

**Tabelle 1:** Post-hoc-Untersuchungen zur Überlebenszeit (ÜZ) nach psychoonkologischer Intervention (geordnet nach Publikationsjahr)

Autoren, Jahr	Intervention	Erkrankung	N <sup>1</sup>	Effekt auf ÜZ	Kritische Bewertung
Linn et al. 1982	Individuelle Psychotherapie, mehrmals pro Woche, meist am Krankenbett	Alle bösartigen Neubildungen im Stadium IV	60 : 60	Kein Effekt auf ÜZ	Interventionsziel bestand nicht in Lebensverlängerung, sondern in Ausgeglichenheit und positiver Lebensbilanz
Spiegel et al. 1989	Supportiv-expressive Gruppentherapie plus Entspannungstraining, 12er Gruppen, wöchentlich 90 min, 1 Jahr	Metast. Brustkrebs	50 : 36	Mittlere ÜZ 36 Monate (IG <sup>2</sup> ) versus 18 Monate (KG <sup>2</sup> )	ÜZ von 36 mon in der IG entspricht der erwarteten ÜZ einer Referenzpopulation, so dass Gruppenunterschied auf ungewöhnlich frühe Tode einiger Kontrollpatientinnen zurückgeht (Fox, 1998). Statistisch korrekt wäre deshalb die mediane (statt der mittleren) ÜZ – in der medianen ÜZ unterscheiden sich beide Gruppen nicht (Coyne et al., 2007).
Richardson et al. 1990	Hausbesuche durch Krankenschwester mit Psychoedukation zu den Themen Selbstbeobachtung und Meldung von Komplikationen (keine Psychotherapie!)	Hämato-logische Neubildungen	69 : 25	Schlechtere Überlebenskurve für KG (p=.03)	Effekt durch bessere medizinische Überwachung in der Interventionsgruppe erklärbar, zumal kein Effekt der Intervention auf die Psyche vorgelegen hatte (Depressionswerte hatten sich laut Richardson et al. (1987) durch die Intervention nicht verändert).
Fawzy et al. 1993, 2003	Kognitiv-behaviorale Gruppe, 7-10 Personen, wöchentlich 90 min, 7 Wochen	Melanom I	34 : 34	5 Jahres-Katamnese: 3 Todesfälle in IG, 10 in IG (p=.03) 10-Jahres-Katamnese: 9 Todesfälle in IG, 11 in KG	5-Jahres-Gruppenunterschied nur infolge unzulässiger Eliminierung von prognostisch ungünstigen Patienten aus KG. Verzerrte statistische Analyse (zu viele Prädiktoren in schrittweiser Regression, vgl. Coyne et al., 2007)
McCorkle et al. 2000	Individuelles Case-Management durch spezial. Krankenschwester über 4 Wochen nach OP, 3 Hausbesuche und 4 Telefonkontakte, Herstellen enger Kontakte zu ärztl. Behandlern (keine Psychotherapie!)	Solide Tumore bei Patienten über 60 Jahren	190 : 185	Kein Unterschied zwischen IG und KG. Subgruppenanalyse: Pat. mit weit fortgeschrittener Krankheit profitieren	Expliziter medizinischer Fokus der Intervention erklärt Nutzen für Schwerranke. Davon abgesehen ist Post-hoc-Bildung von Subgruppen zweifelhaft, da sie das Risiko für Zufallsbefunde erhöht
Ilnyckj et al. 1994	3 verschiedene supportiv-edukative Gruppen mit voller, teilweiser bzw. ohne Leitung	Alle bösartigen Neubildungen	31 : 30 : 35 : 30	Kein Effekt auf ÜZ	Zu geringe Stichprobengröße, um mögliche Unterschiede verlässlich zu finden
Edelman et al. 1999	Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, 10er Gruppen, 11 Sitzungen plus Familiensitzung über 6 Monate	Metast. Brustkrebs	62 : 62	Kein Effekt auf ÜZ nach 2 bis 5 Jahren	Hohe Dropoutquote (32 von 134) wegen langer Wartezeit auf Therapie
Küchler et al. 1999, 2007	Individuelle Psychotherapie während Krankenhausaufenthalt, supportiv und Beraterisch mit Hauptfokus auf Üben von Fragen und Interaktionen mit Ärzten, Rückmeldungen an Stationsteam	Gastro-intestinale Tumore, perioperativ	136 : 135	10-Jahres-Katamnese: 29 Überlebende (IG) versus 13 (KG), p=.006	Medizin. Behandlung in IG doppelt so intensiv (infolge der hochfrequenten Rückmeldungen an Stationsteam), so dass Gruppenunterschied hierauf zurückgeführt werden kann. Dazu passend: Gruppenunterschied bildete sich früh nach OP aus und blieb danach unverändert (Coyne et al., 2007)

**Anmerkungen:** <sup>1</sup>: N = Teilnehmerzahl (Interventionsgruppe : Kontrollgruppe), <sup>2</sup>: IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe