMD=0.22</p> <p>[0.12, 0.33, p <.001]</p>		<p>Sensitivitätsanalysen:</p> <p><i>Bei hoher Heterogenität ($I^2 > 70\%$) Ausschluss vjew. einer Studie aus MA & Moderatorenanalysen (u.A. Alter, Tumorart)</i></p> <p><i>Weiterhin a priori geplante Subgruppenanalysen (siehe Hauptergebnisse)</i></p> <p>Publikationsbias:</p> <p><i>Visuelle Prüfung der Funnel-Plots</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien-typ	Merkmale unter-suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel-wirkun-gen	Methodische Bemerkungen	Evi-denz-klasse
-------------------------------------	-------------	--------------------------------	----------------	-----------------------	-----------------	----------------------------	-------------------------	-----------------

Follow Up >6 Monate:
 27 RCTs, N=kA
 $I^2 = 50\%$; **SMD=0.18**
 [0.07, 0.28, $p < .001$]

→ Entspannungs-verfahren

Post-Intervention:
 8 RCTs, N=kA
 $I^2 = 61\%$; **SMD=0.35**
 [0.05, 0.65, $p = .021$]

Follow Up ≤6 Monate:
 5 RCTs, N=kA
 $I^2 = 83\%$; **SMD=0.78**
 [0.17, 1.4, $p = .013$]

Follow Up >6 Monate:
 1 RCT, N=kA
 $d=0.42$; keine weite-ren Angaben

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien-typ	Merkmale unter-suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel-wirkun-gen	Methodische Bemerkungen	Evi-denz-klasse
-------------------------------------	-------------	--------------------------------	----------------	-----------------------	-----------------	----------------------------	-------------------------	-----------------

Depressivität

→ Gesamteffekt

Post-Intervention:

72 RCTs, N=kA

$I^2 = 56.5\%$; ***SMD=0.33***

[0.25, 0.41, $p < .001$]

Follow Up ≤6 Monate:

40 RCTs, N=kA

$I^2 = 40.8\%$; ***SMD=0.2***

[0.11, 0.28, $p < .001$]

Follow Up >6 Monate:

26 RCTs, N=kA

$I^2 = 47.1\%$; ***SMD=0.14***

[0.05, 0.24, $p = .002$]

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien-typ	Merkmale unter-suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel-wirkun-gen	Methodische Bemerkungen	Evi-denz-klasse
-------------------------------------	-------------	--------------------------------	----------------	-----------------------	-----------------	----------------------------	-------------------------	-----------------

→ **Entspannungs-verfahren**

Post-Intervention:

14 RCTs, N=kA

$I^2 = 74\%$; **SMD=0.37**

[0.09, 0.65, p = .009]

Follow Up ≤6 Monate:

1 RCT, N=kA

$d=1.07$; keine wei-teren Angaben

Angst

→ **Gesamteffekt**

Post-Intervention:

74 RCTs, N=kA

$I^2 = 60\%$; **SMD=0.38**

[0.29, 0.46, p <.001]

Follow Up ≤6 Monate:

38 RCTs, N=kA

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien-typ	Merkmale unter-suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel-wirkun-gen	Methodische Bemerkungen	Evi-denz-klasse
					<p>$I^2 = 73\%$; SMD=0.34 [0.2, 0.47, p <.001]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 15 RCTs, N=kA $I^2 = 33\%$; SMD=0.17 [0.06, 0.28, p =.003]</p> <p>→ Entspannungs-verfahren</p> <p>Post-Intervention: 22 RCTs, N=kA $I^2 = 75\%$; SMD=0.53 [0.29, 0.77, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 7 RCTs, N=kA $I^2 = 93\%$; SMD=1.12 [0.31, 1.92, p=.007]</p>			

2.4.1.2 RCTs

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Unterstützende Evidenz (9/10)									
Gregoire et al., 2020: "Effects of an intervention combining self-care and self-hypnosis on fatigue and associated symptoms in posttreatment cancer patients: A randomized-controlled trial." [277]	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 95 ITT-Analyse mit multipler Imputation (LOCF) Ausgewertet: N = 95 Land: Belgien 2016-2019	Nicht-metastasierender Krebs, primäre Behandlung vor < 1 Jahr Geschlecht: 100% weiblich Alter: 24-78 Mittelwert: 53.85	Arm A: N=48 SCH Self-care + Selbsthypnose (SCH) Gruppenintervention, 120 Minuten, 1x wöchentlich, 8 Wochen + eigenes Üben zwischen den Sitzungen Arm B: N=47 WL Warteliste-kontrollgruppe, UC	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Primäre Endpunkte: 1. <i>Fatigue</i> (MFI-20) Sekundäre Endpunkte: 2. Schlafprobleme (ISI) 3. Emotionaler Distress & Emotionsregulation; u.a. <i>Angst & Depressivität</i> (HADS, PSWQ, MAC) 4. Kognitive Funktion 5. Körperliche Aktivität	MANOVA: Sign. Haupteffekt Zeit Sign. Zeit x Gruppen-Interaktion 1. <u>Fatigue (General Fatigue)</u> → SCH vs. WL Post-Intervention: Sign. Reduktion in der SCH (d=0.67) Keine sign. Reduktion in der WL 2. <u>Angst</u> → SCH vs. WL Sign. Reduktion in der SCH von T1 zu T2 (d=0.67) Keine sign. Reduktion in der WL 3. <u>Depressivität</u> → EG vs. KG Sign. Reduktion in der SCH von T1 und T2 (d=0.71) Keine sign. Reduktion in der WL	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	King Baudouin Foundation + Plan National Cancer of Belgium + Benoit Foundation + Belgian National Funds for Scientific Research Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low Keine Fallzahlplanung.	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventio- nen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Dikmen & Terzioglu, 2019: “Effects of Reflexology and Progressive Muscle Relaxation on Pain, Fatigue, and Quality of Life during Chemotherapy in Gynecologic Cancer Patients.“ [278]	RCT prospektiv, multizent- risch, blind, 4 Arme (3 x EG (CAM) + KG) Randomi- siert: N=140 Post-Inter- vention: N=80 Kein ITT, PP- Analyse; ausgewertet: N=80 Land: Türkei Dezember 2013 – Juli 2015	53 x Eier- stockkrebs 18x anderer Krebs Sta- dium I-III Geschlecht: 100% weib- lich EG & KG: Alter: 45 - 67 Median: 56.36	Arm A, B und C: N _r =100 N _p =60 Arm A: PMR, 20 Minu- ten, 2x wö- chentlich, 8 Wochen Arm B: Fußreflexzo- nenmassage (FRM), 30 Mi- nuten, 2x wö- chentlich, 8 Wochen ARM C: PMR + FRM, 50 Minuten, 2x wöchentlich, 8 Wochen ARM D: N _r =40 N _p =20 TAU	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up 1 (4 Wochen) Primäre End- punkte: 1. <i>Schmerz</i> (BPI) 2. <i>Fatigue</i> (BFI) 3. <i>QoL</i> (MQOLS-CA)	1. <u>Schmerz (pain se- verity)</u> → PMR vs. FRM vs. PMR+FRM vs. TAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schied In PMR und TAU jedoch keine Verbesserungen über Zeit 2. <u>Fatigue (fatigue se- verity):</u> → PMR vs. FRM vs. PMR+FRM vs. TAU: Post-Intervention & FU1: Sign. Gruppenunter- schied In PMR und TAU je- doch keine Verbesse- rungen über Zeit 3. <u>QoL</u> → PMR vs. FRM vs. PMR+FRM vs. TAU: Post-Intervention & FU1: Sign. Gruppenunter- schied In PMR und TAU je- doch keine Verbesse- rungen über Zeit	Arm A: PMR SUEs: 0 UEs: 0 Arm B: FMR SUEs: 0 UEs: 0 Arm C: PMR+FMR SUEs: 0 UEs: 0 Arm D: TAU SUEs: 0 UEs: 0	Die Studie wurde voll- ständig fi- nanziert Vom Depart- ment of Mid- wifery, Fac- ulty of Health Sci- ences, Sel- cuk Univer- sity, Konya, Türkei, De- partment of Nursing, Fac- ulty of Health Sci- ences, Atilim University, Ankara, Tü- rkei Keine COI angegeben	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Geplante Fallzahl (N=80) er- reicht Darstel- lung der Ergebnisse mangel- haft, keine Post-Hoc Vergleiche zu Between- Group- Omnibus- tests,	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Gok Metin et al., 2019: "Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial." [279]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 92 Post-Intervention : N=87 ITT-Ansatz, kA zu Imputationsverfahren Ausgewertet: N = 92 Land: Türkei 2018-2019	Brustkrebspatient*innen (Stadien I-III) Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert 49.25	Arm A: N _i =31 N _f =28 PMR, einmalig 40 Minuten + Broschüre, tägliches Üben, 12 Wochen Arm B: N _i =32 N _f =31 Achtsamkeits-Meditation (MM), einmalig 40 Minuten + Broschüre, tägliches Üben, 12 Wochen Arm C: N _i =29 N _f =28 Aufmerksamkeits-Kontrollgruppe (AC) 1x 15 Minuten allg. Brustkrebs-Edukation	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (2 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. <i>Fatigue</i> (BFI) Sekundäre Endpunkte: 2. Coping (COPE) 3. <i>QoL</i> (FLIC)	1. <u>Fatigue (Total BFI)</u> → PMR vs. MM vs. AC Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschied zwischen PMR und MM vs. AC zugunsten von PMR & MM 2-Wochen-Follow-Up: Sign. Gruppenunterschied zwischen PMR und MM vs. AC zugunsten von PMR & MM 2. <u>QoL</u> → PMR vs. MM vs. AC Keine sign. Gruppenunterschiede zu keinem Zeitpunkt	Arm A: PMR SUEs: kA UEs: kA Arm B: MM SUEs: kA UEs: kA Arm C: AC SUEs: kA UEs: kA <i>„Moreover, no participants dropped out owing to unexpected adverse events of PMR or MM, indicating that both interventions were safe and well-tolerated by</i>	Scientific Research Projects coordination Unit of Hacettepe University (Türkei) Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Post-hoc Power-Analyse.	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventio- nen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
						patients with EBC.“ (S. 121)			
Parsa Yekta et al., 2017: “The Comparison of Two Types of Relaxation Techniques on Postoperative State Anxiety in Candidates for The Mastectomy Surgery: A Randomized Controlled Clinical Trial.“ [280]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 90 Ausgewertet: N = 90 Land: Iran 2013-2014	Mastektomie- patient*innen Geschlecht: 100% weiblich Alter: 30-50 71,1% < 50 28,9% > 50	Arm A: N=30 Benson Medita- tion, 20 Minuten, 3x am Tag vor der Masektomie Arm B: N=30 Rhythmisches Atmen, 20 Minuten, 3x am Tag vor der Masektomie Arm C: N=30 KG Keine Interven- tion	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention (Post-OP) Primärer End- punkt: 1. Angst (CSAQ)	1. Angst →Benson Meditation vs. KG: Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von Bensons Medita- tion	Arm A: SUEs: kA UEs: kA Arm B: SUEs: kA UEs: kA Arm C: SUEs: kA UEs: kA	Tehran Uni- versity of Medical Sci- ences Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N = 28 pro Gruppe) erreicht.	1b
Shahriari et al., 2017: “Effects of progressive muscle relaxation, guided imagery	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme	Brust- oder Prostata-krebs Geschlecht: 28% weiblich	Arm A: N=25 PMR, gelenkte Imagination & Zwerchfellat-	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (6 Wo- chen)	1. QoL → PMR vs. CAU Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schied zugunsten PMR	Arm A: PMR SUEs: kA UEs: kA	School of Nursing and Midwifery, Is- fahan Univer- sity of Medical Sciences	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer.” [281]	Randomisiert: N = 50 kA zu Umgang mit Dropouts Ausgewertet: N = 50 Land: Iran Mai – Dezember 2014	Alter: Mittelwert: 66	mung, 45 Minuten, 8 Sitzungen, 4 Wochen + 6 Wochen selbstständige Anwendung Arm B: N=25 CAU + 3 Sitzungen "Lifestyle Intervention"	Primärer Endpunkt: 1. QoL (EORTC QLQC30)	6 Wochen Follow-Up: Sign. Gruppenunterschied zugunsten PMR In PMR Zunahme von QoL, in CAU Abnahme von QoL über die Zeitpunkte	Arm B: CAU SUEs: kA UEs: kA	Laut Angaben kein COI	Geplante Fallzahl (N = 25 pro Gruppe) erreicht.	
Charalambous et al., 2016: “Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial.” [282]	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=236 Post-Intervention: N = 208 Completer-Only-Analyse Ausgewertet: N=208	Brustkrebspatient*innen (50%), Prostatakrebspatient*innen (50%), Stadium III Geschlecht: 50% weiblich EG & KG: Alter: 31- >60 Mittelwert: (kA)	Arm A: N=120 PMR + geleitete Imagination, 30min, 4x wöchentlich, 4 Wochen Arm B: N=116 TAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. Depressivität (BDI-II) 2. Fatigue (CFS) 3. Angst (SAS) 4. Übelkeit (INVR) Sekundäre Endpunkte: 5. QoL (EORTC QLQ-C30) 6. Funktionsniveau	Hauptergebnisse: 1. <u>Depressivität</u> → PMR vs TAU Post-Intervention: Sign. Haupteffekt Zeit und Zeit x Gruppe-Interaktion 2. <u>Fatigue</u> → PMR vs TAU Post-Intervention: Sign. Zeit x Gruppe-Interaktion 3. <u>Angst</u> → PMR vs TAU Post-Intervention: Sign. Zeit x Gruppe-Interaktion	Keine berichtet	Die Studie wurde vollständig finanziert von der Cyprus University of Technology (INT-480619-2010). Keine COI angegeben	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: low Geplante Fallzahl (N = 256) nicht erreicht.	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	Land: Griechenland Januar 2011-Dezember 2012			(physisch, kognitiv, sozial) 7. Atemlosigkeit 8. Schlaflosigkeit 9. Appetitlosigkeit 10. Durchfall 11. Finanzielle Probleme 12. Verstopfung 13. Schmerz (NRS)	4. <u>Übelkeit:</u> → PMR vs TAU Post-Intervention: Post-Intervention: Sign. Haupteffekt Gruppe und Zeit x Gruppe-Interaktion 5. QoL → PMR vs TAU Post-Intervention: Sign. Haupteffekt Gruppe und Zeit x Gruppe-Interaktion 6. Schmerz → PMR vs TAU Post-Intervention: Sign. Haupteffekt Gruppe und Zeit x Gruppe-Interaktion → Alle Zeit x Gruppe Interaktionen zugunsten der IG				
Thuma et al., 2016: “Hypnosis as an Adjunct for Managing Pain in Head and Neck Cancer Patients Post Radiotherapy.” [283]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 68	Kopf- und Halskrebspatient*innen, nach Radiotherapie Geschlecht: 63.2 % weiblich	Arm A: N _s = 34 N _p = 33 Hypnose 1 Sitzung à 20 Minuten am 4. Tag nach Bestrahlung Arm B:	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. Schmerz (VAS)	1. <u>Schmerz</u> → Hypnose vs. KG Post-Intervention: Gruppe als sign. Prädiktor in linearer Regression mit anderen Variablen (Baseline-Wert, Geschlecht, Alter, Opioidgebrauch)	Arm A: Hypnose SUEs: 0/34 UEs: 0/34 Arm B: KG SUEs: 0/34 UEs: 0/34	Keine Angabe zur Finanzierung Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventio- nen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Post-Interven- tion : N=65 PP-Analyse Ausgewertet: N = 65 Land: Thailand 2015-2016	Alter: 41-70 Mittelwert: 55.85	N _b = 34 N _r = 32 Keine Interven- tion		zugunsten von Hyp- nose			Post-hoc- Powerana- lyse	
Zgaia et al., 2016: "The impact of relaxation tech- nique and pre- operative psy- chological counselling on pain, analgesic consumption and psychologi- cal symptoms on patients scheduled for breast cancer surgery - a ran- domized clini- cal study." [284]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme ITT-Analyse Randomisiert: N = 102 Post-Interven- tion: N=102 ITT-Ansatz Ausgewertet: N = 102	Brustkrebspa- tient*innen Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert 55.6	Arm A: N _b =58 N _r =52 Präoperative Entspannungs- technik (Ent- spannung und PC (psychologi- sche Beratung) 1 Sitzung 25 Mi- nuten Interview und 25 Minuten autogenes Train- ing Arm B: N _b =44 N _r =50 Keine Interven- tion	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention (Post-OP) FU1 (2h) FU2 (8h) FU3 (12h) FU4 (24h) FU5 (30h) FU6 (36h) FU7 (48h) Primäre End- punkte: 1. Schmerz (NRS) 2. Distress (Belas- tung durch psy-	1. Postoperativer Schmerz → IG vs. KG Post-Intervention, FU1- 6: Sign. weniger Schmerz in der IG Kein sign.r Unter- schied zu FU7 2. Distress → IG vs. KG Post-Intervention, FU1, 2, 3, 4, 5, 7: Sign. geringere psy- chologische Symp- tome	Arm A: IG SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	Keine Angabe zur Finanzie- rung Keine Angabe bzgl. COI	Risk of Bias SB1: high SB2: high PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N = 50 pro Gruppe) er- reicht zu	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventio- nen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Land: Rumä- nien 2015			chische Symp- tome)	Kein sign.r Unter- schied in FU6				
Chen et al., 2015: “Effect of Re- laxation With Guided Im- agery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Un- dergoing Chemother- apy.” [285]	RCT prospektiv, monozent- risch, offen, 2 Arme Randomi- siert: N=65 Post-Inter- vention: N=65 kA zu Um- gang mit Dropouts Ausgewertet: N=65 Land: Tai- wan 2011-2012	Brustkrebs Patient*in- nen, Stadium II-IV, anste- hende Che- motherapie Geschlecht: 100% weib- lich EG Alter: 40-59 Median: 49.3 KG Alter: 41-63 Median: 52.3	Arm A: N _B =32 N _P =32 Einmaliges Entspannungs- training mit geführter Ima- gination (GUI) vor Chemo, 60min + CD mit 20min Imagination für 7 Tage Arm B: N _B =33 N _P =33 TAU	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Primärer End- punkt: 1. Angst (HADS-A) 2. Depressivität (HADS-D) 3. Distress (SDS) Sekundäre End- punkte (weitere Variablen mit SDS): 4. Schmerz 5. Übelkeit 6. Erbrechen 7. Xerostomie 8. Mukositis 9. Dysphagie 10. Verstopfung 11. Durchfall 12. Schlaflosigkeit 13. Fatigue 14. Dyspnoe 15. Engegefühl in der Brust 16. Husten	Prätest-Posttest- Vergleich nach durchgeführter Chemotherapie: 1. <u>Angst</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten GUI 2. <u>Depressivität</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten GUI 3. <u>Distress</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten GUI 4. <u>Schmerz</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention:	Keine ber- richtet	MacKay Me- morial Hos- pital Zweig- stelle Tams- hui in Tai- wan Keine COI ange- geben	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl erreicht (N=60, 30 pro Arm)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
				17. Abdominales Völlegefühl 18. Sodbrennen 19. Unaufmerksam 20. Taubheitsgefühl	Sign. Gruppenunterschiede zugunsten GUI 5. <u>Übelkeit</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede 6. <u>Fatigue</u> → GUI vs TAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede				
Evidenz zu Ungunsten der Intervention (1/10)									
Amraoui et al., 2018: “Effects of a Hypnosis Session Before General Anesthesia on Postoperative Outcomes in Patients Who Underwent Minor Breast Cancer Surgery: The HYPNOSEIN Randomized	RCT prospektiv, multizentrisch, verblindet (Patient*innen), 2 Arme Randomisiert: N=150 Post-Intervention & FUs: N=148	Mamma-Ca-Patient*innen, angemeldet für brusterhaltende OP Geschlecht: 100% weiblich IG Alter: 33-79 Median: 57	Arm A: N _B =77 N _F =77 N _{FU1} =77 N _{FU2} =77 N _{FU3} =77 Individuelle Hypnose, einmalig kurz vor OP, 2-15 min, M=6min Arm B: N _B =73 N _F =71	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention (Post-OP) Follow-Up 1 (1 Tag) Follow-Up 2 (7 Tage) Follow-Up 3 (30 Tage) Primärer Endpunkt: 1. (Brust-) Schmerz	Nach Brustkrebsoperation: 1. (Brust-) Schmerz → Hypnose vs TAU: Post-Intervention: Sign. geringer in TAU Follow-Ups: Keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>Fatigue</u> → Hypnose vs TAU: Post-Intervention:	Keine Neben & Wechselwirkungen angegeben	Montpellier Cancer Institute (ICM) 1/10 Studienärzten erhielt extern Geldmittel von Grünenthal	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: low AB: low RB: high Geplante Fallzahl nicht erreicht (N=150)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventio- nen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Clinical Trial." [286]	ITT-Ansatz ohne Impu- tation Ausgewertet: N=148 Land: Frank- reich 2014 - 2015	KG Alter: 20-84 Median: 53	N _{FU1} =71 N _{FU2} =71 N _{FU3} =71 TAU Gleiche anäs- thesistische Behandlung beider Grup- pen	(VAS) Sekundäre End- punkte: 2. Fatigue (VAS) 3. Well-Being (VAS) 4. Angst (VAS)	Keine sign. Gruppenunter- schiede Follow-Ups: Keine sign. Gruppenunter- schiede <u>3. Angst</u> → Hypnose vs TAU: Keine sign. Grup- pen-unterschiede zu irgendeinem Zeit- punkt				

2.4.2 Psychoedukation

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlungen 8.8 und 8.9 sowie auf das Statement 8.10.

2.4.2.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Sanjida et al., 2018: "Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analysis." [287]	SysRev & MA	RCTs	Inhalte: 14 x KVT 12 x Entspannungsverfahren 9x Psychosoziale Therapie 13x "Supportive Care Interventions" 3x gestufte Interventionen ("stepped care") 20x sonstige	Primäre Endpunkte: 1. Angst Verwendete Messinstrumente: Angst HADS STAI POMS	1. Angst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 51 RCTs, n=7491 I ² = 68%; SMD=-0.21 [-0.30, -0.13, p < .001] →Sensitivitätsanalyse: Entfernung der Studie mit größtem und kleinstem Effekt, keine Änderung des Ergebnis →Psychoedukation: Post-Intervention: 5 RCTs, I ² = 42%; SMD=-0.18 [-0.36, -0.01, p <.05]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 18 PB: 2 DB: 7 AB: 42 RB: 48 OB: kA Review: AMSTAR-2: critically low quality <i>Method.Mängel in kritischer Domäne</i> 7,11,15 <i>non-kritischer Dom.</i> 5,8 Sensitivitätsanalysen: <i>durchgeführt, siehe Hauptergebnisse</i>	1a
Eingeschlossene Primärstudien: 71 Primärstudien in qual. Review / 51 in Meta-Analysen	Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychosoziale Intervention C: alternative Intervention, TAU/UC, Warteliste	Mittleres Alter: 55 Länder : USA (19) Europa (29) Weitere (53)	Dauer/Frequenz/ Länge: 4 Tage – ein Jahr Kontrollgruppen: alternative Intervention TAU/UC Warteliste					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs." [288] Eingeschlos- sene Pri- märstudien: 61 RCTs, da- von 22 in IPD- Meta-Analyse Armes 2007 Arving 2007 Braumse 2015 Chambers 2013 Duijts 2012 Ell 2008 Ferguson 2012 Gellaitry 2010 Gielissen 2006 Goedendorp 2010 Graves 2003 Heiney 2003 Johansson 2008	Einschlusskrite- rien: P: erwachsene Krebspa- tient*innen I: Informations- vermittlung, Support, CST, Psychothera- pie C: TAU/UC, Warteliste, Aufmerksam- keits-Placebo O: QoL + wei- tere Out- comes S: RCTs 22 RCTs, N=4217 Pati- ent*innen in IPD-MA	65% weiblich Mittleres Alter: 56 (SD=11.4) Länder : USA (8) Niederlande (6) Kanada (2) Schweden (2) Australien (1) UK (3)	1-54 Sitzungen (teils Langzeit-Einzeltherapie) Individual-, Gruppen-, und Paarsetting Kontrollgruppen: TAU/UC (14) Warteliste (6) Aufmerksamkeits-Pla- cebo (2)	Verwendete Messinstru- mente: QoL FACT-G QLQ-C30 SF-36 QoL-CS	→Informations-ver- mittlung: Post-Intervention: 1 RCT, SMD=0.19 [0.03, 0.34, p <.05]		<i>of patients and personnel is diffi- cult in case of a PSI. Also, the rating of blinding of out- come assessors was excluded be- cause QoL, EF, and SF were assessed us- ing patient-re- ported outcomes (PROs)." (p.1153)</i> Review: AMSTAR-2: low quality <i>Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 3,12,14</i> Sensitivitäts- analysen: <i>Durchführung von Moderato- ren-analysen, teilweise in Hauptergebnis- sen aufgeführt</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Kimman 2011 Mann 2012 Meneses 2007 Northouse 2005 Nothouse 2007 Northouse 2013 Savard 2005 Savard 2006 Van der Berg 2015							Publikations- bias: <i>Visuelle Prüfung Funnel-Plot + Eg- ger's Test / keine Hinweise auf Publication Bias</i>	
Hsieh et al., 2017: "The effects of supportive care interven- tions on de- pressive symptoms among pa- tients with lung cancer: A metaanalysis of random- ized con- trolled stud- ies." [289]	MA Suchzeitraum: September 2015 Datenbanken: Embase Pubmed CENTRAL CEPS Einschlusskrite- rien: P: Lungenkrebs I: "supportive care": nicht-	RCTs Lungenkrebs, Sta- dien I-IV, teils ko- morbide COPD, eine Studie mit ko- morbider Depres- sion als Einschluss- kriterium Geschlecht: kA Alter: 56 - 71	Inhalte: KVT + Psychoedukation (5) Psychoedukation (4) Sport- und Bewe- gungstherapie (3) Davon : Face-to-face (8) Telefon (4) Dauer/Frequenz/ Länge: 6 – 60 Sitzungen 4 -32 Wochen	Primäre End- punkte: 1. Depressivi- tät <i>Verwendete Messinstru- mente:</i> <i>Depressivität</i> SDS PSSCAN-D BDI SCL-90 (de- pression score) HADS PROMIS	1. Depressivität → Gesamteffekt: <i>Post-Intervention:</i> 12 RCTs, N=1472 $I^2 = 88\%$; SMD=-0.75 [-1.07, -0.41, $p < .001$] → Psychoedukation: <i>Post-Intervention:</i> 4 RCTs, N=770 $I^2 = 92\%$; SMD=-0.39 [-0.94, 0.15]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 7 PB: kA DB: 8 AB: 8 RB: kA OB: kA Review: AMSTAR-2: criti- cally low quality <i>Method.Mängel in kritischer Domäne</i> 2,4,7,15	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p><i>Eingeschlossene Primärstudien:</i> Bredin 1999 Wu 2003 Chen 2006 Ni 2009 Carlson 2010 Porter 2011 Yao 2012 Walker 2014 Badr 2015 Morano 2014 Chen 2015 Molassiotis 2015a, b</p>	<p>pharmakologisch, nicht invasiv, Förderung und Erhaltung von Wohlbefinden und Krankheitsverarbeitung C: TAU/UC O: Depressivität S: RCTs 12 RCTs, N=1472 Patient*innen</p>	<p>Länder : China (4) UK (3) USA (2) Kanada (1) Brasilien (1) Taiwan (1)</p>	<p>Kontrollgruppen: Tau/UC (10) Edukation (2)</p>				<p><i>non-kritischer Dom.</i> 3,5,10 Sensitivitätsanalysen: <i>Schrittweiser Ausschluss kleiner (N<50) Studien und Studien mit High-RoB führten zu keiner Änderung der Ergebnisse</i> Publikationsbias: <i>"Finally, the existence of a publication bias cannot be ignored. It should be noted that publication bias has some effect on the available evidence pool." (p. 721)</i></p>	
Bennett et al., 2016:	CochraneRev	RCTs	Inhalte:	Primäre Endpunkte:	1. <u>Fatigue (global)</u> →Gesamteffekt:	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
"Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults." [290] Eingeschlossene Primärstudien: Reif 2012 Wangnum 2013 Yun 2012 Yates 2005 Ream 2006 Purcell 2011 Godino 206 Schjolberg 2014 Yuen 2006 Barsevick 2004 Barsevick 2010 Foster 2015	Suchzeitraum: Bis Oktober 2016 Datenbanken: CENTRAL MEDLINE EMBASE CINAHL PsycINFO ERIC OTseeker PEDro Clinical-Trials.gov Australian New Zealand Trials Registry Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: edukative Interventionen für CRF C: alternative Intervention, TAU/UC, Warteliste	9 x gemische Krebsdiagnosen 3 x Brustkrebs 1 x Lungenkrebs 1 x Dickdarm- oder Magenkrebs Geschlecht: kA Alter: Durchschnitt bei ~50 Länder: USA (19) Europa (29) Weitere (53)	4x Informationsvermittlung 10x Informationsvermittlung + behaviourale Techniken Davon : 8x face-to-face 2x internetbasiert 4x telefonbasiert Dauer/Frequenz/ Länge: 2- 9 Sitzungen Median 30min pro Sitzung Kontrollgruppen: alternative Intervention TAU/UC Warteliste	1. Fatigue (global) 2. Fatigue Intensität 3. Fatigue Distress 4. Beeinträchtigung durch Fatigue Sekundäre Endpunkte: 5. Fatigue Management 6. Alltagsfunktions-niveau 7. Angst 8. Depressivität 9. QoL Verwendete Messinstrumente: Fatigue FACT-F FAQ MFI GFS PFS Total Score VAS	Post-Intervention: 12 RCTs, n=1680 $I^2 = 80\%$; SMD=-0.27 [-0.51, -0.04, p=.02] GRADE: low quality Subgruppenanalyse ergab keine Unterschiede 2. Angst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 3 RCTs, n=571 $I^2 = 76\%$; MD=-1.47 [-2.76, -0.18, p=.03] Skala von 0-21 GRADE: low quality 3. Depressivität →Gesamteffekt: Post-Intervention: 4 RCTs, n=881 $I^2 = 85\%$; SMD=-0.12 [-0.47, 0.23, p=.50] GRADE: very low quality 4. QoL →Gesamteffekt:		SB: 11 PB: k.a. DB: 0 AB: 2 RB: 14 OB: 14 Review: AMSTAR-2: <i>high quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne - non-kritischer Dom. 3 Sensitivitätsanalysen: Geplant, aber für rel. Outcomes nicht durchgeführt A priori geplante Subgruppenanalyse (siehe Hauptergebnisse) Publikations-bias: In GRADE-Bewertung eingeflossen	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	O: Fatigue S: RCTs 14 RCTs, N=2213 Pa- tient*innen				Post-Intervention: 2 RCTs, n=477 I ² = 87%; MD=11.47 [1.29, 21.65, p=.03] Skala von 0-100 GRADE: low quality			
De Boer et al., 2015: „Interventions to enhance re- turn-to-work for cancer pa- tients.“ [291]	CochraneRev Suchzeitraum: Bis März 2014 Datenbanken: CENTRAL Medline EMBASE CINAHL OSH-ROM & OSH-Update PsycINFO DARE Clinical- Trials.gov Trialregister.nl Controlled- trials.com Einschlusskrite- rien:	RCTs Brustkrebs (7) Prostatakrebs (2) Schilddrüsenkrebs (1) Gynäkologisch (1) Kopf- und Halskrebs (1) Kehlkopf (1) Leukämie (1) Gemischt (1) Geschlecht: kA Alter: kA Länder : USA (5)	Inhalte: Psychoedukation (2) Sport (1) Medizinisch (7) Multidisziplinär (5) Dauer/Frequenz/ Länge: kA	Primäre End- punkte: 1. RTW Sekundäre Endpunkte: 1. QoL (in 8 Studien erhoben) Verwendete Messinstru- mente: <i>QoL</i> EORTC QLQ- C30, SF-36, EQ-5D, FACT-B	1. QoL →Psychoedukation: Post-Intervention, Komparator CAU: 2 RCTs, N=260 <i>SMD=0.05</i> [-0.2, 0.3, p>.05] GRADE: <i>"low quality evidence of no difference"</i> (Leopore 2003, Pur- cell 2011)	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 4 PB: 1 DB: 1 AB: 11 RB: 14 OB: 0 Review: AMSTAR-2: <i>mode- rate quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne - non-kritischer Dom. 12,14 Sensitivitätsanaly- sen:	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Kornblith 2009 Lee 1992 Lepore 2003 Maguire 1983 Purcell 2011 Rogers 2009 Tamminga 2013	P: Erwachsene mit Krebsdiag- nose, in Bes- chäf- tigungsver- hältnis zum Zeitpunkt der Diagnose I: jegliche Inter- vention mit dem Ziel RTW (return to work) zu ver- bessern C: - O: RTW, QOL S: RCTs, cluster- RCTs 15 RCTs, N=1835 Pa- tient*innen	Europa (9) Australien (1)					"We intended to analyse how sen- sitive our results were to the risk of bias in the in- cluded studies. However, there was an insuEi- cient number of studies available per comparison to do such an analysis." (p.11) Publikationsbias: Visuelle Prüfung Funnel-Plot, bei rel. Vergleich wegen geringer Studienzahl nicht durchge- führt	
Jho et al., 2013: "Efficacy of pain educa- tion in cancer patients A meta-analy- sis of random-	MA Suchzeitraum: Bis Februar 2012 Datenbanken: CENTRAL	RCTs 8x versch. Krebs- diagnosen 1x Brustkrebs 1x Lungenkrebs Geschlecht:	Inhalte: 11x Face-to-Face Schmer- zedukation (5x mit zusätzl. Telefonanruf) 1x Telefonanruf Davon :	Primäre End- punkte: 1. Schmerz Verwendete Messinstru- mente: <i>Schmerz</i> NRS	1. Schmerz → Gesamteffekt: Postintervention: 12 RCTS <i>I² = 27%; SMD=-0.11</i> [-0.20, -0.02, p<.001]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 12 PB: 9 DB: 12 AB: 7 RB: 5	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>ized con- trolled trials." [292]</p> <p>Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Dalton 1986 De Wit 2001 Chang 2002 Lai 2004 Yates 2004 Keefe 2005 Vallières 2006 Ward 2008, 2009 Yildirim 2009 Kravitz 2011 Wilkie 2010</p>	<p>PubMed Embase</p> <p>Einschluss-krite- rien: P: Krebspa- tient*innen mit Schmer- zen I: Aufklärung / Intervention zur Behan- dung von Krebsschmer- zen C: TAU/UC, Standard- Schmerzerzie- hung, Aufmerksam- keitsplacebo O: Schmerz S: RCTs</p> <p><i>Studien mit "high risk of bias" ausgeschlossen!</i></p> <p>12 RCTs, N=2169 Pati- ent*innen</p>	<p>59 % weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 57.2 Jahre</p> <p>Länder : USA (6) Niederlande (1) Australien (1) Türkei (1) Kanada (1) Taiwan (2)</p>	<p>11x zusätzl. Informa- tions-material</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: kA, vermtl. Kurzinterven- tion mit Telefon-Follow- Up</p> <p>Kontrollgruppen: 6x TAU/UC 3x Aufmerksamkeitspla- cebo 2x Standard Schmerze- dukation</p>	VAS			<p>OB: kA</p> <p><i>Methodische Qualität der Primärstudien bewertet an- hand der Jadad Skala (n =12)</i></p> <p>Review : AMSTAR-2: <i>Criti- cally low qua- lity</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,9,13,15 non-kritischer Dom. 1,3,8,10,12,14</p> <p>Sensitivitäts-ana- lysen: <i>Nicht durchge- führt</i></p> <p>Publikationsbias: <i>Nicht adressiert</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>Marie et al., 2013: "Optimal patient education for cancer pain: a systematic review and theory-based meta-analysis." [293]</p> <p><i>Eingeschlossene Primärstudien:</i> Arathuzik, 1994, Aubin et al., 2006 Borneman et al., 2011, Bozcuk et al., 2003 Change et al., 2002 Dalton, 1987 De Wit, 2001 Kim et al., 2004 Lai et al., 2004 Lovell et al., 2010</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Bis Mai 2012</p> <p>Datenbanken: Referenzliste früherer Artikel MEDLINE PsycINFO CENTRAL</p> <p>Einschluss-kriterien: P: Krebspatient*innen mit Schmerzen I: Schmerz- edukation C: TAU/UC O: Schmerzintensität S: RCT</p> <p>15 RCTs</p>	<p>RCTs</p> <p>Eingeschlossen : mehrheitlich Brustkrebs</p> <p>Geschlecht: Mehrheitlich weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 58</p> <p>Länder: kA</p>	<p><i>Inhalte:</i> 15x Schmerzedukation (unterschiedliche Elemente)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: k.A.</p> <p>Kontrollgruppen: <i>Usual Care</i></p>	<p>Primäre Endpunkte: 1. Schmerz</p> <p><i>Verwendete Messinstrumente:</i> kA</p>	<p>1. Schmerz → Gesamteffekt: 15 RCTs $I^2=71\%$, $SMD=-0.27$ [-0.47, -0.07, $p<.01$]</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien: "Bias rating concluded that all studies were at high risk of bias." (p. 3532)</p> <p>Review : AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,11,13,15 non-kritischer Dom. 3,8,10,12,14,16</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Geplanter Subgruppenvergleich (low RoB vs all) entfällt, da keine Studien mit low RoB</i></p> <p>Publikationsbias: <i>Nicht adressiert</i></p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Ward et al., 2010 Ward et al., 2009 Ward et al., 2000 Yates et al., 2004 Kravitz et al., 2011 Regan et al., 2000 Dalton et al., 1994								
Oldenmenger et al., 2018: "A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain."[294] Eingeschlossene Primärstudien: Jahn 2013 Koller 2013 Kravitz 2012	SysRev Suchzeitraum: Januar 1995 – Mai 2017 Datenbanken: Medline CINAHL Einschlusskriterien: P: erw. Patient*innen mit krebserkranktem Schmerz, nur	RCTs Ambulante Patient*innen (20) & stationäre Patient*innen (5) Krebsdiagnosen : kA Geschlecht: kA Mittleres Alter: kA Länder :	Inhalte: 22 x Face-to-Face (davon 17x Kombi mit Broschüre/Video) 5 x mehrere Sitzungen 4x mehrere Sitzungen + Telefongespräche, 3x einmaliger Kontakt 10x einmaliger Kontakt + Telefongespräche 3x Broschüre/Video davon 2x kombiniert mit Telefongesprächen Dauer/Frequenz/	Primäre Endpunkte: 1. Schmerz (-intensität) 2. Schmerzbeeinträchtigung Sekundäre Endpunkte 3. Wissen über Schmerz & Schmerzbarrieren 4. Medikationsadhärenz 5. Selbstwirksamkeit	1. Schmerz → Gesamteffekt: 8/26 Studien (31%) berichten statistisch signifikante Schmerzzunterschiede zwischen den Gruppen zugunsten der Interventionsgruppe (19% der eingeschlossenen Patient*innen) 6 dieser Studien bestanden aus Face-to-Face-Kontakten + Face-to-Face oder Telefon Follow-Up	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 12 PB: 1 DB: 3 AB: 5 RB: 22 OB: kA Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7 non-kritischer Dom. 3,8,14	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Lai 2004 Lin 2006 Lovell 2010 Miaskowski 2004 Kim 2004 Oldenmenger 2011, 2017 Van der Peet 2009 Rustoen 2012, 2013 Smith 2010 Syrjala 2008 Thomas 2012 Tse 2012 Vallieres 2006 Ward 2008 Ward 2009a, b Wells 2003 Wilkie 2010 Williams 2015 De Wit 1997 EJP 2001 Wright Oliver 2001 Yildirim 2009	solide Tu- more I: Psychoeduka- tion mit Fokus auf Schmerzma- nagement C: keine Inter- vention, aktive Kontrolle O: Schmerzint- ensität, Schmerzbe- einträchtigung, Wissen über Schmerz & Schmerz- barrieren, Me- dikation- sadhärenz, Selbstwirk- samkeit S: RCTs 26 RCTS, N=4735 Pa- tient*innen	USA (12) Europa (8) Asien (3) Australien (2) Kanada (1)	Länge: 5min – 90 min 1 Tag – 6 Wochen Frequenz sehr unter- schiedlich (einmalig, mehrmals pro Woche/Monat, Telefon Follow-Up) Kontrollgruppen: TAU/UC, Ernährungsberatung, Pharmakotherapie, alternatives Schm.-Pro- gramm, Aufmerksamkeits-Pla- cebo	Verwendete Messinstru- mente: <i>Schmerzinten- sität</i> BPI NRS VAS			Sensitivitäts-ana- lysen: <i>Keine MA</i> Publikations-bias: <i>nicht adressiert</i>	
Du et al., 2015 "Patient edu- cation Pro- grammes for cancer-related	SysRev Suchzeitraum: bis April 2014	RCTs 6x versch. Krebstyp 1x Lungenkrebs, 2x Brustkrebs	Inhalte: Edukations-Programme (8x face-to-face in Gruppe, 1x Einzelsetting, 1x internet-basiert)	Primäre End- punkte: 1. Fatigue	1. Fatigue 2/10 Studien zeigten sign. positiven Effekt (mittlere ES) zugunsten der IG	<i>Primärstu- dien berich- ten keine SUEs</i>	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 6 PB: k.a. DB: 4	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
fatigue: A sys- tematic re- view." [295] Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Björneklett 2012 Chan 2011 Godino 2006 Kwekkeboom 2012 O'Brien 2014 Purcell 2011 Ream 2006 Reif 2013 Yates 2005 Yun 2012	Datenbanken: Medline Pubmed Web of Science Elsevier CINAHL CENTRAL Einschlusskrite- rien: P: erwachsene Krebspa- tient*innen I: Edukation C: Warteliste Placebo, TAU/UC, Sport- & Bewegung O: Fatigue als Primärout- come S: RCTS 10 RCTs, N=1498 Pa- tient*innen	1x Dickdarm- oder Magenkrebs Geschlecht: kA Alter: kA Länder : China (1) Schweden (1) Spanien (1) UK (1) USA (1) Korea (1) Australien (3) Deutschland (1)	Dauer/Frequenz/ Länge: 1-12 Wochen 1-6 Sitzungen Follow-Up-Ziträume 2 Wochen – 12 Monate Kontrollgruppen: TAU/UC Warteliste Basisaufklärung	Verwendete Messinstru- mente: 3/10 Studien zeigten sign. positiven Effekt (<i>kleine</i> ES) zugunsten der IG 5/10 Studien zeigten keinen signifikant po- sitiven Effekt zugunsten der IG			AB: 4 RB: 10 OB: 10 Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7 non-kritischer Dom. 8 Sensitivitätsanaly- sen: <i>Keine MA</i> Publikations-bias: <i>nicht adressiert</i>	
Li et al., 2014:	SysRev	33 RCTs	Inhalte: <i>15 x Psycho-edukation</i>	Primäre Endpunkte:	<u>1. Diverse PROMs</u> → <i>Psychoedukation:</i>	<i>Keine SUEs berichtet</i>	Primärstudien:	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>"A systematic review on patient-reported outcomes in cancer survivors of randomised clinical trials: direction for future research." [296]</p> <p><i>Eingeschlossene Studien:</i></p> <p>Antoni, et al. 2009</p> <p>Berry, et al. 2011,</p> <p>Boesen, et al. 2011</p> <p>Boundouki, et al. 2004</p> <p>Brown, et al. 2006</p> <p>Butler, et al. 2009</p> <p>Cadmus, et al. 2009</p> <p>Carmack, et al. 2011</p> <p>Danhauer, et al. 2009</p> <p>Ell, et al. 2011</p>	<p>Suchzeitraum: Januar 2000 – Juli 2013</p> <p>Datenbanken: Wissenschaftlicher Zitationsindex erweitert</p> <p>PsycINFO, Medline (1950+)</p> <p>OvidSP CINAHL</p> <p>Einschluss-Kriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen</p> <p>I: "supportive care interventions"</p> <p>C: TAU/UC</p> <p>O: PROMs</p> <p>S: RCTs</p> <p>33 RCTs in 34 Publikationen, N=5960</p>	<p>12x Brustkrebs</p> <p>3x Prostatakrebs</p> <p>1x Eierstockkrebs</p> <p>1x Mundkrebs</p> <p>1x Lungenkrebs</p> <p>2x Dickdarmkrebs</p> <p>1x Magen- oder Leberkrebs</p> <p>12x mehrere Krebsarten</p> <p>Geschlecht: kA</p> <p>Mittleres Alter: k.A</p> <p>Länder: USA (19)</p> <p>UK (5)</p> <p>Dänemark (4)</p> <p>Kanada (3)</p> <p>Australien (1)</p> <p>Taiwan (1)</p>	<p>13x "Case managment"</p> <p>4x Sport- und Bewegungstherapie</p> <p>1x regelm. QoL Assessment mit Feedback an Behandelnde</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: Einzelsitzung – 12 Monate Gruppentherapie 15min – 90min</p> <p>Post-Intervention – 24 Monate Follow-Up</p> <p>Kontrollgruppen: TAU/UC</p>	<p>Nicht aufgeschlüsselt nach Outcome</p> <p>Diverse PROMs (HQoL, Distress, Schmerz, Fatigue etc.)</p> <p>Verwendete Messinstrumente: divers</p>	<p>In 12/15 RCTs signifikante Effekte zugunsten der IG</p>		<p>Qualitätskriterien nach "Effective Public Health Practice Project"</p> <p>5x Strong</p> <p>28x moderate</p> <p>Review:</p> <p>AMSTAR-2: <i>critically low quality</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,13</p> <p>non-kritischer Dom. 1,3,5,6,8,10,14</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Keine MA durchgeführt aufgrund starker Heterogenität der Interventionen</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Gotay, et al. 2007 Griffith, et al. 2009 Grunfeld, et al. 2011 Hack, et al. 2007 Jones, et al. 2006 Lovell, et al. 2010 McCorkle, et al. 2009 Montgomery, et al. 2007 Mutrie, et al. 2007 Nielsen, et al. 2003 Partin, et al. 2004 Rottmann, et al. 2012 Smith, et al. 2010 Strong, et al. 2008 Syrjala, et al. 2008 Temel, et al. 2010 Thomas, et al. 2012							Publikations-Bias: <i>nicht adres- siert</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Thornton, et al. 2009 Tsay, et al. 2008 Velikova, et al. 2004; 2010 Vodermaier, et al. 2011 Wulff, et al. 2012								
Faller et al., 2013: "Effects of Psycho-Onco-logic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review und Meta-Analy-sis."[297] Eingeschlos-sene Pri-märstudien: 198 RCTs	MA Suchzeitraum: May 2013 Datenbanken: CENTRAL Medline PsycInfo Einschlusskrite-rien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychoonkolo-gische Interven-tionen C: Aufmerksamkeits-Placebo, TAU/UC	RCTs Gemischte Krebs-diagnosen (80) Brustkrebs (78) Prostatakarz. (8) Gynekologisch (6) Melanom (5) Hematologischer Krebs (4) Andere (12) Nicht angegeben (5) Geschlecht: Median 82% wei-blich Alter: Median 54 Jahre	Inhalte: Psychotherapie Einzel (55) Gruppe (42) Paar (10) Psychoedukation (19) Entspannungsverfahren (46) Einfache Informaations-gabe (23) Andere (12) Davon : Einzel (119) Gruppe (66) Paar (8) Nicht angegeben (5)	Primäre End- punkte: 1. Distress 2. gesund- heitsbe- zogene QoL 3. Depressi- vität 4. Angst	1. Distress → Gesamteffekt Post-Intervention: 77 RCTs, N=kA I ² = 73%; SMD=0.29 [0.20, 0.37, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 58 RCTs, N=kA I ² = 56%; SMD=0.17 [0.09, 0.24, p <.001] Follow Up >6 Monate: 39 RCTs, N=kA I ² = 32%; SMD=0.10 [0.04, 0.1, p =.003] → Psychoedukation Post-Intervention: 12 RCTs, N=kA	Nicht be- richtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 51 PB: kA DB: kA AB: 122 RB: 141 OB: kA Review: AMSTAR-2: criti- cally low quality Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7, 13 non-kritischer Dom. 3, 10,	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	O: Distress, QoL, Depressivität, Angst S: RCTs 198 RCTS, N=22238 Pa- tient*innen (218 Vergleiche in MA)	Länder : USA (107) UK (18) Australien (12) Kanada (10) Schweden (9) Niederlande (7) Weitere (35)	Dauer/Frequenz/ Länge: 1-35 Sitzungen, Median 6 Sitzungen, Über 1-730 Tage, Median 42 Tage Kontrollgruppen: TAU/UC Aufmerksamkeitskon- trolle		$I^2 = 37\%$; SMD=0.18 [0.05, 0.30, p =.005] Follow Up ≤6 Monate: 11 RCTs, N=kA $I^2 = 47\%$; SMD=0.30 [0.15, 0.45, p<.001] Follow Up >6 Monate: 7 RCTs, N=kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.11 [0.00, 0.21, p =.051] 2. QoL → Gesamteffekt Post-Intervention: 66 RCTs, N=kA $I^2 = 78\%$; SMD=0.26 [0.15, 0.37, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 47 RCTs, N=kA $I^2 = 65\%$; SMD=0.22 [0.12, 0.33, p <.001] Follow Up >6 Monate: 27 RCTs, N=kA $I^2 = 50\%$; SMD=0.18 [0.07, 0.28, p <.001] → Psychoedukation Post-Intervention:		Sensitivitäts- analysen: Bei hoher Hete- rogenität ($I^2 > 70\%$) Aus- schluss vjew. ei- ner Studie aus MA & Moderatoren- analysen (u.A. Alter, Tumorart) Weiterhin a pri- ori geplante Subgruppenana- lysen (siehe Hauptergeb- nisse) Publikations- bias: Visuelle Prüfung der Funnel-Plots	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>8 RCTs, N=kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.2 [0.10, 0.30, $p < .001$] Follow Up ≤ 6 Monate: 8 RCTs, N=kA $I^2 = 34\%$; SMD=0.13 [-0.01, 0.27, $p = .07$] Follow Up > 6 Monate: 8 RCTs, N=kA $I^2 = 54\%$; SMD=0.18 [0.02, 0.34, $p = .029$]</p>			
					<p>3. <u>Depressivität</u> → Gesamteffekt Post-Intervention: 72 RCTs, N=kA $I^2 = 56.5\%$; SMD=0.33 [0.25, 0.41, $p < .001$] Follow Up ≤ 6 Monate: 40 RCTs, N=kA $I^2 = 40.8\%$; SMD=0.2 [0.11, 0.28, $p < .001$] Follow Up > 6 Monate: 26 RCTs, N=kA $I^2 = 47.1\%$; SMD=0.14 [0.05, 0.24, $p = .002$]</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>→ Psychoedukation</p> <p>Post-Intervention: 9 RCTs, N=kA I² = 11%; SMD=0.14 [0.03, 0.25, p =.016]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 9 RCTs, N=kA I² = 23%; SMD=0.23 [0.11, 0.36, p<.001]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 5 RCTs, N=kA I² = 52%; SMD=0.13 [-0.05, 0.3, p =.16]</p> <p>4. Angst</p> <p>→ Gesamteffekt</p> <p>Post-Intervention: 74 RCTs, N=kA I² = 60%; SMD=0.38 [0.29, 0.46, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 38 RCTs, N=kA I² = 73%; SMD=0.34 [0.2, 0.47, p <.001]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 15 RCTs, N=kA I² = 33%; SMD=0.17 [0.06, 0.28, p =.003]</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale unter- suchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>→ Psychoedukation</p> <p>Post-Intervention: 7 RCTs, N=kA I² = 0%; SMD=0.22 [0.1, 0.33, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 7 RCTs, N=kA I² = 30%; SMD=0.24 [0.1, 0.39, p<.001]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 3 RCTs, N=kA I² = 73%; SMD=0.07 [-0.08, 0.23, p =.35]</p>			

2.4.2.2 RCTs

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Unterstützende Evidenz (7/13)									
Li et al., 2019: "Effect of a patient educa- tion and reha- bilitation pro-	RCT, pros- pektiv, of- fen, mono- zentrisch, 2 Arme	Patient*in- nen mit inva- sivem Bla- senkrebs, während Chemothera- pie	Arm A: N _i =65 N _p =65 Patient*innene- dukation und Rehabilitations- programm	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Interven- tion	1. <u>Angst</u> → PERP versus CAU: Post-Intervention: Sign. Grup- penunter-	Keine be- richtet	Keine Anga- ben zur Fi- nanzierung Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
gram on anxiety, depression and quality of life in muscle invasive bladder cancer patients treated with adjuvant chemotherapy." [298]	Randomisiert: N=130 Post-Intervention: N=130 kA zur Analyse- Technik Land: China 2015- 2017	Geschlecht: Ca. 15.5% weiblich Alter: Mittelwert: ca. 57,6	(PERP), 16 Wochen, alle 2 Wochen Sitzungen, pro Sitzung ca. 30min Arm B: N _B =65 N _P =65 CAU	Primäre Endpunkte: 1. Angst (HADS-A) 2. Depressivität (HADS-D) 3. QoL (global) (EORTC QLQ-C30)	schiede zugunsten von PERP 2. <u>Depressivität:</u> → PERP versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede 3. <u>QoL (global):</u> → PERP versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PERP			RB: unclear Geplante Fallzahl erreicht (N=130)	
Al-Sulaiman et al., 2018: "Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being,	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 3 Arme Randomisiert: N = 201	Brustkrebspatient*innen, frühe Stadien (I-III) Geschlecht : 100% weiblich	Arm A : N _R = 67 N _{PI} = kA N _{FU} = kA PE, Einzel, 6x 60-90min Sitzungen über 12 Wochen	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (18 Monate) Primäre Endpunkte:	1. <u>Depressivität</u> → PE versus KB versus CAU : Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU; sign.	Nicht berichtet	Keine Angabe zur Finanzierung Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar." [299]	Post-Intervention: N = kA Follow-Up : N = kA (10 Pat. "non-compliant", gleichverteilt über Gruppen)	Alter : 30-50+ Mittelwert : kA	Arm B : N _R = 67 N _{PI} = kA N _{FU} = kA Krisenberatung (KB) one-to-one, sechs 60-90min Sessions über 12 Wochen Arm C : N _R = 67 N _{PI} = kA N _{FU} = kA CAU	1. Depressivität (DASS-21) 2. Ängstlichkeit (DASS-21) 3. Stress (DASS-21) 4. QoL (global) (EORTC QLQ-C30)	Gruppenunterschiede zugunsten von PE verglichen mit KB Follow-Up : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU; keine Unterschiede zwischen PE und KB 2. Ängstlichkeit: → PE versus KB versus CAU : Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU ; keine Unterschiede zwischen PE und KB Follow-Up : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB jeweils			Keine Fallzahlplanung „While this may be considered quite a small sample, the maximum sample size was limited by the overall number of patients in the country“ Follow-Up eigtl. für 6 Monate Post-Intervention geplant "Another potential limitation of this study is that the assessment of the long-term effects of the crisis	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
					<p>verglichen mit CAU; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p> <p>3. <u>QoL (global):</u> → PE versus KB versus CAU : Post-intervention : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB, jeweils verglichen mit CAU ; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p> <p>Follow-Up : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB für Subskala emotional functioning ; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p>			<p><i>counseling and psychoeducation interventions was not achieved at 6 months as planned, but was delayed until 18 months after the interventions. This was because most patients were unavailable at the 6-month mark, whether due to extended travel commitments or because they simply did not respond to requests from the research assistants."</i></p>	
Aliasghar-pour et al., 2018:	RCT, offen, prospektiv,	Krebspatient*innen mit	Arm A: N ₀ =49 N _p = 49	Erhebungszeitpunkte: Baseline	1. <u>Schmerz</u> → ES versus CAU: Post-Intervention:	Keine berichtet	Tehran University of	Risk of Bias SB1: low	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
“The Effect of Pain Management Training on the Severity of Pain in Patients with Cancer: A Clinical Trial Study.” [300]	multizentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=98 Post-Intervention: N= 98 Follow-Up 1: N= 98 kA zur Analyse-Technik, aber auch keine fehlenden Werte Land: Iran 2014	Schmerzscore über 4 auf VAS Geschlecht: 49,9% weiblich Alter: 18-66 Mittelwert:	N _{FU1} = 49 6 Edukations-Sitzungen (ES) und ein Trainingsmanual, über 3 Wochen, 20min pro Sitzung Arm B: N _B =49 N _{FU} = 49 N _{FU1} = 49 CAU	Post-Intervention Follow-Up 1 (3 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Schmerz (VAS)	Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von ES Follow-Up 1: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von ES		Medical Sciences, Tehran, Iran Laut Angaben keine COI	SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl erreicht (N=49 pro Gruppe)	
Mohd-Sidik et al., 2018: “Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 2 Arme	Krebspatient*innen (alle Typen & Stadien) Geschlecht: 56.7% weiblich	Arm A: EG N _B = 1070 N _{FU1} = 1065 N _{FU2} = 1063 N _{FU3} = 1060 Edukationsmodul zur Begleitung	Erhebungszeitpunkte: Baseline Follow-Up 1 (3-6 Wochen) Follow-Up 2 (6-12Wochen) Follow-Up 3 (12-18 Wochen)	1. <u>Angst</u> → EG vs. TAU Sign. reduzierte Häufigkeit von Angst nach der 1., 2. und 3. Sitzung zugunsten der EG 2. <u>Depressivität</u> → EG vs. TAU	Nicht berichtet	Geran Universiti Putra Malaysia Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
cancer pa- tients in Ma- laysia: Ran- domized controlled trial.“ [301]	Randomi- siert : N = 2140 Follow-Up 1: N = 2128 Follow-Up 2: N = 2126 Follow-Up 3: N = 2120 PP-Analyse Ausgewer- tet: N = 2120 Land: Malay- sia 2016-2017	Alter: <45: 12,5% 45-54: 16.9% 66-64: 31.8% >65: 48.7%	der Chemothera- pie-Zyklen, je einmal zu Base- line, FU, FU2 und FU3 insg. 4x 45- 60 Min Arm B: TAU N _B = 1070 N _{FU1} = 1063 N _{FU2} = 1063 N _{FU3} = 1060	Jeweils VOR Durchführung der Edukation Primäre End- punkte: 1. Angst (Häu- figkeit) (GAD-7, di- chotomisiert, Cut-Off >=7) 2. Depressivität (Häufigkeit) (PHQ-9, di- chotomisiert, Cut-Off>=10) Sekundäre End- punkte: 1. Selbstwert (RSES)	Sign. reduzierte Häufigkeit von Depression nach der 1., 2. Und 3. Sitzung zuguns- ten der EG			Geplante Fallzahl (N=2140) nicht er- reicht	
Wu et al., 2018: “Effects of a Psychoedu- cational In- tervention in Patients With Breast Cancer Un- dergoing	RCT, pros- pektiv, mo- nozent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N=40	Brustkrebs- patient*in- nen, wäh- rend Chemo- therapie (ins- gesamt 6 Zyklen über 18 Wochen), Stage I-IV,	Arm A: N _B =20 (kA zu weiteren MZP) PE, 6 x 60-minü- tige face-to-face Sitzungen wäh- rend 5 Chemo- therapie-Zyklen	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline (T1), während des 3. (T2) und 5. (T3) Chemozyklus, Post-Interven- tion (2 Wo- chen nach	1. <u>Angst</u> → PE versus CAU Post-Intervention: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PE 2. <u>Depressivität:</u> → PE versus CAU	Nicht berich- tet	Keine Anga- ben zur Fi- nanzierung Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Chemother- apy.” [302]	kA zu Ana- lyse-Tech- nik Ausgewer- tet: N=40 Land: Tai- wan	Geschlecht: 100% weib- lich Alter: 30-76 Mittelwert: 51,2	Arm B: N _B =20 (kA zu weiteren MZP) CAU	letzten Zyklus, T4) Primäre End- punkte: 1. Angst (HADS- A) 2. Depressivi- tät (HADS-D) 3. Krank- heitsspezifi- sches Wissen über Selbst- fürsorge 4. QoL (EORTC QLQ-C30, E- ORTC QLQ- BR23) 5. Selbstwirk- samkeit 6. Resilienz	Post-Intervention: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PE 3. <u>QoL – Global</u> <u>QoL:</u> → PE versus CAU Post-Intervention: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PE			Geplante Fallzahl er- reicht (N = 20 pro Gruppe) Sign. ver- schiedene Verteilung von Krebs- stadien zwi- schen den Gruppen Sign. höhe- rer global health status (QLQ-C30) in PE (EG) bei Baseline	
Li et al., 2017: “Psychologi- cal interven- tion impro- ves life qua- lity of pati- ents with lar- yngeal cancer.” [303]	RCT, pros- pektiv, of- fen, mono- zentrisch, 2 Arme Randomi- siert: N=210 Post-Inter- vention N= 210	Kehlkopf- krebs-Pati- ent*innen, bevorste- hende OP Geschlecht: 42,38% weiblich Alter: 39-76	Arm A: N _B =102 N _P =102 PE, vor, während und nach OP Arm B: N _B =108 N _P =108 CAU	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline (1 Woche Prä-Int- ervention) Post-OP (3 Mo- nate) Primäre End- punkte: 1. Depressivi- tät (HAMD) 2. Angst	1. <u>Depressivität</u> → PE versus CAU: Post-OP: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PE 2. <u>Angst:</u> → PE versus CAU: Post-OP:	Keine berich- tet	The Second Affiliated Hospital of Xi’an Jiao- tong Univer- sity and Shaan’xi Province Government	Risk of Bias SB1: unclear SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
	kA zur Analyse- Technik Land: China 2014-2016	Mittelwert: 55,26		(HAMA) 3. QoL (global) (EORTC QLQ- C30)	Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PE 3. <u>QoL(global)</u> : → PE versus CAU: Post-OP: Sign. Ver- besserun- gen nur in PE, nicht in CAU		Laut Anga- ben keine COI	<i>Bei QoL kein Gruppenver- gleich be- richtet</i> Keine Fall- zahlplanung	
Ohlsson- Nevo et al., 2016: “Effects of a psycho-edu- cational pro- gramme on health-re- lated quality of life in pa- tients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial.” [304]	RCT, pros- pektiv, mo- nozent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N = 86 Post-Inter- vention: N = 80 Follow-Up 1: N = 71 Follow-Up 2:	Anal- (ca. 2,4%) und Darmkrebs- patient*in- nen (Rest). Operative Behandlung Geschlecht: ca. 37,24% weiblich Alter: Mittelwert: 66	Arm A: N _B = 47 N _P = 44 N _{FU1} = 43 N _{FU2} = 38 PE-Programm (PEP), Vorträge + an- schließende Dis- kussion, Gruppe, wö- chentlich, 7x120min, Arm B: N _B = 39 N _P = 36 N _{FU1} = 28	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline Post-Interven- tion Follow-Up 1 (5 Monate) Follow-Up 2 (11 Monate) Primäre End- punkte: 1. QoL (SF-36, aufgeteilt in overall men- tal health status (MCS) und overall physical	1. <u>QoL – mental health</u> → PEP versus CAU: Post-Intervention: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von PEP (d= 0.51) Follow-Up 1: Keine sign. Gruppenun- terschiede Follow-Up 2:	Nicht berich- tet	Research Committee of Örebro County Council Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Machbar- keits-Studie kA zu Fall- zahlplanung PEP-Gruppe sign. höhere	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
	N = 66 ITT-An- satz, ohne Imputation Land: Schweden 2007-2010		N _{FLZ} = 28 CAU	health sta- tus (PCS))	Keine sign. Gruppenun- terschiede 2. <u>QoL – physical health:</u> → PEP versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede Follow-Up 1: Keine sign. Gruppenun- terschiede Follow-Up 2: Keine sign. Gruppenun- terschiede			Werte auf Subskalen general Health und Social Func- tioning zu Baseline	
Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (6/13)									
Chow et al., 2020: “A theory- driven psy- cho-educational inter- vention pro- gramme for	RCT, pros- pektiv, multizent- risch, ver- blindet (Proban- dinnen), 2 Arme	Gynäkologi- sche Krebs- patient*in- nen, neu di- agnostiziert (Diagnose innerhalb	Arm A: N _a =102 N _b =94 PE, 4 Sitzungen über 12 Wo- chen, 3 face-to- face-Sitzungen von 45-60min,	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline Post-Interven- tion Primäre End- punkte:	1. <u>Angst:</u> → PE versus AC: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede, sign. Zeitef-	Nicht berich- tet	Health and Medical Re- search Fund Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial." [305]	<p>Randomisiert: N=202 Post-Intervention: N=191</p> <p>ITT-Ansatz, kA zu Imputationsmethode Ausgewertet: N=191</p> <p>Land: China (Hong-Kong) 2016-2018</p>	<p>der letzten 3 Monate)</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: Mittelwert: 54,6</p>	<p>ein Telefongespräch von 20-35min; Zeitpunkt der Sitzungen individuell wählbar/angepasst</p> <p>Arm B: N₀=100 N₁=98 WL/AC</p>	<p>1. Unsicherheit (MUIS) 2. Angst (HADS-A) 3. Sexuelle Funktion (SVQ)</p>	<p>fekt → Verbesserungen in beiden Gruppen</p> <p>2. <u>Sexuelle Funktion</u>: → PE versus AC: Post-Intervention: Frauen in PE sexuell aktiver und höhere Einschätzung, dass Partner sexuell an ihnen interessiert ist verglichen zu AC; sign. Gruppenunterschiede auf Subskala Intimität zugunsten von PE</p>			<p>Geplante Fallzahl erreicht (N = 202)</p> <p>Baseline-Ängstlichkeit in PE-Gruppe leicht erhöht verglichen zur AC-Gruppe</p> <p>Sexuelle Funktion zu Baseline wurde nicht erhoben</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
<p>Li et al., 2018: “Effect of one comprehensive education course to lower anxiety and depression among Chinese breast cancer patients during the postoperative radiotherapy period - one randomized clinical trial.” [306]</p>	<p>RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N=290 Post-Intervention: N=281</p> <p>PP-Analyse Ausgewertet: s.o.</p> <p>Land: China 2013-2015</p>	<p>Brustkrebspatient*innen (einseitig), während postoperativer Bestrahlungsperiode, Stage I-IV</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: 25-67 Mittelwert: 46,2</p>	<p>Arm A: EG N_g=145 N_p=136 PE und Management-Fertigkeiten, 1x3h Sitzung</p> <p>Arm B: N_g=145 N_p=145 CAU</p>	<p>Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention (nach Radiotherapie)</p> <p>Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (HADS-D) 2. Angst (HADS-A)</p>	<p>1. <u>Depressivität</u> → EG vs. CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede</p> <p>2. <u>Angst</u> → EG vs. CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede</p>	<p>Nicht berichtet</p>	<p>Keine Angaben zur Finanzierung</p> <p>Laut Angaben keine COI</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear</p> <p>Geplante Fallzahl erreicht (N = 242)</p>	<p>1b</p>
<p>Yang et al., 2018: “Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients</p>	<p>RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N=69</p>	<p>Fortgeschrittener Lungenkrebs, neue Diagnose (max. 8 Wochen her)</p> <p>Geschlecht: ca. 68% weiblich</p>	<p>Arm A: N_g=35 N_p=28 Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention, 4 edukative face-to-face Sitzungen</p>	<p>Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention</p> <p>Primäre Endpunkte: 1. QoL (FACT-L) 2. Lungenkrebs-Symptome</p>	<p>Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede auf relevanten Endpunkten, keine klinisch bedeutsame Verbesserung in EQUIP</p>	<p>Nicht berichtet</p>	<p>National Cancer Centre Research Fund</p> <p>Laut Angaben keine COI</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: unclear SB2 unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear</p>	<p>1b</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerkungen	Evi- denz- klasse
(EQUIP In- tervention for Patients With Ad- vanced Lung Cancer.” [307]	Post-Inter- vention: N=58 kA zur Auswer- tungs-Me- thode Ausgewer- tet: N=58 Land: Sin- gapur	Alter: Mittelwert: ca. 58,8	Arm B: N _B =34 N _P =30 CAU	(LCS) 3. Trial Out- come Index (TOI) Sekundärer Endpunkt: 4. Depressivi- tät (HADS-D) Angst (HADS- A)				Vielleicht Se- lektionsbias Phase-2-Pi- lotstudie Geplante Fallzahlpla- nung er- reicht (N = 69)	
Bourmaud et al., 2017: “Cancer-re- lated fatigue manage- ment: evalu- ation of a patient edu- cation pro- gram with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study.” [308]	RCT, pros- pektiv, of- fen, multi- zentrisch, 2 Arme Randomi- siert: N = 212 Modifizier- ter ITT-An- satz (Pati- ent*innen mit VAS- Score von Baseline	Krebspati- ent*innen (58,5% Brust, Rest andere) Geschlecht: 84,4% weib- lich Alter: Mittelwert: 55,9	Arm A: N _B =106 N _P =66 (gesamte Intervention ab- solved) Edukationspro- gramm für Fati- gue (PEPS): Gruppeninter- vention, 5 x 2h- Sitzungen über 6 Wochen Arm B: N _B =106 N _P = 81 CAU	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline Post-Interven- tion Primärer End- punkt: 1. Fatigue (VAS) Sekundäre Endpunkte: 2. Fatigue (FACT-F, R- PFS) 3. QoL (global) (QLQ-C30) 4. Angst (HADS- A)	1. Fatigue → PEPS versus CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede 2. QoL (global) → PEPS versus CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede 3. Angst:	keine	French Min- istry of Health (PHRC 2006 [Hospital Program of Clinical Re- search]) Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl er- reicht (N = 80 pro Gruppe)	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
	und Post- Interven- tion für primäres Outcome analysiert, auch wenn Interven- tion nicht vollst. durchlau- fen)			5. Depressivi- tät (HADS-D)	→ PEPS versus CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede				
	Land: Frankreich				4. Depressivität → PEPS versus CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede				
Chan et al., 2017: “A culturally adapted sur- vivorship programme for Asian early stage breast cancer patients in Singa- pore: A ran- domized, controlled trial.” [309]	RCT, pros- pektiv, mo- nozent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N = 88 ITT-Ansatz Ausgewer- tet: N = 72	Brustkrebs- patient*in- nen in frü- hen Stadien (Stage I-III), abgeschlos- sene Chemo- therapie Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 50,3	Arm A: N _e = 43 N _p = 34 PE in der Gruppe (PEG), 3 Wo- chen, wöchent- lich, 3x4,5h Arm B: N _e = 45 N _p = 38 CAU	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline Post-Interven- tion (während 2 Monaten nach Interven- tion) Primärer End- punkt: 1. Distress (RSCL) Sekundäre Endpunkte: 2. QoL (global)	1. Distress: → PEG versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenun- terschiede; Verbesser- ungen in beiden Gruppen 2. QoL(global): → PEG versus CAU: Post-Intervention:	Nicht berich- tet	National Cancer Centre Com- munity Cancer Fund Grant Call, Pretty in Pink 2014 event Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Geplante Fallzahl nicht er- reicht (N = 80)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
	Land: Sin- gapur 2015-2016			(EORTC QLQ- C30) 3. Angst (BAI) 4. Zufriedenheit (Satisfaction Question- naire)	Keine sign. Gruppenun- terschiede 3. Angst: → PEG versus CAU: Post-Intervention Keine sign. Gruppenun- terschiede, Verbesse- rungen in beiden Gruppen			Phase 2-Studie	
Riese et al., 2017: “Effectiven- ess of a standar- dized pati- ent educa- tion pro- gram on therapy-rela- ted side effects and unplanned therapy in- terruptions in oral cancer	RCT (clus- ter-rando- misiert), prospektiv, multizent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N=165 Post-Inter- vention: N=161 Follow-Up 1:	Krebspati- ent*innen (Darm 15,5%, Kno- chenmark 12,7%, Brust 10%, Lunge 8,06%) Geschlecht: 53,93% weiblich Alter: Mittelwert: ca. 70 Jahre	Arm A: N _B =111 N _P =107 N _{FU1} =97 N _{FU2} =84 N _{FU3} =58 Patient*innen- Edukations-pro- gramm (PEP), 5 face-to-face Ein- zelsitzungen, Sitzung 2 und 3 alle zwei Wo- chen, Sitzung 3 und 4 monat- lich, ca. 30- 45min	Erhebungs- zeitpunkte: Baseline Post-Interven- tion Follow-Up 1 (2 Wochen) Follow-Up 2 (6 Wochen) Follow-Up 3 (10 Wochen) Primäre End- punkte: 1. Häufigkeit von therapie- bezogenen	1. Schmerzen → PEP versus CAU: Keine sign. Gruppenun- terschiede 2. Übelkeit → PEP versus CAU: Keine sign. Gruppenun- terschiede 3. Fatigue → PEP versus CAU:	Nicht berich- tet	German Fe- deral Mi- nistry of Health within the National Cancer Plan Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2 unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Geplante Fallzahl nicht er- reicht (N = 210)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
therapy: a cluster-rand- omized con- trolled trial.” [310]	N=145 Follow-Up 2: N=130 Follow-Up 3: N=98 PP-Ansatz Ausgewer- tet: s.o. Land: Deutsch- land 2014		Arm B: N _B =54 N _P =48 N _{FU1} =46 N _{FU2} =40 N _{FU3} =40 CAU	Nebenwirkun- gen (Ausschlag, Schmerz , Übelkeit , Erb- rechen, Fati- gue , Durch- fall) Symp- tom-tagebuch 2. Häufigkeit von unge- planten The- rapieunter- brechungen	Keine sign. Gruppenun- terschiede				

2.4.3 Psychoonkologische E-Health Interventionen

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlungen 8.11 bis 8.13.

