

## Vorwort

Als in der Abteilung die Idee entstand, einen Zehnjahresbericht über die Tätigkeiten der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie in Dresden zu schreiben, waren wir uns wohl nicht bewusst, welche zusätzliche Arbeit auf uns zu kommen würde.

Das Ergebnis dieser Arbeit liegt vor Ihnen. Dabei können wir mit Freude und Stolz auf diese Schrift schauen, beleuchtet sie doch umfassend die Arbeit der letzten zehn Jahre. An dieser Stelle möchte ich mich zunächst bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich bedanken, die diese Schrift möglich gemacht haben und die in den vergangenen Jahren an den verschiedenen Tätigkeiten in der Forschung, der Lehre und der Krankenversorgung mitgewirkt haben.

Auch wenn 1996 einige Vertreter anderer Fächer und auch der Gründungsdekan meinten, Medizinische Psychologie sei eigentlich ein reines Unterrichtsfach und dabei sowohl die finanzielle, personelle und räumliche Ausstattung nach dieser Idee ausrichteten und sogar wünschten, das Fach möglichst zu verstecken, habe ich mich an diese eingeschränkte Vorgabe nicht gehalten.

Medizinische Psychologie hat als Grundlagenfach in der Vorklinik das breite Feld psychologischen Wissens - soweit es für die ärztliche Tätigkeit relevant ist - an die Studenten zu vermitteln. Diese Auffassung wurde eindrücklich durch die neue Approbationsordnung mit der Ausweitung der medizinpsychologischen Lehre bestätigt. Eine Wissensvermittlung steht auf tönernen Füßen, wenn das zu Vermittelnde nicht in der Praxis erprobt und angewendet wird. Patientenversorgung und patienten- und arztbezogene Forschung ergeben erst die Grundlage für einen effektiven studentischen Unterricht in Medizinischer Psychologie und Medizinischer Soziologie. Diesen Ansatz habe ich häufig gegen die Widerstände des Klinikums durchzusetzen versucht.

So waren z. B. die Rahmenbedingungen für eine medizinpsychologische Lehre und Forschung suboptimal. Zur Durchführung des Unterrichts musste auf Psychologen anderer Kliniken zurückgegriffen werden. An dieser Stelle sei den Kollegen für die zusätzlich übernommenen Arbeiten und die Bereitschaft, den Unterricht mit zu gestalten, herzlich gedankt. Leider konnte bis heute mit der Fakultät keine Lösung gefunden werden, die den Unterricht qualitativ auf einem höheren Niveau absichert.

In der Forschung erschwerte vor allem die fehlende räumliche Ausstattung die Durchführung von Vorstudien und Projekten. Um überhaupt Projekte realisieren zu können, mussten für die eingeworbenen Drittmittelstellen über mehrere Jahre Räume mit den finanziellen Mitteln der Förderer angemietet werden. Diese Situation hat sich bis heute nicht wesentlich gebessert.

Aus den bescheidenen Anfängen hat sich die Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum und an der Medizinischen Fakultät auf den Gebieten der Krankenversorgung, der Lehre und der Forschung in den letzten zehn Jahren weiter entwickelt.

In der Krankenversorgung wurde ein Konsiliardienst in Absprache mit der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik aufgebaut, Teamsupervisionen für verschiedene Kliniken durchgeführt, am Aufbau der psychosozialen Versorgung des UniversitätsKrebsCentrum (UCC) mitgewirkt und die psychotherapeutische Versorgung der Studenten etabliert. So wurden konsiliarisch bislang über 900 Patienten psychotherapeutisch versorgt.

Die Lehre wurde durch eine eigene Evaluation überprüft und davon ausgehend verbessert. Neben einem Wahlfach wurden zusätzliche Angebote für die Studenten eingeführt. Im Jahre 2003 wurde die Medizinische Soziologie nach dem Ausscheiden von Prof. Schott durch Beschluss der Fakultät der Medizinischen Psychologie zugeordnet. Eine große Herausforderung war die Umstellung auf das Dresdner Integrative Problem-/Praxis-/Patienten-Orientierte Lernen DIPOL<sup>®</sup>, die zeitgleich mit der Einführung der neuen Approbationsordnung vollzogen wurde. Durch meine Kooptation mit der Fachrichtung Psychologie in der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der TU Dresden konnten zahlreiche Diplomarbeiten und auch Dissertationen im Fach Psychologie vergeben und betreut werden.

