



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung
und Lebensqualität onkologischer Patienten –
eine Online-Studie unter Berücksichtigung von
Einstellungen zu gesundheitsbezogener
Internetnutzung

Verfasserin

Julia Setz

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerinnen: Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, Mag. Dorothea König

DANKSAGUNG

Zu Beginn möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner für die Annahme der formalen Betreuung der Diplomarbeit bedanken. Besonderer Dank gilt Frau Mag. Dorothea König, die mir trotz ihres vollen Terminkalenders von Beginn an mit viel Zeit, Hilfestellungen, Ratschlägen, motivierenden Worten und – nicht zuletzt – bemerkenswerten Kompetenzen in HTML- und PHP-Programmierung unentbehrlich zur Seite gestanden hat.

Ich danke meiner Familie, die mich während des gesamten Studiums in jeglicher Hinsicht unterstützte und auch in schwierigen Phasen immer an mich geglaubt hat. Martin, dir danke ich für unzählige Ablenkungsaktionen und aufmunternde Worte, die mich daran erinnerten, steinige Wege Schritt für Schritt zu beschreiten. Johannes, ich danke dir für die kritische Durchsicht der Arbeit und deine Unterstützung in fachspezifischen und persönlichen Belangen.

Ich danke meinen Studienkolleginnen Babsi, Helga, Nil und Teresa für die gemeinsame Studienzeit, die neben Seminararbeiten auch aus wertvollen Gesprächen, lustigen Abenden und unvergesslichen Momenten bestand. Auch danke ich Heimo, Babsi, Paul, Gerli, Martin und Johannes, ohne die ich die langen Stunden am Laptop körperlich und mental nur schwerlich durchgestanden hätte. Oss!

Ich danke Nora, Hüppi, Svenja, Flo, Schurli, Claudsch, Andi und Philipp für ihre Freundschaft und die damit einhergehende humorvolle Zerstreuung.

Zuletzt gilt mein besonderer Dank allen Forenbetreibern und Untersuchungsteilnehmern, ohne deren Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

INHALTSVERZEICHNIS

I THEORETISCHER TEIL

1	EINLEITUNG	11
2	PSYCHOONKOLOGIE	12
2.1	Einleitung und Begriffsklärung	12
2.2	Krebs	12
2.2.1	Inzidenz und Mortalität	13
2.2.2	Ätiopathogenese	13
2.2.3	Diagnostik	14
2.2.4	Krebsarten	16
2.2.5	Therapie	16
2.3	Psychosoziale Variablen in der Krankheitsentstehung und im Verlauf	18
2.3.1	Intrapsychische Variablen oder „Die Krebspersönlichkeit – Ein Mythos?“	18
2.3.2	Soziale Variablen	20
2.4	Psychosoziale Intervention	21
2.4.1	Therapieziele nach Muthny und Bermejo	22
2.4.2	Psychologische Interventionen	22
2.5	Common Sense Model of Illness Representations.	23
3	SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIEN	25
3.1	Einleitung und Begriffsklärung	25
3.2	Historischer Überblick	25
3.3	Alltagstheorie vs. Wissenschaftliche Theorie	26
3.4	Formen subjektiver Theorien	27
3.5	Strukturierung und Inhalt subjektiver Krankheitstheorien	28
3.6	Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand	30
3.6.1	Locus of Control	30
3.6.2	Attributionsforschung	32
3.6.3	Interaktion zwischen Attribution und Kontrollüberzeugung	33
3.7	Subjektive Krankheitstheorien als kognitive Krankheitsverarbeitung	34
3.8	Subjektive Krankheitstheorien bei onkologischen Patienten	34
4	KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG	36
4.1	Einleitung und Begriffsklärung.	36

4.2	Historischer Überblick	36
4.3	Modelle der Krankheitsverarbeitung	37
4.3.1	Die Ich-Psychologie der Anna Freud	37
4.3.2	Das Phasenmodell nach Kübler-Ross	38
4.3.3	Das Transaktionsmodell von Lazarus	39
4.3.4	Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Modelle	40
4.4	Krankheitsverarbeitung als Prozess	40
4.5	Strukturierung von Bewältigungsstrategien	41
4.6	Krankheitsbewältigung bei onkologischen Patienten	43
5	LEBENSQUALITÄT	46
5.1	Einleitung und Begriffsklärung	46
5.1.1	Gesundheitsbezogene Lebensqualität.	47
5.2	Ziele der Lebensqualitätsforschung.	49
5.3	Lebensqualität bei onkologischen Patienten.	51
5.4	Aktueller Forschungsstand zum Outcome-Parameter „Lebensqualität“	48
5.4.1	Prädiktoren für hohe Lebensqualitätswerte	51
5.4.2	Prädiktoren für niedrige Lebensqualitätswerte	52
6	GESUNDHEITSBEZOGENE INTERNETNUTZUNG.	54
6.1	Besonderheiten computergestützter Kommunikation	55
6.2	A Theory of Online Social Support	58
6.3	Vor- und Nachteile von Online Social Support	59
6.4	Gesundheitsbezogene Internetnutzung bei onkologischen Patienten	61
6.4.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede	62
6.4.2	Informationelle Unterstützung	62
6.4.3	Emotionale Unterstützung	63
 II EMPIRISCHER TEIL		
7	ZIELSETZUNG	67
8	METHODIK	68
8.1	Untersuchungsinstrumente	68
8.1.1	IPQ – Illness Perception Questionnaire	69
8.1.2	FKV-LIS – Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung	71
8.1.3	SF-12 – Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand	73

8.1.4	ATOHC – Attitudes towards Online Health Care	75
8.2	Untersuchungsdurchführung und Stichprobe	76
8.2.1	Technische Umsetzung	77
8.2.2	Rekrutierung der Stichprobe	77
8.3	Exkurs: Online-Forschung	79
8.3.1	Definition	79
8.3.2	Formen der Online-Forschung	79
8.3.3	Verzerrungen und Fehler	81
8.4	Untersuchungsdesign	82
8.5	Fragestellungen und Hypothesen	82
8.5.1	Soziodemografische Aspekte	83
8.5.2	Konstruktbezogene Aspekte	85
8.5.3	Krankheitsbezogene Aspekte	86
8.5.4	Unterschiede bezüglich Vergleichsstichproben	87
8.6	Variablen	88
8.7	Statistische Auswertungsverfahren	89
9	ERGEBNISDARSTELLUNG	92
9.1	Beschreibung der Stichprobe	92
9.1.1	Soziodemografische Merkmale	92
9.1.2	Internetnutzung.	95
9.1.3	Diagnose.	96
9.1.4	Individuelle Ursachenzuschreibungen.	97
9.1.5	Formen von Krankheitsbewältigung.	100
9.1.6	Einstellungen zu Online Health Care	101
9.2	Ergebnisse hinsichtlich soziodemografischer Aspekte.	102
9.2.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Internetnutzung	102
9.2.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich subjektiver Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Einstellungen zu Online Health Care und Lebensqualität .	103
9.2.3	Ausbildungsbezogene Unterschiede hinsichtlich subjektiver Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Einstellungen zu Online Health Care und Lebensqualität .	105
9.2.4	Zusammenhänge zwischen Lebensalter und subjektiven Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Einstellungen zu Online Health Care und Lebensqualität .	107
9.3	Ergebnisse hinsichtlich konstruktbezogener Aspekte.	110
9.3.1	Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität. .	111
9.3.2	Zusammenhänge zwischen Krankheitsbewältigung und Lebensqualität.	112
9.3.3	Krankheitsbewältigung als Mediatorvariable.	113
9.3.4	Unterschiede hinsichtlich Ursachenzuschreibungen	114
9.3.5	Merkmalskonstellationen für besonders hohe Lebensqualitätswerte.	117
9.4	Ergebnisse hinsichtlich krankheitsbezogener Aspekte.	118
9.4.1	Unterschiede hinsichtlich der Diagnosegruppen.	119
9.4.2	Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsdauer.	125

9.5	Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede zu Vergleichsstichproben	126
9.5.1	Unterschiede hinsichtlich subjektiver Krankheitstheorien	125
9.5.2	Unterschiede hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung.	127
9.5.3	Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität	127
9.5.4	Unterschiede hinsichtlich Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung.	128
10	DISKUSSION	130
10.1	Soziodemografische Variablen, Internetnutzung und Krebsdiagnose	130
10.2	Qualitative Antwortkategorien: Ursachenzuschreibungen und Bewältigungsstrategien	132
10.3	Interaktionen zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbezogener Lebensqualität	133
10.4	Einstellungen zu Online Health Care	135
10.5	Unterschiede bezüglich Internetverhalten, subjektiver Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und Einstellungen zu Online Health Care in ausgewählten Diagnosegruppen. . .	136
10.6	Wissenschaftliche vs. subjektive Krankheitstheorien	139
11	KRITIK UND AUSBLICK	141
12	ZUSAMMENFASSUNG	143
13	ABSTRACT Deutsch	147
14	ABSTRACT Englisch	148
15	LITERATURVERZEICHNIS	149
16	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	166
17	TABELLENVERZEICHNIS	168

ANHANG

ONLINE-FRAGEBOGEN	173
BANNER	188
FORENTEXT	188
LISTE DER KOOPERATIONSPARTNER	189
GOOGLE ANALYTICS	190
CURRICULUM VITAE	195

I THEORETISCHER TEIL

1 EINLEITUNG

Die Frage nach dem „Warum?“ bzw. „Warum gerade ich?“ ist ein zentraler Ausgangspunkt der kognitiven Verarbeitung eines Schicksalsschlages – beispielsweise der Konfrontation mit der Diagnose Krebs (Schwarz, 2004). Dabei stehen subjektive Krankheitstheorien neben Bewältigungsmechanismen und Lebensqualität auch in Verbindung zu sozialen Ressourcen der Betroffenen.

Etwa 65% der Haushalte in Österreich, Deutschland und der Schweiz verfügen derzeit über einen Internetanschluss, in den letzten Jahren entstand im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von krebsspezifischen Internetforen, die den Patienten Information und Ratschläge bieten sowie Austausch mit Betroffenen ermöglichen.

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit sollen einerseits soziodemografische Variablen der online untersuchten klinischen Population, andererseits Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität unter Einbeziehung ihrer Einstellungen zu Online Health Care erhoben werden. Nicht zuletzt interessieren Unterschiede innerhalb verschiedener Krebsdiagnosen bezüglich der genannten Konstrukte.

Zu Beginn werden allgemeine Aspekte der psychosozialen Onkologie inklusive eines Seitenblickes auf den Mythos „Krebspersönlichkeit“ dargestellt, im Anschluss finden sich detaillierte Kapitel die unterschiedlichen Hauptkonstrukte betreffend. Die Themengebiete werden dabei im Kontext onkologischer Fragestellungen und Besonderheiten betrachtet. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils beschäftigt sich mit gesundheitsbezogener Internetnutzung seitens onkologischer Patienten.

Der empirische Teil der Arbeit gliedert sich in die drei Hauptteile Methodik, Ergebnisdarstellung und Diskussion. Ergänzend wird auf die Umsetzung der Online-Studie, welche im Anhang eingesehen werden kann, eingegangen.

Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

2 PSYCHOONKOLOGIE

2.1 Einleitung und Begriffsklärung

Die Psychologie des Krebskranken ist in den letzten Jahren immer mehr in das Interesse medizinpsychologischer Forschung gerückt; dazu haben die zunehmende Akzeptanz des biopsychosozialen Modells einerseits und wachsende Fortschritte in medizinisch-technischer sowie pharmakologischer Hinsicht andererseits maßgeblich beigetragen (Meerwein, 1998).

Nach Wilcke (2006) umfasst der Begriff Psychoonkologie alle psychischen bzw. seelischen Faktoren, die mit einer Krebserkrankung zusammenhängen können. Der Gegenstandsbereich der psychoonkologischen Forschung bezieht sich neben den Erkrankten auch auf deren Partner, Angehörige, Pflegepersonal sowie Psychologen und Ärzte. Anstelle des Begriffs „Psychoonkologie“ hat sich in den letzten Jahren immer mehr die Bezeichnung „*Psychosoziale Onkologie*“ durchgesetzt; diese berücksichtigt die Tatsache, dass eine Krebserkrankung nicht nur auf die betroffene Person selbst Auswirkungen hat, sondern sich auch immer auf das soziale Umfeld bezieht (Krebsinformationsdienst, 2005a).

Trotz umfangreicher Forschung sind die Ursachen maligner neoplastischer Prozesse bis heute nur zu einem kleinen Teil bekannt (Tschuschke, 2002). Bei derzeitigem Wissensstand gilt es dennoch als wenig wahrscheinlich, dass lediglich ein Faktor für das Ausbrechen der Erkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Nach Hürny (1996) muss demnach von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen werden, bei der Umwelteinflüsse (Strahlen, Viren, Karzinogene), psychosoziale (Stress, Fehlverhaltensweisen), immunologische, endokrine und genetische Faktoren interaktiv bzw. kumulierend einwirken.

2.2 Krebs

Krebs stellt eine Erkrankung des Genoms dar, die demnach bestimmte Gene im menschlichen Organismus betrifft. Durch die Schädigung des Erbgutes gehen bestimmte Zellen hervor, die sich aufgrund dieser genetischen Veränderungen in unkontrolliert wachsende Tumorzellen umwandeln (Gabbert, 2007).

Die folgenden Unterkapitel widmen sich einer primär somatischen Betrachtung von Ätiopathogenese, Diagnostik sowie Therapiemöglichkeiten von onkologischen Erkrankungen. Anschließend wird sowohl auf psychosoziale Faktoren in der Entstehung als auch auf unterschiedliche Interventionsansätze bei Krebserkrankungen eingegangen.

2.1.1 Inzidenz und Mortalität

Epidemiologische Untersuchungen deuten darauf hin, dass Lebens-, Ess- und Genussmittelgewohnheiten die Häufigkeit von Krebserkrankungen wesentlich beeinflussen. So ist beispielsweise in Entwicklungsländern das bei uns relativ häufige Kolonkarzinom (bezeichnet eine bösartige Neubildung des Darmes) sehr selten, während in Asien und Afrika das bei uns seltene Leberkarzinom die häufigste Tumorerkrankung darstellt (Hermann, 2005). Laut Statistik Austria (2007b) erkrankten im Jahr 2004 36.923 Menschen in Österreich an Krebs, dies sind bereits 9,5% mehr als zehn Jahre zuvor; Männer sind dabei etwas häufiger betroffen als Frauen. Die Todesursachengruppe der bösartigen Neubildungen war 2006 für 25,6% aller Todesfälle verantwortlich, an Krebs starben somit 19.056 Personen, darunter 10.094 Männer und 8.962 Frauen. Zwischen 1996 und 2006 sank die Sterblichkeit um 14% (Statistik Austria, 2008); während die Inzidenzrate anstieg, verringerte sich im Gegenzug in den letzten Jahren die Wahrscheinlichkeit, an einer Krebserkrankung zu sterben.

2.2.2 Ätiopathogenese

Die somatischen Ursachen der Krebsentstehung lassen sich durch drei krebsauslösende Mechanismen beschreiben: Chemische Substanzen, Viren und Strahlen; der chemischen Kanzerogenese wird dabei quantitativ die größte Rolle beigemessen. Ein wesentlicher Teil der Krebsforschung befasst sich des Weiteren mit speziellen Risikofaktoren (Snyder-Schendel, 2006), wie beispielsweise Rauchen, Fehlernährung, Infektionen, Alkohol, Exposition am Arbeitsplatz, Umwelteinflüsse (z.B. Sonneneinstrahlung, Radon oder Passivrauchen) und genetische Faktoren. 20-30% aller Krebstodesfälle sind dabei auf übermäßigen Tabakkonsum, 20-40% auf ungesunde Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen; bis heute ist dabei nicht klar, ob diesem Umstand das „Zuviel“ an Zucker und Fett zugrunde liegt oder das „Zuviel“ des genutzten Nahrungsangebotes an sich. Lediglich 5-10% der Krebserkrankungen werden

vererbt, wobei die Veranlagung und nicht die Krankheit selbst durch das Erbgut weitergegeben wird. Nach Hermann (2005) kann das individuelle Krebsrisiko *deutlich gesenkt* werden durch den Verzicht auf Rauchen, eine ausgewogene, ballaststoffreiche Ernährung, die Vermeidung übermäßiger Sonnenexposition sowie die Vermeidung übermäßigen Alkoholkonsums.

Wissenschaftler haben in den letzten beiden Jahrzehnten drei Arten von Genen ausfindig gemacht, die bei Krebs häufig mutiert, d.h. verändert sind (Gabbert, 2007):

- Onkogene
- Tumor-supressor Gene
- Reparaturgene

Sowohl Onkogene als auch Tumor-suppressor Gene finden sich in allen gesunden Körperzellen und regulieren dort Zellwachstum (Proliferation) und Zellreifung (Differenzierung). Dabei fördern *Onkogene* das Zellwachstum, während es gleichzeitig von *Tumorsuppressor-Genen* unterdrückt wird. Verliert dieses ausgeklügelte Kontrollsystem seine Balance, gerät die Zelle aus ihrem fein abgestimmten Wachstumstakt und es entsteht durch folgendes unkontrolliertes Wachstum ein Tumor. *Reparaturgene* haben die Aufgabe, allfällige genetische Schäden zu erkennen und zu reparieren. Dieses System kann ebenfalls geschädigt werden, was eine Anhäufung genetischer Schäden in einer Vielzahl anderer Gene zur Folge hat und meist zur Entstehung mehrerer Tumore gleichzeitig bzw. nacheinander führt.

2.2.3 Diagnostik

Voraussetzung für die Diagnose einer onkologischen Erkrankung ist die *histologische*, in Ausnahmefällen auch *zytologische Sicherung*. Therapie und Prognose leiten sich dabei in erster Linie vom Grad der Ausbreitung, d.h. dem Tumorstadium ab. Hauptziel der Untersuchung ist die Feststellung von Tumorlokalisationen; dabei werden bei ca. 10% der Patienten initial nur Metastasen, aber kein Primärtumor entdeckt. Die soliden Tumoren, Karzinome und Sarkome werden international nach dem TNM-System (**T**umor/**N**odulus/**M**etastasis) klassifiziert (vgl. Hermann, 2005):

- T mit einem Suffix von 0-4 steht für Größe und Ausdehnung des Primärtumors
- N mit einem Suffix von 0, 1, 2, (3) beschreibt das Ausmaß der regionären Lymphknotenbeteiligung
- M mit einem Suffix von 0 oder 1 steht für das Fehlen bzw. den Nachweis von Fernmetastasen

Präfix p bzw. c geben an, ob das Stadium **p**athologisch (z.B. bei einer Operation) oder klinisch (**c**linical) gesichert wurde. Ein pT2pN1M0 Mammakarzinom beschreibt beispielsweise einen chirurgisch entfernten Primärtumor der Größe 2-5cm, einen Befall axillärer Lymphknoten, kein Nachweis von Fernmetastasen.

Rezidive und Therapieerfolge können mithilfe von *Tumormarkern* sichtbar gemacht werden; es sind dies tumorspezifische oder tumorassoziierte Proteine, die in den Tumorzellen produziert werden und häufig im Blut nachweisbar sind. Für Diagnostik und Screenings hingegen sind Tumormarker aufgrund ihrer geringen Sensitivität und Spezifität nicht geeignet (Hermann, 2005).

Tabelle 1. Inzidenz und Mortalität von ausgewählten Krebsarten im Kalenderjahr 2000 (vgl. Statistik Austria, 2004).

Bösartige Neubildung	Inzidenz		Mortalität	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
des Magens	724	786	592	637
des Darmes	2347	2568	1296	1240
der Leber	262	505	232	449
des Pankreas	701	545	692	572
der Lunge	1113	2613	984	2285
der Haut	481	427	126	136
der weiblichen Brustdrüse	4577	-	1671	-
der Cervix Uteri	528	-	138	-
des Corpus Uteri	956	-	124	-
der Prostata	-	4925	-	1229
der Harnblase	458	1231	175	320
der Schilddrüse	376	142	67	30
Hodgkin Lymphom	59	84	12	18
Non-Hodgkin Lymphom	504	480	257	258
Plasmazytom	191	156	175	125
Leukämie	382	410	288	319

2.2.4 Krebsarten

Die Häufigste Krebserkrankung bei Männern ist seit 1994 der Prostatakrebs, bei Frauen stellt die Brustdrüse die häufigste Lokalisation einer bösartigen Neubildung dar (Statistik Austria, 2006). In Tabelle 1 sind ausgewählte Krebsarten unter Berücksichtigung von *Inzidenz*, der Zahl der Neubildungen im Kalenderjahr 2000, und *Mortalität*, der Zahl der Todesfälle im selben Kalenderjahr, dargestellt.

2.2.5 Therapie

In der Behandlung von onkologischen Erkrankungen stehen folgende Therapieformen zur Verfügung (Hermann, 2005):

- Operation
- Bestrahlung
- medikamentöse Behandlungen
 - Chemotherapie
 - Hormontherapie
 - Immuntherapie
- unterstützende Maßnahmen

Eine *Operation* erfolgt meist bei lokal oder lokoregionär begrenzten soliden Tumoren, gegebenenfalls unter Mitentfernung der regionären Lymphknoten. In Kombination mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie kann zur Erhaltung eines Organs oder einer Funktion die Radikalität eingeschränkt werden. Bei geeigneten Tumoren und gutem Allgemeinzustand des Patienten lassen sich Metastasen aus der Leber, der Lunge oder dem Gehirn mit kurativer Zielsetzung chirurgisch entfernen.

Die *Strahlentherapie* wird mittels hochenergetischen Elektronen durchgeführt, in der Regel werden tägliche Fraktionen von 1,8 bis 2 Gray verabreicht; dabei ist die Behandlung abhängig von der Strahlensensibilität des Tumors und der Strahlentoleranz des umgebenden mitbestrahlten gesunden Gewebes.