2.4.3.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
<p>Hilfiker et al., 2018: "Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis." [272]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: 245 Primärstudien</p>	<p>Indirect-comparison MA</p> <p>Suchzeitraum: Januar 2017</p> <p>Datenbanken: Pubmed CENTRAL</p> <p>Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: Bewegungs- oder nicht-pharmakologische Therapie C: TAU/UC O: Fatigue S: RCTs</p>	<p>RCTs</p> <p>Brustkrebs (126)</p> <p>Hämatologischer Krebs (10)</p> <p>Prostatakrebs (18)</p> <p>Kolorektaler Krebs (7)</p> <p>Gemischte Krebsdiagnosen (52)</p> <p>Geschlecht: >65% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: kA</p> <p>Länder :</p>	<p>Inhalte: Während Behandlung</p> <p>Ausdauer (34)</p> <p>Ausdauer + Gewichte (23)</p> <p>KVT (18)</p> <p>Entspannung (12) → inkl. Atmung, Stretching, Meditation</p> <p>Yoga (10)</p> <p>Gewichte (10)</p> <p>Multimodal (6)</p> <p>Massage (4)</p> <p>Heilende Berührung (3)</p> <p>Tanztherapie (2)</p> <p>Musiktherapie (1)</p> <p>Nach Behandlung</p> <p>Ausdauer (30)</p> <p>Ausdauer + Gewichte (32)</p> <p>KVT (29)</p>	<p>Primäre Endpunkte:</p> <p>1.Fatigue</p> <p>Verwendete Messinstrumente: CFS PFS PFS-Revised EORTC QLQ-C30 Fatigue BFI POMS FACT-F FACT-F etc.</p>	<p>1. Fatigue Während Behandlung →Entspannung: Post-Intervention: 12 RCTs, $I^2 = 88\%$; SMD=-0.77 [-1.22, -0.31, p <.05]</p> <p>Nach Behandlung →Entspannung: Post-Intervention: RCTs (kA), $I^2 = k.A.$; SMD=-0.05 [-0.64, 0.53, n.s.]</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB "Over all comparisons, the random sequence generation was adequate in most trials (97%); allocation concealment was problematic in 61% of the trials. Baseline characteristics were not balanced in 17% of the studies; patients and outcome assessor could not be blinded in most trials (99%), therapists were never blinded. More than 15% of drop-outs were present in 36% of the trials and only 51% of the trials reported an intention-to-treat analysis. (p.654)</p> <p>Review: AMSTAR-2: critically low quality Method.Mängel in</p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
	<p>112 RCTs in MA Intervention während laufender Krebsbehandlung</p> <p>133 RCTs in MA Interventionen nach abgeschlossener Krebsbehandlung</p>	Keine zusammenfassenden Angaben, Details in Appendices	<p>Entspannung (kA) → inkl. <i>Atmung, Stretching, Meditation</i></p> <p>Yoga (kA) Gewichte (kA) Multimodal (kA) Massage (kA) Heilende Berührung (kA) Tanztherapie (kA) Musiktherapie (kA)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 3-52 Wochen 0-12 Wochen Follow-Up Individual-, Gruppen-, und Paarsetting, Tele- und EHealth</p> <p>Kontrollgruppen: TAU/UC</p>				<p>kritischer Domäne 2,7,11,15 non-kritischer Dom. 1,3,10</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Ausschluss von Studien mit n<25 Teilnehmenden pro Arm; Effekte generell kleiner, keine Änderung des Signifikanzniveaus in relev. Effekten; kein Einfluss auf Heterogenität</i></p> <p>Publikations-bias: <i>Egger's Test liefert Hinweise Publikations-Bias in relev. Vergleichen</i></p>	
<p>Sanjida et al., 2018: "Are psychological interventions effective on anxiety</p>	<p>SysRev & MA</p> <p>Suchzeitraum: Januar 1993– Juni 2017</p>	<p>RCTs</p> <p>Brustkrebs (36)</p>	<p>Inhalte: 14 x KVT</p> <p>12 x Entspannungsverfahren</p>	<p>Primäre Endpunkte: 1. Angst</p>	<p>1. Angst → Gesamteffekt: Post-Intervention: 51 RCTs, n=7491</p>	Keine SUEs berichtet	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 18 PB: 2 DB: 7 AB: 42</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>in cancer patients? A systematic review and meta-analyses." [273]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: 71 Primärstudien in qual. Review / 51 in Meta-Analysen</p>	<p>Datenbanken: CENTRAL Medline Embase CINHAL Scopus PsycInfo</p> <p>Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychosoziale Intervention C: alternative Intervention, TAU/UC, Warteliste O: Angst, Distress S: RCTs</p> <p>71 RCTS, N=13098 Patient*innen</p>	<p>Gynäkologische Tumore (3) Prostata- und Hodenkrebs (2) Sonstige Krebsdiagnosen (29)</p> <p>Geschlecht: 74,6% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 55</p> <p>Länder : USA (19) Europa (29) Weitere (53)</p>	<p>9x Psychosoziale Therapie 13x "Supportive Care Interventions" 3x gestufte Interventionen ("stepped care") 20x sonstige</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 4 Tage – ein Jahr</p> <p>Kontrollgruppen: alternative Intervention TAU/UC Warteliste</p>	<p>Verwendete Messinstrumente: <i>Angst</i> HADS STAI POMS</p>	<p>$I^2 = 68\%$; SMD=-0.21 [-0.30, -0.13, $p < .001$] → Sensitivitätsanalyse: <i>Entfernung der Studie mit größtem und kleinstem Effekt, keine Änderung des Ergebnis</i></p> <p>→Entspannung: Post-Intervention: 12 RCTs, $I^2 = 78\%$; SMD=-0.53 [-0.79, -0.26, $p < .05$]</p>		<p>RB: 48 OB: kA</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7,11,15 non-kritischer Dom. 5,8</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>durchgeführt, siehe Hauptergebnisse</i></p> <p><i>Durchführung von Subgruppen-Analysen, teilweise in Hauptergebnissen aufgeführt</i></p> <p>Publikations-bias: <i>"Studies with a sample size of less than 40 participants were excluded to</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
	51 RCTs, N=8283 Pa- tient*innen in MA						<i>reduce the potential influence of publication bias and inflated ES common in small studies."</i>	
<p>Tian et al., 2020:</p> <p>"Progressive muscle relaxation is effective in preventing and alleviating of chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: a systematic review of six randomized controlled trials." [274]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien : Arakawa et al. 1995 Arakawa et al. 1997 Li et al. 2019</p>	<p>SysRev</p> <p>Suchzeitraum: Bis 30. Mai 2019</p> <p>Datenbanken: CENTRAL CINHAL CBM CNKI Wanfang data database</p> <p>Einschlusskriterien: P: Erwachsene Krebspatient*innen mit Chemotherapie</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene Krebspatient*innen (Lunge 2, Brust 2, Gemischt 2) vor und während Chemotherapie</p> <p>Geschlecht: 37,9% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 43,6 – 57,7</p> <p>Länder : China, Japan</p>	<p>PMR (ausschließlich)</p> <p>Länge & Frequenz: 15-30min pro Sitzung, 1-2x täglich, 3 Tage – 3 Wochen,</p> <p>Kontrollgruppen: TAU</p>	<p>Primäre Endpunkte:</p> <p>1. Übelkeit 2. Erbrechen (induziert durch Chemotherapie)</p> <p>Verwendete Messinstrumente: CTCAE MASCC-AT INV-2 MANE RSS</p>	<p>Signifikant stärkere Reduktion von Übelkeit in IG verglichen mit CG in <i>allen</i> Studien</p> <p>Signifikant stärkere Reduktion von Erbrechen in IG verglichen mit CG in 5/6 Studien</p> <p>Keine Effektstärken berichtet</p> <p>Follow-Up-Zeiträume: 3 Tage nach Behandlung – 3 Wochen nach Behandlung</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichteten UEs nicht</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit hohem (3) und unklarem (3) Biasrisiko</p> <p>SB: 1 PB: 3 DB: unclear AB: 0 RB: 0 OB: 2</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 3,8,14</p> <p>Publikationsbias: nicht berichtet</p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Luo et al. 2016 Song et al. 2013 Zhang et al. 2017	I: PMR als einzige Intervention C: routine care O: Übelkeit und Erbrechen S: RCTs 6 RCTS, N=358 Patient*innen				"The results of the present systematic review indicated that several independent studies have reported a significant beneficial effect of PMR training on the chemotherapy-induced nausea and vomiting as measured by relevant tools" (p. 6)			
Kapogiannis et al., 2018 "Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Ran-	SysRev Suchzeitraum: Jan 1990 – 21. Okt 2016 Datenbanken: AMED, CENTRAL, Pubmed, Scopus Einschlusskriterien:	RCTs Erwachsene Krebspatient*innen (Brust 6, Brust und Prostata 1) vor und während Chemotherapie; unterschiedliche Erkrankungsstadien Geschlecht: Keine Angabe	PMR in Verbindung mit GI Länge & Frequenz: 4 Studien 30min pro Sitzung, sonst keine Angabe, 1x täglich, Keine Angaben zur Sitzungsanzahl, Kontrollgruppen: Keine Angabe	1. Stimmung 2. Lebensqualität 3. Depressivität 4. Stress 5. Angst 6. Fatigue 7. Übelkeit 8. Erbrechen 9. Biomarker Eine Studie untersucht ausschließlich Biomarker Verwendete Messinstrumente: EPQR	"Seven of the included trials reported beneficial effects on mental state (mood, anxiety, and depression) and on toxicity (nausea and vomiting)." (p.137) Nur narrative Ergebnisdarstellung, Keine Effekstärken berichtet	Keine SUEs berichtet RCTs berichten UEs nicht	Primärstudien: Jadad-Scores 2x0/5, 2x2/5, 3x3/5 SB: unclear PB: unclear DB: unclear AB: 0 RB: unclear OB: unclear Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7 non-kritischer Dom.	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
domized Controlled Trials." [275] Primärstudien: Walker et al. 1999 Yoo et al. 2005 Eremin et al. 2009 Chen et al. 2015 Charalambous et al. 2016	P: Erwachsene Krebspatient*innen mit Chemotherapie I: PMR mit GI S: RCTs 7 RCTS, N=588 Patient*innen	Mittleres Alter: Keine Angabe Länder : UK, Hong Kong, Südkorea, Taiwan, Zypern		CECS L-Scale RSCL GQOL MANE STAI POMS MAACL FACT-B HADS SDS EORTC QLQ-C30 BDI-II RINVR ZSRAS CFS	Follow-Up-Zeiträume: 6 Tage bis 6 Monate nach Ende der Chemotherapie		1,3,5,8,10,16 Publikationsbias: nicht berichtet	
Faller et al., 2013: "Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review und Meta-Analyse." [276]	MA Suchzeitraum: May 2013 Datenbanken: CENTRAL Medline PsycInfo Einschluss-kriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen	RCTs Gemischte Krebsdiagnosen (80) Brustkrebs (78) Prostatakarz. (8) Gynekologisch (6) Melanom (5) Hematologischer Krebs (4) Andere (12)	Inhalte: Psychotherapie Einzel (55) Gruppe (42) Paar (10) Psychoedukation (19) Entspannungsverfahren (46) Einfache Informationsgabe (23) Andere (12) Davon : Einzel (119)	Primäre Endpunkte: 1. <i>Distress</i> 2. <i>gesundheitsbezogene QoL</i> 3. <i>Depressivität</i> 4. <i>Angst</i>	1. Distress → Gesamteffekt Post-Intervention: 77 RCTs, N=kA I ² = 73%; SMD=0.29 [0.20, 0.37, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 58 RCTs, N=kA I ² = 56%; SMD=0.17 [0.09, 0.24, p <.001]	Nicht berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 51 PB: kA DB: kA AB: 122 RB: 141 OB: kA Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7, 13 non-kritischer Dom.	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Eingeschlossene Primärstudien: 198 RCTs	I: psychoonkologische Interventionen C: Aufmerksamkeits-Placebo, TAU/UC O: Distress, QoL, Depressivität, Angst S: RCTs 198 RCTs, N=22238 Patient*innen (218 Vergleiche in MA)	Nicht angegeben (5) Geschlecht: Median 82% weiblich Alter: Median 54 Jahre Länder : USA (107) UK (18) Australien (12) Kanada (10) Schweden (9) Niederlande (7) Weitere (35)	Gruppe (66) Paar (8) Nicht angegeben (5) Dauer/Frequenz/Länge: 1-35 Sitzungen, Median 6 Sitzungen, Über 1-730 Tage, Median 42 Tage Kontrollgruppen: TAU/UC Aufmerksamkeitskontrolle		Follow Up >6 Monate: 39 RCTs, N=kA $I^2 = 32\%$; SMD=0.10 [0.04, 0.1, p =.003] → Entspannungsverfahren Post-Intervention: 11 RCTs, N=kA $I^2 = 59\%$; SMD=0.29 [0.06, 0.52, p =.013] Follow Up ≤6 Monate: 4 RCTs, N=kA $I^2 = 85\%$; SMD=0.66 [-0.12, 1.44, p=.10] Follow Up >6 Monate: 4 RCTs, N=kA $I^2 = 56\%$; SMD=0.22 [-0.13, 0.56, p =.22]		3, 10, Sensitivitäts-Analysen: <i>Bei hoher Heterogenität ($I^2 > 70\%$) Ausschluss vjew. einer Studie aus MA & Moderatorenanalysen (u.A. Alter, Tumorart)</i> <i>Weiterhin a priori geplante Subgruppenanalysen (siehe Hauptergebnisse)</i> Publikations-bias: <i>Visuelle Prüfung der Funnel-Plots</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
--	------------	---------------------------------------	----------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------	-------------------------	--------------------

2. QoL

→ **Gesamteffekt**

Post-Intervention:

66 RCTs, N=kA

$I^2 = 78\%$;

SMD=0.26

[0.15, 0.37, p
<.001]

Follow Up ≤6 Mo-
nate:

47 RCTs, N=kA

$I^2 = 65\%$;

SMD=0.22

[0.12, 0.33, p
<.001]

Follow Up >6 Mo-
nate:

27 RCTs, N=kA

$I^2 = 50\%$;

SMD=0.18

[0.07, 0.28, p
<.001]

→ **Entspan-
nungsverfahren**

Post-Intervention:

8 RCTs, N=kA

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>$I^2 = 61\%$; SMD=0.35 [0.05, 0.65, p =.021]</p> <p>Follow Up ≤ 6 Mo- nate: 5 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 83\%$; SMD=0.78 [0.17, 1.4, p=.013]</p> <p>Follow Up >6 Mo- nate: 1 RCT, N=kA <i>d=0.42</i> ; keine weiteren Anga- ben</p>			
					<p>3. <u>Depressivität</u> → Gesamteffekt Post-Intervention: 72 RCTs, N=kA $I^2 = 56.5\%$; SMD=0.33 [0.25, 0.41, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤ 6 Mo- nate: 40 RCTs, N=kA</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					<p>$I^2 = 40.8\%$; SMD=0.2 [0.11, 0.28, p <.001]</p> <p>Follow Up >6 Mo- nate: 26 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 47.1\%$; SMD=0.14 [0.05, 0.24, p =.002]</p>			
					<p>→ Entspan- nungsverfahren</p> <p>Post-Intervention: 14 RCTs, N=kA</p> <p>$I^2 = 74\%$; SMD=0.37 [0.09, 0.65, p =.009]</p> <p>Follow Up ≤6 Mo- nate: 1 RCT, N=kA</p> <p>$d=1.07$; keine weiteren Anga- ben</p>			
					<p>4. Angst → Gesamteffekt</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					Post-Intervention: 74 RCTs, N=kA I ² = 60%; SMD=0.38 [0.29, 0.46, p <.001] Follow Up ≤6 Mo- nate: 38 RCTs, N=kA I ² = 73%; SMD=0.34 [0.2, 0.47, p <.001] Follow Up >6 Mo- nate: 15 RCTs, N=kA I ² = 33%; SMD=0.17 [0.06, 0.28, p =.003]			
					→ Entspan- nungsverfahren Post-Intervention: 22 RCTs, N=kA I ² = 75%; SMD=0.53 [0.29, 0.77, p <.001]			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
--	------------	---------------------------------------	----------------	--------------------------	----------------------	----------------------------------	-------------------------	--------------------

Follow Up ≤6 Mo-
nate:
7 RCTs, N=kA
I² = 93%;
SMD=1.12
[0.31, 1.92,
p=.007]

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
<p>Larson et al., 2020:</p> <p>"The effect of telehealth interventions on quality of life of cancer survivors: A systematic review and meta-analysis." [311]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Ashing 2016 David 2011 Forbes 2015 Freeman 2015 Galiano-Castillo 2016 Hawkes 2014</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Bis 31. Oktober 2017</p> <p>Datenbanken: PubMed</p> <p>CINHAL Ebsco Health (Medline complete)</p> <p>Einschlusskriterien: P: Erwachsene Krebspatient*innen</p>	<p>RCTs</p> <p>Cancer Survivors (Brust 6, Gemischt 2, Oesophaguskarzinom 1, Zervixkarzinom 1, Colorektalkarzinom 1)</p> <p>Geschlecht: 75% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 46 – 66</p> <p>Länder : Australien USA</p>	<p>Inhalte: 3 x web-basiertes Selbstmanagement 5 x telefon-basiert 1 x mail-basierte Beratung 1 x Video-Konferenz 1 x internet-basierte Tele-Rehabilitation</p> <p>Frequenz: Mehrheitlich wöchentlich; bei Selbstmanagement frei wählbar</p> <p>Dauer: 2 – 12 Monate</p>	<p>Primäre Endpunkte: <i>QoL</i></p> <p>Verwendete Messinstrumente: <i>QoL</i> EORTC QLQ-C30 FACT-B FACT-G FACT-C FACT-Cx</p>	<p><u>QoL</u> → <i>Gesamteffekt</i>: Post-Intervention: 11 RCTs, N=1349, $I^2 = 95%$; $SMD=0.75$ [0.20, 1.30, $p = .007$]</p> <p>Fail-safe-N: 202</p> <p>Random-Effects Model</p> <p>→ <i>Nach Entfernung von Ausreißern</i>: Post-Intervention:</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichten UEs nicht</p>	<p>Primärstudien: PEDro Skala, range 6-8 von 11; Risiko für DB und PB hoch, keine Verblindung. Risiko für SB hoch, keine verblindete Gruppenzuordnung</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,9,13 non-kritischer Dom. 1,3,5,6,8,11,12,</p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
<p>Xu et al., 2019:</p> <p>"Effectiveness of e-health based self-management to improve cancer-related fatigue, self-efficacy and quality of life in cancer patients: Systematic review and meta-analysis" [312]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Admiraal 2017</p> <p>Bantum 2014</p> <p>Boele 2018</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Bis 14. Juli 2019</p> <p>Datenbanken: CENTRAL PubMed CINHAL Embase Web of Science</p> <p>Einschlusskriterien: P: Erwachsene</p> <p>P: Erwachsene</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene Krebspatient*innen versch Tumorstadien (Brust 6, Gemischt 4, Hämatologischer Krebs 2, Gliome 1, Rektalkarzinom 1)</p> <p>Geschlecht: kA</p> <p>Mittleres Alter: 41,5 – 66,6</p> <p>Länder : USA</p>	<p>Inhalte: Behaviour change Medical management <i>Psychological management</i> (Depression therapy, CST, Psychoeducation, psychological support)</p> <p>12 x web-basiert 2 x telefon-basiert 1 x App</p> <p>Länge & Frequenz: Int. meist modular aufgebaut, Zugang für 4 Wochen – 6 Monate,</p>	<p>Primäre Endpunkte: <i>Fatigue</i> Selbstwirk-samkeits-erleben <i>QoL</i></p> <p>Verwendete Messinstrumente: <i>Fatigue</i> FSI FACT-F FACIT-F CIS BFI PROMIS</p> <p><i>QoL</i> EORTC QLQ-C30</p>	<p><u>Fatigue</u> →<i>Gesamteffekt</i> t: Post-Intervention: 9 RCTs, N=1734, I² = 54%; SMD=-0.24 [-0.39, -0.08, p = .03]</p> <p>GRADE: very low</p> <p>→<i>IG versus TAU/UC</i> Post-Intervention: 7 RCTs, N=1524, I² = 23%; SMD=-0.30</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichteten UEs nicht</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 7 PB: 0 DB: 1 AB: 14 RB: 4 OB: 14</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,11,15 non-kritischer Dom. 1,3</p> <p>Sensitivitätsanalysen:</p>	1a-

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
Foster 2016 Golsteijn 2018 Lee 2014 Owen 2005 Smith 2018 Somers 2018 Syrjala 2018 Vallerand 2018 van den Berg 2015 Willems 2017 Zhang 2013 Zhu 2018	Krebspa- tient*innen I: e-Health (<i>app, web- site, mail, te- lephone</i>) C: nicht e- Health ba- siert O: Fatigue, Selbstwirksam- keits-erle- ben, QoL S: RCTs 15 RCTS (13 in MA), N=2337 Pa- tient*innen	Niederlande UK Kanada China Südkorea	Bis zu 5 wöchen- tliche Einheiten Kontrollgruppen: 6x Warteliste 5x TAU/UC 2x Info-Broschüre 2x Face-to-Face- Beratung	FACT-B FACT-G	[-0.42, -0.17, p < .01] GRADE: mode- rate →IG versus other support Post-Interven- tion: 2 RCTs, N=210, I ² = 0%; SMD=0.18 [-0.09, 0.45, p=.18] GRADE: low → keine signi- fikanten Sub- gruppenunter- schiede zwischen tele- fon-basiert versus web-ba- siert		<i>Effekte robust gegen- über Entfernung je- weils einer Studie</i> Publikations-bias: <i>"publication bias was not evaluated because fewer than 10 studies were in- cluded." (p. 3436)</i>	

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					<p><u>QoL</u></p> <p>→<i>Gesamteffek- t:</i></p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>7 RCTs, N=1502,</p> <p>$I^2 = 29\%$; $SMD=0.09$ [-0.04, 0.22, p = .18]</p> <p>GRADE: low</p> <p>→<i>IG versus TAU/UC</i></p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>5 RCTs, N=1218,</p> <p>$I^2 = 29\%$; $SMD=0.14$ ([0.00, 0.29, p=.23]</p>			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					<p>GRADE: mode- rate</p> <p>→IG versus other support</p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>2 RCTs, N=284, I² = 0%; SMD=0.09</p> <p>[-0.32, 0.14, p=.54]</p> <p>GRADE: low</p> <p>→ keine signi- fikanten Sub- gruppenunter- schiede zwischen tele- fon-basiert versus web-ba- siert</p>			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
Zhang et al., 2018: "Effectiveness of telephone-based interventions on health-related quality of life and prognostic outcomes in breast cancer patients and survivors—A meta-analysis" [313]	MA Suchzei- traum: Bis Mai 2015 Daten- banken: CENTRAL Web of science Medline EMBASE	RCTs Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: 44 – 64 Länder : USA	Inhalte: Telephone inter- view of home nur- sing telephone-based physical activity intervention health education or emotional ex- pression interven- tion selfcare telephone contact symptoms mana- gement	Primäre End- punkte: <i>QoL</i> Physiologisches Funktionsniveau Häusliches Funktionsniveau Selbstwirksam- keitserleben <i>Angst</i> <i>Depressivität</i> <i>Fatigue</i>	<u>QoL</u> → <i>Gesamteffek- t:</i> Post-Interven- tion: 7 RCTs, N=973, I ² = 91%; SMD=0.54 [0.08, 1.00, p = .02]	Keine SUEs berichtet RCTs berich- ten UEs nicht	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 5 PB: 2 DB: 2 AB: 14 RB: 14 OB: nicht berichtet Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,13,15 non-kritischer Dom. 1,10,12	1a-
Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Wyatt 2004 Kimman 2011 Heiney 2003 Park 2012 Badger 2005 Ligibel 2012	CNKI CBM Einschluss- kriterien: P: Brust- krebs-pa- tient*innen I: telefon-ba- siert	Niederlande Finnland Kanada China	guided use of au- diotaped cogni- tive-behavioural strategies Frequenz: 1 x monatlich – 6 x wöchentlich	Verwendete Messinstru- mente: <i>QoL</i> EORTC QLQ-C30 <i>QoL-BC</i> FACT-B SF-36	<u>Angst</u> → <i>Gesamteffek- t:</i> Post-Interven- tion: 5 RCTs, N=726, I ² = 45%; SMD=-0.16		Sensitivitätsanalysen:	

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
Salonen 2014 Sandgren 2007 Zhu 2015 Craddock 1999 Braden 1998 Allard 2007 Allan 2002 Mishel 2005	C: nicht tele- fon-basiert O: / S: RCTs 14 RCTS, N=2002 Pa- tient*innen Studien ohne ausrei- chende quantitative Daten wurden exkludiert		Dauer: 3 Wochen - 13 Monate Kontrollgruppen: 6 x keine Inter- vention 8 x TAU/UC	<i>Angst</i> POMS STAI <i>Depressivität</i> POMS <i>Fatigue</i> QoL-BC MFI FACIT-F	[-0.30, -0.01, p = .04] Fixed-effects model <u>Depressivität</u> → <i>Gesamteffek</i> t: Post-Interven- tion: 7 RCTs, N=239, I ² = 40%; SMD=-0.14 [-0.40, 0.11, p = .28] Fixed-effects model <u>Fatigue</u> → <i>Gesamteffek</i> t:		<i>Nicht durchgeführt</i> Publikationsbias: <i>nicht geprüft</i>	

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					Post-Intervention: 4 RCTs, N=339, $I^2 = 90\%$; $SMD=-0.7$ [-1.43, 0.03, p = .06] Random-effects model			
Chen et al., 2018: "Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: A meta-analysis." [314]	MA Suchzeitraum: Bis 3. Oktober 2016 Datenbanken: CENTRAL Web of science	RCTs Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: 35 - 64 Länder :	Inhalte: u.A. Telephone based (psycho-) educational intervention, Internet support group, Online stress management, Web-based cognitive Training,	Primäre Endpunkte: QoL Depressivität Angst Distress Selbstwirksamkeitserleben Erlebter Stress	<u>QoL</u> →Gesamteffekt: Post-Intervention: 13 RCTs, N=1252, $I^2 = 92\%$; $SMD=0.60$ [0.18, 1.01, p = .005] Random-effects-model	Keine SUEs berichtet RCTs berichten UEs nicht	Primärstudien: im Anhang; lässt sich per Link nicht öffnen; Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7 non-kritischer Dom. 3,8,10	1a-

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
<p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Allard 2007</p> <p>Ashing 2016</p> <p>Ashin 2014</p> <p>Beaver 2009</p> <p>Berg 2015</p> <p>Carpenter 2014</p> <p>Chee 2016</p> <p>Chen 2015</p> <p>Damholdt 2016</p> <p>David 2011</p> <p>Freeman 2015</p> <p>Galiano-Castillo 2016</p> <p>Kimman 2011</p> <p>Liu 2015</p> <p>Owen 2005</p>	<p>Pubmed</p> <p>EMBASE</p> <p>CNKI</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>P: diagnostizierte Brustkrebspatient*innen</p> <p>I: telefon und internetbasiert</p> <p>C: UC</p> <p>O: QoL, depression, anxiety, distress, self-efficacy, perceived stress</p> <p>S: RCTs</p>	<p>China</p> <p>Dänemark</p> <p>Deutschland</p> <p>UK</p> <p>Finnland</p> <p>Kanada</p> <p>Niederlande</p> <p>USA</p> <p>Spanien</p> <p>Türkei</p>	<p>Psychosocial counselling for breast cancer patients via web-based e-mail</p> <p>Frequenz:</p> <p>Keine Angaben</p> <p>Dauer:</p> <p>2 Wochen – 24 Monate</p> <p>Kontrollgruppen:</p> <p>Keine genaueren Angaben</p>	<p>Verwendete Messinstrumente:</p> <p>QoL</p> <p>EORTC QLQ-C30</p> <p>QoL-BC</p> <p>FACT-B</p> <p>FACT-G</p> <p>SF-36</p> <p>Angst</p> <p>HAMA</p> <p>STAI</p> <p>SCL-92</p> <p>Depressivität</p> <p>POMS</p> <p>CES-D</p> <p>BDI</p> <p>HAMD</p>	<p>→ Telefon vs. UC</p> <p>Post-Intervention:</p> <p>3 RCTs,</p> <p>I² = 52%; SMD=0.14</p> <p>[-0.17, 0.45, p = .39]</p> <p>→ Telefon+Internet vs. UC</p> <p>Post-Intervention:</p> <p>2 RCTs,</p> <p>I² = 0%; SMD=1.20</p> <p>[0.80, 1.60, p < .001]</p> <p><u>Depressivität</u></p>		<p>Sensitivitätsanalysen: Effekte in QoL, Angst und Distress robust gegenüber Entfernung jeweils einer Studie;</p> <p>Gesamteffekt in Depressivität nicht-signifikant nach Entfernung von Ozkan 2014 (I² = 96%; SMD=-0.57, 95% [-1.21, 0.07, p=0.08])</p> <p>Publikations-bias: Begg's und Egger's-test bei Meta-Analysen mit n>=10 Studien; keine Hinweise auf Publikations-bias.</p>	

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
Ozkan 2014 Ryhanen 2013 Sandgren 2007 Winzelberg 2003 Xie 2011	20 RCTS, N=2190 Pa- tient*innen Studien ohne ausrei- chende quantitative Daten wurden exkludiert			Distress IES BSI-GSI	→Gesamteffek- t: Post-Interven- tion: 6 RCTs, N=572, I ² = 96%; SMD=-1.29 [-2.28, -0.30, p= .01] Random-ef- fects model →Telefon vs. UC Post-Interven- tion: 2 RCTs, I ² = 99%; SMD=-10.95 [-33.27, 11.37, p= .34]			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					<p>→<i>Telefon+In- ternet vs. UC</i></p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>2 RCTs, $I^2 = 85\%$; $SMD=-0.62$</p> <p>[-1.60, 0.37, $p= 0.22$]</p> <p><u>Angst</u></p> <p>→<i>Gesamteffek- t:</i></p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>6 RCTs, $N=906$,</p> <p>$I^2 = 12\%$; $SMD=-0.09$</p> <p>[-0.22, 0.04, p $= .17$]</p> <p>Fixed-effects model</p>			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
					<p><u>Distress</u></p> <p>→Gesamteffek- t:</p> <p>Post-Interven- tion:</p> <p>7 RCTs, N=695,</p> <p>$I^2 = 0\%$; $SMD=-0.25$</p> <p>[-0.40, -0.10, $p = .001$]</p> <p>Fixed-effects model</p>			
<p>Okuyama et al., 2015:</p> <p>"Psychosocial telephone interventions for patients with cancer and survivors: a</p>	<p>SysRev</p> <p>Suchzei- traum: 1966 – März 2013</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene Krebspa- tient*innen versch Tu- morstadien (Brust 13, Prostata 3,</p>	<p>Mehrzahl (n=18) der Interventionen theoriebasiert oder mit spez. Technik (bspw. KVT); mehrheitlich Pflegepersonal (n=11)</p>	<p>Primäre End- punkte:</p> <p>QoL</p> <p>Sekundäre End- punkte:</p> <p>Stimmung</p>	<p>Signifikante Ef- fekte auf min- destens einem erhobenen psychosozia- len Endpunkt in 8/20 Stu- dien direkt</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien: RCTs nach CONSORT evaluiert, keine detail- lierten Angaben zu Primärstudien</p> <p>"Also complicating this review [...],</p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
systematic re- view." [315]	Daten- banken: CENTRAL	Zervikaxkar- zinom 2, Ge- mischt 2)	Frequenz: Meist wöchentlich	<i>Depressivität</i> <i>Angst</i>	<i>Post-Interven- tion;</i>		<i>is the lack of con- sistency in</i>	
Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Allard 2007	Web of science Pubmed EMBASE	Geschlecht: kA	Dauer: 2 – 20 Anrufe; Gesamtdauer zw. 65 und 720min über 2 Wochen bis zu 13 Monaten	Soziale Unter- stützung Stress <i>Distress</i>	Davon 4 Stu- dien mit weite- ren Follow-Up Erhebungen; 1 mit signifikan- tem Effekt		<i>adhering to the CON- SORT reporting guide- lines for intervention trials" (p.867)</i>	
Ashing-Giwa 2008	CNKI	Mittleres Alter: 49 - 75		Körperliche und mentale Ge- sundheit			Review: <i>AMSTAR-2: critically low quality</i>	
Badger 2007	Einschlusskri- terien:	Länder :	Kontrollgruppen:	Psych. Wachs- tum	<i>"No common- alities were identified for the nine stud- ies with</i>		Method.Mängel in kritischer Domäne	
Badger 2012	P: erwach- sene	kA	Nicht genauer spezifiziert; TAU/UC	Psychosoziale Anpassung	<i>significant fin- dings." (p.860)</i>		<i>2,7,13</i>	
Bailey 2004	Krebspa- tient*innen			Rezidivangst			non-kritischer Dom.	
Crane-Okada 2012	I: ausschl. telefonba- sierte psy- chosoziale Beratung			Ressourcen-nut- zung			<i>3,10,14</i>	
Downe-Wam- boldt 2007				Verwendete Messinstru- mente:			Publikationsbias: <i>nicht geprüft</i>	
Gotay 2007				<i>QoL</i>				
Heiney 2003				FACT-G,				
Hoyer 2011	C: TAU/UC, AC, andere psychoso- ziale Inter- ventionen							
Livingston 2010								

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemer- kungen	Evidenz- klasse
Marcus 2010	O: HRQoL			QoL-CS,				
Mishel 2002	S: RCTs			QoL-BC,				
Mishel 2005				CARES-SF,				
Nelson 2008	20 RCTS,			EORTC QOL-				
Samarel 2002	N=3848 Pa- tient*innen			C30,				
Sandgren 2000				QoL-BR23				
Sandgren 2007	Studien ohne Beratungsin- halte oder			<i>Depressivität</i>				
Sheman 2012	genaue In- terven- tionsbeschre- ibung wurden exkludiert			CES-D				
				HADS				
				<i>Angst</i>				
				STAI				
				HADS				
				<i>Distress</i>				
				IES				

2.4.3.2 RCTs

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Unterstützende Evidenz (13/28)									
Borosund et al., 2020: “Results from a randomized controlled trial testing StressProffen; an application-based stress-management intervention for cancer survivors.” [316]	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=175 Post-Intervention: N=149 ITT-Ansatz ohne Imputation; ausgewertet: N=149 Land: Norwegen	Krebsüberlebende/Krebspatient*innen, max. 1 Jahr Post-Treatment oder laufende Behandlung, alle Stages (48% Brustkrebs, 8% Gehirntumor, 6% Prostatakrebs, 5% Lymphom, 5% (Dick-)Darmkrebs, 29% andere), Geschlecht: 82% weiblich Alter: 20-78 Mittelwert: 52	Arm A: N _k =84 N _m =72 StressProffen, app-basierte Stressmanagement-Intervention, 3 Monate, eine face-to-face-Einführungssession (Einzel oder in der Gruppe), 10 app-basierte KVT-Stressmanagementmodule, Follow-Up-Telefonate (Woche 2-3, 6-7) Arm B: N _k =88 N _m =77 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. <i>Distress</i> (PSS) Sekundäre Endpunkte: 2. <i>Angst</i> (HADS-A) 3. <i>Depressivität</i> (HADS-D) 4. <i>QoL</i> (RAND-36)	1. <u>Distress</u> → StressProffen versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von StressProffen (<i>d</i> =-0.19) 2. <u>Angst</u> : → StressProffen versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede 3. <u>Depressivität</u> : → StressProffen versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede 4. <u>QoL</u> :	Arm A : Stress-Proffen SUEs : 11/84 UEs : 1/84 Arm B : CAU SUEs : 11/88 UEs : 0/88	The Norwegian Cancer Society (# 4602492-2013); Department of Digital Health Research at the Oslo University Hospital, Oslo, Norway COI: Dr Clark is a consultant for Roche Diabetes Care GmbH. No other authors made any disclosures	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: high Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					→ StressProffen versus CAU: Post-Interven- tion: Sign. Gruppen- unterschiede zu- gunsten von Stressproffen in den Bereichen Role Physical (<i>d</i> =0.20), Social Functioning (<i>d</i> =0.17), Role Emotional (<i>d</i> =0.20), Mental Health (<i>d</i> =0.21)				
Dieng et al., 2020: “Benefits of a brief psycho- logical inter- vention tar- geting fear of cancer recur- rence in peo- ple at high risk of devel- oping another melanoma: 12-month fol- low-up results	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme Randomi- siert: N=164 Follow- Up1: N=143	Krebsüberle- bende (Mela- nom, Stage I-III) mit ho- hem Risiko, ein weiteres Melanom zu entwickeln Geschlecht: 44,8% weib- lich Alter: Mittelwert: 58,5	Arm A: N _B =80 N _{FU1} =67 N _{FU2} =70 N _{FU3} =68 PE, 76 Seiten + 3 Telefonge- spräche mit Psycholog*innen (individuell je nach Patient*in vereinbart und getimed) Arm B:	Erhebungszeit- punkte Baseline Follow-Up1 (4 Wo- chen) Follow-Up1 (24 Wochen) Follow-Up2 (48 Wochen) Primärer End- punkt: 1. Rezidivangst (FCRI, mela- nom-spezifi-	1. Rezidivangst: → PE versus CAU: Follow-Up1: Sign. stär- kere Re- duktion in PE vs. CAU Follow-Up2: Sign. stärkere Reduktion in PE vs. CAU Follow-Up3:	Keine be- richtet	Cancer Insti- tute New South Wales (NSW) Trans- lational Pro- gram Grant, The National Depressivität Initiative, Sydney Cata- lyst Top-Up Research Scholar Award, Na- tional Health and Medical	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fallzahl (N=154) er- reicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
of a random- ized con- trolled trial.” [317] UND	Follow- Up2: N=151 Follow- Up3: N=142		N _E =84 N _{FU1} =76 N _{FU2} =81 N _{FU3} =74 CAU	sche Sub- skalen); Sekundäre End- punkte: 2. Andere Sub- skalen des FCRI (Trigger, psy- chischer Dis- tress, funktio- nelle Einschrän- kungen, Beruhi- gung (reas- surance), Ein- sicht, Coping- Strategien 3. Depressivität 4. Angst 5. Stress 6. QoL (AQoL) 7. Melanom-rele- vantes gesund- heitsverhalten 8. Zufriedenheit mit der Versor- gung (CSQ)	Sign. stär- kere Re- duktion in PE vs. CAU 2. <u>Depressivität:</u> → PE versus CAU: Keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem der Zeit- punkte 3. <u>Angst:</u> → PE versus CAU: Keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem der Zeit- punkte 4. <u>QoL:</u> → PE versus CAU:		Research Council of Australia and Cancer Institute NSW, Na- tional Heart Foundation of Australia Future Leader Fel- lowship, Harkness Fellowship in Health Care Policy and Practice from the Common- wealth Fund, n NHMRC Sidney Sax Early Career Fellowship, NHMRC Sen- ior Principal Research Fellowship Laut Anga- ben keine COI		
Dieng et al., 2016: “Psychoeduca- tional Inter- vention to Re- duce Fear of Cancer Recur- rence in Peo- ple at High Risk of Devel- oping Another Primary Mela- noma: Results of a Random- ized Con- trolled Trial.” [318]	ITT-An- satz mit multipler Imputa- tion; Ausge- wertet: N=151 Land: Austra- lien Feb.-Dez. 2014								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					Keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem der Zeit- punkte				
Jim et al., 2020: “Internet-As- sisted Cogni- tive Behavioral Intervention for Targeted Therapy- Related Fatigue in Chronic My- eloid Leuke- mia: Results From a Pilot Randomized Trial.” [319]	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme Randomi- siert: N=44 Post-Tre- atment: N=41 ITT-Ana- lyse ohne Imputa- tion, Ausge- wertet: N=41	Leukämie- Patient*in- nen, mit Fatigue (mind. >4 auf auf Fati- gue Symp- tom Inven- tory) Geschlecht: 48% weiblich Alter: 29-82 Mittelwert: 55	Arm A: N _B = 29 N _P =27 KVT für thera- piebezogene Fatigue (CBT- TTF)), ein face- to-face (90min) Gespräch zu Be- ginn, dann 45 min über FaceTime/Ipad, je nach Wunsch/Bedarf wöchentlich oder alle 2 Wo- chen, über 18 Wochen Arm B: N _B = 15 N _P =14 WL	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Primärer End- punkt: 1. Fatigue (Fati- gue Subscale des FACIT-F) Sekundärer Endpunkt: 2. QoL (FACT-G)	1. Fatigue: → CBT-TTF ver- sus WL: Post-Treatment: Sign. Gruppen- unter- schiede zugunsten von CBT- TTF (d=1.07), Sign. hö- here klini- sche Ver- besserung in CBT- TTF (85% versus 29%) 2. QoL: → CBT-TTF ver- sus WL:	Nicht be- richtet	National Cancer Insti- tute, Popula- tion Rese- arch, Inter- ventions, and Meas- urement Core Facility at the H. Lee Moffitt Cancer Cen- ter and Rese- arch Insti- tute Autor*innen sind Bera- ter*innen von und in- volviert in: RedHill Bi- oPharma and	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low Patient*innen in CBT-TTF sign. jünger → Alter als Kova- riate berück- sichtigt Pilotstudie Geplante Fall- zahl (N=48 bei Post-Treat- ment) nicht er- reicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Land: USA 2015-2017				Post-Treatment: Für overall QoL sign. Gruppen- unter- schie- de zugunsten von CBT- TTF (d=1.15), sign. hö- here klini- sche Ver- besserung in CBT- TTF (88% versus 54%)		Janssen Sci- entific Affair, Novartis, Ta- keda, Pfizer, Bristol-Myers Squibb, Jazz Pharma, Cel- gene, Agios, Astella, Ab- bVie; grants from Incyte outside the submitted work		
Bouchard et al., 2019: "Brief report of a tablet-delivered psychosocial intervention for men with advanced prostate cancer: Acceptability and efficacy by race." [320]	RCT, prospektiv, mono- zent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N=192 Follow- Up1: N=170	Advanced Prostata- krebs-Patien- ten mit And- rogen depriv- ation (and- rogen depriv- ation therapy; ADT) Geschlecht: 100% männ- lich	Arm A: N _R =95 N _{FU1} =84 N _{FU2} =77 Kognitiv-behavi- orales Stress Management (KVSM) via Tab- let, in der Gruppe, einmal wöchentlich (90 min) für 10 Wo- chen, zwischen	Erhebungszeit- punkte Baseline Follow-Up1 (14 Wochen) Follow-Up2 (38 Wochen) Primäre End- punkte: 1. Medizinische Komorbiditäten (CCI) 2. Engagement	1. <u>Prostatakrebs- bezogene Angst:</u> → KVSM versus HP: Follow-Up1: Sign. Gruppen- unter- schie- de zugunsten von KVSM Follow-Up2:	MAX-PC bei Base- line höher in der KVSM- Gruppe	National In- stitutes of Health's National Cancer Insti- tute (grant number R01CA1578 09 to F.J.P., principal in- vestigator). L.C.B. was funded by the National	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: unclear AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N=150 bei FU2) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Follow- Up2: N=154 ITT-An- satz ohne Im- putation; ausge- wertet: N=170 (FU1), N=154 (FU2) Land: USA 2013- 2016	Alter: Mittelwert: 68,84	den Sitzungen Videos und di- daktische Mate- rialien Arm B: N _R =97 N _{FU1} =86 N _{FU2} =77 AC; Health Pro- motion (HP) Pla- cebo, in der Gruppe, einmal wöchentlich (60min) für 10 Wochen, via Tablet	und Akzeptanz der Behandlung 3. Prostatakrebs- bezogene Angst (MAX-PC)	Keine sign. Gruppen- unter- schiede		Institutes of Health's Na- tional Cancer Insti- tute training grant num- ber T32CA1931 93 Laut Angabe keine COI		
Dong et al., 2019: "Telephone- based remi- niscence ther- apy for colo- rectal cancer patients un- dergoing postoperative chemotherapy complicated	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 3 Arme Randomi- siert: N=135	Patient*in- nen mit Dickdarm- krebs mit postoperati- ver Chemo- therapie, De- pressivitäts- wert zwi- schen 50-70 (SDS)	Arm A: N _R =45 N _F =45 Telefonische Re- miniszenz-Thera- pie (TBR), 1x 20- 40min pro Wo- che, 6 Wochen Arm B: N _R =45	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Primärer End- punkt: 1. Depressivität (SDS und HAMD-24)	1. Depressivität → TBR versus TPSU und CAU Post-Interven- tion: Sign. Gruppen- unter- schiede zugunsten von TBR;	Keine be- richtet	Chinese Na- tural Science Foundation Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
with depression: a three-arm randomised controlled trial.” [321]	Post-Intervention: N= 135 Keine Drop-outs, daher ausgewertet: N = 135 Land: China, 2015-2016	Geschlecht: 50,4% weiblich Alter: Mittelwert: 59,09	N _F =45 Telefonische PSU (TPSU), 1 x 20-40min pro Woche, 6 Wochen Arm C: N _F =45 N _M = CAU	Sekundäre Endpunkte: 2. Angst (SAS und HAMA) 3. Subjektives Wohlergehen (MUNSH) 4. Wahrgenommene soziale Unterstützung (PSSS)	sign. Verbesserung in TBR aber nicht in TPSU und CAU 2. <u>Angst</u> → TBR versus TPSU versus CAU: Post-Intervention: Sign. Verbesserungen in TBR und TPSU, nicht in CAU; sign. Gruppenunterschiede von TBR und TPSU zu CAU zugunsten von TBR und TPSU; keine sign. Unterschiede zwischen			(N=135) erreicht	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					TBR und TPSU				
Nelson et al., 2019: “Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE): A pilot randomized controlled trial of a psychotherapy intervention for older adults with cancer.” [322]	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch(?), 2 Arme Randomisiert: N=59 Post-Intervention: N=55 Follow-Up: N=48 kA zu Analyse- methode; ausge- wertet: N=kA Land: USA	Krebspati- ent*innen (Lunge, Pros- tata, Brust, Lymphome, gynäkolo- gisch), akti- ves Krebstre- atment oder spätestens 6 Monate nach Beendigung des Treat- ments, mind. 70 Jahre alt, er- höhte Werte auf Distress- Thermome- ter/HADS/KP R (über 4/6/60) Geschlecht: 53% weiblich Alter:	Arm A: N _B =31 N _F =28 N _U =25 Cancer and Aging: Reflexi- ons for Elders (CARE), telefon- basierte Inter- vention um Stress zu redu- zieren, 5 Sitzun- gen über 7 Wo- chen, je 45min Arm B: N _B =28 N _F =27 N _U =23 Enhanced Social Work control (ESWC), auch un- gefähr 5 Telefo- nate über 7 Wo- chen, 15-30min lang	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. Depressivität (HADS) 2. Angst (HADS) Sekundäre End- punkte: 3. Demoralisie- rung (DS) 4. Coping (3 von 15 Subskalen des COPE) 5. Spirituelles Wohlergehen (FACIT Spiritual Well-being- Scale) Einsamkeit (UCLA LS-SF)	1. Depressivität: → CARE versus ESWC: Post-Treatment: Sign. Gruppen- unter- schiede zugunsten von CARE (d=0,58) Follow-Up: Keine sign. Gruppen- unter- schiede (d=0,28, p=0.2) 2. Angst: → CARE versus ESWC: Post-Treatment: Keine sign.	Arm A: CARE: SUEs: 0/31 UEs: 0/31 Arm B: ESWC: SUEs: 0/28 UEs: 0/28	Silbermann Foundation; CALGB Foun- dation; Muriel Du- enewald Lloyd Inspi- ration Fund; National Cancer Insti- tute COI: nicht berichtet	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Pilotstudie Keine Fallzahl- planung Am Anfang mit 7 Sitzun- gen gestartet, dann nach 7 Probanden in CARE und 4 Probanden in ESWC auf 5 Sitzungen re- duziert AutorInnen vermuten Se- lektionsbias	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
		Mittelwert: 76			Gruppen- unter- schiede (d=0,15)				
					Follow-Up: Keine sign. Gruppen- unter- schiede, aber Trend zu niedrige- ren Wer- ten in CARE (d=0,41, p=0.1)				
					3. <u>Distress</u> → CARE versus ESWC: Post-Treatment: Sign. Gruppen- unter- schiede zugunsten von CARE (d=0,48)				
					Follow-Up:				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von CARE (d=0,42)				
Reese, 2019: “A randomized pilot trial of a couple-based intervention ad- dressing sexual concerns for breast cancer survivors.” [323]	RCT, prospek- tiv, mo- nozen- trisch, offen, 2 Arme Randomi- siert: N =29 (Dyaden) Post-Int- erven- tion : N=28 (Dyaden) ITT-Ansatz ohne Im- putation Ausge- wertet: N = 28 (Dyaden) Land: USA	Brustkrebspati- ent*innen und ihre Partner Geschlecht: Patient*innen: 100% weiblich Alter: Patient*innen: M = 54.1 Partner*innen: M = 54.8	Arm A: IE (Intimacy En- hancement) N _r = 20 (Dya- den) N _p =19 (Dyaden) Eduktion und Skills bzgl. Inti- mität und Part- nerschaft per Telefon + Übungen für zu Hause 4 x 60-75 Min., wöchentliche Sitzungen Arm B: LHT (Living healthy together) N _r = 9 (Dyaden) N _p =9 (Dyaden) Unspezifische Eduktion und Support per Te- lefon (Stress,	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Primäre End- punkte: 1. Durchführbar- keit 2. Akzeptanz 3. Sexuelle Funk- tion (FSFI bzw. IIEF) 4. Sexuelle Zu- friedenheit (PROMIS SexFS) 5. Sexueller Dis- tress (FSDS-R) 6. Selbstwirksam- keit 7. Kommunikati- onsqualität bzgl Sex (DSCS) 8. Emotionale In- timität (PAIR) 9. Beziehungs- qualität (DAS- 7) 10. Distress (IES- R) 11. Körperbild	Patient*innen- outcomes: 1. <u>Sexuelle Funk- tion</u> → IE vs. LHT Sign. verbesserte sexuelle Funktion zugunsten von IE (d=1.24) 2. <u>Sexuelle Zufrie- denheit</u> → IE vs. LHT Sign. verbesserte sexuelle Zufrie- denheit zuguns- ten von IE (d=1.75) 3. <u>Distress</u> → IE vs. LHT Kein sign. Unter- schied 4. <u>Depressivität</u> → IE vs. LHT Kein sign. Unter- schied	Arm A: IE SUEs: kA UEs: kA Arm B: LHT SUEs: kA UEs: kA	National Cancer Insti- tute (USA) Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low Pilotstudie Keine Fallzahl- planung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	kA zum Zeitraum		Schlaf, Ernäh- rung) 4x 60-75 Min., Wöchentliche Sitzungen	Distress (BIS) 12. Depressivität (PHQ-9) 13. Angst (GAD- 7)	5. Angst → IE vs. LHT Sign. reduzierte Angst zugunsten von IE (d=-1.36)				
Abrahams et al., 2017 : “The Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severely Fatigued Survivors of Breast Cancer Compared With Care as Usual: A Randomized Controlled Trial.” [324]	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=132 Post-Intervention: N=125 ITT-Ansatz mit multipler Imputation (LOCF); ausgewertet: N=132	Brustkrebs, abgeschlossene Behandlung innerhalb der letzten 3 Monate, krankheitsfrei Geschlecht : 100% weiblich Alter : >=18 Mittelwert : 51,5	Arm A : N _R =66 N _m =61 IKVT, 6 Monate, 3 face-to-face-sessions, 8 internet-basierte Module Arm B : N _R =66 N _m =64 CAU, Warteliste für face-to-face KVT	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt : 1. Fatigue (CIS) Sekundäre Endpunkte : 2. Funktionale Einschränkungen (SIP) 3. Distress (BSI) 4. QoL (EORTC-QLQ-C30)	1. Fatigue → IKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von IKVT (d=1.0, großer Effekt) 2. Distress → IKVT versus CAU : Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschied zugunsten von IKVT (d=0.8, großer Effekt) 3. QoL → IKVT versus CAU:	Arm A : IKVT SUEs : 5/66 UEs : 0/66 Arm B : CAU SUEs : 0/66 UEs : 2/66	Dutch Pink Ribbon Foundation Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fallzahl (N=132) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Land : Nieder- lande 2014- 2016				Post-Interven- tion: Sign. Gruppenunter- schied zugunsten von IKVT ($d=0.7$, mittlerer Effekt)				
Ashing et al., 2016: “Assessing the utility of a telephonically delivered psychoeduca- tional inter- vention to im- prove health- related qua- lity of life in African Ame- rican breast cancer survi- vors: a pilot trial.” [325]	RCT, prospek- tiv, mo- nozent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N=40 Post-Int- erven- tion: N=39 ITT-An- satz mit Imputa- tion; aus- gewertet: N=40 Land: USA	Afro-ameri- kanische Brustkrebs- überlende (AABCS; Stage 0-III in- nerhalb der letzten 6 Jahre) Geschlecht: 100% weib- lich Alter: nicht berichtet	Arm A: N _r =20 N _m =20 Telefonische PE (TPE), 4-6 Mo- nate, 7 Domä- nen/telefonische Sessions (30- 60min) Arm B: N _r =20 N _m =19 Nur Info-Buch (IB)	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Primärer End- punkt: 1. QoL (FACT-G G)	2. <u>QoL</u> →TPE versus IB: Sign. Gruppen- unterschied zu- gunsten von TPE Sign. Verbesse- rung von TPE von Baseline zu Post-Interven- tion (+4 Punkte auf FACT-G Ge- samtscore)	Keine An- gaben	Department of Defense Breast Can- cer Research program Laut Anga- ben kein COI	- Pilotstudie Keine Fallzahlpla- nung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
DuHamel et al., 2016: "The sexual health of female rectal and anal cancer survivors: results of a pilot randomized psycho-educational intervention trial." [326]	RCT, prospektiv, mono- zentrisch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N= 82 Follow- Up1: N=62 Follow- Up2: N=55 Ausge- wertet: N=60 (FU1), N=54 (FU2) (keine Angabe, ob ITT) Land: USA	Abgeschlos- sene Be- handlung, aktuell krankheits- frei, Mast- darm- und Analkrebspa- tient*innen Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 55,43	Arm A: N _B =40 N _{FU1} =27 N _{FU2} =22 Cancer Survi- vorship Inter- vention-Sexual Health (CSI-SH), telefonbasiert, 4x 1h individu- elle Sitzungen, für manche Mix aus face-to-face und Telefon, für manche nur Te- lefon Arm B: N _B =42 N _{FU1} =35 N _{FU2} =33 WL	Erhebungszeit- punkte Baseline Follow-Up1 (16 Wochen) Follow-Up2 (32 Wochen) Primärer End- punkt: 1. Sexuelle Funk- tion ((FSFI) Sekundäre End- punkte: 2. Krebs-Distress (IES-R) 3. Distress (BSI) Gesundheitsbezo- gene QoL (E- ORTC-QLQ-C30)	1. Sexuelle Funk- tion: → CSI-SH versus WL: Follow-Up1: Keine sign. Gruppen- unter- schiede (d=0.51) Follow-Up2: Keine sign. Gruppen- unter- schiede (d=0.32) 2. Distress: → CSI-SH versus WL: Follow-Up1: Keine sign. Gruppen- unter- schiede Follow-Up2:	Höherer Dropout in der CSI-SH- Gruppe (8 vs. 1) Mehr Pro- bandin- nen in der CSI- SH- Gruppe haben Trial nicht beendet (12 vs. 3)	National Cancer Insti- tute and the MSK Cancer Center Sup- port Grant/Core Grant Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N=64) er- reicht Pilotstudie	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Regis- triert 2008				Keine sign. Gruppen- unter- schiede				
					3. <u>QoL</u> : → CSI-SH versus WL: Follow-Up1 : Sign. Gruppen- unter- schiede zugunsten von CSI-SH für EF-Sub- skala				
					Follow-Up2: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von CSI-HS für EF-Sub- skala				
Badr, 2015: "Dyadic Psycho-	RCT	Fortgeschrit- tener	Arm A :	Erhebungszeit- punkte	1. Depressivität → EG vs. CAU	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA	Forschungs- stipendium	Risk of Bias	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
social Intervention for Advanced Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers: Results of a Randomized Pilot Trial." [327]	prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 39 Dyaden/ 78 Individuen Post-Intervention : N=38,5 Dyaden/ 77 Individuen Keine Angabe ob ITT ; aber alle ausgewertet N = 39 Dyaden/ 78 Individuen Land: USA	Lungenkrebs Patient*in & Partner*in/ andere primäre Betreuungsperson Geschlecht: Patient*innen: 74% weiblich Partner*innen: 69% weiblich Alter: Patient*innen: 38-87 M: 68.17 Partner*innen: 35-70 M: 51.1	N _r =20 Dyaden/40 Individuen N _p =20 Dyaden/40 Individuen Telefonische Beratung 6x 60 Minuten 1x/Woche Arm B : N _r =19 Dyaden/38 Individuen N _p =19 Dyaden/37 Individuen CAU	Baseline Post-Intervention (2 Wochen Post-Intervention) Primäre Endpunkte: 1. Psychisches Funktionsniveau (PROMIS) Depressivität & Angst 2. Belastung des Partners (Zarit Burden Interview) Sekundäre Endpunkte: 3. Autonomie 4. Kompetenz 3. Verbundenheit	Post-Intervention : Sign. Unterschied zugunsten der EG (d=-1.8) 2. Angst →EG vs. CAU Post-Intervention : Sign. Unterschied zugunsten der EG (d=-1.3)	Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	des Erstauteurs Laut Angaben kein COI	SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Pilotstudie Keine Fallzahlplanung	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	kA zum Zeitraum								
Casault et al., 2015: “A randomized-controlled trial of an early minimal cognitive-behavioural therapy for insomnia comorbid with cancer.” [328]	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=38 Post-Intervention: N=32 Follow-Up1: N=30 Follow-Up2: N=30 ITT-Ansatz ohne Imputation; Ausgewertet: N=35	Krebspatient*innen mit Insomnie und ohne Metastasen (80% Brustkrebs, 5% Dickdarmkrebs, 15% andere (Lungen-, Prostata-, Darm-, Zungen-, Vulva-Krebs)) Geschlecht: 92,1% weiblich Alter: Mittelwert: 56,9	Arm A: N _R =20 N _F =16 N _{FU1} =14 N _{FU2} =14 Kurze selbstangewandte KVT für akute Insomnie (kKVT-I), 6 kurze Heftchen + 3 Telefonate mit Psycho*in (30min), 6 Wochen Arm B: N _R =18 N _F =16 N _{FU1} =16 N _{FU2} =16 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (12 Wochen) Follow-Up2 (24 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Schwere der Schlafprobleme (IIS) 2. Schwere der Insomnie (ISI) 3. Verschiedene Maße vom Schlaftagebuch Sekundäre Endpunkte: 4. Depressivität (HADS-D) 5. Angst (HADS-A) 6. QoL (EORTC-QOL) 7. Schlafverhalten (SBQ) 8. Dysfunktionale Kognitionen und Einstellungen gegenüber Schlaf	1. Depressivität → kKVT-I versus CAU: Sign. Zeit x Gruppe Interaktion Prä-Post: Sign. moderate Reduktion in kKVT-I (d=-0.77) Prä-Follow-Up: Sign. moderate Verschlechterung in kKVT-I (d=0.34) 2. Angst → kKVT-I versus CAU: Sign. Zeit x Gruppe Interaktion Prä-Post:	Nicht berichtet	salary support awards from the Canadian Institutes of Health Research, held by the first and second authors, and by a research scientist award from the Fonds de la recherche en sante du Quebec held by the second author	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N=35) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Land: Frank- reich Rekrutie- rung zwi- schen 2004 und 2005			(DBAS) 9. Fatigue (MFI)	Sign. mo- derate Re- duktion in kKVT-I (d=-0.60) Prä-Follow-Up: Keine Sign. Ver- änderung in kKVT-I 3. Fatigue → kKVT-I versus CAU: keine sign. Zeit x Gruppe Interak- tion Prä-Post: Sign. mo- derate Re- duktion in beiden Gruppen (d=-0.5) 4. QoL → kKVT-I versus CAU: Keine sign. Zeit x Gruppe Inter- aktion				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					Prä-Post: Sign. mo- derate Verbesse- rung in kKVT-I (d=0.67) Prä-Follow-Up: Keine Sign. Än- derung in beiden Gruppen				
Wenzel et al., 2015: “Psychosocial Telephone Counseling for Survivors of Cervical Cancer: Results of a Randomized Biobehavioral Trial.” [329]	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme Randomi- siert: N=204 Follow- Up1: N=168 Follow- Up2: N=151	Gebärmu- terhalskrebs- Patient*in- nen, Stage I- IV, seit min. 2 Monaten abgeschlos- senes Treat- ment Geschlecht: 100% weib- lich Geschlecht: Mittelwert: 43	Arm A: N _B =115 N _{FU1} =85 N _{FU2} =76 Psychosoziales Telefon-Bera- tung (PTB), 5 wöchentliche Telefonate (20- 60min) und ei- nen monatli- chen (?) Boos- ter/einen Boos- ter über einen Monat (?) Arm B: N _B =89 N _{FU1} =83	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Interven- tion/Follow-Up1 (7 Wochen) Follow-Up2 (27 Wochen) Primärer End- punkt: 1. QoL (FACT-Cx) Sekundäre End- punkte: 2. Biomarker/Blut- werte 3. Depressivität (PROMIS & BSI) 4. Angst (PROMIS)	1. <u>QoL:</u> → PTB versus CAU: Keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem MZP 2. <u>Depressivität:</u> → PTB versus CAU: Follow-Up1: Sign. Gruppen- unter- schiede	Nicht be- richtet	National Cancer Insti- tute of the National In- stitutes of Health Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Systematischer Drop-Out: Pro- bandinnen mit hohem De- pressionswert bei Baseline in der PTB- Gruppe wahr- scheinlicher, Intervention	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	kA ob ITT, aber feh- lende Werte aus- geschlos- sen (list- wise); Aus- gewertet: N=139- 145 (je nach Out- come) Land: USA		N _{FU2} =75 CAU	& BSI) 5. <i>Distress</i> (BSI- 18) 6. Gynäkologische Probleme (GPC) 7. QoL Subskalen	zugunsten von PTB (auf PRO- MIS und BSI) (<i>d</i> =0.21- 0.25) Follow-Up2: Keine sign. Gruppen- unter- schiede (weder PROMIS noch BSI) 3. <u>Angst</u> : → PTB versus CAU: Keine sign. Gruppen- unter- schiede (weder PROMIS noch BSI) zu keinem MZP 4. <u>Distress</u> :			aufzuhören (p<0.05) Geplante Fall- zahl (N=200) nicht erreicht	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>→ PTB versus CAU: Keine sign. Gruppenunterschiede zu keinem MZP</p> <p>Es gab sign. Zeit x Gruppe x Behandlungsart-Interaktion für QoL und Depressivität (BSI) → Patient*innen mit OP schnellere Verbesserungen bis Follow-Up1, Patient*innen mit Chemotherapie langsamere Verbesserungen aber dafür größere Effektstärken bei Follow-Up2</p>				
Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (15/28)									

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>Atema et al., 2019: “Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial.” [330]</p>	<p>RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme</p> <p>Randomisiert: N=254 Follow-Up1: N=242 Follow-Up2: N=236</p> <p>ITT-Ansatz mit Imputation (Mittelwertersetzung); Ausgewertet: N=236-242 (je nach Outcome und MZP)</p>	<p>Brustkrebs-Überlebende, abgeschlossene Behandlung, krankheitsfrei</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: Mittelwert: 47,4</p>	<p>Arm A: N_B=85 N_P=82 N_{FU1}=79 Angeleitete internetbasierte KVT (guided CBT - giCBT), 6 Wochen, zu Beginn ein telefonisches Gespräch + geschriebenes Feedback</p> <p>Arm B: N_B=85 N_P=80 N_{FU1}=77 Selbstangeleitete internetbasierte KVT (self-guided iCBT - siCBT), 6 Wochen, 1x wöchentlich 60min + täglich 30min Übungen</p> <p>Arm C: N_B=84 N_P=80 N_{FU1}=80</p>	<p>Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention/Follow-Up1 (4 Wochen) Follow-Up2 (18 Wochen)</p> <p>Primäre Endpunkte: 1. Menopausale Symptome (FACT-ES) 2. Wahrgenommene Belastung durch Hot Flashes/Night Sweats (NF/HS; HFRS)</p> <p>Sekundäre Endpunkte: 3. Schlafqualität (Groningen Sleep Quality Scale) 4. Häufigkeit von HF/NS (HFRS) 5. Sexuelle Funktion (SAQ) 6. Distress (HADS) 7. QoL (SF-36)</p>	<p>1. <u>Sexuelle Funktion</u> → Keine sign. Gruppenunterschiede in Veränderungsscore (t0-t1 und t0-t2)</p> <p>2. <u>Distress</u> → keine sign. Gruppenunterschiede in Veränderungsscore (t0-t1 und t0-t2)</p> <p>3. <u>QoL</u> → keine sign. Gruppenunterschiede in Veränderungsscore (t0-t1 und t0-t2)</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Dutch Cancer Society (Grant No. NKI 2014-6788) and The Netherlands Cancer Institute</p> <p>Laut Angaben kein COI</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low</p> <p>Geplante Fallzahl (N=192) erreicht</p>	<p>1b</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Land: Nieder- lande 2017- 2019		WL						
Chambers et al., 2019: “Five-year out-comes from a randomised controlled trial of a couples-based intervention for men with localised prostate cancer.” [331]	RCT, prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 189 (Dyaden) Post-Intervention : N=161 (Dyaden) Follow-Up1 : N=159 (Dyaden) Follow-Up2 : N=144 (Dyaden) Follow-Up3 : N=106 (Pa-	Prostatakrebspatienten nach bzw. mit geplanter radikaler Prostata-ektomie + Partnerinnen Geschlecht: Patient*innen: 100% männlich Partnerinnen: 100% weiblich Alter: Patient*innen: M = 62.7 Partnerin: M = 59.8	Arm A: Nurse (Nurse counseling intervention) N _R = 62 (Dyaden) N _P =54 (Dyaden) N _{FU1} =54 (Dyaden) N _{FU2} =53 (Dyaden) N _{FU3} =28 (Patient*innen)/35 (Partnerinnen) N _{FU4} =kA (Patient*innen)/38 (Partnerinnen) N _{FU5} =43 (Patient*innen)/37 (Partnerinnen) N _{FU6} =41 (Patient*innen)/37 (Partnerinnen) Telefonische Paar- und	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (12 Wochen) Follow-Up2 (36 Wochen) Follow-Up3 (84 Wochen) Follow-Up4 (132 Wochen) Follow-Up5 (180 Wochen) Follow-Up6 (228)	Patient*innen-outcomes: 1. <u>Sexuelle Funktion</u> → Nurse vs. CAU Keine sign. Unterschiede zu irgendeinem der Erhebungszeitpunkte	Arm A: Nurse SUEs: kA UEs: kA Arm B: Peer SUEs: kA UEs: kA Arm C: CAU SUEs: kA UEs: kA	Australian National Health and Medical Research Council Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: high Keine Fallzahlplanung	
Chambers et al., 2015: “A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners.” [332]	Follow-Up1 : N=159 (Dyaden) Follow-Up2 : N=144 (Dyaden) Follow-Up3 : N=106 (Pa-			Primäre Endpunkte: 1. Inanspruchnahme erektiler Dysfunktionsbehandlung 2. Sexuelle Funktion (IIEF) 3. Sexuelle Bedürfnisse (SCNS)					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	<p>tient*innen)/93 (Partnerinnen) Follow- Up4 : N=117 (Pa- tient*innen)/101 (Partnerinnen) Follow- Up5 : N=111 (Pa- tient*innen)/93 (Partnerinnen) Follow- Up6 : N=107 (Pa- tient*innen)/91 (Partnerinnen)</p> <p>ITT-Ansatz ohne Im- putation; ausge- wertet : siehe N bei MZP</p>		<p>Sexualitäts-be- ratung durch geschultes Pfl- gepersonal 6-8 Sitzungen über 22 Wo- chen</p> <p>Arm B: Peer (Peer support intervention) N_R = 63 (Dyaden) N_P=53 (Dyaden) N_{FU1}=53 (Dyaden) N_{FU2}=52 (Dyaden) N_{FU3}=34 (Pa- tient*innen)/31 (Partnerinnen) N_{FU4}=40 (Pa- tient*innen)/35 (Partnerinnen) N_{FU5}=38 (Pa- tient*innen)/34 (Partnerinnen) N_{FU6}=41 (Pa- tient*innen)/37 (Partnerinnen)</p> <p>Telefonische Unterstützung</p>	<p>4. Sexuelles Selbst-bewusst- sein (PIED) 5. Maskuliner Selbstwert (Masculine Self- Esteem scale) 6. Eheleiche Zufrie- denheit (DAS)</p> <p>Sekundäre End- punkte: Evaluation des Programms</p>					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Land: Aus- tralien 2009- 2011		durch geschulte Prostatakrebs Überlebende 6-8 Sitzungen über 22 Wo- chen Arm C: CAU N _R = 64 (Dya- den) N _P =54 (Dyaden) N _{FU1} =52 (Dya- den) N _{FU2} =54 (Dya- den) N _{FU3} =31 (Pati- ent*innen)/27 (Partnerinnen) N _{FU4} =33 (Pati- ent*innen)/28 (Partnerinnen) N _{FU5} =30 (Pati- ent*innen)/22 (Partnerinnen) N _{FU6} =28 (Pa- tient*innen)/22 (Partnerinnen)						
Fox et al., 2019: "Integrating PROMIS®	RCT; prospek- tiv, of-	Advanced Prostata- krebs-Patien- ten (stage III-	Arm A: N _B = 95 N _P =50	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention	Keine sign. Gruppenunter-	Nicht be- richtet	NCI grant, NCI diversity supplement,	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Computerized Adaptive Tests Into a Web-Based Intervention for Prostate Cancer." [333]	fen, mono- zentrisch, 2 Arme Randomi- siert: N=192 Post-Inte- erven- tion: N=115 ITT-An- satz, kA zu Um- gang mit fehlen- den Wer- ten; Ausge- wertet: N=107- 115 (je nach Out- come) Land: USA 2013- 2016	IV), mind. 1x Hormonthe- rapie im ver- gangenen Jahr Geschlecht: 100% männ- lich Alter: Mittelwert: 71,31	Kognitiv-behavi- orales Stress- Management- training (CBSM), Gruppe, 10 Wo- chen, 90min pro Sitzung, web-ba- siert (Videokon- ferenz über Tab- lets) Arm B: N _B = 97 N _P =65 AC, Health Pro- motion (HP), web-basiert (Vi- deokonferenz über Tablets), 10 Wochen, 60min pro Sit- zung	Primäre End- punkte: 1. Angst 2. Depressivität 3. Fatigue 4. Beeinträchtigung 5. Physische Leis- tungsfähigkeit Alle Outcomes ge- messen über PRO- MIS; compute- rized adaptive testing (CAT)	schiede auf rele- vanten Endpunk- ten Sign. Reduktion von Angst für HP		NIH/NCI train- ing grant, National In- stitutes of Health's Na- tional Center for Advan- cing Transla- tional Sci- ences, Laut Anga- ben keine COI	DB: unclear AB: unclear RB: unclear Feasibility-Stu- die Keine Fallzahlpla- nung	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Lim et al., 2019: "Pilot trial of a STOMA psy- chosocial in- tervention programme for colorectal cancer pati- ents with stomas." [334]	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme Randomi- siert: N=63 Mid-In- terven- tion: N=51 Post-In- terven- tion: N=51 Follow- Up: N=51 ITT-An- satz ohne Im- putation Ausge- wertet: N=51 Land: Singapur	Darmkrebs- patient*in- nen mit Ka- the- ter/Stoma Geschlecht: 35,3% Alter: 21-88 Mittelwert: 63	Arm A: N _a =32 N _w =27 N _p =27 N _{FU} =27 Psychosoziales Interventions- programm (STOMA), face- to-face psycho- edukatives Tref- fen vor OP, Edu- kations-Bro- schüre, fünf Te- lefon-Follow-Ups (eines vor OP, die anderen 4 nach OP) Arm B: N _a =31 N _w =24 N _p =24 N _{FU} =24 CAU	Erhebungszeit- punkte: Baseline Mid-Intervention Post-Interven- tion Follow-Up 1 (1 Monat) Primäre End- punkte: 1. Stoma care Selbstwirksam- keit 2. Akzeptanz des Stomas 3. Stoma-Kompe- tenz 4. Länge des Krankenhauses- aufenthaltes 5. Angst (HADS-A) Depressivität (HADS-D)	Keine sign. Gruppenunter- schiede auf rele- vanten Endpunk- ten	Nicht be- richtet	Singapore Cancer Soci- ety (SCS) Cancer Re- search Grant 2013 Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: high PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fall- zahl nicht er- reicht (N=84) Pilotstudie (da Fallzahl nicht erreicht) " <i>The study was designed to be a full RCT, with a plan to recruit 84 partici- pants based on the power analysis (Lim et al., 2015). However, there was a large number of patients who rejected to participate</i>	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	2015- 2016							<i>in the study (N = 20) or did not meet the selection criteria (N = 33) during the funded time-period in the participating hospital. Thus, the recruitment stopped at 53 participants. Therefore, this study was considered a pilot RCT." (p. 1340)</i>	
Mosher et al., 2019: "Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial." [335]	RCT prospektiv, multizent- risch, offen, 2 Arme Randomi- siert: N = 50	Lungenkrebs (Stadien III - IV) und deren Be- zugspersonen Geschlecht: 44% weiblich Alter: 35-82 Mittelwert: 63	Arm A: N _b = 25 N _{FU1} =20 N _{FU2} =20 ACT, telefonba- siert, 6 Sitzun- gen, 50min, wöchentlich Arm B: N _b = 25 N _{FU1} =18	Erhebungszeit- punkt Baseline Post-Intervention (2 Wochen) Follow-Up1 (6 Wo- chen) Primäre End- punkte: Funktionale Ein- schränkung durch Symptomlast:	1. <u>Angst</u> →ACT vs. KG Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion 2. <u>Depressivität</u> →ACT vs. KG Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion 3. <u>Fatigue</u>	Arm A: ACT SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	Walther Cancer Foun- dation + National Cancer Insti- tute (USA) Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: unclear AB: low RB: unclear Keine Fallzahl- planung Pilotstudie	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Follow- Up1: N = 38 Follow- Up2: N = 38 ITT-Ansatz ohne Im- putation; ausgewer- tet: N=50 Land: USA 2016 - 2017		N _{FU2} =18 AC (Edukation, Unterstützung), telefonbasiert, 6 Sitzungen, 50min, wö- chentlich	1. Symptom In- terferenz (MDASI) 2. Interferenz durch Fatigue (FSI) 1. Interferenz durch Schmerz (PROMIS) 2. Vermeidung aufgrund von Schwindel (PRO- MIS) 3. Angst (PROMIS) 4. Depressivität (PROMIS) Sekundäre End- punkte: Schwere der kör- perlichen Symp- tome: 5. Fatigue (PRO- MIS) 6. Schlafstörun- gen (PROMIS) 7. Schmerz (PRO- MIS) 8. Atembeschwer- den (MSAS)	<u>(Schwere)</u> →ACT vs. KG Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion 4. <u>Schmerz</u> <u>(Schwere)</u> →ACT vs. KG Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion 9.				
Mosher et al., 2018: “Acceptance and commit- ment therapy	RCT, prospek- tiv, of-	Metasta- sierte Brust- krebspati- ent*innen (Stage IV),	Arm A: N _B =23 N _F =18 N _{FU} =17	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Interven- tion	Keine sign. Gruppenunter- schiede auf rele- vanten Endpunk- ten	keine be- richtet	Walther Cancer Foundation, National	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial.” [336]	fen, mono- zentri- sche, 2 Arme Randomi- siert: N=47 Post-Inte- erven- tion: N=39 Follow- Up: N=37 ITT An- satz mit Imputa- tion (LOCF) Ausge- wertet: N=47 Land: USA 03- 11/2016 (Rekru- tierung)	mind. Eines der folgen- den Symp- tome: Schmerz, Fatigue, Schlafstö- rung, De- pressivität, Angst Geschlecht: 100% weib- lich Alter: 25-75 Mittelwert: 56.3	ACT, telefo- nisch, 6 Sitzun- gen Arm B: N _B =24 N _F =21 N _{FU} =24 Eduktion/Un- terstützung (ES), 6 Sitzungen	Follow-Up (4 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. Globale Symp- tominterferenz (MDASI) 2. Schmerzinterfe- renzen (PRO- MIS) 3. Fatigue (FSI) 4. Schlafstörun- gen (PROMIS) Sekundäre End- punkte: 5. Schmerzinten- sität (PROMIS) 6. Fatigue (PRO- MIS) 7. Schlafstörun- gen (PROMIS) 8. Depressivität (PROMIS) 9. Angst (PROMIS)	Aber: In ACT höhere Abnahme von <u>Fatigue</u> mit mitt- lerer Effekt- stärke in ACT (d=-0,43 versus d=-0,24 in ES) Für beide Grup- pen Abnahme von <u>Depressivi- tät</u> (ACT: d=- 0.27 und ES: d=-0.28)		Cancer Insti- tute, Walther Cancer Foundation Laut Anga- ben keine COI	AB: low RB: unclear Pilotstudie Keine Fallzahl- planung (kA) In ACT-Gruppe höhere Baseline- Werte von globa- ler Symptom-Inte- rferenz, Fati- gue-Interferenz, Schlafstörung, schlafbezogene Beeinträchtigun- gen	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>Wise et al., 2018: “Suffering in Advanced Cancer: A Randomized Control Trial of a Narrative Intervention.” [337]</p>	<p>RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N=110 Post-Intervention: N=92 Follow-Up: N=86</p> <p>PP-Analyse Ausgewertet: N=86</p> <p>Land: USA</p>	<p>Advanced cancer (Stage III oder IV), Treatment abgeschlossen (33% gynäkologisch, 16% Brust, 14% Darm, 12% Leber, 26% andere)</p> <p>Geschlecht: Ca. 79% weiblich</p> <p>Alter: 35-80 Mittelwert: 57</p>	<p>Arm A: N_g=59 N_f=49 N_{FU}=49</p> <p>miLivingStory, (miLS), telefonbasierte narrative Intervention in Form von Lebens- und Krankheits-Review; 3 Komponenten: 1) Telefoninterview (ein Kennenlernen, 20-30min und dann das Interview, 45-124min); 2) mi-LivingStory Website mit Infos etc.; 3) mi-LivingStory Social Network, um Geschichten auszutauschen</p> <p>Arm B: N_g=51 N_f=43 N_{FU}=37</p>	<p>Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wochen)</p> <p>Primäre Endpunkte: 1. Frieden und Bedeutsamkeit (peace and meaning; FACIT-Sp) 2. Depressivität (POMS-SF) 3. Wut (POMS-SF) 4. Angst (POMS-SF)</p>	<p>1. Depressivität → miLS versus miOR: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede</p> <p>Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede</p> <p>2. Angst: → miLS versus miOR: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede</p> <p>Follow-Up: Keine sign.</p>	<p>Nicht berichtet</p>	<p>National Cancer Institute</p> <p>Laut Angaben keine COI</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low</p> <p>Geplante Fallzahl erreicht (N=80 zum Follow-Up-Zeitpunkt)</p> <p>Möglicherweise nicht-repräsentative Stichprobe: geringe Teilnahme und hoher Drop-Out</p>	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
			miOwn- Resources (miOR); Kon- trollwebsite, enthält mi- LivingStory Krebsinfos, aber keine Tipps in Form von eige- nen/anderen Geschichten		Gruppen- unter- schiede				
Hass et al., 2017: „Effects of a phone-based follow-up care after inpatient rehabilitation for breast can- cer patients - A randomized controlled trial.“ [338]	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme Randomi- siert (Ba- seline2): N=153 Post-In- terven- tion: N=127 kA zu Analyse- methode;	Brustkrebs- patient*in- nen während der onkolo- gischen Reha, Geschlecht: 100% weib- lich Alter: 27-54 Mittelwert: 46,6	Arm A: N _{B2} = 70 N _P =53 Telefonische Nachsorge, nach Entlassung über 6 Monate. In 4-wöchigen Abständen, ins- gesamt 5 Ge- spräche à ca.15min Arm B: N _{B2} =83 N _P =74 CAU, keine tele- fonische Nach- sorge	Erhebungszeit- punkt Baseline1 (Beginn stat. Reha) Baseline2 (Ende stat. Reha) Post-Intervention Primäre End- punkte: 1. Psychische Be- lastung (Emoti- onal Thermo- meter) 2. QoL (LZI) 3. Indikatoren des Reha-Status (IRES-24) 4. Angst (HADS) 5. Depressivität (HADS)	Keine sign. Gruppenunter- schiede auf rele- vanten Endpunk- ten	Nicht be- richtet	Arbeitsge- meinschaft für Krebsbe- kämpfung NRW (ARGE) Laut Anga- ben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: high RB: unclear Geplante Fall- zahl (N=124) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	Ausge- wertet: N=127 Land: Deutsch- land			6. Gesundheits- verhalten 7. Rückkehr an den Arbeits- platz					
Hummel et al., 2017: “Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial.” [339]	RCT, prospek- tiv, mo- nozent- risch, of- fen, 2 Arme Randomi- siert: N=169 Mid-Treat- ment: N=156 Post-Inter- vention: N=151 ITT-Ansatz mit Impu- tation (LOCF), ausgewer- tet:	Brustkrebs- überlebende mit DSM-4- Diagnose von sexuel- ler Dysfunk- tion, krank- heitsfrei Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 51,1	Arm A: N _g = 84 N _w =75 N _r =69 IKVT, wöchentli- che Sitzung, max. über 24 Wochen Arm B: N _g = 85 N _w =81 N _r =82 WL	Erhebungszeit- punkte: Baseline Mid-Treatment (10 Wochen) Post-Intervention Primäre End- punkte: 1. Sexuelle Funk- tion (FSFI total) 2. Sexueller Dis- tress (FSDS-R) 3. Beziehungsinti- mität (PAIR) Sekundäre End- punkte: 4. Körperbild (QLQ-BR23) 5. Menopausale Symptome (FACT-ES) 6. Eheliche Funk- tion (MMQ) 7. Distress (HADS total)	1. <u>Sexuelle Funk- tion:</u> → IKVT versus WL: Keine sign. Gruppe- Zeit-Inter- aktion Kein sign. Gruppen- unter- schied zu keinem Zeitpunkt 2. <u>Distress:</u> → IKVT versus WL: Keine sign. Gruppe- Zeit-Inter- aktion	Nicht be- richtet	Netherlands Cancer Insti- tute Laut Angabe keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fall- zahl (N=130) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	N=143- 156 (je nach Out- come und MZP) Land: Nie- derlande			8. <i>QoL</i> (SF-36)	keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem Zeitpunkt 3. <u>QoL</u> : → IKVT versus WL: Keine sign. Gruppe- Zeit-Inter- aktion keine sign. Gruppen- unter- schiede zu keinem Zeitpunkt				
Lai et al., 2019: “A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Pati- ents in a	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme	Brustkrebs- patient*in- nen, die zum ersten Mal Chemothera- pie bekom- men	Arm A: N _B =60 N _{FU} =58 Nurse-Led Care (NLC), ein face- to-face Treffen vor Chemo,	Erhebungszeit- punkt Baseline Follow-Up (4 Wo- chen)	1. <u>QoL</u> : →NLC versus CAU: Keine sign. Gruppenunter- schiede	Nicht be- richtet	Central Re- search Grant from the Hong Kong Polytechnic University	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Chemotherapy Day Center A Randomized Controlled Trial." [340]	Randomi- siert: N=124 Post-In- terven- tion: N=120 ITT-An- satz mit Imputa- tion (Ex- pectation Maxi- mization Algorith- mus); Ausge- wertet: N=120 Land: China (Hong Kong)	Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 51,13	dann 4 Telefon- gespräche nach Chemo (in der Woche des 1., 2., 4. und 6. Chemozyklus Arm B: N _B =64 N _{FU} =62 CAU	Primäre End- punkte: 1. QoL (FACT-G) Sekundäre End- punkte: 2. Selbstwirksam- keit (SUPPH)			Laut Anga- ben keine COI	Geplante Fall- zahl (N=90) er- reicht	
Ferguson et al., 2016: "A Random- ized Trial of Videoconfer- ence-Deliv- ered Cognitive	RCT. Prospek- tiv, multi- zent- risch, of- fen, 2 Arme	Brustkrebs- überlebende mit long- term chemothera- py-related dysfunctions	Arm A: N _B =27 N _F =22 N _{FU} =22 KVT → Memory and Attention	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wo- chen)	Keine sign. Gruppenunter- schiede auf rele- vanten Endpunk- ten	Nicht be- richtet	e National Institutes of Health Office of Research on Women's Health ad- ministrated	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: high RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Behavioral Therapy for Survivors of Breast Cancer With Self-Re- ported Cogni- tive Dysfunc- tion." [341]	Randomi- siert: N=47 Post-interven- tion: N=36 Follow- Up: N=35 kA ob ITT; Aus- gewertet: N=35 Land: USA	(CRCDD), mo- mentan krankheits- frei Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 54,6	Adaptation Trai- ning (MAAT), 8 wöchentliche Sitzungen von je 30-45min, per Videokonferenz Arm B: N _B = 20 N _P =14 N _{FU} =13 Attention con- trol (AC) → sup- portive Thera- pie, 8 wöchentli- che Sitzungen von je 30- 45min, per Vi- deokonferenz	Primäre End- punkte: 1. Kognitive Ein- schränkung (PCI) 2. Kognitive Fä- higkeiten (FACT-Cog) Sekundäre End- punkte: 3. Verarbeitungs- geschwindigkeit und verbales Gedächtnis (TBANS) 4. Angst (bezogen auf kognitive Beeinträchti- gungen(MIA-A) 5. Fatigue (FACIT- F) 6. Funktionsfähig- keit (FACT-G) 7. Angst (DASS- 21) 8. Depressivität (DASS-21) 9. QoL (FACTCog)			by the Na- tional Can- cer Institute Ferguson hat Copyright mit US Copy- right Office für die in dieser Studie verwendeten Treatment- Manuale	Geplante Fall- zahl (N=48) nicht erreicht	
Malmström et al., 2016: "The effect of a nurse led telephone supportive	RCT, prospek- tiv, of- fen, monozen trisch,	Speiserö- hrenkrebs mit opera- tivem Eingriff	Arm A: N _R =41 N _B =41 N _P =40 N _{FU1} =38 N _{FU2} =34	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Interven- tion	Keine sign. Gruppenunter- schiede	Nicht ber- ichtet	Södra sjukvårdsre- gionen [The Southern Re- gional Health Care	Risk of Bias SB1: unclear SB2: low PB: high DB: high AB: low	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
care pro- gramme on patients' qual- ity of life, re- ceived infor- mation and health care contacts after oesophageal cancer sur- gery—A six month RCT- follow-up study." [342]	2 Arme Random- isiert: N=82 Baseline: N=80 Post-Int- erven- tion: N=74 Follow- Up 1: N=69 Follow- Up 2: N=59 Follow- Up 3: N=49 ITT-An- satz mit Imputa- tion (Mit- telwert- ersetzu- ngen & Ersetzun- g nach Scoring Manual	Geschlecht: 21,95% weiblich Alter: Mittelwert: 66,4	N _{FU3} =26 Pflegerische te- lefonische Un- terstützung nach Operation, über 6 Monate, 16x zwischen 5- 15 min Arm B: N _R =41 N _G =39 N _F =34 N _{FU1} =31 N _{FU2} =25 N _{FU3} =23 CAU	Follow-Up 1 (6 Wochen) Follow-Up 2 (14 Wochen) Follow-Up 3 (22 Wochen) Primäre End- punkte: 1. QoL (EORTC- QLQ-C30 und QLQ-OG25)			Committee] and Vårda- kademien [Academy of caring sci- ence] at Skåne Uni- versity hos- pital Laut Anga- ben keine COI	RB: unclear Keine Fall- zahlplanung (kA)	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	des Mes- sinstru- ments) Ausgew- ertet: N=82 Land: Schwe- den 2009- 2013								
Mosher et al., 2016: “Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers.” [343]	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme <i>Randomisiert:</i> N=106 Dyaden (N=106 Patient*innen, N=106 Behandelnde	Symptomatische Lungenkrebspatient*innen und ihre Betreuungspersonen Geschlecht: Patient*innen: 53% weiblich Betreuende: 73% weiblich Alter: Patient*innen: 42-85 Behandelnde: 20-80	Arm A: N _B =51 Dyaden; N _P =36 Patient*innen, N _B =35 Behandelnde; N _{FU} =35 Patient*innen, N _{FU} =33 Behandelnde Telefon Symptom Management Intervention (TSM), 4 wöchentliche Telefonate je 45 min, bestehend aus KVT	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (4 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (PHQ-8) 2. Angst (GAD-7) 3. Schmerz (BPI Short Form) 4. Fatigue (FSI) 5. Atemlosigkeit und Distress bzgl. Atemlosigkeit (MSAS)	Keine sign. Gruppenunterschiede auf relevanten Endpunkten Keine sign. Gruppen- oder Zeit-Effekte oder Zeit-Gruppen-Interaktionen → keine Verbesserung in beiden Gruppen	Keine berichtet	American Cancer Society, American Cancer Society Institutional Research grant, National Cancer Institute Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: unclear AB: low RB: high Geplante Fallzahl erreicht (N=42 Dyaden)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	<p><i>Post-Intervention:</i> N=80 Patient*innen, N=80 Behandelnde <i>Follow-Up:</i> N=79 Patient*innen, N=72 Behandelnde</p> <p>ITT-Ansatz; kA zu Imputationsmethode</p> <p>Ausgewertet: N=106 Dyaden</p> <p>Land: USA 03/2013-04/2015</p>	<p>Mittelwert: Patient*innen: 62,72 Behandelnde: 56,54</p>	<p>und emotionsfokussierte Therapie</p> <p>Arm B: N_B=55 Dyaden N_P=44 Patient*innen, N_F=45 Behandelnde; N_{FU}=44 Patient*innen, N_{FU}=45 Behandelnde</p> <p>Edukation/Support (E-S), 4 wöchentliche Telefonate je 45min</p>						