Außerdem entstand eine enge Kooperation mit den Aufbaustudiengängen „Psychologische Psychotherapie“, zum einen an der TU Dresden und zum anderen mit dem Regionalinstitut Sachsen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).

Die Forschungstätigkeit in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie ist mehreren Leitgedanken verpflichtet. Zum einen sollen in alle Forschungsprojekte junge Kollegen (Psychologen, Mediziner) mit ihren Abschlussarbeiten (Diplomarbeiten, Promotionen) eingebunden werden. Dadurch können sie hautnah erfahren, wie ein wissenschaftliches Forschungsprojekt als Idee entsteht, welche Planungsschritte notwendig sind, wie die Abwicklung des Projektplanes er-

folgt, wie die Daten statistisch auszuwerten sind und welche Schlüsse aus den Ergebnissen zu ziehen sind. Zum zweiten werden alle Projektvorhaben so angelegt, dass aus den Plänen förderungswürdige Anträge für Drittmittel resultieren. Dies ist nicht immer, aber doch zu einem großen Teil gelungen. Einige Arbeiten mussten als Vorarbeiten aus Haushaltsmitteln bestritten werden. Zum dritten besteht der Grundsatz, Planung, Durchführungsprobleme, Ergebnisse und öffentliche Präsentationen ausführlich im Team zu diskutieren. Die dadurch entstandene Diskussionskultur führte zu einer guten Qualitätssicherung, neuen Forschungsideen und zu einer hohen Zufriedenheit der Beteiligten, aber auch zu einer kontinuierlichen Erhöhung der fachlichen Kompetenz. Zum vierten ist die Medizinische Psychologie stets darauf bedacht, die Forschungsarbeiten in Kooperation mit anderen Kliniken durchzuführen. An dieser Stelle sei allen Kooperationspartnern in den Kliniken und Instituten der TU Dresden aber auch den vielen externen Kooperationspartnern für die konstruktive Zusammenarbeit gedankt. Die Aufstellung der einzelnen Kooperationspartner findet sich bei den Projektbeschreibungen. Als letzter Punkt sei erwähnt, dass es natürlich ein Ziel war und ist, die erarbeiteten Forschungsergebnisse national und international zu publizieren.

In der medizinpsychologischen Forschung der Abteilung wurden Themenfelder, die durch mich im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf und in der Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck in den 70er und 80er Jahren begonnen wurden, fortgesetzt.

Einen Schwerpunkt bildeten die Fragen nach den psychischen Reaktionen der Patienten und ihrer Angehörigen auf eingreifende aber lebenserhaltende Behandlungsmethoden, wie Dialyse oder Transplantation. Gefragt wird nach der Art des Umgangs mit chronischen Erkrankungen und den wechselseitigen Beeinflussungen von chronischen Erkrankungen mit unterschiedlicher Verursachung, unterschiedlichem Verlauf und den Faktoren des sozialen Umfeldes. Schon in den 70er und 80er Jahren wurden dazu Untersuchungen zu den Reaktionen der Partner und der Familienmitglieder durchgeführt. Daraus sind die Forschungsschwerpunkte „Familie, Angehörige und Krankheit“ und „Psychosoziale Faktoren in der medizinischen Behandlung“ entstanden. In Dresden war es möglich, diese auf ein breiteres Feld auszuweiten.

Neben dieser sozialpsychologischen Perspektive auf Krankheit und Behandlung fragten wir zunehmend auch nach intrapsychischen Faktoren, die den Krankheitsverlauf oder Genesungsabläufe beeinflussen. Bewältigungsverhalten, Bindungsverhalten, präoperative Ängste, Belastungskomponenten und Kausal- sowie Kontrollattributionen - um nur einige zu nennen - rückten ins Blickfeld. Teilweise wa-

ren zur Untersuchung dieser Phänomene Messinstrumente neu zu entwickeln (Bindungsfragebogen, Fragebogen zu Kausal-Kontroll-Attribution bei Krankheiten, Genetischer Wissensindex) oder aus dem Englischen anzupassen (Partnerschaftsfragebögen). Die Arbeitsergebnisse wurden auf vielen nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und in Fachzeitschriften veröffentlicht.