Die *Chemotherapie* verwendet Zytostatika, es sind dies chemisch definierte Substanzen mit antiproliferativen (gegen eine Gewebevermehrung gerichteten) Eigenschaften. Ziel ihrer

Verwendung ist die Vernichtung maligner Zellen durch Beeinflussung ihrer vitalen Funktionen. Dabei ist immer mit einer unerwünschten Wirkung auf gesundes Gewebe zu rechnen, da Zytostatika nicht spezifisch auf Tumorzellen wirken. Folgende Nebenwirkungen treten bei verschiedenen Substanzen – allerdings nicht obligat – auf:

Knochenmarktoxizität, Schleimhauttoxizität, Alopezie (Haarausfall), Übelkeit und Erbrechen sowie Keimepitheltoxizität. Die Chemotherapie erfolgt oral eingenommen oder intravenös verabreicht in der Regel als Intervallbehandlung; auf jede Behandlungsphase folgt eine Behandlungspause (Krebsinformationsdienst, 2002); dabei werden kurative (heilende) und palliative (lebensverlängernde) Therapieziele unterschieden.

Das Wachstumsverhalten verschiedener Tumoren ist vom hormonellen Milieu des Patienten abhängig; besonders bedeutsam ist dies in der Behandlung von Mamma- und Prostatakarzinomen. Die Wirkung der *Hormontherapie* beruht dabei auf der Hemmung körpereigener Hormone, um infolgedessen die Ausbreitung eines Tumors zu unterbinden (Krebsinformationsdienst, 2007a).

Alle Therapieformen das Immunsystem betreffend können unter dem Begriff der *Immuntherapie* zusammengefasst werden. Unterschieden werden Behandlungen mit Interferonen, Interleukin-2, Monoklonalen Antikörpern, Vakzinierungen (Impfungen) oder die zelluläre Immuntherapie (Krebsinformationsdienst, 2002).

Da besonders die fortgeschrittenen Tumorerkrankungen mit starken Schmerzen einhergehen, gilt die Schmerztherapie in der somatischen Medizin als primäre *unterstützende Behandlungsform*. Hermann (2005) merkt in diesem Kontext an, dass eine der wichtigsten Aufgaben bei der Betreuung von Krebspatienten aus diesem Grund die Schmerzbehandlung ist. Übergeordnetes Prinzip bei der Behandlung symptomatischer Tumorschmerzen ist die Verordnung eines festen Medikamentschemas, um Schmerzfreiheit zu erreichen.

Als Begleitmedikation werden Laxantien (Opioide oder Opiaten), Antiemetika, Antidepressiva, Sedativa, Antikonvulsiva und Glucocorticoide vorgeschlagen (Hermann, 2005).

2.3 Psychosoziale Variablen in der Krankheitsentstehung und im Verlauf

Die Vermutung, dass sich psychische Probleme somatisch manifestieren und damit die Gesundheit beeinflussen können, gibt es schon lange, und viele Menschen nehmen sie als mehr oder weniger gesichert an (Krebsinformationsdienst, 2007b). Psychische Belastungen als Teil des Gesundheitszustandes werden bei Krebserkrankungen als Folge, Ursache und moderierende Variable betrachtet. Zur besseren Veranschaulichung werden im vorliegenden Kapitel intrapsychische und interpersonelle bzw. soziale Belastungsfaktoren unterschieden.

2.3.1 Intrapsychische Variablen oder „Die Krebspersönlichkeit – Ein Mythos?“

Bereits im Altertum wurden Thesen darüber aufgestellt, dass Krebs durch „schwarze Galle“ (Galenus) oder „Melancholie“ (Hippokrates) hervorgerufen wird (Tschuschke, 2002). Nach Schwarz (1993) durchziehen die historischen Abschnitte sehr ähnliche Annahmen zur Krebsentstehung, speziell die Annahme, dass die Krebserkrankung durch psychische Be- oder Überbelastung bedingt sei. So war es beispielsweise zur Zeit der industriellen Revolution die Überlastung und späterhin ein depressiver Zustand, der mit dem Ausbruch einer onkologischen Erkrankung in Verbindung gebracht wurde.

Unter dem Begriff „Krebspersönlichkeit“ oder „Typ-C-Persönlichkeit“ (Typus Carcinomatosus) wurden durch Überlegungen in den letzten 50 Jahren bestimmte psychosoziale Persönlichkeitseigenschaften zusammengefasst, die für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, verantwortlich sein *sollen*. Schwarz (2004) fasst in seinem Artikel zur Krebspersönlichkeit die in Tabelle 2 angeführten theoretischen Konzepte der psychosozialen Krebsgenese zusammen:

Nach Schwarz (1993) hält nahezu jede psychosoziale oder psychotherapeutische Richtung einen eigenen spezifischen Beitrag zur Ätiologie von onkologischen Erkrankungen bereit:

In *psychodynamisch* orientierten Theorien finden sich Überlegungen Krebs betreffend in Anlehnung an das Neurosenmodell (Erkrankung als Libidostau, unbewusster Suizid, Analogie

zur Schwangerschaft); auch gibt es Annahmen über Krebs als Abwehrdefekt im Sinne einer „Psychosomatischen Persönlichkeit“ bzw. eines „Alexithymie-Syndroms“.

Nach Engel und Schmale (1969, zitiert nach Schwarz, 1993) gelten Verlusterfahrungen, die von Hoffnungs- und Hilflosigkeit gefolgt sind, als pathogen.

Im Gegensatz dazu orientieren sich *verhaltensmedizinische* Disziplinen primär am Stresskonzept, wobei es unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ob sich entweder chronische Stressexposition oder singulär-akute Stresserfahrungen auf die Entstehung von Krebs auswirken (Fegg & Frick, 2002).

Tabelle 2. Theoretische Konzepte psychosozialer Krebsgenese (Schwarz, 2004).

Krebspersönlichkeit (Typ C)	depressiv, harmoniebedürftig, gefühlsoliert, trennungssensibel, etc.
Typ C-Verhalten	nachgiebig, überangepasst, unterwürfig, abhängig
Risikoverhalten, -einstellungen	Verleugnung von Bedrohung, Vermeidung präventiver Maßnahmen
Di-Stress	chronische Überlastung
Lebensentwurf, Lebenssinn	Verlust, Aufgabe wesentlicher Lebensinhalte und Lebensziele

Zusammenfassend lassen sich die Forschungsergebnisse zum Konzept der Krebspersönlichkeit als uneinheitlich und widersprüchlich beschreiben. Auch Faller (1998) stellt fest, dass ein konsistentes Muster dieser Typ-C-Persönlichkeit nicht nachgewiesen werden konnte. Da die Studien eine Vielzahl von methodischen Mängeln aufweisen, muss dieses Konzept in empirischer Hinsicht als überholt gelten (Fegg & Frick, 2002). Einen wesentlichen Kritikpunkt stellt die retrospektive Form der Untersuchung dar: Bereits erkrankte Personen werden befragt, psychologisch getestet und mit Kontrollpersonen verglichen. Dabei lässt sich nicht ausschließen, dass die den Krebspatienten zugeschriebenen Persönlichkeitsmerkmale Resultate oder Begleiterscheinungen der Erkrankungen, nicht aber wie vermutet prädisponierende Faktoren darstellen (Scherg, 1993). Nach Tschuschke (2002) lässt sich auch die Stresshypothese kaum unterstützen. Umfangreiche Kohorten-Studien liefern keine Hinweise darauf, dass onkologische Patienten im Vorfeld des Ausbruchs der Erkrankung mehr unter belastenden oder stressvollen Ereignissen gelitten haben als gesunde Personen.

Nichts desto trotz spielt das Thema „Krebspersönlichkeit“ aber weiterhin als implizite Annahme sowohl von Betroffenen als auch von professionellen Helfern eine große Rolle, nicht selten im Zusammenspiel mit speziell psychosomatisch orientierten *Krankheitstheorien*

der Patienten. „Das Erklärungsproblem verschiebt sich somit von der (negativ zu beantwortenden) Frage der Existenz eines ‚Typus C‘ auf Überlegungen, warum immer noch an dieser These festgehalten wird“ (Schwarz, 2004, S. 208).

Schwarz (2004) diskutiert in diesem Zusammenhang Erklärungsansätze, die diese Laienkonzepte – als defensive Bewältigungsversuche von bedrohlichen Vorstellungen über onkologische Erkrankungen – als Phänomene auffasst, die in den Folge- und nicht den Ursachenkontext der Erkrankung einzuordnen sind (vgl. Fegg & Frick, 2002).

Faller (1998) postuliert weiters, dass onkologische Patienten mit psychosomatischen Krankheitstheorien emotional belasteter, depressiver und weniger hoffnungsvoll sind; dies leitet wiederum zur Theorie über, dass eine psychosomatische Krankheitstheorie bzw. sich selbst als Krebspersönlichkeit einzustufen für das emotionale Befinden ungünstig ist.

In der Forschung werden als weitere psychosoziale Einflussfaktoren in der Entstehung von Krebs besonders das *Ausmaß an Depressivität* von Betroffenen, *Trauerreaktionen* und *Stress* diskutiert und untersucht. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt konnten jedoch noch keine kongruenten Ergebnisse publiziert werden, was teils auf methodologische Schwächen, teils aber auch auf die Vernachlässigung des aussagekräftigen Schicht-Faktors zurückzuführen ist (Tschuschke, 2002), der nun im folgenden Unterkapitel genauer beleuchtet werden soll.

2.3.2 Soziale Variablen

Nach Balfour und Kaplan (1998) ist die soziale Schichtzugehörigkeit direkt und umgekehrt proportional mit dem Auftreten einer Krebserkrankung verknüpft; das heißt, je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto höher ist die Inzidenzrate; dieser Zusammenhang lässt sich ebenfalls auf die Mortalitätsrate übertragen. Auch stellen sich innerhalb niedriger Sozialschichten vermehrt Rezidive ein, und dies bereits in einem früheren Lebensabschnitt.

Folgendes Beispiel lässt das generelle Muster erkennen: Je niedriger die Schichtzugehörigkeit, desto eher wird mit Zigarettenrauchen begonnen und desto mehr Zigaretten werden pro Tag geraucht; dadurch, dass Lungenkrebs eindeutig mit Rauchen verbunden ist (Krebsinformationsdienst, 2005b), ergeben sich in diesem Fall maßgebliche Risikofaktoren. Auch sind Angehörige von sozial schwächeren Schichten häufiger beruflich bedingten Dämpfen im industriellen Bereich und allgemein stärker Luftverschmutzungen ausgesetzt (Dayal et al., 1984; Jacobson, 1984, zitiert nach Tschuschke, 2002).

Für Hauptrisikofaktoren für Brustkrebs gelten – neben genetischem Risiko – primär eine hohe Fettzufuhr in der Ernährung, Rauchen und wenig körperliche Bewegung bzw. geringe sportliche Betätigung. Nach Tschuschke (2002) stehen all diese Faktoren in inverser Beziehung zu sozialer Schichtzugehörigkeit.

Nicht zu vernachlässigen ist der schlechte Zugang zu medizinischer Versorgung in ärmeren Bevölkerungsschichten. Dies mündet in reduzierte Möglichkeiten, eine Erkrankung zu bekämpfen. Richardson, Landrine und Marks (1994) stellen fest, dass soziale Schichtzugehörigkeit ein starker und zuverlässiger Faktor in der Voraussage von Krebs sei; sie betonen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Erhebung und Auswertung der Schichtzugehörigkeit in der psychoonkologischen empirischen Forschung.

2.4 Psychosoziale Intervention

Nach Zbinden und Perrez (2002) hängt die Heilung oder Linderung von körperlichen Erkrankungen nicht nur von medizinischen, sondern auch von psychologischen Faktoren ab. Diese können den Krankheitsverlauf insofern beeinflussen, als der Genesungsprozess mitunter entscheidend vom Umgang mit Schmerzen, dem Commitment des Patienten, dem Bewältigungsverhalten usw. abhängig ist. Schwarz (2007) fasst krebsübergreifende psychische Belastungsfaktoren für Betroffene wie folgt zusammen:

- unsichere Heilungschancen, vielfach chronisches Leiden
- belastende Therapie, Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
- verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, psychische Labilität
- Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten
- Krankenhausaufenthalte und Trennung von Angehörigen
- persönliche und soziale Einbußen
- begrenzte Zukunftsperspektiven

Hierbei stellen befürchtete oder erlittene Verluste den „gemeinsamen Nenner“ der unterschiedlichen Belastungsfaktoren dar.

2.4.1 Therapieziele nach Muthny und Bermejo

Muthny und Bermejo (1993) unterteilen therapeutische Ziele nach drei Gesichtspunkten: Die *kognitive Ebene* umfasst die Stärkung von realitätsgerechter Informationssuche und Veränderung von Fehlwahrnehmungen und ungünstigen Attributionen. Auf *emotionaler Ebene* stehen die Erleichterung des emotionalen Ausdrucks bzw. emotionale Abreaktion/Katharsis sowie Hilfe zur Trauerarbeit und das Durchleben von Gefühlen im Vordergrund. Schließlich umfassen Interventionen auf *Handlungsebene* das Einüben von konkreten Verhaltensweisen in unterschiedlichem Kontext (z.B. soziales Kompetenztraining zur Entwicklung von Alternativen zur Krankenrolle). In folgendem Abschnitt werden konkrete psychologische Interventionsformen zusammengefasst dargestellt.

2.4.2 Psychologische Interventionen

Aktuell werden ausgehend von der Annahme eines reflexiven und aktiven Individuums zunehmend soziale und kognitive Lerntheorien bzw. Theorien der Selbstregulation (vgl. Leventhal, Brisette & Leventhal, 2003) diskutiert (Härtl & Schreiner, 2002). Die verhaltenstherapeutische Diagnostik umfasst nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) eine Analyse der zu verändernden Verhaltensmuster (*Zielanalyse*), die Untersuchung der Bedingungen, unter denen das Verhalten erworben wurde und momentan aufrechterhalten wird (*Problemanalyse*) sowie eine Auflistung der Ressourcen und Mittel, um die erwünschten Veränderungen zu erzielen (*Therapieplanung*). Häufig angewandte Maßnahmen finden sich bei Härtl und Schreiner (2002): Konfrontationsverfahren, operante Methoden, Rollenspiele, Entspannungsverfahren, verdecktes Konditionieren oder kognitive Unstrukturierung kommen in der klinischen Praxis regelmäßig zur Anwendung.

Die genannten Interventionsformen sollen nach Tschuschke (2002) helfen, Distress zu reduzieren sowie physische Komplikationen, die häufig aus der Behandlung der onkologischen Erkrankung resultieren, zu mildern. In diesem Kontext können eine Reihe von Entspannungstechniken angewandt werden, beispielsweise Progressive Muskelentspannung, Hypnose oder Biofeedback. Weitere Interventionsformen zielen allgemein auf die Aufrechterhaltung und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und den damit verbundenen Einschränkungen ab. Im Vordergrund stehen konkret die Verbesserung der Belastungsverarbeitung, des Befindens, die Erhaltung und Förderung des emotionalen

Gleichgewichtes, eine möglichst günstige berufliche sowie soziale Anpassung des Patienten, aber auch die Förderung der Compliance (Zbinden und Perrez, 2002).

Die Prinzipien tiefenpsychologischer Therapie können einen effektiven Zugang im Verstehen der emotionalen Konflikte und Symptome der Tumorkranken darstellen. Die Förderung der Krankheitsverarbeitung, Verbesserung der Lebensqualität und die Reduktion des Stresslevels sollen hier über eine empathische ich- und zustands-syntone Förderung unterschiedlicher Fähigkeiten des Patienten unter Einbeziehung der Ressourcen des unmittelbaren Umfeldes erreicht werden. Prinzipiell werden kurzfristige Interventionen (krisenorientiert und ich-stützend) von längerfristigen Therapien unterschieden. Letztere können sich einerseits auf Kernkonflikte und andererseits auf einen Neuanfang fokussieren (Pouget-Schors, Sellschorp & Riedner 2002).

Nach Fegg und Frick (2002) können im Rahmen einer psychologischen Behandlung Kausalätiologien – im Sinne von subjektiven Krankheitstheorien – therapeutisch bearbeitet werden. Im Zentrum steht auch hier die professionelle Unterstützung der Krankheitsbewältigung. Die positive Beeinflussung dieser psychischen Symptomatik bewirkt nach Isermann (2006) einen Einfluss auf die krankheitsbezogene Lebensqualität der Patienten, was wiederum eine Veränderung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der körperlichen Symptomatik zur Folge haben kann.

2.5 Common Sense Model of Illness Representations

Kognitive Prozesse, wie beispielsweise Attributionen, Kontrollüberzeugungen oder Bewältigungsstrategien, bilden interessierende Variablen einerseits im Kontext der Lebensqualitätsforschung und andererseits im Zusammenhang mit klinischen Interventionsformen. Ein Modell, welches wechselseitige Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität abbildet, ist das Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal, Meyer und Nerenz (1980), das in Abbildung 1 dargestellt ist.

Neben der somatischen Komponente einer Erkrankung (z.B. Symptome) beschäftigt sich das Modell mit grundlegenden psychologischen Erklärungsansätzen zur Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die neben der Überlebensrate grundlegendes Kriterium

für die Therapieindikation darstellt, weshalb sie auch als krankheitsbezogene Kriteriums- oder Outcome-Variable bezeichnet wird (Isermann, 2006).

In den folgenden Kapiteln wird im Detail auf die unterschiedlichen Konstrukte eingegangen; zusätzlich beschäftigt sich ein Abschnitt mit gesundheitsbezogener Internetnutzung. Das bereits 1980 publizierte „Common Sense Model of Illness Representation“ bildet dabei den Rahmen der Untersuchung; geringfügig modifiziert (siehe Abschnitt 7) soll es in der vorliegenden Arbeit im Kontext eines innovativen Zugangs mittels einer Online-Befragung überprüft werden.

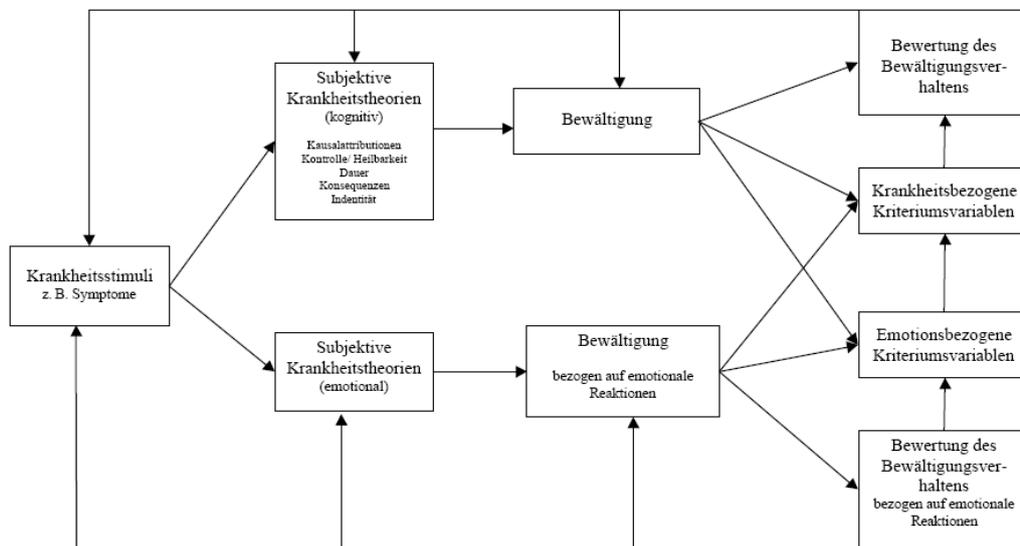


Abbildung 1. Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal et al. (1980).

3 SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIEN

3.1 Einleitung und Begriffsklärung

Durch eine unverhoffte Konfrontation mit einer Krankheit werden damit einhergehend Vorstellungen, Kognitionen und Emotionen hervorgerufen, die als subjektive Krankheitstheorien zusammengefasst werden können. Es ist die Neuartigkeit einer Erfahrung, die Verunsicherung und attributive Prozesse auslöst. Diese subjektiven Theorien sind komplexe Wissenssysteme, die in bestimmter Art dargestellt und geordnet sind (Filipp & Aymanns, 1997).

Faller, Schilling und Lang (1991) definieren subjektive Krankheitstheorien als gedankliche Konstruktionen Kranker über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung ihrer Erkrankung. Gegenüber bloßen Kognitionen oder Einstellungen zeichnen sie sich durch ihre argumentative Struktur aus.

Die Grundannahmen hinter dem Begriff „subjektive Theorie“ legen nahe, dass das Subjekt – der Mensch – im Alltag bestimmte Annahmen über sich und seine Umwelt bildet. Von „Theorie“ wird deshalb gesprochen, weil die Annahmen in sich zusammenhängen und thematisch miteinander verknüpft sind. Ähnliche Begriffe die verwendet werden, sind etwa „naive Theorien“, „Alltagstheorien“, „Laientheorien“ oder beispielsweise Alltagskonzepte bzw. subjektive Definitionen (Flick, 1991).

3.2 Historischer Überblick

Die Beschäftigung mit „subjektiven Theorien“ als Forschungsgegenstand ist nicht neu – einerseits spielen subjektive Theorien in Attributionstheorien eine große Rolle, andererseits stellen sie seit Jahren ein eigenständiges Forschungsfeld dar (Dann, 1983).

Groeben und Scheele gelten als Vorreiter, die das Programm als solches 1977 eingeführt und auch bislang am konsequentesten und engagiertesten vorangetrieben haben. Die wissenschaftliche Psychologie entdeckte hier, dass auch Laien selbst durch ein „Höchstmaß an Reflexivität“ ausgezeichnet sind und sich ihrem Alltag über eine Vielzahl kognitiver Aktivitäten verfügen, die auf Verstehen, Deuten und Erklären der eigenen Person wie auch der Umwelt abzielen (Klauer und Filipp, 1987, zitiert nach Hasenbring, 1990).

Die Arbeitsgruppe um Leventhal trug andererseits vorrangig dazu bei, diese kognitiven Repräsentationen zu unterteilen und zu strukturieren (Filipp & Aymanns, 1997).

3.3 Alltagstheorie vs. wissenschaftliche Theorie

Nach Bortz und Döring (2003) sind Alltagstheorien Theorien, die Menschen ihrem eigenen Handeln zugrunde legen; es sind dies die im öffentlichen oder Bekanntenkreis besprochenen und diskutierten Annahmen, Erklärungen oder Klischeevorstellungen für bestimmte Ereignisse oder Sachverhalte. Alltagstheorien können infolge auch zur Formulierung von Forschungshypothesen anregen, die aufgrund ihrer Subjektivität von besonderer Lebensnähe und Aktualität geprägt sind. Wissenschaftliche Theorien dienen ähnlich den Alltagstheorien der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage von Sachverhalten; die maßgeblichen Unterschiede lassen sich wie in Tabelle 3 aufschlüsseln.