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	(Rekrutierung)								
Freeman et al., 2015: “A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care.” [344]	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 118 ITT-Ansatz Ausgewertet: N = 118 Land: USA 2008-2010	Brustkrebs-Überlebende, mindestens 6 Wochen nach abgeschlossener Behandlung Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: 55.44	Imaginationsbasierte Verhaltensintervention (Arm A & B): 1x/Woche à 4h, 1.-4. Sitzung: 25 Min. Theorie, 25 Min. Interaktion in Triaden 5. Sitzung: Präsentation ind. Beiträge & Feedback Arm A: N _B = 48 N _P = 41 N _{FU} = 40 Gruppenangebot Eduktion + Imagination + Übungen (<i>Life Delivery, LD</i>), 50min (25min Input, 25min Interaktion), wöchentlich, 5 Wochen + Übungen zuhause Arm B: N _B = 23 N _P = 19 N _{FU} = 19	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (2 Monate) Primärer Endpunkt: 1. Allg. QoL (SF-36): physisch (PCS), psychisch (MCS) Sekundäre Endpunkte: 2. Krebsbezogene QoL (FACT-B) 3. Fatigue (FACIT-F) 4. Wahrgen. kogn. Funktionsfähigkeit (FACT-Cog) 5. Spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp-Ex) 6. Distress	1. <u>Allg. QoL (psychisch)</u> → LD vs. TD vs. WL: Keine sign. Effekte für Zeit, Gruppe, Zeit x Gruppe-Interaktion. 2. <u>Krebsbezogene QoL</u> → LD vs. TD vs. WL: Sign. Effekt für Zeit. Keine sign. Effekte für Gruppe, Zeit x Gruppe-Interaktion. 3. <u>Fatigue</u> → LD vs. TD vs. WL: Sign. Effekt für Gruppe. Keine sign. Effekte für Zeit, Zeit x Gruppe-Interaktion. 4. <u>Distress</u> → LD vs. TD vs. WL:	Keine berichtet.	Finanzierung durch Small Business Innovating Research-Subvention + Krebspräventions-Stipendium für Mitarbeitende (NCI grant) Laut Angaben kein COI.	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
			Wie oben, nur: <i>Online-Gruppe</i> , Tele- medizin (telemede- cine delivery, TD)	(BSI-GSI) 7. Schlafstö- rungen (PSQI)	Keine sign. Effekte für Zeit, Gruppe, Zeit x Gruppe-In- teraktion.				
			Arm C: N _B = 47 N _F = 44 N _{FU} = 43						
			WL, Angebot der ERL-Intervention nach 3-Monats- Follow-Up						
Perz et al., 2015: “A random- ized trial of a minimal inter- vention for sexual con- cerns after cancer: a com- parison of self-help and professionally delivered mo- dalities.” [345]	RCT, prospek- tiv, of- fen, mo- nozent- risch, 2 Arme <i>Randomi- siert:</i> N=88 Pa- tient*in- nen, N=53 Partner <i>Post-Inte- rvention:</i>	Krebspati- ent*innen oder Part- ner*innen von Krebspa- tient*innen (81% sexuel- len Krebstyp (Prostata, Brust, gynä- kologisch) Geschlecht: 53% weiblich Alter: Mittelwert: 56.25	Arm A: N _B = 45 Pati- ent*innen, N _B =25 Partner; N _F =35 Pati- ent*innen, N _F =20 Partner; N _{FU} =33 Pati- ent*innen, N _{FU} =20 Part- ner*innen Schriftliches In- formationsmate- rial zur Selbst- hilfe (68 Seiten) + ein telefo-	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Interven- tion Follow-Up (6 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. QoL (SF-12) 2. Depressivität (HADS) 3. Angst (HADS) 4. Self-Silencing (STSS) 5. Zufriedenheit mit Beziehung (DAS)	Patient*innen- outcome Keine sign. Grup- penunterschiede auf QoL, Depres- sivität, Angst, Se- xuelle Funktion, sexuelle Zufrie- denheit	Nicht be- richtet	Australian Research Council Linkage Grant, Cancer Council New South Wales and the National Breast Cancer Foundation, Westmead Hospital and Nepean Hos- pital	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: low kA zur Fall- zahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studien- typ	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergeb- nisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	N=69 Pa- tient*in- nen, N=53 Partner <i>Follow- Up</i> : N=59 Pati- ent*in- nen, N=31 Partner kA zum Umgang mit Drop- outs; Ausge- wertet: N=kA Land: Austra- lien		nat/Skype-Bera- tungsgespräch (60min) (HP) Arm B: N _B = 43 Pati- ent*innen, N _B =28 Part- ner*innen; N _F =34 Pati- ent*innen, N _F =17 Part- ner*innen; N _{FU} =26 Pati- ent*innen, N _{FU} =13 Part- ner*innen Nur Informati- onsmaterial zur Selbsthilfe (SH)	6. Sexuelle Kom- munikation (DSC) 7. <i>Sexuelle Funk- tion</i> (CSFQ-14) 8. <i>Sexuelle Zu- friedenheit</i> („how satisfied are you with y- our sexual rela- tionship?“)			Keine COI laut Anga- ben		

2.4.4 Psychotherapeutische Intervention

2.4.4.1 Psychotherapeutische Interventionen im Einzel- und Gruppensetting

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlungen 8.14 bis 8.16 und das Statement 8.17.

2.4.4.1.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Coutino-Escamilla et al., 2019: "Non-pharmacological therapies for depressive symptoms in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials." [294]	MA Suchzeitraum: Januar 2006 – Dezember 2017 Datenbanken: CENTRAL, Medline, Embase, SCIELO, Trip Medical Database, PsycNet, LILACS, EVIPNet	RCTs Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: kA Länder : USA (22), Europa (13), Asien (11), Brasilien (1), Türkei (1)	Inhalte: 5 x Psychotherapie (KVT, Stress Management) 14x Social Support (Mischkategorie mit Gesprächsgruppen, Telefonbasierten Interventionen, Mailkontakten etc.) 2x Kunsttherapie 2x therap. Lachen 9x Bewegungs-therapie 2x Paartherapie 7x Achtsamkeits-basierte Psychotherapie 7x Yoga	Primäre Endpunkte: 1. Depressivität Verwendete Messinstrumente: <i>Depressivität</i> CES-D HADS POMS BDI	1. Depressivität → Gesamteffekt: Post-Intervention: 48 RCTs, I ² = 96%; SMD=-0.52 [-0.81, -0.22, p < 0.05] → Psychotherapie: Post-Intervention: 5 RCTs, I ² = 92%; SMD=-0.82 [-1.61, -0.03, p = 0.04] → Sensitivitätsanalyse: <i>nach Entfernung von 2 Ausreißern (Qiu 2013, Savard 2005) weiterhin sign. Reduktion von Depressivität</i> (3 RCTs, I ² = 0 %; SMD=-0.77)	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: <i>Keine Angaben zu RoB der Primärstudien</i> Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,9,11,13,15 non-kritischer Dom. 3,6,8,10,12 Sensitivitätsanalysen: <i>Durchgeführt, schrittweise</i>	1a-
Eingeschlossene Primärstudien:	P: diagn. Brustkrebs (nicht terminale Phase)		Dauer/Frequenz/ Länge: 20min – 2 Stunden					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Eyigor 2010 Mehnert 2011 Chen 2013 Ratcliff 2016 Bultz 2000 Kalaitzi 2007 Nunes 2007 Hoffman 2012 Chen 2015 Bower 2015 Kenne 2017 (2x) Reich 2017 Culos-Reed 2006 Dannhauer 2009 Kovacs 2012 Cramer 2015 Zhou 2015 Ratcliff 2016 Lancot 2016								
Ye et al., 2018:	MA	RCTs	Inhalte: <i>KVT</i>	Primäre End- punkte: <i>1. QoL</i>	1. QoL → <i>Gesamteffekt:</i>	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>"A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients." [346]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: McKiernan 2010 Qiu 2013 Carpenter 2014 Gudenkauf 2015 Groarke 2013 Kissane 2003 Lechner 2014</p>	<p>Suchzeitraum: August 2017</p> <p>Datenbanken: CENTRAL Pubmed CINHAL Embase PsyArticles PsycInfo Scopus Web of Science BMJ Clinical Evidence</p> <p>Einschluss-kriterien: P: diagn. Brustkrebs I: KVT C: keine Intervention O: QoL, Depressivität, Angst und Distress S: RCTs</p>	<p>Brustkrebs, Stadium 0 - IV</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 46 - 54</p> <p>Länder : USA Irland Frankreich China Australien Niederlande</p>	<p>Dauer/Frequenz/ Länge: 60min - 120min wöchentlich 5 - 20 Wochen</p> <p>Kontrollgruppen: Warteliste TAU Aufmerksamkeits-Placebo Pharmakotherapie Entspannungstraining</p>	<p>2. Depressivität 3. Angst 4. Distress</p> <p>Verwendete Messinstrumente: <i>QoL</i> FACT-B</p> <p><i>Depressivität</i> CES-D</p> <p><i>Angst</i> SAS</p> <p><i>Distress</i> PSS</p>	<p>Post-Intervention: 9 RCTs, $I^2 = 36\%$; SMD=0.57 [0.44, 0.69, $p < .001$]</p> <p>2. Depressivität →Gesamteffekt: Post-Intervention: 6 RCTs, $I^2 = 47\%$; SMD=-1.11 [-1.28, -0.94, $p < .001$]</p> <p>3. Angst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 5 RCTs, $I^2 = 36\%$; SMD=-1.10 [-1.27, -0.03, $p < .001$]</p> <p>4. Distress →Gesamteffekt: Post-Intervention: 5 RCTs, $I^2 = 6\%$; SMD=-0.40 [-0.53, -0.26, $p < .001$]</p>		<p>SB: 4 PB: 6 DB: 5 AB: 7 RB: 9 OB: 7</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7 non-kritischer Dom. 3</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Mäßige Heterogenität/ bei Depressivität ließ sich Heterogenität durch Herkunftsland aufklären</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Duijts 2012 Boesen 2011 Dolbeault 2009	10 RCTS, N=1939 Pa- tient*innen						(USA vs. Not USA) Publikations- bias: <i>Visuelle Prüfung Fun- nel-Plot + Eg- ger's Test / keine Hinweise auf Publica- tion Bias</i>	
Sanjida et al., 2018: "Are psy- chological interven- tions effec- tive on anxiety in cancer pa- tients? A systematic review and meta-ana- lyses." [347] Eingeschlos- sene Pri- märstudien:	SysRev & MA Suchzeitraum: Januar 1993- Juni 2017 Datenbanken: CENTRAL Medline Embase CINHAL Scopus PsycInfo Einschlusskri- terien: P: erwachsene Krebspa- tient*innen	RCTs Brustkrebs (36) Gynäkolo- gische Tu- more (3) Prostata- und Hodenkrebs (2) Sonstige Krebsdia- gnosen (29) Geschlecht: 74,6% wei- blich Mittleres Al- ter:	Inhalte: 14 x KVT 12 x Entspannungs-ver- fahren 9x Psychosoziale The- rapie 13x "Supportive Care Interventions" 3x gestufte Interventio- nen ("stepped care") 20x sonstige Dauer/Frequenz/ Länge: 4 Tage – ein Jahr Kontrollgruppen: alternative Intervention TAU/UC	Primärer End- punkt: 1. Angst Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Angst</i> HADS STAI POMS	1. Angst → Gesamteffekt: Post-Intervention: 51 RCTs, n=7491 I ² = 68%; SMD=-0.21 [-0.30, -0.13, p < .001] →Sensitivitätsana- lyse: <i>Entfernung der Studie mit größtem und kleinsten Effekt, keine Änderung des Ergebnis</i> → KVT: Post-Intervention: 9 RCTs, I ² = 14%; SMD=-0.08	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 18 PB: 2 DB: 7 AB: 42 RB: 48 OB: KA Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne <i>7,11,15,</i> non-kritischer Dom.	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
71 Primär- studien in qual. Review / 51 in Meta-Analy- sen	I: psychoso- ziale Interven- tion C: alternative Intervention, TAU/UC, War- teliste O: Angst, Dis- tress S: RCTs 71 RCTs, N=13098 Pa- tient*innen 51 RCTs, N=8283 Pa- tient*innen in MA	55 Länder : USA (19) Europa (29) Weitere (53)	Warteliste		[-0.20, 0.05, p >.05] → Supportiv expres- sive Therapie: Post-Intervention: 4 RCTs, I ² = 68%; SMD=-0.16 [-0.35, 0.03, p>.05] → Psychotherapie: Post-Intervention: 4 RCTs, I ² = 0%; SMD=0.07 [-0.09, 0.23, p>.05]		5,8 Sensitivitäts- analysen: <i>durchgeführt, siehe Haupt- ergebnisse</i> <i>Durchführung von Subgrup- penanalysen, teilweise in Hauptergeb- nissen aufge- führt</i> Publikations- bias: " <i>Studies with a sample size of less than 40 par- ticipants were excluded to reduce the po- tential influ- ence of publi- cation bias and inflated ES</i> "	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
							common in small studies. (p.2065)"	
Kalter et al., 2018: "Effects and moderators of psychosocial interventions on quality of life, and emotional and social function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs." [288] Eingeschlossene Primärstudien: 61 RCTs, davon 22 in	IPD MA Suchzeitraum: Oktober 2017 Datenbanken: Medline, Embase, CINHAL, PsycInfo Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: Informationsvermittlung, Support, CST, Psychotherapie C: TAU/UC, Warteliste, Aufmerksamkeits-placebo O: QoL + weitere Outcomes S: RCTs	RCTs Brustkrebs (13) Hämatologischer Krebs (1) Prostatakrebs (2) Gemischte Krebsdiagnosen (6) Geschlecht: 65% weiblich Mittleres Alter: 56 (SD=11.4) Länder : USA (8) Niederlande (6) Kanada (2) Schweden (2)	Inhalte: CST (19) Psychotherapie (2) Informationsvermittlung (1) Support (-) Dauer/Frequenz/ Länge: 4-52 Wochen 1-54 Sitzungen (teils Langzeit-Einzeltherapie) Individual-, Gruppen-, und Paarsetting Kontrollgruppen: TAU/UC (14) Warteliste (6) Aufmerksamkeits-placebo (2)	Primärer Endpunkt: 1. QoL Sekundäre Endpunkte: 2. Emotionales Funktionsniveau 3. Soziales Funktionsniveau Verwendete Messinstrumente: QoL FACT-G EORTC QLQ-C30 SF-36 QoL-CS	1. QoL → Gesamteffekt: Post-Intervention: 22 RCTs, n=4217 SMD=0.14 [0.06, 0.21, p<.05] <i>Interventionstyp als sign. Moderator (p=.01):</i> → Informationsvermittlung: Post-Intervention: 1 RCTs, SMD=0.19 [0.03, 0.34, p <.05] → CST: Post-Intervention: 19 RCTs, SMD=0.09 [0.04, 0.15, p <.05] → Psychotherapie: Post-Intervention: 2 RCTs, SMD=0.32 [0.12, 0.51, p <.05]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 15 PB: nicht erfasst DB: nicht erfasst AB: 17 RB: 18 OB: kA "Items related to blinding were omitted because blinding of patients and personnel is difficult in case of a PSI. Also, the rating of blinding of outcome assessors was excluded because QoL, EF, and SF were assessed using patient-reported outcomes (PROs)." (p.1153) Review: AMSTAR-2: low quality	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
IPD-Meta- Analyse Armes 2007 Arving 2007 Braamse 2015 Chambers 2013 Duijts 2012 Eli 2008 Ferguson 2012 Gellaitry 2010 Gielissen 2006 Goe- dendorp 2010 Graves 2003 Heiney 2003 Johansson 2008 Kimman 2011 Mann 2012 Meneses 2007	22 RCTs, N=4217 Pa- tient*innen in IPD-MA	Australien (1) UK (3)					Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 3,12,14 Sensitivitäts- analysen: <i>Durchführung von Moderato- ren-analysen, teilweise in Hauptergeb- nissen aufge- führt</i> Publikations- bias: <i>Visuelle Prü- fung Funnel- Plot + Egger's Test / keine Hinweise auf Publication Bias</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Northouse 2005 Nothouse 2007 Northouse 2013 Savard 2005 Savard 2006 Van der Berg 2015								
Hilfiker et al., 2018: "Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-	Indirect-comparison MA Suchzeitraum: Januar 2017 Datenbanken: Pubmed CENTRAL Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: Bewegungs- oder nicht-pharmakologische Therapie	RCTs Brustkrebs (126) Hämatologischer Krebs (10) Prostatakrebs (18) Kolonrektaler Krebs (7) Gemischte Krebsdiagnosen (52) Geschlecht: >65% weiblich	Inhalte: Während Behandlung Ausdauer (34) Ausdauer + Gewichte (23) KVT (18) Entspannung (12) → inkl. <i>Atmung, Stretching, Meditation</i> Yoga (10) Gewichte (10) Multimodal (6) Massage (4) Heilende Berührung (3) Tanztherapie (2) Musiktherapie (1) Nach Behandlung	Primärer Endpunkt: 1. Fatigue Verwendete Mes- sinstrumente: <i>CFS</i> <i>PFS</i> <i>EORTC QLQ-C30</i> <i>Fatigue</i> <i>BFI</i> <i>POMS</i> <i>FACIT-F</i> <i>FACT-F</i> <i>etc.</i>	1. Fatigue Während Behandlung → KVT: Post-Intervention: 18 RCTs, $I^2 = 61\%$; $SMD = -0.20$ [-0.57, 0.17, $p > .05$] → Entspannung: Post-Intervention: 12 RCTs, $I^2 = 88\%$; $SMD = -0.77$ [-1.22, -0.31, $p < .05$] Nach Behandlung → KVT: Post-Intervention:	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB "Over all comparisons, the random sequence generation was adequate in most trials (97%); allocation concealment was problematic in 61% of the trials. Baseline characteristics were not balanced in 17% of the studies; patients and outcome assessor could not be blinded in most trials (99%), therapists	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
analysis." [348] Eingeschlos- sene Pri- märstudien: 245 Primär- studien	C: TAU/UC O: Fatigue S: RCTs 112 RCTs in MA Intervention während lau- fender Krebs- behandlung 133 RCTs in MA Interventionen nach ab- geschlossener Krebsbehand- lung	Mittleres Al- ter: kA Länder : Keine zusam- menfassenden Angaben, Details in Ap- pendices	Ausdauer (30) Ausdauer + Gewichte (32) KVT (29) Entspannung (kA) → <i>inkl. Atmung, Stret- ching, Meditation</i> Yoga (kA) Gewichte (kA) Multimodal (kA) Massage (kA) Heilende Berührung (kA) Tanztherapie (kA) Musiktherapie (kA) Dauer/Frequenz/ Länge: 3-52 Wochen 0-12 Wochen Follow-Up Individual-, Gruppen-, und Paarsetting, Tele- und EHealth Kontrollgruppen: TAU/UC		29 RCTs, I ² = 76%; SMD=-0.42 [-0.58, -0.25, p <.05] →Entspannung: Post-Intervention: ? RCTs, I ² = ? %; SMD=-0.05 [-0.64, 0.53, p <.05]		<i>were never blinded. More than 15% of drop-outs were present in 36% of the tri- als and only 51% of the trials re- ported an intention-to-treat analysis. (p.654)</i> Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,11,15 non-kritischer Dom. 1,3,10 Sensitivitäts- analysen: <i>Ausschluss von Studien mit n<25 Teil- nehmern pro Arm; Effekte</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
							<p><i>generell kleiner, keine Änderung des Signifikanzniveaus in relev. Effekten; kein Einfluss auf Heterogenität</i></p> <p>Publikationsbias: <i>Egger's Test liefert Hinweise Publikations-Bias in relev. Vergleichen</i></p>	
<p>Hall et al., 2018: "Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis." [349]</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Mai 2017</p> <p>Datenbanken: Medline PsychInfo Embase CINHAL Web of Science CENTRAL</p>	<p>RCTs</p> <p>Brustkrebs (11) Prostatakrebs (3) Gynäkologischer Krebs (1) Melanom (1) Gemischte Krebsdiagnosen (3)</p>	<p>Inhalte: CBS (11) Entspannung (4) → <i>keine separate Auswertung</i> Achtsamkeit (10)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 9 Tage-12 Monate (Modalw.=1 Monat) 4-17 Sitzungen (median=6)</p>	<p>Primärer Endpunkt: 1. Rezidivangst</p> <p>Verwendete Messinstrumente: MUIS CARS CCSQ FCRS FCRI FoP GTUS MCCS</p>	<p>1. Rezidivangst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 18 RCTs, I² = 48%; SMD=-0.36 [-0.49, -0.23, p <.001] Fail-Safe-N: 247</p> <p>Longest Follow-Up: 14 RCTs, I² = 63%; SMD=-0.31</p>	Keine SUEs berichtet	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 4 PB: 8 DB: 4 AB: 11 RB: 14 OB: 5 (<i>Baseline imbalance und Differential attrition</i>)</p> <p>Review:</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Bailey 2004 Bannaasan 2015 Crane- Okada 2012 Chow 2014 Dieng 2016 Dodds 2015 Heinrichs 2012 Herschbach 2010 Lenagacher 2009, 2016 Mishel 2002 Van der Wal 2017 Ye 2016	Einschlusskri- terien: P: erwachsene Krebspatient- *innen I: Mind-Body Ansatz (auch KVT, Entspan- nung etc.) C: aktive Kon- trolle, TAU/UC O: Rezidi- vangst S: RCTs 19 RCTs, N=2806 Pa- tient*innen (18 RCTs in MA)	Geschlecht: >65% weiblich Mittleres Al- ter: kA Länder : Belgien (19 China (2) Deutschland (2) Niederlande (1) Thailand (1) USA (12)	10–165min Sit- zungsdauer (md=120) Individual-, Gruppen-, und Paarsetting, Tele- und EHealth Kontrollgruppen: Aktive Kontrolle (9) TAU/UC (10)	<i>IUS-SF</i> <i>MAX-PC-FCR</i>	[-0.47, -0.16, p <.001] → CBS: <i>Ausreißer (Ban- naasan 2015)</i> <i>ausgeschlossen</i> Post-Intervention: 12 RCTs, I ² = ? %; SMD=-0.26 [-0.39, -0.13, p <.001] Longest Follow-Up: ? RCTs, I ² = ? %; SMD=-0.19 [-0.80, -0.01, p =.049]		AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7 non-kritischer Dom. 1 Sensitivitäts- analysen: <i>Durchgeführt,</i> <i>schrittweise</i> <i>Entfernung</i> <i>einzelner Stu- dien; siehe</i> <i>Hauptergeb- nisse</i> <i>Subgruppen- analysen</i> <i>(siehe Haupt- ergebnisse)</i> Publikations- bias: <i>Funnel-Plot;</i> <i>keine Hinweise</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>Cobeanu et al., 2018: "Alleviation of Side Effects and Distress in Breast Cancer Patients by Cognitive-Behavioral Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis." [350]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Antoni 2001, 2002, 2006a,b, Arving 2007 Berger 2009a,b Brifge 1988 Cohen 2007 Crues 2000</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Bis Dezember 2015</p> <p>Datenbanken: Medline PsychInfo</p> <p>Einschluss-kriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: Kognitive und/oder behaviourale Interventionen während adjuvanter Therapie C: Standardversorgung O: SUEs, Distress (auch Angst, Depressivität) S: RCTs</p>	<p>RCTs</p> <p>Brustkrebs, Stadien I - IV</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 42 - 55</p> <p>Länder : KA</p>	<p>Inhalte: KVT (14) Verhaltenstherapie (5)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 3 - 33 Stunden</p> <p>Individual- und Gruppensetting, teilweise Entspannungsverfahren (PMR, Imagination) sowie Tele- und EHealth mit eingesetzt</p> <p>Kontrollgruppen: TAU/UC (18) Automatisierte edukative Intervention (1)</p>	<p>Primäre Endpunkte: 1. Distress (schließt Depressivität, Angst mit ein!) 2. Depressivität 3. Angst 4. QoL 5. Übelkeit/Erbrechen 6. Fatigue 7. Schlafstörungen 8. Schmerz</p> <p>Verwendete Messinstrumente: Distress MHI-5 CARES ABS PSOM POMS BSI PSS MR RSCL MRS</p> <p>Depressivität HADS BDI</p> <p>Angst</p>	<p>1. Distress →Gesamteffekt: Post-Intervention: 16 RCTs, N=1831 I² = 65%; SMD=-0.30 [0.13, 0.48, p <.001] Fail-Safe-N: 126 <i>Ausschluss von zwei Ausreißern (Given 2008, Schnur 2009)</i> 14 RCTs, I² = 51%; SMD=-0.29 [0.15, 0.44, p <.001]</p> <p>Follow-Up: 7 RCTs, I² = 47%; SMD=-0.21 [0.05, 0.37, p =.008]</p> <p>2. Depressivität →Gesamteffekt: Post-Intervention: 10 RCTs, N=1202 I² = 70%; SMD=-0.21 [-0.01, 0.45, p =.063] Fail-Safe-N: 126</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien: Keine RoB-Bewertung durchgeführt!</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,9,13 non-kritischer Dom. 3,5,8,10,12</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Modertoren-analyse für Haupteffekte bei hoher Heterogenität</i></p> <p>Publikations-bias:</p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Gaston-Jo- hansson 2000 Given 2008 Groarke 2012 Kissane 2003 Marchioro 1996 Molassiotis 2002 Montgomery 2009 Nunes 2007 Schnur 2009 Walker 1999 Yoo 2005	19 RCTS, N=2037 Pa- tient*innen			HARS HADS STAI Einzelitems QoL CARES BFS SIP LCS EORTC QLQ-C30 MOS-SF-36-v2 FAD FACT-B <i>Übelkeit/Erbrechen</i> MANE <i>Fatigue</i> FSI	Follow-Up: 4 RCTs, $I^2 = 0\%$; $SMD=-0.10$ [-0.04, 0.24, p =.165] 3. Angst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 8 RCTs, N=1083 $I^2 = 73\%$; $SMD=-0.28$ [0.02, 0.54, p =.033] Fail-Safe-N: 29 Follow-Up: 4 RCTs, $I^2 = 22\%$; $SMD=-0.11$ [-0.05, 0.27, p =.170] 4. QoL →Gesamteffekt: Post-Intervention: 8 RCTs, N=1139 $I^2 = 72\%$; $SMD=0.45$ [0.21, 0.69, p <.001] Fail-Safe-N: 86		<i>Fail-Safe-N be- rechnet (siehe Hauptergeb- nisse); Funnel- Plot; Trim-and- Fill-Procedure</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p><i>Ausschluss von einem Ausreißer (Marchioro 1996)</i></p> <p>7 RCTs, $I^2 = 45\%$; SMD=0.33 [0.16, 0.50, $p < .001$]</p> <p>Follow-Up: 7 RCTs, N=1159 $I^2 = 94\%$; SMD=0.46 [-0.01, 0.95, $p = .056$]</p> <p><i>Ausschluss von einem Ausreißer (Antoni 2006)</i></p> <p>6 RCTs, $I^2 = 5\%$; SMD=0.15 [0.02, 0.28, $p = .022$]</p> <p>5. Übelkeit/Erbr. →Gesamteffekt: Post-Intervention: 5 RCTs, N=518 $I^2 = 0\%$; SMD=-0.39 [0.22, 0.58, $p < .001$]</p> <p>6. Fatigue →Gesamteffekt: Post-Intervention:</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					<p>6 RCTs, N=831 $I^2 = 84\%$; $SMD=-0.34$ $[-0.02, 0.71, p = .063]$</p> <p>Follow-Up: 2 RCTs, N=324 $I^2 = 83\%$; $SMD=-0.35$ $[-0.20, 0.90, p = .209]$</p> <p>7. Schmerz →Gesamteffekt: Post-Intervention: 3 RCTs, N=397 $I^2 = 18\%$; $SMD=0.02$ $[-0.26, 0.21, p = .854]$</p>			
<p>Bauereiß et al., 2018: "Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Januar 2018</p> <p>Datenbanken: Medline PsychInfo Psyndex Embase</p>	<p>RCTs</p> <p>Fortgeschrittene Krebserkrankung (22)</p> <p>Frühstadium (4)</p> <p>Rezidivierende Krebs-</p>	<p>Inhalte: Sinnbasierte Interventionen (9) Supportiv-expressive Gruppenth. (9) Kognitiv-existentielle Therapie (2) "Life Review" (4) "dignity therapy" (4)</p>	<p>Primäre Endpunkte: 1. <i>Spirituelles Wohlbefinden</i> 2. Depressivität 3. Angst</p> <p>Sekundäre Endpunkte: 2. <i>Existentielles Wohlbefinden</i> 3. QoL 4. <i>Hoffnung</i></p>	<p>1. Depressivität</p> <p>Post-Intervention: 14 RCTs, $I^2 = 58\%$; $SMD=-0.15$ $[-0.01, 0.32, p > .05]$</p> <p><i>Nach Ausschluss von Studien mit sign. Baseline-Unterschieden (Carlson 2013, 2016, Breitbart 2015,</i></p>	<p>Keine der Primärstudien hat systematisch SUEs erfasst.</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 11 PB: <i>nicht erfasst</i> DB: <i>nicht erfasst</i> AB: 16 RB: 14 OB: 18</p> <p><i>"Because blinding of participants and personnel is in general not</i></p>	<p>1 a</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
adult pa- tients with cancer: Sys- tematic re- view and me- ta-analy- sis of ran- domized controlled trials." [351] Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Ando 2010 Breitbart 2010, 2012, 2015 Carlson 2016, 2013 Chochinov 2011 Classen 2001 Butler 2009 Giese-Davis 2002 Classen 2008 Dubbleby 2007 Gagnon 2015	CINAHL CENTRAL ICTRP Einschlusskri- terien: P: erwachsene Krebspatient- *innen I: "existential interventions" C: aktive & inaktive Kon- trolle O: Primär: Spi- rituelles Wohlbefinden, Angst, Depres- sivität S: RCTs 30 RCTS, N=3461 Pa- tient*innen (24 RCTs in MA)	erkrankung (1) Krebs-Überle- bende (3) Gemischte Stichprobe mit anderen terminalen Erkrankungen (kreb >90%) (2) Geschlecht: kA Mittleres Al- ter: 57 Länder : USA (7) Japan (1) Kanada (9) Australien (4) UK (3) China (4) Portugal (1) Norwegen (1) Iran (1) Niederlande (1)	Davon : Einzel (14) Gruppe (15) Beides (1) Dauer/Frequenz/ Länge: 1 – 52 Wochen bei wöchentlicher Fre- quenz Kontrollgruppen: Warteliste oder TAU/UC (18) Massage, Entspannung, Stress management (3) Supportive Therapie (5) Psychoedukation (3) "Mindfulness-based cancer recovery" (1)	5. <i>DHD</i> 6. <i>Selbstwirksam- keitserleben</i> 7. <i>Physisches Wohlbefinden</i> 8. Schmerz Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> HADS BDI POMS CHADS ESAS <i>Angst</i> HADS POMS CHADS ESAS QoL MQoL FACT-B FACIT-Sp EORTC QLQ-C30 EQ-5D QoLC-E FACT-G <i>Schmerz</i>	<i>Lloyd-Williams 2013,</i> <i>2018):</i> 11 RCTs, I ² = 32%; SMD=-0.25 [0.10, 0.39, p <.05] Follow-Up 1 (3 Monate): 7 RCTs, I ² = 5%; SMD=0.06 [-0.24, 0.12, p >.05] Follow-Up 2 (3-6 Monate): 3 RCTs, I ² = 55%; SMD=0.02 [-0.32, 0.28, p >.05] Follow-Up 3 (>6 Monate): 3 RCTs, I ² = 21%; SMD=0.04 [-0.23, 0.15, p >.05] 2. Angst Post-Intervention: 13 RCTs, I ² = 71%; SMD=-0.12 [-0.08, 0.32, p >.05]		<i>feasible in psy- chological interventions and outcome asses- sors were partici- pants themselves,</i> <i>evaluations on these two do- mains are not provided." (p. 2533)</i> Review: AMSTAR-2: <i>low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 6,10 Sensitivitäts- analysen: <i>Ausschluss von Studien mit sign. Base- lineunter- schieden auf</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Goodwin 2001 Bordeleau 2003 Hall 2011 Henry 2010 Herth 2000 Ho 2016 Juliao 2013, 2014 Kissane 2003, 2007 Lee 2006 Lloyd-Willi- ams 2013, 2018 Lo 2016 Mok 2012 Rutsoen 1998 Spiegel 1981 Tabrizi 2016 Van der Spek 2017 Vuksanovic 2017 Xiao 2013 Ye 2017				EORTC QLQ-C30 PRS Einzelitems	<p>Nach Ausschluss von Studien mit sign. Baseline-Unterschieden (Carlson 2013, 2016, Breitbart 2015, Lloyd-Williams 2013, 2018):</p> <p>11 RCTs, $I^2 = 64\%$; SMD=-0.21 [0.00, 0.41, $p = .05$]</p> <p>Follow-Up 1 (3 Monate): 7 RCTs, $I^2 = 29\%$; SMD=0.05 [-0.26, 0.16, $p > .05$]</p> <p>Follow-Up 2 (3-6 Monate): 3 RCTs, $I^2 = 74\%$; SMD=0.00 [-0.39, 0.39, $p > .05$]</p> <p>Follow-Up 3 (>6 Monate): 3 RCTs, $I^2 = 71\%$; SMD=0.03 [-0.35, 0.30, $p > .05$]</p> <p>3. QoL</p>		<p>Outcomemaßen (siehe Hauptergebnisse); Ausschluss aller Studien mit hohem Bias-Risiko → keine Ergebnisveränderung</p> <p>Publikationsbias: Für MA mit $k > 10$ Studien bestimmt. Asymmetrische Funnel-Plots jedoch keine sign. Egger's Tests bei relevanten Outcomes</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					Post-Intervention: 17 RCTs, $I^2 = 75\%$; SMD=0.21 [0.01, 0.42, $p < .05$] <i>Nach Ausschluss von Studien mit sign. Baseline-Unterschieden (Carlson 2013, 2016, Breitbart 2015, Lloyd-Williams 2013, 2018):</i> 16 RCTs, $I^2 = 74\%$; SMD=0.21 [0.02, 0.48, $p < .05$] Follow-Up 1 (3 Monate): 8 RCTs, $I^2 = 45\%$; SMD=0.18 [-0.06, 0.42, $p > .05$] Follow-Up 2 (3-6 Monate): 4 RCTs, $I^2 = 66\%$; SMD=0.12 [-0.21, 0.45, $p > .05$] Follow-Up 3 (>6 Monate): 2 RCTs,			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Zhang et al., 2017: "Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis." [352]	MA Suchzeitraum: Februar 2014 Datenbanken: Medline, Embase, CENTRAL, Google Scholar Einschlusskriterien:	RCTs Brustkrebs, Stadien I-IV Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: 45 - 64 Länder : kA	Inhalte: KVT (1) Kognitiv-behaviourales Stressmanagement (4) Sonst. Psychologische Intervention (1) Davon : face-to-face (5) Telefon (1) Dauer/Frequenz/ Länge: 4 – 35 Wochen	Primärer Endpunkt: <i>1. QoL</i> Sekundärer Endpunkt: <i>2. Distress</i> Verwendete Messinstrumente: <i>QoL</i> EORTC QLQ-C30 FLIC <i>Distress</i>	$I^2 = 90\%$; $SMD=0.16$ [-0.67, 0.99, $p >.05$] 4. Schmerz Post-Intervention: 5 RCTs, $I^2 = 74\%$; $SMD=-0.21$ [-0.07, 0.49, $p >.05$] Follow-Up 1 (3 Monate): 1 RCTs, $I^2 = - \%$; $SMD=-0.29$ [-0.15, 0.72, $p >.05$]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 6 PB: 0 DB: 1 AB: 2 RB: 6 OB: - Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Eingeschlossene Primärstudien: Groarke 2013, Mishel 2005, Savard 2005, Cruess 2000, Edmonds 1999, Marchioro 1996	P: Brustkrebspatient*innen I: KVT C: - O: QoL, Distress S: RCTs 6 RCTs, N=430 Patient*innen		Wöchentliche Frequenz Sitzungsdauer 50 – 180min Kontrollgruppen: Tau/UC (1) Wartelist (2) Nicht-psychologische Intervention (1) kA (2)	PSS POMS HADS BDI	2 RCTs, $I^2 = ? \%$; SMD=0.46 [0.09, 0.83, p =.014] 2. Distress Post-Intervention: 4 RCTs, $I^2 = 0\%$; SMD=-0.125 [-0.27, 0.02, p =.084] <i>Fixed-effects model</i>		kritischer Domäne 2,7,9,13,15 non-kritischer Dom. 1,3,8,10,12,16 Sensitivitätsanalysen: <i>Schrittweiser Ausschluss einzelner Studien; nur Ausschluss von Marchioro 1996 hat sign Einfluss (siehe Hauptergebnisse)</i> Publikationsbias: <i>Nicht geprüft, da k<5 Studien pro Outcome</i>	
Xiao et al., 2017:	MA Suchzeitraum:	RCTs/CCTs Brustkrebspatient*innen	Inhalte: KVT (9)	Primärer Endpunkt: 1. Depressivität	1. Depressivität Post-Intervention, SDS:	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: kA PB: kA	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
"Effective- ness of Psy- chological Interven- tions on De- pression in Patients Af- ter Breast Cancer Sur- gery: A Meta-analy- sis of Ran- domized Controlled Trials." [353] Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Chan 2015 Cousson- Gélie 2011 Deng 2013 Du 2011 Ellyn 2014 Huang 2013 Jiang 2013 Hou 2015 Marchioro 1996 Yang 2014 Zhang 2012	kA Datenbanken: Medline Pubmed CENTRAL WANGFANG CKNI VIP Einschlusskri- terien: P: Brustkrebs- patient*innen nach OP I: Einzel-KVT C: keine Inter- vention O: Primär : De- pressivität S: RCTs/CCTs 13 RCTs, N=966 Pa- tient*innen	nach operati- vem Eingriff, keine klinisch relevante De- pression Geschlecht: 100% weiblich Alter: 24 - 76 Länder : China (10) Frankreich (1) USA (1) Italien (1)	→ <i>beinhaltet in 8/9 Fällen auch Entspan- nungstraining und Psy- choedukation</i> Psychologische Bera- tung (4) Dauer/Frequenz/ Länge: 2 Wochen - 9 Monate Kontrollgruppen: kA	Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> SDS HADS HAMD	8 RCTs, N=688 I ² = 0%; SMD=-0.87 [-1.03, -0.71, p <.001] Post-Intervention, HADS: 3 RCTs, N=132 I ² = 44%; SMD=-0.50 [-0.98, -0.02, p =.04]		DB: kA AB: kA RB: kA OB: kA Nutzt Jadad- Score: Range=3-4 Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7 non-kritischer Dom. 8,10,16 Sensitivitäts- analysen: <i>Ausschluss von „low qua- lity“ Studien ändert nichts an Ergebnis- sen, keine De- tails dazu</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Zhao Hui 2011 Zhao Jun 2009							Publikations- bias: <i>Asymmetri- sche Funnel- Plots liefern Hinweise auf Pub.-Bias. Ge- ringe Anzahl an eingeschl. Studien.</i>	
Hsieh et al., 2017: "The effects of support- ive care in- terventions on depres- sive symp- toms among patients with lung cancer: A metaanaly- sis of ran- domized controlled studies." [289]	MA Suchzeitraum: September 2015 Datenbanken: Embase Pubmed CENTRAL CEPS Einschlusskri- terien: p: Lungenkrebs I: "supportive care": nicht- pharmakolo- gisch, nicht in-	RCTs Lungenkrebs, <i>Stadien I-IV, teils komor- bide COPD, eine Studie mit komorbi- der Depres- sion als Einschluss-kri- terium</i> Geschlecht: kA Alter: 56 - 71 Länder :	Inhalte: KVT + Psychoeduka- tion (5) Psychoedukation (4) Sport- und Bewe- gungstherapie (3) Davon : Face-to-face (8) Telefon (4) Dauer/Frequenz/ Länge: 6 - 60 Sitzungen 4 -32 Wochen Kontrollgruppen: Tau/UC (10)	Primärer End- punkt: 1. Depressivität Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> SDS PSSCAN BDI SCL HADS PROMIS	1. Depressivität → Gesamteffekt: Post-Intervention: 12 RCTs, N=1472 I ² = 88%; SMD=-0.75 [-1.07, -0.41, p <.001] → KVT: Post-Intervention: 5 RCTs, N=515 I ² = 14%; SMD=-1.05 [-1.25, -0.85, p <.001]	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 7 PB: ka DB: 8 AB: 8 RB: kA OB: kA Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne <i>2,4,7,15</i> non-kritischer Dom. <i>3,5,10</i>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Eingeschlossene Primärstudien: Bredin 1999 Wu 2003 Chen 2006 Ni 2009 Carlson 2010 Porter 2011 Yao 2012 Walker 2014 Badr 2015 Morano 2014 Chen 2015 Molassiotis 2015a, b	vasiv, Förderung und Erhaltung von Wohlbefinden und Krankheitsverarbeitung C: TAU/UC O: Depressivität S: RCTs 12 RCTs, N=1472 Patient*innen	China (4) UK (3) USA (2) Kanada (1) Brasilien (1) Taiwan (1)	Edukation (2)				Sensitivitätsanalysen: <i>Schrittweiser Ausschluss kleiner (N<50) Studien und Studien mit High-RoB führten zu keiner Änderung der Ergebnisse</i> Publikationsbias: <i>"Finally, the existence of a publication bias cannot be ignored. It should be noted that publication bias has some effect on the available evidence pool."</i> (p. 721)	
Jassim et al., 2015:	MA Suchzeitraum:	RCTs	Inhalte: KVT-basiert (24)	Primäre Endpunkte: 1. Depressivität 2. Angst	1. Depressivität → Gesamteffekt Post-Intervention:	Keine der Primärstudien	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 4	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
<p>"Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer." [297]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Andersen 2004, 2007, 2008 Antoni 2001, 2006a, b, 2009 Badger 2007 Baucom 2009 Boesen 2011 Classen 2008 Cohen 2007 Dolebeault 2009 Ferguson 2012 Fillion 2008 Fukui 2000</p>	<p>May 2013</p> <p>Datenbanken: CBCG Specialized Register CENTRAL Medline Embase PsycINFO CINAHL ICTRP ClinicalTrials.gov CancerLit PsyLit Iranmedex Indmed</p> <p>Einschlusskriterien: P: Brustkrebspatientinnen, Stadien I-III I: KVT, Psychotherapie, Counselling, Psychoedukation C: Placebo, TAU/UC, War-</p>	<p>Brustkrebs, "Frühstadium", keine Metastasen</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: Zw. 18 - 80</p> <p>Länder : USA (15) Europa (6) Kanada (2) Japan (1) Australien (2) Israel (1) Brasilien (1)</p>	<p>Sonst. Psychotherapieansätze (4)</p> <p>Davon : Einzel (8) Gruppe (20)</p> <p>Face-to-Face, teils + Telefon (25) Ausschl. telefonbasiert (3)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 1 - 39 Stunden, M=14, SD=9.65</p> <p>bei wöchentlicher Frequenz</p> <p>Kontrollgruppen: Keine genaueren Angaben, siehe Spalte "Studientyp"</p>	<p>3. Distress 4. Stimmungsstörungen</p> <p>Sekundäre Endpunkte: 5. QoL 6. Coping 7. Anpassung 8. Überlebensrate</p> <p>Verwendete Messinstrumente: <i>Depressivität</i> HADS BDI CES-D</p> <p><i>Angst</i> HADS STAI BAI HAMA</p> <p><i>Distress</i> IES BSI MHI</p> <p><i>QoL</i> QLQ-BR23</p>	<p>7 RCTs, N=637 $I^2 = 95\%$; SMD=-1.01 [-1.83, -0.18, p =.02]</p> <p><i>Nach Ausschluss von Ausreißer (Garssen 2013):</i> 6 RCTs, N=567 $I^2 = 82\%$; SMD=-0.43 [-0.90, 0.04, p =.07]</p> <p>GRADE: low quality → Gruppe (<20h) Post-Intervention: 3 RCTs, N=120 $I^2 = 39\%$; SMD=-0.33 [-0.80, 0.14, p =.17] → Gruppe (>20h) Post-Intervention: 1 RCTs, N=303 $I^2 = na$; SMD=-0.10 [-0.32, 0.13, p =.41] → Einzel (<20h) Post-Intervention: 2 RCTs, N=144 $I^2 = 96\%$; SMD=-1.00 [-3.19, 1.20, p =.37]</p> <p>2. Angst → Gesamteffekt Post-Intervention:</p>	<p>hat SUEs berichtet.</p>	<p>PB: 0 DB: 5 AB: 7 RB: 24 OB: 19</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>high quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne - non-kritischer Dom. 3</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Bei hoher Heterogenität a) Ausschluss von Ausreißern, b) Ausschluss von Studien mit hohem RoB (siehe Hauptergebnisse)</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Garssen 2012 Graves 2001, 2003 Henderson 2012 Kissane 2003, 2004 Loprinzi 2011 Manne 2007 Marchioro 1996 Marcsu 2010 Mishel 2005, 2006 Narváez 2008 Nunes 2007 Richardson 1997 Simpson 2001 Taylor 2003 Vos 2004, 2006 Yates 2005	teliste, alterna- tive psych. In- tervention O: Primär: De- pressivität, Angst, Dis- tress, "mood disturbance" S: RCTs 28 RCTs, N=3940 Pa- tient*innen (16 RCTs in MA)			FACT-B LASA EORTC QLQ-C30 QoL-CS FLIC QLI CARES-SF	8 RCTs, N=776 $I^2 = 95\%$; SMD=-0.48 [-0.76, -0.21, p <.01] GRADE: low quality → Gruppe (<20h) Post-Intervention: 5 RCTs, N=358 $I^2 = 68\%$; SMD=-0.44 [-0.85, -0.03, p =.04] → Gruppe (>20h) Post-Intervention: 2 RCTs, N=323 $I^2 = 64\%$; SMD=-0.53 [-1.32, 0.26, p =.19] → Einzel (<20h) Post-Intervention: 1 RCTs, N=95 $I^2 = na$; SMD=-0.78 [-1.20, -0.36, p <.01] 3. Distress <i>keine MA aufgrund fehlender Varian- zangaben</i> 2/2 Studien zeigen sign. reduzierten Dis- tress zugunsten der IG		<i>Weiterhin a priori geplante Subgrup- penanalysen (siehe Haupt- ergebnisse)</i> Publikations- bias: <i>Visuelle Prü- fung der Fun- nel-Plots, keine Statistische Prüfung da k<10 in allen MAs</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Faller et al., 2013: "Effects of Psycho-On- cologic In- terventions on Emo- tional Dis- tress and Quality of	MA Suchzeitraum: May 2013 Datenbanken: CENTRAL Medline PsycInfo	RCTs Gemischte Krebsdia- gnosen (80) Brustkrebs (78) Prostatakarz. (8)	Inhalte: Psychotherapie Einzel (55) Gruppe (42) Paar (10) Psychoedukation (19) Entspannungsverfahren (46)	Primäre End- punkte: 1. <i>Distress</i> 2. <i>gesundheitsbezo- gene QoL</i> 3. <i>Depressivität</i> 4. <i>Angst</i>	4. QoL → Gruppe Post-Intervention: 5 RCTs, N=578 $I^2 = 47\%$; $SMD=0.21$ [-0.03, 0.46, $p = .08$] GRADE: low quality → Einzel Post-Intervention: 3 RCTs, N=141 $I^2 = 41\%$; $SMD=0.65$ [0.07, 1.23, $p = .03$] GRADE: very low qua- lity <i>Test für Sub- gruppenunter- schiede nicht signifikant</i>	Nicht be- richtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 51 PB: kA DB: kA AB: 122 RB: 141 OB: kA Review:	1 a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review und Meta-Analyse." [297] Eingeschlossene Primärstudien: 198 RCTs	Einschlusskriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychoonkologische Interventionen C: Aufmerksamkeits-Placebo, TAU/UC O: Distress, QoL, Depressivität, Angst S: RCTs 198 RCTs, N=22238 Patient*innen (218 Vergleiche in MA)	Gynekologisch (6) Melanom (5) Hematologischer Krebs (4) Andere (12) Nicht angegeben (5) Geschlecht: Median 82% weiblich Alter: Median 54 Jahre Länder : USA (107) UK (18) Australien (12) Kanada (10) Schweden (9) Niederlande (7) Weitere (35)	Einfache Informationsgabe (23) Andere (12) Davon : Einzel (119) Gruppe (66) Paar (8) Nicht angegeben (5) Dauer/Frequenz/ Länge: 1-35 Sitzungen, Median 6 Sitzungen, Über 1-730 Tage, Median 42 Tage Kontrollgruppen: TAU/UC Aufmerksamkeitskontrolle		[0.09, 0.24, p <.001] Follow Up >6 Monate: 39 RCTs, N=? I ² = 32%; SMD=0.10 [0.04, 0.1, p =.003] → Einzelpsychotherapie Post-Intervention: 18 RCTs, N=? I ² = 88%; SMD=0.48 [0.22, 0.74, p =.002] Follow Up ≤6 Monate: 17 RCTs, N=? I ² = 67%; SMD=0.18 [0.02, 0.35, p=.028] Follow Up >6 Monate: 10 RCTs, N=? I ² = 0%; SMD=0.08 [-0.03, 0.19, p =.15] → Gruppenpsychotherapie Post-Intervention: 19 RCTs, N=? I ² = 75%; SMD=0.23 [0.05, 0.42, p =.014] Follow Up ≤6 Monate: 16 RCTs, N=?		AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7, 13 non-kritischer Dom. 3, 10, Sensitivitätsanalysen: <i>Bei hoher Heterogenität (I²>70%) Ausschluss vjew. einer Studie aus MA & Moderatorenanalysen (u.A. Alter, Tumorart)</i> <i>Weiterhin a priori geplante Subgruppenanalysen (siehe Hauptergebnisse)</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>$I^2 = 34\%$; $SMD=0.03$ $[-0.09, 0.15, p=.62]$ Follow Up >6 Monate: 15 RCTs, N=? $I^2 = 53\%$; $SMD=0.15$ $[0.01, 0.29, p =.040]$</p> <p>2. QoL → Gesamteffekt Post-Intervention: 66 RCTs, N=? $I^2 = 78\%$; $SMD=0.26$ $[0.15, 0.37, p <.001]$ Follow Up ≤6 Monate: 47 RCTs, N=? $I^2 = 65\%$; $SMD=0.22$ $[0.12, 0.33, p <.001]$ Follow Up >6 Monate: 27 RCTs, N=? $I^2 = 50\%$; $SMD=0.18$ $[0.07, 0.28, p <.001]$</p> <p>→ Einzelpsychothe- rapie Post-Intervention: 23 RCTs, N=? $I^2 = 89\%$; $SMD=0.47$</p>		<p>Publikations- bias: <i>Visuelle Prü- fung der Fun- nel-Plots</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>[0.17, 0.77, p =.002] Follow Up ≤6 Monate: 16 RCTs, N=? I² = 67%; SMD=0.38 [0.18, 0.57, p<.001] Follow Up >6 Monate: 9 RCTs, N=? I² = 70%; SMD=0.37 [0.09, 0.64, p =.009]</p> <p>→ Gruppenpsycho- therapie Post-Intervention: 14 RCTs, N=? I² = 45%; SMD=0.14 [0.00, 0.28, p =.047] Follow Up ≤6 Monate: 10 RCTs, N=? I² = 68%; SMD=0.05 [-0.19, 0.29, p=.69] Follow Up >6 Monate: 9 RCTs, N=? I² = 16%; SMD=0.02 [-0.13, 0.17, p =.81]</p> <p>3. <u>Depressivität</u> → Gesamteffekt</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
--	------------	---------------------------------------	----------------	----------------------------	-----------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------

Post-Intervention:
 72 RCTs, N=?
 $I^2 = 56.5\%$; **SMD=0.33**
 [0.25, 0.41, p <.001]
 Follow Up ≤6 Monate:
 40 RCTs, N=?
 $I^2 = 40.8\%$; **SMD=0.2**
 [0.11, 0.28, p <.001]
 Follow Up >6 Monate:
 26 RCTs, N=?
 $I^2 = 47.1\%$; **SMD=0.14**
 [0.05, 0.24, p =.002]

→ Einzelpsychothe-
 rapie
 Post-Intervention:
 22 RCTs, N=?
 $I^2 = 51.6\%$; **SMD=0.35**
 [0.21, 0.49, p =.002]
 Follow Up ≤6 Monate:
 14 RCTs, N=?
 $I^2 = 1.3\%$; **SMD=0.13**
 [0.02, 0.24, p=.024]
 Follow Up >6 Monate:
 10 RCTs, N=?
 $I^2 = 40.6\%$; **SMD=0.14**
 [-0.02, 0.3, p =.1]

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
--	------------	---------------------------------------	----------------	----------------------------	-----------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------

→ **Gruppenpsycho-
therapie**

Post-Intervention:

15 RCTs, N=?

$I^2 = 52\%$; **SMD=0.48**

[0.29, 0.67, $p < .001$]

Follow Up ≤ 6 Monate:

9 RCTs, N=?

$I^2 = 19\%$; **SMD=0.21**

[0.06, 0.37, $p = .006$]

Follow Up > 6 Monate:

5 RCTs, N=?

$I^2 = 10\%$; **SMD=0.28**

[0.1, 0.45, $p = .002$]

4. Angst

→ **Gesamteffekt**

Post-Intervention:

74 RCTs, N=?

$I^2 = 60\%$; **SMD=0.38**

[0.29, 0.46, $p < .001$]

Follow Up ≤ 6 Monate:

38 RCTs, N=?

$I^2 = 73\%$; **SMD=0.34**

[0.2, 0.47, $p < .001$]

Follow Up > 6 Monate:

15 RCTs, N=?

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					<p>$I^2 = 33\%$; <i>SMD=0.17</i> [0.06, 0.28, $p = .003$]</p> <p>→ Einzelpsychotherapie Post-Intervention: 15 RCTs, N=? $I^2 = 62\%$; <i>SMD=0.49</i> [0.29, 0.68, $p < .001$] Follow Up ≤ 6 Monate: 11 RCTs, N=? $I^2 = 47\%$; <i>SMD=0.33</i> [0.14, 0.52, $p < .001$] Follow Up > 6 Monate: 10 RCTs, N=? $I^2 = 0\%$; <i>SMD=0.07</i> [-0.07, 0.22, $p = .3$]</p> <p>→ Gruppenpsychotherapie Post-Intervention: 16 RCTs, N=? $I^2 = 47\%$; <i>SMD=0.44</i> [0.26, 0.62, $p < .001$] Follow Up ≤ 6 Monate: 6 RCTs, N=? $I^2 = 4\%$; <i>SMD=0.22</i> [0.07, 0.38, $p = .006$] Follow Up > 6 Monate:</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					3 RCTs, N=? I ² = 53%; SMD=0.46 [0.15, 0.76, p =.003]			
Tang et al., 2020: "The Effects of Cognitive-Behavioral Stress Management for Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials." [287]	SysRev / MA (nicht für relevante Outcomes) Suchzeitraum: Bis November 2017 Datenbanken: CENTRAL, CINHAL, PubMed, Medline, Embase, ScienceDirect, PsycInfo Einschlusskriterien: P: diagn. Brustkrebs I: CBSM C: - O: - S: RCTs	RCTs Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: 31 - 73 Länder : USA (17), Irland (1)	Inhalte: 16x CBSM im Gruppen-setting, face-to-face 2x web-basiertes CBSM Dauer/Frequenz/Länge: 1,5 – 3 Stunden meist wöchentlich 5 – 20 Wochen Kontrollgruppen: 11x eintägige Edukation 4x Warteliste 3x sonstiges	Primäre Endpunkte: 1. <i>Stresserleben</i> 2. <i>Aktuelle Stimmung</i> 3. Serum Cortisol Sekundäre Endpunkte: 4. <i>Angst</i> 5. <i>Depressivität</i> 6. Sinnfindung und positiver Affekt 7. <i>Distress</i> , Stimmungsbeeinträchtigung, "Thought Avoidance". Intrusionen, negativer Affekt 8. Selbstwirksamkeitserleben 9. Physiologische und soziale Indikatoren Verwendete Messinstrumente: <i>Angst</i> HAMA HADS <i>Depressivität</i>	1. Angst 2/3 Studien zeigen sign. stärkere Reduktion von Angst in CBSM-Gruppe (Antoni 2006, 2009, Groarke 2013) 2. Depressivität 4/6 Studien zeigen sign. stärkere Reduktion von Depressivität in CBSM-Gruppe (Stagl 2012, 2015, Groarke 2013, Eaton 2011, Antoni 2001, Lechner 2014) 3. Distress 1/2 Studien zeigen sign. stärkere Reduktion von Distress in CBSM-Gruppe (McGregor 2004, Antoni 2006)	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 1 PB: 0 DB: 9 AB: 18 RB: 18 OB: all unclear Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,11,15 non-kritischer Dom. 1,3,14 Keine Metaanalysen für	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Carpenter 2014 Crues 2001 Eaton 2011 Groarke 2012 Lechner 2014 McGregor 2004 Phillips 2008, 2011 Stagl 2012, 2015, 2015 Vargas 2014	<i>Studien mit "high risk of bias" ausgeschlossen!</i> 18 RCTS, N=2564 Patient*innen			CES-D HADS <i>Distress</i> ABS Einzelitems			relevante Effekte durchgeführt.	
Beatty et al., 2018: "A systematic review of psychotherapeutic interventions for women with metastatic breast cancer: Context matters." [354]	SysRev Suchzeitraum: Bis Mai 2016 Datenbanken: Medline PsycInfo CINAHL SCOPUS Einschlusskriterien: P: erwachsene Brustkrebs-Pa-	RCTs Brustkrebs (metastasiert oder rezidivierend) Geschlecht: 100% weiblich Mittleres Alter: ~50 - 61 Länder :	Inhalte: SEGT: Supportiv-expressive Gruppentherapie (2) KVT (5) SEGT/KVTcombi (1) "expressive writing" (2) Hypnose (1) Telefonberatung (2) Pflegegeführte Beratungsgespräche (1) Davon : Einzel (4)	Primäre Endpunkte: 1. Überleben 2. Distress 3. Coping 4. QoL 5. Schmerz 6. Fatigue 7. Schlafstörungen	1. Distress → Gesamteffekt 8/13 RCTs zeigen sign. Reduktion auf min. einem Distress-Outcome → Gruppe: 6/7 RCTs → Einzel: 1/2 RCTs → "low intensiy": 1/4 RCTs 2. QoL → Gesamteffekt 1/6 RCTs zeigen sign. Reduktion auf	Keine SUEs berichtet.	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 9 PB: - DB: 2 AB: 7 RB: 9 OB: 5 Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Eingeschlos- sene Pri- märstudien: Classen 2001 Butler 2009 Giese-Davis 2002 Spiegel 2007 Goodwin 2001 Bordeleau 2003 Kissane 2007 Spiegel 1981, 1989, 1993 Cunningham 1998 Edmonds 1999 Edelman 1999a, b Laidlaw 2005 Aranda 2006 Arathuzik 1994 Savard 2006 Scholten 2001	tientinnen (me- tastasiert oder rezidivierend) I: psychothera- peutische In- tervention C: - O: u.a. Dis- tress, QoL, so- matische Symptome S: RCTs 15 RCTS, N=1638 Pa- tientinnen	USA (7) Kanada (3) Australien (3) Österreich (1) UK (1)	Gruppe (7) "low intensity" (4) →inkl. <i>Telefon-bera- tung (2) und "expres- sive writing" (2)</i> Dauer/Frequenz/ Länge: 80min – 78 Stunden Kontrollgruppen: "Attention control" TAU/UC Warteliste Alternative Behandlung		min. einem QoLOut- come → Gruppe: 1/3 RCTs → Einzel: 0/3 RCTs 3. Schmerz → Gesamteffekt 4/5 RCTs zeigen sign. Reduktion auf min. einem Schmerz- Outcome → Gruppe: 3/3 RCTs → Einzel: 1/1 RCTs → "low intensiy": 0/1 RCTs 4. Fatigue → Gesamteffekt 1/5 RCTs zeigen sign. Reduktion auf min. einem Fatigue- Outcome → Gruppe: 1/2 RCTs → Einzel: 0/1 RCTs → "low intensiy": 0/2 RCTs		4, 7 non-kritischer Dom. 1,3,10,14,16 Sensitivitäts- analysen: - Publikations- bias: <i>Nicht disku- tiert</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
<p>Given 2008 Gotay 2007 Low 2010 Mosher 2012</p>								
<p>Larkin et al., 2014: "Managing cancer-related fatigue in men with prostate cancer: a systematic review of non-pharmacological interventions." [355] Eingeschlossene Primärstudien: 8 davon 3 "psychologische Interventionen":</p>	<p>SysRev Suchzeitraum: 1990 – März 2012 Datenbanken: Pubmed, CINAHL, Embase, PsycINFO, CENTRAL, PsychExtra, SIGLE, Australien, New Zealand Clinical Trials Registry, Clinicaltrials.gov, ICTRP, EU Clinical Trials Register</p>	<p>RCTs Prostata-Ca Geschlecht: 100% männlich Alter: Zw. 46 - 86 Länder : USA (2), Kanada (2), UK (2), Niederlande (1), Unklar (1)</p>	<p>Inhalte: KVT-basiert (2) Edukation (2) → <i>Goedendrop 2010 sowohl KVT als auch Edukation</i> Sport- und Bewegungsangebote (5) Dauer/Frequenz/ Länge: 5-10 Wochen, meist stündliche Termine (<i>für relevante Interventionen</i>) Kontrollgruppen: TAU/UC</p>	<p>Primärer Endpunkt: 1. Fatigue Verwendete Messinstrumente: Fatigue MFI, FACT-F, FSS, FSI, PFS-Revised, CIS</p>	<p>1. Fatigue → KVT in 2/2 Studien effektiv zur Reduktion von Fatigue → Edukation in 1/2 Studien effektiv zur Reduktion von Fatigue</p>	<p>SUEs in einer Primärstudie berichtet → beziehen sich auf Sport- und Bewegungsangebot</p>	<p>Primärstudien: JBI Critical Appraisal Checklist RCTs mit low RoB SB: 4 PB: 0 DB: 3 AB: 5 RB: <i>nicht erfasst</i> OB: <i>nicht erfasst</i> Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,9,13, non-kritischer Dom.</p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
Badger 2011 Goedendrop 2010 Epsie 2008	MedNar Einschlusskri- terien: P: Erwachsene Prostatakrebs- patienten I: non-pharma- kologische In- tervention u.a. Edukation, KVT C: andere non- pharmakolo- gische Inter- ventionen, TAU/UC O: Fatigue S: RCTs 8 RCTS						3,5,6,10,14,16 Sensitivitäts- analysen: - Publikations- bias: <i>Nicht disku- tiert</i>	