Bei einem Zehnjahresrückblick geht der Blick natürlich auch nach vorn in die Zukunft. Hier ist zu wünschen, dass die eingeschlagenen Wege in Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiter verfolgt werden und die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie unter dem neuen Dach des Zentrums für Seelische Gesundheit einen gebührenden Platz in der Medizinischen Fakultät und im Universitätsklinikum findet.

Dresden, April 2006

Prof. Dr. Friedrich Balck

## **Mitarbeiter**

### **Leiter:**

Prof. Dr. phil. Friedrich Balck, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut

### **Mitarbeiter:**

Dr. rer. medic. Sabine Aßmann, Dipl.-Phil./Soz.

Dr. rer. medic. Hendrik Berth, Dipl.-Psych.

Marika Bourquain

Dipl.-Psych. Andreas Dinkel, Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Anja Fleischmann

Dr. rer. medic. Sabine Kunze, Dipl.-Psych.

Dipl.-Psych. Maïke Lippmann

### **Ehemalige Mitarbeiter:**

Dipl.-Psych. Clara Arnhold                      02/1999 - 01/2002

Dipl.-Psych. Katrin Große                      09/1999 - 04/2000

Dipl.-Psych. Katrin Helbig                      04/1998 - 03/1999

Dipl.-Psych. Birgit Jahn                      01/2003 - 11/2003

Dipl.-Psych. Martin Kallies                      09/1998 – 12/1999

Dipl.-Psych. Christine Langhans              10/1999 - 05/2000

Dipl.-Psych. Heike Lehmann                  07/2001 - 10/2002

## Mitarbeiter

---

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Dipl.-Psych. Ramona Prinz       | 11/1996 - 07/1999 |
| Sabine Rummelt                  | 08/2000 - 05/2003 |
| Marion Schierer                 | 09/1996 - 07/2000 |
| Dipl.-Psych. Birgit Schöppe     | 10/1998 - 06/2000 |
| Dipl.-Psych. Katrin Schückel    | 11/1996 - 08/1998 |
| Dr. phil. Achim Siegel          | 08/2000 - 05/2002 |
| Dipl.-Psych. Ulrich Soeder      | 02/1999 - 05/2002 |
| Dipl.-Psych. Friederike Stölzel | 11/2002 - 10/2004 |
| Dipl.-Psych. Gerard Tchitckian  | 01/2001 - 12/2003 |
| Dipl.-Psych. Simone Teske       | 07/2004 - 06/2005 |
| Dipl.-Psych. Carina Ulbrich     | 11/1999 - 10/2002 |
| Dipl.-Psych. Susan Wilczeck     | 08/2000 - 12/2000 |

## **Forschungsprojekte**

Ein Hauptpunkt der Forschungstätigkeit war die Entwicklung und Etablierung von Forschungsschwerpunkten im Bereich der Medizinischen Psychologie an der Medizinischen Fakultät. Dabei bildeten sich rasch fünf Forschungsschwerpunkte heraus: „Familie, Angehörige und Krankheit“, „Psychosoziale Faktoren in der medizinischen Behandlung“, „Psychische Aspekte bei Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf“, „Evaluation“ und mit dem Hinzutreten der Medizinischen Soziologie das Thema „Berufliche Sozialisation“. Die unten aufgeführte Liste der Forschungsarbeiten stellt nun eine Auswahl der in der Abteilung durchgeführten Arbeiten da.

Die Grundsätze bei den Arbeiten an den Forschungsprojekten wurden im Vorwort beschrieben. Der Grundsatz, möglichst eine Drittmittelförderung des jeweiligen Projektes zu erreichen, gelang bei elf Forschungsprojekten, die über die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), die Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF), die Otto-Brenner-Stiftung, die Hans-Böckler-Stiftung, die Rosa-Luxemburg-Stiftung, die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung, das Sächsische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst und das Regierungspräsidium Sachsen gefördert wurden. In den meisten Fällen konnten auch Psychologiediplomanden und Medizinpromovenden einbezogen werden (s. Qualifikationsarbeiten).