Tabelle 3. Unterschiede zwischen Alltags- und wissenschaftlichen Theorien (vgl. Bortz & Döring, 2003).

Merkmale der Alltagstheorie	Merkmale der wissenschaftlichen Theorie
Aussagen sind nicht überprüfbar und nicht wiederholbar.	Wissenschaftliche Aussagen müssen in der Realität überprüfbar sein. Die Art und Weise, wie Aussagen gewonnen werden, ist wiederholbar.
Einmalige, zufällige Erkenntnisse werden verallgemeinert.	Wissenschaftliche Aussagen müssen allgemein gültig sein und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den gesamten Personenkreis zutreffen.
Alltagstheorien sind subjektiv, das heißt, verschiedene Personen kommen beim gleichen Sachverhalt zu unterschiedlichen Erkenntnissen.	Wissenschaftliche Aussagen sind objektiv, das heißt, unterschiedliche Forscher erzielen beim gleichen Sachverhalt die gleichen Ergebnisse.
Alltagstheorien entwickeln sich durch zufällige Einzelbeobachtungen und Erfahrungen.	Wissenschaftliche Aussagen werden systematisch durch wissenschaftliche Methoden gewonnen, das Vorgehen ist geplant und organisiert.

Subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit unterscheiden sich nach Verres et al. (1986) von wissenschaftlichen Theorien unter Anderem durch folgende Merkmale:

- Mögliche *Inkonsistenz*: Auch logisch unvereinbare Vorstellungen können sich widersprechen und unverbunden nebeneinander bestehen.
- Mögliche *Instabilität* über die Zeit: Subjektive Theorien können sich nach dem aktuellen Erfahrungsstand ändern.
- Mögliche Bedeutung von Affekten und *Affektdynamik*: Einzelne Krankheitsvorstellungen sind durchsetzt von Konnotationen, Symbolik, Metaphorik und auch Wahrnehmungsabwehr.
- *Prozessualer Charakter*: kognitive Vorstellungen von Menschen spiegeln häufig adaptive Prozesse wider, z.B. als Umbewertungen zur Angstbewältigung. Diese Theorien können handlungsleitend oder handlungsrechtfertigend sein.

3.4 Funktion subjektiver Theorien

Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit haben in erster Linie die Funktion, Krankheiten zu erkennen und bewältigen, lange bevor professionelle medizinisch-therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird (Flick, 1991).

In der folgenden Funktionsbestimmung nach Flick (1991) verdeutlichen die Bestandteile *Orientierungsgewissheit*, *Rechtfertigung* und *Selbstwertstabilisierung*, dass sich subjektive Theorien besonders in Hinblick auf Bedeutung und Wichtigkeit für den Einzelnen nur sehr begrenzt mit wissenschaftlichen Theorien gleichsetzen lassen. Hauptaugenmerk liegt in der Betrachtung der Denkweise des Individuums – durch eine subjektive Theorie wird ein Mensch zum Experten für einen gewissen Lebensbereich.

Subjektive Theorien dienen der Situationsdefinition, verhelfen zur raschen Lagekodierung und vermitteln Orientierungsgewissheit; sie ermöglichen eine nachträgliche Erklärung eingetretener Ereignisse z. T. mit Rechtfertigungscharakter sowie die Vorhersage künftiger Ereignisse. Weiters erleichtern sie die Entwicklung von Handlungsempfehlungen und haben zumindest in gewissem Umfang *handlungssteuernde bzw. -leitende Funktion*. Nicht zuletzt dienen sie der Optimierung des Selbstwerts und leisten so einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Persönlichkeit (Flick, 1991). Zusammenfassend beschreibt Weis (1998) subjektive Krankheitstheorien als *Instrument „kognitiver Kontrolle“* über die eigene Lebenssituation. Roesch und Weiner (2001) konnten in ihrer Metaanalyse zum Einfluss von subjektiven Krankheitstheorien auf Bewältigungsverhalten zeigen, dass Attributionen im

Kontext einer Erkrankung die Handlungsmotivation steuern können, was wiederum in direktem Zusammenhang mit Copingstrategien steht.

Nach Rief und Nanke (2003) scheint der Krankheitsverlauf und die Beeinträchtigung von Krankheiten sogar mehr von subjektiven Annahmen über die Erkrankung einer Person abhängig zu sein als von medizinischen Faktoren.

3.5 Strukturierung und Inhalt subjektiver Krankheitstheorien

Nach Schwarzer (2004) steht bei der Erforschung subjektiver Krankheitstheorien die mentale Repräsentation von Erkrankungen einschließlich ihrer Ursachen, ihres Verlaufs und ihrer Heilbarkeit im Vordergrund. Inhalte sind demnach individuelle Gedanken und Vorstellungen, die das Wesen der Krankheit betreffen.

Eine Studie von Becker (1984) belegt, dass etwa ein Drittel der Befragten aus einer Gruppe von Mammakarzinompatientinnen ihre Krankheitstheorie mit Vorstellungen von Schuld und Strafe verbinden. Genauso häufig wurde „Schicksal“ als Erklärung genannt. Zusammenfassend beschreibt Becker (1984) folgende Quellen, aus denen subjektive Krankheitstheorien gespeist werden:

- Art und Dauer der Erkrankung
- Lebensgeschichte und Persönlichkeit
- Herrschende Wissenschaftstheorie
- Magisches Denken
- Reaktives Kausalbedürfnis

Leventhal, Nerenz und Steele postulieren 1984 in ihrem „Self-Regulation-Model“ fünf kognitive Variablen, die die kognitive Repräsentation von Krankheit definieren sollen (Rief & Nanke, 2003). Da diese im Illness Perception Questionnaire (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) ihre praktische Anwendung finden, wird im Folgenden näher auf die unterschiedlichen Skalen eingegangen (Hale, Treharne & Kitas, 2007):

Identität/Symptomatik der Krankheit

Beschreibt die Art und Intensität der Symptome, die der Erkrankte im Zuge der Krankheit wahrnimmt.

Angenommene Verursachung

Meint individuelle subjektive Ursachenzuschreibungen; diese müssen nicht notwendigerweise mit biologischen oder medizinischen Thesen übereinstimmen. Die Attributionen basieren sowohl auf eigenen Erfahrungen als auch auf Meinungen und Annahmen von sog. „significant others“, also Bezugspersonen, die im Leben der Patienten eine wichtige Rolle spielen, Gesundheitsprofessionisten oder auch medialen Quellen.

Angenommener Zeitverlauf

Beschreibt die Zeitspanne in Bezug darauf, wie lange die Erkrankung noch andauern wird einschließlich der Annahme, ob die Erkrankung akut oder chronisch einzustufen ist.

Vermutete Konsequenzen der Erkrankung

Definiert subjektive Theorien über die Folgeerscheinungen einer Krankheit und deren Einfluss auf die eigene Person sowie das soziale Umfeld. Annahmen dieser Art passen sich im Laufe der Erkrankung immer mehr an Expertentheorien an.

Behandlungs- und Kontrollmöglichkeiten über die Erkrankung

Meint subjektive Hypothesen über Kurabilität und Kontrollierbarkeit der Erkrankung und inwieweit der Betroffene glaubt, in diesem Prozess selbst eine tragende Rolle spielen zu können.

Nach Leventhal et al. (2003) sind bei der Umwandlung von Außenreizen in Repräsentationen besonders Denkschemata und Heuristiken von Erkrankten von Bedeutung. Diese Krankheitstheorien werden im Zuge der Krankheitsstimuli, die auf den Betroffenen einwirken, gebildet; Ziel ist hierbei die Kontrollierbarkeit der bedrohlichen Situation.

Neue Informationen die Situation betreffend erweitern diese Repräsentationen; als Informationsquelle dienen beispielsweise krankheitsabhängige biologische Veränderungen, Urteile von Bezugspersonen über die von außen wahrgenommenen Veränderungen oder auch mediale Einflüsse.

Zusammenfassend schließen subjektive Krankheitstheorien folgende drei übergeordnete theoretische Orientierungen ein (vgl. Muthny & Broda, 1999):

- die *attributionstheoretische Perspektive* mit Betonung der Ursachen- und Verantwortlichkeitszuschreibung
- die *handlungstheoretische Perspektive* mit Prozessen der Sinnfindung und Reformulierung von Lebensplänen
- die *gedächtnispsychologische Perspektive* mit der Aktivierung von Vorstellungen und Bedeutungsassoziationen

3.6 Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand

Nach Weis (1998) werden zwei zentrale Dimensionen im Kontext der subjektiven Krankheitstheorien diskutiert: Ursachenattribution und Kontrollüberzeugungen.

Auch Muthny und Broda (1999) betonen die besondere Wichtigkeit der Einbeziehung von Attributions- und Kontrollüberzeugungen als elementare Bestandteile von Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

3.6.1 Locus of Control

Das Konstrukt des „Locus of Control“, zu deutsch „Kontrollüberzeugung“, geht auf Rotter zurück – es sind „generalisierte Erwartungen“ einer Person, ob Ereignisse des persönlichen Erfahrungsraumes, etwa einer Krankheit, beeinflusst werden können oder nicht (Krampen, 1989).

Rotter geht nach Greve und Krampen (1991) von einem eindimensionalen bipolaren Konstrukt aus, der „Locus of Control“ wird somit durch die Pole internal und external abgegrenzt.

- *Internale Kontrollüberzeugungen* beschreiben generalisierte Erwartungen von Personen, die Ereignisse als Folge eigenen Verhaltens bzw. eigener Persönlichkeitsmerkmale anzuerkennen.

- *Externale Kontrollüberzeugungen* sind generalisierte Erwartungen von Personen, die dem Auftreten von Ereignissen wenig bis keinen eigenen Einfluss beimessen; d.h. die für die Konsequenzen verantwortliche Instanz wird als außerhalb der eigenen Person liegend erlebt.

Faktorenanalytische Auswertungen sowie inkonsistente Befunde empirischer Arbeiten führten im Laufe der Forschung zu theoretisch-konzeptionellen Differenzierungen dieses Konstrukts (Greve & Krampen, 1991). Nach Krampen (1989) und Levenson (1974, zitiert nach Klingberg, 1993) lassen sich drei konzeptuell unabhängige und nur mäßig korrelierende Dimensionen der Kontrollüberzeugung unterscheiden:

- *Internalität*: Ereignisse hängen von der Eigenschaft der eigenen Person bzw. vom eigenen Handeln ab.
- *Soziale Externalität*: Ereignisse hängen von Eigenschaften bzw. vom Handeln anderer, mächtiger Personen ab. Der Eintritt von Ereignissen wird von Personen bestimmt, die mehr Einfluss besitzen und als mächtiger erlebt werden.
- *Fatalistische Externalität*: Ereignisse hängen vom Schicksal oder Zufall ab.

Im Gegensatz zur Konzeption Rotters, in der ein Individuum lediglich entweder internal oder external kontrollüberzeugt ist, erlaubt diese differenzierte Betrachtungsweise prinzipiell jede Kombination hoher und niedriger Ausprägungen in den drei genannten unabhängigen Dimensionen (Krampen, 1989).

Kontrollüberzeugungen kommen einerseits bei Verarbeitung von belastenden Lebenssituationen zu tragen; andererseits werden Kontrollüberzeugungen auch für das Gesundheitsverhalten Gesunder und Kranker große Bedeutung beigemessen. Weiters wird die Funktion der internalen Kontrollüberzeugungen bzw. der Maladaptivität internaler Ursachenzuschreibungen bei körperlich erkrankten Personen erwähnt (Muthny & Broda, 1999). Nach Lohaus (1992) steht im Kontext der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen die Frage im Vordergrund, inwieweit der einzelne entweder sich selbst, andere Personen (Ärzte oder Angehörige) oder das Schicksal für seinen Gesundheitszustand verantwortlich macht und in welchem Ausmaß er folge dessen internal, sozial-external oder fatalistisch-external kontrollüberzeugt ist.

3.6.2 Attributionsforschung

Attribution [*lateinisch*] meint in der Psychologie die Zuschreibung von Ursachen. Attributionen dienen primär der sozialen Orientierung und der Selbstentlastung (Meyers Lexikonverlag, 2007). Nach Weiner (1994) beschäftigen sich Attributionstheoretiker mit der Entstehung von Theorien wahrgenommener Verantwortlichkeit und gehen der Frage nach, welche Ursachen für bestimmte Ereignisse, Handlungen oder Handlungsergebnisse angenommen werden. Die Antworten auf „Warum“-Fragen fallen in der Regel unterschiedlich aus, spezifische Umstände können idiosynkratische, d.h. eigentümliche Ursachenzuschreibungen hervorrufen. Trotz ihrer individuellen Unterschiedlichkeit sind allen Ursachen von Ereignissen drei Dinge gemein (Weiner, 1994):

- Sie sind entweder innerhalb (*internal*) oder außerhalb (*external*) des Handelnden lokalisiert (Lokationsdimension oder Personabhängigkeit).
- Sie sind über die Zeit *stabil* oder *instabil* (Dimension der Stabilität).
- Sie sind durch den Handelnden willentlich *kontrollierbar* und *veränderbar* (Dimension der Kontrollierbarkeit).

Zuschreibungen von Verantwortlichkeit und die an sie geknüpften Bewertungen sind nach Weiner (1994) im täglichen Leben allgegenwärtig. Einer der intervenierenden Prozesse besteht in der Kategorisierung von bestimmten Ursachen in ein dimensionales System, das Kontrollierbarkeit und in weiterer Folge auch persönliche Verantwortung beinhaltet.

Kausale Erklärungen für Erfolg und Misserfolg beeinflussen nach Weiner (1994) Emotionen, Erwartungen und leistungsbezogenes Verhalten. Wenn Misserfolg auf eine stabile Ursache (z.B. mangelnde Fähigkeit) zurückgeführt wird, sinken nachfolgende Erfolgserwartungen in stärkerem Maße als bei Attributionen auf variable Ursachen (z.B. Zufall). Weiters führen Attributionen von Misserfolg auf interne Ursachen (z.B. mangelnde Fähigkeit) zu negativen selbstwertbezogenen Emotionen wie Scham oder Depression.

Auch Abramson, Seligman und Teasdale (1978) nehmen an, dass interne, stabile und globale Attributionen von negativen Ereignissen zu Hilflosigkeitsdefiziten und Depressionssymptomen führen. Werden negative Ereignisse auf die eigene Person (*internal*) attribuiert, führt dies zu reduziertem Selbstwertempfinden (Försterling, 1994). Zusammenfassend konnten die genannten allgemeinpsychologischen Annahmen von Weiner (1994) und Abramson et al. (1978) bis heute in zahlreichen Studien belegt werden.

3.6.3 Interaktion zwischen Attributionen und Kontrollüberzeugung

Nach Weiner (1994) sind Konzepte der Kontrollierbarkeit und der Verantwortlichkeit eng miteinander verbunden; d.h. Wahrnehmungen von Kausalität schließen Annahmen von persönlicher Verantwortlichkeit mit ein. Wenn also eine Ursache – z.B. starkes Rauchen – für eine Person kontrollierbar oder veränderbar ist, wird die Person für den durch starkes Rauchen hervorgerufenen Lungenkrebs auch verantwortlich gemacht. Ein primär durch genetische Faktoren, z.B. erbliche Vorbelastung, hervorgerufener Lungenkrebs wird dagegen als unkontrollierbar angesehen, was die Person von der Verantwortlichkeit für die Entstehung der Krankheit entbindet.

Attributionen sind nicht Selbstzweck; sie werden gebildet, um dem Bedürfnis nach Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit nachzukommen. Sie verhindern den Verlust personaler Kontrolle über wichtige Lebensbereiche und helfen möglicherweise eingetretenen Kontrollverlust kognitiv zu kompensieren. Entscheidend dabei ist die subjektive Konstruktion von (Kausal)beziehungen, die für das Individuum von Bedeutung sind (Muthny & Broda, 1999).

Interessante Ergebnisse lieferten Wolf et al. (1995, zitiert nach Schwarz, 1998), wonach seelische Selbstverursachungsüberzeugungen Symptom eines vorwiegend depressiven Krankheitserlebens und als Zeichen einer maladaptiven Krankheitsauseinandersetzung zu werten sind. Weiters gelingt Patienten, die eher Umgebungseinflüsse für ihre Krankheit verantwortlich machen, die Krankheitsanpassung besser. Ähnliche Ergebnisse liefern Faller, Schilling und Lang (1995): Psychosoziale subjektive Krankheitstheorien – demnach Theorien, die psychosoziale Aspekte für das Entstehen einer Krankheit verantwortlich machen – stehen mit erhöhtem sozialen Distress, höheren Depressions- und Hilflosigkeitswerten sowie generell maladaptiven Bewältigungsstrategien in Zusammenhang.

Eine an Krebspatienten durchgeführte Studie (Förster, 2003) ergab, dass sich interne Kontrolle – vermittelt durch positive Umdeutung als ein Aspekt von Krankheitsverarbeitung – positiv auf Lebensqualität auswirkt. Zusammengefasst scheinen sich demnach externe Attribuierung und interne Kontrollüberzeugung positiv auf den subjektiv erlebten Gesundheitszustand auszuwirken.

3.7 Subjektive Krankheitstheorien als kognitive Krankheitsverarbeitung

In der Literatur wird häufig folgende Frage aufgeworfen: Lassen sich Ursachen- und Kontrollattributionen von Krankheitsverarbeitungsstrategien unterscheiden oder sind sie diesen zuzuordnen? Weis (1998) kritisiert in dieser Hinsicht die theoretischen Defizite der Bewältigungsforschung, da die Einordnung der subjektiven Theorien im Kontext der Krankheitsbewältigung nicht einheitlich ist.

Für beide Sichtweisen gibt es nach Hasenbring (1990) Hinweise: Nerenz, Leventhal und Love (1982, zitiert nach Hasenbring, 1990) postulieren, dass erst Vorstellungen über die Ursachen einer Erkrankung Vorstellungen über bestimmte Bewältigungsstrategien ermöglichen. Aber auch die alternative Anschauung subjektiver Krankheitstheorien als Teil von Copingverhalten wird wiederum von folgender These untermauert, die postuliert, dass die Frage nach dem „Warum?“ dem Aspekt der als „Grübeln“ bzw. „Rumifizieren“ benannten Bewältigungsstrategie zugeteilt werden kann.

Bei Betrachtung der Komplexität einer subjektiven Krankheitstheorie muss letztendlich davon ausgegangen werden, dass kognitive Erklärungsmuster sowohl vor als auch während des Krankheitsverarbeitungsprozesses zum Tragen kommen. Somit kann die eingangs gestellte Frage nicht eindeutig und nur unter Einbeziehung des situativen Kontext beantwortet werden.

3.8 Subjektive Krankheitstheorien bei onkologischen Patienten

Wer Krankheitssymptome an sich erkennt, stellt sich die Frage woher sie kommen bzw. wie sie sich voraussichtlich weiterentwickeln werden. Ist das Leiden auf einen Krankheitserreger zurückzuführen, oder aber ist es Anzeichen eines altersgemäßen chronisch-degenerativen Leidens? Hat man sich selbst unwissend oder fahrlässig dem Erreger ausgesetzt, oder kündigt sich gar die Quittung für ein lebenslanges Risikoverhalten an (Weiner, 1994)?

Es dominieren hierbei Vorstellungen von seelischer Überlastung, nicht selten mit anklagender Tendenz, schuldhaften, aber auch vorwurfsvollen Verarbeitungsstrategien.

Krankheitstheorien und persönliche Ursachenzuschreibungen dienen dabei primär der Ordnungs- und Sinnfindung; für den Betroffenen gilt es, Lebenskontinuität, Kontrollierbarkeit und sozialen Zusammenhalt zu erfahren (Schwarz, 1998).

Nach Ziegler (1989) sind Tumorerkrankungen oft mit einer verkürzten Lebenserwartung verbunden; sie sind medizinisch nur in Grenzen kontrollierbar und meist in ihrer Genese nicht gänzlich erforscht. Onkologische Patienten stehen somit einer Krankheit mit zahlreichen unbekanntem sowie unkontrollierbaren Variablen gegenüber, was per se zu Spekulationen und subjektiven Krankheitstheorien verleitet.

Im Spannungsfeld zwischen Sünde und Krankheit untersuchten Weiner, Perry und Magnusson (1988) Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Stigmen (z.B. AIDS, Blindheit, Fettleibigkeit oder auch Krebs), wahrgenommener Verantwortlichkeit, Affekten und Handlungsabsichten. Im spezifischen Fall von Krebserkrankungen wurde die wahrgenommene persönliche Verantwortlichkeit und Schuld als niedrig eingeschätzt; und auch generell wurden stigmatisierte Personen für körperliche Probleme nicht verantwortlich gemacht, wohl aber für Stigmata, die sich vorrangig durch Verhaltensauffälligkeiten oder mentale Probleme auszeichneten. Somit stehen auch soziale Interaktionen (im Sinne von Mitleid oder Ärger) im Zusammenhang mit (Fremd-)Ursachenzuschreibungen (Weiner, 1994).

Weiner (1994) nimmt an, dass Gesundheitskognitionen bei Patienten mit chronischen Leiden in Zusammenhang mit der Art ihrer Anpassung an die unheilbare Krankheit stehen. Taylor, Lichtman und Wood (1984) befragten 87 Brustkrebs-Patientinnen, die kurz zuvor wegen ihres Tumors untersucht worden waren. Dabei haben fast alle über die Ursache ihres Leidens nachgedacht; ca. 40% nahmen bis zu einem gewissen Grad auch interne Attributionen vor.

4 KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

4.1 Einleitung und Begriffsklärung

Der komplexe Forschungsgegenstand der Krankheitsbewältigung befasst sich mit der zentralen Frage, auf welche Weise und mit welchem Erfolg Menschen eine Erkrankung und die damit verbundenen Belastungen bewältigen (Weis, 1998). Nach Heim (1986) lässt sich Krankheitsverarbeitung als „...die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern“ definieren (S. 351).