2.4.4.1.2 RCTs Einzeltherapie

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Unterstützende Evidenz (14/21)									
Balck et al., 2019: "A randomized control trial of problem-solving training (PST) for hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients: Effects on anxiety, depression, distress, coping and pain." [356]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=95 Post-Intervention: N=67 Follow-Up: N=49 Wahrscheinlich ITT-Analyse ohne Imputation; Ausgewertet: N= 67 (Post-Intervention), 49 (Follow-Up) Land: Deutschland	Krebspatient*innen mit bevorstehender Stammzelltransplantation Geschlecht: 37,9% weiblich Alter: 19-72 Mittelwert: 52,58	Arm A: N _R =46 N _I =31 N _{FU} =21 Problemlösetraining (problem-solving training (PST)), fünf 1 h-stündige individuelle Sitzungen, eine Sitzung vor Transplantation, die anderen 4 danach (Tag 2, 4, 7, 9 nach Transplantation) Arm B: N _R =49 N _I =36 N _{FU} =28 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention (10-12 Tage) Follow-Up (2 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (HADS-D) 2. Angst (HADS-A) 3. Psychische Belastung (SCL-K-9) 4. Schmerz (QoP) 5. Allgemeiner Distress (NCCN DT) Sekundäre Endpunkte: 6. Problemlöse-Skills (SPSI-R) 7. Soziale Unterstützung (Subskala von COPE) 8. Coping (COPE)	Mean-Change von Baseline zu jew. MZP 1. <u>Depressivität</u> → PST versus CAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>Angst:</u> → PST versus CAU: Post-intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PST (Eta ² =.13) Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PST (Eta ² =.13)	Arm A: SUEs: 1/46 UEs: 4/46 Arm B: SUEs =/49 UEs: 8/49	Deutsche Jose Carreras Leukämie-Stiftung e.V. Keine Angabe zu COI	Risk of Bias SB1: high SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
					<p>3. <u>Psychische Belastung:</u> → PST versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von PST (weniger Verschlechte- rung in PST; Eta²=.23)</p> <p>Follow-Up: Keine sign. Gruppenunter- schiede</p> <p>4. <u>Schmerz:</u> → PST versus CAU Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von PST (geringere Verschlechte- rung in PST; Eta²=.29)</p> <p>Follow-Up: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von PST (geringere</p>				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
					Verschlechterung in PST; $Eta^2=.28$)				
Bao et al., 2019: “Intensive patient’s care program reduces anxiety and depression as well as improves overall survival in de novo acute myelocytic leukemia patients who underwent chemotherapy: a randomized, controlled study.” [357]	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N= 220 Mid-Intervention1: N=kA Mid-Intervention2: N=kA Mid-Intervention3: N=kA Post-Intervention: N=178 ITT-Analyse mit Imputation (LOCF); Ausgewertet: N=220 Land: China 2014-2016	Leukämie-Patient*innen während der Chemotherapie Geschlecht: 49,1% weiblich Alter: Mittelwert: 43,85	Arm A: N _R =110 N _M =kA N _{M2} =kA N _{M3} =kA N _P =92 Intensive Patient’s Care Program (IPCP), über 12 Monate, Mix aus Edukation (Manual + wöchentliche 60min Sitzungen in den ersten 3 Monaten), psychische/psychologische Unterstützung (alle zwei Wochen von Monat 4-9, je 60min), Telefon-Counseling (alle zwei Wochen von Monat 10-12, je ca. 25-30min)	Erhebungszeitpunkte Baseline Mid-Intervention1 (3 Monate Post-Baseline) Mid-Intervention2 (6 Monate Post-Baseline) Mid-Intervention3 (9-Monate Post-Baseline) Post-Intervention Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (HADS-D + SDS) 2. Angst (HADS-A + SAS) Sekundäre Endpunkte: 3. Event-free survivals (EFS) 4. Overall survival (OS)	1. Depressivität → IPCP versus CAU: Post-Intervention: HADS-D: sign. Gruppenunterschiede zugunsten von IPCP auf HADS-D UND SDS 2. Angst: → IPCP versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von IPCP auf HADS-A, gemischte Ergebnisse bzgl. SAS (Score sign. niedriger Post-Intervention bei IPCP, aber Gesamtveränderung von Baseline zu Post-Intervention nicht sign. unterschiedlich)	Nicht berichtet	Keine Angaben zur Finanzierung Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1 : low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
			<p>Arm B: N=110 N=kA N=kA N=kA N=86 CAU</p>						
<p>Burm et al., 2019: “Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal Cancer survivors: follow-up of the SWORD</p>	<p>RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N=88 Post-Intervention: N=82 Follow-Up1: N=82 Follow-Up2: N=69</p> <p>Modifizierte ITT-Analyse; ausgewertet: N=88</p>	<p>Krebsüberlebende (Brust, Prostata und Darm), mit hoher Rezidivangst (CWS über 14), Krebsbehandlung abgeschlossen vor min. 6 Monaten und max. 5 Jahren</p> <p>Geschlecht: 53,4% weiblich</p> <p>Alter: Mittelwert: 58,83</p>	<p>Arm A: N_R=45 N_P=43 N_{FU1}=39 N_{FU2}=38 Blended KVT (bKVT), 5 individuelle 1h face-to-face Sitzungen 8Sitzungen 1,2,3,5,8) + drei 15-min e-konsultationen (Sitzungen 4,6,7), über 3 Monate, Mix aus PE, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensmodifikation, 3 Monate nach Interventionsende eine Booster-Sitzung</p>	<p>Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (24 Wochen) Follow-Up2 (48 Wochen)</p> <p>Primärer Endpunkt: 1. Rezidivangst (CWS)</p> <p>Sekundäre Endpunkte: 2. Schwere der Rezidivangst (FCRI severity subscale) 3. Krebsbezogene Belastung (IES) 4. Psychische Belastung (HADS) 5. Depressivität (HADS-D) 6. Angst (HADS-</p>	<p>1. <u>Rezidivangst</u> → bKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up1: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up2: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>2. <u>Psychische Belastung</u> → bKVT versus CAU:</p>	keine	<p>Dutch Cancer Society</p> <p>Laut Angaben keine COI</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low</p> <p>Patient*innen in CAU hatten mehr anderweitigen psychosozialen support als Patient*innen in bKVT, könnte Ergebnisse verzerrt haben</p> <p>Geplante Fallzahl</p>	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
random- ized con- trolled trial.” [358]	Land: Nie- derlande 2014-2016		(1h, face-to- face) Arm B: N _R =43 N _P =39 N _{FU1} =43 N _{FU2} =32 CAU	A) 7. Fatigue (CIS- 8R) 8. QoL (global) (E- ORTC QLQ-C30) 9. QUALYs	Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT Follow-Up1: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT Follow-Up2: Keine sign. Gruppenunter- schiede 3. <u>Depressivität</u> → bKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT Follow-Up1: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT Follow-Up2:			(N=104) nicht er- reicht (Fall- zahlplanung nur im Studi- enprotokoll erwähnt, nicht im Pa- per selbst)	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
					<p>Keine sign. Gruppenunterschiede</p> <p>4. <u>Angst</u> → bKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up1: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up2: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>5. <u>Fatigue</u> → bKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von bKVT</p>				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
					<p>Follow-Up1: Keine sign. Gruppenunter- schiede</p> <p>Follow-Up2: Keine sign. Gruppenunter- schiede</p> <p>6. <u>QoL (global):</u> → bKVT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up1: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von bKVT</p> <p>Follow-Up2: Keine sign. Gruppenunter- schiede</p>				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Fatehi et al., 2019: “The effects of psychosexual counseling on sexual quality of life and function in Iranian breast cancer survivors: a randomized controlled trial.” [359]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=118 Post-Intervention: N=100 (kA) Follow-Up: N=100 Kein ITT-Ansatz; ausgewertet: N=100 Land: Iran 2015	Brustkrebspatient*innen, Stage I-III, verheiratet, keine Hormontherapie, mit Mastektomie-Erfahrungen, keine Brustrekonstruktion Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: ca. 44,3	Arm A: N _R =59 N _P =51 (kA) N _{FU} =51 Psychosexuelle Beratung (PSB), sechs wöchentliche Sitzungen, 90-120min, Arm B: N _R =59 N _P =49 (kA) N _{FU} =49 WL	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (12 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Sexuelle Funktion (FSFI) 2. Sexuelle QoL (SQOL-F) 3. Sexuelle Zufriedenheit (Larson ISS)	1. Sexuelle Funktion: → PSB versus WL: Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PSB 2. Sexuelle QoL: → PSB versus WL: Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PSB 3. Sexuelle Zufriedenheit → PSB versus WL: Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede	Nicht berichtet	Shahroud University of Medical Sciences and granted approval by Mazandaran University of Medical Sciences Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: high Post-Intervention erhoben, aber nicht berichtet Geplante Fallzahl (N=120) nicht erreicht	1b
Peoples et al., 2019: “Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Reduces Depression in	RCT, halbblind, prospektiv, multizentrisch, 4 Arme (davon 2 KVT-I und 2 Non-KVT-I, hier	Krebsüberlebende (69% Brustkrebs), Geschlecht: 90% weiblich Alter:	Arm A: N _R =47 N _P =37 N _{FU} =35 KVT-I (kognitiv-behaviorale Therapie gegen Insomnie) + Pla-	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (12 Wochen) Primäre Endpunkte:	1. Depressivität: → KVT-I versus non-KVT-I: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von KVT-I (d= -.62);	Keine berichtet	National Cancer Institute grants, National Center for Advancing	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Cancer Survivors.” [360]	jeweils zu- sammenge- fasst) Randomi- siert: N=96 Post-Inter- vention: N=73 Follow-Up: N=67 Kein ITT-An- satz; ausge- wertet: N=67 Land: USA 2008-2012	Mittelwert: 56	cebo ODER Ar- modafinil, 7 wö- chentliche Sit- zungen, 3 Sit- zungen face-to- face (30-60min), 4 Sitzungen te- lefonisch (15- 30min) Arm B: N _R =49 N _P =36 N _{FU} =32 Armodafinil ODER Placebo	1. Depressivität (PHQ-9) 2. Insomnie (ISI)	sign. mehr klini- sche Verbesse- rung in KVT-I und geringere Rate an Depres- siven in KVT-I Follow-Up: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von KVT-I, sign. mehr klinische Verbesserung und geringere Rate an Depres- siven in KVT-I		Translational Sci- ences grant TL1, Study medica- tion, ar- modafi- nil, was provided by Teva Phar- maceuti- cals, USA, Autor Perlis be- richtet COI; die anderen Autoren haben laut An- gaben keine COI	Sekundär- analyse Eigentlich gab es 4 Gruppen, aber Analyse wurde so durchge- führt: Pati- ent*innen die KVT-I er- halten haben vs. Die, die kein KVT-I erhalten ha- ben (eigent- lich KVT-I noch unter- teilt in Pla- cebo-Medi- kament und richtiges Me- dikament; non-KVT-I noch unter- teilt in Pla- cebo und richtiges Me- dikament) Sekundäre Analyse von	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Al-Sulaiman et al., 2018 :	RCT, prospektiv, offen, monozen- trisch,	Brust- krebspa- tient*in- nen,	Arm A : N _R = 67 N _M = kA	Erhebungszeit- punkte: Baseline	1. <u>Depressivität</u> → PE versus KB ver- sus CAU :	Nicht be- richtet	Keine An- gabe	Roscoe JA, Garland SN, Heckler CE, et al. Ran- domized pla- cebo-con- trolled trial of cognitive behavioral therapy and armodafinil for insomnia after cancer treatment. J Clin Oncol. 2015;33(2):1 65-171 . Geplante Fallzahl (N=96) nicht erreicht (Power-Ana- lyse in ande- rem Paper der primären Analyse be- schrieben, s.o.)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
“Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being, quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar.” [299]	3 Arme Randomisiert: N= 201 Post-Intervention: N = kA Follow-Up : N = kA kA zur Analyse- Technik ; ausge- wertet : kA Land : Qatar 2012-2015 (Re- krutierung)	frühe Stadien (I-III) Geschlech- t : 100% weiblich Alter : 30-50+ Mittel- wert : kA	N _{FU} = kA PE, Einzel, 6x 60- 90min Sitzungen über 12 Wochen Arm B : N _R = 67 N _{PI} = kA N _{FU} = kA Krisenberatung (KB), one-to-one, sechs 60-90min Sitzungen über 12 Wochen Arm C : N _R = 67 N _{PI} = kA N _{FU} = kA CAU	Post-Intervention Follow-Up (72 Wo- chen) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (DASS-21) 2. Angst (DASS- 21) 3. Stress (DASS- 21) 4. QoL (global) (EORTC QLQ- C30)	Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU; sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von PE verglichen mit KB Follow-Up : Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU; keine Unterschiede zwischen PE und KB 2. <u>Angst:</u> → PE versus KB ver- sus CAU : Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von PE und KB jeweils verglichen mit CAU ; keine Unterschiede zwischen PE und KB Follow-Up : Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten von PE und KB jeweils		zur Fi- nan- zierung Laut An- gaben keine COI	PB: high DB: high AB: unclear RB: low Keine Fallzahlpla- nung <i>„While this may be con- sidered quite a small sam- ple, the maximum sample size was limited by the over- all number of patients in the coun- try”</i> Follow-Up eigtl. für 6 Monate Post-Inter- vention ge- plant <i>“Another potential li- mitation of</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					<p>verglichen mit CAU; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p> <p>3. <u>QoL (global)</u>: → PE versus KB versus CAU : Post-intervention : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB, jeweils verglichen mit CAU ; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p> <p>Follow-Up : Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von PE und KB für Subskala emotional functioning ; keine Unterschiede zwischen PE und KB</p>			<p><i>this study is that the assessment of the long-term effects of the crisis counseling and psychoeducation interventions was not achieved at 6 months as planned, but was delayed until 18 months after the interventions. This was because most patients were unavailable at the 6-month mark, whether due to extended travel commitments or because they simply did not respond to requests from the</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Aminnasa b et al., 2018: “Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer.” [361]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=30 Post-Intervention: N=kA Follow-Up: N=kA kA zu Analyse-Methode; Ausgewertet. N=30 Land: Iran November 2015-Februar 2016	Brustkrebspatient*innen, Stages I-III, Geschlecht. 100% weiblich Alter: 20-45 Mittelwert: nicht berichtet(?)	Arm A: N _r =15 N _p =kA N _{FU} =kA Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), eine Sitzung wöchentlich a 2h, über 8 Wochen Arm B: N _r =15 N _p =kA N _{FU} =kA CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (4 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Stress (PSS) 2. Depressivität (CES-D)	1. <u>Depressivität:</u> → SFBT versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von SFBT Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von SFBT Effektstärke der Zeit x Gruppen-Interaktion: $\eta^2 = .88$	Nicht berichtet	Keine Angaben	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: low Studie als semi-experimentell bezeichnet Keine Fallzahlplanung (keine Power-Analyse): <i>In order to calculate the sample size, according to the fact that the proper sample size was 15 people for each group (15), the sample</i>	1b

research assistants.”

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
								size was selected equal to 15 people for each group. Kein Flow-Diagramm, keine Angabe zu Attrition oder Compliance	
Desautels et al., 2018: "Treatment of Depressive Symptoms in Patients With Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Therapy and Bright	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 3 Arme Randomisiert: N=62 Post-Intervention: N=57 Follow-Up1: N=56 Follow-Up2: N=54 ITT-Ansatz ohne Impu-	Brustkrebspatient*innen, Stage I-III, erhöhte Depressivitätswerte→ Score über 7 bzw. 14 bei HADS-D bzw. BDI-II (aber Depressionsdiagnose nach SCID Ausschlusskriterium)	Arm A: N _R =25 N _P =25 N _{FU1} =24 N _{FU2} =24 Kognitive Therapie (KT), über 8 Wochen, wöchentliche Sitzungen à 60min, Arm B: N _R =26 N _P =22 N _{FU1} =22 N _{FU2} =22 Bright Light Therapy (BLT),	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (12 Wochen) Follow-Up2 (24 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Depressivität (HADS-D & BDI-II & HDRS)	1. <u>Depressivität</u> (HADS-D) → KT versus BLT versus WL Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von KT (within d=-1,6) und BLT (within d=-1,5) verglichen mit WL (within d=-0,5), → KT vs BLT Follow-Up1: Keine sign. Gruppenunterschiede	Nicht berichtet	training awards from the Canadian Institutes of Health Research, the Psychosocial Oncology Research Training program, and the CHU de Québec—	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Post-Treatment: Vergleich zwischen KT, BLT und WL; bei FUs nur Vergleich zwischen KT und BLT (WL wurde nach 8 Wochen/Post-	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Light Therapy." [362]	tation; ausgewertet: N=57 (Post); N=54(Follow-Ups) Land: Kanada 2011-2015	Geschlecht: 100% weiblich Alter: 33-75 Mittelwert: 51,7	über 8 Wochen, sollten sich jeden Morgen (vor 10 Uhr) 30min mit 10000 LUX-Lampe bestrahlen Arm C: N _R =11 N _P =10 N _{FU1} =8 N _{FU2} =8 WL, nach 8 Wochen dann randomisiert zu KT oder BLT zugeteilt		Follow-Up2: Keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>Depressivität</u> (BDI-II) → KT vs BLT vs WL Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von KT (within d=-1,7) verglichen mit BLT (within d=-1,1) und WL (within d=-0,7; BLT keine sign. Unterschiede zu WL → KT vs BLT Follow-Up1: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von KT Follow-Up2: Sign. Gruppenunterschiede		Universität Laval Research Center, held by the first author keine Angaben zum COI	Treatment zu KT oder BLT randomisiert zugeordnet) Sign. mehr Chemotherapie und höhere Krebsstadien in KT; mehr saisonale Depressionen in BLT Geplante Fallzahl (N=60) nicht erreicht	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemer- kungen	Evi- denz- klasse
--	------------	---------------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-------------------------

zugunsten von
KT

3. Depressivität

(HDRS)

→ KT vs BLT vs WL

Post-Intervention:

Sign. Gruppen-
unterschiede
zugunsten von
KT verglichen
mit BLT, aber
keine sign.

Gruppenunter-
schiede von KT
(within d=-0,7)
oder BLT (within
d=-0,3) gegen-
über WL (within
d=-0,2)

→ KT vs BLT

Follow-Up1:

Keine sign.

Gruppenunter-
schiede

Follow-Up2:

Keine sign.

Gruppenunter-
schiede

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Kim et al., 2018: “A psycho- logical in- tervention pro- gramme for pa- tients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomised clinical trial.” [363]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=60 Post-Intervention: N=55 Follow-Up: N=53 kA ob ITT; Ausgewertet: N=kA Land: Südkorea	Brustkrebspatient*innen, Stage I-III, während der Chemotherapie, erhöhtes Risiko für Depression (Score über 16 auf CES-D) Geschlecht: 100% weiblich Alter: 30-69 Mittelwert: 48	Arm A: N _R =30 N _P =29 N=29 Nurse-led psychologisches Beratung (NLPB), sowohl face-to-face als auch telefonisch, 7 wöchentliche Sitzungen, je 30-60min, Arm B: N _R =30 N _P =26 N=24 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (3 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Angst (HADS-A) 2. Depressivität (HADS-D) 3. QoL global (EROTC QLQ-C30) 4. Mood disturbances (K-POMS-B) 5. Körperliche Symptome (u.a. Fatigue, Übelkeit, Schmerzen ; EROTC QLQ-C30)	1. <u>Angst</u> → NLPB versus CAU Keine sign. ZeitxGruppe-Interaktion, sign. Verbesserung in beiden Gruppen 2. <u>Depressivität</u> → NLPB versus CAU Sign. ZeitxGruppe-Interaktion zugunsten von NLPB 3. <u>QoL</u> → NLPB versus CAU Keine sign. ZeitxGruppe-Interaktion, keine sign. Verbesserung 4. <u>Fatigue</u> → NLPB versus CAU Sign. ZeitxGruppe-Interaktion zugunsten von NLPB 5. <u>Übelkeit</u>	Keine berichtet	Keine Finanzierung, da Teil einer Dissertation Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N=44) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
					→ NLPB versus CAU Sign. ZeitxGruppe-In- teraktion zu- gunsten von NLPB 6. <u>Schmerzen</u> → NLPB versus CAU Keine sign. ZeitxGruppe-In- teraktion				
Qiu et al., 2018: “Effects of cognitive behavioral therapy for depression on improving insomnia and quality of life in Chinese women with breast cancer: results of a randomized, controlled,	RCT, multi- zentrisch, offen, pros- pektiv, 3 Arme Randomi- siert: N=392 Post-Inter- vention: N=kA Follow-Up: N=356 ITT-Ansatz mit Imputa- tion (LOCF); ausgewertet: N=392	Brustkrebs- patientin- nen, Stage I- III Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 47,06	Arm A: N _R =98 N _P =kA N _{FU} =91 KVT, 9 Sitzun- gen über 12 Wo- chen Arm B: N _R =98 N _P =kA N _{FU} =90 Selbstfürsorge- Management (SFM; Self-care Management), 9 Sitzungen über 12 Wochen Arm C:	Erhebungszeit- punkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (12 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. QoL global (FACT-B) 2. Insomnie (AIS)	1. <u>QoL global:</u> → KVT versus SFM versus CAU: Post-Intervention: Sign. ZeitxGruppe-In- teraktion (ES: ($\eta^2 = 0.137$), sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von KVT sowohl ge- genüber SFM als auch CAU; keine sign. Gruppen- unterschiede zwischen SFM und CAU Follow-Up:	Keine berich- tet	National Key Techno- logies R&D pro- gram in the 11th 5-year plan from the Ministry of Sci- ence and Techno- logy of the Peo- ple’s Republic of China	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low Sign. Grup- penunter- schiede bei Baseline bzgl. De- pressivität und Angst (höhere Werte in KVT)→ wurde aber	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
multicenter trial.” [364]	Land: China 2010-2012		N _R =196 N _P =kA N _{FU} =175 CAU		Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von KVT sowohl gegenüber SCM als auch CAU; keine sign. Gruppenunterschiede zwischen SFM und CAU		Laut Angaben keine COI	statistisch kontrolliert Keine Fallzahlplanung, aber Angabe, dass mit Stichprobe 90% Power erreicht werden konnte um Effekte zu erfassen mit a=.05	
Scarpa et al., 2017: “Randomized clinical trial of psychological support and sleep adjunct measures for post-operative sleep disturbance in patients	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 4 Arme Randomisiert: N=87 Post-Intervention: N=74 Kein ITT-Ansatz; ausgewertet: N=74	Krebspatient*innen mit operativer Entfernung der Speiseröhre (Ösophagektomie), Geschlecht: ca. 14,5% weiblich Alter: Mittelwert: ca. 63,5	Arm A: N _R =19 N _P =16 PSB + adjuvante Schlafmaßnahmen (Schlafmasken und Ohrstöpsel? Isolierte, ruhige, dunklere Räume) (PSBAM), Behandlung während Krankenhausaufenthalt, PC: 4 Sitzungen, eine	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. QoL (EORTC C30-QL2) Sekundäre Endpunkte: 2. Schlafqualität (PSQI, EORTC C30-SL) 3. Fatigue (E-ORTC C30-FA) 4. Menge an be-	Analyse von Häufigkeiten in Vier-Felder-Tafel (mit/ohne PSB + mit/ohne SAM), Angabe von Odds-Ratio (OR) 1. <u>QoL</u> Post-Intervention: Sign. reduziertes Risiko für QoL-Beeinträchtigung mit PSB vs. ohne PSB (OR=0.23, p=.003) 2. <u>Fatigue</u> :	Keine berichtet	Berlucchi Foundation (Brescia, Italy) to C.C Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1 : low SB2: low PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N=64) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
undergoing oesophagectomy." [365]	Land: Italien 2013-2016		30min bei Aufnahme in KH, 15min ein Tag nach OP, 30min vor Entfernung der Nasensonde, 30min vor Entlassung; je nach Bedarf weitere Sitzungen Arm B: N _R =23 N _P =19 Nur PSB, während Krankenhausaufenthalt Arm C: N _R =22 N _P =19 Nur adjuvante Schlafmaßnahmen (SAM), während Krankenhausaufenthalt Arm D: N _R =23 N _P =20 CAU	nötigten Medikamenten 5. Schmerzen (VAS)	Post-Intervention: Kein sign. reduziertes Risiko für Fatigue-Beeinträchtigung 3. Schmerzen: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
Olesen et al., 2016: “A person-centered intervention targeting the psychosocial needs of gynecological cancer survivors: a randomized clinical trial.” [366]	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=165 Post-Intervention: N=158 Follow-Up: N=158 ITT-Ansatz; ausgewertet: N=162 Land: Dänemark 2013-2014	Patientinnen mit gynäkologischem Krebs Geschlecht: 100% weiblich Alter: 38-63 Mittelwert: ca. 50	Arm A: N _R =80 N _P =73 N _{FU} =73 Personenzentrierte Intervention, 2-4 Pflege-Gespräche über 3 Monate je 1 h, basierend auf guided self-determination, auf gynäkologischen Krebs zugeschnitten (GSD-GYN-C) Arm B: N _R =85 N _P =85 N _{FU} =85 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up (24 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. QoL global (QOL-CS) Sekundäre Endpunkte: 2. Impact of cancer (IOCv2) 3. Selbstbewusstsein (Rosenberg Self-Esteem Scale) 4. Distress (DT) 5. Angst (HADS-A) 6. Depressivität (HADS-D) 7. Unterstützung durch Gesundheitspersonal (HCCQ) 8. Fähigkeit, Rezidivsymptome zu überwachen (eigene Skala)	1. <u>QoL global</u> → GSD-GYN-C versus CAU Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von GSD-GYN-C; ABER: nicht mehr sign. nach Berücksichtigung der Baseline-Unterschiede! Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von GSD-GYN-C; ABER: nicht mehr sign. nach Berücksichtigung der Baseline-Unterschiede! Ansonsten keine sign. Gruppenunterschiede auf den interessierenden Variablen	Keine berichtet	The Danish Cancer Society, The Health Foundation, Danish Cancer Research Fund, Juliane Marie Centre and The Research Fund of Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital; and The Danish Nurses' Organization Nursing Research Fund Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: low Viele „baseline imbalances“ die das Ergebnis verzerrt haben könnten Geplante Fallzahl (N=160) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Pelekasis et al., 2016: "Forming a Stress Management and Health Promotion Program for Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial." [367]	RCT, halbblind, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=61 Post-Intervention: N=53 Kein ITT-Ansatz; ausgewertet: N=53 Land: Griechenland	Brustkrebspatientinnen, während der Chemotherapie, Stage I-IV Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: 55,9	Arm A: N _R =30 N _P =25 8-Wochen Stress-Management und Gesundheits-Programm (SMGP), 6 wöchentlich 30min Sitzungen, Arm B: N _R =31 N _P =28 AC, 15-min Meeting mit Forschenden,	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Primäre Endpunkte: 1. Gesundheit (10- stufige LS) 2. Nachschlafzeit 3. Dauer bis zum Einschlafen 4. Depressivität (DASS-21) 5. Angst (DASS-21) 6. Stress (DASS-21) 7. Wahrgenommene Kontrollierbarkeit bzg. Gesundheit (HLC) 8. Spirituelles Wohlergehen (SWBS)	1. Depressivität: → SMGP versus AC: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von SMGP (ES r=0.35) 2. Angst: → SMGP versus AC: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von SMGP (ES r=0.39)	Keine berichtet	Laut Angaben keine Finanzierung Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: high PB: high DB: high AB: high RB: unclear Pilotstudie Keine Fallzahlplanung	1b
Aktas & Terzioglu, 2015: "Effect of Home Care Service on the Sexual	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 2 Arme	Patientinnen mit gynäkologischem Krebs (44,35% Eierstockkrebs,	Arm A: N _R =35 N _P =35 Heim-Betreuungs-Service (HBS), Konsula-	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention	1. Sexuelle Funktion: → HBS versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von HBS	Keine berichtet	Keine Angaben zur Finanzierung Laut Angaben	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Satisfaction of Patients with Gynecologic Cancer.” [368]	Randomisiert: N=70 Post-Intervention: N=70 kA zu Analysemethode; Ausgewertet: N=70 Land: Türkei 2011-2012	40% Uteruskrebs, 15,65% Gebärmutterhalskrebs), Stage I-III, während Chemo- oder Strahlungs- therapie, zum ersten Mal wegen Krebs operiert Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: 49,3	tationen und Betreuung durch Krankenpfleger zuhause (1. Und 12. Woche) sowie die restlichen Wochen 3x/Woche im Krankenhaus Arm B: N _k =35 N _p =35 CAU	Primäre Endpunkte: 1. Sexuelle Funktion (GRISS) 2. Sexuelle Zufriedenheit (GRISS)	2. <u>Sexuelle Zufriedenheit</u> : → HBS versus CAU: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von HBS		keine COI	RB: low anscheinend Fallzahlplanung, aber nicht genau beschrieben (keine Power-Analyse berichtet) kein Flowdiagramm o.ä., keine Attrition-Rate o.ä. berichtet	

Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (7/21)

Arving et al., 2019: “Early rehabilitation of cancer patients—An individual	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=291	Krebspatient*innen (42% Brustkrebs, 43% Prostatakrebs), Stage I-III, während (neo-)ad-	Arm A: N=145 N _{M1} =138 N _{M2} =132 N _p =130 N _{FU1} =125 N _{FU2} =123	Erhebungszeitpunkte Baseline Mid-Intervention1 (6 Wochen Post-Baseline) Mid-Intervention2 (17 Wochen Post-Baseline)	Keine sign. Gruppenunterschiede in relevanten Outcomes	Nicht berichtet	Grieg Foundation and the Norwegian Cancer Society	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: high	1b
---	---	--	---	---	--	-----------------	--	---	----

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerkungen	Evi- denz- klasse
randomized stepped-care stress-management intervention." [369]	Mid-Intervention1: N=276 Mid-Intervention2: N=266 Post-Intervention: N=264 Follow-Up1: N=256 Follow-Up2: N=252	juvanter/kurativer Therapie Geschlecht: 47% weiblich Alter: 22-81 Mittelwert: 61	Stepped-Care Stress-Management (SCSM), KVT-Ansätze, Step 1: 2 Sitzungen, Step 2: nach Bedarf zusätzlich 3-8 Sitzungen, alle Sitzungen ca. 45-60min lang; max. Dauer der Intervention: 26 Wochen Arm B: N _R = 146 N _{M1} =138 N _{M2} =134 N _P =134 N _{FU1} =131 N _{FU2} =129 CAU	Post-Intervention Follow-Up1 (17 Wochen) Follow-Up2 (69 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Krebsbezogene Stressreaktionen (IES) 2. Psychischer Distress (HADS) 3. Emotionale Reaktivität (ELSS) Sekundäre Endpunkte: 4. Depressivität (HADS-D) 5. Angst (HADS-A)			Laut Angaben keine COI	Geplante Fallzahl (N=256) erreicht	
	ITT-Analyse (aber nur im online-Anhang; im Paper wahrscheinlich die PP-Analyse berichtet); Ausgewertet und im Paper berichtet: N=250-275 (je nach MZP und Outcome) Land: Norwegen								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
2011-2013									
Aubin et al., 2019: “Cancer!? I don't have time for that: impact of a psychosocial intervention for young adults with cancer.” [370]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=113 Post-Intervention: N=99 Follow-Up1: N=95 ITT-Analyse mit multipler Imputation (Monte-Carlo) wenn mind. Post-Werte vorliegen Ausgewertet: N=99 Land: Kanada	Krebspatient*innen (18-39 Jahre), gemischte Diagnosen (haupts. Brust ~25%, Hodgkin Lymphom 18%) Geschlecht: 78,9% (CAU) und 74,5% (EG) weiblich (EG) Alter: ka Mittelwert: 29,6 (CAU), 30,6 (EG)	Arm A: N=57 N _p =47 N _{FU1} =45 Kurze psychosoziale Intervention für AYACs (EG), 3 Sitzungen, 60min, zweiwöchentlich, 6 Wochen Arm B: N _R = 56 N _p =52 N _{FU1} =50 CAU	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (12 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Angst (HADS-A) 2. Depressivität (HADS-D) 3. Distress (HADS) 4. QoL global (FACT-G) 5. Selbstwirksamkeit mit chronischer Krankheit (CDSSES) 6. Selbstwertgefühl mit Sexualität (Sexuality Scale) 7. Belastung durch Sexualität (Sexuality Scale) Sekundäre Endpunkte: 6. Depressivität (HADS-D)	Keine sign. Gruppenunterschiede auf relevanten Endpunkten zu keinem Erhebungszeitpunkt	Nicht berichtet	Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N=128) nicht erreicht t-Tests mit Bonferroni-Adjustierung für max. Power	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
				7. Angst (HADS-A)					
Garcia et al., 2018: “The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial.” [371]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert/Base- line1: N=50 Baseline2: N=50 Post-Intervention: N=50 ka ob ITT, es haben aber auch alle Teilnehmenden Daten geliefert und Intervention nach Plan abgeschlossen; Ausgewertet: N=50 Land: Brasilien	Darmkrebspatient*innen vor der OP, Stage I-III Geschlecht; 56% weiblich Alter: Mittelwert: 57,5	Arm A: N _{R/B1} =25 N _{B2} =25 N _P =25 Therapeutisches Zuhören (TZ; Therapeutic Listening), 30min Gespräch ein Tag vor OP Arm B: N _{R/B1} =25 N _{B2} =25 N _P =25 CAU, nur Assessment ein Tag vor OP für 30min (Researcher nicht für komplette 30min anwesend)	Erhebungszeitpunkte Baseline1 Baseline2 Post-Intervention Primäre Endpunkte: 1. Angst (STAI) 2. Psychophysiologische Parameter (Speichel-Kortisol, Herzrate, Blutdruck etc.) 3. Angst vor OP (SFQ)	Keine sign. Gruppenunterschiede		Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brazil Keine Angaben über COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N=50) erreicht	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
2014-2015									
Hazard Vallerand et al., 2018: "Improving Functional Status in African Americans With Cancer Pain: A Randomized Clinical Trial." [372]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=310 Post-Intervention: N=236 Follow-Up: N=223 ITT-Ansatz; Ausgewertet: N=310 Land: USA	Afro-amerikanische Patient*innen mit krebsbezogenen Schmerzen (über 4 auf Likert-Skala (0-10)), 68,22% Brust, 39,13% Lunge, 34,11% Mund, 30,1% urogenital, 24,8% gastrointestinal Geschlecht: 63% weiblich Alter: Mittelwert: 56,28	Arm A: N _R =180 N _P =130 N _{FU} =122 Power over Pain-Coaching (POP-C), zu Hause durchgeführt, In Woche 2, 4 und 6 Heimbefuche, Telefonate in Woche 3 und 5, Dauer Intervention: 5 Wochen Arm B: N _R =130 N _P =106 N _{FU} =101 CAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (5 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Schmerzen (BPI, PPQ) 2. Schmerzbezogene Belastung (DT, MSAS, PPQ) 3. Funktioneller Status (QOL) (QoLS ACPA, KPS, BPI, SF12) Mediatoren: 4. Katastrophisieren von Schmerzen (PCS) 5. Kognitive Kontrolle (SOPA) 6. Pharmakologische Kontrolle (PCS) 7. Erlebte Kontrolle (PPQ, demo)	1. Schmerzen: → POP-C versus CAU: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede, sign. Verbesserung in beiden Gruppen (keine sign. ZeitxGruppe-Interaktion) Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede, aber Verbesserung durch Intervention konnte aufrechterhalten werden (keine Verschlechterung oder Verbesserung) 2. Funktioneller Status/QOL → POP-C versus CAU: Post-Intervention:		National Cancer Institute, Michigan Center for Urban African American Aging Research Nicht klar, ob COI angegeben ist	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear ProbandInnen in POP-C sign. älter und längere Zeit seit Diagnose Geplante Fallzahl (N=220) erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					Keine sign. Gruppenunterschiede, sign. ZeitxGruppe Interaktion zugunsten POP-C (ES: .19 (estimate/SD)) Follow-Up: kA ob sign., aber Interventionseffekt wahrscheinlich stabil geblieben				
Richardson et al., 2017: "A Self-Regulatory Intervention for Patients with Head and Neck Cancer: Pilot Randomized Trial." [373]	RCT, offen, prospektiv, monozentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=64 Follow-Up1: N=54 Follow-Up2: N=54 ITT-Ansatz ohne Impu-	Kopf- und Nackenkrebspatient*innen, Geschlecht: 23,76% weiblich Alter: nicht berichtet Mittelwert: nicht berichtet	Arm A: N=31 N=29 N=29 Kurze Selbstregulations-Intervention (brief self-regulatory intervention, BSRI), 3 Sitzungen, je 60min, flexible Sitzungen (je nach Wünschen und Bedarf des/der Patient*innen) + Infobroschüre	Erhebungszeitpunkte Baseline Follow-Up1 (12 Wochen Post-Baseline) Follow-Up2 (24 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. QoL (FACT-HN) 2. Distress (GHQ-12) Krankheitswahrnehmung (Brief IPQ)	1. <u>QoL</u> → BSRI versus CAU Follow-Up1: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up2: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von BSRI bzgl. Soziale QoL 2. <u>Distress:</u> → BSRI versus CAU: Follow-Up1:	Keine berichtet	Oakley Mental Health Research Foundation and the Maurice and Phyllis Paykel Trust Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Pilotstudie Geplante Fallzahl (N=68) nicht erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
	tation; aus- gewertet: N=59 Land: Neu- seeland 2014-2015		Arm B: N=31 N=25 N=25 CAU		Keine sign. Gruppenunter- schiede Follow-Up2: Keine sign. Grup- penunterschiede				
Cheung et al., 2016: “A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer.” [374]	RCT, prospektiv, offen, monozentrisch, 3 Arme Randomisiert: N=39 Post-Intervention: N=30 Follow-Up: N=27 kA zu Analyse-methode; kA, wie viele ausgewertet Land: USA 2011-2014	Patient*innen mit metastasiertem Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Alter: 30-73 Mittelwert: 53,35	Arm A: N _R =14 N _P =10 N _{FU1} =9 Positive affect skills intervention (Lessons in linking affect and coping, LILAC), 5 Wochen, wöchentlich, 5x1h Sitzungen, face-to-face Arm B: N _R =12 N _P =9 N _{FU1} =9 LILAC, dieselben Inhalte, nur online und self-paced (also eigenständig durchgeführt), wöchentliche	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (4 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (CES-D) 2. Positive und negative Emotionen (DES) 3. QoL (MQOLSCA) 4. Achtsamkeit (12 Items von 4 verschiedenen Mindfulness-Skalen) 5. Self-Compassion (SCSF)	1. Depressivität: → LILAC versus AC: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede; aber sign. within-Veränderung von Baseline zu FU nur in LILAC (d=-.81) 2. QoL → LILAC versus AC: Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up:	Nicht berichtet	Keine Angaben zur Finanzierung Laut Angaben keine COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Arm A und Arm B wurden bei Ergebnissen als eine Gruppe behandelt , da sich keine Unterschiede zwischen online vs. Face-to-face zeigten Pilotstudie	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
			Sitzungen und Hausaufgaben Arm C: N _R =13 N _P =11 N _{FU} =9 AC, 5 wöchentliche Sitzungen à 1h, Interviews aber ohne bestimmtes Ziel oder Skilltraining, Hausaufgaben waren tägliche Emotions-Reporte		Keine sign. Gruppenunterschiede			Keine Fallzahlplanung	
Singer et al., 2017: “Effects of stepped psychological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer	RCT, prospektiv, offen, multi-zentrisch, 2 Arme Randomisiert: N=1012 Post-Intervention: N=1012 Follow-Up1: N=kA	Krebspatient*innen (am häufigsten Hals- und Nacken, urogenital, Brust, Prostata, Lunge, Leber, gynäkologisch; aber sehr verschiedene Krebsarten	Arm A: N _R =570 N _P =570 N _{FU1} =kA N _{FU2} =341 Stepped care, Screening nach Belastungen (Distress), nach Bedarf psychosoziale Beratung Arm B: N _R =442	Erhebungszeitpunkte Baseline Post-Intervention (Entlassung vom Krankenhaus) Follow-Up1 (12 Wochen Post-Baseline; nicht von Post-Intervention aus gerechnet, da individueller stepped care Ansatz)	1. <u>Distress:</u> → SC versus CAU: Follow-Up2: Keine sign. Gruppenunterschiede	Nicht berichtet	German Federal Ministry of Health within the framework “Research Within the German National	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: high Randomisierung auf Ebene von Stationen, nicht Patient*innen;	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finan- zierung / Col	Methodi- sche Bemerk- ungen	Evi- denz- klasse
patients: A cluster- random- ized phase III trial.” [375]	Follow-Up2: N=583 Kein ITT-An- satz; ausge- wertet: N=575 Land: Deutschland 2012-2015	in den Grup- pen), Stage I- IV Geschlecht: ca. 40% weiblich Alter: 19-91 Mittelwert: ca. 63,5	N _p =442 N _{FU1} =kA N _{FU2} =234 CAU	Follow-Up2 (24 Wochen Post-Ba- seline) Primärer End- punkt: 1. <i>Distress</i> (HADS) Sekundäre End- punkte: 2. Inanspruch- nahm von wei- terer psychoso- zialer Betreu- ung (GHS)			Cancer Plan” Laut An- gaben keine COI	Patient*in- nen mit hö- heren HADS- Score sign. öfter aus Studie aus- geschieden Hohe Attriti- onsrate; vor allem wegen vielen To- desfällen Geplante Fallzahl (N=800) nicht er- reicht	

2.4.4.1.3 RCTs Gruppentherapie

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Unterstützende Evidenz (12/18)									
Fernandez-Rodriguez et al. 2020: "Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial." [376]	RCT; prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N=66 ITT-Ansatz Ausgewertet: N=66 (PP-Analyse Ausgewertet: N=46) Land: Spanien 2016-2018	Krebsüberlebende (87% Brust, 4,3% Lunge, Rest anderes) mit Depressionen oder Angststörung (Score über 8 auf einer der Subskalen des HADS); momentan krebs- und behandlungsfrei Geschlecht: 93,5% weiblich Alter: Mittelwert: 51,49	Arm A: N _i =22 N _p =17 N _{FU} =17 Verhaltensaktivierung (VA), 12 wöchentliche Sitzungen à 90min, max. 6 Patient*innen pro Gruppe Arm B: N _i =17 N _p =12 N _{FU} =12 ACT, 12 wöchentliche Gruppensitzungen à 90 min, max. 6 Patient*innen pro Gruppe Arm C: N _i =27 N _p =23 N _{FU} =17 WL	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (3 Monate) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (HADS-D, BDI-IA-SCA) 2. Angst (HADS-A) 3. Distress (HADS) 4. Verstärkung durch die Umwelt (Environmental Reward Observation Scale (EROS)) 5. Vermeidung und psychische Inflexibilität (AAQ-II) 6. Verhaltensaktivierung (BADS)	1. <u>Depressivität (HADS-D):</u> → VA versus ACT versus WL Sign. ZeitxGruppe-Interaktion Kontraste: Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unterschiede zwischen ACT und VA Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unterschiede zwischen ACT und VA 2. <u>Depressivität (BDI-</u>	Keine berichtet	Laut Angaben keine Finanzierung und keine COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Keine Fallzahlplanung (kA). Berichtete Ergebnisse beziehen sich auf ITT-Analyse, PP-Analyse kommt zu vergleichbaren Ergebnissen	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
					<p><u>IA-SCA)</u> → VA versus ACT versus WL: Sign. ZeitxGruppe- Interaktion</p> <p>Kontraste: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unter- schiede zwi- schen ACT und VA</p> <p>Follow-Up: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unter- schiede zwi- schen ACT und VA</p> <p>3. <u>Angst:</u> → VA versus ACT versus WL: Sign. ZeitxGruppe- Interaktion</p>				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
					<p>Kontraste: Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unter- schiede zwi- schen ACT und VA</p> <p>Follow-Up: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten von VA und ACT, keine Unter- schiede zwi- schen ACT und VA</p> <p>4. <u>Distress</u> → VA versus ACT versus WL: Sign. ZeitxGruppe- Interaktion</p> <p>Kontraste: Post-Intervention: Sign. Gruppenunter- schiede zugunsten</p>				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					von VA und ACT, keine Unterschiede zwischen ACT und VA Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten von Va und ACT, keine Unterschiede zwischen ACT und VA				
Emafti et al. 2019: “The Effect of Group Logotherapy on Spirituality and Death Anxiety of Patients with Cancer: An Open-Label Randomized Clinical Trial.” [377]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 64 kA. Ausgewertet: N = 59	Krebspatient*innen während der Chemotherapie Geschlecht: 66.1% weiblich Alter: 27-68 M = 46.78	Arm A: EG N ₀ = 32 N _p = 24 (analysiert: N = 29) Logotherapie Gruppe 10 Sitzungen à 2 h über 5 Wochen Arm B: KG N ₀ = 32 N _p = 30 (analysiert: N = 30) CAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. <i>Todesangst</i> (DAS) Sekundärer Endpunkt: 2. Spiritualität (SQ)	1. <u>Todesangst</u> →EG vs. CAU Post Intervention: Sign. Reduktion der Todesangst zugunsten der EG	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA Arm B: CAU SUEs: kA UEs: kA	Golestan and Mazandaran Universities of Medical Sciences Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: high PB: high DB: high AB: high RB: low Geplante Fallzahl (N = 30 pro Gruppe) erreicht.	1 b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Land: Iran 2017									
Mani et al., 2019: “The effectiveness of group acceptance and commitment psychotherapy on psychological well-being of breast cancer patients in Shiraz, Iran.” [378]	RCT prospektiv, monozentrisch, halb- blind, 2 Arme Randomi- siert: N = 30 kA zu ITT- Verfahren (keine Drop- outs) Ausgewertet: N = 30 Land: Iran 2014-2016	Brustkrebs- patient*in- nen Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: EG: 44.38 KG: 41.46	Arm A: N _i = 15 N _p = 15 AC, 8 Sitzungen à 2h, verteilt über 4 Wochen Arm B: N = 15 AC, 8 Nicht-the- rapeutische Gruppensitzun- gen (Placebo)	Erhebungszeit- punkt: Baseline Post-Intervention Primäre End- punkte: 1. Pos./neg. Af- fektivität (PA- NAS) 2. Hoffnung (AHS) 3. QoL	1. QoL → ACT vs. AC Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschied zugunsten von ACT (d = 0.72).	Keine berich- tet.	Finanzierung durch Vize Forschungs- kanzler der Shiraz Uni- versity of Medical Sci- ences Laut Angabe kein COI.	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N = 30) erreicht.	1b
Peng et al., 2019: “Re- sponses of lung can- cer survi- vors un- dergoing gamma	RCT, prospektiv, monozent- risch, offen, 2 Arme Randomi- siert: N = 160	Lungen- krebspati- ent*innen, Stage III & IV, Gamma Knife Radio- chirurgie (GKS)	Arm A: N _i = 82 N _p = 80 N _{FU} = 78 Unterstützende Gruppenpsycho- therapie (SGP): 8 Wochen, 1x/Woche, 90 Min.	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (3 Mo- nate) Primäre End- punkte: 1. Depressivität	1. Depressivität → SGP vs. TAU Post-Intervention und Follow-Up: Sign. Gruppen- unterschiede zugunsten der SGP. 2. Angst	Keine berich- tet.	Laut Angabe kein COI.	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
knife surgery to supportive group psychotherapy." [379]	PP-Analyse Ausgewertet: Baseline: N = 160 Post-Intervention: N = 155 3-Monate-Follow-Up: N = 150 Land: China 2017-2018	Geschlecht: EG: 48.8% weiblich, KG: 44.9% weiblich Alter: Mittelwert: EG: 61.4 KG: 59.4	Arm B: N _B = 78 N _P = 75 N _{FU} = 72 TAU	(HADS-D) 2. Angst (HADS-A) Sekundärer Endpunkt: 3. QoL , krebsbezogen (EORTC QLQ-C30)	→ SGP vs. TAU Post-Intervention und Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten der SGP. 3. <u>QoL, krebsbezogen</u> → SGP vs. TAU Post-Intervention und Follow-Up: Sign. Gruppenunterschiede auf allen funktionellen Skalen zugunsten der SGP			Keine Fallzahlplanung (kA)	
Ren et al., 2019: "Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms	RCT, prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 392 ITT-Ansatz Ausgewertet: N = 392	Brustkrebspatient*innen, Angst- und/oder Depressionssymptome Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert:	Arm A: N _B = 98 N _{FU} = 91 KVT: 12 Wochen, 9 Sitzungen, 6-8 TN Arm B: N _B = 98 N _{FU} = 90	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (HAMD-17) 2. Angst (HAMA-14)	1. <u>Depressivität</u> → KVT vs. SCM vs. CAU Sign. Zeit x Gruppe-Interaktion (np² = 0.141). Sign. Gruppenunterschied über alle Zeitpunkte zugunsten der	Keine berichtet.	Finanzierung durch National Key Technologies R&D Programm, 11. 5-Jahresplan des Ministeriums für Wissenschaft und Technik der	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: high Post-hoc Power Analyse:	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
in Chinese women with breast cancer." [380]	Land: China Zeitraum: <i>ka</i>	<i>KVT</i> : 46.8 <i>SCM</i> : 47.3 <i>UC</i> : 47.1	Selbstfürsorge/Selbstmanagement (<i>SCM</i>): 12 Wochen. 9 Sitzungen, 6-8 TN Arm C: $N_b = 196$ $N_{FU} = 175$ CAU		$KVT > SCM > CAU$ ($\eta p^2 = 0.201$) Sign. Effekt der Zeit bei allen Gruppen ($\eta p^2 = 0.701$), aber $KVT > SCM > CAU$ Post-Intervention: HAMD-Werte in <i>KVT</i> -Gruppe unter Cut-Off. 2. <u>Angst</u> → <i>KVT</i> vs. <i>SCM</i> vs. CAU Sign. Zeit x Gruppe-Interaktion ($\eta p^2 = 0.092$). Sign. Gruppenunterschied über alle Zeitpunkte zugunsten der $KVT > SCM >$		Volksrepublik China. Kein weiterer Einfluss der Geldgeber auf Studienplanung, -durchführung und Auswertung. Laut Angabe kein COL.	"Power analyses based on the sample size showed that the study retained 90% power to identify the effect sizes, with an α of 0.05."	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					<p>CAU ($\eta p^2 = 0.173$)</p> <p>Sign. Effekt der Zeit bei allen Gruppen ($\eta p^2 = 0.701$), aber KVT > SCM > CAU</p> <p>Post-Intervention: HAMA-Werte in KVT-Gruppe unter Cut-Off.</p>				
<p>Tomei et al., 2018: "Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a</p>	<p>RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N = 25</p> <p><i>kA zu ITT-Verfahren</i></p> <p>Ausgewertet: N = 24</p>	<p>Krebspatient*innen (Brustkrebs, gynäkologische und okuläre Melanome)</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: 34-74 Mittelwert: 55</p>	<p>Arm A: N=11 Rezidivangst (Fear of Cancer Recurrence (FCR)) Intervention, 6 Wochen, wöchentliche Sitzungen à 60-90min</p> <p>Arm B: N= 14 WL</p>	<p>Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (3 Monate)</p> <p>Primärer Endpunkt: 1. Rezidivangst (FCRI)</p> <p>Sekundäre Endpunkte: 2. Distress (IES) 3. QoL (SF-8) 4. Unsicherheit</p>	<p>1. Rezidivangst → EG vs. WL Sign. Gruppe x Zeit-Interaktion</p> <p>Sign. Verbesserungen zu Post und FU für EG, nicht für KG</p> <p>2. <u>Distress</u> → EG vs. WL Sign. Gruppe x Zeit-Interaktion</p> <p>3. <u>QoL</u> → EG vs. WL</p>	Keine berichtet.	Laut Angabe kein COL.	<p>Risk of Bias 1b</p> <p>SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: high</p> <p>Pilot-Studie</p> <p>Geplante Fallzahl (N = 14 pro Gruppe) nicht erreicht.</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
random- ized con- trolled clinical trial pilot study.” [381]	Land: Ka- nada Zeitraum: <i>kA</i>			(MUIS-C) 5. Wahrgenom- mene Vorteile des sich Sor- gens (WW-H, IUS) Coping (CAQ, RQ; Brief COPE- Q))	Keine sign. Gruppe x Zeit- Interaktion				
Pettiford et al., 2017: “A bio-psy- chosocial interven- tion pro- gram for improving quality of life in breast cancer sur- vivors – fi- nal out- come of a prospec- tive random- ized trial.” [382]	RCT, prospektiv, monozent- risch, offen, 2 Arme Randomi- siert: N = 120 (N = 60 pro Gruppe) PP-Analyse Ausgewertet: N = 103 Land: USA Zeitraum: <i>kA</i>	Brustkrebs- patient*in- nen Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: <i>EG</i> : 59.7 <i>KG</i> : 60.0	Arm A: N = 47 Biopsychosoziale Intervention (BPSI): Mind. 1 Grup- pensitzung & optionale Follow-Up-Ein- zelsitzung Arm B: N = 56 TAU (standard of cancer and follow-up care, SOC)	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (6 Monate) Follow-Up2 (12 Monate) Follow-Up3 (18 Monate) Primärer End- punkt: 1. QoL (FACT-B Gesamtscore)	1. QoL → BPSI vs. TAU Post-Intervention: Kein sign. Gruppenunter- schied. Follow-Up1: Sign. Gruppen- unterschied zugunsten von BPSI. Follow-Up2: Sign. Gruppen- unterschied zugunsten von BPSI. Follow-Up 3: Kein sign. Gruppenunter- schied.	Keine berich- tet.	Laut Angabe kein COI.	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N = 60 pro Gruppe) nicht er- reicht.	1 b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Van der Spek et al., 2017: "Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial." [383]	RCT, prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 170 ITT-Ansatz Ausgewertet: N = 170 Land: Niederlande 2012-2014	Krebsüberlebende, diagnostiziert in den letzten 5 Jahren, abgeschlossene Therapie Geschlecht: MCGP-CS: 70% weiblich SGP: 88% weiblich CAU: 90% weiblich Alter: Mittelwert: MCGP-CS: 58.6 SGP: 55.5 CAU: 10.4	Arm A: N _B = 57 N _P = 50 N _{FU1} = 48 N _{FU2} = 45 Sinnbasierte Gruppenpsychotherapie für Krebsüberlebende (MCGP-CS): 8 Wochen, 1x/Woche, 2h Arm B: N _B = 56 N _P = 49 N _{FU1} = 48 N _{FU2} = 46 Sozial-unterstützende Gruppentherapie (SGP): 8 Wochen, 1x/Woche, 2h Arm C: N = 57 N _P = 47 N _{FU1} = 40 N _{FU2} = 35 CAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (12 Wochen) Follow-Up2 (24 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Persönliche Bedeutung (personal meaning, PMP-DV) Sekundäre Endpunkte: 2. Psychisches Wohlbefinden (SPWG: 8 Subscaln) 3. Posttraumatisches Wachstum (PTGI) 4. Mentale Anpassung an Krebs (MAC, 5 Subscaln) 5. Optimismus (LOT-R) 6. Hoffnungslosigkeit (BHS) 7. Distress (HADS Geamtscore,	1. <u>Psychische Belastung</u> → MCGP-CS vs. CAU Follow-Up1: Sign. Gruppenunterschiede für psychische Belastung und Depressivität zugunsten der MCGP-CS ($d = -0.6$ bzw. $d = -0.38$). Keine sign. Gruppenunterschiede hinsichtlich Angst. Zu Post-I. und Follow-Up2 keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>QoL</u> → MCGP-CS vs. CAU Post-Intervention & Follow-Up1 bzw. 2:	Keine berichtet	Laut Angabe kein COL.	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: high Geplante Fallzahl (N = 56 pro Gruppe zu Baseline) erreicht.	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
				Angst: HADS-A, Depressivität: HADS-D) 8. QoL global (E- ORTC QLQ-C30)	Keine sign. Gruppenun- terschiede.				
Dowlata- badi et al., 2016: “The effec- tiveness of group posi- tive psycho- therapy on depression and happi- ness in breast can- cer patients: A random- ized con- trolled trial.” [384]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 42 PP-Analyse Ausgewertet: N = 33 Land: Iran 2013-2015	Brustkrebs-pa- tient*innen Geschlecht: 100% weiblich Alter: 24-32: 30.3% 33-41: 54.5% 42-50: 15.2%	Arm A: IG N _e = 21 N _p = 16 Positivistische Gruppen-psycho- therapie (PGT) 10 x 1,5 h, wö- chentliche Sitzun- gen Arm B: KG N _e = 21 N _p = 17 Keine Intervention	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Primäre End- punkte: 1. Depressivität (BDI-II) 2. Glückselig-keit (OHI)	1. <u>Depressivität</u> → PGT vs KG Post Intervention: Sign. Reduktion der Depressivität zu- gunsten der PGT	Arm A: IG SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	Kermanshah University of Medical Sci- ences (Iran) Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: high Keine Fallzahl- planung (kA).	1b
Mohab- bat-Bahar et al., 2015: “Effective- ness of group training	RCT, prospektiv, monozent- risch, offen, 2 Arme Randomi- siert:	Brustkrebs- patient*in- nen Stage I-III, abgeschlos- sene Thera- pie	Arm A: N = 15 ACT, 8 Gruppen- therapiesitzun- gen à 90 Min., verteilt über 4 Wochen	Primäre End- punkte: 1. Angst (BAI) 2. Depressivität (BDI-II)	1. <u>Angst</u> → ACT vs. TAU Post-Intervention: Sign. Gruppen- unterschied zugunsten der ACT ($\eta =$ 0.545)	Keine berich- tet.	Laut Angabe kein COI.	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer." [385]	N = 30 kA zu ITT-Verfahren (keine Drop-outs) Ausgewertet: N = 30 Land: Iran Zeitraum: kA	Geschlecht: 100% weiblich Alter: EG: 44-59, Mittelwert: 49.66 KG: 29-59 Mittelwert: 45.4	Arm B: N = 15 TAU		2. <u>Depressivität</u> → ACT vs. TAU Post-Intervention: Sign. Gruppenunterschied zugunsten der ACT ($\eta = 0.616$)			Keine Fallzahlplanung (kA).	
Stagl et al., 2015: "Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer_ 11-year follow-up of a random-	RCT, prospektiv, monozentrisch, einfach verblindet, 2 Arme Randomisiert: N = 240 PP-Ansatz Ausgewertet: N = 100 (CBSM: N = 49, KG: N = 51)	Nicht metastatischer Brustkrebs, Stage 0-IIIb, 2-10 Wochen Post-OP Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert (Follow-Up): 62.47	Arm A: N _B = 120 N _P = 96 N _{FU1} = 95 N _{FU2} = 60 N _{FU3} = 49 Kognitiv-behaviorales Stressmanagement (CBSM): 10 Wochen, 1x/Woche, 90 Min. Arm B: N _B = 120 N _P = 98 N _{FU1} = 96 N _{FU2} = 70	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (6 Monate) Follow-Up2 (4,5 Jahre) Follow-Up3 (8-15 Jahre Jahre) Primäre Endpunkte: 1. Depressivität (CES-D) 2. QoL , (FACT-B)	1. <u>Depressivität</u> → CBSM vs. AC Follow-Up 3: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten des CBSM 2. <u>QoL</u> → CBSM vs. AC Follow-Up 3: Sign. Gruppenunterschiede zugunsten des CBSM	Keine berichtet.	Finanzierung durch National Cancer Institute oft he National Institutes of Health. M. H. Antoni: erhält Lizenzgebühren für Veröffentlichung und dazugehörige Materialien	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: low AB: low RB: unclear Keine a priori Fallzahlplanung (kA). "The current sample size was	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
ized controlled trial.” [386]	Land: USA 1998-2005 (Follow-Up: 2013)		N _{FU3} = 51 AC, Psychoedukatives “Selbsthilfe” Seminar (1 Tag)					sufficient to detect an effect of medium magnitude with 95% power”.	
Weisflog et al., 2015: “Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial.” [387]	RCT, prospektiv, multizentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 157 PP-Ansatz Ausgewertet: N = 106 Land: Deutschland Zeitraum: kA	Brustkrebspatient*innen, HADS-D Score über oder gleich Cut-Off (HADS C 8) bzw. mind. 1 depressive Störung Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: EG: 52.6 KG: 52.3	Arm A: N _B = 78 N _P = 52 Psychodynamische Kurzzeittherapie (STPP) Arm B: N _B = 79 N _P = 54 TAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Primärer Endpunkt: 1. Fatigue (MFI-20) Sekundäre Endpunkte: 2. QoL global (EORTIC QLQ-30) 3. Depressivität (SCID-I, HADS-D) → sekundäre Endpunkte in Beutel et al. 2014 berichtet und daher nicht mit aufgenommen	1. Fatigue → STPP vs. TAU Sign. Zeit x Gruppe-Interaktion für Gesamtscore zugunsten von STPP Post-Intervention: Abnahme der Fatigue-Werte beider Gruppen	Keine berichtet.	Laut Angabe kein COI.	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: high RB: high Keine Fallzahlplanung (kA)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (6/18)									
Conley & Andersen, 2019: “Lemons to Lemonade: Effects of a Biobehavioral Intervention for Cancer Patients on Later Life Changes.” [388]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 227 PP-Analyse Ausgewertet: 12 Monate: N = 201 24 Monate: N = 160 Land: USA kA zum Zei- traum	Brustkrebs-pa- tient*innen (Stadien II oder III) Geschlecht: 100% weiblich Alter: M = 51	Arm A: BBI (biobehavioral in- tervention) N _B = 114 N _P = 106 N _{FU} = 85 Psychosoziale Gruppen-interven- tion (Stress, QoL, Gesundheits-ver- halten) 18 x 1,5h, wöchentliche Sit- zungen + 8 monatliche Sit- zungen, Insgesamt 12 Mo- nate Arm B: KG N _B = 113 N _P = 95 N _{FU} = 75 Keine Intervention	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (12 Mo- nate) Primärer Endpunkt: 1. Gedanken über Veränderung Sekundäre Endpunkte: 2. Distress (IES) 3. Depressivität (CES-D)	1. <u>Distress</u> → BBI vs. KG Follow-Up: Keine sign. Gruppenunter- schiede 2. <u>Depressivität</u> → BBI vs. KG Follow-Up: Keine sign. Gruppenunter- schiede	Arm A: BBI SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	National Cancer Institute (USA) + National Insti- tute of Mental Health (USA) + American Can- cer Society + U.S. Army Medi- cal Research Acquisition Ac- tivity Breast Cancer Research Pro- gram + Walther Cancer Institute Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Geplante Fallzahl (N = 200) zu Base- line & Post-In- tervention erreicht.	1b
Esplen et al., 2018:	RCT prospektiv,	Brustkrebs- Überlebende,	Arm A: N _B =131 N _P =111	Erhebungszeit- punkte: Baseline	1. <u>Sexuelle Funktion:</u> → ReBIC versus CAU:	Keine berich- tet	Canadian Breast Can- cer Research	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
“Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial.” [389]	multizentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 194 ITT-Analyse Ausgewertet : N=194 Land: Kanada kA zum Zeit- raum	abgeschlossene Krebsbehandlung seit min. 2 Jahren, Stage I-III Geschlecht: 100% weiblich Alter: Mittelwert: 49,8	N _{FU1} =108 N _{FU2} =104 Restoring body image after cancer (ReBIC), 8-wöchige 90min Gruppen-intervention, wöchentliche Sessions, beinhaltete expressive guided-imagery Übungen sowie Gruppentherapieprinzipien Arm B: N _B =63 N _P =54 N _{FU1} =108 N _{FU} =53 CAU + schriftliche edukative Infos	Post-Intervention Follow-Up1 (4 Monate) Follow-Up2 (10 Monate) Primäre Endpunkte: 1. Körperbild (BIS, BIBCQ) 2. <i>Sexuelle Funktion</i> (FSFI) 3. <i>QoL global</i> (FACT-B)	Post-Intervention: Follow-Up1: Follow-Up2: Keine sign. ZeitxGruppe-Interaktion, keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>QoL</u> → ReBIC versus CAU: Post-Intervention: Follow-Up1: Follow-Up2: Keine sign. ZeitxGruppe-Interaktion, keine sign. Gruppenunterschiede		Alliance and a grant from the Canadian Breast Cancer Foundation Laut Angaben keine COI	PB: high DB: high AB: low RB: unclear Keine Fallzahlplanung (kA).	
Ho et al., 2016: “Randomized controlled trial	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme	Nicht-metastatische Brustkrebspatient*innen Stage: I-III,	Arm A: N _B = 51 N _P = 50 N _{FU1} = 49 N _{FU2} = 48	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (7 Monate)	1. <u>Angst</u> → BMS vs. SEG vs. TAU Post-Intervention, Follow-Up1 & 2: Keine sign. Veränderung in	Keine berichtet.	Finanzierung durch Hong Kong Cancer Fund und Hong Kong Research	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
of sup- portive-ex- pressive group therapy and body- mind-spirit interven- tions for Chinese non-meta- static breast can- cer pa- tients.” [390]	Randomi- siert: N = 157 ITT-Ansatz Ausgewertet: N = 157 Land: Hong Kong (China) 2002-2004	Abgeschlos- sene Be- handlung Geschlecht: 100% weib- lich Alter: Mittelwert: 47.7	Body-Mind- Spirit-Therapie (BMS): 8 Wochen 2h/Woche 8-12 TN/Gruppe Arm B: N _B = 49 N _P = 47 N _{FU1} = 47 N _{FU2} = 44 Supportive-Ex- pressive Thera- pie (SEG) 8 Wochen 2h/Woche 8-12 TN/Gruppe Arm C: N _B = 57 N _P = 51 N _{FU1} = 48 N _{FU2} = 47 TAU	Follow-Up2 (11 Monate) Primäre End- punkte: 1. Emotionsunter- drückung (CECS) 2. Stresserleben (PSS, chinesi- sche Version) 3. Angst (C-HADS- A) 4. Depressivität (C-HADS-D)	jeglicher Gruppe. Keine sign. Gruppenunter- schiede. 2. <u>Depressivität</u> → BMS vs. SEG vs. TAU Post-Intervention, Follow-Up1 & 2: Keine sign. Veränderung in jeglicher Gruppe. Keine sign. Gruppenunter- schiede.		Grants Council. Laut Angabe kei- nen Einfluss auf Studien- design, Da- tenerhe- bung, Ana- lyse, Be- richterstel- lung, Ent- scheidung für Veröf- fentlichung. Laut Angabe kein COI.	Geplante Fallzahl (N = 150) erreicht.	
Naccarato et al., 2016: “Psycho- therapy and phos- phodiester	RCT, prospektiv, monozent- risch, offen, 4 Arme	Prostata- krebspati- ent*innen mit radikaler Prostatekto- mie (RP), frü-	Arm A: N = 16 Gruppen-PT Wöchentlich, 2 Sitzungen vor RP, 12 nach RP	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Primäre End- punkte:	1. <u>Sexuelle Funktion</u> → TAU vs. PT vs. M vs. PT & M Post-Intervention: Nur PT & M zeigt keine	Arm A: TAU SUEs: 0/11 UEs: 0/11 Arm B: PT SUEs: 0/16 UEs: 0/16	kA	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
ase-5 inhibitor in early rehabilitation after radical prostatectomy: a prospective randomised controlled trial.” [391]	Randomisiert: N = 56 PP-Analyse Ausgewertet: N = 53 Land: Brasilien	hes Rehabilitationsstadium Geschlecht: 100% männlich Alter: 39-76 Mittelwert: 61.84	Arm B: N = 12 Medikation (M): Lodafenil 80 mg/1 Tablette pro Woche Arm C: N = 14 Gruppen-PT & Medikation Arm D: N = 11 TAU	1. Sexuelle Funktion (IIEF-5) 2. QoL (SF-36)	sign. Verschlechterung des IIEF-5 2. QoL → TAU vs. PT vs. M vs. PT & M Post-Intervention: Sign. Verschlechterung d. Skalen phys. Gesundheit & Rollenfunktion aller Gruppen	Arm B: Medikation SUEs: 0/12 UEs: 0/12 (keine sign. S/UEs) Arm D: PT & Medikation SUEs: 0/14 UEs: 0/14		Geplante Fallzahl (N = 11 pro Gruppe) erreicht.	
Schneider et al., 2016: „Ergebnisse einer psychoonkologischen Gruppenintervention bei männlichen Krebspatient*innen ab 60	RCT, prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 51 Post-Intervention: N=45 Follow-Up: N=38	Prostatakarzinom oder gastrointestinales Malignom aller Krankheitsstadien Geschlecht: 100% männlich Alter: Mittelwert: 67.2	Arm A: N _B = 25 N _P = 23 N _{FU} = 20 Psychosoziale Gruppenintervention, 10 Wochen, 1 Sitzung/Woche, 120 Min., 6-10 TN Arm B: N _B = 26 N _P = 22	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (3 Monate) Primärer Endpunkt: 1. QoL global (EORTC QLQ-C30) Sekundäre Endpunkte: 2. Angst (HADS-A) 3. Depressivität	1. QoL (global) → Gruppe vs. TAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede 2. Depressivität → Gruppe vs. TAU Post-Intervention:	Sign. Verschlechterung der Interventionsgruppe ggü. TAU auf Schlafstörungsskala sowie emotionaler Funktionsfähigkeit	KA	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: unclear Keine Fallzahlplanung (kA) Keine Angabe von	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Jahre - eine randomisiert kontrollierte Studie.“ [392]	kA zur Auswertungstrategie Land: Deutschland Zeitraum: 10/2012 – 08/2014		N _{FU} = 18 TAU	(HADS-D) 4. Zufriedenheit mit dem Gruppenprogramm (Fragebögen aus Manual Weis (2006))	Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: Keine sign. Gruppenunterschiede 3. <u>Angst</u> → Gruppe vs. TAU Post-Intervention: Keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: Sign. höhere Angstwerte in Gruppe!			Drop-Out-Gründen	
Freeman et al., 2015: “A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 118 ITT-Ansatz	Brustkrebs-Überlebende, mindestens 6 Wochen nach abgeschlossener Behandlung Geschlecht: 100% weiblich	Imaginationsbasierte Verhaltensintervention (Arm A & B): 1x/Woche à 4h, 1.-4. Sitzung: 25 Min. Theorie, 25 Min. Interaktion in Triaden 5. Sitzung: Präsentation ind.	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (2 Monate) Primärer Endpunkt: 1. Allg. QoL (SF-36): physisch	1. <u>Allg. QoL (psychisch)</u> → LD vs. TD vs. WL: Keine sign. Effekte für Zeit, Gruppe, Zeit x Gruppe-Interaktion. 2. <u>Krebsbezogene QoL</u>	Keine berichtet.	Finanzierung durch Small Business Innovating Research-Subvention + Krebspräventions-Stipendium für Mitarbeitende (NCI grant)	Risk of Bias SB1: low SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: unclear Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care.” [344]	Ausgewertet: N = 118 Land: USA 2008-2010	Alter: Mittelwert: 55.44	Beiträge & Feedback Arm A: N _B = 48 N _P = 41 N _{FU} = 40 Gruppenangebot Edukation+Imagination+Übungen (<i>Life Delivery, LD</i>), 50min (25min Input, 25min Interaktion), wöchentlich, 5 Wochen + Übungen zuhause Arm B: N _B = 23 N _P = 19 N _{FU} = 19 Wie oben, nur: <i>Online-Gruppe</i> , Telemedizin (telemedicine delivery, TD) Arm C: N _B = 47 N _P = 44	(PCS), <i>psychisch (MCS)</i> Sekundäre Endpunkte: 2. <i>Krebsbezogene QoL</i> (FACT-B) 3. <i>Fatigue</i> (FACIT-F) 4. Wahrgen. kogn. Funktionsfähigkeit (FACT-Cog) 5. Spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp-Ex) 6. <i>Distress (BSI-GSI)</i> 7. Schlafstörungen (PSQI)	→ LD vs. TD vs. WL: Sign. Effekt für Zeit. Keine sign. Effekte für Gruppe, Zeit x Gruppe-Interaktion. 3. <u>Fatigue</u> → LD vs. TD vs. WL: Sign. Effekt für Gruppe. Keine sign. Effekte für Zeit, Zeit x Gruppe-Interaktion. 4. <u>Distress</u> → LD vs. TD vs. WL: Keine sign. Effekte für Zeit, Gruppe, Zeit x Gruppe-Interaktion.		Laut Angaben kein Col.		

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
			N _{FU} = 43 WL, Angebot der ERL-Intervention nach 3-Monats- Follow-Up						

2.4.4.2 Psychotherapeutische Paar- und Familieninterventionen

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 8.19 und das Statement 8.20.