### **Forschungsschwerpunkt 1: Familie, Angehörige und Krankheit**

Chronische und lebensbedrohliche Erkrankungen beeinflussen den Partner, die Partnerschaft und die Familie des Kranken. Gleichzeitig üben soziale und psychologische Faktoren Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung aus. In diesem Schwerpunkt wird u. a. die Wechselbeziehung zwischen schwer körperlich Erkrankten und dem Verhalten des Partners sowie seiner Partnerschaft untersucht.

Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten chronischer Erkrankungen wurden bisher in diesem Forschungskontext wenig berücksichtigt. Wir folgen deshalb der Krankheitstypologie von Rolland (Fam. Systems Med., 1984) nach der das Auftreten (plötzlich - graduell), der Verlauf (progressiv - langsam progressiv) und der Grad der Lebensbedrohung durch die Erkrankung (z. B. bei Tumorerkrankungen, SHT) unterschieden werden. Die einzelnen Projekte variieren diese Gesichtspunkte.

## **Differentielle psychologische, psychosoziale und ökonomische Merkmale der ambulanten spezifischen Hauspflege (home care) und der stationären Klinikversorgung schwerkranker und sterbender Tumorkranken**

**Laufzeit:** 2000 - 2003

**Finanzierung:** Deutsche Krebshilfe e. V.

**Bearbeiter:** Prof. Dr. Friedrich Balck, Dipl.-Psych. Clara Arnhold, Dr. Hendrik Berth, Dipl.-Psych. Gérard Tchitchejian, Dipl.-Psych. Susan Wilczek, Dipl.-Psych. Heike Winkler

**Kooperation:** Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Dresden; St.-Joseph-Stift Dresden; Humaine-Klinik Dresden; Onkologische Praxen in Dresden

**Hintergrund und Fragestellung:** Trotz mancher diagnostischer und therapeutischer Fortschritte können von den jährlich ca. 300.000 Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland bislang nur 45 % durch primäre chirurgische, strahlentherapeutische oder chemotherapeutische Behandlungsstrategien geheilt werden. Weitere 15 % der primär behandelten Patienten erleiden ein inkurables Erkrankungsrezidiv. Angesichts der demographischen Entwicklung ist mit einer weiteren Zunahme der Krebsinzidenz zu rechnen. Andererseits haben neue Behandlungsmöglichkeiten die Überlebensdauer vieler Krebspatienten verlängert. Der Krankheitsverlauf hat sich so von dem einer akuten Erkrankung mit raschem, meist tödlichem Verlauf zu einer oftmals chronischen Krankheit mit langwieriger Behandlung, die zumeist ambulant oder im häuslichen Umfeld stattfindet, entwickelt.

Mit der Möglichkeit häuslicher Versorgung von schwerkranken Krebspatienten sind, nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen, pflegende Angehörige immer stärker in den Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Interesses gerückt. Über deren Belastungen in der letzten Lebensphase ist noch wenig bekannt. Ebenso bedarf es weiterer Erkenntnisse um die Bedingungen und Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungsmodalitäten auf den Pflegeprozess und die daran Beteiligten. Die vorliegende Studie hat sich zum Ziel gesetzt, aus der Untersuchung der Pflegesituation von Angehörigen palliativer onkologischer Patienten differenzielle Aussagen zu medizinischen und psychosozialen Voraussetzungen dieser Betreuungsmöglichkeit zu treffen. Dabei ist weiter zu untersuchen, in welchem Maße geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychischen Belastung bestehen und durch welche Adaptationsregulation eine Belastung kompensiert wird.

**Methode:** Es wurden N = 111 Angehörige von Tumorkranken im Palliativstadium zweimal im Abstand von drei Monaten befragt. Dabei wurden der tägliche

Betreuungsbedarf, die körperliche und psychische Belastung, die Lebensqualität und die Belastungs-Erholungsbilanz ermittelt.