Krankheitsbewältigung schließt die Ebenen des Fühlens, Denkens und Handelns ein und hat das Ziel, Belastungen durch die Erkrankung und ihre Auswirkungen günstig zu beeinflussen. Krankheitsverarbeitung beschränkt sich weiters nicht nur auf ein Individuum, in systemischer Betrachtungsweise bezieht sie sich ebenso auf die umgebende Sozialstruktur (Weis, 1998). Die Begriffe „Krankheitsverarbeitung“ und „Krankheitsbewältigung“ werden synonym verwendet; der englische Ausdruck „Coping“ beschreibt die Bewältigung belastender Erlebnisse allgemein.

4.2 Historischer Überblick

Die Erforschung von Reaktionen auf stressvolle und bedrohliche Reize reicht weit zurück in das 19. Jahrhundert – bis hin zu den Wurzeln der Psychoanalyse. Sigmund Freud leistete gemeinsam mit seiner Tochter Anna Freud einen ersten Beitrag zur Erforschung von Belastungsreaktionen in Form des psychoanalytischen Konzeptes der Abwehr (Weis, 1998).

Die jüngere Bewältigungsforschung begann in den 1950er Jahren und zeichnet sich seit dem durch hohe Produktivität aus. Es wurde einerseits untersucht, inwieweit und in welcher Weise sich bestimmte Formen der Bewältigung auf den Krankheitsverlauf oder die Überlebenszeit auswirken; andererseits fokussiert ein weiterer Forschungsbereich die Auswirkungen von verschiedenen Bewältigungsstrategien in Hinblick auf die Lebensqualität von Patienten (Weis, 1998). Diese psychophysiologische Stressforschung wechselte im so genannten Paradigmenwechsel von der Seite der Stressoren auf die Seite der Bewertungs- und

Verarbeitungsprozesse und wurde so zur Copingforschung. Sie betont die Wechselwirkung von situativen Anforderungen und Persönlichkeitszügen im Verarbeitungsprozess (Weis, 1998).

Der maßgebliche Unterschied dieser beiden Modelle liegt in den divergierenden Kernaussagen und Zielen. Den Mittelpunkt der Stressforschung bildet aktives, meist bewusst ablaufendes Bewältigungsverhalten mit dem Ziel der Realitätsbewältigung; im Gegensatz dazu versteht die psychoanalytische Abwehrlehre die Verdrängung von belastenden Gefühlen als unbewussten Verarbeitungsprozess mit dem Ziel, die Funktionsfähigkeit des Ichs zu sichern (Faller, 1998; Zimmermann, 2002).

Während in den Anfängen der Bewältigungsforschung unreife (Abwehr) und reife Formen (aktive Bewältigung) kontrovers gegenübergestellt wurden, wird derzeit an einem integrativen Modell gearbeitet, welches beide Ebenen verbindet (Weis, 1998). Auch Zimmermann (2002) verweist auf Erfahrungen aus dem klinischen Bereich, die zeigen, dass einerseits aktive Bewältigung und Auseinandersetzung, und andererseits innerpsychische Abwehr als wichtige Strategien im Umgang mit Krankheit eng ineinander verflochten sind.

So kann es nach Weis (1998) zu einem bestimmten Zeitpunkt günstig sein, Bearbeitungsstrategien im Sinne der Abwehr einzusetzen, die kurzfristig zu einer subjektiven Erleichterung führen, während eine mittel- und langfristige Adaptation an die Krankheit eher durch aktive Auseinandersetzung begünstigt wird.

4.3 Modelle der Krankheitsverarbeitung

In den folgenden Unterkapiteln sollen verschiedene in der Literatur gefundene Theorien und Konzepte bezüglich Krankheitsverarbeitung dargestellt werden, das letzte Kapitel beschäftigt sich mit Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Modelle.

4.3.1 Die Ich-Psychologie der Anna Freud

Das psychoanalytische Konzept der Abwehr geht auf Sigmund Freud zurück; er definiert Abwehr als einen unbewussten Kampf des Individuums gegen unlustvolle Vorstellungen und

Gefühle. Diese kognitiv-erlebnisorientierten Prozesse dienen nach Beutel (1990) vorrangig der Verminderung von Angst oder anderen bedrohlichen Affekten; intersubjektive Realität, und/oder Selbstwahrnehmung werden dabei in defensiver Weise verzerrt.

In ihrer Monographie „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ hat Anna Freud 1936 begonnen, psychische Vorgänge, die häufig zu Abwehrzwecken gebraucht werden, zu beschreiben und ihnen den spezifischen Namen „Abwehrmechanismen“ zu geben (Schuster & Springer-Kremser, 1997). Nach Ziegler und Gemeinhardt (1989) lassen sich die häufigsten Abwehrphänomene bei Schwerkranken in zwei Kategorien einteilen: Verdrängung und Verleugnung.

Die Verdrängung umfasst *Rationalisierung*, *Intellektualisierung*, *Affektisolierung* (Selbstbeherrschung), *Reaktionsbildung*, *Verschiebung*, *Sublimierung*, *Projektion* sowie *Regression*. Verleugnung unterteilt sich in die Abwehrmechanismen Projektion und Entstellung. Kennzeichnend für Verleugnung ist die zumindest partielle oder auch vollständige Leugnung der Realität. Diese Art des Realitätsverlusts findet man bei den verschiedenen Verdrängungsmechanismen nicht (Ziegler & Gemeinhardt, 1989).

4.3.2 Das Phasenmodell nach Kübler-Ross

Kübler-Ross (1970) versuchte, die bei schweren Erkrankungen typischen emotionalen Reaktionen im zeitlichen Verlauf zu beobachten und somit ein Phasenmodell der Krankheitsverarbeitung zu entwickeln. Das relativ bekannte Modell resultiert aus Erfahrungen und Gesprächen der Autorin mit Betroffenen – insbesondere mit Sterbenden. Kübler-Ross unterscheidet fünf verschiedene Phasen, die den gesamten Krankheitsverlauf umfassen. „*Verleugnung und Isolierung*“ folgt meist auf den ersten Schock der Diagnosemitteilung; dieser Zustand wird jedoch bald abgelöst durch ein teilweises Akzeptieren und Wahrnehmen der Realität. Mit zunehmender Realisierung der Erkrankung und der damit verbundenen Konsequenzen gelangen die Betroffenen in eine zweite Phase, die von „*Zorn*“ und Wut geprägt ist. Die Phase „*Verhandeln*“ verläuft meist unbemerkt, d.h. intrapsychisch; der Patient versucht hierbei, das als unvermeidbar betrachtete Schicksal durch Verhandeln aufzuschieben. Die Phase „*Depression*“ beschreibt einerseits eine reaktive Depression über Verluste, die der Kranke bereits erlitten hat und andererseits eine vorbereitende Depression, die im Sinne einer Trauerarbeit drohende Verluste, vor allem aber den eigenen Tod, antizipiert. Im letzten

Abschnitt „*Zustimmung, Akzeptieren des Sterbens*“ sieht der Kranke seinem Tod mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Patienten in dieser Phase erleben diese Zeit fast frei von Gefühlen, sie erleben kaum noch Schmerzen.

Kübler-Ross (1970) nimmt an, dass die meisten Patienten die Abschnitte bzw. Phasen in genannter Reihenfolge durchleben. Abweichungen hierbei sind möglich, so können sich Phasen sowohl überschneiden als auch parallel auftreten.

4.3.3 Das Transaktionsmodell von Lazarus

Lazarus und Folkman brachten mit ihrem Transaktionsmodell eine Theorie der Krankheitsverarbeitung hervor, die sich aus den Erkenntnissen der Stresstheorie entwickelte (Lazarus & Folkman, 1984) und vor allem auf empirischen Untersuchungen basiert (Ziegler & Gemeinhardt, 1989).

Nach Lazarus und Launier (1981) werden im Zuge der Stressbewältigung laufend zwei Bewertungen von der betroffenen Person vorgenommen, die ständig Veränderungen ausgesetzt sind. Von großer Bedeutung ist hier die zeitliche Variable und damit einhergehend die Beschreibung eines dynamischen Prozesses.

In der primären Bewertung („*primary appraisal*“) geschieht die erste qualitativ und quantitativ ausgerichtete Einschätzung der Bedrohung. Das Ergebnis kann dabei als irrelevant, günstig, positiv oder auch belastend eingeschätzt werden. Belastende Bewertungen im Sinne von Stress treten in drei unterschiedlichen Formen auf, sie können Schädigungen bzw. Verlust, Bedrohung oder Herausforderung anzeigen (Raff, 2004; Ziegler & Gemeinhardt, 1989).

In einem zweiten Schritt („*secondary appraisal*“) werden eigene vorhandene Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten evaluiert und mit dem Ergebnis der ersten Bewertung in Relation gesetzt. Dabei kommt es zu erneuten Einschätzungen oder anders ausfallenden Urteilen, weil Bewältigungsmechanismen einerseits durch den einwirkenden Stress laufend modifiziert werden und andererseits auch gleichzeitig durch diese Bemühungen die Bewertung des Stresses verändert wird.

Bewältigungsverhalten ist demnach als kontinuierlicher, wechselseitiger Prozess der Auseinandersetzung zu verstehen, in dem Bewältigungsversuche eine Problemsituation verändern, und umgekehrt Veränderungen der Situation künftige adaptive Bemühungen beeinflussen (Beutel, 1990).

4.3.4 Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Modelle

Die Gemeinsamkeit der genannten Theorien besteht darin, dass die Bewältigung einer Krankheit auf verschiedenen Ebenen, nämlich *kognitiv* (z.B. der Krankheit einen Sinn geben), *emotional* (z.B. Optimismus, Resignation) und *handlungsbezogen* (z.B. aktives Vermeiden, Ablenken) ablaufen kann. Nach Heim (1986) beziehen sich kognitive Bewältigungsmuster eher auf rationale Verarbeitungsmechanismen; dagegen ist emotional geprägtes Coping meist auf unbewusste Abwehrvorgänge gerichtet. Handlungsbezogene Krankheitsbewältigung umfasst Verhaltensweisen, die als Reaktion auf die Krankheit ausgelöst werden.

4.4 Krankheitsverarbeitung als Prozess

Nach Tschuschke (2002) muss Krankheitsverarbeitung als Prozess verstanden werden, d.h. Strategien können sich mit der Zeit verändern. Forschungsergebnisse der 1970er und 1980er Jahre führten immer mehr zur Überzeugung, dass „Copingmuster“ weniger durch Personenfaktoren bestimmt sind, als vielmehr durch Situationsfaktoren. Auch Faller (1998) betont die Situationsgebundenheit und Kontextabhängigkeit zwischen einer Person und der Belastungssituation; dabei resultiert die Veränderbarkeit der Bewältigungsbemühungen aus individuellen Bewertungsprozessen. Bewältigungsformen können dabei nach Beutel (1990) auf Veränderungen der Problemsituation durch Veränderung von Selbst und Umwelt oder auch auf Reduzierung der belastenden Emotionen abzielen.

Nach Heim und Meyer (1998) können folgende situative Phasen unterschieden werden, wobei jede Phase des Krankheitsprozesses unterschiedliche subjektive Wertungen bedingt:

- Erstes Wahrnehmen der Veränderung
- Erste Konsequenzen
- Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe
- Akute Krankheitsphase
- Rekonvaleszenz und/oder Rehabilitation
- Chronische Krankheitsphase, evt. Invalidität
- Terminale Phase

Parallel dazu existieren nach Ziegler und Gemeinhardt (1989) drei Phasen im Prozess der individuellen kognitiven und emotionalen Krankheitsverarbeitung: *Krankheitsereignisse*, *Adaptionsprozesse* und *Bewältigungsergebnisse*. Krankheitsbewältigungsforschung muss daher von einem prozessualen und individuellen Gefüge ausgehen, dem ein multifaktorielles Umwelt-Person-Passungsgefüge zugrunde liegt (Tschuschke, 2002).

Die Erforschung von Ergebnissen gelungener Bewältigung leitet über zum Problem der Definition eines erfolgreichen Verarbeitens einer schweren Erkrankung. Zu den frühesten Maßen, mit denen Effekte des Copingverhaltens erfasst wurden, gehört der Karnofsky-Index; mit ihm wird insbesondere die Lebensqualität gemessen (Ziegler & Gemeinhardt, 1989). Eine weitere Ergänzung hierzu ist die Überlegung, dass erfolgreiche Krankheitsverarbeitung mit einem mittleren bis niedrigen Angst- und Depressionsniveau einhergeht, wobei das Maß an Kompetenz im Umgang mit der Krankheit ausschlaggebend ist. Erfolgreiche Bewältigung äußert sich somit primär durch eine hohe Lebensqualität; die Überlebensrate als Indikator spielt in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine eher untergeordnete Rolle (Ziegler & Gemeinhardt, 1989).

4.5 Strukturierung von Bewältigungsstrategien

Muthny und Bermejo (1993) beschreiben wichtige Wege und Dimensionen der Krankheitsverarbeitung; ohne Anspruch auf Vollständigkeit wird versucht, eine Zuordnung der Dimensionen zu den Ebenen der Kognitionen, Emotionen und Handlungen vorzunehmen. Dies geschieht als Orientierungshilfe und keinesfalls in der Annahme, dass diese Ebenen im Verarbeitungsprozess wirklich trennbar wären (siehe Tabelle 4).

Als hilfreichste Strategien bezüglich der Verarbeitung der Diagnosemitteilung stellten sich nach Muthny und Bermejo (1993) „Kampfgeist“, „Trost im religiösen Glauben“, „Carpe diem-Haltung“ und „Vertrauenssetzung in die Ärzte“ heraus.

Nach Klauer und Filipp (1996) finden sich derzeit verschiedene dimensionsanalytisch gewonnene Taxonomien des Bewältigungsverhaltens. So werden in einer Arbeit von Lazarus und Folkman (1984) acht Bewältigungsformen unterteilt: Konfrontatives Coping, Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Übernahme von Verantwortung, Fluchtvermeidung, planvolles Problemlösen und positive Neubewertung.

Tabelle 4. Dimensionen der Krankheitsverarbeitung (Muthny & Bermejo, 1993).

Kurzbenennung der Skala	Kognition	Emotion	Verhalten
1. Informationssuche	K		V
2. Wahrnehmungsabwehr	K		V
3. Wunschenken	K		
4. Selbstanschuldigung	K		
5. Problemanalyse und Bewertung	K		V
6. planvolles Handeln	K		V
7. Gefühle ausleben	K		
8. Kontrolle der Gefühle und des Ausdrucks	K	E	V
9. Spannungsreduktion		E	V
10. Ersatzbefriedigung	K		V
11. Carpe diem-Haltung	K		V
12. Auflehnung und Selbstmitleid	K		
13. Optimismus-Strategien	K	E	
14. Selbstaufwertung	K		
15. Ablenkung	K		V
16. Akzeptieren	K		
17. depressive Verarbeitung/Resignation	K	E	
18. Sinnggebung	K		
19. Religiosität	K		V
20. Compliance-bezogene Strategien	K		V
21. Misstrauen gegenüber den Ärzten	K	E	V
22. Altruismus	K		V
23. Zweckpessimismus/Galgenhumor	K		
24. Relativierung durch Vergleich	K		
25. Regressive Wünsche	K		
26. Inanspruchnahme sozialer Unterstützung	K	E	V
27. sozialer Rückzug	K		V

In einer Studie an 332 Krebspatienten wurden 64 als Fragebogenitems repräsentierte Bewältigungsreaktionen faktorisiert. Es konnten daraus folgende übergeordnete Dimensionen extrahiert werden: Rumination, Suche nach sozialer Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information und Erfahrungsaustausch, Suche nach Halt in der Religion (Klauer, Filipp & Ferring, 1989).

In Studien der englischen Arbeitsgruppe um Greer mit Brustkrebspatientinnen wurden vier Haupt-Copingstile untersucht; „Kampfgeist“, „Verleugnung“, „stoische Akzeptanz“ und „Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit“. Lediglich ein Muster zeigte einen bedeutsamen Einfluss auf die Überlebenszeit der Teilnehmerinnen: Patientinnen mit hohen Werten für Hoffnungslosigkeit/Hilflosigkeit hatten eine signifikant höhere Rezidiv- und Mortalitätsrate (Isermann, 2006).

Diesen Untersuchungen ist gemeinsam, dass jeweils eine *kognitiv-defensive Bewältigungsform* (bspw. Wahrnehmungsabwehr, Distanzierung, Bedrohungsabwehr), die eine Abkehr der Aufmerksamkeit von krankheitsbedingten Belastungen inkludiert, identifiziert wurde und

diese auch zugleich die von Betroffenen am häufigsten eingesetzte war. Dem gegenüber stehen Copingstile, die dem *problemorientierten bzw. instrumentellen Bewältigungsverhalten* im Sinne von Lazarus zugeordnet sind (z.B. planvolles Handeln, Suche nach Information und Erfahrungsaustausch); dies entspricht insgesamt wiederum dem eingangs vorgestellten Dualismus von Abwehr und Coping.

4.6 Krankheitsbewältigung bei onkologischen Patienten

Die Spezifität bzw. Besonderheit der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken bezieht sich nach Muthny und Koch (1998) theoriegeleitet auf unterschiedliche Determinanten des Verarbeitungsprozesses, so vor allem auf den Einfluss von soziodemografischen Variablen, die früher noch hoch betonte Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren, die Rolle von Situationsfaktoren sowie eventuelle gravierende Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosen.

Die Mitteilung, an Krebs erkrankt zu sein, ruft bei Patienten und Angehörigen unterschiedliche Belastungsreaktionen hervor. Die meisten Betroffenen erleben die Eröffnung der Befunde und der Diagnose als Schock (Rieg-Appelson, 2002).

Faller (1998) illustriert in seiner mittels qualitativer Interviews durchgeführten Studie an Bronchialkarzinomkranken unterschiedliche Gedankengänge; beispielsweise Zukunftsangst („Wie soll es jetzt weitergehen?“), Tod („Kann man mit so einer Krankheit überhaupt überleben?“), Unglauben („Ich wollte es gar nicht wahrhaben.“) oder auch Hader („Warum? Warum muss mich das treffen?“). An erster Stelle nennt auch er, dass die Diagnosemitteilung meist einen psychischen Schockzustand des Betroffenen auslöst. Nach der Aufklärung des Krankheitsbildes geht der Betroffene dazu über, sich mit seiner veränderten Situation auseinanderzusetzen. Es kommen neue, nicht gekannte Belastungen auf ihn zu, die er bewältigen muss (Faller, 1998).

Gesunde können die Tatsache, einmal sterben zu müssen, meist recht gut ausblenden; im Gegensatz dazu ist ein onkologischer Patient gezwungen, sich mit diesem Gedanken auseinanderzusetzen (Faller, 1998).

Nach Verres et al. (1986) ist eine Krebsdiagnose für viele Menschen noch immer gleichbedeutend mit Tod und Sterbenmüssen. Auch Behnke und Thomas (1992) betonen, dass die Diagnose Krebs auch heute noch – trotz erheblicher medizinischer Fortschritte in

den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung – ein Begriff ist, der von Betroffenen sowie Angehörigen als existentielle Bedrohung erlebt wird und Assoziationen von Schmerz und qualvollem Sterben auslöst. Ein wesentlicher Teil dieses Schreckens und der damit einhergehenden Ängste resultiert dabei allerdings weniger aus der Lebensbedrohung per se, sondern vielmehr daraus, dass das eigene Sterben als ein Leidensweg antizipiert wird und so die vermeintlich verbleibende Lebenszeit vom Konflikt zwischen Hoffnung und Resignation geprägt ist (Ziegler, 1989). Weitere Belastungen ergeben sich durch die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, Autonomieverlust, den Verlust von Aktivitäten, sozialer Isolierung und der Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls (Behnke & Thomas, 1992).

Diesen erkrankungsübergreifenden Belastungsfaktoren stehen Belastungen spezifischer onkologischer Erkrankungen gegenüber, wie beispielsweise chronische Schmerzen, körperliche Stigmen, prognostische Unsicherheit und nicht zuletzt unterschiedliche Therapieformen und Nebenwirkungen (Muthny & Koch, 1998). Nach Muthny und Bermejo (1993) beziehen sich Belastungen des onkologischen Patienten sowohl auf die *Vergangenheit* (z.B. Schuldgefühle durch erlebte Mitverursachung), die *Gegenwart* (aktuelle Einschränkungen) sowie die *Zukunft* (bedrohte Lebensperspektive).

Erkrankungen an Krebs führen sehr häufig zu allgemeinen psychischen Folgeproblemen wie Ängste und Depressionen: In einer Studie an Krebspatienten wurden an 32% der Teilnehmenden Personen klinisch relevante Depressionssymptome und an weiteren 30% Symptome einer Angststörung identifiziert (Manzanera, Lafay, Papet & Senon, 2003). Neben diesen Folgeproblemen finden sich nach Ziegler (1989) häufig auch soziale und Kommunikationsprobleme. Onkologische Patienten zeigen teilweise ein hohes Maß an Wut, Ärger und Enttäuschung und damit verbunden forderndes und egozentrisches Verhalten, was sich ungünstig auf das soziale Umfeld und Beziehungsgefüge generell auswirken kann.

Krankheitsverarbeitung ist ein individueller Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum erstreckt. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit immer wieder neuen Anforderungen, die aus der Therapie, der Nachsorge und der Rückkehr in den Alltag resultieren. Im Verlauf einer Krebserkrankung sind daher immer wieder unterschiedliche Bewältigungsanstrengungen angemessen und hilfreich (Krebsinformationsdienst, 2005a).

Eng im Zusammenhang mit der Erforschung von Krebsbewältigung stehen die Untersuchungen von Ressourcen in ihrer Auswirkung auf die Bewältigung. Dabei lassen sich

personale und soziale Ressourcen unterscheiden. Zu personalen Ressourcen zählen nach Weis (1998) unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften bzw. dispositionale Merkmale, die im Sinne des salutogenetischen Modells diskutiert werden. Dazu werden neben dem von Antonovsky konzipierten Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1987) auch der dispositionale Optimismus (Schleier & Carver, 1987) und das Konzept der „Hardiness“ (Widerstandskraft) nach Kobasa (1979) gezählt. In den 1990er Jahren konnten Filipp, Klauer und Ferring (1993) Hinweise darauf finden, dass Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstaufmerksamkeit die Bewältigungsanstrengungen einer Person verstärken können.