2.4.4.2.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Hu et al., 2019: MA „Association between dyadic interventions and outcomes in cancer patients: a meta analysis.“ [393]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Belgacem 2013 Schenker 2016 El Jawahri 2016 Jia 2012 Arden Close 2013 Clark 2013 Steel 2016 Arden Close 2013 Northouse 2005, 2007, 2013a, b Winters Stone 2015 Perz 2015 Lambert 2016 Badger 2011 Chen 2012</p>	<p>Suchzeitraum: Bis Mai 2018</p> <p>Datenbanken: PubMed EMBASE CINAHL Cochrane Central Chinese Biomedical Literature Database PsycINFO Web of Science Chinese National Knowledge Infrastructure Wanfang Data</p> <p>Einschluss-kriterien: P: Erwachsene Krebspatient*innen + Angehörige oder Partner</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene mit Krebs ab 18 Jahren, bei denen Angehörige oder Partner in der Therapie mit einbezogen wurden</p> <p>Geschlecht: kA</p> <p>Mittleres Alter: kA</p>	<p>Inhalte: 8x FOCUS (Multikomponenten Familienintervention) 7x Psycho-education 2x Körperliches Training 2x Palliativ-versorgung 1x Symptom Management</p> <p>Format: 8x face to face 7x Telefonkontakt 8x Beides</p> <p>Frequenz: 3-52 Sessions</p> <p>Dauer: 1h bis 12 Monate 1x "as long as needed"</p> <p>Kontrollgruppen: 18 x TAU/UC</p>	<p>Primäre Endpunkte: <i>Patient*innenseitig</i> 1. QoL 2. Fatigue 3. Schmerz 4. Angst 5. Depressivität 6. Hoffnungslosigkeit 7. Verbundenheit 8. "Marital functioning" 9. Überlebensrate</p> <p>Verwendete Skalen QoL SF-36 QUAL-E FACT-BMT TDL FACT-G QLIP-BR BHS SF-12 AQoL UCLA-PSI FACT QoL-BC</p>	<p><i>Patient*innenseitig</i> 1. QoL 0 - 3 Monate Follow-Up 7 RCTs, N=742 $I^2 = 92\%$; $SMD=0.53$ [-0.02, 1.08, p=.06] Random-Effects Model</p> <p>3 - 6 Monate Follow-Up 3 RCTs, N=364 $I^2 = 77\%$; $SMD=0.19$ [-0.34, 0.71, p=.49] Random-Effects Model</p> <p>>6 Monate Follow-Up 4 RCTs, N=646 $I^2 = 56\%$; $SMD=0.13$ [-0.12, 0.37, p=.31] Random-Effects Model</p> <p>0 - 3 Monate Follow-Up 5 RCTs, N=750 $I^2 = 42\%$; $SMD=0.04$</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichtet nicht</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 6 PB: 17 DB: 11 AB: 20 RB: 23 OB: 1</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method. Mängel in kritischer Domäne 2,7,15, non-kritischer Dom. 1,3,8,10</p> <p>Sensitivitätsanalysen:</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Couper 2015 Collinge 2013 Mosher 2016 Badger 2013 Badr 2015 McLean 2013 Heinrichs 2012	I: psychosozial-, kognitions- oder verhaltens-orient- tiert C: - O: u.a. QoL, De- pressivität, Angst, Schmerz, Fatigue S: RCTs 23 RCTS N= 2404		5x andere Familieninter- vention	PSS-FA SWB MHI <i>Fatigue</i> FACT-F MFI FSI <i>Depressivität</i> BDI-II HADS SDS CES-D FACT-G PROMIS GAD-7 BPI <i>Angst</i> PROMIS HADS SAS GAD-7 FACT-G	[-0.15, 0.24, p=.65] Random-Effects Model 3 - 6 Monate Follow-Up 3 RCTs, N=167 I ² = 0%; SMD=-0.20 [-0.51, 0.10, p=.19] Random-Effects Model 3. Schmerz 0 - 3 Monate Follow up 3 RCTs, N=374 I ² = 51%; SMD=-0.07 [-0.36, 0.22, p=.64] Random-Effects Model 3 - 6 Monate Follow up 1 RCT, N=27 I ² = na ; SMD=-0.66 [-1.44, 0.12, p=.10] Random-Effects Model 4. Angst 0 - 3 Monate Follow up 13 RCTs, N=1091 I ² = 81%; SMD=-0.42 [-0.70, -0.13, p<.01] Random-Effects Model		Ausschluss von Studien mit ho- hem RoB Publika- tionsbias: Eg- ger´s test for Publicationbias	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					<p><i>Studie mit hohem RoB exkludiert (Jia 2012):</i> 12 RCTs, N=971 $I^2 = 46\%$; SMD=-0.30 [-0.48, -0.12, 95% CI] Random-Effects Model</p> <p>5. <u>Depressivität</u> 0 - 3 Monate Follow up 17 RCTs, N=1216 $I^2 = 84\%$; SMD=-0.35 [-0.65, -0.05, p<.001] Random-Effects Model</p> <p><i>Studie mit hohem RoB exkludiert (Jia 2012):</i> 16 RCTs, N=1096 $I^2 = 46\%$; SMD=-0.26 [-0.39, -0.13, p<.001] Random-Effects Model</p> <p>3 - 6 Monate Follow up 5 RCTs, N=227 $I^2 = 0\%$; SMD=-0.29 [-0.56, -0.03, p=.03] Random-Effects Model</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Vintila et al., 2019: „Effectiveness of couple psycho-oncological interventions in increasing patients and their partners’ adaptation to disease: A systematic review and a meta-analysis.“ [394]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Porter 2012, 2017 Robertson 2016 Heinrichs 2012 Manne 2016 Hsiao 2016 Northouse 2007 McLean 2013 Anden-Close 2013 Kayser 2010 Baucom 2009 Kuijter 2004 Lampert 2016 Walker 2013 Couper 2015 Kalaitzi 2007 Manne 2005</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Januar 2000 bis September 2018</p> <p>Datenbanken: PsycINFO Medline</p> <p>Einschluss-kriterien: P: Erwachsene Krebspatient*innen + Partner I: Psychosoziale Paarintervention C: - O: Depressivität, Angst, Distress, QoL, Beziehungsqualität S: RCTs</p> <p>21 RCTs, N=2081 Patient*innen-Partner-Dyaden</p>	<p>RCTs</p> <p>8x Brust 7x Prostata 3x Gemischte Krebsdiagnose</p> <p>2x Gastrointestinal 1x Eierstock</p> <p>Geschlecht: kA</p> <p>Mittleres Alter: 43 – 63</p> <p>Länder: kA</p>	<p>Inhalte: 18x Paartherapie 12x Edukation zu Krebs und Bewältigungs-mechanismen 8x Umgang mit emotionalen Problemen</p> <p>Davon : 13x face-to-face 2x telefonisch 1x Videokonferenz 5x gemischt</p> <p>Frequenz: 1 – 16 Sitzungen, M=6 Sitzungen Gesamtdauer: 45min – 16h, M=7h</p> <p>Kontrollgruppen: TAU Psychoedukation Andere Intervention Neutral writing Wait List</p>	<p>Primäre Endpunkte: Patient*innenseitig 1. Depressivität 2. Angst 3. Distress 4. QoL 5. Beziehungs-qualität</p>	<p>Patient*innenseitig 1. Depressivität Post Intervention: 8 RCTs, N=775 $I^2 = 77\%$; $SMD=0.03$ [-0.29, 0.35, 95% CI]</p> <p>< 6 Monate Follow up: 7 RCTs, N=733 $I^2 = 0\%$; $SMD=-0.08$ [-0.22, 0.05, 95% CI]</p> <p>> 6 Monate Follow-Up: 2 RCTs, N=775 $I^2 = 95\%$; $SMD=0.87$ [-0.84, 2.60, 95% CI]</p> <p>2. Angst Post Intervention: 5 RCTs, N=580 $I^2 = 0\%$; $SMD=-0.04$ [-0.2, 0.11, 95% CI]</p> <p>< 6 Monate Follow up: 4 RCTs, N=542 $I^2 = 77,5\%$; $SMD=-0.43$ [-0.85, -0.01, 95% CI]</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>RCTs berichten UEs nicht</p>	<p>Primärstudien RCTs mit low RoB SB: 52% PB: keine Angabe DB: 10% AB: 90% RB: 100% OB: keine Angabe</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,11, non-kritischer Dom. 1,3,5,6,14,</p> <p>Sensitivitätsanalysen: <i>Nicht durchgeführt</i></p> <p>Publikationsbias: <i>Egger’s Test durchgeführt</i></p>	<p>1a</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
McCorkle 2007 Porter 2009 Chambers 2015 Scott 2004					<p>> 6 Monate Follow-Up: 2 RCTs, N=295 $I^2 = 36\%$; $SMD=-0.03$ [-0.4, 0.34, 95% CI]</p> <p>3. Distress Post Intervention: 7 RCTs, N=911 $I^2 = 62\%$; $SMD=-0.21$ [-0.46, 0.04, 95% CI]</p> <p>< 6 Monate Follow up: 4 RCTs, N=822 $I^2 = 92\%$; $SMD=0.59$ [-0.3, 1.22, 95% CI]</p> <p>> 6 Monate Follow-Up: 3 RCTs, N=659 $I^2 = 90\%$; $SMD=-0.59$ [-1.44, 0.24, 95% CI]</p> <p>4. QoL Post Intervention: 9 RCTs, N=10 $I^2 = 81\%$; $SMD=0.12$ [-0.18, 0.44, 95% CI]</p> <p>< 6 Monate Follow up:</p>		<i>führt, Ergeb- nisse nicht dis- kutiert</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					5 RCTs, N=842 I ² = 6%; SMD=0.01 [-0.12, 0.15, 95% CI] > 6 Monate Follow-Up: 6 RCTs, N=623 I ² = 86%; SMD=-0.29 [-0.79, 0.20, 95% CI]			
<p>Wang et al., 2017: „The Efficacy of Couple-Based Interventions on Health-Related Quality of Life in Cancer Patients and Their Spouses: A Meta-analysis of 12 Randomized Controlled Trails.“ [395]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Baucom, 2009 Keefe, 2005 Northouse, 2005 Northouse 2007 McLean, 2013 Campbell,</p>	<p>MA Suchzeitraum: Bis 10. Februar, 2015 Datenbanken: PubMed EBSCO PsycINFO CINAHL EMBASE China Biology Mediine China National Knowledge Infrastructure Einschluss-kriterien:</p>	<p>RCTs Erwachsene Krebspatient*innen (Brust 4, Gemischt 5, Prostata 3) Geschlecht: kA Mittleres Alter: k.A Länder : USA Kanada Deutschland Niederlande</p>	<p>Inhalte: 3x Psychoedukative Intervention 5x Skills-Training 4x Gemischte Intervention Dauer: 2 Wochen bis 12 Monate Kontrollgruppen: 11x UC 1x Warteliste</p>	<p>Primäre Endpunkte 1. Körperliche Gesundheit 2. Depressivität 3. Angst 4. Hoffnungslosigkeit 5. Beziehungszufriedenheit Verwendete Skalen <i>Depressivität</i> BDI QSC-R23 CES-D MHI-D <i>Angst</i> BSI SSoSQ FoPq</p>	<p>1. Depressivität →Gesamteffekt: Post-Intervention: 6 RCTs, N=353, I² = 89%; SMD=-2.15 [-4.25, 0.06, p=.044] Fail-Safe-N : 52 Random-Effects Model →Psychoedukation I² = 0%; SMD=-1.56 [-2.53, -0.18, p = .002] → Skills Training I² = 53%; SMD=-3.7 [-8.23, -1.69, p = .19] → Gemischte Intervention I² = kA; WMD=0.49 [-1.04, 2.02, p = .529]</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien PEDRO-Score poor: - fair: 5 good: 7 excellent: - Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,9,11,13 non-kritischer Dom. 1,3,8,12</p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
and meta analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer" [313] Eingeschlossene Primärstudien: Badger 2007 Baucom2004 Budin 2008 Campbell 2004 Canada 2006 Christensen 1983 Giesler 2005 Heinrichs 2011 Kalaitzi 2007 Kayser 2010 Keefe 2005 Kuijer 2004 Manne 2005 Manne 2011 McLean 2011 Mishel 2002 Neu 2003	Januar 1980 bis Juli 2012 Datenbanken: PubMed CENTRAL EMBASE PsycInfo Web of Science LISTA (EBESCO) Einschluss-kriterien: P: Krebspatient*innen und ihre Partner I: Paar basierte Interventionen C: UC & AC O: QOL S: RCTs 23 RCTs, N=2415 Patient*innen	7x Prostatakrebs 1x Gastrointestinal Krebs 1x Lungenkrebs 1x Brust- oder Gynäkologischer Krebs 5x Gemischt Geschlecht: kA Mittleres Alter: 40 – 64	MBT Paar-KVT Sexual Therapie EFT 2 – 10 Mal wöchentlich Follow up: 1 Monat – 12 Monate Kontrollgruppen: 13 x UMC 6 x AC 2 x SC 1x „Gleiche Intervention aber nur für Patient*innen“ 1 x „Standart social work services“	<i>sche Outcomes</i> → <i>Physische Outcomes</i> → <i>Beziehung</i>	$I^2 = 31\%$; SMD=0.18 [0.05, 0.31, p = .01] <i>Fail Safe N : 35</i> Partner $I^2 = 0\%$; SMD=0.18 [0.05, 0.31, p = .01] <i>Fail Safe N : 10</i> → Physisch Patient $I^2 = 57\%$; SMD=0.31 [0.11, 0.50, p = .001] <i>Fail Safe N : 68</i> → Beziehung Patient $I^2 = 0\%$; SMD=0.25 [0.11, 0.40, p = .001] <i>Fail Safe N : 15</i> Partner $I^2 = 0\%$; SMD=0.22 [0.03, 0.11, p = .002] <i>Fail Safe N : 3</i> 2. QoL (Ausreißer "win-sorized" einbezogen) → Psychologisch Patient $I^2 = 58\%$; SMD=0.25 [0.12, 0.32, p = .001]	RCTs berichten UEs nicht	wurden die Teilnehmer randomisiert auf die Gruppen zugeteilt Vier Studien berichten von verblindeten versuchsleitern 14 Studien berichten von manualisierter Behandlung 15 Studien berichten von einer überwachten Behandlungsumsetzung 14 Studien berichten von identischen Kontrollgruppen und Untersuchungsgruppen zum Startpunkt der Untersuchung Review:	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Northouse 2007 Porter 2004 Porter 2011 Scott 2004 Ward 2009					<p><i>Fail Safe N : 76</i> Partner $I^2 = 0\%$; SMD=0.21 [0.08, 0.34, p = .001] <i>Fail Safe N : 22</i></p> <p>→ Beziehung Patient $I^2 = 0\%$; SMD=0.28 [0.14, 0.43, p = .001] <i>Fail Safe N : 32</i> Partner $I^2 = 0\%$; SMD=0.24 [0.06, 0.43, p = .01] <i>Fail Safe N : 7</i></p>		<p>AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne 2,4,7,9,13 non-kritischer Dom. 1,3,5,10,12</p> <p>Sensitivitäts- analysen: <i>Nicht durchge- führt</i></p> <p>Publikations- bias: <i>für Out- comes geprüft</i> <i>Funnel Plot</i> <i>und „trim and</i> <i>fill“</i></p> <p><i>Bei den psy- chologischen</i> <i>Outcomes zei- gen sich im</i> <i>Funnelplot</i> <i>Ausreißer</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Faller et al., 2013: "Effects of Psycho-Onco-logic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review und Meta-Analy-sis." [297]</p> <p>Eingeschlos-sene Pri-märstudien: 198 RCTs</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: May 2013</p> <p>Datenbanken: CENTRAL Medline PsycInfo</p> <p>Einschluss-krite-rien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: psychoonkolo-gische Interventio-nen C: Aufmerksam-keits-Placebo, TAU/UC O: Distress, QoL, Depressivität, Angst S: RCTs</p> <p>198 RCTS, N=22238 Pa-tient*innen</p>	<p>RCTs</p> <p>Gemischte Krebsdia-gnosen (80)</p> <p>Brustkrebs (78)</p> <p>Prostata-karz. (8)</p> <p>Gynekolo-gisch (6)</p> <p>Melanom (5)</p> <p>Hematolo-gischer Krebs (4)</p> <p>Andere (12)</p> <p>Nicht ange-geben (5)</p> <p>Geschlecht: Median 82% weiblich</p> <p>Alter: Median 54 Jahre</p> <p>Länder : USA (107)</p>	<p>Inhalte: Psychotherapie</p> <p>Einzel (55) Gruppe (42) Paar (10)</p> <p>Psychoedukation (19)</p> <p>Entspannungsverfahren (46)</p> <p>Einfache Informations-gabe (23)</p> <p>Andere (12)</p> <p>Davon : Einzel (119) Gruppe (66) Paar (8) Nicht angegeben (5)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 1-35 Sitzungen, Median 6 Sitzungen, Über 1-730 Tage, Median 42 Tage</p> <p>Kontrollgruppen:</p>	<p>Primäre End- punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> Distress gesundheits-bezogene QoL Depressivität Angst 	<p>1. Distress → Gesamteffekt Post-Intervention: 77 RCTs, N=kA $I^2 = 73\%$; SMD=0.29 [0.20, 0.37, p <.001]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 58 RCTs, N= kA $I^2 = 56\%$; SMD=0.17 [0.09, 0.24, p <.001]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 39 RCTs, N= kA $I^2 = 32\%$; SMD=0.10 [0.04, 0.1, p =.003]</p> <p>→ Paartherapie Post-Intervention: 9 RCTs, N= kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.16 [0.02, 0.29, p =.021]</p> <p>Follow Up ≤6 Monate: 3 RCTs, N= kA $I^2 = 65\%$; SMD=0.00 [-0.42, 0.41, p=.98]</p> <p>Follow Up >6 Monate: 5 RCTs, N= kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.01</p>	<p>Nicht be- richtet</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB</p> <p>SB: 51 PB: kA DB: kA AB: 122 RB: 141 OB: kA</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>criti-cally low qua-lity</i></p> <p>Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7, 13</p> <p>non-kritischer Dom. 3, 10,</p> <p>Sensitivitäts- analysen: <i>Bei hoher He-terogenität (I²>70%) Aus-schluss vjew. einer Studie aus MA &</i></p>	<p>1a-</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
	(218 Vergleiche in MA)	UK (18) Australien (12) Kanada (10) Schweden (9) Niederlande (7) Weitere (35)	TAU/UC Aufmerksamkeitskon- trolle		[-0.16, 0.18, p =.91] 2. QoL → Gesamteffekt Post-Intervention: 66 RCTs, N=? $I^2 = 78\%$; SMD=0.26 [0.15, 0.37, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 47 RCTs, N= kA $I^2 = 65\%$; SMD=0.22 [0.12, 0.33, p <.001] Follow Up >6 Monate: 27 RCTs, N= kA $I^2 = 50\%$; SMD=0.18 [0.07, 0.28, p <.001] → Paartherapie Post-Intervention: 5 RCTs, N= kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.11 [-0.06, 0.27, p =.2] Follow Up ≤6 Monate: 2 RCTs, N= kA $I^2 = 0\%$; SMD=0.01 [-0.25, 0.27, p=.92] Follow Up >6 Monate:		Moderatoren- analysen (u.A. Alter, Tumor- art) Weiterhin a priori geplante Subgrup- penanalysen (siehe Haupt- ergebnisse) Publikations- bias: Visuelle Prü- fung der Fun- nel-Plots	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					<p>3 RCTs, N= kA $I^2 = 0\%$; $SMD=0.02$ $[-0.2, 0.25, p = .88]$</p> <p>3. Depressivität → Gesamteffekt Post-Intervention: 72 RCTs, N=kA $I^2 = 56.5\%$; $SMD=0.33$ $[0.25, 0.41, p <.001]$ Follow Up ≤6 Monate: 40 RCTs, N=kA $I^2 = 40.8\%$; $SMD=0.2$ $[0.11, 0.28, p <.001]$ Follow Up >6 Monate: 26 RCTs, N=kA $I^2 = 47.1\%$; $SMD=0.14$ $[0.05, 0.24, p = .002]$</p> <p>→ Paartherapie Post-Intervention: 4 RCTs, N=? $I^2 = 46\%$; $SMD=0.27$ $[-0.06, 0.6, p = .11]$ Follow Up ≤6 Monate: 1 RCT, N=kA</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					<p>$I^2 = ?$; $SMD=0.37$ [?] Follow Up >6 Monate: 2 RCTs, N=kA $I^2 = 0\%$; $SMD=0.24$ [-0.01, 0.49, p =.06]</p> <p>4. Angst → Gesamteffekt Post-Intervention: 74 RCTs, N=? $I^2 = 60\%$; $SMD=0.38$ [0.29, 0.46, p <.001] Follow Up ≤6 Monate: 38 RCTs, N=kA $I^2 = 73\%$; $SMD=0.34$ [0.2, 0.47, p <.001] Follow Up >6 Monate: 15 RCTs, N=kA $I^2 = 33\%$; $SMD=0.17$ [0.06, 0.28, p =.003]</p> <p>→ Paartherapie Post-Intervention: 3 RCTs, N=kA $I^2 = 16\%$; $SMD=0.11$ [-0.2, 0.42, p =.48]</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					Follow Up >6 Monate: 1 RCT, N=kA <i>d=0.26 ; keine weiteren Angaben</i>			
Brandao et al., 2014: „Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review.“ [396]	SysRev Suchzeitraum: 1975 bis Januar 2013 Datenbanken : CINAHL PsycInfo Academic Search Complete MEDLINE PsycArticles Behaviourial Science Collection	RCTs Brustkrebs (Stage 0 – IIIa) Geschlecht : 100% weiblich + Partner Mittleres Al- ter: 40 - 54 Länder : USA Deutschland Griechenland Kanada Australien	Inhalte: 5x KVT 2x Paar- und Sexualbera- tung/-therapie 1x Emotions-fokussierte Therapie 1x Kurzintervention 1x sonstiges Davon 9x einzelne Paare 1x Paargruppen Frequenz Wöchentlich bis zweiwö- chentlich Dauer 4 bis 20 Sitzungen 60 -120min pro Sitzung Kontrollgruppen: 4x Tau/UC 2x Aktive Kontrolle 2x edukative Interven- tion	Primäre End- punkte: 1. Psychologisches Funktionsniveau 2. Physisches Funk- tionsniveau 3. Ehequalität 4. Sexuelle Funk- tion	8/10 Studien fanden si- gnifikante Unter- schiede auf min. einem rel. Outcome zugunsten der Inter- vention 1. Sexuelle Funktion 4 Studien zeigten ver- bessertes sexuelles Funktionsniveau und Zufriedenheit	Keine SUEs berichtet RCTs berich- ten UEs nicht	Primärstudien <i>Nicht berichtet</i> Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne <i>2,4,7,9,13</i> non-kritischer Dom. <i>1,3,10,14,16</i> Sensitivitäts- analysen: <i>Keine MA</i> Publikations- bias: <i>Nicht diskutiert; Handsuche & graue Literatur</i>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
	O: gesundheits- bezogene, psycho- logische oder Be- ziehungsauscomes S: RCTs 10 RCTS N = 679 Paare						in Suche einbe- zogen	
Griffin et al., 2013: „Effectiveness of Family and Caregiver Inter- ventions on Pa- tient Outcomes among Adults with Cancer or Memory-Rela- ted Disor- ders: A systema- tic Review.“ [397]	SysRev Suchzeitraum 1980 bis Dezem- ber 2012 Datenbanken : MEDLINE PsycINFO Einschluss-krite- rien: P: u.a. Erwachsene Krebspatient*in- nen	RCTs Erwachsene mit Krebs und deren Angehörige Geschlecht Patient*innen 39% weiblich Angehörige 61% weiblich Mittleres Alter Patient*innen	Von 27 RCTs verglichen 18 RCTs die Intervention mit TAU/UC Inhalte 4x Telefon- oder inter- netbasierte Familienbe- ratung 5x Paar-KVT 4x familien-unterstützte Patient*innenversorgung 4x familienzentrierte KVT 1x Spezial-intervention Frequenz M=6 Sitzungen 3- 12 Sitzungen Dauer M=6 Wochen 1 Woche – 5 Monate	Primäre End- punkte: 1. <i>QoL</i> 2. <i>Depressivi- tät/Angst</i> 3. Symptom-ma- nagement	1. <u>QoL</u> → Global QoL 0/6 Studien (N=1367) zeigen sign. Verbesse- rung zugunsten IG 2. <u>Depressivität/ Angst</u> 2/9 Studien (N=1519) zeigen sign. Verbesse- rung zugunsten IG	RCTs berich- ten UEs nicht	Primärstudien Reporting Bias Gute Qualität : 0/18 Moderate Qua- lität: 15/18 Schlechte Qua- lität 3/18 Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low qua- lity</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7 non-kritischer Dom.	1a
Eingeschlos- sene Primär- studien: Badger 2007 Badger 2011 Baucom 2009 Blanchard 1996 Budin 2008 Campbell 2004, 2007	I: Interventionen, die Familien- mitglieder oder Pflegerpersonen des erwachsenen	M=60, 46-71 Angehörige M=56, 49-62	Kontrollgruppe 18x TAU/UC					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersucher Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Canada, 2005 Giesler 2005 Gutafson 2013 Kayser 2010 Keefe, 2005 Kozachik, 2001 Kurtz, 2005 Manne, 2005, 2007 Manne 2011 McCorkle 2007 McMillan 2007 Meyers 2011 Mishel 2002 Moskau 2008 Nezu 2003 Northouse 2005 Northouse 2007 Porter 2009 Porter 2011 Schover 2012 Stephenson 2007 Bass 2003 Belle 2006 Bourgeois 2002 Brodaty 2009 Burgener 1998 Burns 2003 Camberg 1999 Chang 1999 Gerdner 2002 Gitlin 2010a Gitlin 2010b Gitlin 2008 Gitlin 2003 Gitlin 2001	Patient*innen ein- beziehen C: Usual Care, Warteliste oder al- ternative aktive Behandlung O: u.a. QoL, De- pressivität/Angst S: RCTs, nach 1995 publiziert 56 RCTs, davon 27 RCTs zu Krebspatient*in- nen, N=4195	Länder USA					1,16 Sensitivitäts- analysen: <i>Nicht durchge- führt, Hetero- genität der Studien tabel- larisch darge- stellt</i> Publika- tionsbias: <i>"Publication bias is sus- pected if evi- dence is de- rived from a small number of commer- cially funded trials with small sample sizes and a small number of event." (p.114)</i> <i>Keine Angaben zu Pub.-Bias</i>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Ginyea 2006 Jirovec 2001 Logsdon 2010 Martin-Cool 2015 McCallion 1999 McCurry 2005 Mittelmann 2004 2006 Ostwald 1999 Quayhagen 2000 Robinson 2007 Teri 1997 Teri 2003 Teri 2005 Wray 2010 Wright 2001							<i>für relevante Ergebnisse</i>	

2.4.4.2.2 RCTs

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (5/5)									
Manne et al., 2019: "Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial." [398]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N=237 (Dyaden) Post-Intervention: N=212 (Patient*innen)/208 (Partnerinnen) Follow-Up1: N=205 (Patient*innen)/203 (Partnerinnen) Follow-Up2: N=204 (Patient*innen)/198 (Partnerinnen)	Lokal begrenztes Prostatakarzinom Patient & Partnerin Geschlecht: Patient*innen: 100% männlich Partnerinnen: 100% weiblich Alter: Patient*innen: M = 61 (SD = 7.3) Partnerinnen: M = 57 (SD = 8.5)	Arm A: IET N _r = 80 (Dyaden) N _p =78 (Patient*innen)/76 (Partnerinnen) N _{FU1} =72 (Patient*innen)/71 (Partnerinnen) N _{FU2} =73 (Patient*innen)/71 (Partnerinnen) Intimitätsfördernde Therapie (IET); Jeweils 5 Paarsitzungen, 90 Minuten (mit Audio aufgenommen) und 1 Booster-Anruf 3 Wochen nach letzter Paarsitzung, 30-45 Minuten Arm B: GHW N _r = 76 (Dyaden) N _p =64 (Patient*innen)/64 (Partnerinnen)	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up1 (7 Wochen) Follow-Up2 (19 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Allgemeine psychische Verfassung (MHI-38) 2. <i>Depressivität</i> (PHQ-9) 3. <i>Distress</i> (IES) 4. Krebsbezogene Sorgen 5. Beziehungszufriedenheit (DAS)	Patient*innenoutcomes 1. <u>Depression</u> → IET vs. GHW vs. CAU Post-Intervention, FU1 und FU2: Keine sign. Zeit X Gruppe-Interaktion, sign. Zeiteffekt (Verbesserung in allen Gruppen bis einschl. FU1) 2. <u>Krebsbezogene psychische Belastung</u> → IET vs. GHW vs. CAU Post-Intervention, FU1 und FU2: Keine sign. Zeit X Gruppe-Interaktion, sign.r Zeiteffekt	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA Arm B: EG SUEs: kA UEs: kA Arm C: CAU SUEs: kA UEs: kA	Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: unclear RB: low Geplante Fallzahl (N=469 (Dyaden)) nicht erreicht. Sensitivitätsanalyse mit bestehender Stichprobe zeigte jedoch 80% Power einen kleinen Effekte (d=0.20) detektieren zu können	1 b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
	ITT-Ansatz ohne Impu- tation; Ausgewer- tet:siehe N zu MZP Land: USA <i>kA zum Zei- traum</i>		N _{FU1} =60 (Pati- ent*innen)/60 (Partnerinnen) N _{FU2} =61 (Pati- ent*innen)/59 (Partnerinnen) Allgemeine Inter- vention zu Stär- kung von Gesund- heit und Wohlbe- finden (GHW); Je- weils 5 Paarsit- zungen, 90 Minu- ten (mit Audio aufgenommen) und 1 Booster-An- ruf 3 Wochen nach letzter Paar- sitzung, 30-45 Mi- nuten Arm C: CAU N _R = 81 (Dyaden) N _P =70 (Patient*in- nen)/68 (Partne- rinnen) N _{FU1} =73 (Pati- ent*innen)/72 (Partnerinnen) N _{FU2} =70 (Pati- ent*innen)/68 (Partnerinnen)		(Verbesse- rung in allen Gruppen bis einschl. FU1)				

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
			CAU						
Ammari et al., 2018 : “Results from the family and coping oriented palliative homecare intervention study (FamCope) – a randomized controlled trial.” [399]	RCT prospektiv, monozen- trisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=57 Post-Intervention N=38 Follow-Up N=30 ITT-Ansatz ohne Imputation Land: Dänemark: Oct 2011-April 2013	Prostatakrebs (33%), Lungenkrebs (25%), Unterer Magen-Darm-Krebs (19%) (Stadium III -IV) Geschlecht: 32% weiblich Alter: Mittelwert: 67.4	Arm A: N _R =28 N _P =21 N _{FU} =14 Familienintervention (FamCope) 6 Sitzungen, dreiwöchentlich Arm B: N _R =29 N _P =17 N _{FU} =16 CAU	Erhebungszeitpunkte : Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. <i>QoL</i> (EORTC QLQ-C30 – Global Health Status) Sekundäre Endpunkte 2. <i>Angst</i> (HADS) 3. <i>Depressivität</i> (HADS)	Patient*innoutcomes: 1. <u>QoL</u> → FamCope vs CAU: Post Intervention: keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: keine sign. Gruppenunterschiede 2. <u>Angst</u> → FamCope vs CAU: Post Intervention: keine sign. Gruppenunterschiede Follow-Up: keine sign. Gruppenunterschiede	Keine Angaben zu UEs	Danish Cancer Society, Lundbeck Foundation, The Health Foundation (Helsefonden, Novo Nordic Foundation, Danish Nurses Organozatio, Danish Regions Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: low geplante Fallzahl nicht erreicht (N=252)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
					3. <u>Depressivität</u> → FamCope vs CAU: Post Intervention: keine sign. Gruppenunter- schiede Follow-Up: keine sign. Gruppenunter- schiede				
McCaughan et al., 2018: “Evaluating a psychoso- cial inter- vention for men with prostate cancer and their part- ners: Out- comes and lessons learned from a ran- domized controlled trial.” [400]	RCT, pros- pektiv, mo- nozentrisch, 2 Arme Randomi- siert: N=17 (Dyaden) Post-Inter- vention: N=15 (Dya- den)/31 (ProbandIn- nen) Follow-Up: N=14 (Dy- aden)/29 (ProbandIn- nen)	Prostatakar- zinom Patient & Partnerin Geschlecht: Patient*in- nen: 100% männlich Partnerin- nen: 100% weiblich Alter: Patient*in- nen:	Arm A: CONNECT N _R = 13 (Dyaden) N _P =12 (Dyaden) N _{FU} =12 (Dyaden) CONNECT-Inter- vention für Paar: 5 Einheiten über 9 Wochen: 3 Grup- pensitzungen à 2 Stunden (Woche 1, 3, 9), 2 Telefonsit- zungen (Woche 5, 7) Arm B: TAU N _R = 4 (Dyaden) N _P =3 (Dyaden)/7 ProbandInnen	Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (4 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. Selbstwirksam- keit (CASE, modi- fiziert) 2. Lebensqualität (FACT-G) 3. Symptom Dis- tress (OSQ, Symptom Skala) 4. Kommunika- tion über Er- krankung (Lewis Mutually	Patient*innenout- comes 1. <u>Lebensqualität</u> → CONNECT vs. TAU Post-Intervention und Follow-Up: Keine sign. Zeit x Gruppe-Inter- aktion 2. <u>Symptom Dis- tress</u> → CONNECT vs. TAU Post-Intervention und Follow-Up:	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA	Finanzie- rung durch Cancer Focus Northern Ireland	Risk of Bias SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: high RB: high Keine Fallzahl- planung Ungleiche Randomi- sierung zu EG und KG aufgrund	1 b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	<p>kA zu Analyse- methode, aber wahr- scheinlich ITT ohne Im- putation; ausgewertet: Post-Inter- vention: N=16 (Pati- ent*in- nen)/15 (Partner) Follow-Up: N=14 (Pati- ent*in- nen)/14 (Partner)</p> <p>Land: Nord- irland <i>kA zum Zeit- raum</i></p>	<p>EG: 56-79, M = 67.7 KG: 56-71, M = 63.8</p> <p>Partnerin- nen: EG: 54-76, M = 64.1 KG: 50-74, M = 60</p>	<p>N_{FI}=2 (Dyaden)/5 ProbandInnen</p> <p>TAU</p>	<p>and Interperso- nal Scale) 5. Unsicherheit bezüglich der Krankheitser- fahrung (MUIS, modifiziert) 6. Nutzen der Er- krankung (Hel- geson Benefits of Illness Scale) 7. Soziale Unter- stützung (Social Support Scale)</p>	<p>Keine sign. Zeit x Gruppe-Inter- aktion</p>			<p>schleppender Teilnahme</p>	
<p>Nicolaisen et al., 2018: “The effect of an attach- ment-ori- ented cou-</p>	<p>RCT prospektiv, multizent- risch, 2 Arme</p>	<p>Kürzlich di- agnostizierte Patient*in- nen mit pri- märem Brustkrebs</p>	<p>Arm A: HiH N_R = 102 (Dyaden) N_P=87 (Dya- den)/88 (Pati- ent*innen)/87 (Partner)</p>	<p>Erhebungszeit- punkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (20 Wo- chen)</p>	<p>Patient*innenout- comes: 1. <u>Distress</u> → HiH vs. TAU Post-Intervention:</p>	<p>Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA</p> <p>Arm B: KG SUEs: kA UEs: kA</p>	<p>Laut Anga- ben kein COI.</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: high SB2: low PB: high DB: high</p>	<p>1b</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
ple interven- tion for breast can- cer patients and part- ners in the early treat- ment phase: A random- ised con- trolled trial.” [401]	Randomisiert: N=199 (Dya- den) Post-Interven- tion: N=163 (Dyaden)/ 166 (Pati- ent*innen)/ 165 (Partner) Follow-Up: N=141 (Dya- den)/ 147 (Pati- ent*innen)/ 144 (Partner) ITT-Ansatz ohne Impu- tation; Ausgewertet: Post-Inter- vention N=165 (Pati- ent*innen)/ 162 (Partner) Follow-Up: N=145 (Pati- ent*innen)/ 144 (Partner) Land: Däne- mark	Patient*in- nen & Part- ner Geschlecht: Patient*in- nen: 100% weiblich Partner: 100% männ- lich Alter: EG: Patient*in- nen: 27-79, M = 54.2 Partner: 28-92, M = 57.4 KG: Patient*in- nen: 31-75, M = 52.6 Partner: 35-78, M = 56.4	N _{FU} =80 (Dya- den)/82 (Pati- ent*innen)/81 (Partner) Hand in Hand (HiH) Intervention zusätzlich zu TAU: 4-8 Paarsit- zungen bis zu 5 Monate nach OP Arm B: TAU N _R = 96 (Dyaden) N _F =76 (Dya- den)/78 (Pati- ent*innen)/78 (Partner) N _{FU} =61 (Dya- den)/65 (Pati- ent*innen)/63 (Partner) TAU	Primärer End- punkt: 1. <i>Distress</i> (IES) Sekundäre End- punkte: 2. <i>Depressivität</i> (HADS-D) 3. <i>Angst</i> (HADS-A) 4. Anpassung des Paars (dyadic adjustment) (RDAS) 5. Therapeutische Beziehung ("Bond"-Skala, WAI-SR)	Kein sign. Gruppenun- terschied FU: Kein sign. Gruppenun- terschied 2. <u>Depressivität</u> → HiH vs. TAU Post-Intervention: Kein sign. Gruppenun- terschied FU: Kein sign. Gruppenun- terschied 3. <u>Angst</u> → HiH vs. TAU Post-Intervention: Kein sign. Gruppenun- terschied FU: Kein sign. Gruppenun- terschied			AB: unclear RB: high Geplante Fall- zahl (N=166) (knapp) nicht erreicht	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*in- nenmerk- male	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Finanzie- rung / Col	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klasse
2012-2013									
Couper et al., 2015: “Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial.” [402]	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 62 (Dyaden) Post-Intervention: N=61 (Dyaden) Follow-Up: N=49 (Dyaden) ITT-Ansatz mit Imputation (LOCF); ausgewertet: N=61 (Dyaden) Land: Australien 2010-2012	Lokal begrenztes Prostatakarzinom, Stadium I-III Geschlecht: Patient*innen: 100% männlich Partnerinnen: 100% weiblich Alter: Patient*innen: Mittelwert: 64,52 Partnerinnen: Mittelwert: 61,03	Arm A: CECT N _i =30 N _p =29 N _{FU} =23 Kognitiv-existentialle Paartherapie (Cognitive existential couple therapy (CECT)); 6 Wochen, 1x wöchentlich, 60-90 Minuten Arm B: TAU N _i =32 N _p =32 N _{FU} =26 TAU	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention (4 Wochen nach Intervention) Follow-Up (30 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Funktionsweise der Beziehung (FRI) Sekundäre Endpunkte: 2. Coping (Brief COPE) 3. <i>Distress</i> (IES-R) 4. Allgemeine mentale Gesundheit (MHI)	Patient*innenoutcomes: <u>Distress</u> → CECT vs. TAU Post-Intervention und FU: Keine sign, Gruppenunterschiede	Arm A: EG SUEs: kA UEs: kA Arm B: TAU SUEs: kA UEs: kA	Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2: low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl erreicht (für Post-Intervention)	1b

2.4.4.3 Spezifische psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 8.21 und das Statement 8.22.

2.4.4.3.1 Systematische Übersichtsarbeiten

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Li et al., 2020: "Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced can- cer: A system- atic review and meta- analysis of 10 randomized controlled tri- als." [403]</p> <p>Eingeschlos- sene Primärstu- dien: Vuksanovic 2017 Chochinov 2011 Hall 2012 Xingming 2016 Zhiyang 2015 Rongming 2016 Xiaodong 2018 En-gui 2018 Yanli 2018</p>	<p>MA</p> <p>Suchzeitraum: Bis März 2019</p> <p>Datenbanken: CBM CENTRAL PubMed Embase Web of Science ICTRP ClinicalTri- als.gov opengrey.org</p> <p>Einschlusskrite- rien: P: "Advanced cancer patients" I: Dignity The- rapy C: Standard Care O: Distress, Angst, Depressi- vität, QoL</p>	<p>RCTs</p> <p>Erwachsene Krebspatient*in- nen versch Tu- morstadien (Ge- mischt 6, Brust 1, Lunge 2, Hepato- zelluläres kar- zinom 1)</p> <p>Geschlecht: 52% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 49 - 84</p> <p>Länder : China (70%) Australien Kanada UK</p>	<p>Inhalte: Dignity therapy</p> <p>Länge & Fre- quenz: 10 Tage - 2 Mo- nate</p> <p>kA zu Häufigkeit, Sitzungsdauer</p> <p>Kontrollgruppen: 6x Routine Care 2x Standard Care 1x Standard Palli- ative Care 1x Standard psy- chological care</p>	<p>Primäre End- punkte: 1. Angst 2. Depressivität</p> <p>Sekundäre End- punkte: 3. Distress 4. QoL</p> <p>Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Angst</i> HAMA HADS PDI SAS SCL-90</p> <p><i>Depressivität</i> HADS HAMD PDI SDS SCL-90</p> <p><i>Distress</i> PDI</p>	<p>1. Angst → Gesamteffekt: Post-Intervention: 9 RCTs, N=868, I² = 91 %; SMD=-1.07 [-1.57, -0.58, p < .05] GRADE: very low</p> <p>2. Depressivität → Gesamteffekt: Post-Intervention: 10 RCTs, N=904, I² = 94 %; SMD=-1.31 [-1.92, -0.70, p < .05] GRADE: very low</p> <p>3. Distress → Gesamteffekt: Post-Intervention: 4 RCTs, N=307, I² = 68%; MD=-7.30 [-12.04, -2.56, p < .05] GRADE: very low</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p> <p>Primärstudien: RCTs mit low RoB</p> <p>SB: 3 PB: 0 DB: 2 AB: 10 RB: 9 OB: 7</p> <p>Review: AMSTAR-2: criti- cally low quality Method.Mängel in kritischer Domäne 2, 7 non-kritischer Dom. 3</p> <p>Sensitivitäts- analysen: <i>Effekte robust gegenüber Ent- fernung jeweils einer Studie</i></p>	<p>1a</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Li 2018	S: RCTs 10 RCTs, N=904 Patient*innen			QoL FACIT	4. <u>QoL</u> → Gesamteffekt: Post-Intervention: 2 RCTs, N=255, $I^2 = 0 \%$; $SMD=-0.05$ [-0.29, 0.20, $p > .05$] GRADE: moderate		Starke Heteroge- nität der Ergeb- nisse Publikations- bias: <i>Visuelle Prüfung Funnel- Plot + Egger's Test liefern keine Hinweise auf Publ. bias</i>	
Warth et al., 2019: "Brief psycho- social inter- ventions im- prove quality of life of pa- tients receiv- ing palliative care: A sys- tematic review and meta- analysis." [404] Eingeschlos- sene Primärstu- dien: Ando 2010 Chochinov 2011	MA Suchzeitraum: Bis Dezember 2017 Datenbanken: CBM CENTRAL PubMed Embase Web of Science ICTRP ClinicalTri- als.gov opengrey.org Einschluss-krite- rien:	RCTs (und 1 CCT) Fast ausschließlich erwachsene Krebspatient*in- nen, fortgeschrit- tenes Tumors- tadium, palliativ behandelt Geschlecht: zwischen 34% und 71% wei- blich Mittleres Alter: 47 -75	Inhalte: 4x Dignity the- rapy 4x Musiktherapie 3x Sinnbasierte Interventionen 3x Lebensrück- schau ("life re- view") Länge & Fre- quenz: Median von 2 Sit- zungen; Sit- zungsdauer 20 bis 90min Kontrollgruppen: 8x TAU/UC 4x Aktive Kon- trollgruppe	Primärer End- punkte: 1. <u>QoL</u> Sekundäre End- punkte: 2. <u>Emotionaler Dis- tress</u> 3. <u>Existentieller Dis- tress</u> Verwendete Mes- sinstrumente: QoL Single-Item Scales HQLI-R DT <i>Emotionaler Dis- tress</i> HADS FACT-G	1. <u>QoL</u> → Gesamteffekt: Post-Intervention: 8 RCTs, $I^2 = 60 \%$; $SMD=0.36$ [0.08, 0.64, $p = .02$] → <i>Ausschluss von Do- mingo 2015 und Xiao 2013 nach sig. Egger's- Test aufgr. großer Ef- fekte</i> → <i>verbl. Heterogenität erklärt durch Modera- tor "inpatient setting" ($SMD=0.61$, $n=5$) vs. "outpatient setting" ($SMD=0.04$, $n=3$)</i> 2. <u>Emotionaler Dis- tress</u> → Gesamteffekt:	Keine SUEs berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 8 PB: 0 DB: 3 AB: 3 RB: 3 OB: kA Review: AMSTAR-2: low quality Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 3 Sensitivitäts- analysen:	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Duggleby 2007 Hall 2011 Hilliard 2003 Horne-Thomp- son 2008 Lloyd-Williams 2018 Mok 2012 Ng 2016 Domingo 2015 Steinhauser 2017 Vuksanovic 2017 Warth 2015 Xiao	P: Fortgeschrit- tene terminale Erkrankung, min. 50% Krebs, ambulant- oder stationär-pallia- tive Behandlung I: max. 4 Sitzun- gen und max 21 Tage, psychoso- ziale Interven- tion, vermittelt durch prof. The- rapeut C: Wartelste, Tau/UC, Atten- tion placebo O: QoL, Distress S: RCTs & CCTs 15 RCTS, N=1248 Pa- tient*innen	Länder : USA Asien Europa Australien	3x dreiarmliges Design mit Tau/UC und Akti- ver Kontrolle	QoLC-E HQLI-R <i>Existentieller Dis- tress</i> FACIT-SP HHI QoLC-E	Post-Intervention: 15 Effekte, $I^2 = 73\%$; SMD=-0.51 [-0.77, -0.26, p < .01] → keine Moderatoren erklären Heterogenität 3. Existentieller Dis- tress → Gesamteffekt: Post-Intervention: 11 Effekte, $I^2 = 7\%$; SMD=-0.40 [-0.71, -0.07, p = .02] → Ausschluss von Ando 2010 nach sig. Egger's- Test aufgr. großen Ef- fekts → verbl. Heterogenität erklärt durch Modera- tor "measurement ins- trument" (FACIT-SP si- gnifikant geringere Ef- fekte als andere FraBö)		durchgeführt <i>Starke Heteroge- nität der Ergeb- nisse / Entfer- nung einflussrei- cher Studien / Moderatoren- analyse</i> Publikations- bias: <i>Visuelle Prüfung Funnel- Plot + Egger's Test</i>	
Bauereiß et al., 2018: "Effects of ex- istential inter- ventions on spiritual, psy- chological,	MA Suchzeitraum: Januar 2018 Datenbanken:	RCTs Fortgeschrit- tene kreb- serkrankung (22)	Inhalte: Sinnbasierte Inter- ventionen (9) Supportiv-expres- sive Gruppenth. (9)	Primäre End- punkte: 1. <i>Spirituelles Wohl- befinden</i> 2. Depressivität 3. Angst	→ <i>MA beinhaltet auch nicht-palliative Popula- tionen; Moderatorena- nalyse zeigt jedoch kei- nen Einfluss von "can- cer stage" auf rele- vante Effekte!</i>	Keine der Primärstu- dien hat sys- temisch SUEs er- fasst.	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 11 PB: nicht erfasst DB: nicht erfasst AB: 16 RB: 14	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." [351]	Medline PsychInfo Psyndex Embase CINAHL CENTRAL ICTRP Einschluss-kriterien: P: erwachsene Krebspatient*innen I: "existential interventions" C: aktive & inaktive Kontrolle O: Primär: Spirituelles Wohlbefinden, Angst, Depressivität S: RCTs	Frühstadium (4) Rezidivierende Krebserkrankung (1) Krebs-Überlebende (3) Gemischte Stichprobe mit anderen terminalen Erkrankungen (Krebs >90%) (2) Geschlecht: kA Mittleres Alter: 57 Länder : USA (7) Japan (1) Kanada (9) Australien (4) UK (3) China (4) Portugal (1) Norwegen (1) Iran (1) Niederlande (1)	Kognitiv-existencielle Therapie (2) "Life Review" (4) "dignity therapy" (4) Davon : Einzel (14) Gruppe (15) Beides (1) Dauer/Frequenz/ Länge: 1 – 52 Wochen bei wöchentlicher Frequenz Kontrollgruppen: Warteliste oder TAU/UC (18) Massage, Entspannung, Stress management (3) Supportive therapie (5) Psychoedukation (3) "Mindfulness-based cancer recovery" (1)	Sekundäre Endpunkte: 4. <i>Existentielles Wohlbefinden</i> 5. <i>QoL</i> 6. <i>Hoffnung</i> 7. <i>DHD</i> 8. <i>Selbstwirksamkeitserleben</i> 9. <i>Physisches Wohlbefinden</i> 10. <i>Schmerz</i> Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> HADS BDI POMS CHADS ESAS <i>Angst</i> HADS POMS CHADS ESAS <i>QoL</i> MQoL FACT-B FACIT-Sp EORTC QLQ-C30	1. Depressivität Post-Intervention: 14 RCTs, I ² = 58%; SMD=0.15 [-0.01, 0.32, p >.05] Nach Ausschluss von Studien mit sign. Baseline-Unterschieden (Carlson 2013, 2016, Breitbart 2015, Lloyd-Williams 2013, 2018): 11 RCTs, I ² = 32%; SMD=0.25 [0.10, 0.39, p <.05] Follow-Up 1 (3 Monate): 7 RCTs, I ² = 5%; SMD=-0.06 [-0.24, 0.12, p >.05] Follow-Up 2 (3-6 Monate): 3 RCTs, I ² = 55%; SMD=-0.02 [-0.32, 0.28, p >.05] Follow-Up 3 (>6 Monate):		OB: 18 "Because blinding of participants and personnel is in general not feasible in psychological interventions and outcome assessors were participants themselves, evaluations on these two domains are not provided." (p. 2533) Review: AMSTAR-2: low quality Method.Mängel in kritischer Domäne 7 non-kritischer Dom. 6,10 Sensitivitätsanalysen: Ausschluss von Studien mit sign. Baselineunterschieden auf Outcomemaßen	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Juliao 2013, 2014 Kissane 2003, 2007 Lee 2006 Lloyd-Williams 2013, 2018 Lo 2016 Mok 2012 Rutsoen 1998 Spiegel 1981 Tabrizi 2016 Van der Spek 2017 Vuksanovic 2017 Xiao 2013 Ye 2017				EQ-5D QoLC-E FACT-G Schmerz EORTC QLQ-C30 PRS Einzelitems	3 RCTs, $I^2 = 21\%$; $SMD=-0.04$ [-0.23, 0.15, $p > .05$] 2. Angst Post-Intervention: 13 RCTs, $I^2 = 71\%$; $SMD=0.12$ [-0.08, 0.32, $p > .05$] <i>Nach Ausschluss von Studien mit sign. Base- line-Unterschieden (Carlson 2013, 2016, Breitbart 2015, Lloyd- Williams 2013, 2018):</i> 11 RCTs, $I^2 = 64\%$; $SMD=0.21$ [0.00, 0.41, $p = .05$] Follow-Up 1 (3 Monate): 7 RCTs, $I^2 = 29\%$; $SMD=-0.05$ [-0.26, 0.16, $p > .05$] Follow-Up 2 (3-6 Monate): 3 RCTs, $I^2 = 74\%$; $SMD=0.00$ [-0.39, 0.39, $p > .05$]		(siehe Haupt- ergebnisse); Ausschluss aller Studien mit ho- hem Bias-Risiko → keine Ergeb- nis-veränderung Publikations- bias: Für MA mit $k > 10$ Studien bestimmt. Asymmetrische Funnel-Plots je- doch keine sign. Egger's Tests bei relevanten Out- comes	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
--	------------	---	----------------	----------------------------	-----------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Follow-Up 3
(>6 Monate):
3 RCTs,
 $I^2 = 71\%$; $SMD=-0.03$
[-0.35, 0.30, $p > .05$]

3. QoL
Post-Intervention:
17 RCTs,
 $I^2 = 75\%$; **$SMD=0.21$**
[0.01, 0.42, $p < .05$]
*Nach Ausschluss von
Studien mit sign. Base-
line-Unterschieden
(Carlson 2013, 2016,
Breitbart 2015, Lloyd-
Williams 2013, 2018):*
16 RCTs,
 $I^2 = 74\%$; **$SMD=0.21$**
[0.02, 0.48, $p < .05$]

Follow-Up 1
(3 Monate):
8 RCTs,
 $I^2 = 45\%$; $SMD=0.18$
[-0.06, 0.42, $p > .05$]

Follow-Up 2
(3-6 Monate):

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					<p>4 RCTs, I² = 66%; SMD=0.12 [-0.21, 0.45, p >.05]</p> <p>Follow-Up 3 (>6 Monate): 2 RCTs, I² = 90%; SMD=0.16 [-0.67, 0.99, p >.05]</p> <p>4. Schmerz Post-Intervention: 5 RCTs, I² = 74%; SMD=0.21 [-0.07, 0.49, p >.05]</p> <p>Follow-Up 1 (3 Monate): 1 RCTs, I² = - %; SMD=0.29 [-0.15, 0.72, p >.05]</p>			
<p>Fulton et al., 2018: "Psychother- apy Targeting Depression and Anxiety for Use in Pal- liative Care: A</p>	<p>MA Suchzeitraum: August 2017 Datenbanken: Pubmed</p>	<p>RCTs Krebs (18) → Subgruppen- analyse dur- chgeführt! MS (6)</p>	<p>Inhalte: Einzeltherapie (23) Gruppentherapie (10) Familientherapie (3)</p>	<p>Primäre End- punkte: 1. Depressivität 2. Angst Sekundärer End- punkt: 3. QoL</p>	<p>1. Depressivität →Gesamteffekt: Post-Intervention: 35 RCTs, I² = 96%; SMD=-0.82 [-1.02, -0.62, p <.001]</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 4 PB: 8 DB: 4 AB: 11 RB: 14</p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Meta-Analy- sis." [405]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Allen 2004, 2008 Breitbart 2010, 2012 Chochinov 2011 Edelmann 1999a, b Evany 1995 Greer 2012 Hall 2011, 2012 Henry 2010 Juliao 2013 Kissane 2003 Kunik 2007 Lacrombe 1984 Lesperance 2007 Markowitz 1998a, b McLaughlin 2005 Mohr 2000, 2001a,b, 2005a,b, Moo- rey 1998, Moynihan 1998 Nezu 2003a,b Ransom 2008</p>	<p>PsychInfo Embase CENTRAL</p> <p>Einschluss-krite- rien: P: Erwachsene Pat. In palliativer Behandlung I: Psychotherapie (min. 2 Sitzun- gen, min 60min.) C: - O: Angst, De- pressivität S: RCTs</p> <p>36 RCTS, N=1536 Pa- tient*innen</p>	<p>HIV (4) Sonst. "life limi- ting" disease (4) Multiple Dia- gnosen (4)</p> <p>Geschlecht: 61% weiblich</p> <p>Mittleres Alter: 36 - 84</p> <p>Länder : kA</p>	<p>Davon Face-to-Face (31) Telefon (5)</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 9 Tage-12 Monate (Modalw.=1 Mo- nat)</p> <p>2-23 Sitzungen (M=8.96) 8-208min Sit- zungsdauer (M=75.37)</p> <p>Kontrollgruppen: TAU/UC Warteliste "Social Support" Telefonsupport Problemlöse-trai- ning Massage KVT</p>	<p>Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> CES-D HADS POMS SCL-90R GDS MADRS BDI HAMD HRSD</p> <p><i>Angst</i> HADS POMS STAI SCL-90R BAI HAMA MACS</p> <p><i>QoL</i> MQoL FLI EQ-5D FACT-G EORTC QOL-C30 QUAL-E</p>	<p>→Moderatorenana- lyse: Krebs: Post-Intervention: 17 RCTs, SMD=-0.80, p <.001</p> <p>2. Angst →Gesamteffekt: Post-Intervention: 21 RCTs, I² = 89%; SMD=-0.38 [-0.52, -0.24, p <.001]</p> <p>→Moderatorenana- lyse: Krebs: Post-Intervention: 16 RCTs, SMD=-0.38, p <.001</p> <p>3. QoL →Gesamteffekt: Post-Intervention: 9 RCTs, I² = 89%; SMD=0.47 [0.17, 0.78, p <.01] → keine Subgruppena- nanalyse, aber 7/9 RCTs mit Krebspatient*innen</p>		<p>OB: 5 (<i>Baseline im- balance und Differ- ential attrition</i>)</p> <p>Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low quality</i> Method. Mängeln in Kritischer Domäne 2, 4, 7, 11 <i>Non-kritischer Dom</i> 1,3,5,10,14</p> <p>Sensitivitäts- analysen: <i>Starke Heteroge- nität der Ergeb- nisse, Durchfüh- rung von Mode- ratorenanalysen</i> (siehe <i>Haupter- gebnisse</i>)</p> <p>Publikations- bias: <i>Funnel-Plot und</i> <i>Regressions-Test</i> → <i>Hinweise auf</i> <i>Bias in Depressi- vitäts und QoL- Analysen</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Rost 2012 Savard 2006 Specia 2000 Steinhauser 2008 Weiss 2003								
Okuyama et al., 2017: "Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis." [406]	MA Suchzeitraum: Bis Juni 2015 Datenbanken: CENTRAL CINHAL Medline Embase PsycInfo mRCT ClinicalTrials.gov ICTRP	RCTs 6x metastasierter Brustkrebs 2x Ovarialkarzinom (Stadium III – IV) 5x gemischte fortgeschrittene Tumore <i>Teilweise mit erhöhter Depressivität als Einschlusskriterium</i>	Inhalte: 5x Gruppentherapie 2x KVT 2x Sinnbasierte Intervention 1x Beratung 1x PST 1x ACT 1x Lebensrückschau ("life review") Länge & Frequenz: Unvollständige Angaben, ca. 60 – 90min Geschlecht: kA Mittleres Alter: kA	Primärer Endpunkt: 1. Depressivität Sekundäre Endpunkte: 2. Angst 3. Distress 4. QoL 5. SUEs Verwendete Messinstrumente: <i>Depressivität</i> BDI POMS SKID <i>Angst</i> STAI HADS HAMA <i>Distress</i> POMS	1. Depressivität → Gesamteffekt: Post-Intervention: 12 RCTs, n=782 I ² = 83 %; SMD=-0.67 [-1.06, -0.29, p < .001] → Gruppentherapie Post-Intervention: 4 RCTs, n=403 I ² = 85 %; SMD=-0.74 [-1.29, -0.19, p = .008] → Einzeltherapie: Post-Intervention: 8 RCTs, n=379 I ² = 84%; SMD=-0.62 [-1.19, -0.05, p = .03] → "Hochdosiert": Post-Intervention: 9 RCTs, n=682 I ² = 77%; SMD=-0.60 [-0.94, -0.26, p < .001] → "Niedrigdosiert":	Keines der eingeschlossenen RCTs berichtet SUEs	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 4 PB: 0 DB: 2 AB: 6 RB: 0 OB: kA Review: AMSTAR-2: <i>critically low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7,11, non-kritischer Dom. 1,8, Sensitivitätsanalysen: <i>Durchgeführt (siehe Hauptergebnisse)</i>	1a
Eingeschlossene Primärstudien: Spiegel 1981 Linn 1982 Wood 1997 Edelmann 1999 Goodwin 2001 Calssen 2001 Savard 2006 Kissane 2007 Henry 2010	Einschlusskriterien: P: Fortgeschrittener oder terminaler Krebs, Erwachsene I: Psychotherapie (pers. Kontakt)							

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Ando 2010 Rost 2012 Breitbart 2012 Greer 2012	C: - O: min. 1 De- pressionsmaß S: RCTs 13 RCTs, N=1294 Pa- tient*innen	Länder : USA Kanada Japan UK Australien	Kontrollgruppen: 4x TAU/UC 2x Warteliste 1x therapeutische Massage 1x Entspannungs- verfahren 1x selbstgeleitete Edukation 3x keine genaue Angabe	GHQ QoL EORTC QLQ-C30 FACT-G SF-36	Post-Intervention: 3 RCTs, n=100 $I^2 = 90\%$; $SMD=-0.76$ [-2.39, 0.88, p = .36] → Methodisch hochwertig (low RoB): Post-Intervention: 6 RCTs, n=459 $I^2 = 89\%$; $SMD=-0.81$ [-1.45, -0.17, p = kA] → durchgeführt als Sen- sitivitätsanalyse 2. Angst → Gesamteffekt: Post-Intervention: 11 RCTs, n=676 $I^2 = 82\%$; $SMD=-0.65$ [-1.05, -0.26, p = .001] 3. Distress → Gesamteffekt: Post-Intervention: 7 RCTs, n=526 $I^2 = 91\%$; $SMD=-1.02$ [-1.70, -0.35, p = .003] 4. QoL → Gesamteffekt:		Starke Heteroge- nität der Ergeb- nisse / nicht durch Subgrup- penanalysen er- klärbar Publikations- bias: Visuelle Prüfung des Funnel-Plot lie- fert keine Hin- weise	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					Post-Intervention: 3 RCTs, n=138 I ² = 91%; SMD=0.17 [-0.16, 0.51, p = .31]			
Poort et al., 2017: "Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent." [407] Eingeschlossene Primärstudien: Armes 2007 Barsevick 2004 Barsevick 2010 Bordeleau 2003 Bruera 2013 Chan 2011 Classen 2001 Edelman 1999 Johansson 2008 Savard 2006 Sharpe 2014 Spiegel 1981 Steel 2016 Walker 2014	Cochrane Review Suchzeitraum: Bis November 2016 Datenbanken: CENTRAL CINHAL Medline PsyInfo Embase Einschluss-kriterien: P: unheilbare Krebserkrankte in palliativer Behandlung I: psychosoziale Intervention C: UC oder nicht-psychosoziale Kontrolle	RCTs 6x unheilbare Krebserkrankung 8x gemischt Geschlecht: 17% - 90% weiblich Mittleres Alter: 50 - 64 Länder : USA China Kanada UK Australien Schweden	Inhalte: 5x KVT 3x supportiv-expressive Gruppentherapie 2x"energy conservation" + Aktivität + Schlafmanagement 4x sonstige Länge & Frequenz: 2 Wochen – 12 Monate Kontrollgruppen: 9x TAU/UC 3x attentional control 2xselbstgeleitete Edukation	Primärer Endpunkt: 1. Fatigue Verwendete Mes-sinstrumente: <i>Fatigue</i> POMS EORTC QLQ-C30 FACT-F FACT-F PFS-Revised MFI	1. Fatigue Post-Intervention: 12 RCTs, n= 535 I ² = 43%; SMD=-0.25 [-0.50, 0.00, p =.05] GRADE: very low Follow-up 1 (3 Wochen – 6 Monate): 4 RCTs, n=147 I ² = 0%; SMD=-0.66 [-1.00, -0.32, p < .001] GRADE: very low Follow-up 2 (9 Wochen – 18 Monate): 2 RCTs, n=91 I ² = 29%; SMD=-0.41 [-1.12, 0.30, p = .26]	In 3/14 Studien berichtet	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 5 PB: nicht erhoben DB: 5 AB: 8 RB: 13 OB: - Review: AMSTAR-2: <i>high quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne - non-kritischer Dom. 1 Sensitivitäts-analysen: <i>Ausschluss von 3 Studien mit n<10 Patient*in-</i>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
	O: Fatigue S: RCTs 14 RCTs, N=3077 Pa- tient*innen						nen pro Treat- ment-Arm → keine Verände- rung der Ergeb- nisse Publikations- bias: visuelle In- spektion des Funnel-Plot lie- fert keine Hin- weise	
Wang et al., 2017: "The effects of life review in- terventions on spiritual well- being, psycho- logical dis- tress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A sys- tematic review and meta- analysis of randomized controlled tri- als." [408]	MA Suchzeitraum: Bis Februar 2017 Datenbanken: CENTRAL CINHAL Pubmed PsycInfo Web of Science Einschluss-krite- rien: P: Fortgeschrit- teter oder termi- naler Krebs, Er- wachsene	RCTs 5x Krebspa- tient*innen in palliativer Be- treuung 3x fortgeschrit- tene Kreb- serkrankung (Stadium III o. IV) Geschlecht: kA Mittleres Alter: 54 - 66 Länder :	Inhalte: Therapeutische Lebensrückschau ("life review") Länge & Fre- quenz: 15-60min/Sit- zung, 1-7 Sitzungen, Kontrollgruppen: 7x TAU/UC 1x therapeutische Massage	Primäre End- punkte: 1. Spirituelles Wohl- befinden 2. Depressivität 3. Angst 4. Distress 5. QoL Verwendete Mes- sinstrumente: <i>Depressivität</i> HADS <i>Angst</i> HADS <i>Distress</i> HADS	1. Depressivität Post-Intervention: 4 RCTs, n= 347 I ² = 0%; SMD=-0.09 [-0.30, 0.12, p =.42] Follow-up (2 Wochen - 3 Monate): 3 RCTs, n=109 I ² = 0%; SMD=0.07 [-0.31, 0.44, p = .73] 2. Angst Post-Intervention: 4 RCTs, n=347 I ² = 0%; SMD=0.11 [-0.10, 0.33, p =.29]	Keines der eingeschlo- senen RCTs be- richtet SUEs	Primärstudien: RCTs mit low RoB SB: 5 PB: nicht erhoben DB: 2 AB: 1 RB: 5 OB: 2 Review: AMSTAR-2: <i>criti- cally low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 2,7,15, non-kritischer Dom. 10,12	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
Eingeschlos- sene Primärstu- dien: Ando 2010 Hall 2011 Henry 2010 Chochinov 2011 Mok 2012 Xiao 2013 Juliao 2013, 2014 Breitbart 2012	I: therapeu- tisches "Life Re- view", Einzelset- ting C: Placebo oder nicht-psycholo- gisch O: Spirituelles Wohlbefinden, Distress, QoL S: RCTs 8 RCTS , N=955 Patient*innen	USA China Kanada Japan UK Portugal		QoL Einzelitems EQ-5D QoLC-E MQoL	Follow-up (2 Wochen - 3 Monate): 3 RCTs, n=109 $I^2 = 0\%$; $SMD=-0.04$ [-0.42, 0.33, $p = .82$] 3. Distress Post-Intervention: 3 RCTs, n=311 $I^2 = 93\%$; $SMD=-0.32$ [-0.55, -0.09, $p = .007$] → nach Entfernung von Ando 2010, keine sign. Unterschiede und $I^2=0\%$ Follow-up (2 Wochen - 3 Monate): 1 RCTs, n=24 $I^2 = na$; $SMD=-0.26$ [-1.06, 0.54, $p = .53$] 4. QoL → Einzelitems: Post-Intervention: 4 RCTs, n=384 $I^2 = 92\%$; $SMD=0.35$ [0.15, 0.56, $p <.001$]		Sensitivitäts- analysen: <i>Effekte robust gegenüber Ent- fernung jeweils einer Studie (Ausnahmen siehe Haupter- gebnisse)</i> Publikations- bias: aufgrund geringer Stu- dienzahl (<10) pro Meta-Ana- lyse nicht ge- prüft	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
					<p>Follow-up (2 Wochen – 3 Monate):</p> <p>3 RCTs, n=146</p> <p>$I^2 = 90$; SMD=0.82</p> <p>[0.47, 2.28, p <.001]</p> <p>→ nach Entfernung von Xiao 2013, keine sign. Unterschiede und $I^2=0\%$ zu beiden Zeitpunkten</p> <p>→ Validierte FraBö:</p> <p>Post-Intervention:</p> <p>4 RCTs, n=286</p> <p>$I^2 = 0\%$; SMD=0.25</p> <p>[-0.03, 0.54, p =.08]</p> <p>Follow-up:</p> <p>4 RCTs, n=167</p> <p>$I^2 = 0\%$; SMD=0.16</p> <p>[-0.15, 0.46, p = .31]</p>			
<p>Teo et al. 2019:</p> <p>"Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review." [409]</p>	<p>SysRev</p> <p>Suchzeitraum: Januar 2007 bis Juni 2018</p> <p>Datenbanken: SCOPUS CINHAL</p>	<p><i>Die folgenden Angaben beziehen sich auf die beiden relevanten Subgruppen!</i></p> <p>RCTs</p> <p>Populationen:</p>	<p>Inhalte: 20x KVT basiert</p> <p>11x sinnbasierte Interventionen</p> <p>9x würdebasiert, Lebensrückschau</p> <p>7x sonstige Beratung</p>	<p>Endpunkte:</p> <p>Keine Aufschlüsselung nach Outcomemaß</p> <p>u.a. Spirituelles Wohlbefinden, Sinnempfinden, QoL, Schmerz,</p>	<p>1. Sinnbasierte Interventionen</p> <p>9/11 RCTs mit ausreichender statistischer Power</p> <p>6/9 Verbesserung auf mind. einem primären Outcome</p>	<p>Keine SUEs berichtet</p>	<p>Primärstudien:</p> <p>RCTs mit low RoB</p> <p>SB: 14 PB: 0 DB: 3 AB: <i>unklar</i> RB: <i>unklar</i> OB: <i>unklar</i></p> <p>Review:</p>	1a-

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodische Bemerkungen	Evi- denz- klass e
<p>Eingeschlos- sene Primärstu- dien: Insg. 68 Primär- studien, davon 11x sinnbasier- ten Intervention- en: Breitbart 2010, 2012, 2015, 2108 Butler 2009 Hansen 2009 Henry 2010 Kissane 2007 Lo 2016 Piderman 2014 Spiegel 2007</p> <p>9x würdebasierte Interventionen & Lebensrückschau Ando 2010 Chochinov 2011 Hall 2011 Juliao 2014 Lloyd Williams 2018 Mok 2012 Vuksanovic 2016</p>	<p>Medline PsycInfo</p> <p>Einschluss-krite- rien: P: erwachsene Krebspatient*in- nen, min. 70% Stadium III -IV I: psychosoziale Intervention C: - O: - S: RCTs</p> <p>68 RCTs</p>	<p>16x gemischte Krebsdiagnosen 3x Brustkrebs 1x Ovarialkar- zinom</p> <p>Alle Populatio- nen entweder: Stadium III - IV, in Palliativver- sor-gung, mit LE <5 Jahren</p> <p>Geschlecht: kA</p> <p>Mittleres Alter: kA</p> <p>Länder : USA (7) Kanada (2) Australien (2) UK (3) Portugal (1) China (1) Japan (1) Multinational (1)</p>	<p>11x edukative In- terventionen, uni- direktional 10x Musikthera- pie, therap. Schreiben und sonstiges</p> <p>Dauer/Frequenz/ Länge: 25 - 90min 1 - 52 Termine 2 Wochen - 12 Monate Meist wöchen- tliche Termine</p> <p>Kontrollgruppen: 11x TAU/UC 2x Warteliste 3x Edukation 2x Supportive Therapie 1x therapeutische Massage 1x Entspannung</p>	<p>"Suffering", Überle- bensrate, Distress, Würde, Generativität, Ego-Integrität</p> <p>Verwendete Mes- sinstrumente: kA</p>	<p>2. Würdebasierte In- terventionen & Le- bensrückschau</p> <p>5/9 RCTs mit ausrei- chender statistischer Power</p> <p>4/5 Verbesserung auf mind. einem primären Outcome</p>		<p>AMSTAR-2: <i>criti- cally low quality</i> Method.Mängel in kritischer Domäne 7,13 non-kritischer Dom. 8,10,14</p> <p>Sensitivitäts- analysen: <i>Keine MA</i></p> <p>Publikations- bias: <i>Nicht diskutiert</i></p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Xiao 2013								