**Ergebnisse:** Die Angehörigen imponieren gegenüber der Normalbevölkerung durch eine höhere Aggressivität, Depressivität, Angst und Zwanghaftigkeit. Die Belastung ist bei den Frauen und Männern bis zu einer Funktionseinschränkung von 60 (Karnofsky-Index) nicht divergent. Unter 60 Punkten, d. h. bei der Pflege von mittel bis stark eingeschränkten Patienten, sind die Frauen stärker belastet als die Männer. Die aufgewandte Pflegezeit ist aber bei den Männern höher. In der Belastungs-Erholungsbilanz wird deutlich, dass die pflegenden Männer hier eine positivere Bilanz aufweisen als die Frauen. Unterschiede in der mithelfenden Pflege im Krankenhaus und der Pflege zu Hause zeigen sich in der höheren zeitlichen Beanspruchung in der Krankenhauspflege, nicht jedoch in den Belastungen.

**Diskussion:** Die Studie belegt die hohe Beanspruchung pflegender Angehöriger. Diese reagieren mit einer starken Aggressivität, Depressivität und Angst. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass einige Partner zwar beansprucht sind, aber sich nur gering belastet fühlen. Diese Varianz scheint durch den Grad der von den Partnern eingesetzten Erholung bedingt zu sein, da die Belastungs-Erholungsbilanz deutlich mit der psychischen Befindlichkeit und der Lebensqualität der Partner korreliert.

## Psychische Probleme von Angehörigen und Patienten mit Glioblastomen

**Laufzeit:** seit 2004

**Finanzierung:** Haushalt

**Bearbeiter:** Ute Sismuth-Reinhold, Prof. Dr. Friedrich Balck

**Kooperation:** Klinik für Neurologie, Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau

**Hintergrund und Fragestellung:** Das Glioblastom ist ein bösartiger Hirntumor. Jährlich wird diese Erkrankung in Deutschland bei 4000 bis 5000 Patienten diagnostiziert. Männer sind davon öfter betroffen als Frauen. Mit zunehmendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, an einem Glioblastom zu erkranken. Die Therapie des Glioblastoms erfolgt standardmäßig mit einer Operation und Strahlentherapie. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist dabei, wie gut es gelingt, das Tumorgewebe während der Operation zu entfernen. Dies wiederum hängt wesentlich davon ab, in welchem Hirngebiet die Geschwulst liegt und ob eine Zerstörung dieser Region zu neurologischen Störungen führen würde. Da es praktisch unmöglich ist, ein Glioblastom vollständig zu entfernen, folgt der Operation in aller Regel eine Strahlentherapie. Sie soll die schnell wachsenden Zellen zerstören und das umlie-

gende gesunde Gewebe weitmöglichst schonen. Die Strahlentherapie wurde in den letzten Jahren stark verbessert, so dass eine größere Dosis genauer auf den Tumor gerichtet werden kann als früher. Das Glioblastom ist extrem schwer zu therapieren. Auch nach radikaler Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung tritt meist innerhalb von Monaten ein Rezidiv auf.

Die Überlebenszeit beträgt im statistischen Mittel etwa ein Jahr, sie ist jedoch von vielen Faktoren abhängig und kann im Einzelfall auch wesentlich darüber liegen. Im Rahmen der Forschungsprojekte zur Interaktion zwischen Partner-, Partnerschaftsvariablen und der Adaptation des Patienten wurde bei den Glioblastompatienten nach den psychischen Reaktionen des Patienten und Partners, ihrer Lebenszufriedenheit und der Veränderung der Partnerbeziehung gefragt.

**Methode:** 26 Paare nahmen an der Untersuchung teil, die nach der chirurgischen Intervention des Patienten in der Zeit eine bis vier Wochen nach Aufnahme in die Klinik stattfand. Die Partner wurden zu Lebensqualität, psychischer Befindlichkeit und zu Aspekten der Paarbeziehung per Fragebogen befragt.

**Ergebnisse:** Die Beziehungsqualität korreliert nicht mit der Angst und Depressivität, wohl aber positiv mit der Lebensqualität. Die psychische Situation des Partners ist umso schlechter, je mehr Gespräche beide miteinander führen. Diese Art des Miteinanders korrespondiert aber mit einer geringeren Depressivität, nicht jedoch mit Angst des Partners. Diese Angst kovariiert mit der Fremdheit - Vertrautheit der Paare.