5 LEBENSQUALITÄT

5.1 Einleitung und Begriffsklärung

Die World Health Organisation (WHO) versteht unter Lebensqualität die individuelle Sicht der eigenen Position im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in dem eine Person lebt (Rief & Nanke, 2003). Die World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) hat in ihrer Definition von Lebensqualität die Wahrnehmung und Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt miteinbezogen (Bowling, 1995):

Quality of life is defined as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, and level of independence, social relationships, and their relationships to salient features of their environment (p. 1067).

Lebensqualität ist nach Seifert (1992) ein multidimensionales Konstrukt, das die *subjektive Bewertung seelischen, körperlichen und sozialen Erlebens* auf einem definierten Gebiet umschließt. Aufgrund der Tatsache, dass zwischen Mensch und Umwelt mannigfache wechselseitige Einflussbeziehungen bestehen, müssen bei einer Definition der Lebensqualität die soziale Integration und funktionelle Kompetenz ebenso berücksichtigt werden wie psychisches Befinden und körperliche Verfassung.

Der Terminus „Lebensqualität“ stammt ursprünglich aus der Sozialpolitik – das Streben nach Glück („pursuit of happiness“) ist bereits in der amerikanischen Verfassung als essentieller Bestandteil einer demokratisch-freiheitlichen Lebenskultur festgelegt. In den 1960er Jahren wurde Lebensqualität primär über die Sozialstruktur, wie beispielsweise sozioökonomische Ressourcen oder die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung definiert (Bullinger, 2002).

Dirhold und Thomas (1995) unterscheiden soziale und wirtschaftlich/materielle Ausgangslagen von interpsychischen Anpassungs- und Regulationsprozessen, stark

vereinfacht könnte man in diesem Zusammenhang von *objektiver versus subjektiver Lebensqualität* sprechen.

Der Einfluss sozialer und wirtschaftlicher Bedingungen, wie Familienstand, Bildungsniveau oder Einkommenshöhe auf die Lebensqualität konnte in vielen Studien der Human- und Sozialwissenschaften nachgewiesen werden. Im Kontext des transaktionalen Ansatzes von Lazarus und Launier (1981) muss man jedoch davon ausgehen, dass der Einfluss genannter objektiver Bedingungen auf die subjektive Lebensqualität nur im Zusammenspiel mit innerpsychischen Vorgängen seitens des Patienten zu verstehen ist. Auf die Lebensqualität können sich somit beispielsweise das Anspruchsniveau, die Relevanz von Bedürfnissen oder die Wahrnehmung bzw. Gewichtung von objektiven Gegebenheiten auswirken (Becker, 1991). Lebensqualität kann somit als das Ergebnis von Beurteilungsprozessen, die stark von der Auswahl der einbezogenen Lebensbereiche und dem Bezugssystem der beurteilenden Person abhängt, definiert werden (Petermann & Krischke, 1995).

5.1.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität steht in der Medizin als gesundheitsbezogener Aspekt des persönlichen Wohlbefindens im Vordergrund. Dieser Lebensqualitätsbegriff vernachlässigt materielle und politische Aspekte und betont demgegenüber individuelle gesundheitsbezogene Beurteilungskriterien. In der Beurteilung von Ergebnissen von somatischen Behandlungsformen hat sich in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen; nicht mehr allein die Verlängerung des Lebens (Mortalität) oder die Veränderung der klinischen Symptomatik (Morbidität), sondern auch das Erleben des Gesundheitszustandes von erkrankten Personen gewinnt als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung. Dies lässt sich wiederum besser verstehen, wenn Lebensqualität nicht als Schlagwort, sondern als Ausdruck eines veränderten gesellschaftlichen Wertesystems aufgefasst wird, das die Ziele des medizinischen Handelns neu bestimmt (Bullinger, 2002).

Somit bringt diese veränderte Sichtweise hier den Begriff „Lebensqualität“ in den Vordergrund aktueller sozialwissenschaftlicher, psychologischer und medizinischer Forschung (Bullinger, 2002). In diesem Kontext schlägt Bullinger (1991) ausgehend von unterschiedlichen Normen drei Definitionen von Lebensqualität vor:

- *Klinische Norm:* Die Lebensqualität ist als hoch zu bezeichnen, wenn eine Person unter der medizinischen Behandlung die geringstmöglichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen erfährt (gesundheitsbezogene Lebensqualität).
- *Soziale Norm:* Die Lebensqualität ist als hoch zu bezeichnen, wenn eine Person ihren sozialen Rollen entsprechend funktioniert und daraus Befriedigung zieht.
- *Individuelle Norm:* Lebensqualität ist in an betracht subjektiver Normen im Prinzip nicht objektiv messbar; hohe Lebensqualität ist dann gegeben, wenn Hoffnungen und Erwartungen einer Person in ihrer Erfahrung erfüllt werden.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als multidimensionales Konstrukt definiert, welches körperliche, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten beinhaltet, Hauptaugenmerk liegt auf gesundheitsnahen Aspekten des menschlichen Erlebens und Verhaltens (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Gesundheit wird in diesem Zusammenhang definiert als qualitative Größe, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden kann (Krischke, 1996). Der Gesundheitszustand kann jedoch einerseits als ein Element der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt, und andererseits als individuelle und subjektive Bewertung der persönlichen Gesundheit verstanden werden. In beiden Fällen werden so genannte Gesundheitsindizes zur Beurteilung verwendet (Krischke, 1996).

Die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung vollzog sich nach Bullinger (2002) sich in den letzten Jahrzehnten in drei Phasen:

- 1970er Jahre Gekennzeichnet durch eine Fülle eher philosophischer Arbeiten zur Frage, wie Lebensqualität definiert und operationalisiert werden kann.
- 1980er Jahre Konkrete Messung der Lebensqualität mit verstärkter Entwicklung von Messinstrumenten.
- 1990er Jahre Anwendung der Messinstrumente, d.h. die Einbeziehung von Lebensqualitätsmessinstrumenten in verschiedenen Typen klinischer Studien.

Nordamerika und England gelten als Vorreiter im Bereich der Lebensqualitätsforschung, in den restlichen europäischen Ländern verlief die Integration des Begriffes Lebensqualität eher zögerlich – erst Ende der 1980er Jahre finden sich hier systematische Forschungsbemühungen (Bullinger, 2002).

5.2 Ziele der Lebensqualitätsforschung

Nach Bullinger (2002) ist zunächst die Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Bevölkerungsgruppen erforderlich, um hieraus Informationen für *gesundheitspolitische Planungen* abzuleiten; die Nutzer stammen aus Gesundheitsforschung, Politik und Epidemiologie. Es soll der Frage nachgegangen werden, wie sich Menschen mit definierten Krankheiten, z.B. Krebs, in der Bevölkerung fühlen.

Ein weiterer Punkt betrifft die *Bewertung von Therapien* mit Hilfe von Beobachtungsstudien bis hin zu randomisierten kontrollierten klinischen Studien. Nutzer sind einerseits die Träger medizinischer Leistungen (z.B. Krankenkassen, Versicherungen), andererseits Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen generell. In Hinblick auf die Lebensqualität ergeben sich Fragen wie beispielsweise „Wem helfen welche Therapien?“.

Ein dritter Bereich der Forschung beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit das Ergebnis von Behandlungsbemühungen ökonomisch und gesundheitspolitisch vertretbar ist; Lebensqualität wird unter dem Gesichtspunkt einer *Kosten-Nutzen-Berechnung* evaluiert. Die Ergebnisse sind vor allem für Gesundheitsplaner und Politiker von Interesse.

Mit dem Terminus Lebensqualität – oder genauer: Lebensqualität des Patienten – ist das Bemühen und die Absicht angezeigt, sich von einer *bloß* naturwissenschaftlichen, objektiv kausalen und somit messbaren Vorstellung von Krankheit zu distanzieren. Objektiv feststellbare Befunde allein sollen nicht bestimmen; vielmehr sollen das subjektive Befinden sowie individuelle Bewertungen des Befindens in das Verständnis von Krankheit eingehen und in der der Behandlung berücksichtigt werden (Koch, 1992).

5.3 Lebensqualität bei onkologischen Patienten

Disziplinübergreifend orientieren sich die meisten Ansätze zur Lebensqualität explizit an menschlichen Bedürfnissen und Motiven, deren Befriedigung bzw. Erfüllung mit Lebensqualität gleichgesetzt wird (Bullinger, 2002).

In der Onkologie werden unter dem Stichwort Lebensqualität Fragen nach der Qualität des Lebens und Überlebens mit Krebs diskutiert, im Vordergrund steht dabei der Einfluss von Diagnose und Verlauf von Tumorerkrankungen in verschiedenen Krankheitsstadien, Altersklassen und sozioökonomischen Gruppen etc. auf die Lebensqualität (Dirhold & Thomas, 1995). Im Kontext der speziellen Fragestellung, inwieweit lebensverlängernde Maßnahmen bei ungünstigen Prognosen als angebracht erscheinen bzw. inwieweit Lebensquantität mit Lebensqualität der Patienten in Zusammenhang zu bringen ist, war die Onkologie eine der ersten Disziplinen, die sich zum Thema Lebensqualität geäußert hat (Bullinger, 2002).

Der Begriff Lebensqualität wird in der Krebsforschung als subjektives Bewertungskriterium eingesetzt; hierbei werden beispielsweise aktive Behandlung und supportive Versorgung verglichen, oder die Auswirkung von Training auf beeinträchtigte Funktionen untersucht (Petermann & Krischke, 1995).

Bei fallender Mortalitätsrate stieg in den letzten Jahren die Inzidenzrate von Krebserkrankungen immer weiter an. Auch aus diesem Grund gewinnt die Erfassung der Lebensqualität in der onkologischen Forschung und Literatur zunehmend an Bedeutung. Die Lebensqualität ist neben der Überlebenszeit das wichtigste Kriterium bei der Wahl medizinischer Behandlungsmaßnahmen geworden (Isermann, 2006). Auch Petermann und Krischke (1995) betonen, dass bei einer Rate von 40-45% langfristig überlebender Krebspatienten die Frage der „Überlebensqualität“ an Bedeutung gewinnt, da das Überleben meist mit körperlicher Behinderung und Stigmatisierung verbunden ist.

Henrich und Herschbach gingen 1998 der Frage nach, ob und inwiefern einheitliche objektive Bedingungen für subjektive empfundene Lebenszufriedenheit verantwortlich gemacht werden können. Diese Frage musste nach der deutschlandweiten Untersuchung von 1383 Krebspatienten verneint werden; die gefundenen Zusammenhänge waren so gering, dass ein Schluss von den unabhängigen Variablen (objektive Personen- und Krankheitsbedingungen)

auf die Lebensqualität als nicht sinnvoll erschien. Ein Erklärungsansatz fokussiert die Möglichkeit, dass die Bewertung von objektiven Lebensumständen und die Verarbeitung von Behinderungen und Einschränkungen zu stark von individuellen Einstellungen geprägt sind, als dass es generelle Zusammenhänge geben könnte. Die Ergebnisse der Untersuchung unterstreichen, dass das Befinden und die Lebensqualität jedes einzelnen Patienten neu zu ermitteln und nicht aus äußeren Befunden abzuleiten ist.

Lebensqualität als Outcome-Parameter ist in aktuellen onkologischen Studien nicht mehr wegzudenken – nicht nur der Anstieg der Veröffentlichungen in den letzten Jahren, sondern auch die zunehmende Verbreitung von Lebensqualitätsmessinstrumenten in klinischen Studien zeugen davon (Bullinger, 2002). Nach Kruschke (1996) lassen sich unter Outcome-Gesichtspunkten folgende Ziele der Lebensqualitätsforschung in der Onkologie zusammenfassen: Die Verbesserung und Optimierung der Patientenbetreuung, eine Bewertung der Therapienebenwirkungen und Identifikation prognostischer Faktoren, die Beschreibung und Dokumentation des Verlaufs der Erkrankung und der Therapie, die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs von Krebspatienten, die Auswahl alternativer Behandlungsstrategien sowie Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

5.4 Aktueller Forschungsstand zum Outcome-Parameter „Lebensqualität“

Der folgende Abschnitt soll einen Überblick über Schlussfolgerungen bieten, die in Zusammenhang mit den bereits vorgestellten Konstrukten subjektive Krankheitstheorien und Bewältigung gefunden wurden. Gesundheitsbezogene Lebensqualität dient dabei in den meisten vorgestellten Studien als Outcome-Variable.

5.4.1 Prädiktoren für hohe Lebensqualitätswerte

Soziale Unterstützung als Bewältigungsstrategie und der Glaube an die Kontrollierbarkeit der Krankheit stehen in Zusammenhang mit hoher Funktionsfähigkeit der Patienten (Scharloo, Baatenburg de Jong, Langeveld, Doorn-op den Akker & Kaptein, 2005). Vergleichbare Ergebnisse liefert eine Folgestudie: Patienten, die ihre Emotionen äußerten, sich soziale Unterstützung und Ablenkung suchten und weniger passive Bewältigungsstrategien

anwandten, erwiesen sich als weniger ängstlich und depressiv und waren ein Jahr nach der Untersuchung physisch gesünder (Scharloo et al., 2005).

Eine erwartete kurze Erkrankungsdauer steht in direkter Verbindung mit hohen Werten in Lebensqualität und emotionalem Wohlbefinden (Förster, 2003).

Eine Untersuchung an 47 Dialysepatienten gibt Aufschluss über Einflussfaktoren auf psychisches und physisches Befinden im Kontext der Lebensqualitätsforschung. So wirkt sich beispielsweise ein hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle über die Krankheit jeweils positiv auf die physische und psychische Lebensqualität aus. Im Gegensatz dazu führten Vermeidungsstrategien zu negativen Auswirkungen auf das psychische Befinden (Pucheu, Consoli, D'Auzac, Francois & Issad, 2003).

5.4.2 Prädiktoren für niedrige Lebensqualitätswerte

Eine Untersuchung bei Patienten mit Kopf- und Halskarzinom belegt, dass Krankheitsannahmen in engem Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität stehen. Patienten, die verstärkte Symptomwahrnehmung zeigen, ein erneutes Auftreten von Symptomen für wahrscheinlich halten, Tendenz zur Selbstbeschuldigung zeigen und hoch emotional auf die Krankheit reagieren, erzielen niedrige Lebensqualitätswerte (Scharloo et al., 2005). Weiters steht ein hohes Maß an Depressivität in Zusammenhang mit einer hohen Anzahl von Symptomen, dem Glauben an erhebliche schädliche Konsequenzen und niedriger Kontrolle über die Krankheit (Vaughan, Morrison & Miller, 2005).

Auch Rutter und Rutter (2002) konnten in ihrer Studie über Patienten mit Reizdarmsyndrom zeigen, dass der Glaube an schädliche Konsequenzen mit niedriger Lebensqualität und einem hohen Ausmaß an Depressivität und Ängstlichkeit einhergeht. Niedrige Kontrollierbarkeit der Erkrankung stand ebenfalls im Zusammenhang mit niedriger Lebensqualität. Weiters konnten sie bestätigen, dass Bewältigungsstrategien die Verbindung zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität mediierten.

Nach Heijmans (1998) haben wiederum subjektive Krankheitstheorien einen höheren direkten Einfluss auf Lebensqualität als – wie in anderen Studien angenommen – bestimmte Bewältigungsmechanismen selbst.

In einer Studie von Scharloo, et al. (1998) wurden an Rheuma, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) und Neurodermitis erkrankte Personen untersucht. Es konnte bestätigt werden, dass eine wahrgenommene starke Krankheitsidentität, passive Bewältigungsstrategien, der Glaube an eine lange Krankheitsdauer und schädliche Konsequenzen mit niedrigen Scores in der Funktionsfähigkeit und der sozialen Komponente von gesundheitsbezogener Lebensqualität einhergehen.

6 GESUNDHEITSBEZOGENE INTERNETNUTZUNG

Laut Statistik Austria (2007a) verfügen aktuell 60% der Haushalte in Österreich über einen Internetzugang, 67% der Personen von 16 bis 74 Jahren, das heißt rund 4,1 Mio. Personen, nutzen das Internet für private, berufliche oder Ausbildungszwecke; seit 2002 ist dieser Prozentsatz um 30 Prozentpunkte angestiegen. 41% der Nutzer haben nach gesundheitsbezogenen Inhalten – dazu zählen Informationen über Krankheiten, Verletzungen und Vorsorge – gesucht. In Deutschland besitzen laut Destatis (2007) 64,9% der Haushalte einen Internetanschluss; in der Schweiz liegt die Zahl der Hosts, d.h. Computer oder Gerät mit Internetanschluss, dem Bundesamt für Statistik Schweiz (2007) zufolge bei 60,6%.

Mittlerweile ist das Internet ein Medium, das in technologisch hoch entwickelten Ländern für eine Vielzahl von Menschen zum beruflichen und privaten Alltag gehört. Netzmedien bieten im Unterschied zu herkömmlichen Massen- und Individual-Medien gute Chancen zur Anbahnung und Pflege *neuer* sozialer Beziehungen: Computervermittelt sind Personen oder Gruppierungen, die sich sonst außerhalb der kommunikativen Reichweite befinden, als mögliche Kommunikationspartner präsent (Döring, 2003). Im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, die nach Spencer et al. (1999, zitiert nach Alpers, Winzelberg & Taylor, 2003) ein kritisches Lebensereignis ist, das eine Reihe von ernster Sorgen mit sich bringt, gewährt das Internet eine Form von sozialer Unterstützung, die virtuell und computervermittelt stattfindet. Nach Bambina (2005) und Eichenberg (2004) fungieren *emotionale Unterstützung*, *informelle Unterstützung* und das *Erleben von Gemeinschaft* (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989) als Hauptkategorien von online erhaltener Unterstützung; d.h. diese qualitativ-funktionellen Inhalte von Unterstützung konnten somit auf den Online-Bereich ausgeweitet werden. Rheingold definiert bereits 1993 Online-Communities als „...social aggregations that emerge from the Net when enough people carry on those public discussions long enough, with sufficient human feeling, to form webs of personal relationships in cyberspace“ (p. 5).

Im Unterschied zu herkömmlichen „monofunktionalen“ Medien zeichnet sich das Internet vor allem durch eine große Palette von Diensten und Anwendungen aus; je nach Anwendungsform besitzt es Merkmale der interpersonalen sowie der Gruppen- und Massenkommunikation. Als *Informationsmedium* ermöglicht es einen niederschweligen Zugang zu Ressourcen und Informationsquellen; als *Kommunikationsmedium* – diese Form der Kommunikation wird in der Literatur unter dem Schlagwort Computer mediated

Communication (CMC) diskutiert – kann es unterschiedliche Zugänge computervermittelter sozialer Unterstützung bereitstellen (Eichenberg, 2004).

6.1 Besonderheiten der computergestützten Kommunikation

Computergestützte Kommunikation lässt sich nach Eichenberg (2004) und Döring (2003) grundlegend in *synchrone* und *asynchrone* Formen einteilen; eine Übersicht wird in Tabelle 5 gegeben. Weiters existieren funktional integrierte Online-Angebote, bei deren Nutzung man auf ein Bündel unterschiedlicher Dienste und Anwendungen zugreifen kann: Online-Communities, Online-Portale, Online-Archive, Online-Shops und Online-Lernplattformen (vgl. Döring, 2003). Finn (1999) untersuchte 718 Nachrichten in einem Online-Forum, er unterteilte diese inhaltlich in zwei Bereiche:

- *Sozioemotionale Nachrichten*
inkludieren den Ausdruck von Gefühlen, das Anbieten von Unterstützung, zwanglose Gespräche und freundschaftliche Austausch über bspw. Gesundheit und Beziehungen, Privates und Persönliches, Kunst und Poesie sowie Lästereien.
- *Anwendungs- und Funktionsbezogene Nachrichten*
Betreffen das Fragen nach und Bereitstellen von Information, Problemlösungen, Gespräche über Computer oder auch Gruppenzusammenhalt.

Tabelle 5. Unterschiede zwischen asynchronen und synchronen Internetdiensten (Döring, 2003).

Typ der Kommunikation	asynchrone Internet-dienste	synchrone Internet-dienste
Individualkommunikation (interpersonale Kommunikation) 1:1	E-Mail	Internet-Telefonie Instant-Messaging
Gruppenkommunikation n:n	Mailinglisten Newsgroups Newsboards	IRC-Chats Web-Chats Internet-Chats Internet-Videokonferenzen Multi User Domains (MUDs) Online-Spiele Online-Tauschbörsen
Unikommunikation oder Massenkommunikation 1:N	Websites	Websites

In den textbasierten Gesprächen der computergestützten Kommunikation (computermediated communication, kurz CMC) dient nach Finn (1999) nicht selten Humor als Mittel zur Auflockerung des oft trockenen Gesprächs- und Umgangstones. Um Textkonnotationen vorzunehmen und Stimmungen auszudrücken, werden oft einfache Zeichenketten in Form von Tokens (Schade, 2000) oder kleinen teils animierten Grafiken unterschiedlichster Art verwendet (siehe dazu auch www.krebsforum.at, www.med1.de):

:~)	Benutzer ist fröhlich
;-)	Benutzer zwinkert (nicht ganz ernst gemeinter Kommentar)
:-)	Benutzer ist verstimmt, depressiv oder verärgert
:-/	Benutzer ist skeptisch
	Benutzer ist traurig
	Benutzer möchte seine Coolness ausdrücken
	Benutzer ist überrascht
	Benutzer grinst
	Benutzer zeigt die Zunge
	Benutzer gibt ein OK-Zeichen, ist einverstanden
	Benutzer begrüßt oder verabschiedet jemanden
	Benutzer ist verärgert

Einzigartig im Kontext der CMC ist das Phänomen der „*Lurker*“; es sind dies Teilnehmer, die Nachrichten zwar lesen, sich aber nicht selbst dazu äußern. Dieses stille Mitlesen kann beispielsweise schüchterne oder reservierte Personen den Einstieg in eine aktive Teilnahme erleichtern, weil Regeln und Normen der Online-Community auf diese Art und Weise passiv erkundet werden können (White & Dorman, 2001).