2.4.4.3.2 RCTs

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innenmerkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Unterstützende Evidenz (7/13)									
Poort et al. 2020: “Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment: a randomized controlled trial.” [410]	RCT prospektiv, multizentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N = 134 Post-Treatment: N = 126 Follow-Up1: N = 117 Follow-Up2: N = 112 ITT-Ansatz mit multipler Imputation; ausgewertet: N=126	Krebspatient*innen in der Palliativphase (versch. Krebsdiagnosen) Geschlecht: 57% weiblich Alter: 34-85 M = 62.76	Arm A: N _R =45 N _P =43 N _{FU1} =39 N _{FU2} =39 KVT, 10x 1h Sitzungen, über 12 Wochen Arm B: N _R =34 N _P =40 N _{FU1} =36 N _{FU2} =33 GET (graded exercise therapy) Bis zu 2x 2h Training pro	Erhebungszeitpunkt Baseline Post-Treatment (2 Wochen) Follow-Up1 (6 Wochen) Follow-Up2 (24 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Fatigue (CIS, EORTC-QLQ-C30) Sekundäre Endpunkte: 1. QoL (EORTC-QLQ-C30) 2. Fatigue-bezogene Behinderung (SIP8)	1. Fatigue → KVT vs. CAU Post-Treatment: Sign. Unterschied zugunsten von KVT (CIS: d=0.7 ; EORTC: d=0.6) 2. QoL → KVT vs. CAU Post-Treatment: Sign. Unterschied zugunsten von KVT (d=0.4)	Arm A: KVT SUEs: kA UEs: kA Arm B: GET SUEs: kA UEs: kA Arm C: CAU SUEs: kA UEs: kA	Dutch Cancer Society Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: unclear Geplante Fallzahl (N=219) nicht erreicht	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Land: Nieder- lande 2013 - 2017		Woche, über 12 Wochen Arm C: N _R =46 N _P =43 N _{FU1} =42 N _{FU2} =40 CAU						
Rodin et al. 2020: “Emotion And Symp- tom-focused Engagement (EASE): a randomized phase II trial of an inte- grated psy- chological and pallia- tive care in- tervention for patients with acute leukemia.” [411]	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 42 Mid-Intervention: N = 32 Post-Intervention: N = 29 Follow-Up1: N = 32 ITT-Analyse mit multilevel Mo- deling	Neudiagnosti- zierte oder neu- rezidierte Akute myeloi- sche Leukämie oder akute lym- phatische Leu- kämie Geschlecht: 38.1 % weiblich Alter: 19-74 Mittelwert: 52.86	Arm A: N _R =22 N _m =14 N _p =13 N _{FU1} =13 EASE (Emotion and Symptom Focused Enga- gement) EASE-Psy: 8 Wochen, 8-12 Sitzungen, 30- 60 Minuten EASE-phys: systemati- sches Symp- tom Screening mit ggf. aus-	Erhebungszeit- punkt Baseline Mid-Intervention (4 Wochen) Post-Intervention Follow-Up (4 Wo- chen) Primärer End- punkt: 1. Traumatische Stress-symp- tome (SASRQ) Sekundäre End- punkte: 2. Körperliche Symptome (MSAS) u.A.: Distress 3. Schmerz (BPI)	1. <u>Distress</u> → EASE vs. CAU keine sign. Unter- schiede zu keinem Zeitpunkt 2. <u>Schmerz (Intensi- tät)</u> → EASE vs. CAU Mid- & Post-Inter- vention: Keine sign. Unter- schiede Follow-Up: Sign. Unterschiede zugunsten von EASE 3. <u>QoL</u> →EASE vs. CAU	Arm A: EASE SUEs: 0/22 UEs: kA Arm B: CAU SUEs: 0/20 UEs: kA	Canadian Cancer Society Rese- arch Institute + Princess Mar- garet Cancer Centre and Princess Mar- geret Cancer Foundation „AS reports personal fees and grants outside this submitted work from No- vartis, Takeda Pharmaceuti- cals,Otsuka	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fallzahl (N=50) nicht er- reicht Phase-2- Studie	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen-merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
	Land: Kanada 2015 - 2016		lösender Frühpalliativversorgung Arm B: N _R =20 N _m =18 N _p =16 N _{FU1} =19 CAU	4. QoL (FACIT-Sp) 5. Depressivität (BDI-II) Zufriedenheit (FAMCARE-P16)	Keine sign. Unterschiede zu keinem der Zeitpunkte 4. Depressivität →EASE vs. CAU Keine sign. Unterschiede zu keinem der Zeitpunkte		<i>Pharmaceutical, Jazz Pharmaceuticals, Medivir, and Abbvie.</i> “ (p.176) Restliche Autoren geben keinen COI an		
Breitbart et al., 2018: “Individual Meaning-Centered Psychotherapy for the Treatment of Psychological and Existential Distress: A Randomized Controlled Trial in Patients With Advanced	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 3 Arme Randomisiert: N=321 Mid-Intervention: N=219 Post-Intervention: N=207 Follow-Up: N=177 ITT-Ansatz; ausgewertet N=321	Krebspatient*innen (Stage IV) 55 x Lungenkrebs, 47 x Bauchspeicheldrüsenkrebs, 45 x Eierstockkrebs, 43 x Brustkrebs, 40 x Kolon/Rektal Geschlecht: 72% weiblich	Arm A: N _R =109 N _m =82 N _p =78 N _{FU} =70 "Individual meaning-centered Psychotherapy" (IMCP), wöchentlich, 7 Sitzungen Arm B: N _R =108 N _m =74 N _p =70 N _{FU} =54	Erhebungszeitpunkt Baseline Mid-Intervention (4 Wochen) Post-Intervention Follow-Up (16 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Spirituelles Wohlbefinden (SWB) 2. Individuelles Sinnerleben (LAP-R) 3. QoL (MQOL) Sekundäre Endpunkte:	Hauptergebnisse während Palliativbehandlung Zeit x Gruppe Interaktionseffekte: 1. QoL → SP vs. IMPC vs. EUC Sign. stärkere Verbesserung in IMPC vs. SP und IMPC vs. EUC. 2. Angst → SP vs. IMPC vs. EUC Sign. stärkere Angstreduktion in IMPC vs. SP.	Keine Angaben zu UEs	National Cancer Institute (R01 CA128134, P30 CA008748). Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: unclear SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: high Geplante Fallzahl (N=312) erreicht Obwohl Post-hoc-Analysen	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Cancer.” [412]	Land: USA März 2011 - März 2016	Alter: 25-85 Mittelwert: 58	Supportive Psycho-thera- pie (SP), wö- chentlich, 7 Sitzungen Arm C: N _R =104 N _P =63 N _{FU1} =59 N _{FU2} =53 Enhanced U- sual care (EUC)	1. Hoffnungslo- sigkeit (HAI) 2. Einstellung zu beschleunigten Ableben (SAH- D) 3. Angst (HADS-A) 4. Depressivität (HADS-D)	Sign. stärkere Angstreduktion in IMPC und SP vs. EUC 3. <u>Depressivität</u> → SP vs. IMPC vs. EUC Sign. stärkere Re- duktion der De- pressivität in IMPC vs. SP. Keine sign. Unter- schiede in Verglei- chen IMPC vs. EUC und SP vs. EUC			keinen Un- terschied in den Be- handlungs- effekten zwischen Männern und Frauen ergaben, sind wei- tere Unter- suchungen zu dieser möglichen Quelle der Verzerrung (bias) ge- rechtfer- tigt.	
Rodin et al. 2018: “Managing Cancer and Living Meaning- fully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 305 Post-Interven- tion: N =248	Verschiedene Krebserkran- kungen im fort- geschrittenen Stadium, inope- rable Tumore, aggressive Tu- morarten Geschlecht: 60% weiblich	Arm A: N _R =151 N _P =119 N _{FU1} =107 CALM (Ma- naging Cancer and Living Me- aningfully) 3-6 Sitzungen innerhalb von 3-6 Monaten;	Erhebungszeit- punkt Baseline Post-Intervention Follow-Up (12 Wo- chen) Primärer End- punkt: 1. Depressivität (PHQ-9)	1. <u>Depressivität</u> (PHQ-9) → CALM vs. CAU Post-Intervention: Sign. Unterschiede zugunsten von CALM (d=0.23) Follow-Up: Sign. Unterschiede zugunsten von CALM (d=0.29) Ergebnis sign. auch	Arm A: CALM SUEs: 0/151 UEs: 0/151 Arm B: CAU SUEs: 0/154 UEs: 0/154	Canadian In- stitutes of Health Re- search + Princess Mar- garet Cancer Centre Laut Anga- ben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fallzahl	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen-merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer." [413]	Follow-Up N =227 ITT-Ansatz (mit multipler Imputation als Sensitivitäts-analyse): ausgewertet N=165-247 (je nach Outcome und Erhebungszeitpunkt)	Alter: Mittelwert: 59.1	jeweils 45-60 Minuten Arm B: N _R =154 N _P =129 N _{FU1} =120 CAU	Sekundäre Endpunkte: 2. Depression (SKID) 3. Generalisierte Angst (GAD-7) 4. Todesangst (DADDS) 5. Spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp-12) 6. QoL am Lebensende (QUAL-EC) 7. Erfahrungen in engen Beziehungen (ECR-M16) 8. Paarkommunikation (CCS) 9. Posttraumatisches Wachstum (PTGI) 10. Demoralisierung (DS)	nach Multipler Imputation der fehlenden Werte durch Dropout (ITT) 2. <u>Angst</u> → CALM vs. CAU keine sign. Unterschiede zu keinem der Zeitpunkte 3. <u>Todesangst</u> → CALM vs. CAU Keine sign. Unterschiede zu keinem der Zeitpunkte 4. <u>QoL am Lebensende</u> → CALM vs. CAU 3 Subskalen: Vorbereitung auf das Lebensende: Sign. Unterschiede zugunsten von CALM Post-Intervention (d=0.26) und Follow-Up (d=0.32)			(N=242) teilweise erreicht (für uns interessierende Outcomes nur erreicht für Depressivität Post-Treatment)	
	Land: Kanada 2012-2016								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen-merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
					<p>Beziehung zum Gesundheitsdienstleister: Sign. Unterschiede zugunsten von CALM Post-Intervention ($d=0.21$), aber nicht Follow-Up</p> <p>Lebenserfüllung: Keine sign. Unterschiede zu keinem der Zeitpunkte.</p>				
<p>Wells-Di Gregorio et al. 2018: “Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer.” [414]</p>	<p>RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme</p> <p>Randomisiert: N = 28 Post-Treatment: N = 21</p> <p>ITT-Ansatz, kA zu Imputation ; ausgewertet. N=28</p>	<p>Fort-geschrittener Krebs (< 55% 5-Jahres Überlebens-wahrscheinlichkeit)</p> <p>Geschlecht: 82% weiblich</p> <p>Alter: M = 56.54</p>	<p>Arm A: N_r=17 N_p=14 FOCUS (Finding our center under stress) KVT+ACT 3x 1,5 h (2x face-to-face, 1x DVD), über 6 Wochen</p> <p>Arm B: N_r=11 N_p=7 WL</p>	<p>Erhebungszeitpunkt Baseline Post-Treatment</p> <p>Primäre Endpunkte: 1. Schlafprobleme 2. Sorgen (PSWQ) 3. Depressivität (CES-D)</p> <p>Sekundäre Endpunkte 4. Unsicherheitsintoleranz (IUS) 5. Schläfrigkeit (ESS) 6. Angst (STAI)</p>	<p>1. Depressivität → FOCUS vs. WL Sign. Reduktion der Depressivität zugunsten von FOCUS nach 6 Wochen ($d=-0.88$)</p> <p>2. Angst → FOCUS vs. WL Keine sign. Unterschiede nach 6 Wochen</p> <p>3. Fatigue → FOCUS vs. WL</p>	<p>Arm A: FOCUS SUEs: kA UEs: kA</p> <p>Arm B: WL SUEs: kA UEs: kA</p>	<p>Lance Armstrong Foundation Survivorship Center for Excellence Grant + Tzagournis Medical Research Endowment Fund + National Center for Advancing Translational Sciences Grant</p>	<p>Risk of Bias</p> <p>SB1: unclear SB2: unclear PB: high DB: high AB: low RB: low</p> <p>Pilotstudie</p> <p>Geplante Fallzahl (N=34)</p>	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Land: USA kA des Zei- traums		(6 Wochen)	7. <i>Fatigue</i> (FSI) 8. <i>Distress</i> (JSCS) Hyperarousal (IES- R)	Keine sign. Unter- schiede nach 6 Wo- chen 4. <u>Distress</u> → FOCUS vs. WL Sign. Reduktion des Distress zugunsten von FOCUS nach 6 Wochen ($d=-0.83$)		+ American Cancer Soci- ety Institu- tional Seed kA bzgl. COI	nicht er- reicht	
Onyechi et al. 2016: “Effects of Rational-Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria.” [415]	RCT, prospek- tiv, monozen- trisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=32 (Pa- tient*in- nen)/N=52 (Caregivers) Post-Interven- tion : N=32 (Patient*in- nen)/ N=52 (Caregivers) Follow-Up : N=32 (Pa- tient*innen)/ N=52 (Caregi- vers) ITT-Ansatz Ausgewertet:	Krebspatient*in- nen (gemischt) im Endstadium und pflegende Angehörige Geschlecht: Patient*innen: 87.5% weiblich Angehörige: 84.6% weiblich Alter: Patient*innen: M = 48.3 Angehörige: M = 55.8	Arm A: N _R =16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers) N _F =16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers) N _{FU} =16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers) <i>REHCT</i> (ra- tional emo- tive Thera- pie in Pallia- tivbeglei- tung) Wöchen- tliche	Erhebungszeitpunkte: Baseline Post-Intervention Follow-Up (4 Wochen) Primäre Endpunkte: 1. Annahmen (CPFCAQ) 2. <i>Todesangst</i> (DAQ) 3. <i>Distress</i> (K10)	Patient*in- nenout- comes 1. <u>Todesangst</u> → REHCT vs. CAU Post-Inter- vention und Follow-Up: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von REHCT (partielles Eta²= 0.97 bzw. 0.99) 2. <u>Distress</u> → REHCT vs. CAU	Arm A: REHCT SUEs: kA UEs: kA Arm B: CAU SUEs: kA UEs: kA	Keine Anga- ben zur Finan- zierung Laut Angaben kein COI	1b	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	N=32 (Pa- tient*innen)/ N=52 (Caregi- vers) Land: Nigeria 2014-2015		Hausbe- suche à 45 Minuten über 10 Wo- chen + 4 Wochen follow-up Besuche Arm B: CAU N _R = 16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers) N _P =16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers) N _{FU} =16 (Pa- tient*in- nen)/26 (Caregivers)		Post-Inter- vention und Follow-Up: Sign. Grup- penunter- schiede zu- gunsten von REHCT (par- tielles Eta²= 0.98 bzw. 0.99)				
			Unspezifische wöchentliche Hausbesuche à 45 Minuten über 10 Wo- chen + 4 Wochen follow-up Be- suche						

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Breitbart et al., 2015: “Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving	RCT prospektiv, monozent- risch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=253 Post-Interven- tion: N=127 Follow-Up: N=102	Fortgeschritte- ner Krebs (Stage III-IV) 40 x Lungen- krebs, 45x Bauch- speicheldrü- senkrebs, 75 x Brust- krebs,	Arm A: N _R =132 N _P =69 N _{FU1} =57 MCGP, sinn- basierte Gruppen- psycho-the- rapie, 8 Wo- chen, 1 x wö- chentlich, absolvierte Sitzungen	Erhebungszeit- punkt Baseline Post-Intervention Follow-Up (8 Wo- chen) Primäre End- punkte: 1. geistiges Wohl- befinden (SWB) 2. QoL (allge- meine Lebens- qualität; MQOL)	Prä-Post-2 Fol- low-Up: Sign. Haupteffekte für Gruppe (MCGP geht es zu Base- line "schlechter") und Zeit (Besse- rung über Zeit), auf allen rel. Vari- ablen. Zeit x Gruppe In- teraktionseffekte:	Keine Angaben zu UEs	Memorial SloanKetter- ing Cancer Center, New York, Laut Anga- ben kein COI	Risk of Bias SB1: un- clear SB2 un- clear PB: high DB: low RB: unclear Geplante Fallzahl	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer.“ [416]	ITT-Ansatz ohne Imputation: ausgewertet N=253 Land: USA		M=5.55, SD=2.3 Arm B: N _R =121 N _P =58 N _{FU1} =45 SGP, supportive Gruppenpsychotherapie, 8 Wochen, 1x wöchentlich, absolvierte Sitzungen M=5.28, SD=2.3	Sekundäre Endpunkte: 3. Depressivität (BDI) 4. Hoffnungslosigkeit (HAI) 5. Wunsch nach beschleunigtem Tod (SAHD) 6. Angst (HADS-A) 7. körperliche Symptom-Belastung (MSAS-GDI)	1. <u>QoL</u> → MCGP vs. SGP Sign. stärkere Verbesserung der Lebensqualität in MCGP 2. <u>Depressivität</u> → MCGP vs. SGP Sign. stärkere Reduktion der Depressivität in MCGP 3. <u>Angst</u> → MCGP vs. SGP Keine sign. Zeit x Gruppe Interaktion			(N=252) erreicht	
Keine Hinweise für höhere Wirksamkeit des Treatments (6/13)									
Nordly et al. 2019: “Systematic fast-track transition from oncological treatment to dyadic specialized palliative home	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme Randomisiert: N = 340 Follow-Up1 : N=269	Unheilbarer Krebs (keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten o. Behandlung wird abgelehnt) Geschlecht: 51 % weiblich	Arm A: N _R =170 N _{FU1} =139 N _{FU2} =135 N _{FU3} =120 N _{FU4} =80 DOMUS, dyadische psychologische Intervention	Erhebungszeitpunkt Baseline Follow-Up1 (2 Wochen) Follow-Up2 (4 Wochen) Follow-Up3 (8 Wochen) Follow-Up4 (24 Wochen)	10. <u>QoL (global)</u> → DOMUS vs. CAU Keine sign. Unterschiede nach 2,4 und 8 Wochen Sign. Unterschied zugunsten von DOMUS nach 6 Monaten (d=-0.44). Sign. auch nach Multipler	Arm A: DOMUS SUEs: 0/170 UEs: 0/170 Arm B: CAU SUEs: 0/170 UEs: 0/170	Danish Cancer Society + TrygFonden Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: high RB: high	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
care: DO- MUS - a ran- domized clinical trial." [417]	Follow-Up2 : N =251 Follow-Up3: N =223 Follow-Up4: N = 148 ITT-Ansatz; Verstorbene Pat. aus Analyse der Folgezeitpunkte ausgenommen; Multiple Imputa- tion von fehlen- den Werten durch Nicht-Antwort als Sensitivitäts-ana- lyse; ausgewertet : N=144-268 (je nach Outcome und zeitpunkt) Land: Dänemark 2013 - 2016	Alter: Mittelwert: 67	(existenziell- phänomenolo- gische Thera- pie) ; min. 2 Sitzungen im ersten Monat + weitere Sit- zungen nach Bedarf + häu- sliche Pallia- tivversorgung Arm B: N _R =170 N _{FU1} =130 N _{FU2} =116 N _{FU3} =103 N _{FU4} =68 CAU	Primärer End- punkt: 1. Ort des Todes Sekundäre End- punkte: 2. QoL (EORTC) - global 3. Angst (HADS) Depressivität (HADS)	Imputation der feh- lenden Werte durch Dropout (ITT) 11. <u>Angst</u> → DOMUS vs. CAU Keine sign. Unter- schiede zu den un- tersuchten Zeit- punkten 12. <u>Depressivität</u> → DOMUS vs. CAU Keine sign. Unter- schiede zu den un- tersuchten Zeit- punkten			Geplante Fallzahl (N=340) nicht er- reicht (?) → AutorInnen beschrei- ben Studie als under- powered	
Serfaty et al. 2019a: "Acceptance and com- mitment therapy for	RCT prospektiv, monozentrisch, offen, 2 Arme	Fortgeschritte- ner Krebs, un- heilbar Geschlecht: 74% weiblich	Arm A: N _B = 20 N _{FU1} =8 N _{FU2} =7 Arm B: N _{FU1} =7 N _{FU2} =7	Erhebungszeit- punkt Baseline Follow-Up1 (6 Wo- chen)	1. <u>QoL</u> → ACT vs. TC Follow-Up2: keine sign. Grup- penunterschiede;	Arm A: ACT SUEs: kA UEs: kA Arm B: TC SUEs: kA UEs: kA	National Insti- tute for Health Re- search (NIHR) (UK) +	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
adults with advanced cancer (CanACT): A feasibility randomised controlled trial." [418]	Randomisiert: N = 42 Follow-Up1 : N = 24 Follow-Up2 : N = 18 Follow-Up3 : N = 14 Follow-Up4 : N = 15 Kein ITT ; Ausgewertet : N=30 Land: UK 2015-2016	Alter: M = 62	ACT; 8 wöchentliche Sitzungen à max. 1h Arm B: N _B = 22 N _{FU1} =16 N _{FU2} =11 N _{FU1} =7 N _{FU2} =8 AC, talking control (TC), 8 wöchentliche Sitzungen à max. 1h	Follow-Up2 = Post Intervention (12 Wochen) Follow-Up3 (18 Wochen) Follow-Up4 (24 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. QoL (FACT-G) Sekundäre Endpunkte: 2. Distress (K-10) 3. Körperliche Funktion ACT-Prozesse	Keine inferenzstatistische Auswertung zu anderen Zeitpunkten 2. <u>Distress</u> → ACT vs. TC Follow-Up2: keine sign. Gruppenunterschiede; Keine inferenzstatistische Auswertung zu anderen Zeitpunkten		Marie Curie core grant funding Laut Angaben kein COI	AB: high RB: low Phase-2-Studie Keine Fallzahlplanung	
Serfaty et al. 2019b: "Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: the CanTalk RCT." [419]	RCT prospektiv, multizentrisch, single-blind, 2 Arme Randomisiert: N = 230 Mid-Treatment: N=168 Post-Treatment:	Krebspatient*innen in der Palliativphase mit DSM-IV Diagnose Depression Geschlecht: 66.1 % weiblich Alter: 27-93 M = 59.5	Arm A: KVT N _B = 115 N _M =86 N _P =69 N _{FU1} =63 N _{FU2} =65 12 Sitzungen über 3 Monate Arm B: TAU N _B = 115 N _M =82	Erhebungszeitpunkt Baseline Mid-Treatment (6 Wochen) Post-Treatment Follow-Up1 (6 Wochen) Follow-Up2 (12 Wochen)	1. <u>Depressivität</u> → KVT vs. TAU Keine sign. Unterschiede zu den untersuchten Zeitpunkten (Subgruppenanalyse: Sign. Vorteil von KVT bei getrennten, geschiedenen oder verwitweten Probanden)	Arm A: KVT SUEs: 2/115 UEs: 0/115 Arm B: TAU SUEs: 3/115 UEs: 0/115 SUEs = Klinikweisung, Todesfall	National Institute for Health Research Research Health Technology Assessment Programme (UK) Marc Serfaty ist Mitglied des Vorstands des National	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: low RB: low Geplante Fallzahl (N=240)	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	N=148 Follow-Up1 : N=134 Follow-Up2 : N=130 ITT-Ansatz; Ausgewertet: N = 185 Land: UK 2012 - 2015		N _p =79 N _{FU1} =71 N _{FU2} =65	Primärer End- punkt: 1. Depressivität (BDI-II) Sekundäre End- punkte: 2. Depressivität (PHQ-9) 3. Kosteneffektivität (EuroQoL-5) 4. Zufriedenheit 5. Körperliche Funktion 6. Client Service Receipt Inventory (CSRI)			Institute for Health Rese- arch Health Technology Assessment	nicht er- reicht	
Kleijn et al., 2018: „The efficacy of Life Review Therapy combined with Memory Specificity Training (LRT-MST) targeting cancer patients in	RCT prospektiv, multizent- risch, offen, 2 Arme Randomisiert: N=107 Post-Treat- ment: N=91 Follow-Up: N=77	Fortgeschritte- ner/ unheilba- rer Krebs (Sta- dium III bis IV) 66 x Lungen- krebs 23 x Blutkrebs 2 x Kopf- und Halskrebs 5 x Brustkrebs 11 x Andere Krebsarten Geschlecht: 46.7% weiblich	Arm A: N _R =55 N _P =45 N _{FU1} =38 LRT-MST: Le- bensrück- schau mit Training des autobiografis- chen Ge- dächtnisses, 4 Wochen, 1 x wöchentlich, 60 Minuten Arm B:	Erhebungszeit- punkt Baseline Post-Treatment Follow-Up (4 Wo- chen) Primärer End- punkt: 1. Ich-Integrität und Verzweif- lung (NEIS). Sekundäre End- punkte: 2. Distress (HADS),	1. <u>Distress</u> → LRT-MST vs. WL Post-Intervention und Follow-Up: Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion 2. <u>QoL</u> → LRT-MST vs. WL: Post-Intervention und Follow-Up: Keine sign. Zeit- Gruppe-Interak- tion	Keine Angaben zu UEs	Die Nieder- ländische Organisation für Gesund- heitsfor- schung und Entwicklung [Förderungs- nummer: 11510003]. Der Geldge- ber hatte keinen Ein- fluss auf das Studiende-	Risk of Bias SB1: low SB2 low PB: high DB: high AB: unclear RB: high Keine ge- nauen An- gaben zu Verzerrun- gen	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen-merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
palliative care: A randomized controlled trial.” [420]	ITT-Ansatz ohne Imputation; Ausgewertet: N=77 Land: Niederlande Juni 2010 – Dezember 2013	Alter: 31-86 Mittelwert: 62	N _R =52 N _P =47 N _{FU1} =39 WL	3. QoL (EORTC QLQ-PAL15) 4. Spezifität des Autobiographischen Gedächtnisses (AMT).			sign, die Datenerhebung und -analyse. Laut Angaben keine COI	Geplante Fallzahl (N=90) nicht erreicht	
Azuero et al., 2017: „Brief depression literacy intervention with palliative cancer outpatient.” [421]	RCT prospektiv, monozentrisch offen, 2 Arme Randomisiert: N=43 Follow-Up: N=40 Kein ITT; ausgewertet: N=40 Land: USA 2014 - 2015	Depressive Krebspatient*innen in ambulanter palliativer Versorgung (12 x Brustkrebs 7 x Gebärmutterhalskrebs 5 x Kopf/Halskrebs 19 x Andere Krebsformen) Geschlecht: 75% weiblich Alter: 37-59 Mittelwert: 48.2	Arm A: N _R =21 N _{FU} =18 Psycho-educative Intervention (IMPACT) zu Depressivität und Krebs, einmalig 60min Arm B: N _R =22 N _{FU} =22 TAU	Erhebungszeitpunkt Baseline Follow-Up (ca. 4 Wochen (Range: 23-153 Tage ab Baseline) Primärer Endpunkt: 1. Depressivitätswissen Sekundäre Endpunkte: 2. Distress (K10) 3. Somatische Beschwerden (SPHERE) 4. Psychische Beschwerden	1. Distress → IMPACT vs. TAU: Follow-up: keine sign. Gruppenunterschiede	Keine Angaben zu UEs	Department of Psychology in the Graduate School of The University of Alabama	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: high RB: unclear Keine Fallzahlplanung	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen-merkmale	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Finanzierung / Col	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
				5. (SPHERE)					
Do Carmo et al., 2017: "The feasibility and benefit of a brief psychosocial intervention in addition to early palliative care in patients with advanced cancer to reduce depressive symptoms: a pilot randomized controlled clinical trial." [422]	RCT prospektiv, monozentrisch, geschlossen, 3 Arme Eingeschlossen: N=63 Follow-Up1: N=56 Follow-Up2: N=46 Follow-Up3: N=30 Follow-Up4: N=7 ITT-Ansatz (kA zu Imputation); ausgewertet: N=37-58 (je nach Zeitpunkt und Outcome) Land: Brasilien August 2014 – August 2015	Krebs im Endstadium 4 x Lungenkrebs 12 x Brustkrebs, 5 x Kolon/Rektal 1x Prostatakrebs 4x Magenkrebs 3x Kopf&Nackenkrebs 6x Gebärmutterkrebs 6 x andere Krebsarten Geschlecht: 68.4 % weiblich (Arm A), 63.6 % weiblich (Arm B) Alter: 18-75 Mittelwert: -	Arm A: N _R =17 N _{FU1} =16 N _{FU2} =12 N _{FU3} =7 N _{FU4} =0 5x Sessions Kurze psychosoziale Intervention & systematische Palliativversorgung, über 5 Wochen Arm B: N _R =22 N _{FU1} =21 N _{FU2} =18 N _{FU3} =12 N _{FU4} =3 systematische Palliativversorgung Arm C: N _R =22	Erhebungszeitpunkt Baseline Follow-Up1 = Post-Intervention (ca. 6 Wochen) Follow-Up2 (ca. 17,5 Wochen) Follow-Up3 (ca. 25 Wochen) Follow-Up4 (ca. 40 Wochen) Primärer Endpunkt: 1. Depressivität (HADS-D, PHQ-9) Sekundäre Endpunkte: 2. QoL (EORTC-QLQ-C15-Pal) Angst (HADS-A)	Während der Intervention: 1. <u>Depressivität</u> → keine sign. Gruppe x Zeit-Interaktion → sign. Zeiteffekt (Verbesserung in allen Gruppen über die Zeit) 2. <u>QoL</u> → keine sign. Gruppe x Zeit-Interaktion → sign. Zeiteffekt (Verbesserung in allen Gruppen über die Zeit) 3. <u>Angst</u> → keine sign. Gruppe x Zeit-Interaktion → sign. Zeiteffekt (Verbesserung in allen Gruppen über die Zeit)	Keine Angaben zu UEs	This study received financial support from the São Paulo Research Foundation (FAPESP; grant no. 2014/22052-5) Laut Angaben kein COI	Risk of Bias SB1: low SB2 unclear PB: high DB: high AB: low RB: low Die Autoren geben an, dass die verwendete ITT-Analyse den Kontaminationsbias wahrscheinlich reduziert hat. Hohe Attritionsrate wegen Tod Pilotstudie	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Patient*innen- merkmale	Interventio- nen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwir- kungen	Finanzie- rung / Col	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
			N _{FU1} =19 N _{FU2} =16 N _{FU3} =11 N _{FU4} =4 CAU					Geplante Fallzahl (N=150) nicht er- reicht	

2.5 Künstlerische Therapien (2012 – 2020, LL Kapitel 8.8)

2.5.1 CATs: Übergreifende Studien über die Künstlerischen Therapien hinweg

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
<p>Tang et al., 2019:</p> <p>“Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review.” [423]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Xie (2006)</p> <p>Gil Barsela et al. (2007)</p>	<p>Review</p> <p>Suchzeitraum: bis Jul 2017</p> <p>Datenbanken: MEDLINE/Pub-Med, Science Direct, Springer, ProQuest, SSCI, SAGE, EBSCO, Campbell Library,</p> <p>the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), google scholar, China</p>	<p>RCTs</p> <p>Brust- krebspati- ent*innen</p> <p>Ge- schlecht: 100% weib- lich</p> <p>Alter: 20- 75 Jahre</p> <p>Länder: China, USA, Israel</p>	<p><u>CAT:</u></p> <p>AT</p> <p>MT</p> <p>MT + DT/emo- tional expres- sion/movement therapy</p> <p>Länge der Inter- ventionen: hohe Variabilität in Länge Interventio- nen</p> <p>Kontrollbedin- gungen: KG (nicht näher beschrie- ben)</p>	<p>Primärend- punkte:</p> <p>Angst</p> <p>Depression</p> <p>Fatigue</p>	<p>Vergleich Pre- und Post- test:</p> <p><u>Angst</u></p> <p>4 RCTs, N=337, signifi- kante Verbesserungen EG vs KG (SMD = -0.48 (95% CI -0.75 bis -0.21, p=0.0005)</p> <p><u>Depression</u></p> <p>2 RCTs, N=180, signifi- kante Verbesserung EG vs KG (SMD = -6.59 (95% CI -7.70 bis -5.47, p<0.00001)</p> <p><u>Fatigue</u></p> <p>1 RCTs, N=60, signifi- kante Verbesserungen EG vs KG (SMD = -1.90 (95% CI -2.93 bis -0.87, p=0.0003)</p>			1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Wu et al. (2010) Lu & Hu (2010) Zhou & Li (2011) Chen, Zheng and Gao (2011) Zhou et al. (2011) Huang et al. (2012) Romito et al. (2013)	National Knowledge In- frastructure (CKNI), Chi- nese Biomed- ical Medicine Database, Chi- nese Scientific Journals Full- Text Database and Wan Fang Data Einschlusskri- terien: RCT Design, Brust- krebspati- ent*innen, Er- fassung von deren psycho- sozialen Ge- sundheit /Problemen, Angst und De- pression oder Fatigue, Voll- text veröffent-							

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
	licht auf Eng- lisch od. Chi- nesisch							
	K = 9							
	Total N = 747							
	Range n = 60- 120							
Lewis-Smith et al., 2018: “Efficacy of psychosocial and physical activity- based inter- ventions to improve body image among women treated for breast can- cer: A sys- tematic re- view.	Review Suchzeit- raum: bis Nov 2017 Datenbanken: PsycINFO, MEDLINE, CI- NAHL, AMED, ASSIA, British Nursing Index, EMBASE, Sci- ence Direct, Social Sciences	3 RCTs Brust- krebspati- ent*innen (in/nach kürzlicher Behand- lung) Ge- schlecht: weiblich	DMT AT Länge der Inter- ventionen: hete- rogen (5-18 Sit- zungen) Kontrollbedin- gungen: Warte- liste, KG	Primärendpunkt: Körperbild	Vergleich Pre- und Post- test + Follow-up: <u>Körperbild</u> 3 RCTs, N=110, keine signifikanten Verbesse- rungen unter AT und DMT		Keine Me- taanalyse auf- grund hoher Heterogenität der Studien; 90% der ge- samten Stu- dien (k = 19) weisen auf ein hohes Verzer- rungsrisiko hin (a high risk of perfor- mance and de- tection bias but low risk for attrition	1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Psycho-On- cology.” [424] Einge- schlossene Primärstu- dien: Dibbell- Hope (1989) Sandel et al. (2005) Svensk et al. (2009) Alle ande- ren Primär- studien (n = 18) folgen anderen Therapiean- sätzen: Psy- chodroduk- tion, Psycho- therapie, So- ziale Unter- stützung	Citation Index, Science Cita- tion Index, PubMed, and the Cochrane Library <i>Five additional databases were searched to identify any grey litera- ture: Web of Knowledge, Zetoc, EThOS, National Re- search Regis- ter, and UK Clinical Re- search Net- work</i>	Alter: zwi- schen 54- 61 Jahren Länder: N/A					bias and re- porting bias)	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
oder Kombi- nationsbe- handlungen	Frauen mit Brustkrebs > 35 Jahren, Volltext veröf- fentlicht auf Englisch							
	K = 3							
	Total N = 110							
Hertrampf & Wärja, 2017: “The effect of creative arts therapy and arts medicine on psychologi- cal out- comes in women with breast or gy- necological cancer: a systematic review of	Review Suchzeitraum: März 2016 bis Sept 2016 Daten- banken: CI- NAHL, Cochrane Li- brary, EBSCO- Host, MED- LINE, PsycINFO, Pub- Med, RILM,	16 RCTs 1 quasi- random- isierter Trial und cross-over Design Brust- krebspati- ent*innen (n=1415; 83,1%);	<u>AM (n=11)</u> MM <u>CAT (n=10)</u> AT MT DMT Länge der Inter- ventionen: hete- rogen (1 Sitzung à 15min bis 6 wö-	Primärend- punkte: Angst Depression Stress Lebensqualität Körperbild Mentale Gesund- heit Coping	Vergleich Pre- und Post- test (+ Follow-up): <u>Angst</u> MM: 5 RCTs, N=600, bei Posttest kleiner bis mitt- lerer Effekt (0.2 < d < 0.7); CAT: 5 RCTs, N=478, bei Posttest kein bis mittlerer Effekt (0.12 < d < 0.67), bei FU kleiner Effekt (d < 0.38) <u>Depression</u>	Keine Meta- analyse durch- geführt auf- grund zu un- terschiedlicher Interventionen und Messin- strumente	1a -	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studententyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
arts-based interventions. The Arts in Psychotherapy.“ [425]	Scopus, Web of Science core collection, ProQuest Digital Dissertations, The Center for Music and Health Database on Music Therapy Literature	und gynäkologischer Krebs (n=288, 16,9%) in unterschiedlichen Behandlungsphasen oder Rehabilitation	chentliche Sitzungen über 6 Wochen à 3h)	Sekundärendpunkte: Fatigue Schmerzen	MM: 2 RCTs, N=290, bei Posttest kleiner bis mittlerer Effekt (0.4 < d < 0.43); CAT: 5 RCTs, N=304, bei Posttest kein bis mittlerer Effekt (0.14 < d < 0.52), bei FU kleiner Effekt (d < 0.32)			
Eingeschlossene Primärstudien: <u>AM</u>								
Chan et al. (2003)	Einschlusskriterien: erwachsene Frauen mit Brustkrebs oder gynäkologischem Krebs, kontrolliertes oder quasi-randomisiertes Studiendesign mit	Geschlecht: 100% weiblich	Kontrollbedingungen: TAU, Warteliste, aktive KG (Entspannung/Progressive Muskelentspannung, kurzes Gespräch, musikalische Reize)		<u>Stress</u> CAT: 4 RCTs, N=262, bei Posttest kein bis kleiner Effekt (0.07 < d < 0.33), bei FU kleiner Effekt (0.1 < d < 0.38)			
Chi et al. (2015)					<u>Lebensqualität</u> CAT: 4 RCTs, N=260, bei Posttest kein bis mittlerer Effekt (0.12 < d < 0.56), bei FU kleiner Effekt (0.26 < d < 0.31)			
Puig et al. (2006)					<u>Körperbild</u> CAT: 2 RCTs, N=79, Kein bis kleiner Effekt (0.01 < d < 0.23)			
Bulfone et al. (2009)		Alter: > 18 Jahre						
Binns-Turner et al. (2011)	Messwiederholung, künstlerisch basierte Intervention (arts-based), in	Länder: N/A						
Li et al. (2011)								
Zhou & Li (2011)					<u>Mentale Gesundheit</u>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Li et al. (2012)	Englisch publi- zierte akade- mische Stu- dien oder Dis- sertationen K = 20 Total N = 1703				CAT: 2 RCTs, N=79, bei Posttest kein bis kleiner Effekt (0.04 < d < 0.23), kein Effekt bei FU <u>Coping</u> CAT: 2 RCTs, N=61, Kei- ner bis kleiner Effekt (0.1 < d < 0.32), kein Effekt bei FU <u>Schmerzen</u> MM: 4 RCTs, N=430, bei Posttest moderater bis großer Effekt (0.54 < d < 1.31) <u>Fatigue</u> CAT: 2 RCTs, N=170, bei Posttest kein bis modera- ter Effekt (0.42> d), bei FU klein bis großer Effekt (0.05 < d < 0.87)			
Monti et al. (2013)								
Moradian et al. (2015)								
Zhou et al. (2015)								
CAT								
Dibbel-Hope et al. (2000)								
Sandel et al. (2005)								
Hanser et al. (2006)								
Svensk et al. (2009)								
Thyme et al. (2009)								
Stordahl (2009)								
Romito et al. (2013)								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Palmer et al. (2015) Ho et al. (2016)								
Rabadán et al., 2017: “Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática.” [426] Eingeschlossene Reviews : DMT: Goldov, 2011	Review (RCTs und quasi-experimentelle Studien) Suchzeitraum: 2010-2016 Datenbanken: Pubmed, Web of Science, Psycinfo y Google Academic PRIMO Einschlusskriterien: Primärstudien zu Brustkrebs plus Künstleri-	Brustkrebspatient*innen Frauen mit Brustkrebs in jeder Phase, ohne ernsthafte körperliche oder kognitive Funktionsstörungen Geschlecht: weiblich Alter: N/A	CATs 2 DMT 2 AT 1 MT 6 Music Listening Kontrollbedingungen: diverse, meist TAU Länge der Intervention: hohe Variabilität in Länge und Anzahl der Interventionen (max. 26 sessions), hauptsächlich individuelle Interventionen	Primäreendpunkte: <u>Psychologische Variablen</u> Depression, Wut, Angst, Bewältigungsstrategien, Lebensqualität, etc., <u>Physische Variablen</u> Müdigkeit, Übelkeit, Schmerz, Schlafqualität <u>Physiologische Variablen</u> Herzrate, Atemfrequenz, etc., <u>soziale, spirituelle und kommunikationsunterstützende Variablen</u>	DMT: Sig. Rückgang des erlebten Stress, kein Effekt bei Angst, Depression, Fatigue, Schlafqualität oder Lebensqualität, Reduktion der Stärke und Interferenz des Schmerzes (Ho, 2016); Reduktion der problematischen Wahrnehmung des Körperbilds (Goldov, 2011) AT: Keine Effekte auf Coping ressourcen und QoL (Öster et al, 2004); Reduktion von Fatigue (für Patient*innen mit leichter Fatigue); Anstieg des sozialen Wohlbefindens (bei Patient*innen mit schwerer allg. Fatigue, die Chemotherapie erhalten hatten); Anstieg der Lebensqualität, des emotionalen			1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Ho, 2016 AT: Öster et al., 2011 Joly, 2016 MT: Serra et al., 2104 + Music Lis- tening: 6 Studies	schen Thera- pien (CATs) mit KG (<i>Inter- ventionen aus- schließlich CATs: Musik, Musiktherapie, Tanz, Tanz-Be- wegungsthera- pie, Malerei, Bildhauerei, etc.</i>) auf Eng- lisch od. Spa- nisch K = 11 Primär- studien N=680	Länder: N7A		Verbalisierung, Gesten, etc.	und sozialen Wohlbefin- dens und der Motivation (bei Patient*innen mit an- fänglich geringer Motiva- tion), und nach 6 Mona- ten für die Patient*innen mit schwerer Fatigue (Joly, 2016). MT: Sig. Angstreduktion im Zyklus 1-4. Keine Ver- schlechterung depressi- ver Symptome im Zyklus 1-4. Keine Verschlechte- rung der allg. Lebensqua- lität im Zyklus 1-4. An- stieg der emotionalen und kognitiven Rollen- funktion. Keine Ver- schlechterung physischer Funktionen. Keine Ver- schlechterung von Sekun- däreffekten (Übelkeit u. Erbrechen, Appetitverlust und estrefñi- miento en GC (Serra et al., 2013); + music listening studies (MM) Schlussfolgerung: Künstlerische Therapien			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
					scheinen eine kurzfristige Hilfe während der Behandlungsphase von Brustkrebs zu sein. Es sind weitere Studien erforderlich, um die Mechanismen zu klären, die der Verbesserung zugrunde liegen, und um die Wirksamkeit der einzelnen Modalitäten abzugrenzen.			
Arche et al., 2015: "The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled	Review Suchzeitraum: bis 31 Okt 2013 Datenbanken: OVIDsp, Wiley Online Library, Psychinfo, Web of Knowledge, Cinahl Plus and The Cochrane Database	RCTs Krebspatient*innen (Mammakarzinom, gynäkologisch-hämatologisch, Rektumkarzinom; in unterschiedlichen Studien, mit	CPI : (mindfulness-based) AT MT DMT DT CAT Länge der Interventionen: heterogen	Primärendpunkte: Angst Depression Lebensqualität Coping Distress Körperbild	Vergleich Pre- und Posttest (+ Follow-up): <u>Angst</u> 3 RCTs: Verbesserungen EG vs KG <u>Depression</u> 3 RCTs: Verbesserungen EG vs KG <u>Lebensqualität</u> 5 RCT: Verbesserungen EG vs KG, Behandlungseffekt auch beim follow-up (16 Wochen)		Studien nicht homogen genug, um eine Meta-Analyse zu berechnen	1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
<p>trials.” [427]</p> <p>Einge- schlossene Primärstu- dien:</p> <p>Monti et al. (2006)</p> <p>Öster et al. (2006)</p> <p>Svensk et al. (2009)</p> <p>Thyme et al. (2009)</p> <p>Hanser et al. (2006)</p> <p>Hillard (2003)</p> <p>Puig et al. (2006)</p> <p>Dibbell- Hope (2000)</p>	<p>Einschlusskri- terien: RCT Design, kunst- therapeutische Intervention, Volltexte ver- öffentlicht auf Englisch</p> <p>K = 10</p> <p>N = N/A</p>	<p>oder ohne medizini- sche Be- handlung</p> <p>Alter: > 18 Jahre</p> <p>Ge- schlecht: überwie- gend weib- lich</p> <p>Län- der: N/A</p>	<p>(1 Sitzung – 18 Sitzungen über 12 Wochen)</p> <p>Kontrollbedin- gungen: meist TAU</p>		<p><u>Coping</u></p> <p>1 RCT: Signifikante Ver- besserungen in Coping- Ressourcen EG vs KG</p> <p><u>Distress</u></p> <p>1 RCT : Signifikante Re- duktion von Stress und Ärger EG vs KG</p> <p><u>Körperbild</u></p> <p>1 RCT: Verbesserungen EG vs KG, auch bei follow-up (6 Wochen)</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Romito et al. (2013)								
Sandel et al. (2005)								
Boehm et al., 2014: "Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis." [428]	Review Suchzeitraum: Jan 2012 Datenbanken: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PubMed, Google Scholar	11 RCTs 2 CCTs Brust- krebspati- ent*innen Ge- schlecht: 100% weib- lich Alter: > 16 Jahre Länder: N/A	AT (n = 4) MM (n = 1) MT (n = 6) DMT (n = 2) Länge der Inter- ventionen: hete- rogen (2-66 Sitzungen) Kontrollbedin- gungen: TAU, TAU + andere Be- handlung (wie Pharmakothera- pie)	Primärend- punkte: Angst Depression Lebensqualität Stimmung Coping Körperbild Etc. Sekundärend- punkte: Symptome/Funkti- onalität Blutdruck Herzrate Schmerzen	Vergleich Pre- und Post- test: <u>Angst</u> 4 RCTs; M = -1.10 [-1.40, -0.88]. signifi- kante Verbesserungen IG vs KG (p < 0.01) <u>Depression</u> 5 RCTs; M = -0.30 [-0.60; 0.00]. Verbesse- rungen IG vs KG, aber nicht signifikant (p = 0.05), <u>Lebensqualität</u> 4 RCTs; M = 0.15 [-0.09; 0.40]. Gruppenunter- schiede nicht signifikant (p = 0.22)			1a
Einge- schlossene Primärstu- dien: Binns-Turner et al. (2011)	Einschlusskri- terien: RCTs, quasi-rando- misierte Stu-							

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuch- ter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse / RoB
Bozuk et al. (2006) Bulfone et al. (2009) Dibbel-Hope (2000) Hanser et al. (2006) Zhou et al. (2011) Li et al. (2011) Öster et al. (2006) Puig et al. (2006) Sandel et al. (2005) Svensk et al. (2009) Stordahl (2009) Thyme et al. (2009)	dien, kontrol- lierte klinische Studien, kunstthera- peutische In- tervention, physiologische und psycholo- gische Outco- mes bei Brust- krebspati- ent*innen K = 13 Total N = 606; n (IG) = 10-54; n (KG) = 15-51							

2.5.2 Musiktherapie

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlungen 8.29 und 8.30.

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>Köhler et al., 2020: “Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis.” [429]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: <u>RCTs</u></p> <p>Bates et al. (2017)</p>	<p>Review</p> <p>Suchzeitraum: bis Feb 2019</p> <p>Datenbanken: PubMed, PsychInfo, CINAHL</p> <p>Einschlusskriterien: RCT und CCT Design, Erwachsene mit 80% Primärdiagnose Krebs, in aktueller onkologischer Behandlung, aktive oder</p>	<p>20 RCTs 1 CCT</p> <p>Krebspatient*innen (mit verschiedenen Krebsarten und in unterschiedlichen Stadien)</p> <p>Geschlecht: female and male</p> <p>Alter: > 18 Jahre</p> <p>Länder:</p>	<p>MT</p> <p>Länge der Interventionen: heterogen</p> <p>Kontrollbedingungen: TAU, Warteliste, aktive KG (Hören von Musik, Volunteer Besuch, Achtsamkeitsübung)</p>	<p>Primärendpunkte:</p> <p>Psychologisches Wohlbefinden</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Physiologischer Distress (Schmerzen, physisches Wohlbefinden/Symptome, Fatigue)</p> <p>Sekundärendpunkte:</p> <p>Angst</p> <p>Depression</p> <p>Stimmung</p> <p>Schmerzen</p>	<p>Vergleich von Pre-Posttest:</p> <p><u>Psychologisches Wohlbefinden:</u></p> <p>19 Studien, N=N/A, signifikante Verbesserungen IG vs KGs (d = 0.35, CI = 0.19 bis 0.50, p < .001), moderierender Effekt der Sitzungsfrequenz (F = 15.79, p = .001) – Studien mit weniger Sitzungen hatten überraschenderweise einen größeren Effekt (d=0.47) als häufigere Sitzungen (d=0.18); Art der MT ebenfalls Moderator: rezep-</p>			1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Bieligmeyer et al. (2018)	passive Musik- therapie, Voll- text veröffent- licht auf Eng- lisch oder Deutsch	N/A			tive Methoden hat- ten größeren Effekt (d=0.33) als aktive oder gemischte Me- thoden (d=0.19)			
Bradt et al. (2011)								
Burns (2001)								
Cassileth et al. (2003)	K = 21				<u>Lebensqualität</u>			
Doro et al. (2017)					7 Studien, N=N/A, signifikante Verbes- serungen IG vs KGs; kleiner Effekt (d = 0.48, CI = 0.11 bis 0.85, p = .019); Sit- zungsfrequenz als Moderator ausge- schlossen			
Fredenburg & Silverman (2014a)	Total N = 1338				<u>Physiologischer Dis- tress</u>			
Gutgsell et al. (2013)					12 Studien, N= N/A, signifikante Verbes- serungen IG vs KGs, kleiner Effekt (d = - 0.34, CI = -0.55- 0.13, p = .004); Sit- zungsfrequenz fast signifikant (F = 3.79, p = .080)			
Hanser et al. (2006)								
Hillard (2003)								
Horne- Thompson & Grocke (2008)								
Letwin & Sil- verman (2017)								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Lin et al. (2011)					Weitere positive Ef- fekte auf <u>Angst, De- pression, Stim- mung, Schmerzen</u>			
Palmer et al. (2015)								
Porter et al. (2018)								
Rossetti et al. (2017)								
Tuinmann et al. (2017)								
Verstegen (2016)								
Warth et al. (2015)								
Yates & Sil- verman (2015)								
<u>CCT</u>								
Domingo et al. (2015)								
Li et al., 2020:	Review	RCTs	MT	Primärendpunkte Allgemeine QoL	<u>Overall QoL</u>		Die untersuch- ten Studien verwendeten	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>“The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis.” [430]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Alcantara-Silva et al. (2018)</p> <p>Arruda et al. (2016)</p> <p>Burns (2001)</p> <p>Burrai et al. (2014)</p> <p>Capitulo Kathleen (2015)</p>	<p>Suchzeitraum: bis 25 Sep 2018</p> <p>Datenbanken: Web of Science, PubMed, Cochrane Library, EMBASE, and CBM</p> <p>Einschlusskriterien: Aktuelle Krebsdiagnose</p> <p>K = 19</p> <p>Gesamtes N= 1,548 n (IG) =783; n(KG) =765</p>	<p>Patient*innen mit Brustkrebs, gastrointestinalem Krebs, Lungenkrebs, Lymphdrüsenkrebs, Leukämie, gemischte Krebsdiagnose</p> <p>Alter: zwischen 7 und 85 Jahren</p> <p>Geschlecht: männlich (36.5%) weiblich (51.4%) unbestimmt (12.1%)</p> <p>Länder:</p>	<p>Länge der Intervention: Musiktherapie, 3 Tage bis 15 Wochen</p> <p><u>Sitzungen pro Woche:</u> 2 bis 14</p> <p><u>Dauer der Sitzungen:</u> 20 - 60 min</p> <p>Kontrollbedingungen: CAU (conventional treatment, supportive care, standard treatment, routine services)</p>	<p>Ängstlichkeit Depressivität Schmerzen</p>	<p>Signifikante Verbesserung</p> <p>10 RCTs, N=800, SMD = 0.54, 95% CI: [0.40, 0.69], p < .05</p> <p>(Subgruppenanalyse von Studien mit Interventionsdauer, 9 RCTs, N=720: Studien mit Interventionsdauer zwischen 1-2 Monaten nur signifikante Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität; SMD = 0.69, 95% CI: [0.50, 0.88], p < .05)</p> <p><u>Ängstlichkeit</u></p> <p>Signifikante Reduktion</p> <p>6 RCTs, N=447, SMD = -1.51, 95% CI: [-2.27, 0.75], p < .05</p>		<p>für alle Endpunkte verschiedene Skalen, die in den Maßeinheiten variierten</p> <p>Signifikante statistische Heterogenität wurde festgestellt für Ängstlichkeit und Depressivität; keine einzelne Studie beeinflusste signifikant die gesamte Heterogenität; die Heterogenität muss deshalb auf andere Faktoren zurückzuführen sein, wie bei-</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Chen et al. (2017) Dvorak Ab- bey (2012) Hanser et al. (2006) Hilliard (2003) Huang et al. (2010) Jasemi et al. (2016) Li et al. (2011) Liao et al. (2013) Li-hua & Jin- xiu (2016) Fengying & Qi (2015) Tuinmann et al. (2017) Wan et al. (2009)		China (9), USA (4), und an- dere			<p><u>Depressivität</u></p> <p>Signifikante Reduk- tion</p> <p>6 RCTs, N=555, SMD = -1.12, 95% CI: [-1.87, -0.38], p < .05</p> <p><u>Schmerzen</u></p> <p>Signifikante Reduk- tion</p> <p>5 RCTs, N=381, SMD = -0.73, 95% CI: [-0.94, -0.52], p < .05</p>		spielsweise va- riierende Ska- len	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Xiao-hong (2008) Zhai & Liu (2017)								
Gao et al., 2019: “The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review.” [431] Eingeschlossene Primärstudien: <u>RCTs</u> Nguyen (2003)	Review Suchzeitraum: bis 25 Apr 2018 Datenbanken: PubMed, Embase, Web of Science, the Cochrane Library, and China Biology, Medicine (CBM) Einschlusskriterien: RCT, Patient*innen mit unheilbarer Krankheit	RCTs Vorwiegend Patient*innen mit fortgeschrittenem Krebs, aber auch Patient*innen eingeschlossen mit bösartigem Tumor, gastrointestinalem Krebs, anderen terminalen Karankheiten und palliativer Behandlung	MT (meist in Kombi mit CAU) Interventionsdauer: heterogen (Einmalige Sitzung (6), zwei Sitzungen (2), drei Sitzungen (2), 2-13 Sitzungen (1)) Kontrollbedingungen: CAU, Atementspannung, Muskelentspannung, Gespräch über palliative Behandlung	Primärendpunkte: Schmerzen QoL (European Organization for Research and Treatment of Cancer [EORTC], the Health-Related Quality of Life [HRQOL]) physischer Zustand Sekundärendpunkte: Ängstlichkeit Depressivität Fatigue	Primärendpunkte: <u>Schmerzen</u> Signifikant reduziert 6 RCTs, N=576, SMD: 0.44, 95% CI: 0.60 bis 0.27, p < 0.00001 <u>QoL</u> Signifikant verbessert 5 RCTs, N=421, SMD: 0.61, 95% CI: 0.41 bis 0.82, p < 0.00001 (Subgruppenanalyse [EORTC]: SMD: 0.29, 95% CI: 0.03 bis 0.55, p=0.03; [HRQOL]: SMD:	Keine Nebenwirkungen festgestellt	Hohe Heterogenität festgestellt bzgl. physischer Zustand: niedriger physischer Zustand zu Baseline in der IG der Studie von Zhang et al. (2015) Zwei Studien mit kleinem N: N=20 (Nguyen, 2003), N=25 (Thompson, 2008)	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Hilliard (2003)	im Endsta- dium/in pallia- tive Behand- lung, mind. 18 Jahre alt	Alter: M > 55 Jahre		Emotionale Funk- tion Soziale Funktion	1.07, 95% CI: 0.76 bis 1.38, p < 0.0.00001)			
Thompson (2008)								
Gutgsell et al. (2013)	Volltexte auf Englisch oder Chinesisch	Geschlecht: männlich und weiblich						
Liao et al. (2013)								
Leng (2014)	K = 11	Länder: China (6), USA (3), Australien (1), Deutsch- land (1)						
Liao (2014)								
Zhang et al. (2015)	Gesamtes N = 969; n (IG) = 488; n (KG) = 481							
Warth et al. (2015)								
Liao et al. (2016)	Zeitraum: 2003-2017							
Zhai & Liu (2017)								

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>1.64 bis 0.53, p=0.0001</p> <p><u>Fatigue</u></p> <p>Keine signifikanten Gruppenunter- schiede zwischen IG und KG</p> <p>2 RCTs, N=233, SMD: 0.17, 95% CI: 0.95 bis 0.61, p=0.67</p> <p><u>Emotionale Funk- tion</u></p> <p>Signifikant verbes- sert</p> <p>3 RCTs, N=313, SMD: 0.58, 95% CI: 0.27 bis 0.90, p=0.0003</p> <p><u>Soziale Funktion</u></p> <p>Nicht signifikant</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					3 RCTs, N=255, SMD: 0.51, 95% CI: 0.17 bis 1.19, p=0.14			
Wang et al., 2018: "Effects of music inter- vention on the physical and mental status of pa- tients with breast can- cer: a sys- tematic re- view and meta-analy- sis. Breast Care." [432]	Review Suchzeitraum: bis Sept 2017 Datenbanken: PubMed, CI- NAHL, Cochrane, Em- base, Web of Sci- ence, Si- nomed, VIP, CNKI, and Wanfang Data Einschlusskri- terien: RCT	RCTs Brustkrebspa- tient*innen Geschlecht: 100% weiblich Alter: 18-75 Jahre Länder: N/A	MM MT Länge der In- terventionen: heterogen, Un- terschiede in In- tensität und Zeitpunkt Kontrollbedin- gungen: TAU	Primärendpunkte: Angst Depression Blutdruck (systo- lisch/diastolisch) Herzrate	Vergleich von Pre- und Posttest: signi- fikante Verringe- rung IG vs KG von: <u>Angst</u> 2 RCTs, N=200, HAMA: MD= -7.04, 95% CI -9.31 bis - 4.78; p < 0.00001; 5 RCTs, N=268; SAS: MD= -7.40, 95% CI -10.28 bis - 4.52; p < 0.00001; 2 RCTs, N=110, State Anxiety Inven- tory: MD= -12.40, 95% CI -21.86 bis - 2.94; p = 0.01 <u>Depression</u>		Signifikante Heterogenität der Studien hinsichtlich der Outcomes Angst und De- pression	1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Ly et al. (2008) Wu (2009) Wu et al. (2014) Xu & Wang (2010) Binns-Turner et al. (2011) Jin et al. (2008) Ma (2013) Fu et al. (2009) Gu (2015) Sun et al. (2013) Zhou (2009) Huang (2012) Ren et al. (2010)	Design, Brust- krebspati- ent*innen, Mu- sik als Inter- vention, Ver- gleich von TAU und TAU + Musikthera- pie, vollstän- dige Erfassung der End- punkte, Voll- text veröffent- licht auf Eng- lisch oder Chi- nesisch K = 14 Total N = 2559; n (IG) = 1292; n (KG) = 1267				6 RCTs, N=348, MD -7.39, 95% CI -8.35 bis -6.43; p < 0.00001 <u>Systolischem Blut- druck</u> 4 RCTs, N=346, SMD = -0.63, 95% CI -0.85 bis -0.42; p < 0.00001 <u>Diastolischem Blut- druck</u> 4 RCTs, N=346, SMD= -0.64, 95% CI -1.06 bis -0.22; p =0.003 <u>Herzrate</u> 5 RCTs, N=376, SMD= -0.45, 95% CI -0.66 bis -0.24; p < 0.0001			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Yang et al. (2013)								
<p>Bradt et al., 2016:</p> <p>“A Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews.” [433]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien (MT):</p> <p>Bradt et al. (2015) Bufalini</p>	<p>Review</p> <p>Suchzeitraum: N/A</p> <p>Datenbanken: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, CINAHL, PsychINFO, LILACS, The Science Citation Index, CancerLit, CAIRESS for Music, Proquest Digital Dissertations, ClinicalTrials.gov,</p>	<p>RCTs</p> <p>Krebspatient*innen (mit verschiedenen Krebsarten), keine Einschränkungen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Ethnizität oder Kontext</p> <p>Alter: M = 54.67 Jahre</p> <p>Geschlecht: total N (männlich) = 1171; total N (weiblich) = 2090</p>	<p>MM (n = 23) MT (n = 29)</p> <p>Länge der Interventionen: heterogen (1-40 Sitzungen à 35-40 min)</p> <p>Kontrollbedingungen: TAU, TAU + Placebo (auditorische Reize)</p>	<p>Primärendpunkte:</p> <p><u>Psychologische Maße:</u></p> <p>Depression Angst Ärger Hoffnungslosigkeit Hilflosigkeit</p> <p><u>Physische Maße</u></p> <p>Fatigue Übelkeit Schmerzen</p> <p>Sekundärendpunkte:</p> <p>Physiologische Maße</p>	<p>Vergleich Pre- und Posttest:</p> <p><u>Angst</u></p> <p>13 RCTs, N=1028, signifikante Verbesserungen IGs vs TAU (SMD = - 0.71, 95% CI -0.98 bis -0.43, P < 0.00001), moderater bis großer Effekt</p> <p><u>Depression</u></p> <p>7 RCTs, N=723, SMD=-0.40, 95% CI -0.74 bis -0.06, P = 0.02),</p> <p>Moderate Verbesserungen IGs vs TAU (M = -0.866)</p> <p><u>Schmerzen</u></p>		<p>Ergebnisse teils unter Vorbehalt aufgrund inkonsistenter Ergebnisse der Primärstudien (high risk of bias), niedriger Evidenzqualität (low quality of evidence), großen Konfidenzintervallen (bei Lebensqualität)</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
(2009); Burns (2001a) Burns (2008) Burns (2009) Cassileth et al. (2003) Clark et al. (2006) Cook (2013) Duocastella (1999) Ferrer (2005) Fre- denburg (2014a) Fre- denburg (2014b) Hanser (2006); Hilli- ard (2003) Gimeno (2008) Palmer (2015) Ratcliff et al. (2014)	Current Con- trolled Trials, National Re- search Regis- ter, wfmt, RILM Abstract of Music Liter- ature Einschlusskri- terien: RCTs oder quasi- randomisierte Methoden bei Bedingungszu- ordnung K = 52 Total N = 3731	Länder: divers		Soziale und spiritu- elle Unterstützung Kommunikation Lebensqualität	7 RCTs, N=528, Sig- nifikante Verbesse- rungen IGs vs TAU (SMD: -0.91, 95% CI -1.46 bis -0.36, P = 0.001), großer Ef- fekt <u>Fatigue</u> 6 RCTs, N=253, Ge- ringe bis moderate Verbesserungen, IGs > TAU (SMD: -0.38, 95% CI -0.72 bis -0.04, P = 0.03), kleiner bis modera- ter Effekt <u>Lebensqualität</u> 3 RCTs, N=132, sig- nifikante Verbesse- rungen MT vs MM (SMD: 0.42, 95% CI 0.06 to 0.78, P = 0.02), moderater Ef- fekt			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>sis and systematic review. Integrative cancer therapies.“ [434]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Binns-Turner et al. (2008)</p> <p>Bulfone et al. (2009)</p> <p>Burns et al. (2008)</p> <p>Cassileth et al. (2003)</p> <p>Clark et al. (2006)</p> <p>Danhauer et al. (2010)</p> <p>Ferrer (2007)</p>	<p>of Science, CINAHL, and WorldCat Dissertations databases</p> <p>Einschlusskriterien: RCT Design, Musiktherapie, Erwachsene mit Krebsdiagnose, valide Erfassung von Angst, in Englisch oder übersetzbar, Volltext</p> <p>K = 13</p> <p>Total N = 709</p>	<p>Studien; in medizinischer Behandlung)</p> <p>Geschlecht: männlich und weiblich</p> <p>Alter: zwischen 51-63 Jahre</p> <p>Länder: USA, Taiwan, China, Italien</p>	<p>zung und tägliche über 5 Wochen)</p> <p>Kontrollbedingungen: TAU</p>		<p>Gruppenunterschiede und IG berichtete teils größere Angst (wahrscheinlich aufgrund methodologischer Schwierigkeiten); Meta-Analyse ergibt aber keinen signifikanten Gruppenunterschied zwischen IG und KG hinsichtlich Angst (SMD = -0.003; 95% IC -0.51, 0.52; p=.99)</p>		<p>67.53%, T2 = 0.19).</p>	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Hanser et al. (2006) Harper (2001) Kwekke- boom (2003) Lin et al. (2011) Smith et al. (2001) Zhao et al. (2008)								
Zhang et al., 2012: “Music inter- ventions for psychologi- cal and physical out- comes in cancer: a systematic review and meta-analy-	Review Suchzeit- raum: März 2011 Datenbanken: Cochrane Central Regis- ter of Control- led trials,	RCTs Krebspati- ent*innen (mit verschiedenen Krebsarten und in unter- schiedlicher Behandlung)	MM (n=28) MT (n=4) Länge der In- terventionen: heterogen Kontroll-bedin- gungen: CAU, CAU + andere Therapie, CAU +	Primärendpunkte: Angst Depression Lebensqualität Sekundärend- punkte: Schmerzen Fatigue	Vergleich Pre- und Posttest: Signifi- kante Verbesserung EG vs KG für <u>Angst</u> 7 RCTs, N=607, SAS: M = -12.84 (95 % CI, -19.51 bis -6.17; P<0.001);			1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
sis. Supportive Care in Cancer.” [435]	MEDLINE, PsychINFO, AMED, CINAHL; EMBASE, CNKI, Wangfang database, CBM	Geschlecht: männlich und weiblich Alter: 4- 90 Jahre	Placebo (auditorische Stimuli)	Herzrate Respirationsrate Blutdruck (systolisch/ diastolisch)	2 RCTs, N=515, HAMA: M = - 1.85 (95 % CI, - 3.43 bis - 0.27; P<0.05); 8 RCTs, N=681, STAI: M = - 12.30 (95 % CI, - 18.93 bis - 5.68; P<0.001) - kleiner bis moderater Effekt			
Eingeschlossene Primärstudien: Bi et al. (2007) Bulfone et al. (2009) Burns (2001) Cai et al. (2007) Cao (2007) Clark et al. (2006) Fan et al. (2008) Hanser et al. (2006)	Einschlusskriterien: RCT Design, Erwachsene mit Krebsdiagnose, Volltexte veröffentlicht auf Englisch oder Chinesisch K = 32 N = 3181	Länder: China, Schweden, USA, Taiwan, Italien			<u>Depression</u> 7 RCTs, N=611, SDS: M = - 6.23 (95 % CI, - 8.85 bis - 3.60; P<0.00001) - kleiner Effekt <u>Lebensqualität</u> 2 RCTs, N=268, QOL-CA: M =13.32 (95 % CI, 11.01 bis 15.62; P<0.00001) <u>Schmerzen</u>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Hillard (2008)					1 RCT, N=120, NRS+VAS: M = - 0.54 (95 % CI, - 0.88 bis - 0.20; P <0.005)			
Huang et al. (2010)								
Kwekkeboom (2003)								
Li (2006)					<u>Fatigue</u>			
Liu et al. (2006)					2 RCTs, N=90, POMS: M = 0.63 (95 % CI, - 2.52 bis 3.77; P= 00.70)			
Liu et al. (2003)					<u>Herzrate</u>			
Lu & Hu (2010)					4 RCTs, N=315, M = - 12.18 (95 % CI, - 22.47 bis - 1.89; P<0.05)			
Nguyen et al. (2010)								
Robb (2008)								
Shen (2007)					<u>Respiratorische Rate</u>			
Wan et al. (2009)					4 RCTs, N=283, RR = - 2.06 (95 % CI, - 2.84 bis - 1.28; P<0.00001)			
Wang (2005)								
Wang (2006)								
Wu (2009)					<u>Blutdruck</u>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Xie & Huang (2000)					4 RCTs, N=315, sys- tolisch/diastolisch: keine signifikanten Ergebnisse			
Xu et al. (2008)								
Yang (2008a)								
Yang & Jing (2008b)								
Zhang & Zhao (2010)								
Zhang YW (2010)								
Zhao et al. (2008)								
Zhou & Li (2010a)								
Zhou & Li (2010b)								
Alcantara- Silva et al., 2018: "Music ther- apy reduces	RCT prospektiv 2 Arme	Patient*innen mit gynäkolo- gischen Tumoren oder Brust- krebs während	Arm A: IG, durchschnittlich 10 MT Sitzun- gen pro Patient	Primärendpunkte: Fatigue Depression	Vergleich Pretest (1. Woche der The- rapie), während der Radiotherapie, Posttest (letzte	-	-	1b RoB: SOME

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
radiotherapy-induced fatigue in patients with breast or gynecological cancer: a randomized trial." [436]	<p>Eingeschlossen: N = 164</p> <p>Ausgewertet: N = 116 n(IG) = 53 n(KG) = 63</p> <p>Zeitraum: N/A</p>	<p>der Radiotherapie</p> <p>Geschlecht: 100% Weiblich</p> <p>Alter: 20-80 years Md(KG)=52.90 Md(IG)=51.85</p> <p>Land: Brasilien</p>	<p>Länge der Intervention: 2x pro Woche, jeweils 30-40 min, individuell</p> <p>Arm B: KG</p> <p>Kontrollbedingungen: Radiotherapie (TAU)</p>	<p>Sekundärendpunkte: QoL</p>	<p>Woche der Therapie):</p> <p>Primärendpunkte: <u>Fatigue:</u> signifikante Verbesserung in IG (p=.011) <u>Depression:</u> Symptome wurden auf ein minimales Level reduziert und das Risiko für eine Depression um 74% gesenkt (P = .005)</p> <p>Sekundärpunkte: <u>QoL:</u> signifikante Verbesserung in IG (0.005), Ergebnis deutet auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Müdigkeit und Lebensqualität hin</p>			CON-CERNS

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Bieligmeier et al., 2018: “Feeling the sound – short-term effect of a vibroacoustic music intervention on well-being and subjectively assessed warmth distribution in cancer patients—a randomized controlled trial.” [437]	RCT prospektiv monozentrisch 2 Arme cross-over design Eingeschlossen: N= 48 Ausgewertet: N = 44 Zeitraum: 2013-2014	Krebspatient*innen (mit verschiedenen Krebsarten und in unterschiedlichen Stadien) Geschlecht: 29.55% männlich, 70.45% weiblich Alter: 25-65 M= 54.4 Land: Deutschland	Arm A: N=21 MT (Vibroakustik), 1 Sitzung à 10 min Arm B: N=23 KG (Ruhezeit)	Primärendpunkte: Stimmung, Gesamtskala (BMQ) Sekundärendpunkte: Stimmung, Subskalen (BMQ) Lebensqualität (E-ORTC-QLQ C30) Zusätzliche Fragen zu: Zufriedenheit, aktueller Stimmung, Schmerzen und Körperwärme	Vergleich Pre- und Post-Intervention: <u>Stimmung, Wohlbefinden:</u> t2: Verbesserung zugunsten IG vs KG; signifikanter Effekt der Zeit [F(1,86)=6.96, p<.01] und Zeit x Gruppe [F(1,86)=9.74, p<.01]; d=.047. signifikante Subskalen der BMQ innere Balance (p<.001, d=.73), Vitalität (p<.001, d=.51), Wachsamkeit (p<.001, d=.37) Keine Verbesserung für KG <u>Lebensqualität</u> Baseline: signifikant niedriger, IG <			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>KG (p<.001, d=-.90)</p> <p><u>Zusätzlich Maße</u></p> <p>Signifikante Verbes- serungen zuguns- ten IG für <u>Zufrieden- heit</u> (p<.001, d=.43), <u>aktuelle Stimmung</u> (p<.001, d=.43), <u>Körper- wärme</u> (p<.05, d=.44), <u>Wärmever- teilung</u> (p<.01, d=.49); keine signi- fikanten Verände- rungen für <u>Schmer- zen</u> und <u>Extraver- sion</u></p>			
<p>Porter et al., 2018:</p> <p>“A random- ised con- trolled pilot and feasibil- ity study of</p>	<p>RCT prospektiv monozentrisch</p> <p>2 Arme</p>	<p>Krebspati- ent*innen (in palliativer Be- handlung)</p> <p>Geschlecht:</p>	<p>Arm A:</p> <p>N=25 MT</p> <p>2 Sitzungen in- nerhalb 1 Woche à 45min</p>	<p>Primärendpunkte:</p> <p>Lebensqualität (MQoL); <i>Subskalen:</i></p> <p>physische Symp- tome, physisches Wohlbefinden, psy- chologisches Wohl-</p>	<p>Vergleich Baseline und Post-Interven- tion (1 Woche):</p> <p><u>Lebensqualität</u></p> <p>Kein signifikanter Gruppenunterschied IG vs KG (MD=.03 [95%,</p>		<p>Power-Analyse ergab, dass 698 Teilneh- mende erforder- lich gewe- sen wären, um einen kleinen bis moderaten</p>	<p>1 b</p> <p>RoB: HIGH</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
music therapy for improving the quality of life of hospice in patients.” [438]	Eingeschlossen: N=52 Ausgewertet: N=41 Zeitraum: N/A	13% männlich, 87% weiblich Alter: M=66.9 Land: Irland	Arm B: N=26 TAU	befinden, existenzielles Wohlbefinden, Unterstützung	CI:-0.45/1.05], p = 0.43) ; aber deskriptive Veränderungen auf Subskalen: <i>Physische Symptome</i> MD=1.10 (95%, CI:-1.21/ 3.41) <i>Physisches Wohlbefinden</i> MD=-2.0 (95%, CI:-4.67/ -0.67) <i>Psychologisches Wohlbefinden</i> MD=.60 (95%, CI:-0.89/ 2.09) <i>Existenzielles Wohlbefinden</i> MD=1.70, (95%, CI:0.14/ 3.26) <i>Unterstützung</i> MD=.10 (95%, CI:-2.13/ 2.33)		Effekt zu finden.	