**Diskussion:** Die differentielle psychische Reaktion des Partners ist bestimmt durch die Art des kommunikativen Verhaltens und der Nähe des Partners zum Patienten. Damit unterscheiden sich die Reaktionen des Partners bei dieser rasch verlaufenden Erkrankung von den psychischen Reaktionen der Partner von Tumorpatienten im Palliativstadium langsam verlaufender Tumorerkrankungen. Die Partner von Glioblastompatienten benötigen vor allem in Bezug auf eine Gefährdung durch eine entstehende Depressivität die besondere Hilfe des Arztes oder Psychologen.

## Geschlechtsspezifische Belastungen der Partner von Tumorpatienten

**Laufzeit:** seit 2005

**Finanzierung:** Haushalt

**Bearbeiter:** Prof. Dr. Friedrich Balck, Dipl.-Psych. Andreas Dinkel, Dipl.-Psych. Maike Lippmann

**Kooperation:** Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Dresden; Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Dresden

**Hintergrund und Fragestellung:** Tumorerkrankungen wirken sich häufig auf die familiären Beziehungen des Patienten aus. Gleichzeitig wird der Verlauf durch soziale und psychische Variablen des Partners beeinflusst. Familienmitglieder sehen sich Anforderungen gegenüber, deren Bewältigung sie in hohem Maße beansprucht. Familiäre Konsequenzen wurden bei verschiedenen Tumorentitäten wenig beforscht. Die Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Belastungen und deren Konsequenzen sind bislang widersprüchlich. Außerdem fehlen Daten über die Rolle des Partners bei der Anpassung des Patienten an die Tumorerkrankung. Um diese Datenlage weiter aufzuhellen, sollen in diesem geplanten Projekt in einer ersten Studie die Belastungen und deren multidimensionalen Auswirkungen bei Partnerinnen von Patienten mit urologischen Tumoren denen von Partnern von Patienten mit gynäkologischen Tumoren gegenübergestellt werden.

Dazu sollen die familiären und partnerschaftlichen Konsequenzen urologisch-onkologischer Erkrankungen untersucht werden. In der bisherigen Forschung standen dabei vor allem das psychische Befinden der Partnerinnen, die partnerschaftliche Kommunikation und die globale Beziehungsqualität im Mittelpunkt. Im Vergleich zu anderen onkologischen Erkrankungen ist ein deutliches Defizit hinsichtlich des Kenntnisstandes zu familiären Folgen nach urologisch-onkologischen Erkrankungen zu konstatieren. Daher soll in dieser Teilstudie untersucht werden, wie sich die psychosoziale Anpassung des Patienten und deren Partnerinnen darstellt und inwieweit nach der Behandlung Veränderungen in der Partnerschaft aufgetreten sind.

In einer zweiten Studie sollen die Auswirkungen des Verhalten und seiner Einstellungen zur Erkrankung des Partners auf den Verlauf der Erkrankung untersucht werden. Dazu werden urologische und gynäkologische Tumorerkrankungen einbezogen, so dass geschlechtsspezifische Unterschiede auf Seiten der Partner in ihrer Auswirkung auf die Patienten/Patientinnen untersucht werden können.

**Method:** In der ersten Teil-Studie sollen in einer retrospektiven Querschnittstudie Patienten mit verschiedenen urologischen Erkrankungen, die innerhalb der vergangenen 12 Monate behandelt worden sind, postalisch befragt werden. Ebenso werden die Partnerinnen der Patienten um Teilnahme gebeten. Zum Einsatz kommen Selbstbeurteilungsinstrumente zu den Themenbereichen Beschwerden, funktionale Einschränkungen, psychisches Befinden und Partnerschaft.

Die zweite Studie zu geschlechtsspezifischen Belastungen und deren Auswirkungen bei Angehörigen von Tumorerkrankten sowie die Rückwirkung auf den Krankheitsverlauf bzw. die Behandlungsphasen soll prospektiv durchgeführt werden. Dabei werden urologische und gynäkologisch erkrankte Männer bzw. Frauen und deren Partner vor Behandlungsbeginn sowie drei und sechs Monate nach der Erstbehandlung befragt.