Ähnlich dem Real-Life existieren im Web durchaus auch moralische, gesetzliche und ethische Instanzen, die die Kommunikation innerhalb der Teilnehmer regeln und gegebenenfalls sanktionieren.

Jeder Nutzer der Foren, Gästebücher oder anderer interaktiv nutzbarer Angebote hat die folgenden, als Netiquette bezeichneten Regeln zu akzeptieren und einzuhalten. Forenbeiträge, die diese Regeln offensichtlich oder unterschwellig missachten, können durch die med1-Redaktion bzw. die durch sie eingesetzten Moderatoren gelöscht werden. Eine gewisse Subjektivität bei der Beurteilung von Regelverstößen liegt in der Natur der Sache, entsprechende Ermessensspielräume behalten wir uns vor. Auch sind (noch) nicht geahndete Regelverstöße nicht im Sinne eines Gewohnheitsrechts als Duldung oder Erlaubnis zu betrachten.

Der einzelne Nutzer hat sicherzustellen, dass er keine hetzerischen, diskriminierenden, rassistischen, gewaltverherrlichenden oder in irgendeiner Weise gesetzeswidrigen Beiträge in das Forum einstellt. Dieses gilt insbesondere, aber nicht ausschließlich für solche Inhalte, die gegen gesetzliche Bestimmungen zum Jugendschutz, Persönlichkeitsrechte, Urheberrechte oder sonstige Schutzrechte Dritter verstoßen, zur Gewalt aufrufen oder Kindesmissbrauch, Sodomie oder Inzest verherrlichen.

Das Einstellen von Werbung, Junk- oder Spam-Mails sowie Kettenbriefen ist nicht erlaubt. Dasselbe gilt für Kontaktanzeigen und Hinweise auf Webseiten mit pornografischem Inhalt inkl. der Direktverlinkung pornografischen Bildmaterials. Bei Nichtbeachtung dieser Einschränkungen sind wir berechtigt, von den entsprechenden Unternehmen oder Einzelpersonen die Zahlung von Inseratskosten in Höhe von 100 € pro Tag einzufordern.

Das Einstellen von offensichtlich nur auf Störung ausgelegten Beiträgen sowie Fragen außerhalb des Cafés, die auch bei gutmeinender Betrachtung keinen Bezug zum Thema Gesundheit und Medizin oder zum Webangebot med1 erkennen lassen, sind nicht gestattet. Auch das Veröffentlichen urheberrechtlich geschützter Text- und Bildmaterialien ist untersagt.

Jeder Nutzer ist bei all seinen Beiträgen immer dazu aufgefordert, im Gegenüber nie den Menschen aus dem Auge zu verlieren. Im Zweifelsfall sollte vor dem Absenden einer Antwort eine Pause von 10 Minuten eingelegt und dann der eigene Beitrag noch einmal durchgelesen werden.

Abbildung 2. Netiquette des Medizinportals www.med1.de.

So genannte „*Netiquette-Regeln*“ sind nach Schade (2000) historisch gewachsen; der Begriff an sich ist ein Kunstwort, das ursprünglich aus den Worten *Net* und *Etiquette* gebildet wurde, und beschreibt mehr oder weniger genau definierte Verhaltensmaßgeblichkeiten und Benimmregeln in der Nutzung von Internet-Diensten (Karadeniz, 2008). Zur Veranschaulichung soll an dieser Stelle in Abbildung 2 die Netiquette von www.med1.de, einem Medizinportal für Laien und Professionisten, dargestellt werden

Im Gegensatz dazu steht die *Acceptable Use Policy* (AUP) in etwa für „Richtlinien zur korrekten Nutzung“ oder „Nutzungsbedingungen“, die sich in erster Linie damit auseinandersetzt, Dienstanbieter vor Missbrauch der zur Verfügung gestellten Ressourcen durch Kunden zu schützen. Der Nutzer wird beispielsweise darüber unterrichtet, dass er die allgemein gültigen Standards im Netz zu dulden hat, andere Ressourcen im Netz nicht behindern darf, das Versenden von Spam-Mails nicht erlaubt ist etc. Rechtlich ist die AUP zwischen der Netiquette und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) angesiedelt (Karadeniz, 2008).

6.2 A Theory of Online Social Support

Online Social Support entwickelte sich in den frühen 1990ern (LaCourisere, 2001a), zu der Zeit wurden schriftliche Nachrichten auf „dial-up bulletin boards“ in Form einer vereinfachten Auszeichnungssprache, ähnlich dem HTML-Code, ausgetauscht. Mitte der 1990er kam es zum exponentiellen Anstieg in der Verwendung von „listservs“, Programmen zur Verwaltung von E-Mail-Verteilerlisten. Etwa zur gleichen Zeit trieb der zunehmende Internetgebrauch die Weiterentwicklung von weiteren Online-Communities, beispielsweise durch zusätzliche Angebote wie Diskussionsforen oder Chat-Programmen, voran.

Soziale Unterstützung wurde somit in den letzten 20 Jahren durch die Verbreitung des Internet einem beträchtlichen Wandel unterzogen; die charakteristischen Merkmale wurden dabei jedoch weniger substituiert als letztendlich modifiziert.

Ein theoretisches Grundgerüst zu Online Social Support stammt von LaCourisere (2001a), in ihrem Leitartikel beschreibt und definiert sie das Konstrukt als

... the cognitive, perceptual, and transactional process of initiating, participating in, and developing electronic of means of electronic interactions to seek beneficial outcomes in health care status, perceived health, or psychosocial processing ability.

It incorporates all components of traditional social support, with the additions of entities, meanings, and nuances present in a virtual setting, and unique to computer-mediated communication (p. 4).

Online Social Support lässt sich in vier grundlegende Abschnitte gliedern, die ihrerseits wiederum über Unterpunkte verfügen:

I Initiating Events – Auslösende Ereignisse

- Änderung des Befundes (chronisch oder akut)
- Änderung des Befindens (chronisch oder akut)

II Mediating Factors – Vermittelnde Faktoren

- Gesundheitsfaktoren
- Demografische Faktoren

- Individuell wahrgenommene Faktoren
- Internetnutzung

III Online Social Support – Online Unterstützung

- Wahrnehmungsfilter
- Kognitiver Filter
- Verarbeitungsfilter

IV Outcomes – Ergebnisse, Resultate

- Vermittlung von Unterstützung
- Informationsverarbeitung
- Bewertungsfunktionen

Die Theorie verbindet Cyberspace-Phänomene mit traditionellen quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden und wurde von LaCoursiere (2001a) entwickelt, um die ganzheitliche Betrachtung von Online Unterstützung zu fördern. Die Theorie stellt ein holistisches Modell dar, das unterschiedliche Forschungsrichtungen wie Anthropologie, Soziologie, Psychologie, Kommunikationswissenschaften, Informatik oder andere administrative Konzepte miteinander verbindet.

6.3 Vor- und Nachteile von Online Social Support

Mit zunehmendem Interesse für und Wissen um computerunterstützte Kommunikationsformen nimmt die Nutzung von Online Support Groups in den letzten Jahren kontinuierlich zu (White & Dorman 2001). Maßgebliche Vorteile ergeben sich dabei beispielsweise durch die 24-Stunden Präsenz, die Aufhebung von räumlicher Distanz oder durch die Anonymität, die den Austausch über stigmatisierende Erkrankungen unkompliziert ermöglicht. Nach Recherche der aktuellen Literatur (Bambina, 2005; Eichenberg, 2004; Gouhaneh-Koure, 2004; Heft, Eckles, Johnson-Calley & Daugherty, 2005; Köhntopp, 2000; White & Dorman, 2001) ergeben sich zusammengefasst folgende Vor- und Nachteile in der Nutzung von Online Communities:

Vorteile

- Anonymität
 - fördert Ehrlichkeit, Offenheit und Intimität
 - soziodemografische Faktoren werden ausgeblendet
 - körperliche Stigmata oder mangelnde soziale Fähigkeiten stellen kein Hindernis dar
- Überwindung von geografischen sowie zeitlichen Barrieren
- Erreichbarkeit von Menschen mit seltenen Erkrankungen
- Niedrigschwellige Kontaktaufnahme möglich
- Sinnvolle Ergänzung zu „Face-to-Face“ Gruppen
- Unlimitierte Teilnehmerzahl
- Gefühl von Universalität, Zusammengehörigkeit
- Ermöglicht die Interaktion unterschiedlichster Personen, die ihrerseits eine Vielzahl von Perspektiven, Erfahrungen oder Ansichten einbringen
- Fördert Empowerment (Erhöhung von Autonomie und Selbstbestimmung)

Nachteile

- Anonymität
 - Gemeinschaftsbildung wird erschwert
 - hohe Teilnehmerfluktuation
 - kränkende Bemerkungen werden eher formuliert
 - begünstigt Feindlichkeit, Anomie, normverletzendes und antisoziales Verhalten
- Asynchrone (zeitlich versetzt stattfindende) Kommunikation
- Fehlen von Informationsqualitätskontrollen
- Menschen ohne Internetzugang werden nicht miteinbezogen → „*Digital Divide*“
- Erfordert finanzielle Mittel, d.h. Diskriminierung von
 - ärmeren Bevölkerungsschichten
 - Minderheiten
 - Menschen in Entwicklungsländern
 - Menschen mit schlechter Ausbildung
- Erfordert Eloquenz, d.h. Ausdruck, Verstehen und Interpretieren von Sprache
- Erfordert emotionale Intelligenz, d.h. die Fähigkeit, Gefühle in Worte auszudrücken
- Erfordert zumindest basale Computerkenntnisse

- Unüberschaubare Anzahl von Postings
- Fehlen von visuellen und auditiven Reizen, wie beispielsweise Mimik und Gesichtsausdruck, Körpersprache, Tonlage oder Augenkontakt, kann zu Missverständnissen führen
- Textbasierte Kommunikation kann die Rückmeldemöglichkeiten einschränken
- Maligne Gruppendynamik in unmoderierten Gruppen
- Generell unpersönliche Natur der Online-Kommunikation
- Online-Support kann Abhängigkeit verursachen
- Gefahr der sozialen Isolation, besonders bei Sozial-Phobikern

In einer Studie von Uden-Kraan et al. (2007) konnten viele dieser Nachteile, beispielsweise das Fehlen von Informationsqualitätskontrollen, durch eine Analyse von 1500 Nachrichten in einem Brustkrebs, Arthritis und Fibromyalgie-Forum entkräftigt werden – lediglich in einem kleinen Prozentsatz (8%) der Postings konnten potenzielle Nachteile nachgewiesen werden. Trotz der großen Anzahl an befürchteten Nachteilen konnte somit gezeigt werden, dass Online Support Groups eine durchaus nützliche Form von Unterstützung darstellen.

6.4 Gesundheitsbezogene Internetnutzung bei onkologischen Patienten

Nach Alpers et al. (2003) konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass die Bewältigung von Stressoren, die eine Krebserkrankung mit sich bringt, durch psychosoziale Intervention erleichtert werden kann. Soziale Unterstützung trägt zur Steigerung von Lebensqualitäts-Scores, verbesserter Entschlussfähigkeit und der Verlängerung von Lebenszeit bei (Cline, 1999; zitiert nach White & Dorman, 2001). Neben konventionellen „Face-to-Face“ Gruppen mit persönlichem Kontakt scheint das Internet nicht zuletzt durch die unkomplizierte Verfügbarkeit eine geeignete zusätzliche Plattform für unterstützende Angebote zu sein.

Speziell für Krebspatienten existieren inzwischen hunderte von Internetgruppen, in denen sich Patienten informieren und austauschen können (Klemm, Hurst, Dearholt & Trone, 1999). Die Kommunikation in Internetgruppen scheint sich dabei kaum von jener in konventionellen Gruppen zu unterscheiden – gegenseitige Unterstützung, der Transfer von Information, gegenseitige Akzeptanz und positive Gefühlsäußerungen sind primäre Inhalte des Austausches (Salem, Bogat & Reid, 1997).

6.4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Wie bereits erwähnt suchen in Österreich 41% der Internetnutzer nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Web; betrachtet man diese Auswertung nach Geschlecht, ergibt sich, dass es deutlich mehr Frauen als Männer sind, die das Internet zu diesem Zweck gebrauchen (Statistik Austria, 2007a).

Gooden und Winefield (2007) analysierten Unterschiede zwischen Brustkrebs-Foren und Prostatakrebs-Foren mit dem Ergebnis, dass 60% der Frauen im Gegensatz zu 64% der Männer den Austausch informationsbezogen nutzen, während 40% der Frauen und 36% der Männer emotionale Unterstützung nutzen sowie bereitstellen.

Männer tendieren also eher dazu, Informationen einzuholen und zu geben (informationelle Unterstützung); Frauen beschäftigen sich eher mit dem Aspekt der emotionalen Unterstützung (Gooden & Winefield, 2007; LaCoursiere, 2001b; White & Dorman, 2001); geschlechterbedingt wird hier die Spaltung dieser grundlegenden Differenzierung der Formen von sozialer Unterstützung besonders deutlich.

Seale, Ziebland und Charteris-Black (2005) können diese These in ihrer Studie an Krebspatienten bestätigen; weiters weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Unterschiede im Sprachgebrauch zwischen Männern und Frauen vorliegen.

6.4.2 Informationelle Unterstützung

Das Internet bietet mannigfaltige Möglichkeiten, Informationen für Onkologen und deren Patienten bereitzustellen, im Speziellen was das Wesen und die Behandlung der Krebserkrankung betrifft (Glode, 1996). In einer Studie an 200 Krebspatienten (Heft et al., 2005) gaben 62% der Teilnehmer an, dass sie nach Einholen von Information über das Medium Internet ihrer Erkrankung hoffnungsvoller gegenüberstanden. Generell führen 70% der Personen, die im Internet nach Information zu Krebs suchen, an, die Information würde ihre Meinung zur Behandlung von Krebs modifizieren (Chen & Siu, 2001). Heft et al. (2005) liefern ähnliche Ergebnisse: 41% der untersuchten Internetnutzer nehmen an, die gefundene Information habe ihre Entscheidungen bezüglich Gesundheitsvorsorge beeinflusst.

Nicht nur die Betroffenen selbst, auch deren Angehörige tendieren dazu, Information über das Internet einzuholen (Chen & Siu, 2001). In einer Untersuchung von Bjornsdottir (1999) konnte gezeigt werden, dass Familie und Freunde besser mit der Krebserkrankung ihrer

Angehörigen umgehen, wenn sie Online-Information in Anspruch nehmen. Nach Kirschnig, Kardoff und Merai (2006) geben 40% der Angehörigen an, dass die erhaltene Information großen Einfluss auf Behandlungsentscheidungen im Kontext der Krebserkrankung habe.

6.4.3 Emotionale Unterstützung

Internetbasierte Selbsthilfegruppen haben Selbstauskünften von Nutzern zufolge einen hohen Stellenwert: In einer Studie mit 52 Teilnehmern schätzten diese den therapeutischen Wert einer Gruppe auf einer fünfstufigen Ratingskala (1 = niedrigster, 5 = höchster Wert) im Mittel mit 4,3 ein (Eichenberg, 2004).

Nach Beaudoin und Tao (2007) kann die Teilnahme an Online-Support-Groups das Ausmaß an Depression und Stress verringern, in weiterer Folge kann so auch das Bewältigungsverhalten von Krebspatienten positiv beeinflusst werden.

Der therapeutische Wert liegt hierbei im Empfinden einer Art *Karthisis* (Eichenberg, 2004; White & Dorman, 2001); durch das Niederschreiben von Gedanken und Gefühlen können Einsamkeit, Depression, Schmerz und Stress vermindert werden. Auch Hoybey, Johansen und Tjornhoj-Thomsen (2004), die 15 Brustkrebspatientinnen nach ihrer Motivation befragten, sich im Internet über Befunde und Befinden auszutauschen, betonen nach Auswertung ihrer Ergebnisse die Wichtigkeit von Online-Unterstützung besonders in der Rehabilitation von Krebspatienten.

In einer Studie an 80 Krebspatienten (Basch et al., 2005) bezeichnen 96% den webbasierten Austausch mit Mitpatienten als hilfreich und nützlich und würden diese Form der Unterstützung an Mitpatienten weiterempfehlen. Die Ergebnisse einer Studie von LaCourisere (2001b) bestätigen, dass Patienten generell an Erfahrungen von Mitpatienten interessiert sind und darüber hinaus vom direkten und indirekten Austausch profitieren. Die Teilnehmer hatten das Gefühl, besser mit der Krankheit umgehen zu können und erlebten als weitere Folge von Online-Unterstützung weniger Unsicherheiten und Ängste ihre Erkrankung betreffend.

II EMPIRISCHER TEIL

7 ZIELSETZUNG

Die mittels Online-Befragung durchgeführte Studie untersucht die Bedeutung von subjektiven Krankheitstheorien für Bewältigungsverhalten und Lebensqualität Betroffener. Theoretische Grundlage bildet das *Common Sense Model of Illness Representation* von Leventhal, Meyer und Nerenz (1980), in dem ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und krankheits- bzw. emotionsbezogenen Kriteriumsvariablen (u.a. gesundheitsbezogene Lebensqualität) vorgeschlagen wird (Leventhal et al., 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984) (siehe Abschnitt 2.5).

In vorliegender Arbeit werden Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität untersucht (siehe dazu Abbildung 3). In der als Online-Befragung durchgeführten Studie wurden zusätzlich zu den genannten Konstrukten das Internetverhalten sowie Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung erhoben.

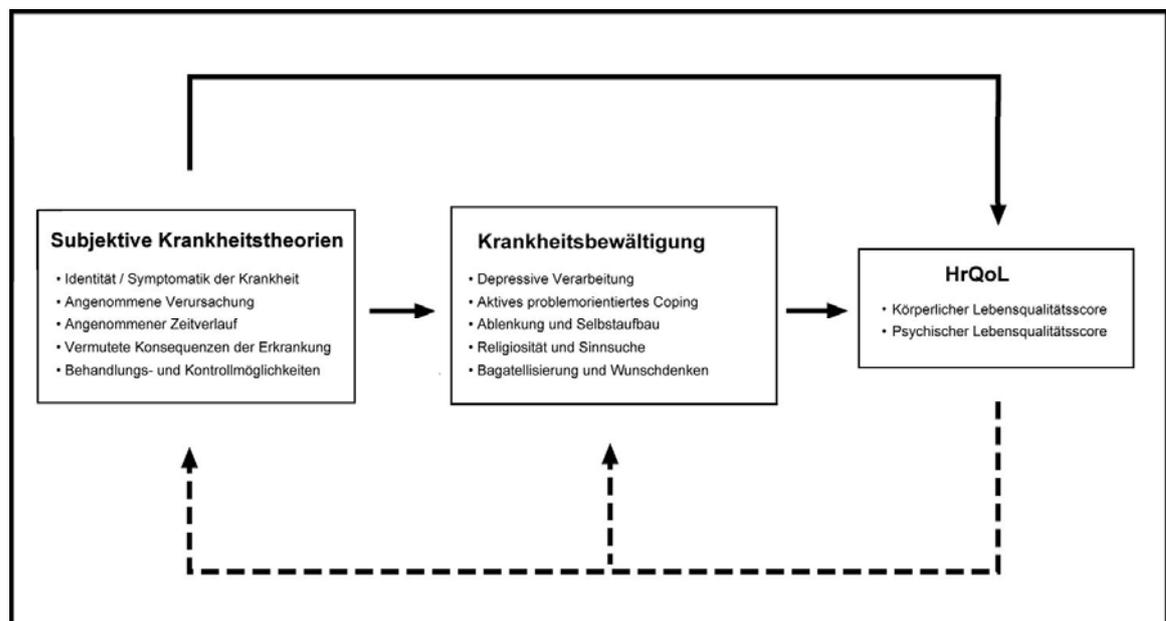


Abbildung 3. Modifiziertes Modell zum Zusammenhang von kognitiven Repräsentationen, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität.

8 METHODIK

8.1 Untersuchungsinstrumente

Der folgende Abschnitt beschreibt die verwendeten Fragenkomplexe und Erhebungsinstrumente, die Reihenfolge der Fragen gibt dabei den dramaturgischen Aufbau des Online-Fragebogens wieder. Um die Zuordnung der teilnehmenden Personen zu grundlegenden soziodemografischen Daten zu ermöglichen, wurden die Variablen Geschlecht, Alter, Ausbildung und Diagnose dabei zwingend erhoben.

Soziodemografische Daten

- Geschlecht
(weiblich, männlich)
- Alter
- Herkunftsland
(Österreich, Deutschland, Schweiz, anderes Land in Europa, anderes Land außerhalb Europas)
- Familienstand
(ledig, verheiratet/in Partnerschaft, geschieden, verwitwet)
- Wohnsituation
(alleine, mit Partner, mit Partner und Kind/Kindern, mit Kind/Kindern, bei Eltern, Wohngemeinschaft, andere Wohnform)
- Größe des Wohnortes
(1.000 Einwohner, 10.000 Einwohner, 100.000 Einwohner, 500.000 Einwohner, 1 Mio. Einwohner, 2 Mio. Einwohner, über 2 Mio. Einwohner)
- Höchste abgeschlossene Ausbildung
(Volksschule/Grundschule, Hauptschule, Handelsschule/mittlere Reife, Lehre, Matura/Abitur, Diplomlehrgang, Fachhochschule, Universität)
- Berufsgruppe
(Mehrfachantworten möglich: in Ausbildung, ArbeiterIn/FacharbeiterIn, Angestellte(r), selbstständig/freiberuflich tätig, in Karenz/Mutterschutz, Hausfrau/Hausmann, in Pension/Rente, nicht erwerbstätig)

Diagnose und Behandlung

Erhoben werden die Diagnose, d.h. die Art der Krebserkrankung inklusive Schweregrad oder Stadium, das Monat und Jahr der Diagnosestellung sowie zusätzlich die Dauer der schulmedizinischen Behandlung. Die Untersuchungsteilnehmer haben weiters die Möglichkeit, Anmerkungen zu Diagnose und/oder Behandlung zu ergänzen.