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
“No be- tween-group difference but tenden- cies for pa- tient sup- port: A Pilot study of a resilience-fo- cused music therapy pro- tocol for adults on a medical oncol- ogy/hema- tology unit.” [441]	2 Arme Eingeschlos- sen: N= 15 Ausgewer- tet: N=15 Zeitraum: N/A	in onkologi- scher Behand- lung) Geschlecht: 60% männlich, 40% weiblich Alter: M(IG)=56.88 M(KG)=50.71 Land: USA	45 min (mit 2 Tagen Abstand) Arm B: N=7 Warteliste/TAU		Keine signifikanten Gruppenunter- schiede IG vs KG hinsichtlich: <u>Resilienz</u> IG: $F(1;12)=3.676$, $p=.079$, partielles $\eta^2=.034$; deskriptive Verbesserung zu- gunsten IG vs KG: IG: $M=82.70$, $SE=1.80$ KG: $M=79.2$, $SE=1.52$ <u>Schmerzen</u> KG: $F(1;12)=.019$, $p=.891$, $\eta^2=.002$; deskriptive Verbes- serung zugunsten IG vs KG: IG: $M=3.48$, $SE=0.43$ KG: $M=2.83$, $SE=.36$			RoB: LOW
Rossetti et al., 2017: “The Impact	RCT prospektiv	Krebspati- ent*innen (mit	Arm A: N=39	Primärendpunkte: Anxiety (STAI-S)	Vergleich Pre- und Post-Stimulation:			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
of Music Therapy (MT) on Anx- iety in Can- cer Patients Undergoing Simulation for Radiation Therapy (RT).“ [442]	2 Arme Eingeschlos- sen: N=78 Ausgewertet: N=78 Zeitraum: N/A	kürzlich diag- nostizierten Brustkrebs, Halskrebs oder Krebs im Kopfbereich, bevorstehende Strahlenthera- pie) Geschlecht: 35% männlich 65% weiblich Alter: 26-77 Md=58.5 Land: IS- RAEL/USA?	MT 1 Sitzung à 20 min (Vor Simula- tion der Strah- lentherapie) + Hören von Mu- sik (während der Simulation für ca. 40 min) Arm B: N=39 TAU	Distress (SDT)	<u>Angst</u> Keine signifikanten Gruppenunter- schiede IG vs KG (p=.1006), aber sig- nifikante Reduktion innerhalb der IG (MD=8.2, SD=8.7, p=.002), während deskriptiver Anstieg in KG (MD=-1.2, SD=10.1); zudem signifikanter Inter- aktionseffekt Gruppe x Zeit (p<.001) <u>Distress</u> Keine signifikanten Gruppenunter- schiede IG vs KG (p=.16), aber signifi- kante Reduktion in- nerhalb IG (MD=1.6, SD=1.7, p=.0064), zudem signifikanter Interaktionseffekt Gruppe x Zeit (p<.0001)			RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>Tuinmann et al., 2017: “The effects of music therapy in patients with high-dose chemotherapy and stem cell support: a randomized pilot study.“ [443]</p>	<p>RCT prospektiv monozentrisch 2 Arme</p> <p>Eingeschlossen: N=66</p> <p>Ausgewertet: N=53</p> <p>Follow up: N=29</p> <p>Zeitraum: 2008-2012</p>	<p>Krebspati- ent*innen (mit Malignomen, hospitalisiert > 2 Wochen, in hoch dosierter Chemotherapie gefolgt von autologer Stammzelltransplantation)</p> <p>Geschlecht: 64% männlich 36% weiblich</p> <p>Alter: M(IG)=50.7 M(KG)=50.5</p> <p>Land: Deutschland</p>	<p>Arm A: N=33 MT Durchschnittlich 8 Sitzungen (min.4/max. 17), 2 Mal wöchentlich à 50 min (min. 20/max.50)</p> <p>Arm B: N=33 TAU</p>	<p>Primärendpunkte: Lebensqualität (E-ORTC QLQ-C30)</p> <p>Sekundärendpunkte: Funktionaler Status (KPS) Angst und Depression (HADS) Immunologische Parameter (Immunglobuline G & A, T4, T8, NK)</p>	<p>Vergleich Pre- und Post-Intervention (Transplantation), Follow-up (nach Entlassung):</p> <p><u>Lebensqualität</u> Deskriptive Zunahme in IG und KG, aber kein signifikanter Gruppenunterschied (SMD=3.3 [95%, CI - 4.3/ 10.9]; p =0.394)</p> <p>Subskalen: <i>-emotionale Funktionsfähigkeit</i> zeigte leichte, aber nicht signifikante Verbesserung zugunsten IG (SMD=0.4 [95% CI :7.5/ 8.3]; p = 0.924)</p>			<p>1b</p> <p>RoB: SOME CON- CERNS</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>-Wahrnehmung von Schmerzen:</p> <p>Signifikante Verbesserung zugunsten IG vs KG (SMD= 10 [95%, CI: 1.2/ 18.9], p=.027</p> <p><u>Funktionaler Status</u></p> <p>Leichte Verschlechterung in beiden Gruppen, aber kein signifikanter Gruppenunterschied (SMD=0.8 [95%, CI:-2.2/ 3.9], p=.596)</p> <p><u>Angst und Depression</u></p> <p>keine signifikanten Gruppenunterschiede IG vs KG hinsichtlich Depression (p=.603) und Angst (p=.722)</p> <p><u>Immunologische Parameter</u></p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					Keine signifikanten Gruppenunter- schiede hinsichtlich IgG, IgA, T4 und T8, NK			
Verstegen, 2016: “Effects of Hope-Based Music Therapy on Hope and Pain in Hospitalized Patients on Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study.“ [444]	RCT Prospektiv monozentrisch 2 Arme Eingeschlossen: N=10 Ausgewertet: N=10 Zeitraum: N/A	Krebspati- ent*innen (hospitalisiert, mit bevorste- hender Blut- und Knochen- marktrans- plantation) Geschlecht: 30% männlich 70% weiblich Alter: M(IG)=62,8 M(KG)=61. Land: USA	Arm A: N=5 MT 2 Sitzungen à 30 bis 60 min Arm B: N=5 TAU	Primärendpunkte: Wahrgenommene Hoffnung (HHI) Wahrgenommene Schmerzen (NRS)	Vergleich Pre- und Posttest (nach den 2 Sitzungen): <u>Wahrgenommene Hoffnung</u> Pre: kein signifikan- ter Gruppenunter- schied IG vs KG (U=9.50, p=.523) Post: signifikant mehr Hoffnung in IG vs KG (U=2.50, p=.035) <u>Wahrgenommene Schmerzen</u> Deskriptive Verbes- serung in IG von pre zu post, aber nicht für KG; keine signi- fikanten Gruppen- unterschiede bei			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					MT: p<.0001, MM: p<.0001 <u>Schmerzen</u> MT: p=.0004, MM: p<.0001			
Moradian et al., 2015: “Nevasic audio program for the prevention of chemotherapy induced nausea and vomiting: A feasibility study using a randomized controlled trial design.” [446]	RCT Multizentrisch Prospektiv 3 Arme Eingeschlossen: N=99 Ausgewertet: N=99 Zeitraum: 2011-2012	Brustkrebspatient*innen (mit bevorstehender Chemotherapie) Geschlecht: 100% weiblich Alter: 27-82 Arm A: M(A)=51.26, M(B)=46.06 M(C)=51.48 Land: Iran	Arm A: N=43 MT (Nevasic = Audioprogramm, welches durch spezielle Audiosignale eine antiemetische Wirkung hervorrufen soll) +TAU, Hören des Programms über 6 Tage für 27min Arm B: N=32 Musikhören + TAU	Primärendpunkte: Übelkeit/Erbrechen (INVR) Sekundärendpunkte: Einnahme von Antiemetika Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC QCQ-C30 und BR23) Zufriedenheit mit Nevasisches Audioprogramm (Likert-Skala)	Vergleich Baseline, Post-Intervention (6 Tage, nach Chemotherapie) <u>Übelkeit/Erbrechen</u> Keine signifikanten Gruppenunterschiede <u>Einnahme von Antiemetika</u> Signifikant geringere Einnahme von Antiemetika in IG vs. KGs (p=0.003); 52.2% der IG nahmen zumindest einmal Antiemetika, 73.9% der Musikgruppe und 95.8% der KG			1b RoB: SOME CONCERNS

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
			<p>Arm C:</p> <p>KG</p> <p>N=65</p> <p>Pre-operative Pflege ohne Mu- sik</p>		<p>LM vs KG: MD=-26.5 [95%, CI : -35.5/ - 17.5], d= -.57</p> <p>RM vs KG : MD=- 25.7 [95%, CI :- 33.9/ -17.4], d=-.55</p> <p><u>Zufriedenheit</u></p> <p>Keine signifikanten Gruppenunter- schiede</p> <p><u>Erholungszeit</u></p> <p>Keine Gruppenun- terschiede zwischen LM und KG;</p> <p>Signifikant kürzere Erholungszeit zu- gunsten LM vs RM (MD=12.4min, [95%, CI:2.2/ 22.5], p=.018)</p>			
<p>Warth et al., 2015:</p> <p>“Music Ther- apy in Pallia- tive Care</p>	<p>RCT prospektiv monozentrisch 2 Arme</p>	<p>Krebspati- ent*innen (in palliativer Be- handlung)</p>	<p>Arm A:</p> <p>N= 42</p> <p>MT</p>	<p>Primärendpunkte:</p> <p>Entspannung (VAS)</p> <p>Wohlbefinden (VAS)</p> <p>Schmerzen (VAS)</p>	<p>Vergleich Baseline, post-Intervention</p> <p><u>Entspannung</u></p> <p>Signifikante Verbes- erung zugunsten</p>			<p>1b</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
A Randomized Controlled Trial to Evaluate Effects on Relaxation.” [448]	Eingeschlossen: N=84 Ausgewertet: N=68 Zeitraum: N/A	Geschlecht: 28.6% männlich 71.4% weiblich Alter: M=63 Land: Deutschland	2 Sitzungen à 30 min (mit 2 Tagen Abstand) Arm B: N= 42 MBSR	Sekundärendpunkte: Herzraten Variabilität (HRV-HF) Blutvolumen und -amplitude (BVP-A) Lebensqualität (E-ORTC QLQ-C15-PAL)	IG vs KG (F[1;81]=13.7, p<.01 MD= 1.19 [95%, CI: 0.50/ 1.88], η^2 =.75, SMD=.75 NNT=2.80) <u>Wohlbefinden</u> Signifikante Verbesserung zugunsten IG vs KG (F[1;81]=6.41, p=.01 MD= .98 [95%, CI: 0.28/ 1.68], η^2 =.61, SMD=.61 NNT=5.25) <u>Schmerzen</u> Kein signifikanter Gruppenunterschied IG vs KG (F[1;81]=.40, p=.53, MD= -.18 [95%, CI:0.74/ 0.39], η^2 =.01, SMD=-.15 NNT=8.40)			RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p><u>Herzraten-Variabilität</u></p> <p>Signifikant größere Zunahme von Hochfrequenzen der Herzratenvariabilität zugunsten IG vs KG (F[1;81]=8.13, p=.01)</p> <p>MD= .44 [95%, CI: 0.12/.77], η²=.09, SMD=.59 NNT=3.50)</p> <p><u>Blutvolumen</u></p> <p>Trend zu Vasodilatation zugunsten IG vs KG (F(1;81)=3.33, p=.07)</p> <p>MD= .11 [95%, CI:-.03/ .24], η²=.04, SMD=.35 NNT=42)</p> <p><u>Lebensqualität</u></p> <p>Für Gesamtskala keine signifikanten Gruppenunterschiede IG vs KG</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Affective State in Patients on a Post-Surgical Oncology Unit: A Randomized Effectiveness Study." [449]	Ausgewertet: N=22 Zeitraum: N/A	Geschlecht: 15% männlich 85% weiblich Alter: M(IG)=57.73 M(KG)=57.45 Land: USA	N=11 Warteliste/TAU	-freundlich/ aggressiv -klar denkend/ verwirrt -koordiniert/ ungeschickt	Post: signifikante Verbesserung zugunsten IG vs KG auf Subskala <i>entspannt/ ängstlich</i> (F[1;19]=8.55, p=.009, Partial $\eta^2= .310$) <u>Für alle anderen Subskalen</u> : keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen IG vs KG (p>.05)			
Zhou et al., 2015: "A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in	RCT prospektiv monozentrisch 2 Arme Eingeschlossen: N=170	Brustkrebspatient*innen (nach erfolgter Mastektomie) Geschlecht: 100% weiblich Alter: M=47.01	Arm A: N=85 MT 2 Mal täglich à 30 min + PMR 2 Mal täglich à 30 min	Primärendpunkte: Depression (ZSDS) Angst (SAI) Länge des Krankenhausaufenthalts (in Tagen)	Vergleich Baseline, Pretest (vor Mastektomie) und Posttest (vor Entlassung): <u>Depression</u> Pre: kein signifikanter Gruppenunterschied IG vs KG (p>.05) Post: signifikanter Haupteffekt der			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay." [450]	Ausgewertet: N=170 Zeitraum: März bis Dez 2013	Land: China	Arm B: N=85 TAU		Gruppe zugunsten IG (F =20.31, p<.001), Haupteffekt der Zeit (F =56.64, p<.001) sowie signifikanter Interaktionseffekt Gruppe x Zeit (F=6.91, p= .009) <u>Angst</u> Pre: kein signifikanter Gruppenunterschied IG vs KG (p>.05) Post: signifikanter Haupteffekt der Gruppe zugunsten IG (F =5.41, p=.017), Haupteffekt der Zeit (F =155.17, p<.001) sowie signifikanter Interaktionseffekt Gruppe x Zeit (F=5.56, p=.019) <u>Länge des Krankenhausaufenthalts</u>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>Signifikant kürzerer Aufenthalt der IG vs KG (F=13.36, p<.00): M(IG)=12.56 Tage M(KG)=17.01 Tage</p> <p><u>Darüber Hinaus:</u></p> <p>In KG signifikante Korrelation von Depression und Angst (r =.457, p < .01) und signifikante Korrelation von Angst und Länge des Krankenhausaufenthalts (r =-.276, p= .03)</p>			
<p>Fredenburg & Silverman, 2014a: “Effects of music therapy on positive and negative affect and</p>	<p>RCT Prospektiv monozentrisch 2 Arme Eingeschlossen: N= 34</p>	<p>Krebspatient*innen (hospitalisiert; aufgrund Infektion oder Komplikation, kurz vor oder nach Blut- und Knochenmarkstrans-</p>	<p>Arm A: N=12 MT, 1 Sitzung à 30 min Arm B: N=20</p>	<p>Primärendpunkte: Positiver und Negativer Affekt (I-PANAS-SF) Schmerz (Likert-Skala)</p>	<p>Vergleich Baseline und Post-Intervention: <u>Positiver Affekt</u> Signifikanter Gruppenunterschied zugunsten IG: SMD = 2,15 [1.02/3.28],</p>			<p>1b RoB: LOW</p>

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
pain with hospitalized patients recovering from a blood and marrow transplant: A Randomized effectiveness study.” [451]	Ausgewertet: N=32 Zeitraum: N/A	plantation, unter Strahlen- und/oder Chemotherapie) Geschlecht: 46.88% männlich, 53.13% weiblich Alter: M(EG) = 55,58, M(KG) = 51,45 Land: USA	TAU, 20-30min Warten		F(1;29)=15,14, p=.001 <u>Negative Affekt</u> Signifikanter Gruppenunterschied zugunsten IG: SMD = -2.86 [-4.67/ -1.05]; F(1;29)=10.46, p=.003 <u>Schmerz</u> Signifikanter Gruppenunterschied zugunsten IG SMD = -2.86 [-1.77/ -0.31]; F(1;29)=8.52, p=.009			
Fredenburg & Silverman, 2014b: “Effects of cognitive-behavioral	RCT Prospektiv 2 Arme	Krebspatient*innen (hospitalisiert; aufgrund Infektion oder Komplikation, während oder	Arm A: N=7 CBMT (MT), tägliche Sitzungen à 30-45 min	Primärendpunkte: Krebsbezogene Fatigue (MFI) ; <i>Subskalen</i> : physische Fatigue, reduzierte Aktivität, reduzierte	Vergleich Pre- und Posttest: <u>Fatigue</u> Keine signifikanten Gruppenunterschiede IG vs KG			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
music therapy on fatigue in patients in a blood and marrow transplanta- tion unit: A mixed- method pilot study." [452]	Eingeschlossen: N=13 Ausgewertet: N=11 Zeitraum: N/A	nach Blut- und Knochen- markskrebs- transplanta- tion, unter Strahlen- und/oder Che- motherapie) Geschlecht: 66.67% männ- lich, 33.33% Weib- lich Alter: M(IG)=46.14 M(KG)=53.25 Land: USA	Arm B: N=4 Warteliste	Motivation, mentale Fatigue	hinsichtlich Fatigue- Subskalen (p>.05), deskriptiv aber durchschnittliche Reduktion von Fati- gue auf allen Sub- skalen (außer men- tale Fatigue) zu- gunsten IG vs durchschnittlicher Anstieg von Fatigue auf allen Subskalen in KG			RoB: LOW
Ratcliff et al., 2014: "Music Ther-	RCT Prospektiv 3 Arme	Krebspati- ent*innen	Arm A: N=29 MT	Primärendpunkte: Stimmung (POMS- SF)	Vergleich Pre- und Posttest (nach 1 Woche) und			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
apy for Pa- tients Who Have Under- gone Hematopoi- etic Stem Cell Trans- plant." [453]	Eingeschlos- sen: N=90 Ausgewertet: N= 90 Zeitraum: 2004-2005	(nach Stamm- zelltransplan- tation) Geschlecht: 48% männlich, 52% weiblich Alter: M(A)=43.72 M(B)=44.07 M(C)=45.19 Land: USA	4 Sitzungen à 50 min Arm B: N=30 Unstrukturierte MT (UM) 4 Sitzungen à 50 min Arm C N=31 TAU	Lebensqualität (FACT-G + FACT- BMT, Krebsbezogene Symptome (MDASI) Sekundärend- punkte: Stimmung vor und nach Hören einer CD	Follow-up (nach 1 Monat): <u>Stimmung</u> Baseline-Post: Signi- fikanter Haupteffekt der Zeit ($p < .0001$), kein signifikanter Haupteffekt der Gruppe oder signifi- kanter Interaktions- effekt; Auch keine signifi- kanten Gruppenun- terschiede in Stim- mung bezogen auf das Hören einer CD (alle $p > .07$) <u>Lebensqualität</u> Baseline-FU: Signifi- kanter Gruppenun- terschied ($p = .001$); MT > UM > TAU <u>Krebsbezogene Symptome</u>			RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					Baseline-FUt: Signifi- kanter Gruppenun- terschied (p=.01); MT< TAU < UM			
Robb et al., 2014: “Random- ized Clinical Trial of Therapeutic Music Video Intervention for Resili- ence Out- comes in Adoles- cents/Young Adults Un- dergoing Hematopoi- etic Stem Cell Trans- plant.“ [454]	RCT prospektiv multizentrisch 2 Arme Eingeschlos- sen: N=113 Ausgewertet: N=81 Zeitraum: N/A	Krebspati- ent*innen (un- ter myeloabla- tiver/hämato- poetischer Stammzellthe- rapie) Geschlecht: 47.5% männ- lich, 42.5% weiblich Alter: 11-24 M=17.3 Land: USA	Arm A: N=59 TMV (MT) 6 Sitzungen, 2 Mal wöchentlich über 3 Wochen (Dauer der Sit- zungen: N/A) Arm B: N=54 Hören von Hör- büchern	Primärendpunkte: gesundheitsbezo- gener Distress (SDS, MUIS) Coping (JCS) Spiritualität (SPS) -Soziale Integration (PSS-HCP, -FR, -FA) Familienklima (FACES-II, PACS, FFSS) Sinnbezogene Hoff- nung/Hope-derived Meaning (HHI) Selbsttranszendenz (STS) Resilienz (HRIS)	Vergleich Baseline, Post-Intervention (3 Wochen), Follow- up (100 Tage nach Transplantation): <u>Gesundheitsbezo- gener Distress</u> Deskriptive Reduk- tion zugunsten IG vs KG, aber kein signifikanter Grup- penunterschied (p=.493) <u>Coping</u> Signifikante Verbes- serung zugunsten IG vs KG bei Post- Int. (ES=.505, p=.030), aber nicht bei FU <u>Spiritualität</u>			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Rosenow & Silverman, 2014:	RCT prospektiv	Krebspati- ent*innen (hospitalisiert, kurz nach	Arm A: N=8	Primärendpunkte: Fatigue (BFI)	Keine signifikanten Gruppenunter- schiede IG vs KG bei Post und FU <u>Soziale Integration</u> Signifikante Verbes- serung zugunsten IG vs KG bei FU (ES=.543, p=.028), aber nicht bei Post <u>Familienklima</u> Signifikante Verbes- serung zugunsten IG vs KG bei FU (ES=.663, p=.008), aber nicht bei Post <u>Sinnbezogene Hoff- nung</u> Keine signifikanten Gruppenunter- schiede IG vs KG bei Post und FU			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
“Effects of single session music therapy on hospitalized patients recovering from a bone marrow transplant: Two studies.” [455]	monozentrisch 2 Arme Eingeschlossen: N=18 Ausgewertet: N=18 Zeit- raum: 2011	Knochen- marktrans- plantation) Geschlecht 61% männlich 39% weiblich Alter: 31-64 M(IG)=55.25 M(KG)=52.003 Land: USA	MT 1 Sitzung à 45 min Arm B: N=10 TAU		<u>Fatigue</u> Signifikanter Inter- aktionseffekt F(1;16)=4.11, p=.06, partial $\eta^2=.204$; aber keine signifi- kanten Haupteffekte für Gruppe (F[1;16]=4.11, p=.309, partial $\eta^2=.204$) oder Fati- gue (F[1;16]=2.04, p=.173, partial $\eta^2=.113$) deskriptiv leichte Verbesserung zu- gunsten IG: M(pre)=5.35, SD=2.11 M(post)=4.78, SD=1.9			RoB: SOME CON- CERNS
Cook & Sil- verman,	RCT	Krebspati- ent*innen (in	Arm A:	Primärendpunkte:	Vergleich Pre- und Post-Intervention			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
2013: "Ef- fects of mu- sic therapy on spiritual- ity with pa- tients on a medical oncol- ogy/hema- tology unit: A mixed- methods ap- proach." [456]	Prospektiv 2 Arme Eingeschlos- sen: N=34 Ausgewertet: N=17 Zeitraum: 2013	onkologischer Behandlung) Geschlecht: 47% männlich 53% weiblich Alter: M(IG)=58.00 M(KG)=61.71 Land: USA	N=10 MT 3 Sitzungen à 15-30 min Arm B: N=7 Warteliste/TAU	Spirituelles Wohlbe- finden (FACIT-Sp); <i>Subskalen:</i> -Hoffnung -Frieden -Bedeutung	(nach den 3 Sitzun- gen) <u>Hoffnung</u> Statistisch signifi- kanter Gruppenun- terschied zugunsten IG vs KG (MD=3.856, F(1;14)=15.625, p=.011, partial $\eta^2=.527$) <u>Frieden</u> Statistisch signifi- kanter Gruppenun- terschied zugunsten IG vs KG (MD=2.194, F(1;14)=7.205, p=.018, partial $\eta^2=.340$) <u>Bedeutung</u> Keine statistisch signifikanten Grup- penunterschiede (MD=.416, F(1;14)=.181,			RoB: HIGH

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					FPS: signifikante Reduktion in IG, keine Reduktion in KG; signifikanter Gruppenunterschied zugunsten IG: MD=-0.52, SD=0.95, [95% CI: -0.78/ -0.75], p<.0001			
Romito et al., 2013: “Music therapy and Emotional expression during chemotherapy. How Do breast cancer patients feel?” [458]	RCT Prospektiv 2 Arme Eingeschlossen: N=62 Ausgewertet: N=62 Zeitraum: N/A	Brustkrebspatient*innen (in amb. Chemotherapie), ohne auditive/visuelle Defizite, gutes Verständnis der Italienischen Sprache Geschlecht: 100% weiblich Alter: 20-75	Arm A: N=31 Integrative MT 1 Sitzung à 2.5h Arm B: N=31 Konversation	Primärendpunkte: Emotionaler Ausdruck (Emotion Thermometers Tool; VAS); <i>Subskalen:</i> - Angst - Ärger - Depression - Stress - Hilfsbedürftigkeit	Vergleich Pre- und Post-Intervention: <u>Emotionaler Ausdruck</u> Signifikante Verbesserungen innerhalb der Gruppen; IG: signifikante Verbesserungen auf allen Subskalen: Stress (p=.036, d=.62), Angst (p=.026, d=.69), Depression (p=.000,			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
		M(IG)=54.14 M(KG)=54.21 Land: USA / Italien			d=.52), Ärger (p=.000, d=.58); KG: signifikante Verbesserungen nur auf Subskalen Stress (p=.002, d=0.29) und Angst (p=.004, d=0.39) <u>Hilfsbedürftigkeit</u> Signifikante Grup- penunterschiede zu- gunsten der IG (p.<.001, d>80)			
Lin et al., 2011: “A random- ized-con- trolled trial of the effect of music therapy and verbal relax- ation on	RCT (permu- ted block de- sign) Eingeschlos- sen: N=123 Ausgewertet: N = 98	Patient*innen mit Krebs (Chemothera- pie), mind. 18 Jahre, im ers- ten oder zwei- ten Behand- lungszyklus	MT Länge der In- tervention: Einmalige Sit- zung IG: 60 min MT	Primärendpunkte: Physiologische Maße (Herzrate, Hauttem- peratur) Behaviorale Verfas- sung (gesichtsaud- ruck, motorische	Ängstlichkeit <u>State anxiety</u> Alle Gruppen (IG, RX, KG) zeigten sig- nifikante Reduktion nach 30min; IG hö- here Reduktion bei Postzeitpunkt (p = 0.005)			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
chemotherapy-induced anxiety.” [459]	n(IG)=34, n(RX)=30, n(KG)=34 Zeitraum: 2010-2011	Geschlecht: weiblich 66%, männlich: 34% Alter: 53 (SD 12.5) Jahre alt Land: Taiwan	Kontrollbedin- gungen RX: 30-minütige mündlich ange- leitete Entspan- nungssitzung KG: CAU	Aktivität, Schlaf- Wach-Zyklus) Ängstlichkeit (state anxiety, im- mediate anxiety by emotional visual an- alogue scale-EVAS)	<u>State anxiety für Pa- tient*innen mit ho- her state anxiety (HSA)</u> Signifikant verbes- sert in IG, p=0.018. RX zeigte ebenfalls signifikante positive Effekte. Patient*in- nen mit niedriger state anxiety zeig- ten keine signifi- kante Veränderung <u>Immediate anxiety by EVAS</u> Alle Gruppen (IG, RX, KG) zeigten sig- nifikante Verbesse- rung nach 30 min. Die IG zeigte eine signifikant höhere Verbesserung zum Postzeitpunkt (p=0.001)			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p><u>EVAS für Patient*innen mit HSA</u></p> <p>Signifikante Verbesserung in IG, p=0.001. RX zeigte ebenfalls positive signifikante Effekte. Patient*innen mit geringer state anxiety zeigten keine signifikante Veränderung</p> <p><u>Physiologische Maße</u></p> <p><u>Herzrate und Hauttemperatur alle 5 min (Durchschnittswert)</u></p> <p>Keine signifikanten Unterschiede</p> <p><u>Hauttemperatur (pre vs post)</u></p> <p>Anstieg in IG und RX verglichen mit</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte End- punkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>Abnahme in KG. Kleine Effektstärke aber statistisch sig- nifikant</p> <p>Patient*innen mit HSA in RX zeigten signifikanten An- stieg verglichen zur KG bzgl. fünfminüti- ger Durchschnittstem- peratur (berechnet aus entweder den ersten oder den letzten 5 Minuten)</p> <p><u>Schlaf-Wach-Zyk- lus, motorische Ak- tivität, Gesichts- ausdruck</u></p> <p>Keine signifikanten Unterschiede</p>			

2.5.3 Kunsttherapie

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 8.28.

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
<p>Jiang et al., 2020: “Effects of art therapy in cancer care: A systematic review and meta-analysis.” [460]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien: Radl et al. (2018) Puig et al. (2006) Svensk et al. (2009) Thyme et al. (2009)</p>	<p>Review: Suchzeitraum: bis 20 August 2019</p> <p>Datenbanken: PubMed, Embase, Web of Science, The Cochrane Library, Clinical Trial.gov, the China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang and the Chinese Biomedical Literature Database (CBM)</p> <p>Einschlusskriterien: mind.</p>	<p>RCTs (5), Quasi-RCTs (7)</p> <p>Patient*innen mit hauptsächlich Brustkrebs, gynäkolog. Krebs, hämatolog. Krebs, Nasenrachenkrebs</p> <p>Alter: durchschnittlich 53.38 Jahre</p> <p>Geschlecht: weiblich (93.3%)</p> <p>Länder:</p>	<p>AT</p> <p>Interventionsdauer: heterogen = Einzelsitzung bis 6 Monate wöchentliche Sitzungen</p> <p>Sitzungsdauer: 20 - 120 min</p> <p>Interventionsarten: Gruppe oder Einzel; AT durch Kunsttherapeut*innen (visual art-making process using clay, collage, drawing, painting or sketching)</p>	<p>Primärendpunkte: Physische und psychische Symptome: QoL Ängstlichkeit Depressivität Fatigue</p>	<p><u>QoL</u> Signifikant verbessert 7 Studien, N=459, SMD = 0.43, 95% CI [0.18, 0.68], p < .01</p> <p><u>Ängstlichkeit</u> Signifikant verringert 6 Studien, N=360, SMD = -0.46, 95% CI [-0.90, -0.02], p = .04</p> <p><u>Depressivität</u> Signifikant reduziert 6 Studien, N=169, SMD = -0.47, 95% CI [-0.72, -0.21], p < .01</p>		<p>Die methodische Qualität der eingeschlossenen RCTs wurde über das RoB-Tool von Cochrane Handbook bewertet. Die Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (NOS) wurde für die Bewertung der methodischen Qualität von nicht-RCTs verwendet</p>	1a

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Ando et al. (2013)	18 Jahre, mit Krebsdiagnose Studien auf Englisch oder Chinesisch K = 12 Gesamtes N= 587	USA (3)	Kontrollbedingun- gen: Warteliste, keine Intervention oder Placebo- Kunsttherapie		(Subgruppenanalyse: Einzel-Kunsttherapie signifikante Effekte, Gruppen-Kunstthera- pie nicht)			
Bar-Sela et al. (2007)		Schweden (2)						
Geue et al. (2012)		Israel (2)						
Bozcuk et al. (2017)		Deutschland (2) China (1)						
Visser and Op (2008)		Japan (1) Nie- derlande (1)						
Wiswell et al. (2019)		Land: China						
Peng Xin (2017)								
Czamanski- Cohen et al. (2019)								
Azmawati et al., 2018: "The Efficacy of Art Therapy on Mental	Review Suchzeitraum: N/A	RCTs Brustkrebspa- tient*innen	AT	Primärend- punkte: Coping Depression	Vergleich zwischen Pre- und Posttests – Ergebnisse geclustert in		Keine Meta-Ana- lyse aufgrund ho- her Heterogenität der Studien	1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Health Out-comes Among Breast Cancer Patients: The Current State of Evidence Based on Randomised Controlled Trials." [461] Eingeschlossene Primärstudien: Öster et al. (2006) Puig et al. (2006) Svensk et al. (2009) Thyme et al. (2009) Monti et al. (2013) Öster et al. (2014)	Datenbanken: MEDLINE [OvidSP], ScienceDirect, Pubmed, EbscoHost-Academic Search Premier and Wiley Online Library Einschlusskriterien: Originalstudie, publiziert bis Sept 2014, RCT Design, berichteter Effekt bzw. Assoziation zwischen Kunsttherapie (AT) und Brustkrebs, Voll-	Geschlecht: 100% weiblich Alter: unterschiedlich, größtenteils >50 Jahre Länder: Schweden, USA	Länge der Intervention: heterogen (1 mal wöchentlich Sitzungen für 5 Wochen bis 8 Wochenprogramm) Kontrollbedingung: Beratung, supportiv, teils nicht beschrieben	Angst Distress QoL Symptome	<u>Positive psychology domain (Coping)</u> Keine signifikanten Verbesserungen zwischen IG und EG <u>Mental illness domain (Depression, Angst, andere Symptome)</u> Depression: 1 RCT, N=39, Signifikante Verbesserungen IG vs KG nach 4 Wochen (p < .05; d = .083); Distress: 1 RCTs, N=143, signifikante Verbesserungen IG vs KG (d= 0.03) <u>QoL</u> 2 RCTs, N=79, Signifikante Verbesserungen nach FU (6 Monaten) mit 0.13 < d < 1.05			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
	texte veröf- fentlicht auf Englisch K = 6 Total N = 493							
Kim et al., 2018: “Use of art- making inter- vention for pain and qual- ity of life among cancer patients: a systematic re- view.“ [462]	Review Suchzeitraum: Bis Sept 2016 Datenbanken: PubMed, Aca- demic Search Premier, ProQuest, CI- NAHL	2 RCTs 11 CTs Krebspati- ent*innen (32% Brust- krebs, 17% hä- matologischer Krebs, 51% an- derer Krebs- typ)	AT (art-making ac- tivity, free-form art making) MBAT Länge der Inter- ventionen: hetero- gen (1 bis 22 Sitzun- gen, durchschnitt- liche Dauer 1h)	Primärend- punkt: Lebensqualität Schmerzen	Vergleich Pre- und Posttest: <u>Lebensqualität</u> Gemischte Ergeb- nisse, 5 Studien signi- fikante Verbesserun- gen von IG vs unbe- handelte KG, keine Gruppenunterschiede zwischen MBAT vs ak- tive KG); 0.01 < d < 1.047, 5 Studien kein signifikanter Unter- schied zwischen IG und EG, 3 Studien ge- mischte Ergebnisse <u>Schmerzen</u>		Studien er- reichten nur 27-54% bei der Yates’s quality rating scale; spricht für starke Validi- tätseinschrän- kungen, große Studienhetero- genität	1a -
Eingeschlos- sene Primär- studien: Ando et al. (2013)	Einschlusskri- terien: quanti- tativer Ansatz mit (quasi-)	Geschlecht: 93% weiblich	Kontrollbedingun- gen: unbehan- delte KG, Warte- liste, aktive KG					

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse	
Ando et al. (2016)	experimentel- lem Design, erwachsene Krebspati- ent*innen; Er- fassung von Lebensquali- tät, Wohlbefin- den und Schmerzen; künstlerische Methoden	Alter: zwi- schen 45-57 Jahre Länder: Deutschland, Schweden, Ka- nada, USA, Niederlande, Japan, Frank- reich	(Standard Educati- onal Support Group)		Gemischte Ergeb- nisse; 2 Studien, sig- nifikante Verbesse- rung zwischen IG und EG, 1 Studie signifi- kanter Unterschied zwischen MBAT vs un- behandelte KG, aber kein Gruppenunter- schied zwischen MBAT vs aktiver KG; 0.006 < d < 0.11, 1 Studie kein signifikant- er Unterschied zwi- schen IG und EG				
Garland et al (2007)									
Geue et al. (2012)									
Klagsbrun et al. al. (2005)									
Lefevre et al. (2016)									
Monti et al. (2006)									K = 14
Monti et al. (2013)									Total N = 717
Nainis et al. (2006)									
Öster et al. (2014)									
Rhondali et al. (2013)									
Singer et al. (2010)									
Svensk et al. (2009)									

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
Visser & Op T Hoog (2008)								
Zhang et al., 2015: "Effectiveness of mindfulness- based therapy for reducing anxiety and de- pression in pa- tients with can- cer: a meta- analysis." [463] Eingeschlos- sene Primär- studien: Monti et al. (2013) Henderson et al. (2013) Hoffman et al. (2012) Bränström et al. (2010)	Review Suchzeitraum: 30 Nov 2014 Datenbanken: Medline, the Cochrane Li- brary, EMBASE, Google Scholar Einschlusskri- terien: RCT Design, Er- wachsene mit Krebsdiagnose (inkl. Stadium 0), Vergleich einer achtsam- keitsbasierten Intervention	RCTs Krebspati- ent*innen (mit unterschiedli- chen Krebsar- ten; Mehrheit in Stadium I bis III) Geschlecht: hauptsächlich weiblich Alter: durch- schnittlich 50 Jahre Länder: N/A	MBAT MBSR MBCT Länge der Inter- ventionen: 7-24 Wochen Kontrollbedingun- gen: TAU, Warte- liste, Psychoedu- kation	Primärend- punkte: Angst Depression	Vergleich Pre-und Posttest + Follow-up I (<12 Wochen) und II (> 12 Wochen): <u>Angst</u> 7 RCTs, N=888 signifikante Verbesse- rungen mindfulness- based IG vs KG (SMD= -0.75, 95% CI -1.28 bis -0.22, p=0.005), auch für FU (<12 Wo- chen) SMD=-0.43, 95% CI -0.58 bis - 0.28, p<0.001), aber nicht für FU II (> 12 Wochen) <u>Depression</u> 7 RCTs, N=888, signi- fikante Verbesserun- gen MBAT vs KG (SMD=-0.69, 95% CI - 0.954 bis -0.426, P<0.001) und signifi-		Signifikante Heterogenität der Studien für beide Outcom- es – aber Sensitivitäts- analyse ergibt gute Reliabili- tät der Meta- Analyse	1a -

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
Foley et al. (2010) Monti et al. (2006) Specia et al. (2000)	mit TAU, Erfassung von Angst und Depression K = 7 Total N = 888 N (IG) = 469, N (KG) = 419				kante Verbesserungen MBCT vs KG (SMD= -0.80, 95% CI 1.19 bis -0.40, p<0.001), auch für FU I (SMD=-0.52, 95% CI -0.75 bis -0.29, p<0.001), aber nicht FU II			
Czamanski-Cohen et al., 2019: “The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients.” [464]	Pilot RCT Eingeschlossen: N= 20, n(IG)=10, n(KG)=10 Ausgewertet: N = 19 n(IG)=9, n(KG)=10	Patientinnen mit Brustkrebs Geschlecht: 100% weiblich Alter: variierend, hauptsächlich zwischen 46 und 70 Jahren.	AT (Bodymind model, Focusing) Länge der Intervention: 8 wöchentliche Gruppensitzungen IG: 1.5h pro Sitzung (10 Min. Beziehungsaufbau, 50 Min. künstlerische Aktivität, 30 Min. zeigen der Ergebnisse)	Primärendpunkte: Depressive Symptome; Emotionsverarbeitung (als ein potentieller Mechanismus) Konsistentes emotionales Bewusstsein	Vergleich Posttest <u>Depressive Symptome</u> Keine signifikanten Verbesserungen der IG/KG IG zu T1: 12.3 (±7.6), zu T2: 8.0(±2.9) KG zu T1: 13.3(±7.5), zu T2: 22.7 (±15.0) <u>Emotionales Bewusstsein</u>		Sitzungsdauer variierte zwischen IG (90 min) und KG (60 mins) Geringe Stichprobengröße	1 b RoB: HIGH

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
	Zeitraum: 2019	Land: Israel	Kontrollbedingun- gen: Sham AT (Manda- las) KG: 1 h pro Sit- zung	und Akzep- tanz der Emo- tionen; Körperliche Symptome	Signifikante Verbesse- rung (p=0.039) IG zu T1: 26.00 (±7.44), zu T2: 30.00 (±3.37) KG zu T1: 23.67 (±6.53), zu T2: 21.20 (±6.54) <u>Akzeptanz der Emoti- onen</u> Signifikante Verbesse- rung (p=0.027) IG zu T1: 86.71 (±23.6.31), zu T2: 95.00 (±18.10) KG zu T1: 110.57 (±10.39), zu T2: 103.00 (±12.11) <u>Körperliche Symp- tome</u> Keine Information			
Jalambadani & Borji, 2018: "Effectiveness	RCT; Quasi-ex- perimentelle Studie	Frauen mit Brustkrebs (in allen Stadien)	8 Wochen MBAT- Programm von Monti et al. (2006), Kunst als	Primäre End- punkte: Quality of Life	QoL: Sign. Verbesserung zugunsten der IG	-	-	1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
of Mindfulness-Based Art Therapy on Healthy QoL in Women with Breast Cancer." [465]	Eingeschlossen: N= 140 Ausgeschlossen: N= 140 Zeitraum: 2018	Alter: IG: 55.75 +- 3.53 KG: 55.35 +- 3.35 Geschlecht: weiblich Land: Iran	Interventionsbestandteil mit Fokus auf nonverbalen Aktivitäten Länge der Intervention: 12 Wochen; 90min 1x/Woche	-physische -psychische -soziale Beziehungen -Umwelt Distress	(p<.05) - hoch signifikant für körperliche QoL (p=.001), psychische (p=.002), soziale Beziehungen (p=.002) und Umwelt (p=.009) Distress: Patientinnen in der IG zeigten eine sign. Reduktion in Distress im Vergleich zur KG			RoB: LOW
Radl et al., 2018: "The effects of Self-Book© Effect art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active	RCT prospektiv 2 Arme Eingeschlossen: N = 60 Ausgewertet: N = 40	Krebspatient*innen (mit verschiedenen Krebsarten und in unterschiedlichen Stadien, in aktueller onkologischer Behandlung, Karfosky Per-	Arm A: N=20 Self-Book© art therapy 6 Sitzungen à 50min Arm B:	Primärendpunkt: Emotionaler Distress (PEDI) Sekundäre Endpunkte:	4 MZP: Baseline, 3 Wochen, 6 Wochen, Follow-up (1-2 Monate) <u>Emotionaler Distress</u> Keine signifikanten Verbesserungen IG vs KG; Trend für GruppexZeit Interaktion (F [2.29, 87.25] = 1.37,			1b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale untersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechselwirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenzklasse
treatment: A randomized controlled trial." [466]	Zeitraum: 2017	formance Status Score >60, emotionaler Distress Score (DT) >4) Geschlecht: 100% weiblich Alter: M=52 Land: USA	N=20 TAU	Psychologisches Wohlbefinden (PRO-MIS) spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp)	p = .26); <u>Psychologisches Wohlbefinden</u> Keine signifikanten Verbesserungen IG vs KG, keine Interaktion von GruppexZeit (F [2.37, 90.10] = 2.47, p = .12); aber bei Kontrolle des Alters signifikant (F [2.85, 96.84] = 2.87, p = .04) <u>Spirituelles Befinden</u> Signifikante Verbesserung in IG vs KG (F = 5.88, p = .02)			
Jang et al., 2016: "Beneficial Effect of Mindfulness-Based Art Therapy in Patients with Breast Cancer	RCT Prä-Post-Studie Post-OP, Chemotherapie/Radiotherapie in den	Frauen mit Brustkrebs Stadium 0-3 Alter: 51.58 +- 5.72 Jahre	Koreanische MBSR-Interventin (psychologisch) in Kombination mit einem 8-wöchigen MBAT-Programm	Primärendpunkte: Depression Angst QoL	<u>Depression:</u> Post-Intervention: Im Vergleich zur KG berichteten die Patientinnen der IG sign. Reduktion der Depression (p<.001)	-	-	1b RoB: SOME

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
- A RCT.” [467]	letzten 2 Jah- ren Eingeschlos- sen: N=24 n(IG) = 12 n(KG) = 12 Ausgeschlos- sen: N= 23 (analy- sisiert: 24) n(IG) = 11 n(KG) = 12 Zeitraum: März-August 2014	Geschlecht: weiblich Land: Korea	Länge der Inter- vention: 12 Sitzungen; 45 min Kontrollbeding- ungen: CAU, Proban- dinnen wurden gebeten, an kei- nen Therapien wie Meditation oder Yoga teilzuneh- men		<u>Angst:</u> Post-Intervention: Patientinnen in der IG berichteten sign. Re- duktion der Angst verglichen zur KG (p<.001) <u>QoL:</u> Post-Intervention: Verbesserung der QoL in der IG & sign. Verbesserung des all- gemeinen Gesund- heitszustands in der IG vs. KG (p<.001)			CON- CERNS
Joly, 2016: “Impact of art therapy (AT) on fatigue and	RCT	Brustkrebspa- tientinnen	AT durch ausge- bildete Thera-	Primärend- punkte:	Fatigue: <u>Schwere globale Fati- que:</u>			1b

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
quality of life (QoL) during adjuvant external beam irradiation (EBI) in breast cancer patients (pts): a randomized trial." [468]	Prä-Post-Studie, 1, 6, und 12 Monaten nach Radiotherapie Eingeschlossen: N=320 n(IG) = 157 n(KG) = 163 Ausgeschlossen: N= 252 n(IG) = 125 n(KG) = 127 Zeitraum: 2016	Baseline: Chemotherapie (41% in IG, 44% in KG); regelmäßige künstlerische Aktivität (41% and 39%); Angst (55% and 57%); Depression (26% and 21%). Alter: 55 ± 9 Jahre Geschlecht: weiblich Land: Frankreich	peut*innen während Radiotherapie Länge der Intervention: 8 Sitzungen à 1h/Woche, zusätzlich 4 optionale Sitzungen. Kontrollbedingungen: CAU	Fatigue QoL (well-being physical, functional, emotional, and social/familiar) Depression	Keine sign. Unterschiede bei Patientinnen mit schwerer Fatigue nach einem Monat; schwere Fatigue zu Beginn wurde bei 43% der Patientinnen in jeder Gruppe festgestellt, 63% bei Chemotherapie → Veränderung auf 45% (IG) und 50% (KG) nach einem Monat (at one-month post EBI) <u>Niedrige mentale Fatigue:</u> Sign. Reduktion bei Patientinnen mit niedriger Fatigue im ersten Monat (79% und 44%, p = 0.007) QoL: <u>soziales Wohlergehen pro Monat:</u>			RoB: HIGH

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					<p>Im Allgemeinen nicht sign. (31% and 20%, p= 0.07)</p> <p>Sign. Nur für Patientinnen die Chemotherapie bekommen haben (41% and 18%, p=0.017) oder mit anfänglicher schwerer globaler Fatigue (34% und 16%, p= 0.02)</p> <p><u>Globale QoL, emotionales und soziales Wohlergehen nach 6 Monaten:</u></p> <p>Nur bei Patientinnen mit schwerer Fatigue sign. verbessert (QoL, p = 0.034; soziales Wohlergehen, p= 0.025; emotionales Wohlergehen, p= 0.017)</p> <p><u>Motivationsverlust:</u> nur bei Patientinnen</p>			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
					mit anfänglich niedriger Motivation sign. verbessert (95% und 63%, p= 0.03)			
					<u>Depression:</u> Keine Information			
Öster et al., 2014: “Art therapy during radiotherapy – A five-year follow-up study with women diagnosed with breast cancer.” [469]	Follow-up Erhebung der RCT von Öster et al. (2006) monozentrisch 2 Arme Eingeschlossen: N=42 Ausgewertet: N=37	Brustkrebspatientinnen (in postoperativer Strahlentherapie) Geschlecht: 100% weiblich Alter: Md=66.5 (44-77 Jahre) Land: Schweden	Arm A: N=18 Individuelle Kunsttherapie, 5 wöchentlich Sitzungen à 1 h Arm B: N=19 TAU	Primärendpunkte: Coping (CRI) Lebensqualität (WHOQOL-BREF)	Vergleich t1 (vor Intervention), t2 (2 Monate), t3 (6 Monate) und t4 (5-7 Jahre nach Beginn der Studie): <u>Coping</u> t2 und t3: signifikante Gruppenunterschiede IG vs KG in sozialer Domäne; t4: Keine signifikanten Gruppenunterschiede IG vs KG; t1 und t4 keine signifikanten			1 b RoB: LOW

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
	Zeitraum: 2001-2009				Unterschiede inner- halb der IG und KG <u>Lebensqualität</u> t3: signifikante Grup- penunterschiede in den Domänen: gene- reller Gesundheit, all- gemeiner Lebensqua- lität, physischer Ge- sundheit und Umwelt; t4: Keine signifikant- en Gruppenunters- chiede IG vs KG – au- ßer signifikanter Un- terschied in Domäne Soziale Beziehungen im Vergleich zu t1 (p=.04)			
Monti et al., 2013: “Psychosocial benefits of a novel mindful- ness interven- tion	RCT Prospektiv, 2 Arme Eingeschlos- sen:	Brustkrebspa- tient*innen (mit hohem Stresslevel) Geschlecht: 100% weiblich	Arm A: N=98 MBAT 8 Wochen, 5-6 Sit- zungen; Dauer N/A	Primärend- punkte: Psy- chosozialer Stress (SCL-90- R, GSI)	Vergleich Baseline, Post-Intervention (9 Wochen), Follow-up (36 Wochen): <u>Psychosozialer Stress:</u>			1b RoB: HIGH

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
versus stand- ard support in distressed women with breast cancer.“ [470]	N=191 Ausgewertet: N=184 Zeitraum: N/A	Alter: 26-82 M = 53.6 Land: USA	Arm B: N=93 Supportive Thera- pie (BCSG) Unbehandelte: N=44	Gesundheits- bezogene Le- bensqualität (SF-36)	Post-intervention: Kein signifikanter Gruppenunterschied; FU: MBAT vs BCSG signifikante Reduk- tion (aller Subskalen p<.01), Vergleich Ba- seline und FU: kein signifikanter Grup- penunterschied <u>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</u> Post-Intervention: sig- nifikante Verbesse- rungen in beiden Gruppen (MBAT>BCSG); FU: MBAT zeigt signifi- kante Verbesserun- gen (within-group), Trend für Gruppenun- terschied MBAT>BCSG) Bei den unbehandel- ten Patientinnen wa- ren beide Maße stabil			

Referenz/ (Autor*in, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Studien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkungen	Methodische Bemerkungen	Evidenz- klasse
--	------------	---------------------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------

über die Zeit; Post-Intervention ergibt signifikante Unterschiede zwischen Unbehandelten vs MBAT und BCSG

2.5.4 Tanz- und Bewegungstherapie

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 8.31.

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung- en	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Koch & Bräuninger, 2020: „Tanz- und Bewegungstherapie in der Onkologie – Übersicht zum Forschungsstand.“ [471] Eingeschlossene Primärstudien: <u>RCTs</u> Dibbell-Hope (2000) Ho et al. (2016) Ho et al. (2018)	Review Suchzeitraum: bis März 2020 Datenbanken: mehr als 100 Datenbanken (z. B. PsycINFO, Medline) Einschlusskriterien: evidenzbasierte Studien auf empirischer Datengrundlage, verfügbarer Volltext auf Englisch oder Deutsch, hinreichende	RCTs CCTs IGs Krebspatient*innen (überwiegend mit Brustkrebs n = 476, in aktueller oder abgeschlossener medizinischer Behandlung) Geschlecht: überwiegend weiblich Alter: zwischen 24-88 Jahre	DMT (+ Integration anderer Bewegungsformen wie Mindfulness, Yoga oder TLM) Länge der Interventionen: heterogen Kontrollbedingungen: keine Behandlung, Warteliste, Yoga	Depression Stress Schmerzen Fatigue Lebensqualität Schulter-/Armbeweglichkeit (ROM) Kraft und Ausdauer Lebenszufriedenheit	Ergebnisse der RCT's Vergleich Pre- und Posttest: Signifikante Reduktion von <u>Depression</u> 1 RCT, N=27, BDI (IG> KG, d= 2,36, p< 0,001), LSI (IG> KG, d= 2,69, p< 0,001), in anderen Primärstudien aber nicht signifikant – gemischte Ergebnisse <u>Stress</u> 1 RCT, N=139, PSS: d = 0.33, mittlerer Effekt <u>Schmerzen</u> 1 RCT, N=139, Schmerzstärke und Schmerzbeeinflussung (d= 0,34 und 0,36, p< 0,05); <u>Fatigue</u>			1a

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Kaltsatou et al. (2011) Crane-Okada et al., 2012 Sandel et al. (2005)	Übereinstimmung der Intervention mit DMT Praxis K = 13	Länder: USA, China, Deutschland, Griechenland			1 RCT, N=33, POMS: SMD (95%CI)= -0,89 (1,27)			
<u>CCTs/quasi-experimentell</u> Goldov (2011) Selman et al., (2012) Sturm et al., (2014)	Total N = 576				Anstieg von <u>physischer und psychischer Lebensqualität</u> 1 RCT, N=35, FACT B: (d= 0,54); SF-36: „mental“: (d= 0,66); „physical“: (d= 0,56); vs nicht signifikante Ergebnisse einer anderen Primärstudie			
<u>Nur IG/EG</u> Dennis (2004) Ho (2005) Mannheim et al. (2013) Mannheim &					<u>Schulter-/ Armbeweglichkeit:</u> 1 RCT, N=35, ROM Schulter-beweglichkeit, betroffener Arm: d= 0,01; ROM nicht betroffener Arm: d= 0,42; ROM betroffener Arm: d= 0,75 <u>Ausdauer und Kraft</u> 1 RCT, N=27, 6-min-Geh-test: IG> KG (p< 0,001); Handgriffstabilitätstest, rechte Hand: IG> KG (d= 1,41, p< 0,001); linke			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Weis (2005)					Hand: IG> KG (d= 1,20, p= 0,001) <u>Lebenszufriedenheit</u> 1 RCT, N=27, LSI (IG> KG, d= 2,69, p< 0,001),			
Boing et al., 2017: “Dance as treatment therapy in breast cancer patients - a systematic review.” [472] Eingeschlossene Primärstudien: Molinaro et al.(1986) Dibbell- Hope (2000)	Review Suchzeitraum: Februar bis März 2017 Datenbanken: Virtual Health Library, PsylInfo, The Cochrane Library, Scielo, Record Einschlusskriterien: - Tanz als ad- juvante Thera- pie, weibliche	RCTs (n = 7) quasi-experi- mentell (n = 3) Case-Studie (n = 1). Brustkrebspati- entinnen Geschlecht: 100% weiblich Alter: >18 (ho- her Altersrange) Länder: Spanien; Griechenland; USA; Brasilien;	“DMT involving jazz, classical ballet and Greek dance, sacred dance, and ball-room dance. Nevertheless, the other seven articles de- scribed their in- tervention pro- tocols based on techniques of dance/move- ment therapy.” Länge der Inter- vention: 3 bis 24 Wochen.		<u>Psychische Verbesserungen</u> (11 Studien): Soziale Funktion (p = 0.040), mentale Gesund- heit (p = 0.040) und role emotional (p = 0.070), Wohlergehen und Stim- mung (p < 0.050) psychi- sche QoL (p = 0.001) und environmental QoL (p = 0.029), globale QoL (p < 0.050), Körperbild (p < 0.010), Lebenszufrieden- heit (p = 0.001), Reduktion depressiver Symptome (p = 0.010), Rezidivangst (p = 0.020), wahrgenommener Stress (p < 0.050), Schmerzintensität und Ein- schränkungen aufgrund von Schmerz (p < 0.050),			1a-

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Serlin et al. (2000) Sandel et al. (2005) Blasquez et al. (2009) Kaltsatou et al. (2011) Crane- Okada et al. (2012) Frison et al. (2014) Ho, Fong, et al. (2016) Ho, Lo, et al. (2016) Pisu et al. (2017)	Brustkrebspati- entinnen, mind. 18 Jahre - Originalartikel als klinische Tri- als, quasi-expe- rimentelle Stu- dien, Case Stu- dien, auf Eng- lisch, Portugie- sisch, Spanisch <i>K = 11 (7 RCTs; 4 weitere)</i> <i>N = 482</i>	Hong-Kong, China	<u>Wöchentliche Sitzungsfre- quenz:</u> 1 bis 3 Sitzungen <u>Sitzungsdauer:</u> 1 bis 3 Stunden. Kontrollbedin- gungen: nicht näher beschrie- ben, heterogen		mentale Komponente der QoL (p = 0.001), Vitalität (p = 0.004), soziale Funktion (p = 0.040), und mentale Gesundheit (p = 0.040). <u>Körperliche Verbesserun- gen</u> (8 Studien): funktio- nale Kapazität (p = 0.030), physische Aktivität (p = 0.010), Kraft und Fatigue (p < 0.050), beeinträchtiger Range der Armbewegungen (p < 0.001), körperliche Funktion (p = 0.001), Griff- stärke der Hand (p = 0.001), Volumen des linken Armes (p = 0.028), körper- liche Aspekte der QoL (p < 0.001). <u>Qualitative Ergebnisse:</u> Ei- nige der Studien sind quali- tative Studien. Zwei Studien beschrieben Besserungen bzgl. Körperbild, zwei an- dere beschrieben Verbesse-			

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung- en	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
					rungen bzgl. Mentaler Ge- sundheit, Reduktion von Depression und Angst.			
Bräuninger, 2017: „Tanztherapie in der Krebs- behandlung.“ [473]	Review Suchzeitraum: 2017 Datenbanken: AMED, CINAHL, MED- LINE, PsycBO- OKS, PsycINFO, PSYINDEX, EBSCOhost Eingeschlossen: 38 Einschlusskrite- rien: quantita- tive Studien	SRs (inkl. Cochrane Re- views): 4 RCTs: 3 Quasi-Experi- mental: 1 Interventionsstu- die: 1 Qualitative Fall- studie: 1 vorwiegend Brustkrebspati- ent*innen Geschlecht: vor- wiegend weib- lich	Tanztherapie als einzige oder eine von mehre- ren Interventio- nen Länge der Inter- ventionen: hete- rogen Kontrollbedin- gungen: Ver- gleichsgruppen und Wirksam- keitsparameter sind heterogen, bei Vorhanden- sein wurde von ihnen berichtet	Pretest, Posttest Vergleich bei RCTs, Quasi-Ex- perimental, In- terventionsstu- die	Tanztherapie scheint ten- denziell Lebensqualität, Stressbewältigung, Depres- sivität, Angst, Kraft, Somatisierung bei Frauen zu verbessern		wenige hochwer- tige Primärstu- dien vor- handen, deshalb nur vor- sichtige Rückschlüs- se zur Wir- kung von Tanzthera- pie in Krebsbe- handlung möglich	1 a -

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung- en	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	(SRs, RCTs, Kon- trollstudien, In- terventionsstudien etc.), qualitative Studien, alle Al- tersstufen	Alter: Patient*in- nen aller Alters- gruppen wurden eingeschlossen Länder: N/A						
	Ausschlusskrite- rien: Studien ohne TT-Intervention							
Goodill, 2018: “Accumulating Evidence for Dance/Move- ment Therapy in Cancer Care.” [474] Eingeschlos- sene Primär- studien:	Review Suchzeitraum: N/A Datenbanken: 651 Datenban- ken, unter ande- rem PsycInfo, Alt HealthWatch, Medline, ProQu- est, and CINAHL	RCTs n=4 CCT n=3 Vorexperimen- telle Studien mit Ein-Gruppen-Prä- Post-Design n=4 Erwachsene: n=9, von denen n=8 mit Frauen mit Brustkres;	DMT (Kombi aus Bewegung und verbalen Ausdruck. Gruppenformat: n=8 Individuelle Therapie: n=2 Länge der Inter- ventionen:	Nicht beschrie- ben	Verbesserungen in QoL. Nicht beschrieben.			1a-

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Dibbel-Hope, 2000 Sandel et al., 2005 Ho et al., 2016a Ho et al., 2016b Madden et al., 2010 Goldov, 2012 Serlin et al., 2000 Mannheim and Weis, 2006 Sharma, 2016 Klagsbrun et al., 2005 Ho, 2005	Studien=10 (in 11 Publikatio- nen) N Gesamt = 468 K = N/A	Kinder: n=1 Caregivers (Fa- milie) von er- wachsenen Krebspatient*in- nen Geschlecht: vorwiegend weibliche Brust- krebspatientin- nen, Patient*in- nen mit anderen Krebsarten weib- lich und männ- lich Alter: heterogen, Kin- der und Erwach- sene Länder:	heterogen, zwii- schen 1 Stunde und 2 Tages- workshop Kontrollbedin- gungen: N/A					

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
		heterogen (e.g. China, westliche Kulturen)						
<p>Bradt et al., 2015: “Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients.” [475]</p> <p>Eingeschlossene Primärstudien:</p> <p>Dibbell-Hope (2000)</p> <p>Ho & Fong (2014)</p> <p>Sandel et al. (2005)</p>	<p>Review</p> <p>Suchzeitraum: N/A</p> <p>Datenbanken: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Science Citation Index, CancerLit, International Bibliography of Theatre and Dance, the National Research Register, Proquest Digital Dissertations, ClinicalTrials.gov, Current Controlled Trials</p>	<p>RCTs</p> <p>alle Studien mit zweiarmligen Gruppensdesign</p> <p>Brustkrebspatientinnen, Krebspatientinnen</p> <p>Geschlecht: 100% weiblich</p> <p>Alter: M = 53 Jahre</p> <p>Länder: Kaukasisch, Chinesisch, keine Angabe</p>	<p>DMT</p> <p>Review schloss alle Trials ein, die TAU plus Musiktherapie oder Musikmedizin verglichen mit: (1) TAU alleine; (2) TAU plus alternative Intervention (z.B. Musiktherapie vs. Musikmedizin); (3) TAU plus Placebo</p> <p>Länge der Interventionen: heterogen</p>	<p>Primärendpunkte:</p> <p><u>Psychologische Maße:</u></p> <p>Depression</p> <p>Angst</p> <p>Ärger Hoffnungslosigkeit</p> <p>Stimmung</p> <p>Selbstwert</p> <p><u>Symptombesserung:</u></p> <p>Fatigue</p> <p>Übelkeit</p> <p>Schmerzen</p> <p><u>Physische Maße:</u></p> <p>Physische Gesundheit</p> <p>Vitalität</p>	<p>Vergleich Pre- und Posttest:</p> <p><u>Depression</u></p> <p>2 RCTs, N=72, keine signifikanten Verbesserungen (SMD = 0.02, 95% CI -0.28 b 0.32, P = 0.89, I² = 0%)</p> <p><u>Stress</u></p> <p>2 RCTs, N=170, keine bis leichte Verbesserungen (SMD= -0.18, 95% CI -0.48 bis 0.12, P = 0.24, I² = 0%)</p> <p><u>Angst</u></p> <p>2 RCTs, N=170, uneindeutiges Ergebnis (SMD= 0.21, 95% CI -0.09 bis 0.51 P = 0.18, I² = 0%)</p> <p><u>Fatigue</u></p> <p>2 RCTs, N=170, keine bis leichte Verbesserungen (SMD =-0.36, 95% CI -1.26</p>		<p>Moderate (k=2) und sehr niedrige (k=1) Evidenzqualität – Ergebnisse unter Vorbehalt</p>	1a

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Einschlusskrite- rien: randomi- sierte und quasi- randomisierte Trials, DMT als Intervention, physiologische und psychologi- sche Outcomes bei Krebspatienten- innen K = 3 N Gesamt = 207		Kontrollbedin- gungen: TAU, Warteliste	Bewegungsmög- lichkeiten (ROM) Armbewegung Sekundärend- punkt: Physiologische Maße Beziehungen und soziale Un- terstützung Kommunikation Lebensqualität Körperbild Überlebensrate	bis 0.55, P = 0.44, I ² = 80%) <u>Körperbild</u> 2 RCTs, N=68, Keine Ver- besserungen (SMD= -0.13, 95% CI -0.61 bis 0.34, P = 0.58, I ² = 0%)			
Ho et al., 2016: “Effects of a Short-Term Dance Move- ment Therapy Program on	RCT Prospektiv multizentrisch 2 Arme	Brustkrebspati- ent*innen (Sta- dium 0-III, kurz vor Strahlenthe- rapie oder in der erste Woche der	Arm A: N= 69 DMT 6 Sitzungen, 2 Mal wöchentlich à 1.5h	Primärend- punkte: Wahrgenomme- ner Stress (PSS) Angst (HADS)	Vergleich Baseline und Follow-up (3 Wochen): <u>Wahrgenommener Stress</u> Signifikanter Effekt für DMT vs TAU, p=.039, d=.33			1b

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial.” [477]	Eingeschlossen: N=147 Ausgewertet: N=139 Zeitraum: 2011- 2013	adjuvanten Radi- otherapie) Geschlecht: 100% weiblich Alter: M= 48.9 Land: Hongkong	Arm B: N=70 TAU	Depression (HADS) Fatigue, Schwere und In- terferenz (BFI) Schmerzen, Schwere und In- terferenz (BPI) Schlafstörung (PSQI) Lebensqualität (FACT)	<u>Angst</u> Kein signifikanter Effekt DMT vs TAU p=.65, d=.08 <u>Depression</u> Kein signifikanter Effekt DMT vs TAU p=.53, d=.11 <u>Fatigue</u> Hinsichtlich Schwere der Fatigue kein signifikanter Effekt DMT vs TAU, p=.98, d=.01; Hinsichtlich der Interferenz der Fatigue ebenfalls kein signifikanter Effekt DMT vs TAU, p=.43, d=.14 <u>Schmerzen</u> Hinsichtlich Schwere der Schmerzen signifikanter Ef- fekt zugunsten DMT vs TAU, p=.035, d=.36;			RoB: LOW

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkun- gen	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
					Hinsichtlich Interferenz der Schmerzen signifikanter Effekt zugunsten DMT vs TAU, $p=.048$, $d=.35$ <u>Schlafstörung</u> Kein signifikanter Effekt DMT vs TAU, $p=.24$, $d=.20$ <u>Lebensqualität</u> Kein signifikanter Effekt DMT vs TAU, $p=.58$, $d=.10$			
Crane-Okada et al., 2012: “Mindful Movement Program for Older Breast Cancer Survivors, A Pilot Study.” [478]	RCT Prospektiv 2 Arme Eingeschlossen: N=49 Ausgewertet: N=48	Brustkrebspatientinnen ≥ 12 Monate nach OP, Chemotherapie, Biotherapie oder Radiotherapie; kein Nachweis einer metastatischen Erkrankung Land: USA	Arm A: N=29 MMP (DMT) 12 wöchentliche Sitzungen à 2h Arm B: N= 19 Keine Intervention	Primärendpunkte: Lebensqualität Achtsamkeit Sekundärendpunkte: Körperbild, Angst vor einem Rückfall Angst (HADS),	Vergleich Pretest, Posttest (12 Wochen) und Follow-up (18 Wochen): <u>Lebensqualität</u> Kein signifikanter Gruppenunterschied über die Zeit ($p>.05$) <u>Angst vor einem Rückfall</u> Post: Signifikante Verbesserung für IG ($p=.02$), allerdings nicht mehr signifikant bei FU			1 b RoB: LOW

Referenz/ (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Merkmale un- tersuchter Stu- dien	Interventionen	Untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	Neben-/ Wechsel- wirkung- en	Methodi- sche Be- merkun- gen	Evi- denz- klasse
	Zeitraum: 2008- 2009	Geschlecht: weiblich Alter: 50 Jahre oder älter		Depression (HADS), Oberkörper- Symptom (An- zahl), Affektive/emoti- onale Einstel- lung (SCS), Objektive Ein- stellung (The Ex- periences Ques- tionnaire), Achtsamkeit- Aufmerksam- keit, Achtsamkeits- einstellung (FFMQ)	<u>Achtsamkeit</u> Post (experiences question- naire): signifikante Verbes- serung für IG (p=.026); al- lerdings nicht mehr signifi- kant bei FU <u>Oberkörper-Symptome</u> Post: signifikante Verbesse- rung für KG (p=.04) Keine signifikanten Grup- penunterschiede für alle anderen Endpunkte			

2.6 Ergotherapie (2011 – 2020, LL Kapitel 9.2)

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Empfehlung 9.12.

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
<p>Huri et al., 2015: „Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer. A randomized controlled study.“ [479] Türkei</p>	34 Männer	<p>IG: 19 Alter: 70,89 (+/- 10,02) Jahre; KG: 15; Alter: 70,27 (+/- 6,95) Jahre</p>	<p>Metastatic prostate cancer (MPC) Stage III und IV laufende Hormontherapie</p>	<p>IG: kognitiv-verhaltenstherapeutisch basiertes ergotherapeutisches Stressmanagement-Training (OT-CBM) bestehend aus: klientenzentriertem individuellem ADL-Training; Freizeitaktivitäten in der Gruppe, Edukation zum Thema Stressmanagement & zur Erkrankung + praktischem Entspannungstraining (unterschiedliche Arten) zusätzlich zur Hormontherapie 12 Wochen Gesamtdauer 2x wöchentlich à 60 min im Gruppensetting</p>	<p>QoL: EORTC; QLQ-C30; EORTC QLQ-PR25 Teilhabe an Betätigungen/ Betätigungsperformanz: COPM</p>	<p>COPM: signifikante Verbesserungen in der IG in der Ausführung von Betätigungen (Prä: 3,63 ± 0,89; Post: 7,11 ± 1,04) und der Zufriedenheit der Patient*innen mit der Betätigungsperformanz (Prä: 3,68 ± 0,74; Post: 7,58 ± 0,96); Vorteil für die IG signifikant auch im Vergleich zwischen den Gruppen Lebensqualität/QoL: signifikant größere Verbesserungen der IG im Gruppenvergleich bzgl. QoL insgesamt (EORTC QLQ-C30 Skalen) signifikante Verbesserungen durch die Intervention bzgl. der EORTC QLQ-PR25 wahrgenommenen Begleitscheinungen der Therapie/Erkrankung (wie Probleme mit der sexuellen Aktivität, Harnverhalten/Blase und Hitzewallungen, die die Aktivitäten einschränken, wie z. B. Mobilität, Sozialverhalten, Schlaf)</p>	1b

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
Petruseviciene et al., 2018: „Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer.“ [480] Litauen	22 Frauen	Alter: 18-59 Jahre (50%); 60-80 Jahre (50%)	Brustkrebs Krankheitsdauer: je 50% < 5 Jahre sowie 50% ≥ 5 Jahre Stage 0-II: 77,3%; Stage III-IV: 22,7% Metastasen: 13,6% der TN nicht akut	ergotherapeutisches Gruppenprogramm - Vorträge/ Diskutieren Brustkrebsrelevante Themen (Schwellung/ eingeschränktes Bewegungsausmaß des Arms, Fatigue, Beeinträchtigungen der Lebensqualität) - Bewegung und Einbindung in kreative und bedeutungsvolle Betätigungen (meaningful activity) - Option individueller ergotherapeutischer Beratung zusätzlich zur Standardversorgung (Angebote für Frauen mit Brustkrebs von Selbsthilfe/ Patient*innenorganisationen) 6 Wochen 1x pro Woche à 1,5h abends nach der Arbeit	Lebensqualität: EORTC QLQ-BR23 EORTC QLQ-C30 Einbindung in bedeutungsvolle Betätigung: EMAS (nur in der IG)	EORTC QLQ-C30 im Zeitverlauf und Gruppenvergleich signifikant größere Verbesserungen mit überwiegend mittleren und großen Effekten in der IG bez. der Lebensqualität allgemein (r: 0,85); Körperfunktionen (r: 0,54), Rollenfunktionen (r: 0,46), emotionale Funktionen (r: 0,72), kognitive Funktionen (r: 0,72), soziale Funktionen (r: 0,66), Fatigue (r: 0,78), Schlaflosigkeit (r: 0,59) und finanziellen Auswirkungen der Erkrankung (r: 0,52). im Gruppenvergleich und Zeitverlauf im EORTC QLQ-BR23: IG bez. systemischen Nebenwirkungen der Therapie (r: 0,68) und Symptomen der Brust signifikant größere Verbesserungen (r: 0,48) keine signifikanten Gruppenunterschiede bez. der anderen Symptomskalen EMAS: Summenscore statistisch signifikant von 29 (Median; 24-35) auf 36 (Median; 31-42) gestiegen signifikant positiver Zusammenhang zwischen EMAS-Score und E-	1b

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
				gemeindebasiertes Gruppenprogramm (community setting)		ORTC QLQ-C30 Emotionale Funktionen ($r(10) = 0,663$; $p = 0,037$); negativer Zusammenhang mit Schlaflosigkeit ($r(10) = -0,658$; $p = 0,039$) sowie Obstipation ($r(10) = -0,681$; $p = 0,030$) gefunden	
Pilegaard et al., 2018: „The ‘Cancer Home-Life Intervention’: A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer.“ [481] Dänemark	n = 242, davon 124 Frauen	Alter: 67,91 (Mean)	häufigste Krebsarten: gastrointestinal: 30,6% Lunge: 19,8% Brust: 15,3% WHO Performance Status 1: 171 TN; 2: 70 TN (1 fehlender Datensatz) fortgeschrittene Krebserkrankungen	Cancer Home-Life Intervention: 1-3 ergotherapeutische Hausbesuche (max. 120 min) + 1-3 Telefonate nach 1. Hausbesuch (HB) zusätzlich zur Standardversorgung ambulanz Einzelsetting	ADL-Performanz: AMPS (Veränderungen in den motorischen Fähigkeiten) Sekundäre Endpunkte: AMPS (Veränderungen in den ADL-Prozessfähigkeiten) Einschränkungen bei priorisierten Alltagsaktivitäten: IPPA Autonomie und Teilhabe: IPA-DK HRQoL: EORTC QLQ-C30	leichte Verbesserungen der IG im Zeitverlauf in den motorischen ADL-Fertigkeiten (-0.14 (-0.27 to 0.00)) keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede sekundäre Endpunkte: keine statistisch signifikanten Unterschiede bez. sämtlicher Outcomes Einschränkung: 113 von 121 TN der IG erhielten lediglich einen Hausbesuch; 13 TN erhielten keinen Anruf, 62 nur einen Anruf, d. h. in den meisten Fällen nur 1 HB + 1 Anruf → Umsetzung der Intervention eingeschränkt + sehr ähnliche Standardversorgung	1b

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
						(häusliche oder palliative Versorgung oder ambulante Reha, ggf. auch inkl. ambulanter ET)	
Purcell et al., 2011: „Is education an effective management strategy for reducing cancer-related fatigue?“ [482] Australien	n = 110	Alter: 57.65 Jahre (Mean) 52 Frauen, 58 Männer	häufigste Krebsarten: Brustkrebs Prostatakrebs keine Angaben zum Stadium in Behandlung: Bestrahlung	CAN FIT (cancer related fatigue intervention trial); RFES (Radiotherapy Fatigue Education and Support): structured Power Point Presentation, participant handbook, goal setting sheet + progress diary, Follow-up Anrufe, 2 und 4 Wochen nach Edukation IG 1: Pre+Post RFES sessions IG 2: Pre RFES session (d. h. 1 Woche vor Bestrahlung) IG 3: Post RFES session (d. h. 1-2 Wochen nach Abschluss der Bestrahlung)	Fatigue: MFI HQoL: EQ-5D Freizeit, Aktivitäten/ Teilhabe im Bereich Selbstversorgung: FAI Teilhabe an körperlichen Aktivitäten: IPAQ short form Angst/Depression: HADS Schlaf: MOSS Zeit für Hausarbeit/ Erwerbsarbeit: HLQ		1b

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
				zusätzlich zur Bestrahlung unterschiedliche Kombinationen, Zeitpunkte und unterschiedlicher Umfang der Intervention Erhebungszeitpunkte: Prä-/Post-Bestrahlung + Follow-up nach 6 Wochen			
Sadeghi et al., 2016: „Effects of Energy Conservation Strategies on Cancer Related Fatigue and Health Promotion Lifestyle in Breast Cancer Survivors: a Randomized Control	n =135	IG: 69 TN, Alter: 55,7 +/- 10,2; KG: 66 TN, Alter: 55,6 +/- 13,7	Brustkrebs Stage I: 26 Personen Stage II: 59 Stage III: 50	kleine Gruppendiskussion auf Basis des evidenzbasierten ergotherapeutischen Fatigue Management Programms von Packer et al. 1995 1x pro Woche à 90 min 6-8 Cancer Survivor: Edukation; Planung/Vermittlung/Evaluation Energie-Management-Strategien; Aktivitäten-/Pausenma-	Fatigue: CFS (gesundheitsförderlicher) Lebensstil: HPLP II	IG: signifikante Verbesserung der Fatigue im Zeitverlauf bis zum Follow-up nach 8 Wochen (Prä: 41.5 (10.2), Post: 27.7 (14.1), Follow-up: 22.8 (18.2); F = 69.8, p<0.001; partial eta- squared: 0.2); signifikante Effekte auf allen Subskalen der CFS HPLP: signifikante Verbesserung in allen 6 Domänen in Zeitverlauf bis zum Follow-up (z. B. Gesamtskala: Prä: 130.9 (66.2), Post: 146.7 (45.3), Follow-up: 151.9 (70.1); F = 41.6, p < 0.001)	1b

Erstautor*in/ Jahr/ Land	n	Alter	Tumorart Stadium	Intervention Dauer Setting	Outcomes	Ergebnisse	Evidenz- klasse
Trial.“ [483] Iran				nagement, Tagesstrukturi- erung, Hausaufgaben zusätzlich zur Chemo- therapie 5 Wochen Gruppensetting			

3 Literaturverzeichnis

1. Akechi T, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, u. a. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*. 2010;19(4):384–9.
2. Aranda S, Schofield P, Weih L, Yates P, Milne D, Faulkner R, u. a. Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14(3):211–22.
3. Armes J, Crowe M, Colbourne L, Morgan H, Murrells T, Oakley C, u. a. Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *J Clin Oncol*. 2009;27(36):6172–9.
4. Baker-Glenn EA, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell AJ. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology*. 2011;20(5):525–31.
5. Barg FK, Cronholm PF, Straton JB, Keddem S, Knott K, Grater J, u. a. Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986-2005. *Cancer*. 2007;110(3):631–9.
6. Beesley V, Eakin E, Steginga S, Aitken J, Dunn J, Battistutta D. Unmet needs of gynaecological cancer survivors: implications for developing community support services. *Psychooncology*. April 2008;17(4):392–400.
7. Beutel M, Heinrich G, Sellschopp A, Keller M, Adermayer W. Bedarf und Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Versorgung Krebskranker - am Beispiel der onkologischen Tagesklinik. Need for and utilization of outpatient psychosocial care in cancer patients illustrated by the example of an oncological day-care hospital. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1996;46(8):304–11.
8. Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafondi A, Miccinesi G, u. a. Assessment of psychological distress in cancer patients: a pivotal role for clinical interview. *Psychooncology*. Dezember 2010;19(12):1294–302.
9. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Hersey P, Paul C, Foot G. Assessing the Perceived Needs of Patients Attending an Outpatient Melanoma Clinic. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1999;17(3–4):101–18.
10. Bunston T, Mings D, Laperriere N, Malcolm J, Williams D. The impact of psychosocial need and needs resolution on quality of life in patients with brain tumors. *Neurosurg Focus*. 1998;4(6):e7.
11. Charles K, Sellick SM, Montesanto B, Mohide EA. Priorities of Cancer Survivors Regarding Psychosocial Needs. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1996;14(2):57–72.
12. Chen SC, Yu WP, Chu TL, Hung HC, Tsai MC, Liao CT. Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. *Cancer Nurs*. Juli 2010;33(4):280–9.
13. Clavarino AM, Lowe JB, Carmont SA, Balanda K. The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. *Aust J Rural Health*. 2002;10(4):188–95.
14. de Vries A, Söllner W, Steixner E, Auer V, Schiessling G, Stzankay A, u. a. Subjective psychological stress and need for psychosocial support in cancer patients during radiotherapy treatment. *Strahlenther Onkol*. 1998;174(8):408–14.
15. Ernst J, Lehmann A, Krauß O, Köhler U, Schwarz † R. Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patient*innen. *TumorDiagnostik und Therapie*. 2009;30:269–74.

16. Ernst J, Faller H, Koch U, Brähler E, Härter M, Schulz H, u. a. Doctor's recommendations for psychosocial care: Frequency and predictors of recommendations and referrals. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205160.
17. Ernstmann N, Neumann M, Ommen O, Galushko M, Wirtz M, Voltz R, u. a. Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer*. November 2009;17(11):1417-23.
18. Faller H, Olshausen B, Flentje M. Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatient*innen zu Beginn der Strahlentherapie. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. Mai 2003;53(5):229-35.
19. Faller H, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, u. a. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv*. Februar 2016;10(1):62-70.
20. Faller H, Weis J, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M, u. a. Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. Februar 2016;81:24-30.
21. Faller H, Weis J, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M, u. a. Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients: Utilization of psychological care in cancer. *Psycho-Oncology*. April 2017;26(4):537-43.
22. Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, u. a. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*. Oktober 2017;100(10):1934-42.
23. Fitch MI, Steele R. Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2010;20(2):66-74.
24. Foot G, Sanson Fisher R. Measuring the unmet needs of people living with cancer. *Cancer Forum*. 1995;19(2):131-5.
25. Fritzsche K, Struss Y, Stein B, Spahn C. Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematol Oncol*. Juni 2003;21(2):83-9.
26. Gangeri L, Tamburini M, Borreani C, Brunelli C, Miccinesi G, Murru L, u. a. Candidates for liver transplantation for cancer: physical, psychological, and social conditions. *Transplantation*. 2002;73(10):1627-35.
27. Girgis A, Boyes A, Sanson-Fisher RW, Burrows S. Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Aust N Z J Public Health*. April 2000;24(2):166-73.
28. Goerling U, Odebrecht S, Schiller G, Schlag PM. Psychosozialer Betreuungsbedarf bei stationären Tumorpatient*innen. *Der Chirurg*. Januar 2006;77(1):41-6.
29. Griesser AC, Vlastos G, Morel L, Beaume C, Sappino AP, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;20(4):466-74.
30. Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A, Hunt GE, Stenlake A, Hobbs KM, u. a. Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol*. Februar 2007;104(2):381-9.
31. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobbs KM, Wain G. Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Cancer*. Mai 2007;15(5):515-23.