Fragen zur Internetnutzung

Die Fragen beziehen sich auf das Nutzungsverhalten der Internetuser in Bezug auf gesundheitsbezogene und medizinische Belange. Das fünfstufige Antwortformat reicht von nie, selten, manchmal, oft bis sehr oft. Folgende Variablen werden erhoben:

- Suche nach Informationen
- Foren/Newsgroups
- Chats mit Freunden/Bekanntem/Verwandten
- Chats mit Fremden
- E-Mail
- Online-Shopping
- Sonstiges

Für die Datenerhebung kommen neben den genannten Frageelementen folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz:

- *IPQ* Illness Perception Questionnaire (Weinman et al., 1996)
- *FKV-LIS* Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989)
- *SF-12* Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998)
- *ATOHC* Attitudes towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001b)

8.1.1 IPQ – Illness Perception Questionnaire

Der IPQ nach Weinman et al. (1996) ist ein Fragebogen zur Erfassung der eingangs zitierten kognitiven Repräsentationen von Krankheit nach Leventhal (1980), wobei 38 Items insgesamt fünf Skalen erfassen:

- I Identität
- II Zeitverlauf
- III Konsequenzen
- IV Persönliche Kontrolle
- V Ursachen

- Die Skala *Identität/Symptomatik der Krankheit* beschreibt die Art und Intensität der Symptome, die der Erkrankte im Zuge der Krankheit wahrnimmt, wie beispielsweise Schmerzen, Gewichtsverlust, Schlafstörungen etc.
- Der *angenommene Zeitverlauf* erfasst die vermutete Zeitspanne in Bezug darauf, wie lange die Erkrankung noch andauern wird einschließlich der Annahme, ob die Erkrankung akut oder chronisch einzustufen ist.
- Die Dimension *vermutete Konsequenzen der Erkrankung* definiert subjektive Theorien über die Folgeerscheinungen einer Krankheit und deren Einfluss auf die eigene Person sowie das soziale Umfeld. Konsequenzen beziehen sich beispielsweise auf finanzielle Einbußen oder Probleme im zwischenmenschlichen Bereich.
- *Behandlungs- und Kontrollmöglichkeiten über die Erkrankung* geben Aufschluss über subjektive Hypothesen bezüglich Kurabilität und Kontrollierbarkeit der Erkrankung und inwieweit der Betroffene glaubt, in diesem Prozess selbst eine tragende Rolle spielen zu können.
- Die Skala *angenommene Verursachung* beschreibt individuelle subjektive Ursachenzuschreibungen für die Erkrankung, z.B. Vererbung, Schicksal, Bakterien oder Viren, Ernährungs- und Essgewohnheiten etc.

Antwortformat: Das Antwortformat ist fünfstufig (stimmt voll und ganz, stimmt, weder noch, stimmt nicht, stimmt überhaupt nicht); hohe Werte bezeichnen ein hohes Ausmaß an Symptomen, einen kurze vermutete Krankheitsdauer, geringe Konsequenzen, eine als niedrig empfundene Kontrolle über die Erkrankung sowie niedrige Zustimmung bezüglich der unterschiedlichen Ursachen.

Reliabilität: Die interne Konsistenz der Subskalen liegt zwischen 0,73 und 0,82.

Beispielitem:

	stimmt voll und ganz	stimmt	weder noch	stimmt nicht	stimmt überhaupt nicht
Es gibt Vieles, was ich tun kann, um meine Symptome unter Kontrolle zu halten.	<input type="radio"/>				

8.1.2 FKV-LIS – Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Der FKV-LIS (Muthny, 1989) erfasst Krankheitsverarbeitung unter Einbeziehung der Ebene des Verhaltens, der Kognitionen und Emotionen. Theoretischen Hintergrund des Fragebogens bilden Stress- und Copingforschung sowie praktische klinische Erfahrungswerte. Die Kurzform FKV-LIS besteht aus 35 Items, die fünf Dimensionen erfassen:

- I Depressive Verarbeitung
- II Aktives Problemorientiertes Coping
- III Ablenkung und Selbstaufbau
- IV Religiosität und Sinnsuche
- V Bagatellisierung und Wunschdenken

- Die Dimension *depressive Verarbeitung* erfasst das Ausmaß, gereizt auf andere zu reagieren, sich selbst zu bemitleiden, ins Grübeln zu kommen, mit dem Schicksal zu hadern sowie sich von anderen Menschen zurückzuziehen.
- *Aktives problemorientiertes Coping* beschreibt die Tendenz, Informationen über Erkrankung und Behandlung zu suchen; aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme zu unternehmen; einen Plan zu machen und danach zu handeln; sich vorzunehmen, intensiver zu leben sowie entschlossen gegen die Krankheit anzukämpfen.
- *Ablenkung und Selbstaufbau* erfasst das Ausmaß, sich mehr zu gönnen, sich selbst Mut zu machen, Erfolge und Selbstbestätigung zu suchen, sich abzulenken und Abstand zu gewinnen versuchen.
- Die Skala *Religiosität und Sinnsuche* beschreibt das Ausmaß von Patienten, die Krankheit als Schicksal anzunehmen, Trost im religiösen Glauben zu suchen, zu versuchen, der Krankheit einen Sinn zu geben, sich damit zu trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat sowie anderen Gutes tun zu wollen.
- *Bagatellisierung und Wunschdenken* erfasst die Tendenz, das Geschehene nicht wahrhaben zu wollen, die Bedeutung und Tragweite der Erkrankung herunterzuspielen sowie Wunschdenken und Tagträumen nachzuhängen.

Antwortformat: Das Antwortformat ist fünfstufig (sehr stark zutreffend, ziemlich zutreffend, mittelmäßig zutreffend, wenig zutreffend, gar nicht zutreffend); hohe Werte bezeichnen ein niedriges Ausmaß an depressiver Verarbeitung, eine niedrige Ausprägung bezüglich aktivem problemorientiertem Coping, geringe Tendenz zu Ablenkung und Selbstaufbau, eine geringe Ausprägung an Religiosität und Sinnsuche sowie eine wenig ausgeprägte Neigung zu Bagatellisierung und Wunschdenken.

Reliabilität: Die Reliabilität der Kurzform liegt zwischen 0,68 und 0,77.

Validität: Das Verfahren wurde auf Grund theoretischer Coping-Konstrukte und den von verschiedenen Autoren als relevant erachteten Dimensionen der Krankheitsverarbeitung entwickelt und erweist sich aus diesem Grund als inhaltlich valide. Die Konstruktvalidität ist durch die weitgehend faktorenanalytisch begründete Skalenbildung an gemischten Stichproben chronisch Kranker gewährleistet.

Anmerkung: Der FKV-LIS kann zur aktuellen und retrospektiven Erhebung verwendet werden; in der hier vorgestellten Studie wird die „Trait“-Instruktion verwendet, um zu erfassen, wie die Patienten im Allgemeinen mit ihrer Erkrankung umgehen. Der Fragebogen bezieht sich somit auf den Gesamtprozess der Krankheitsverarbeitung.

Die Faktorenanalyse der 35 Items des FKV-LIS legt nach dem Scree-Test eine 8-Faktoren-Lösung nahe, die mehr als 50% der Varianz ausschöpft; es können jedoch nur fünf Skalen gebildet werden, wenn man mindestens drei Items pro Skala und ein Cronbach's Alpha über 0,70 fordert. 12 der 35 Items lassen sich demnach nicht den fünf Skalen zuordnen, ihre Beibehaltung scheint allerdings insofern gerechtfertigt, als die Items als Kurzbegriffe von a-priori-Skalen gebildet wurden, die als eigenständig verstanden werden. Dementsprechend kann die nicht-Zuordenbarkeit einiger Items durchaus im Sinne einer inhaltlichen Unabhängigkeit interpretiert werden (Muthny, 1989).

Beispielitem:

	sehr stark zutreffend	ziemlich zutreffend	mittelmäßig zutreffend	wenig zutreffend	gar nicht zutreffend
Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat.	○	○	○	○	○

8.1.3 SF-12 – Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Die Short Form-12 (SF-12) ist die Kurzversion der SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998), welche ursprünglich ein auf Basis der randomisierten Health Insurance Study in den USA entwickeltes krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität darstellt.

Anhand von 12 Items werden acht Subskalen erfasst, die sich konzeptuell in zwei übergeordnete Dimensionen „*körperliche Gesundheit*“ und „*psychische Gesundheit*“ einordnen lassen:

1	Körperliche Funktionsfähigkeit	}	I Körperliche Summenskala
2	Körperliche Rollenfunktion		
3	Körperliche Schmerzen		
4	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung		
5	Vitalität	}	II Psychische Summenskala
6	Soziale Funktionsfähigkeit		
7	Emotionale Rollenfunktion		
8	Psychisches Wohlbefinden		

- Die Dimension *körperliche Funktionsfähigkeit* erfasst das Ausmaß der Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen Steigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand.
- Mit der Dimension *körperliche Rollenfunktion* wird das Ausmaß erfasst, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuführen.
- Das Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im Haus als auch außerhalb des Hauses, wird durch die Dimension *körperliche Schmerzen* erfasst.

- Unter *allgemeiner Gesundheitswahrnehmung* wird die persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, der zukünftigen Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen verstanden.
- Mit der Dimension *Vitalität* wird erfasst, ob sich die Person energiegeladener und voller Schwung fühlt oder ob sie eher müde und erschöpft ist.
- Die Dimension *soziale Funktionsfähigkeit* erfasst das Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme die normalen sozialen Aktivitäten beeinträchtigen.
- Die Dimension *emotionale Rollenfunktion* beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u. A. weniger Zeit für Aktivitäten aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.
- Mit der Dimension *psychisches Wohlbefinden* wird die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Stimmung erfasst.

Antwortformat: Das Antwortformat gestaltet sich je nach Item sowohl dichotom (ja, nein) als auch dreistufig (ja, sehr eingeschränkt; ja, etwas eingeschränkt; nein überhaupt nicht eingeschränkt), fünfstufig (ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht / überhaupt nicht, ein bisschen, mäßig, ziemlich, sehr), oder sechsstufig (immer, meistens, ziemlich oft, manchmal, selten, nie); hohe Werte bezeichnen sowohl in der körperlichen als auch psychischen Summenskala eine hoch ausgeprägte Lebensqualität. Die hier verwendete Version des Fragebogens bezieht sich auf ein Zeitfenster von vier Wochen.

Reliabilität: Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Subskalen liegt sowohl bei gesunden als auch kranken Personen zwischen 0,57 und 0,94.

Beispielitem:

	aus-gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	○	○	○	○	○

8.1.4 ATOHC – Attitudes towards Online Health Care

Die Attitudes Toward Online Health Care wurde von LaCoursiere (2001b) entwickelt, um die Einstellung von Menschen in Bezug auf die Internetnutzung und dabei besonders den Umgang mit gesundheitsbezogenen Inhalten zu messen. Die ATOHC besteht aus 42 Items, die die folgenden fünf Dimensionen abbilden:

- I Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten
- II Ergebnisse
- III Vertrauen in Informationen und Ratschläge
- IV Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Bewertung von Information und Intentionen
- V Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben

- Die Skala *Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten* (Community and News) beschreibt den unterstützenden Austausch mit Betroffenen sowie das Erhalten von Information seitens Mitpatienten oder auch Professionisten im Klinischen- und Gesundheitsbereich.
- Mit der Skala *Ergebnisse* (Outcomes) werden individuelle psychologische sowie physische Veränderungen infolge der Nutzung von Online Health Care erfasst.
- *Vertrauen in Informationen und Ratschläge* (Trusted Information and Advice) gibt das erlebte Vertrauen in Information von Gesundheitsprofessionisten und Organisationen wieder.
- Mit der Skala *Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Bewertung von Informationen und Intentionen* (Self-Efficacy in Evaluating Information and Intention) wird das individuelle Vertrauen an die eigene Urteilsfähigkeit bezüglich Informationsqualität sowie der Absicht des Verfassers gemessen.
- Die Skala *Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben* (Disclosure) erfasst die individuelle Bereitwilligkeit, Information bezüglich der eigenen Person auf Webseiten oder in Foren anzugeben.

Antwortformat: Das Antwortformat ist fünfstufig (trifft nie zu, trifft selten zu, trifft manchmal zu, trifft immer zu); hohe Werte bezeichnen einen regen Online-Austausch, positive

individuelle psychologische und physiologische Veränderungen, großes Vertrauen in Information, eine hohe Selbstwirksamkeit sowie ein hohes Ausmaß an Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben.

Reliabilität: Die interne Konsistenz der fünf Skalen liegt zwischen 0,62 und 0,95.

Anmerkung: Wichtig im Sinne einer Messung von sozialer Unterstützung erscheint, dass nicht alle Skalen unmittelbar mit Online Social Support in Verbindung gebracht werden können, wie der Untersuchungsgegenstand „A Theory of Online Social Support“ (LaCoursiere, 2001a) (siehe Abschnitt 6.2), in dessen Kontext die Skalen der ATOHC entwickelt wurden, vermuten lassen könnte.

Die Originalversion liegt in englischer Sprache vor, die Übersetzung ins Deutsche wurde von den Diplomandinnen Nina Pintzinger (2007) und Elisabeth Hinterberger (in Arbeit) vorgenommen.

Beispielitem:

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich habe das Gefühl, dass ich die Qualität eines medizinischen Forschungsartikels im Internet beurteilen kann.	○	○	○	○	○

8.2 Untersuchungsdurchführung und Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung wurde mittels Online-Fragebogenbatterie durchgeführt; die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Ende November 2007 bis Ende April 2008. Die Teilnehmer wurden durch Verlinkungen und Banner (siehe Abbildung 4) in deutschsprachigen krebsspezifischen Internetforen sowie Informationsseiten auf die Studie aufmerksam gemacht. Die teilnehmenden Personen füllten den Fragebogen selbstständig und ohne Anwesenheit der Testleiterin aus, abschließend konnte der Fragebogen abgeschickt und in der Datenbank gespeichert werden.

Im Anhang finden sich die Liste der Kooperationspartner, der in Foren gepostete Text inklusive Link zur Studie sowie der gesamte Online-Fragebogen mittels Screenshots abgebildet.



Abbildung 4. Banner zur grafischen Verlinkung der Studie.

8.2.1 Technische Umsetzung

Der Online-Fragebogen wurde mittels PHP-Code programmiert und an eine MySQL-Datenbank angebunden.

Die Ergebnisse wurden zeitgleich auf einem Server der Universität Wien in die Datenbank gespeichert; die Daten konnten anschließend in unterschiedlichen Dateiformaten exportiert werden. Zusätzlich wurden mittels Google Analytics (Google, 2007) spezifische Variablen, wie beispielsweise die Besucherfrequenz pro Tag oder das Herkunftsland der Besucher, erhoben (siehe Anhang).

Das Internet bietet eine Vielzahl von modifizierbaren Fragebogenvorlagen, die jedoch auf privaten und teilweise kommerziell genutzten Servern betrieben werden. Um den Studienteilnehmern größtmögliche Seriosität und Datensicherheit gewährleisten zu können, wurde der Fragebogen programmiert und über den Server der Universität Wien online gestellt. Diese Vorgehensweise stellt das alleinige Zugriffsrecht auf die gespeicherten Daten mittels Passwort sicher, die Weitergabe an Dritte kann somit ausgeschlossen werden.

Für die farbliche Gestaltung wurden verschiedene Grüntöne, Grau und Weiß gewählt; das Logo der Universität Wien sollte den ausschließlich wissenschaftlichen Hintergrund der Befragung unterstreichen.

8.2.2 Rekrutierung der Stichprobe

Im Zeitraum von September 2007 bis Februar 2008 wurde in regelmäßigen Abständen per E-Mail Kontakt zu Administratoren von Internetforen sowie Betreibern von krebspezifischen Informationsseiten hergestellt, um auf diesem Wege Kooperationspartner (siehe Anhang) für die Studie zu gewinnen. Insgesamt konnten elf einschlägige Internetforen sowie sechs

Informationsseiten im deutschsprachigen Raum für die Unterstützung, d.h. Verlinkung der Studie, rekrutiert werden.

Der Problematik der Non-compliance wurde entgegengewirkt, indem im Eingangstext der Startseite unter Anderem auf Zielsetzung, Initiatoren, die Anonymität der Daten und die Dauer der Befragung (ca. 20 Minuten) hingewiesen wurde. Da es das Setting einer Online-Studie nicht erlaubt, eine ärztliche Befunderhebung vor der Untersuchung durchzuführen, musste hierfür auf andere Lösungsmöglichkeiten zurückgegriffen werden:

- Der Fragebogen wurde ausschließlich auf krebsspezifischen Websites online gestellt, hier sind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Krebspatienten oder deren Angehörigen anzutreffen. Es wurde angenommen, dass diese Personengruppen kaum bis kein Interesse daran zeigen, die Studie in jedweder Form zu verfälschen.
- Zu Beginn der Testung wurden die teilnehmenden Personen aufgefordert, ihre von Seiten des Arztes gestellte Krebsdiagnose schriftlich bekannt zu geben.

In den etwa vier Monaten von 25. November 2007 bis 30. April 2008 wurden 1557 Datensätze in der MySQL-Datenbank angelegt; laut Google zeigten sich 764 Personen an der Studie interessiert und besuchten zumindest die erste Seite der soziodemografischen Erhebung. 328 Personen gelangten zur Abschlussseite der Studie, 94 informierten sich über Kontaktdaten und Impressum.

Von den 1557 Datensätzen wurden im ersten Schritt jene Personen ausgeschlossen, die keine Angabe zu ihrer Diagnose machten. Insgesamt 392 Studienteilnehmer führten eine Krebsdiagnose an; von diesen wurden jene nicht miteinbezogen, die mehr als einen kompletten Fragebogen nicht ausfüllten oder unstimmmige Angaben (z.B. Diagnose: „blabla“) vermerkten. Weiters wurden zwei Personen ausgeschlossen, welche offensichtliche Antworttendenzen zeigten, d.h. beispielsweise in einem kompletten Fragebogen nur eine einzige Antwortkategorie ankreuzten. Eine Person gab ein Alter von neun Jahren an, auch diese musste aus dem Datensatz entfernt werden.

Aus der Untersuchung resultierten letztendlich Daten von 293 Teilnehmern, die die Einschlusskriterien „Diagnose vorhanden“ und „nicht mehr als bzw. höchstens ein kompletter Fragebogen fehlend“ erfüllten.

8.3 Exkurs: Online-Forschung

Online-Forschung bezieht sich nach Döring (2003) sowohl auf die Erforschung von Online-Nutzung (thematischer Fokus) als auch auf die Forschung unter Zuhilfenahme von Online-Diensten (methodischer Fokus) – beide Formen kommen in der vorliegenden Arbeit kombiniert zur Anwendung.

8.3.1 Definition

Der Terminus „Online-Befragung“ inkludiert Befragungen, bei welchen die Teilnehmer entweder den auf einem Server gespeicherten Fragebogen im Internet online ausfüllen, den Fragebogen von einem Server herunterladen und per E-Mail zurückschicken, oder den Fragebogen per E-Mail zugeschickt bekommen und zurücksenden. Die genannten Befragungstechniken können sowohl bei Einmal-Befragungen als auch bei Folge- oder Wiederholungs-Befragungen eingesetzt, sowie bei einzelnen Erhebungen miteinander kombiniert werden (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., 2001).

8.3.2 Formen der Online-Forschung

Neben nicht-reaktiven Verfahren, wie beispielsweise Beobachtungen in virtuellen Welten oder Analysen von Webserver-Logdateien, kommen in der sozialwissenschaftlichen Forschung großteils reaktive Verfahren, wie z.B. Fragebogenuntersuchungen oder Online-Interviews zum Einsatz. In Tabelle 6 (vgl. Batinic & Bosnjak, 2000; Döring, 2003) ist ein kurzer Überblick über Internet-basierte Datenerhebungsverfahren gegeben:

Tabelle 6. Internet-basierte Datenerhebungsverfahren (Batinic & Bosnjak, 2000; Döring, 2003).

Reaktive Verfahren	Nicht-Reaktive Verfahren
Fragebogenuntersuchungen (HTML-Formulare, E-Mail-Fragebögen etc.)	Server-Log-Analyse
Online-Interviews (IRC-Interviews, Interviews in virtuellen Welten etc.)	Beobachtungen (im IRC, virtuellen Welten etc.)
Experimente im WWW	Textanalyse

In der Internet-Forschung werden sowohl Online- als auch Offline-Methoden eingesetzt, erstere nehmen dabei den größeren und relevanteren Stellenwert ein. Forschungsdesigns reichen hierbei von qualitativen sowie quantitativen Untersuchungen über hypothesengenerierende und hypothesentestende Untersuchungen, nicht-experimentelle, quasi-experimentelle und experimentelle Untersuchungen, Feldexperimente, Laborexperimente und Webexperimente, reaktive und nonreaktive Untersuchungen bis hin zu Querschnitts- und Längsschnittsuntersuchungen. Dementsprechend kommen in der Internet-basierten Forschung alle wichtigen Designs sowie Auswahlverfahren (Vollerhebungen, zufallsgesteuerte sowie nicht-zufallsgesteuerte Stichprobenauswahl) zum Tragen. Bestimmte Ansätze sind dabei im Netz ökonomischer realisierbar als in der herkömmlichen Offline-Forschung.

Nach Döring (2003) bietet es sich aus forschungstechnischen Gründen an, Daten über Internetnutzung gleich im Internet zu sammeln, beispielsweise per Online-Feldbeobachtung oder Online-Befragung. Hauptmanns (1999), Batinic und Bosnjak (2000) unterscheiden folgende Formen von Internetbefragungen:

Befragung per E-Mail

Hierbei wird an eine große Anzahl von E-Mail-Adressen ein Fragebogen geschickt, der bearbeitet und wieder per E-Mail zurückgeschickt werden soll. Anhand von E-Mail-Programmen (Mozilla Thunderbird oder www.gmx.at), die Optionen zur Handhabung auch von größeren Adressverzeichnissen besitzen, gestaltet sich die technische Durchführung besonders einfach.

Befragungen per Newsgroups

Newsgroups sind themenbezogene öffentliche Diskussionsforen, der virtuelle Austausch basiert dabei auf einem zeitversetzten Frage- und Antwortprinzip. Neben spezifischen Beiträgen können in diesen Gruppen auch Fragebögen veröffentlicht werden, die Rücksendung erfolgt üblicherweise per E-Mail.