32. Hwang SS, Chang VT, Cogswell J, Alejandro Y, Osenenko P, Morales E, u. a. Study of unmet needs in symptomatic veterans with advanced cancer: incidence, independent predictors and unmet needs outcome model. *J Pain Symptom Manage.* November 2004;28(5):421–32.
33. Hwang SY, Park BW. The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. *Yonsei Med J.* 2006;47(4):524–33.
34. Im EO, Chee W, Guevara E, Lim HJ, Liu Y, Shin H. Gender and ethnic differences in cancer patients' needs for help: an Internet survey. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(8):1192–204.
35. Inhestern L, Johannsen LM, Bergelt C. Families Affected by Parental Cancer: Quality of Life, Impact on Children and Psychosocial Care Needs. *Front Psychiatry.* 10. November 2021;12:765327.
36. Janda M, Steginga S, Dunn J, Langbecker D, Walker D, Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Educ Couns.* Mai 2008;71(2):251–8.
37. Li J, Girgis A. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population? *Psychooncology.* Juni 2006;15(6):509–16.
38. Liao YC, Liao WY, Shun SC, Yu CJ, Yang PC, Lai YH. Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. *Support Care Cancer.* November 2011;19(11):1743–51.
39. Lintz K, Moynihan C, Steginga S, Norman A, Eeles R, Huddart R, u. a. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology.* Dezember 2003;12(8):769–83.
40. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psychooncology.* Mai 2010;19(5):508–16.
41. McIlmurray MB, Thomas C, Francis B, Morris S, Soothill K, Al-Hamad A. The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *Eur J Cancer Care (Engl).* Dezember 2001;10(4):261–9.
42. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res.* 2008;64(4):383–91.
43. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology.* Februar 2010;19(2):141–9.
44. Millar B, Patterson P, Desille N. Emerging adulthood and cancer: how unmet needs vary with time-since-treatment. *Palliat Support Care.* 2010;8(2):151–8.
45. Miller BE, Pittman B, Strong C. Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *Int J Gynecol Cancer.* 2003;13(2):111–9.
46. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psychooncology.* Januar 2008;17(1):58–65.
47. Mistry A, Wilson S, Priestman T, Damery S, Haque M. How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. *JRSM Short Rep.* 2010;1(4):30.
48. Moadel AB, Morgan C, Dutcher J. Psychosocial needs assessment among an underserved, ethnically diverse cancer patient population. *Cancer.* 2007;109(2 Suppl):446–54.

49. Morasso G, Capelli M, Viterbori P, Di Leo S, Alberisio A, Costantini M, u. a. Psychological and symptom distress in terminal cancer patients with met and unmet needs. *J Pain Symptom Manage.* Juni 1999;17(6):402–9.
50. Neumann M, Wirtz M, Ernstmann N, Ommen O, Längler A, Edelhäuser F, u. a. Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. *Support Care Cancer.* 2011;19(8):1197–209.
51. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Ackland S. The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl).* Juni 1999;8(2):73–82.
52. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schadé E, Grol RPTM. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer.* 2005;13(9):722–32.
53. Pigott C, Pollard A, Thomson K, Aranda S. Unmet needs in cancer patients: development of a supportive needs screening tool (SNST). *Support Care Cancer.* Januar 2009;17(1):33–45.
54. Rabe C, Braun A. Zusammenhang von Remissionsstatus und psychosozialen Beduerfnissen sowie sozialer Unterstuetzung bei stationaeren Tumorpatient*innen - eine erste Erprobung des Psychosocial Needs Assessment Survey. *Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie [Internet].* 2002;11(1). Verfügbar unter: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyn&AN=0151129>
55. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Br J Cancer.* 2009;101(5):759–64.
56. Ream E, Quennell A, Fincham L, Faithfull S, Khoo V, Wilson-Barnett J, u. a. Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *Br J Cancer.* 17. Juni 2008;98(12):1903–9.
57. Roberts KJ, Lepore SJ, Urken ML. Quality of life after thyroid cancer: an assessment of patient needs and preferences for information and support. *J Cancer Educ.* 2008;23(3):186–91.
58. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology.* Mai 2010;19(5):480–9.
59. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group. Cancer.* 2000;88(1):226–37.
60. Schäffeler N, Enck P, Riessen I, Seitz D, Marmé A, Wallwiener D, u. a. Screening psychischer Belastungen und Erhebung des Wunsches nach psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patient*innen mit Mammakarzinom. *Z Psychosom Med Psychother.* 2010;56(2):207–19.
61. Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Dassen T, van den Borne B. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *Eur J Oncol Nurs.* Juli 2011;15(3):260–6.
62. Siedentopf F, Marten-Mittag B, Utz-Billing I, Schoenegg W, Kantenich H, Dinkel A. Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;148(2):166–71.
63. Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann RD, Köhler U, Krauss O, u. a. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatient*innen im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr.* Oktober 2007;132(40):2071–6.
64. Singer S, Götze H, Möbius C, Witzigmann H, Kortmann RD, Lehmann A, u. a. Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. *Langenbecks Arch Surg.* Juli 2009;394(4):723–31.

65. Smith DP, Supramaniam R, King MT, Ward J, Berry M, Armstrong BK. Age, health, and education determine supportive care needs of men younger than 70 years with prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25(18):2560-6.
66. Söllner W, Maislinger S, König A, Devries A, Lukas P. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psychooncology.* Dezember 2004;13(12):893-7.
67. Soothill K, Morris SM, Harman J, Francis B, Thomas C, McIlmurray MB. The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer.* November 2001;9(8):597-605.
68. Squiers L, Finney Rutten LJ, Treiman K, Bright MA, Hesse B. Cancer patients' information needs across the cancer care continuum: evidence from the cancer information service. *J Health Commun.* 2005;10 Suppl 1:15-34.
69. Steele R, Fitch MI. Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs.* 2008;31(4):284-91.
70. Steginga SK, Occhipinti S, Dunn J, Gardiner RA, Heathcote P, Yaxley J. The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psychooncology.* 2001;10(1):66-75.
71. Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* November 2009;18(6):577-84.
72. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Boeri P, Borreani C, Bosisio M, u. a. Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer.* 2003;3:12.
73. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, u. a. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2011;41(4):530-6.
74. Voogt E, van Leeuwen AF, Visser AP, van der Heide A, van der Maas PJ. Information needs of patients with incurable cancer. *Support Care Cancer.* November 2005;13(11):943-8.
75. Weis J, Hönic K, Bergelt C, Faller H, Brechtel A, Hornemann B, u. a. Psychosocial distress and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany. *Psycho-Oncology.* Dezember 2018;27(12):2847-54.
76. Willems RA, Bolman CAW, Mesters I, Kanera IM, Beaulen AAJM, Lechner L. Cancer survivors in the first year after treatment: the prevalence and correlates of unmet needs in different domains: Unmet needs among early survivors. *Psycho-Oncology.* Januar 2016;25(1):51-7.
77. Wong F, Stewart DE, Dancy J, Meana M, McAndrews MP, Bunston T, u. a. Men with prostate cancer: influence of psychological factors on informational needs and decision making. *J Psychosom Res.* Juli 2000;49(1):13-9.
78. Wong RKS, Franssen E, Szumacher E, Connolly R, Evans M, Page B, u. a. What do patients living with advanced cancer and their carers want to know? - a needs assessment. *Support Care Cancer.* Juli 2002;10(5):408-15.
79. Zebrack B. Information and service needs for young adult cancer patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2008;16(12):1353-60.
80. Zebrack B. Information and service needs for young adult cancer survivors. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2009;17(4):349-57.

81. Zenger M, Ernst J, Götze H, Stolzenburg JU, Hinz A. Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patient*innen mit Prostatakarzinom – eine Längsschnitterhebung. The need for psychosocial support and the desire for counselling in prostate cancer patients – a longitudinal study. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 1. Januar 2010;19(2):51–9.
82. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*. 2002;95(5):1085–93.
83. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*. 2004;22(10):1957–65.
84. Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, u. a. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Japanese journal of clinical oncology*. 2016;46(1):71–7.
85. Alexander S, Palmer C, Stone PC. Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;122(2):573–8.
86. Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(3):586–90.
87. Aragona M, Muscatello MR, Mesiti M. Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients of southern Italy. *Ann N Y Acad Sci*. 1996;784:482–5.
88. Aragona M, Muscatello MR, Mesiti M. Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer. *J Exp Clin Cancer Res*. 1997;16(1):111–8.
89. Arolt V, Fein A, Driessen M, Dorlochter L, Maintz C. Depression and social functioning in general hospital in-patients. *Journal of psychosomatic research*. 1998;45(2):117–26.
90. Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2004;12(3):161–7.
91. Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psychooncology*. 1998;7(2):112–20.
92. Blázquez MH, Cruzado JA. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of psychosomatic research*. 2016;87:14–21.
93. Braeken APBM, Lechner L, Houben RMA, Van Gils FCJM, Kempen GIJM. Psychometric properties of the Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP) in Dutch cancer patients treated with radiotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;20(3):305–14.
94. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, u. a. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907–11.
95. Bringmann H, Singer S, Höckel M, Stolzenburg JU, Krauß O, Schwarz R. Long-term course of psychiatric disorders in cancer patients: a pilot study. *Psychosoc Med*. 2008;5:Doc03.
96. Bruera E, Moyano J, Seifert L, Fainsinger RL, Hanson J, Suarez-Almazor M. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage*. November 1995;10(8):599–603.
97. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330(7493):702.

98. Bussian C, Wollbrück D, Danker H, Herrmann E, Thiele A, Dietz A, u. a. Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. Februar 2010;267(2):261–6.
99. Dinkel A, Kreamsreiter K, Marten-Mittag B, Lahmann C. Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. *General hospital psychiatry*. 2014;36(6):613–9.
100. Chan CMH, Wan Ahmad WA, Yusof MMD, Ho GF, Krupat E. Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews. *Psycho-oncology*. 2015;24(6):718–25.
101. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. „Are you depressed?“ Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1997;154(5):674–6.
102. Chow E, Connolly R, Wong R, Franssen E, Fung KW, Harth T, u. a. Use of the CAGE questionnaire for screening problem drinking in an out-patient palliative radiotherapy clinic. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(6):491–7.
103. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. April 2001;10(2):156–65.
104. Compen FR, Adang EMM, Bisseling EM, Van der Lee ML, Speckens AEM. Exploring associations between psychiatric disorder, psychological distress, and health care utilization in cancer patients. *Psycho-oncology*. 2018;27(3):871–8.
105. Couper JW, Bloch S, Love A, Duchesne G, Macvean M, Kissane DW. The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Med J Aust*. 16. Oktober 2006;185(8):428–32.
106. Coyne JC, Palmer SC, Shapiro PJ, Thompson R, DeMichele A. Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *Gen Hosp Psychiatry*. April 2004;26(2):121–8.
107. Dausch B, Compas BE, Beckjord E, Luecken L, Anderson H, Sherman M, u. a. Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004;11(3):159–69.
108. Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, u. a. Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol*. Oktober 2008;38(10):653–60.
109. Esser P, Glaesmer H, Faller H, Koch U, Härter M, Schulz H, u. a. Posttraumatic Stress Disorder among cancer patients - Findings from a large and representative interview-based study in Germany. *Psycho-oncology*. 2019;28(6):1278–85.
110. Fatiregun OA, Olagunju AT, Erinfolami AR, Fatiregun OA, Arogunmati OA, Adeyemi JD. Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *Journal of psychosocial oncology*. 2016;34(5):432–47.
111. Fritzsche K, Liptai C, Henke M. Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2004;72(2):183–9.
112. Gandubert C, Carrière I, Escot C, Soulier M, Hermès A, Boulet P, u. a. Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case-control study. *Psychooncology*. Oktober 2009;18(10):1029–37.
113. Garland MR, Lavelle E, Doherty D, Golden-Mason L, Fitzpatrick P, Hill A, u. a. Cortisol does not mediate the suppressive effects of psychiatric morbidity on natural killer cell activity: a cross-sectional study of patients with early breast cancer. *Psychol Med*. April 2004;34(3):481–90.
114. Ginsburg ML, Quirt C, Ginsburg AD, MacKillop WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ*. 1995;152(5):701–8.

115. Goebel S, von Harscher M, Mehdorn HM. Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. *Support Care Cancer*. November 2011;19(11):1797–805.
116. Gopalan MR, Karunakaran V, Prabhakaran A, Jayakumar KL. Prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients - hospital-based, cross-sectional survey. *Indian journal of psychiatry*. 2016;58(3):275–80.
117. Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, u. a. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*. März 2006;4(1):47–56.
118. Grassi L, Rosti G. Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics*. 1996;37(6):523–32.
119. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Marmai L, Biancosino B. Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *J Affect Disord*. 2009;114(1–3):193–9.
120. Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, Epstein SA, Stockton P, Stern NM, u. a. Prevalence of post-traumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*. 1998;39(2):102–11.
121. Greer JA, Solis JM, Temel JS, Lennes IT, Prigerson HG, Maciejewski PK, u. a. Anxiety disorders in long-term survivors of adult cancers. *Psychosomatics*. 2011;52(5):417–23.
122. Hall A, A'Hern R, Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer*. Januar 1999;35(1):79–85.
123. Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J. Komorbide psychische Störungen bei Krebspatient*innen in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation I. *Die Rehabilitation*. Dezember 2000;39(6):317–23.
124. Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, u. a. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer*. Juli 2001;37(11):1385–93.
125. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, u. a. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):354–60.
126. Henry M, Rosberger Z, Ianovski LE, Hier M, Zeitouni A, Kost K, u. a. A screening algorithm for early detection of major depressive disorder in head and neck cancer patients post-treatment: Longitudinal study. *Psycho-oncology*. 2018;27(6):1622–8.
127. Hosaka T, Awazu H, Fukunishi I, Okuyama T, Wogan J. Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(3):209–13.
128. Inoguchi H, Shimizu K, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, u. a. Screening for untreated depression in cancer patients: a Japanese experience. *Japanese journal of clinical oncology*. 2016;46(11):993–9.
129. Iqbal A. Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*. 2004;16(4):65–9.
130. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, Maciejewski PK, Prigerson HG. Distinguishing Symptoms of Grief and Depression in a Cohort of Advanced Cancer Patients. *Death Studies*. März 2010;34(3):257–73.

131. Jenkins CA, Schulz M, Hanson J, Bruera E. Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital. *J Pain Symptom Manage.* März 2000;19(3):174-84.
132. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer.* 2005;104(12):2872-81.
133. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(4):763-8.
134. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *J Trauma Stress.* Juni 2007;20(3):325-34.
135. Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM, Tomlinson G. Screening for depression in head and neck cancer. *Psychooncology.* April 2004;13(4):269-80.
136. Kassam SA, Hlais S, Khater C, Chehade I, Haddad R, Chahine J, u. a. Depression and religiosity and their correlates in Lebanese breast cancer patients. *Psycho-oncology.* 2018;27(1):99-105.
137. Kawase E, Karasawa K, Shimotsu S, Imasato S, Ito K, Matsuki H, u. a. Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(4):321-2.
138. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Löwe B, u. a. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol.* 2004;15(8):1243-9.
139. Keszte J, Danker H, Dietz A, Meister E, Pabst F, Vogel HJ, u. a. Mental disorders and psychosocial support during the first year after total laryngectomy: a prospective cohort study. *Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery.* 2013;38(6):494-501.
140. Keszte J, Danker H, Dietz A, Meister E, Pabst F, Guntinas-Lichius O, u. a. Course of psychiatric comorbidity and utilization of mental health care after laryngeal cancer: a prospective cohort study. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery.* 2017;274(3):1591-9.
141. Kirsh KL, McGrew JH, Dugan M, Passik SD. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care.* März 2004;2(1):23-31.
142. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, u. a. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med J Aust.* 1998;169(4):192-6.
143. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* Mai 2004;38(5):320-6.
144. Krauß O, Ernst J, Kuchenbecker D, Hinz A, Schwarz R. Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatient*innen: Empirische Befunde. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie.* Juli 2007;57(7):273-80.
145. Krauss O, Hauss J, Jonas S, Leinung S, Halm U, Albani C, u. a. Psychische Begleiterkrankungen bei Krebspatient*innen in der Viszeralchirurgie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin.* 2011;82(3):263-70.
146. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol.* Mai 1998;28(5):333-8.

147. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, u. a. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 2000;88(12):2817–23.
148. Lau KL, Yim PHW, Cheung EYW. Psychiatric morbidity in Chinese women after cervical cancer treatment in a regional gynaecology clinic. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*. 2013;23(4):144–53.
149. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliat Med*. 1999;13(5):399–407.
150. Lee Y, Wu YS, Chien CY, Fang FM, Hung CF. Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Taiwanese Depression Questionnaire for screening depression in head and neck cancer patients in Taiwan. *Neuropsychiatric disease and treatment* [Internet]. 2016;12. Verfügbar unter: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2016-51188-001&site=ehost-live>
151. Leopold KA, Ahles TA, Walch S, Amdur RJ, Mott LA, Wiegand-Packard L, u. a. Prevalence of mood disorders and utility of the PRIME-MD in patients undergoing radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;42(5):1105–12.
152. Love AW, Scealy M, Bloch S, Duchesne G, Couper J, Macvean M, u. a. Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *Aust N Z J Psychiatry*. Mai 2008;42(5):423–9.
153. Lichtenthal WG, Nilsson M, Zhang B, Trice ED, Kissane DW, Breitbart W, u. a. Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psychooncology*. Januar 2009;18(1):50–61.
154. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients--a prospective study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Dezember 2001;10(4):270–4.
155. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2004;18(6):558–63.
156. Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *J Affect Disord*. April 2007;99(1–3):259–64.
157. Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliat Med*. Januar 1999;13(1):45–50.
158. Maneeton B, Maneeton N, Reungyos J, Intaprasert S, Leelarphat S, Thongprasert S. Prevalence and relationship between major depressive disorder and lung cancer: a cross-sectional study. *OTT*. 27. Mai 2014;7:815–21.
159. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, Porcelli P, u. a. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J Clin Psychiatry*. März 2005;66(3):391–4.
160. Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Sugawara Y, Akechi T, Imoto S, u. a. Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: a preliminary study. *Breast Cancer Res Treat*. November 2002;76(2):117–24.
161. McCaffrey JC, Weitzner M, Kamboukas D, Haselhuhn G, Lamonde L, Booth-Jones M. Alcoholism, depression, and abnormal cognition in head and neck cancer: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Januar 2007;136(1):92–7.

162. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*. 2007;16(3):181–8.
163. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, u. a. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(31):3540–6.
164. Meyer HAM, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 1. Assessing depression: the Mood Evaluation Questionnaire. *Palliat Med*. Oktober 2003;17(7):596–603.
165. Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer*. 1996;78(5):1131–7.
166. Morasso G, Costantini M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Musso M, u. a. Predicting mood disorders in breast cancer patients. *Eur J Cancer*. Januar 2001;37(2):216–23.
167. Mundy EA, Blanchard EB, Cirenza E, Gargiulo J, Maloy B, Blanchard CG. Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behav Res Ther*. Oktober 2000;38(10):1015–27.
168. Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akizuki N, Yoshikawa E, Kobayakawa M, Fujimori M, u. a. Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study. *Cancer Sci*. März 2006;97(3):199–205.
169. Nuhu F, Odejide O, Adebayo K, Adejumo O. Prevalence and predictors of depression in cancer patients in the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2008;18(3):107–14.
170. Nuhu FT, Adebayo KO, Adejumo O. Quality of life of people with cancers in Ibadan, Nigeria. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2013;22(4):325–33.
171. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I, u. a. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*. Mai 2000;61(2):131–7.
172. Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol*. Juni 2005;35(6):302–9.
173. Olden M, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W. Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? Assessment. März 2009;16(1):43–54.
174. Osório FL, Lima MP, Chagas MHN. Assessment and screening of panic disorder in cancer patients: performance of the PHQ-PD. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(1):91–4.
175. Özalp E, Soygür H, Cankurtaran E, Turhan L, Akbiyik D, Geyik P. Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psychooncology*. Juli 2008;17(7):668–75.
176. Parsons HA, Delgado-Guay MO, El Osta B, Chacko R, Poulter V, Palmer JL, u. a. Alcoholism screening in patients with advanced cancer: impact on symptom burden and opioid use. *J Palliat Med*. 2008;11(7):964–8.
177. Pasacreta JV. Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing research*. 1997;46(4):214–21.
178. Passik SD, Kirsh KL, Donaghy KB, Theobald DE, Lundberg JC, Holtsclaw E, u. a. An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a „lab test“ to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. *J Pain Symptom Manage*. April 2001;21(4):273–81.

179. Patel D, Sharpe L, Thewes B, Rickard J, Schnieden V, Lewis C. Feasibility of using risk factors to screen for psychological disorder during routine breast care nurse consultations. *Cancer Nurs.* 2010;33(1):19-27.
180. Patel D, Sharpe L, Thewes B, Bell ML, Clarke S. Using the Distress Thermometer and Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *J Affect Disord.* 2010;131(1-3):412-6.
181. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. Psychosomatics.* 1999;40(1):64-9.
182. Pirl WF, Siegel GI, Goode MJ, Smith MR. Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. *Psychooncology.* 2002;11(6):518-23.
183. Pirl WF, Greer J, Temel JS, Yeap BY, Gilman SE. Major depressive disorder in long-term cancer survivors: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *J Clin Oncol.* 2009;27(25):4130-4.
184. Popoola AO, Adewuya AO. Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria. *Psycho-oncology.* 2012;21(6):675-9.
185. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, u. a. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol.* 2002;20(7):1907-17.
186. Qiu J, Yang M, Chen W, Gao X, Liu S, Shi S, u. a. Prevalence and correlates of major depressive disorder in breast cancer survivors in Shanghai, China. *Psycho-oncology.* 2012;21(12):1331-7.
187. Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology.* 2008;17(7):660-7.
188. Reuter K, Härter M. Screening for mental disorders in cancer patients – discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by standardized clinical interview. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2001;10(2):86-96.
189. Reuter K, Raugust S, Marschner N, Härter M. Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* Mai 2007;16(3):222-30.
190. Ryan DA, Gallagher P, Wright S, Cassidy EM. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer and a two-item depression screen (Patient Health Questionnaire-2) with a „help“ question for psychological distress and psychiatric morbidity in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 2012;21(12):1275-84.
191. Saracino RM, Weinberger MI, Roth AJ, Hurria A, Nelson CJ. Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psycho-oncology.* 2017;26(10):1484-90.
192. Shim EJ, Hahm BJ, Yu ES, Kim HK, Cho SJ, Chang SM, u. a. Prevalence, correlates, and impact of depressive and anxiety disorder in cancer: Findings from a multicenter study. *Palliative & supportive care.* 2018;16(5):552-65.
193. Singer S, Danker H, Dietz A, Hornemann B, Koscielny S, Oeken J, u. a. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psychooncology.* 2008;17(3):280-6.
194. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2010;21(5):925-30.

195. Singer S, Szalai C, Briest S, Brown A, Dietz A, Eienkel J, u. a. Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age—Prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psycho-oncology*. 2013;22(10):2291–7.
196. Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W, Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*. 2010;116(7):1810–9.
197. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 2002;20(14):3137–48.
198. Su JA, Yeh DC, Chang CC, Lin TC, Lai CH, Hu PY, u. a. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017;13:2389–96.
199. Tabei SZ, Heydari ST, Mehrabani D, Shamsina SJ, Ahmadi J, Firouzi SM. Current substance use in patients with gastric cancer in Southern Iran. *J Cancer Res Ther*. 2006;2(4):182–5.
200. Tan SM, Beck KR, Li H, Lim ECL, Krishna LKR. Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. *Asian journal of psychiatry*. 2014;8:33–7.
201. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2003;21(1):69–77.
202. Voigt V, Neufeld F, Kaste J, Bühner M, Sckopke P, Wuerstlein R, u. a. Clinically assessed posttraumatic stress in patients with breast cancer during the first year after diagnosis in the prospective, longitudinal, controlled COGNICARES study. *Psycho-oncology*. 2017;26(1):74–80.
203. Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R, Coyle B, Strong V, u. a. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *J Psychosom Res*. 2007;63(1):83–91.
204. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, u. a. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(5):343–50.
205. Widows MR, Jacobsen PB, Fields KK. Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosom Med*. 2000;62(6):873–82.
206. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, u. a. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(2):118–29.
207. Wu YS, Lin PY, Chien CY, Fang FM, Chiu NM, Hung CF, u. a. Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month follow-up study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:1029–36.
208. Yadav P, Karkal R, Kakunje A, Mahatme N, Akhilesh M. Prevalence of depressive disorders among head-and-neck cancer patients: A hospital-based, cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*. 2019;61(4):409–14.
209. Zhao L, Li X, Zhang Z, Song C, Guo C, Zhang Y, u. a. Prevalence, correlates and recognition of depression in Chinese inpatients with cancer. *General hospital psychiatry*. 2014;36(5):477–82.
210. Zwahlen RA, Dannemann C, Grätz KW, Studer G, Zwahlen D, Moergeli H, u. a. Quality of life and psychiatric morbidity in patients successfully treated for oral cavity squamous cell cancer and their wives. *J Oral Maxillofac Surg*. Juni 2008;66(6):1125–32.
211. Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, van der Wal G. Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: is there a relationship? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2009;89(2):168–73.

212. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics*. 2001;42(2):141-5.
213. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*. 2004;100(1):183-91.
214. Bill-Axelson A, Garmo H, Lambe M, Bratt O, Adolfsson J, Nyberg U, u. a. Suicide risk in men with prostate-specific antigen-detected early prostate cancer: a nationwide population-based cohort study from PCBaSe Sweden. *Eur Urol*. 2010;57(3):390-5.
215. Botega NJ, de Azevedo RCS, Mauro MLF, Mitsuushi GN, Fanger PC, Lima DD, u. a. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):396-400.
216. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, u. a. Desire for death in the terminally ill. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(8):1185-91.
217. Choi YN, Kim YA, Yun YH, Kim S, Bae JM, Kim YW, u. a. Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2014;22(2):331-7.
218. Choi J, Lee M, Ki M, Lee JY, Song YJ, Kim M, u. a. Risk factors for feelings of sadness and suicide attempts among cancer survivors in South Korea: findings from nationwide cross-sectional study (KNHANES IV-VI). *BMJ open*. 2017;7(12):e016130.
219. Dormer NRC, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust*. 2008;188(3):140-3.
220. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med*. 2000;160(10):1522-6.
221. Fang F, Keating NL, Mucci LA, Adami HO, Stampfer MJ, Valdimarsdóttir U, u. a. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst*. 3. März 2010;102(5):307-14.
222. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Requests to forgo potentially life-prolonging treatment and to hasten death in terminally ill cancer patients: a prospective study. *J Pain Symptom Manage*. Februar 2006;31(2):100-10.
223. Henderson JM, Ord RA. Suicide in head and neck cancer patients. *J Oral Maxillofac Surg*. November 1997;55(11):1217-21; discussion 1221-1222.
224. Henry M, Rosberger Z, Bertrand L, Klassen C, Hier M, Zeitouni A, u. a. Prevalence and Risk Factors of Suicidal Ideation among Patients with Head and Neck Cancer: Longitudinal Study. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2018;159(5):843-52.
225. Jones JM, Huggins MA, Rydall AC, Rodin GM. Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *J Psychosom Res*. November 2003;55(5):411-8.
226. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, Robertson M. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med*. Januar 2003;33(1):75-81.
227. Kim J, Jang J, Stewart R, Kim S, Kim S, Kang H, u. a. Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2013;22(12):2848-56.
228. Latha KS, Bhat SM. Suicidal behaviour among terminally ill cancer patients in India. *Indian J Psychiatry*. April 2005;47(2):79-83.

229. Llorente MD, Burke M, Gregory GR, Bosworth HB, Grambow SC, Horner RD, u. a. Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*. März 2005;13(3):195–201.
230. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 10. Mai 2003;361(9369):1603–7.
231. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(29):4731–8.
232. Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage*. Januar 2004;27(1):44–52.
233. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. April 2006;15(4):355–60.
234. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37(2):201–11.
235. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs*. Juli 2005;28(4):318–24.
236. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, u. a. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(5):446–57.
237. Polednak AP. Suicide among breast cancer patients who have had reconstructive surgery: a population-based study. *Psychosomatics*. 2007;48(2):178–9.
238. Porta-Sales J, Crespo I, Monforte-Royo C, Marín M, Abenia-Chavarria S, Balaguer A. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Palliative medicine*. 2019;33(6):570–7.
239. Pranckeviciene A, Tamasauskas S, Deltuva VP, Bunevicius R, Tamasauskas A, Bunevicius A. Suicidal ideation in patients undergoing brain tumor surgery: prevalence and risk factors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24(7):2963–70.
240. Recklitis CJ, Zhou ES, Zwemer EK, Hu JC, Kantoff PW. Suicidal ideation in prostate cancer survivors: Understanding the role of physical and psychological health outcomes. *Cancer*. 2014;120(21):3393–400.
241. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *British Journal of Cancer*. 2009;101(1):198–201.
242. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, Moore M, u. a. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage*. Juni 2007;33(6):661–75.
243. Schneider KL, Shenassa E. Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2008;26(2):49–62.
244. Shim EJ, Hahm BJ. Anxiety, helplessness/hopelessness and „desire for hastened death“ in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20(3):395–402.
245. Shim EJ, Park JH. Suicidality and its associated factors in cancer patients: Results of a multi-center study in Korea. *International journal of psychiatry in medicine*. 2012;43(4):381–403.

246. Tang GX, Yan PP, Yan CL, Fu B, Zhu SJ, Zhou LQ, u. a. Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psycho-oncology*. 2016;25(1):97-103.
247. van der Lee ML, van der Bom JG, Swarte NB, Heintz APM, de Graeff A, van den Bout J. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23:6607-12.
248. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graeff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, u. a. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med*. 1996;335(22):1699-705.
249. Zhong BL, Li SH, Lv SY, Tian SL, Liu ZD, Li XB, u. a. Suicidal ideation among Chinese cancer inpatients of general hospitals: prevalence and correlates. *Oncotarget*. 2017;8(15):25141-50.
250. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatient*innen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. Januar 2006;54(3):213-23.
251. Goebel S, Mehdorn HM. Measurement of psychological distress in patients with intracranial tumours: the NCCN distress thermometer. *J Neurooncol*. August 2011;104(1):357-64.
252. Klingenstein A, Samel C, Garip-Kuebler A, Miller C, Liegl RG, Priglinger SG, u. a. The national comprehensive cancer network distress thermometer as a screening tool for the evaluation of quality of life in uveal melanoma patients. *Acta Ophthalmol [Internet]*. Mai 2020 [zitiert 9. Juni 2022];98(3). Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aos.14277>
253. Rapp M, Schipmann S, Hoffmann K, Wiewrodt R, Steiger HJ, Kamp M, u. a. Impact of distress screening algorithm for psycho-oncological needs in neurosurgical patients. *Oncotarget*. 3. August 2018;9(60):31650-63.
254. Wüller J, Küttner S, Foldenauer AC, Rolke R, Pastrana T. Accuracy of the Distress Thermometer for home care patients with palliative care needs in Germany. *Pall Supp Care*. Juni 2017;15(3):288-94.
255. Tilkorn M, Mawick R, Sommerfeld S, Strittmatter G. [Quality of life of patients with malignant facial and skin tumors--development of a questionnaire and initial findings of a study]. *Rehabilitation (Stuttg)*. Mai 1990;29(2):134-9.
256. Rumpold G, Augustin M, Zschocke I, Strittmatter G, Söllner W. Die Validität des Hornheider Fragebogens zur psychosozialen Unterstützung bei Tumorpatient*innen - Eine Untersuchung an zwei repräsentativen ambulanten Stichproben von Melanompatient*innen -. *Psychother Psycho-som Med Psychol*. Januar 2001;51(1):25-33.
257. Strittmatter G. Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie: Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatient*innen. 1. Aufl. Münster New York München Berlin: Waxmann; 1997. 450 S.
258. Strittmatter G, Mawick R, Tilkorn M. Entwicklung und klinischer Einsatz von Screening-Instrumenten zur Identifikation betreuungsbedürftiger Tumorpatient*innen. In: Bullinger M, Siegrist J, Ravens-Sieberer U, Herausgeber. *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 2000. S. 59-75. (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie).
259. Herschbach P, Brandl T, Knight L, Keller M. Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatient*innen: Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Dtsch Arztebl [Internet]*. 19. März 2004 [zitiert 9. Juni 2022];101(12). Verfügbar unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/41077/Einheitliche-Beschreibung-des-subjektiven-Befindens-von-Krebspatient*innen-Entwicklung-einer-psychoonkologischen-Basisdokumentation-\(PO-Bado\)](https://www.aerzteblatt.de/archiv/41077/Einheitliche-Beschreibung-des-subjektiven-Befindens-von-Krebspatient*innen-Entwicklung-einer-psychoonkologischen-Basisdokumentation-(PO-Bado))

260. Book K, Marten-Mittag B, Henrich G, Dinkel A, Scheddel P, Sehlen S, u. a. Distress screening in oncology-evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients-short form (QSC-R10) in a German sample: Distress screening in oncology. *Psycho-Oncology*. März 2011;20(3):287-93.
261. Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Marten-Mittag B. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) – an Expert Rating Scale for the Psychosocial Experience of Cancer Patients. *Oncol Res Treat*. 2008;31(11):591-6.
262. Renovanz M, Tsakmaklis H, Soebianto S, Neppel I, Nadji-Ohl M, Beutel M, u. a. Screening for distress in patients with intracranial tumors during the first 6 months after diagnosis using self-reporting instruments and an expert rating scale (the basic documentation for psycho-oncology short form - PO-Bado SF). *Oncotarget*. 24. Juli 2018;9(57):31133-45.
263. Marten-Mittag B, Book K, Buchhold B, Dinkel A, Gründobler B, Henrich G, u. a. The Basic Documentation for Psycho-Oncology Short Form (PO-Bado SF)-an expert rating scale for distress screening: development and psychometric properties: Validation expert rating PO-Bado Short Form. *Psycho-Oncology*. Juni 2015;24(6):653-60.
264. Herschbach P, Marten-Mittag B. Manual und Interviewleitfaden zur Psychoonkologischen Basisdokumentation - Brustkrebs (PO-Bado-BK) – Arbeitsgruppe PO-BaDo München [Internet]. 2007 [zitiert 9. Juni 2022]. Verfügbar unter: <https://www.yumpu.com/de/document/view/5853748/psychoonkologischen-basisdokumentation-po-bado>
265. Reuter K, Härter M. Screening for mental disorders in cancer patients – discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by standardized clinical interview. *Int J Method Psychiat Res*. Juni 2001;10(2):86-96.
266. Singer S, Kuhnt S, Götze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A, u. a. Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer*. März 2009;100(6):908-12.
267. Erim Y, Beckmann M, Gerlach G, Kümmel S, Oberhoff C, Senf W, u. a. Screening von psychischen Belastungen bei ersterkrankten Brustkrebspatient*innen: Einsatz von HADS-D und PO-Bado. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 1. Juli 2009;55(3):248-62.
268. Esser P, Hartung TJ, Friedrich M, Johansen C, Wittchen HU, Faller H, u. a. The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. *Psycho-Oncology*. Juni 2018;27(6):1509-16.
269. Hartung TJ, Friedrich M, Johansen C, Wittchen HU, Faller H, Koch U, u. a. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer: Depression Screening in Oncology. *Cancer*. 1. November 2017;123(21):4236-43.
270. Renovanz M, Soebianto S, Tsakmaklis H, Keric N, Nadji-Ohl M, Beutel M, u. a. Evaluation of the psychological burden during the early disease trajectory in patients with intracranial tumors by the ultra-brief Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety (PHQ-4). *Support Care Cancer*. Dezember 2019;27(12):4469-77.
271. Friedrich M, Nowe E, Hofmeister D, Kuhnt S, Leuteritz K, Sender A, u. a. Psychometric properties of the fatigue questionnaire EORTC QLQ-FA12 and proposal of a cut-off value for young adults with cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 15. Juni 2018;16(1):125.
272. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M, Nilsson Balfe L, Knols RH, Verra ML, u. a. Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2018;52(10):651-8.

273. Sanjida S, McPhail SM, Shaw J, Couper J, Kissane D, Price MA, u. a. Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-oncology*. 2018;27(9):2063–76.
275. Kapogiannis A, Tsoli S, Chrousos G. Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Explore (New York, NY)*. 2018;14(2):137–43.
276. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2013;31(6):782–93.
277. Gregoire C, Faymonville ME, Vanhauzenhuysse A, Charland-Verville V, Jerusalem G, Willems S, u. a. Effects of an intervention combining self-care and self-hypnosis on fatigue and associated symptoms in post-treatment cancer patients: A randomized-controlled trial. *Psycho-oncology*. 2020;(cps, 9214524).
278. Dikmen HA, Terzioglu F. Effects of Reflexology and Progressive Muscle Relaxation on Pain, Fatigue, and Quality of Life during Chemotherapy in Gynecologic Cancer Patients. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2019;20(1):47–53.
279. Gok Metin Z, Karadas C, Izgu N, Ozdemir L, Demirci U. Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2019;42(100885136):116–25.
280. Parsa Yekta ZP, Sadeghian FM, Taghavi Larijani TP, Mehran AM. The Comparison of Two Types of Relaxation Techniques on Postoperative State Anxiety in Candidates for The Mastectomy Surgery: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017;5(1):61–9.
281. Shahriari M, Dehghan M, Pahlavanzadeh S, Hazini A. Effects of progressive muscle relaxation, guided imagery and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer. *Journal of education and health promotion*. 2017;6(101593794):1.
282. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Marcou Y, Kitsios P, Paikousis L. Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLoS one*. 2016;11(6):e0156911.
283. Thuma K, Ditsataporncharoen T, Arunpongpaisal S, Siripul P. Hypnosis as an Adjunct for Managing Pain in Head and Neck Cancer Patients Post Radiotherapy. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2016;99 Suppl 5(izr, 7507216):S141-7.
284. Zgâia A, Pop F, Achimaş-Cadariu P, Vlad C, Rogobete A, Lisencu C, u. a. The impact of relaxation technique and pre-operative psychological counselling on pain, analgesic consumption and psychological symptoms on patients scheduled for breast cancer surgery—A randomized clinical study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 2016;16(2):205–20.
285. Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. Effect of Relaxation With Guided Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2015;17(11):e31277.
286. Amraoui J, Pouliquen C, Fraisse J, Dubourdiou J, Rey Dit Guzer S, Leclerc G, u. a. Effects of a Hypnosis Session Before General Anesthesia on Postoperative Outcomes in Patients Who Underwent Minor Breast Cancer Surgery: The HYPNOSEIN Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*. 2018;1(4):e181164.

287. Tang M, Liu X, Wu Q, Shi Y. The Effects of Cognitive-Behavioral Stress Management for Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Cancer Nurs.* 2020;43(3):222–37.
288. Kalter J, Verdonck-de Leeuw IM, Sweegers MG, Aaronson NK, Jacobsen PB, Newton RU, u. a. Effects and moderators of psychosocial interventions on quality of life, and emotional and social function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs. *Psychooncology.* 2018;27(4):1150–61.
289. Hsieh CC, Hsiao FH. The effects of supportive care interventions on depressive symptoms among patients with lung cancer: A metaanalysis of randomized controlled studies. *Palliat Support Care.* 2017;15(6):710–23.
290. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2016;11(100909747):CD008144.
291. de Boer A, Taskila T, Tamminga S, Feuerstein M, Frings-Dresen M, Verbeek J. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;(9).
292. Jho HJ, Myung SK, Chang YJ, Kim DH, Ko DH. Efficacy of pain education in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2013;21(7):1963–71.
293. Marie N, Lockett T, Davidson PM, Lovell M, Lal S. Optimal patient education for cancer pain: a systematic review and theory-based meta-analysis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2013;21(12):3529–37.
294. Coutino-Escamilla L, Pina-Pozas M, Tobias Garces A, Gamboa-Loira B, Lopez-Carrillo L. Non-pharmacological therapies for depressive symptoms in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *BREAST.* 2019;44(9213011):135–43.
295. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Jin S, Zhang H, u. a. Patient education programs for cancer-related fatigue: A systematic review. *Patient Education and Counseling.* 2015;98(11):1308–19.
296. Li Q, Lin Y, Liu X, Xu Y. A systematic review on patient-reported outcomes in cancer survivors of randomised clinical trials: Direction for future research. *Psycho-Oncology.* 2014;23(7):721–30.
297. Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(5):CD008729.
298. Li Z, Wei D, Zhu C, Zhang Q. Effect of a patient education and rehabilitation program on anxiety, depression and quality of life in muscle invasive bladder cancer patients treated with adjuvant chemotherapy. *Medicine.* 2019;98(44):e17437.
299. Al-Sulaiman RJ, Bener A, Doodson L, Bujassoum Al Bader S, Ghuloum S, Lemaux A, u. a. Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being, quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar. *International journal of women's health.* 2018;10(101531698):285–98.
300. Aliasgharpour M, Davodabady F, Sajadi M, Pedram Razi S, Kazem-nejad A. The effect of pain management training on the severity of pain in patients with cancer: a clinical trial study. *Iranian red crescent medical journal.* 2018;20(S1).
301. Mohd-Sidik S, Akhtari-Zavare M, Periasamy U, Rampal L, Fadhilah SI, Mahmud R. Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among cancer patients in Malaysia: Randomized controlled trial. *Patient education and counseling.* 2018;101(5):862–71.
302. Wu PH, Chen SW, Huang WT, Chang SC, Hsu MC. Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *The journal of nursing research : JNR.* 2018;26(4):266–79.

303. Li X, Li J, Shi Y, Wang T, Zhang A, Shao N, u. a. Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. Patient preference and adherence. 2017;11:1723-1727.
304. Ohlsson-Nevo E, Karlsson J, Nilsson U. Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2016;21(100885136):181-8.
305. Chow KM, Chan CWH, Choi KC, Siu KY, Fung HKS, Sum WM. A theory-driven psycho-educational intervention programme for gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2020;29:437-43.
306. Li Z, Geng W, Yin J, Zhang J. Effect of one comprehensive education course to lower anxiety and depression among Chinese breast cancer patients during the postoperative radiotherapy period - one randomized clinical trial. *Radiation oncology (London, England)*. 2018;13(1):111.
307. Yang GM, Teo I, Neo SHS, Tan D, Cheung YB. Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *The American journal of hospice & palliative care*. 2018;35(8):1050-6.
308. Bourmaud A, Anota A, Moncharmont C, Tinquaut F, Oriol M, Trillet-Lenoir V, u. a. Cancer-related fatigue management: evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the PEPs fatigue study. *British journal of cancer*. 2017;116(7):849-58.
309. Chan A, Gan YX, Oh SK, Ng T, Shwe M, Chan R, u. a. A culturally adapted survivorship programme for Asian early stage breast cancer patients in Singapore: A randomized, controlled trial. *Psycho-oncology*. 2017;26(10):1654-9.
310. Riese C, Weis B, Borges UJ, Beylich A, Dengler R, Hermes-Moll K, u. a. Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2017;25(11):3475-83.
311. Larson JL, Rosen AB, Wilson FA. The effect of telehealth interventions on quality of life of cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Health Informatics Journal*. Juni 2020;26(2):1060-79.
312. Xu A, Wang Y, Wu X. Effectiveness of e-health based self-management to improve cancer-related fatigue, self-efficacy and quality of life in cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Dezember 2019;75(12):3434-47.
313. Zhang Q, Zhang L, Yin R, Fu T, Chen H, Shen B. Effectiveness of telephone-based interventions on health-related quality of life and prognostic outcomes in breast cancer patients and survivors—A meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*. Januar 2018;27(1):1-10.
314. Chen YY, Guan BS, Li ZK, Li XY. Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: A meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2018;24(3):157-67.
315. Okuyama S, Jones W, Ricklefs C, Tran ZV. Psychosocial telephone interventions for patients with cancer and survivors: a systematic review. *Psychooncology*. 2015;24(8):857-70.
316. Borosund E, Ehlers SL, Varsi C, Clark MM, Andrykowski MA, Cvancarova M, u. a. Results from a randomized controlled trial testing StressProffen; an application-based stress-management intervention for cancer survivors. *Cancer medicine*. 2020;(101595310).
317. Dieng M, Morton RL, Costa DSJ, Butow PN, Menzies SW, Lo S, u. a. Benefits of a brief psychological intervention targeting fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another melanoma: 12-month follow-up results of a randomized controlled trial. *The British journal of dermatology*. 2020;182(4):860-8.

318. Dieng M, Butow PN, Costa DSJ, Morton RL, Menzies SW, Mireskandari S, u. a. Psychoeducational Intervention to Reduce Fear of Cancer Recurrence in People at High Risk of Developing Another Primary Melanoma: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2016;34(36):4405-14.
319. Jim HSL, Hyland KA, Nelson AM, Pinilla-Ibarz J, Sweet K, Gielissen M, u. a. Internet-assisted cognitive behavioral intervention for targeted therapy-related fatigue in chronic myeloid leukemia: Results from a pilot randomized trial. *Cancer*. 2020;126(1):174-80.
320. Bouchard LC, Yanez B, Dahn JR, Flury SC, Perry KT, Mohr DC, u. a. Brief report of a tablet-delivered psychosocial intervention for men with advanced prostate cancer: Acceptability and efficacy by race. *Translational behavioral medicine*. 2019;9(4):629-37.
321. Dong X, Sun G, Zhan J, Liu F, Ma S, Li P, u. a. Telephone-based reminiscence therapy for colorectal cancer patients undergoing postoperative chemotherapy complicated with depression: a three-arm randomised controlled trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2019;27(8):2761-9.
322. Nelson CJ, Saracino RM, Roth AJ, Harvey E, Martin A, Moore M, u. a. Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE): A pilot randomized controlled trial of a psychotherapy intervention for older adults with cancer. *Psycho-oncology*. 2019;28(1):39-47.
323. Reese JB, Smith KC, Handorf E, Sorice K, Bober SL, Bantug ET, u. a. A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2019;37(2):242-63.
324. Abrahams HJG, Gielissen MFM, Donders RRT, Goedendorp MM, van der Wouw AJ, Verhagen CAHHVM, u. a. The efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: A randomized controlled trial. *Cancer*. 2017;123(19):3825-34.
325. Ashing K, Miller A. Assessing the utility of a telephonically delivered psychoeducational intervention to improve health-related quality of life in African American breast cancer survivors: a pilot trial. *Psycho-oncology*. 2016;25(2):236-238.
326. DuHamel K, Schuler T, Nelson C, Philip E, Temple L, Schover L, u. a. The sexual health of female rectal and anal cancer survivors: results of a pilot randomized psycho-educational intervention trial. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2016;10(3):553-63.
327. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer*. 2015;121(1):150-8.
328. Casault L, Savard J, Ivers H, Savard MH. A randomized-controlled trial of an early minimal cognitive-behavioural therapy for insomnia comorbid with cancer. *Behaviour research and therapy*. 2015;67(9kp, 0372477):45-54.
329. Wenzel L, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL. Psychosocial telephone counseling for survivors of cervical cancer: results of a randomized biobehavioral trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2015;33(10):1171-9.
330. Ateama V, van Leeuwen M, Kieffer JM, Oldenburg HSA, van Beurden M, Gerritsma MA, u. a. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2019;37(10):809-22.
331. Chambers SK, Occhipinti S, Stiller A, Zajdlewicz L, Nielsen L, Wittman D, u. a. Five-year outcomes from a randomised controlled trial of a couples-based intervention for men with localised prostate cancer. *Psycho-oncology*. 2019;28(4):775-83.

332. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, u. a. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-oncology*. 2015;24(7):748–56.
333. Fox RS, Moreno PI, Yanez B, Estabrook R, Thomas J, Bouchard LC, u. a. Integrating PROMIS® computerized adaptive tests into a web-based intervention for prostate cancer. *Health Psychology*. 2019;38(5):403–9.
334. Lim SH, Chan SWC, Chow A, Zhu L, Lai JH, He HG. Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *Journal of advanced nursing*. 2019;75(6):1338–46.
335. Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, u. a. Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. *Journal of pain and symptom management*. 2019;58(4):632–44.
336. Mosher CE, Secinti E, Li R, Hirsh AT, Bricker J, Miller KD, u. a. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2018;26(6):1993–2004.
337. Wise M, Marchand LR, Roberts LJ, Chih MY. Suffering in Advanced Cancer: A Randomized Control Trial of a Narrative Intervention. *Journal of palliative medicine*. 2018;21(2):200–7.
338. Hass H, Muthny F, Stepien J, Lerch J, Von Der Marwitz C, Schrock R, u. a. Effects of a phone-based follow-up care after inpatient rehabilitation for breast cancer patients - A randomized controlled trial. *Tumor diagnostik und therapie*. 2017;38(10):641–649.
339. Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, u. a. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2017;35(12):1328–40.
340. Lai XB, Ching SSS, Wong FKY, Leung CWY, Lee LH, Wong JSY, u. a. A Nurse-Led Care Program for Breast Cancer Patients in a Chemotherapy Day Center: A Randomized Controlled Trial. *Cancer nursing*. 2019;42(1):20–34.
341. Ferguson RJ, Sigmon ST, Pritchard AJ, LaBrie SL, Goetze RE, Fink CM, u. a. A randomized trial of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for survivors of breast cancer with self-reported cognitive dysfunction. *Cancer*. 2016;122(11):1782–91.
342. Malmström M, Ivarsson B, Klefsgård R, Persson K, Jakobsson U, Johansson J. The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery—a six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;64:86–95.
343. Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, u. a. Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *Journal of pain and symptom management*. 2016;52(4):469–82.
344. Freeman LW, White R, Ratcliff CG, Sutton S, Stewart M, Palmer JL, u. a. A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-oncology*. 2015;24(8):910–8.
345. Perz J, Ussher JM, Australian Cancer and Sexuality Study Team. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC cancer*. 2015;15(100967800):629.
346. Ye M, Du K, Zhou J, Zhou Q, Shou M, Hu B, u. a. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psychooncology*. 2018;27(7):1695–703.

347. Sanjida S, McPhail SM, Shaw J, Couper J, Kissane D, Price MA, u. a. Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. September 2018;27(9):2063–76.
348. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M, Nilsson Balfe L, Knols RH, Verra ML, u. a. Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *BJSM online*. 2018;52(10):651–8.
349. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2018;27(11):2546–58.
350. Cobeanu O, David D. Alleviation of Side Effects and Distress in Breast Cancer Patients by Cognitive-Behavioral Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(4):335–55.
351. Bauereis N, Obermaier S, Ozunal SE, Baumeister H. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychooncology*. 2018;27(11):2531–45.
352. Zhang M, Huang L, Feng Z, Shao L, Chen L. Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis. *Minerva Med*. 2017;108(1):84–93.
353. Xiao F, Song X, Chen Q, Dai Y, Xu R, Qiu C, u. a. Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients After Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Breast Cancer*. 2017;17(3):171–9.
354. Beatty L, Kemp E, Butow P, Girgis A, Schofield P, Turner J, u. a. A systematic review of psychotherapeutic interventions for women with metastatic breast cancer: Context matters. *Psychooncology*. 2018;27(1):34–42.
355. Larkin D, Lopez V, Aromataris E. Managing cancer-related fatigue in men with prostate cancer: a systematic review of non-pharmacological interventions. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(5):549–60.
356. Balck F, Zschieschang A, Zimmermann A, Ordemann R. A randomized controlled trial of problem-solving training (PST) for hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients: Effects on anxiety, depression, distress, coping and pain. *Journal of psychosocial oncology*. 2019;37(5):541–56.
357. Bao H, Chen Y, Li M, Pan L, Zheng X. Intensive patient's care program reduces anxiety and depression as well as improves overall survival in de novo acute myelocytic leukemia patients who underwent chemotherapy: a randomized, controlled study. *Translational cancer research*. 2019;8(1):212–227.
358. Burm R, Thewes B, Rodwell L, Kievit W, Speckens A, van de Wal M, u. a. Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal Cancer survivors: follow-up of the SWORD randomized controlled trial. *BMC cancer*. 2019;19(1):462.
359. Fatehi S, Maasoumi R, Atashsokhan G, Hamidzadeh A, Janbabaei G, Mirrezaie SM. The effects of psychosexual counseling on sexual quality of life and function in Iranian breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*. 2019;175(1):171–9.
360. Peoples AR, Garland SN, Pigeon WR, Perlis ML, Wolf JR, Heffner KL, u. a. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Reduces Depression in Cancer Survivors. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2019;15(1):129–37.

361. Aminnasab A, Mohammadi S, Zareinezhad M, Chatrouz T, Mirghafari SB, Rahmani S. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *Tanaffos*. 2018;17(4):272–9.
362. Desautels C, Savard J, Ivers H, Savard MH, Caplette-Gingras A. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2018;37(1):1–13.
363. Kim YH, Choi KS, Han K, Kim HW. A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomised clinical trial. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(3–4):572–81.
364. Qiu H, Ren W, Yang Y, Zhu X, Mao G, Mao S, u. a. Effects of cognitive behavioral therapy for depression on improving insomnia and quality of life in Chinese women with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018;14(101240304):2665–73.
365. Scarpa M, Pinto E, Saraceni E, Cavallin F, Parotto M, Alfieri R, u. a. Randomized clinical trial of psychological support and sleep adjuvant measures for postoperative sleep disturbance in patients undergoing oesophagectomy. *The British journal of surgery*. 2017;104(10):1307–14.
366. Olesen ML, Duun-Henriksen AK, Hansson H, Ottesen B, Andersen KK, Zoffmann V. A person-centered intervention targeting the psychosocial needs of gynecological cancer survivors: a randomized clinical trial. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2016;10(5):832–41.
367. Pelekasis P, Zisi G, Koumarianou A, Marioli A, Chrousos G, Syrigos K, u. a. Forming a Stress Management and Health Promotion Program for Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Integrative cancer therapies*. 2016;15(2):165–74.
368. Aktaş D, Terzioğlu F. Effect of home care service on the sexual satisfaction of patients with gynecologic cancer. *Sexuality and Disability*. 2015;33(2):243–52.
369. Arving C, Assmus J, Thormodsen I, Berntsen S, Nordin K. Early rehabilitation of cancer patients- An individual randomized stepped-care stress-management intervention. *Psycho-oncology*. 2019;28(2):301–8.
370. Aubin S, Rosberger Z, Hafez N, Noory M, Perez S, Lehmann S, u. a. Cancer!? i don't have time for that: impact of a psychosocial intervention for young adults with cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 2019;8(2):172–189.
371. Garcia ACM, Simao-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira M da G, Carvalho EC de. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018;26(bxx, 9420934):e3027.
372. Hazard Vallerand A, Hasenau SM, Robinson-Lane SG, Templin TN. Improving Functional Status in African Americans With Cancer Pain: A Randomized Clinical Trial. *Oncology nursing forum*. 2018;45(2):260–72.
373. Richardson AE, Tennant G, Morton RP, Broadbent E. A Self-Regulatory Intervention for Patients with Head and Neck Cancer: Pilot Randomized Trial. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2017;51(5):629–41.
374. Cheung EO, Cohn MA, Dunn LB, Melisko ME, Morgan S, Penedo FJ, u. a. A randomized pilot trial of a positive affect skill intervention (lessons in linking affect and coping) for women with metastatic breast cancer. *Psycho-oncology*. 2016;26(12):2101–8.
375. Singer S, Danker H, Roick J, Einkenkel J, Briest S, Spieker H, u. a. Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. *Psycho-oncology*. 2017;26(10):1675–83.

376. Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S, Coto-Lesmes R, Pedrosa I. Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Behavior modification*. 2020;(915, 7803043):145445520916441.
377. Emafti M, Hedayatizadeh-Omran A, Noroozi A, Janbabai G, Tatari M, Modanloo M. The effect of group logotherapy on spirituality and death anxiety of patients with cancer: an open-label randomized clinical trial. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2019;13(3).
378. Mani A, Mehdipour Z, Ahmadzadeh L, Tahmasebi S, Khabir L, Mosalaei A. The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Psychotherapy on Psychological Well-being of Breast Cancer Patients in Shiraz, Iran. *Middle East Journal of Cancer*. 2019;10(3):231–8.
379. Peng W, Zhang H, Li Z. Responses of lung cancer survivors undergoing gamma knife surgery to supportive group psychotherapy. *Medicine*. 2019;98(9):e14693.
380. Ren W, Qiu H, Yang Y, Zhu X, Zhu C, Mao G, u. a. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. *Psychiatry research*. 2019;271(qc4, 7911385):52–9.
381. Tomei C, Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Harris C. Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2018;26(8):2751–62.
382. Pettiford J, Felts S, Wischkaemper E, Miller D, Crawford S, Layeequr Rahman R. A Bio-Psychosocial Intervention Program for Improving Quality of Life in Breast Cancer Survivors - Final Outcome of a Prospective Randomized Trial. *The breast journal*. 2017;23(5):537–44.
383. van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Cuijpers P, Holtmaat K, u. a. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2017;47(11):1990–2001.
384. Dowlatabadi MM, Ahmadi SM, Sorbi MH, Beiki O, Razavi TK, Bidaki R. The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic physician*. 2016;8(3):2175–80.
385. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari M, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*. 2015;8(2):71–76.
386. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, Gudenkauf LM, Jutagir DR, u. a. Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(11):1873–81.
387. Weisflog G, Braehler E, Leuteritz K, Barthel Y, Kuhnt S, Wiltink J, u. a. Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*. 2015;152(3):581–8.
388. Conley CC, Andersen BL. Lemons to lemonade: Effects of a biobehavioral intervention for cancer patients on later life changes. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2019;38(3):206–16.
389. Esplen MJ, Wong J, Warner E, Toner B. Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2018;36(8):749–56.
390. Ho RTH, Fong TCT, Lo PHY, Ho SMY, Lee PWH, Leung PPY, u. a. Randomized controlled trial of supportive-expressive group therapy and body-mind-spirit intervention for Chinese non-metastatic breast cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24(12):4929–37.

391. Naccarato AMEP, Reis LO, Ferreira U, Denardi F. Psychotherapy and phosphodiesterase-5 inhibitor in early rehabilitation after radical prostatectomy: a prospective randomised controlled trial. *Andrologia*. 2016;48(10):1183–7.
392. Schneider G, Kropff B, Unrath M, Floeth S, Semjonow A, Doering S. Ergebnisse einer psychoonkologischen Gruppenintervention bei männlichen Krebspatient*innen ab 60 Jahren—Eine randomisierte kontrollierte Studie = Results of a psychooncological group intervention in male cancer patients aged 60 years or older. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2016;62(4):1438–3608.
393. Hu Y, Liu T, Li F. Association between dyadic interventions and outcomes in cancer patients: a meta-analysis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2019;27(3):745–61.
394. Vintilă M, Ștefănuț AM, Sârbescu P. Effectiveness of couple psycho-oncological interventions in increasing patients and their partners' adaptation to disease: A systematic review and a meta-analysis. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2019;
395. Wang F, Luo D, Fu L, Zhang H, Wu S, Zhang M, u. a. The Efficacy of Couple-Based Interventions on Health-Related Quality of Life in Cancer Patients and Their Spouses: A Meta-analysis of 12 Randomized Controlled Trials. *Cancer nursing*. 2017;40(1):39–47.
396. Brandao T, Schulz MS, Matos PM. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. *Psychology & health*. 2014;29(5):491–516.
397. Griffin JM, Meis L, Greer N, Jensen A, MacDonald R, Rutks I, u. a. Effectiveness of Family and Caregiver Interventions on Patient Outcomes Among Adults with Cancer or Memory-Related Disorders: A Systematic Review. 2013;(VA-ESP Project #09-009).
398. Manne SL, Kashy DA, Zaider T, Kissane D, Lee D, Kim IY, u. a. Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial. *British journal of health psychology*. 2019;24(2):396–418.
399. Ammari ABH, Hendriksen C, Rydahl-Hansen S. Results from the family and coping oriented palliative homecare intervention study (FamCope)—A randomized controlled trial. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2018;36(5):557–81.
400. McCaughan E, Curran C, Northouse L, Parahoo K. Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied nursing research : ANR*. 2018;40(6lv, 8901557):143–51.
401. Nicolaisen A, Hagedoorn M, Hansen DG, Flyger HL, Christensen R, Rottmann N, u. a. The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: A randomised controlled trial. *Psycho-oncology*. 2018;27(3):922–8.
402. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, u. a. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU international*. 2015;115 Suppl 5(dcu, 100886721):35–45.
403. Li Y, Li X, Hou L, Cao L, Liu G, Yang K. Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. 2020;37(3):234–46.
404. Warth M, Kessler J, Koehler F, Aguilar-Raab C, Bardenheuer HJ, Ditzen B. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*. März 2019;33(3):332–45.
405. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *J Palliat Med*. 2018;21(7):1024–37.

406. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2017;56(cnn, 7502030):16-27.
407. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MF, Goedendorp MM, Jacobsen P, u. a. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7(100909747):CD012030.
408. Wang CW, Chow AY, Chan CL. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliat Med.* 2017;31(10):883-94.
409. Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology.* Juli 2019;28(7):1394-407.
410. Poort H, Peters MEWJ, van der Graaf WTA, Nieuwkerk PT, van de Wouw AJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, u. a. Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment: a randomized controlled trial. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology.* 2020;31(1):115-22.
411. Rodin G, Malfitano C, Rydall A, Schimmer A, Marmar CM, Mah K, u. a. Emotion And Symptom-focused Engagement (EASE): a randomized phase II trial of an integrated psychological and palliative care intervention for patients with acute leukemia. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.* 2020;28(1):163-76.
412. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, u. a. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer.* 2018;124(15):3231-9.
413. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, u. a. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2018;36(23):2422-32.
414. Wells-Di Gregorio SM, Marks DR, DeCola J, Peng J, Probst D, Zaleta A, u. a. Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. *Psycho-oncology.* 2019;28(1):76-84.
415. Onyechi KCN, Onuigbo LN, Eseadi C, Ikechukwu-Ilomuanya AB, Nwaubani OO, Umoke PCI, u. a. Effects of Rational-Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria. *International journal of environmental research and public health.* 2016;13(9).
416. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2015;33(7):749-54.
417. Nordly M, Skov Benthien K, Vadstrup ES, Kurita GP, von Heymann-Horan AB, von der Maase H, u. a. Systematic fast-track transition from oncological treatment to dyadic specialized palliative home care: DOMUS—A randomized clinical trial. *Palliative Medicine.* 2019;33(2):135-49.
418. Serfaty M, Armstrong M, Vickerstaff V, Davis S, Gola A, McNamee P, u. a. Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): A feasibility randomised controlled trial. *Psycho-oncology.* 2019;28(3):488-96.
419. Serfaty M, King M, Nazareth I, Moorey S, Aspden T, Tookman A, u. a. Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: the CanTalk RCT. *Health Technology Assessment (Winchester, England).* 2019;23(19):1-106.

420. Kleijn G, Lissenberg-Witte BI, Bohlmeijer ET, Steunenbergh B, Knipscheer-Kuijpers K, Willemsen V, u. a. The efficacy of Life Review Therapy combined with Memory Specificity Training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: A randomized controlled trial. *PloS one*. 2018;13(5):e0197277.
421. Azuero CB. Brief depression literacy intervention with palliative cancer outpatients. 2017; Verfügbar unter: <https://ir.ua.edu/handle/123456789/2679>
422. do Carmo TM, Paiva BSR, de Oliveira CZ, Nascimento MS de A, Paiva CE. The feasibility and benefit of a brief psychosocial intervention in addition to early palliative care in patients with advanced cancer to reduce depressive symptoms: a pilot randomized controlled clinical trial. *BMC cancer*. 2017;17(1):564.
423. Tang Y, Fu F, Gao H, Shen L, Chi I, Bai Z. Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2. Januar 2019;37(1):79-95.
424. Lewis-Smith H, Diedrichs PC, Rumsey N, Harcourt D. Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*. Dezember 2018;27(12):2687-99.
425. Hertrampf RS, Wärja M. The effect of creative arts therapy and arts medicine on psychological outcomes in women with breast or gynecological cancer: A systematic review of arts-based interventions. *The Arts in Psychotherapy*. November 2017;56:93-110.
426. Rabadán J, Chamarro A, Álvarez M. Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Revisión sistemática. PSIC*. 2017;14(2-3):187-202.
427. Archer S, Buxton S, Sheffield D. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials: CPIs for cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*. Januar 2015;24(1):1-10.
428. Boehm K, Cramer H, Staroszyński T, Ostermann T. Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014;2014:1-9.
429. Köhler F, Martin ZS, Hertrampf RS, Gäbel C, Kessler J, Ditzen B, u. a. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 16. April 2020;11:651.
430. Li Y, Xing X, Shi X, Yan P, Chen Y, Li M, u. a. The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. Mai 2020;76(5):1111-23.
431. Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J, u. a. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. Februar 2019;57(2):319-29.
432. Wang X, Zhang Y, Fan Y, Tan XS, Lei X. Effects of Music Intervention on the Physical and Mental Status of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast Care*. 2018;13(3):183-90.
433. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 15. August 2016 [zitiert 16. April 2021]; Verfügbar unter: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006911.pub3>
434. Nightingale CL, Rodriguez C, Carnaby G. The Impact of Music Interventions on Anxiety for Adult Cancer Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Integr Cancer Ther*. September 2013;12(5):393-403.

435. Zhang JM, Wang P, Yao J xin, Zhao L, Davis MP, Walsh D, u. a. Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. Dezember 2012;20(12):3043-53.
436. Alcântara-Silva TR, de Freitas-Junior R, Freitas NMA, de Paula Junior W, da Silva DJ, Machado GDP, u. a. Music Therapy Reduces Radiotherapy-Induced Fatigue in Patients With Breast or Gynecological Cancer: A Randomized Trial. *Integr Cancer Ther*. September 2018;17(3):628-35.
437. Bieligmeyer S, Helmert E, Hautzinger M, Vagedes J. Feeling the sound – short-term effect of a vibroacoustic music intervention on well-being and subjectively assessed warmth distribution in cancer patients—A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 1. Oktober 2018;40:171-8.
438. Porter S, McConnell T, Graham-Wisener L, Regan J, McKeown M, Kirkwood J, u. a. A randomised controlled pilot and feasibility study of music therapy for improving the quality of life of hospice inpatients. *BMC Palliat Care*. Dezember 2018;17(1):125.
439. Bates D, Bolwell B, Majhail NS, Rybicki L, Yurch M, Abounader D, u. a. Music Therapy for Symptom Management After Autologous Stem Cell Transplantation: Results From a Randomized Study. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. September 2017;23(9):1567-72.
440. Dóro CA, Neto JZ, Cunha R, Dóro MP. Music therapy improves the mood of patients undergoing hematopoietic stem cells transplantation (controlled randomized study). *Support Care Cancer*. März 2017;25(3):1013-8.
441. Letwin L, Silverman MJ. No between-group difference but tendencies for patient support: A pilot study of a resilience-focused music therapy protocol for adults on a medical oncology/hematology unit. *The Arts in Psychotherapy*. September 2017;55:116-25.
442. Rossetti A, Chadha M, Torres BN, Lee JK, Hylton D, Loewy JV, u. a. The Impact of Music Therapy on Anxiety in Cancer Patients Undergoing Simulation for Radiation Therapy. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*. September 2017;99(1):103-10.
443. Tuinmann G, Preissler P, Böhmer H, Suling A, Bokemeyer C. The effects of music therapy in patients with high-dose chemotherapy and stem cell support: a randomized pilot study. *Psychooncology*. März 2017;26(3):377-84.
444. Versteegen A. Effects of Hope-Based Music Therapy on Hope and Pain in Hospitalized Patients on Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study. September 2016 [zitiert 16. April 2021]; Verfügbar unter: <http://conservancy.umn.edu/handle/11299/183312>
445. Bradt J, Potvin N, Kesslick A, Shim M, Radl D, Schriver E, u. a. The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer*. Mai 2015;23(5):1261-71.
446. Moradian S, Walshe C, Shahidsales S, Ghavam Nasiri MR, Pilling M, Molassiotis A. Nevasic audio program for the prevention of chemotherapy induced nausea and vomiting: A feasibility study using a randomized controlled trial design. *European Journal of Oncology Nursing*. Juni 2015;19(3):282-91.
447. Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluchter M, Leeming R. Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *JCO*. 1. Oktober 2015;33(28):3162-8.
448. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music Therapy in Palliative Care. *Deutsches Aerzteblatt Online [Internet]*. 13. November 2015 [zitiert 16. April 2021]; Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0788>

449. Yates GJ, Silverman MJ. Immediate effects of single-session music therapy on affective state in patients on a post-surgical oncology unit: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy*. Juli 2015;44:57-61.
450. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, u. a. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*. Februar 2015;19(1):54-9.
451. Fredenburg HA, Silverman MJ. Effects of music therapy on positive and negative affect and pain with hospitalized patients recovering from a blood and marrow transplant: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy*. April 2014;41(2):174-80.
452. Fredenburg HA, Silverman MJ. Effects of cognitive-behavioral music therapy on fatigue in patients in a blood and marrow transplantation unit: A mixed-method pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. November 2014;41(5):433-44.
453. Ratcliff CG, Prinsloo S, Richardson M, Baynham-Fletcher L, Lee R, Chaoul A, u. a. Music Therapy for Patients Who Have Undergone Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014;2014:1-9.
454. Robb SL, Burns DS, Stegenga KA, Haut PR, Monahan PO, Meza J, u. a. Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant: A report from the Children's Oncology Group: Music Intervention for AYAs During HSCT. *Cancer*. 15. März 2014;120(6):909-17.
455. Rosenow SC, Silverman MJ. Effects of single session music therapy on hospitalized patients recovering from a bone marrow transplant: Two studies. *The Arts in Psychotherapy*. Februar 2014;41(1):65-70.
456. Cook EL, Silverman MJ. Effects of music therapy on spirituality with patients on a medical oncology/hematology unit: A mixed-methods approach. *The Arts in Psychotherapy*. April 2013;40(2):239-44.
457. Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M, u. a. Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. Mai 2013;45(5):822-31.
458. Romito F, Lagattolla F, Costanzo C, Giotta F, Mattioli V. Music therapy and emotional expression during chemotherapy. How do breast cancer patients feel? *European Journal of Integrative Medicine*. Oktober 2013;5(5):438-42.
459. Lin MF, Hsieh YJ, Hsu YY, Fetzer S, Hsu MC. A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety: Intervention for chemotherapy-induced anxiety. *Journal of Clinical Nursing*. April 2011;20(7-8):988-99.
460. Jiang X, Chen X, Xie Q, Feng Y, Chen S, Peng J. Effects of art therapy in cancer care: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care [Internet]*. September 2020 [zitiert 16. April 2021];29(5). Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13277>
461. Azmawati M, B B, M Z, M SA, WI C, R D. The Efficacy of Art Therapy on Mental Health Outcomes Among Breast Cancer Patients: The Current State of Evidence Based on Randomised Controlled Trials. *imjm [Internet]*. 2018 [zitiert 16. April 2021];17(2). Verfügbar unter: <https://journals.iium.edu.my/kom/index.php/imjm/article/view/274>
462. Kim KS, Loring S, Kwekkeboom K. Use of Art-Making Intervention for Pain and Quality of Life Among Cancer Patients: A Systematic Review. *J Holist Nurs*. Dezember 2018;36(4):341-53.
463. Zhang MF, Wen YS, Liu WY, Peng LF, Wu XD, Liu QW. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Meta-analysis. *Medicine*. November 2015;94(45):e0897-0.

464. Czamanski-Cohen J, Wiley JF, Sela N, Caspi O, Weihs K. The role of emotional processing in art therapy (REPAT) for breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 3. September 2019;37(5):586–98.
465. Jalambadani Z, Borji A. Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy on Healthy Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2):193.
466. Radl D, Vita M, Gerber N, Gracely EJ, Bradt J. The effects of Self-Book[®] art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. September 2018;27(9):2087–95.
467. Jang SH, Kang SY, Lee HJ, Lee SY. Beneficial Effect of Mindfulness-Based Art Therapy in Patients with Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *EXPLORE*. September 2016;12(5):333–40.
468. Joly F, Pasquier D, Hanzen C, Heutte N, Levy C, Le Tinier F, u. a. Impact of art therapy (AT) on fatigue and quality of life (QoL) during adjuvant external beam irradiation (EBI) in breast cancer patients (pts): a randomized trial. *Annals of Oncology*. Oktober 2016;27:vi499.
469. Öster I, Tavelin B, Egberg Thyme K, Magnusson E, Isaksson U, Lindh J, u. a. Art therapy during radiotherapy – A five-year follow-up study with women diagnosed with breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*. Februar 2014;41(1):36–40.
470. Monti DA, Kash KM, Kunkel EJ, Moss A, Mathews M, Brainard G, u. a. Psychosocial benefits of a novel mindfulness intervention versus standard support in distressed women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(11):2565–75.
471. Koch SC, Bräuninger I. Tanz- und Bewegungstherapie in der Onkologie – Übersicht zum Forschungsstand. *Onkologe*. September 2020;26(9):826–36.
472. Boing L, Rafael AD, Braga H de O, De Moraes A de JP, Sperandio FF, Guimarães AC de A. Dance as treatment therapy in breast cancer patients – a systematic review. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 1. Juli 2017;22(4):319–31.
473. Bräuninger I. Tanztherapie in der Krebsbehandlung: Forschungsstand und Anwendung bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Sportpsychologie*. April 2017;24(2):54–64.
474. Goodill SW. Accumulating Evidence for Dance/Movement Therapy in Cancer Care. *Front Psychol*. 28. September 2018;9:1778.
475. Bradt J, Shim M, Goodill SW. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 7. Januar 2015 [zitiert 25. Oktober 2021]; Verfügbar unter: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007103.pub3>
476. Ho RTH, Fong TCT, Yip PSF. Perceived stress moderates the effects of a randomized trial of dance movement therapy on diurnal cortisol slopes in breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*. Januar 2018;87:119–26.
477. Ho RTH, Fong TCT, Cheung IKM, Yip PSF, Luk M yee. Effects of a Short-Term Dance Movement Therapy Program on Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. Mai 2016;51(5):824–31.
478. Crane-Okada R, Kiger H, Sugerman F, Uman GC, Shapiro SL, Wyman-McGinty W, u. a. Mindful Movement Program for Older Breast Cancer Survivors: A Pilot Study. *Cancer Nursing*. Juli 2012;35(4):E1–13.
479. Huri M, Huri E, Kayihan H, Altuntas O. Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer. A randomized controlled study. *SMJ*. 1. August 2015;36(8):954–61.

480. Petrusėviciene D, Surmaitiene D, Baltaduoniene D, Lendraitiene E. Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer. *Occupational Therapy International*. 17. April 2018;2018:1-13.
481. Pilegaard MS, la Cour K, Gregersen Oestergaard L, Johnsen AT, Lindahl-Jacobsen L, Højris I, u. a. The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. *Palliat Med*. 1. April 2018;32(4):744-56.
482. Purcell A, Fleming J, Burmeister B, Bennett S, Haines T. Is education an effective management strategy for reducing cancer-related fatigue? *Support Care Cancer*. 1. September 2011;19(9):1429-39.
483. Sadeghi E, Gozali N, Moghaddam Tabrizi F. Effects of Energy Conservation Strategies on Cancer Related Fatigue and Health Promotion Lifestyle in Breast Cancer Survivors: a Randomized Control Trial. *APJCP*. Oktober 2016;17(10):4783-90.