WWW-Befragungen

Die Konstruktion von WWW-Fragebögen erfolgt beispielsweise mithilfe von HTML-Codes, welche aus einem Set von Kommandos bestehen, die vom Anwendungsprogramm (Browser) interpretiert und dargestellt werden. Der Befragte füllt den Fragebogen online aus, die Daten

werden auf einem Server gespeichert und können von dort digital in ein Auswertungsprogramm (z.B. SPSS) exportiert und anschließend analysiert werden.

Online-Fragebogenuntersuchungen weisen gegenüber traditionellen Datenerhebungsverfahren eine Reihe von *Charakteristika* auf, die von verschiedenen Autoren überprüft und bestätigt wurden (Batinic & Bosnjak, 1997, zitiert nach Batinic, Puhle & Moser, 1999; Gadeib, 1999; Vogt, 1999). Die folgende Liste gibt einen Überblick über spezifische Merkmale, die im weiteren Sinne auch als Vorteile von Online-Erhebungsmethoden verstanden werden können:

- *Asynchronität* – im Sinne einer zeitunabhängigen Befragungsmöglichkeit
- *Alokalität* – im Sinne einer ortsunabhängigen Befragungsmöglichkeit
- *Automatisierbarkeit* der Durchführung und Auswertung
- *Dokumentierbarkeit* der Durchführung
- *Flexibilität* – im Sinne der Integration verschiedener Medientypen
- *Objektivität* bei der Durchführung und Auswertung
- *Ökonomie* – Zeit- und Kosten sparende Durchführung und Auswertung
- Vermeidung des *Interviewerbias*

Durch die genannten Besonderheiten werden Online-Erhebungen zu einer interessanten Erweiterung des herkömmlichen sozialwissenschaftlichen Methodeninventars (Batinic, Puhle & Moser, 1999). Während nach Vogt (1999) die Vorteile computergestützter Befragungen in der Regel wohlwollende Betrachtung finden, treten die Nachteile oftmals in den Hintergrund; im folgenden Abschnitt wird nun auf Probleme in der Nutzung von Online-Research eingegangen.

8.3.3 Verzerrungen und Fehler

Gräf (1999) extrahierte aus seinen Untersuchungen fünf Fehlergruppen, die die Antwortqualität von Online-Fragebögen in besonderer Weise beeinträchtigen können. Es sind dies *handwerkliche Fehler* in Bezug auf Fragenformulierungen oder Antwortkategorien – eine uneindeutige Ausdrucksweise kann die Teilnehmer zu Rateverhalten, Zufallsauswahl oder zum Abbrechen verleiten. *Zu lange Fragebögen* oder zu viele Fragedimensionen provozieren mit hoher Wahrscheinlichkeit unzuverlässige Daten (Gräf, 1999), *langweilige Fragebögen* können zu Konzentrationsschwächen oder erhöhter Abbruchwahrscheinlichkeit führen. Fragen, die

nicht medienadäquat formuliert bzw. präsentiert werden, können vom Teilnehmer oft überlesen oder für nicht wichtig erachtet werden, was zu fehlerhaftem Antwortverhalten führen kann. Zuletzt bergen *Matrixfragen in Tabellenform* die Gefahr von Antworttendenzen in sich.

Die Hauptursache für Stichprobenverzerrungen stellt die Auffindbarkeit des Fragebogens dar (Hauptmanns, 1999). Weiters können aufgrund der Tatsache, dass nur ein Teil der Bevölkerung Zugang zu Internetdiensten besitzt, mit Online-Methoden keine repräsentativen Ergebnisse erzielt werden und bedingt durch folgende Schwierigkeiten keine gleichwertige Alternative zu Face-to-face, postalischen- oder telefonischen Befragungen darstellen:

- Die Grundgesamtheit der Internetnutzer ist undefiniert,
- die Stichprobe ist selbstselektierend, d.h. es findet keine aktive Stichprobenziehung statt,
- die Ziehung einer echten Zufallsstichprobe (d.h. eine Stichprobe, die Verallgemeinerungen auf die Grundgesamtheit zulässt und somit als „repräsentativ“ bezeichnet wird) ist nicht möglich.

8.4 Untersuchungsdesign

Die als hypothesentestende Querschnittsuntersuchung angelegte Studie wurde mittels Online-Fragebogen, der in krebspezifischen Internetforen sowie Informationsseiten verlinkt wurde, durchgeführt. Den interessierenden Untersuchungsgegenstand bildeten subjektive Krankheitstheorien, das Bewältigungsverhalten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Einstellungen zu Online Health Care seitens krebskranker Personen. Zusätzlich wurden soziodemografische Variablen, die Krebsdiagnose sowie das Internetverhalten in Bezug auf gesundheitliche und medizinische Inhalte erhoben.

8.5 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die zu untersuchenden Fragestellungen unter Einbeziehung ihrer statistischen Hypothesen (Nullhypothese und Alternativhypothese) dargestellt. Die

Fragestellungen unterteilen sich in soziodemografische, internetbezogene und krankheitsbezogene Aspekte. Zuletzt werden Vergleiche mit Normstichproben gezogen. Exemplarisch werden die Unterschiedshypothesen zu den jeweils ersten Skalen der Erhebungsinstrumente bzw. zur jeweils ersten Frage eines Fragenkomplexes angeführt.

8.5.1 Soziodemografische Aspekte

- *Fragestellung 1: Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Internetnutzung?*

H₀ (1.1) Frauen und Männer unterscheiden sich nicht hinsichtlich der „Suche nach Informationen“ im Internet.

H₁ (1.1) Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der „Suche nach Informationen“ im Internet.

- *Fragestellung 2: Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Konstrukte subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?*

H₀ (2.1) Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₁ (2.1) Frauen und Männer unterscheiden sich in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₀ (2.6) Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₁ (2.6) Frauen und Männer unterscheiden sich in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₀ (2.11) Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₁ (2.11) Frauen und Männer unterscheiden sich in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₀ (2.13) Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ des ATOHC.

H₁ (2.13) Frauen und Männer unterscheiden sich in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ des ATOHC.

- *Fragestellung 3: Existieren ausbildungsbedingte Unterschiede hinsichtlich der Konstrukte subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?*

H₀ (3.1) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich nicht in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₁ (3.1) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₀ (3.6) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich nicht in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₁ (3.6) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₀ (3.11) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich nicht in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₁ (3.11) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₀ (3.13) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich nicht in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

H₁ (3.13) Personen mit unterschiedlichem Bildungsgrad unterscheiden sich in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

- *Fragestellung 4: Existieren Zusammenhänge zwischen dem Alter der Personen und den Konstrukten subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?*

H₀ (4.1) Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Identität“ des IPQ.

H₁ (4.1) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Identität“ des IPQ.

H₁ (4.6) Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Depressivität“ des FKV-LIS.

H₀ (4.6) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Depressivität“ des FKV-LIS.

H₀ (4.11) Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der körperlichen Summenskala der SF-12.

H₁ (4.11) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der körperlichen Summenskala der SF-12.

H₀ (4.13) Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

H₁ (4.13) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

8.5.2 Konstruktbezogene Aspekte

- *Fragestellung 5: Bestehen Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung?*

H₀ (5.1) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Skala „Identität“ des IPQ und der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₁ (5.1) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala „Identität“ des IPQ und der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

- *Fragestellung 6: Bestehen Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und der Lebensqualität?*

H₀ (6.1) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Skala „Identität“ des IPQ und körperlichen Summenskala der SF-12.

H₁ (6.1) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala „Identität“ des IPQ und körperlichen Summenskala der SF-12.

- *Fragestellung 7: Bestehen Zusammenhänge zwischen Krankheitsbewältigung und der Lebensqualität?*

H₀ (7.1) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Skala „depressive Verarbeitung“ und der körperlichen Summenskala der SF-12.

H₁ (7.1) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala „depressive Verarbeitung“ und der körperlichen Summenskala der SF-12.

- *Fragestellung 8: Mediiert das Bewältigungsverhalten den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität?*

H₀ (8.1) Das Bewältigungsverhalten mediiert den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität nicht.

H₁ (8.1) Das Bewältigungsverhalten mediiert den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität.

- *Fragestellung 9: Unterscheiden sich Personen mit internalen, fatalistisch externalen, sozial externalen bzw. stressbedingten Ursachenzuschreibungen bezüglich ihrer Lebensqualität?*

H₀ (9.1) Die Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der körperlichen Summenskala der SF-12.

H₁ (9.1) Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der körperlichen Summenskala der SF-12.

- *Fragestellung 10: Welche Merkmalskonstellationen von soziodemografischen Variablen, subjektiven Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung bestimmen besonders hohe Lebensqualitätswerte?*

H₀ (10.1) Die Variablen Subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und Online Social Support stehen in keiner systematischen Beziehung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

H₁ (10.1) Über die gemeinsame Betrachtung der Variablen subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und Online Social Support lässt sich zumindest für einen der Faktoren das gemeinsame Auftreten mit gesundheitsbezogener Lebensqualität zeigen.

8.5.3 Krankheitsbezogene Aspekte

- *Fragestellung 11: Unterscheiden sich die drei am häufigsten genannten Krebsarten bezüglich der gesundheitsbezogenen Internetnutzung?*

H₀ (11.1) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der „Suche nach Informationen“ im Internet.

H₁ (11.1) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen Unterschiede hinsichtlich der „Suche nach Informationen“ im Internet.

- *Fragestellung 12: Unterscheiden sich die drei am häufigsten genannten Krebsarten in Bezug auf subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigungsstrategien, Lebensqualität und Einstellungen zu Online Health Care?*

H₀ (12.1) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₁ (12.1) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen Unterschiede in der Skala „Identität“ des IPQ.

H₀ (12.6) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₁ (12.6) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen Unterschiede in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS.

H₀ (12.11) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₁ (12.11) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „körperliche Gesundheit“ der SF-12.

H₀(12.13) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

H₁(12.13) Zwischen den Diagnosegruppen bestehen keine Unterschiede in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC.

• *Fragestellung 13: Existieren behandlungsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität?*

H₀ (13.1) Die unterschiedlichen Gruppen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die körperliche Summenskala der SF-12.

H₁ (13.1) Die unterschiedlichen Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf die körperliche Summenskala der SF-12.

8.5.4 Unterschiede bezüglich Vergleichsstichproben

• *Fragestellung 14: Unterscheidet sich die vorliegende online befragte Stichprobe hinsichtlich der untersuchten Variablen von offline erhobenen Vergleichswerten?*

H₀ (14.1) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS nicht von offline erhobenen Vergleichswerten.

H₁ (14.1) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „depressive Verarbeitung“ des FKV-LIS von offline erhobenen Vergleichswerten.

H₀ (14.6) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „körperliche Gesundheit“ des SF-12 nicht von offline erhobenen Vergleichswerten.

H₁ (14.6) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „körperliche Gesundheit“ des SF-12 von offline erhobenen Vergleichswerten.

H₀ (14.8) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC nicht von Vergleichswerten.

H₁ (14.8) Die vorliegende Stichprobe unterscheidet sich in der Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ der ATOHC von Vergleichswerten.

8.6 Variablen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über abhängige und unabhängige Variablen der Untersuchung.

In den Fragestellungen bezüglich soziodemografischer Aspekte dienen Geschlecht und höchste abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer als unabhängige Variable; abhängige Variablen bildeten unterschiedliche Formen der gesundheitsbezogenen Internetnutzung sowie die Konstrukte subjektive Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten, Einstellungen bezüglich Online Health Care und Lebensqualität. Eine Fragestellung behandelt Zusammenhänge zwischen dem Lebensalter und wiederum subjektive Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten, Einstellungen bezüglich Online Health Care und Lebensqualität.

Im zweiten Abschnitt, der konstruktbezogene Aspekte betont, wurden unter anderem Korrelationen berechnet, die sich auf die Variablen subjektive Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten, Einstellungen bezüglich Online Health Care und Lebensqualität beziehen. Weiters wurden in spezifischen Fragestellungen Gruppen bezüglich unterschiedlicher Kontrollüberzeugungen gebildet, welche als unabhängige Variablen fungieren; abhängige Variablen bildeten in diesem Kontext subjektiven Krankheitstheorien (Skala I – IV), Bewältigungsstrategien sowie Lebensqualität. Um den Einfluss von spezifischen Prädiktorvariablen zu untersuchen, wurde die Lebensqualität als abhängige Variable definiert; demografische Variablen, subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung wurden als unabhängige Variablen in die Modellprüfung miteinbezogen. Schließlich wurde überprüft, ob das Bewältigungsverhalten (Mediator) den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien (Prädiktoren) und Lebensqualität (Kriteriumsvariable) mediiert.

Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit krankheitsbezogenen Fragestellungen; als unabhängige Variable dienen die unterschiedlichen Krebsdiagnosen der teilnehmenden Personen, wobei einerseits die drei meistgenannten Diagnosen je eine Gruppe bilden, andererseits wurden aber auch Gruppen bezüglich der Behandlungsdauer zusammengefasst.

Subjektive Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten, Einstellungen bezüglich Online Health Care und Lebensqualität stellen hier die abhängigen Variablen dar.

8.7 Statistische Auswertungsverfahren

Die statistische Auwertung erfolgte computergestützt mittels SPSS 11.5 für Windows, die Daten wurden hierfür als .csv-Datei aus der MySQL-Datenbank in das Auswertungsprogramm importiert.

Nach dem zentralen Grenzwertsatz (Bortz & Döring, 2003) wird davon ausgegangen, dass die Mittelwertverteilung der Grundgesamtheit hinreichend normal ist, wenn $n \geq 30$ ist. Da die Mehrzahl der untersuchten Gruppen dieses Kriterium erfüllte, kamen aus diesem Grund in erster Linie parametrische Verfahren zum Einsatz. Im Falle heterogener Varianzen wurden parameterfreie Berechnungen durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde für alle Fragestellungen auf $p=0,05$ festgelegt.

- *Levene-Test*

Der Levene-Test ist ein Verfahren zur Überprüfung der Varianzenhomogenität. Ergebnis ist das Signifikanzniveau p ; bei einem $p < 0,05$ unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant bezüglich ihrer Varianz, welche in diesem Fall als homogen angesehen werden können.

- *t-Test für unabhängige Stichproben*

Dieses Verfahren dient zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben, die Voraussetzungen sind Intervallskalenniveau, Normalverteilung sowie homogene Varianzen. Liegen heterogene Varianzen vor, ist es jedoch auch möglich, die Ergebnisse unter Annahme selbiger heranzuziehen.

- *One-sample t-Test*

Mit dem Einstichproben-*t*-Test wird überprüft, ob sich ein aus einer gegebenen Stichprobe gewonnener Mittelwert von einem vorgegebenen Testwert unterscheidet.

- *Einfache Varianzanalyse*

Dieses Verfahren wird zum Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben angewandt. Voraussetzungen zur Berechnung sind Intervallskalenniveau, Normalverteilung

und Homogenität der Varianzen, welche angenommen bzw. geprüft wurden. Als Post-Hoc-Test für Mehrfachvergleiche wurde jener von Bonferroni ausgewählt.

- *Kruskal-Wallis-Test*

Der parameterfreie Kruskal-Wallis-Test (Rangvarianzanalyse) wurde im Falle heterogener Varianzen anstelle von einfachen Varianzanalysen berechnet.

- *U-Test nach Mann und Whitney*

Sofern die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test auf signifikante Gruppenunterschiede hinwiesen, wurden im Anschluss *U*-Tests zur paarweisen Gruppentestung herangezogen. Dabei wurde eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni vorgenommen: $\alpha_{\text{korr}} = 1 - (1 - \alpha)^{1/m}$ (m steht für simultane Tests) (Bortz, 1999).

- *Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson*

Sie beschreibt die Enge des linearen Zusammenhangs zwischen zwei intervallskalierten Variablen durch den Korrelationskoeffizienten *r*, welcher zwischen -1 und +1 liegt. Ein Betrag nahe bei 1 kann als starker, ein Betrag nahe bei 0 als schwacher Zusammenhang ausgelegt werden. Negative Ergebnisse weisen auf einen gegenläufigen Zusammenhang hin, je größer der Wert der einen Variable, desto kleiner wird der Wert der anderen. Zur Interpretation kann Tabelle 7 herangezogen werden.

Tabelle 7. Interpretation von Korrelationen (vgl. Bühl & Zöfel, 2002).

Wert	Interpretation
bis 0,2	sehr geringe Korrelation
bis 0,5	geringe Korrelation
bis 0,7	mittlere Korrelation
bis 0,9	hohe Korrelation
über 0,9	sehr hohe Korrelation

- *Multiple lineare Regressionsanalyse*

Hierbei kann der Zusammenhang einer Zielvariable mit mehreren Ausgangsgrößen erfasst werden. Für die abhängige Variable ergibt sich die Voraussetzung eines Intervallskalenniveaus der Daten, die unabhängigen Variablen können beliebiges Skalenniveau aufweisen. Es gibt dabei drei Varianten, wie die unabhängigen Variablen (UV) eingebracht werden können: Durch die Einschlussmethode (alle UV werden gleichzeitig einbezogen), die sequentielle bzw. hierarchische multiple lineare Regression (die UV werden blockweise eingegeben) sowie durch

die schrittweise multiple lineare Regression (nur relevante UV werden in die Analyse miteinbezogen), welche in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet.

9 ERGEBNISDARSTELLUNG

9.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Abschnitt wird die untersuchte Stichprobe bezüglich ihrer soziodemografischen Zusammensetzung, ihres Internetverhaltens, ihrer Diagnose sowie der Dauer der schulmedizinischen Behandlung genauer beschrieben.

9.1.1 Soziodemografische Merkmale

Insgesamt wurden in die Studie 293 krebskranke Personen aufgenommen (Ein- und Ausschlusskriterien siehe Abschnitt 8.8.2), davon bilden 67,2% ($n=197$) weibliche und 32,8% ($n=96$) männliche Teilnehmer. Das durchschnittliche Alter beträgt 44,03 Jahre ($SD= 14,29$), wobei hochsignifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen ($t=-5,758$, $df=162,601$ $p<0,001$): Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 40,68 Jahren ($SD=12,65$), das der Männer bei 50,92 Jahren ($SD=15,02$). Die jüngste teilnehmende Person ist 16 Jahre, die älteste 83 Jahre alt. Noch anzumerken ist die ungleiche Geschlechterverteilung der Senioren: 75% der der Personen ab 60 Lebensjahren sind männlich, nur 25% weiblich.

Der überwiegende Teil der Personen stammt aus Deutschland ($n=252$, 86,0%), siehe dazu Abbildung 5. Aus Österreich kommen 22 (7,5%), aus der Schweiz neun Teilnehmer (3,1%). Aus den übrigen Ländern Europas haben sechs Personen (2,0%) teilgenommen, außerhalb Europas sind es lediglich 1,4%, d.h. vier Personen.

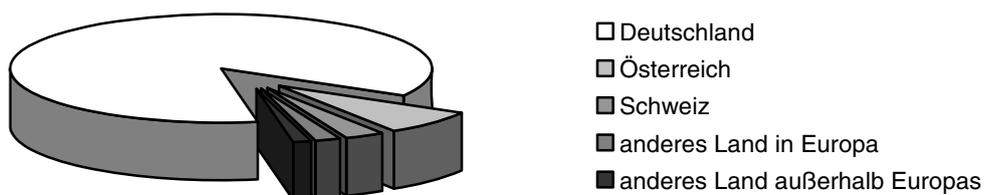


Abbildung 5. Prozentuelle Verteilung der Stichprobe nach Herkunftsland.

Die gesamte Zahl der teilnehmenden Personen ($N=293$) machte Angaben zum Familienstand (Abbildung 6), den Großteil bildete dabei die Gruppe der verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Personen ($n=193$, 65,9%). Ledige Personen waren zu 23,2% vertreten ($n=68$), davon sind ca. zwei Drittel (61,8%) unter 30 Jahre alt. 23 Teilnehmer gaben an, geschieden zu sein (7,8%). Den kleinsten Teil der Stichprobe machen verwitwete Personen aus ($n=9$, 3,1%).

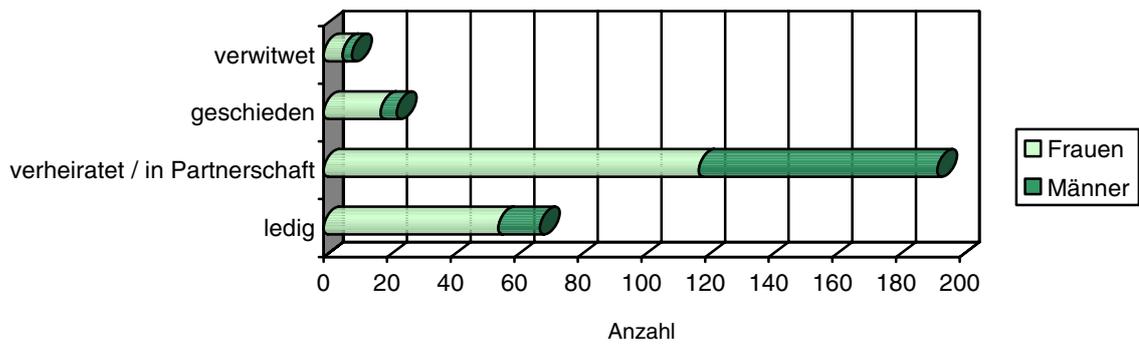


Abbildung 6. Familienstand nach Geschlecht.

Abbildung 7 gibt Aufschluss über die Wohnsituation der Teilnehmer, drei Personen (1,0%) machten diesbezüglich keine Angabe. Der überwiegende Teil der Stichprobe gab an, entweder mit dem Partner ($n=104$, 35,5%) oder gemeinsam mit Partner und Kind bzw. Kindern ($n=81$, 27,6%) zusammenzuleben. Von den 17,4% der allein lebenden Personen ($n=51$) sind mehr als doppelt so viele weibliche Teilnehmer ($n=37$, 72,54%) vertreten als männliche ($n=14$, 27,45%). Eher kleinere Gruppen bilden die Wohnformen bei Eltern ($n=25$, 8,5%), allein mit Kind bzw. Kindern ($n=15$, 5,1%) und Wohngemeinschaften ($n=14$, 4,8%).

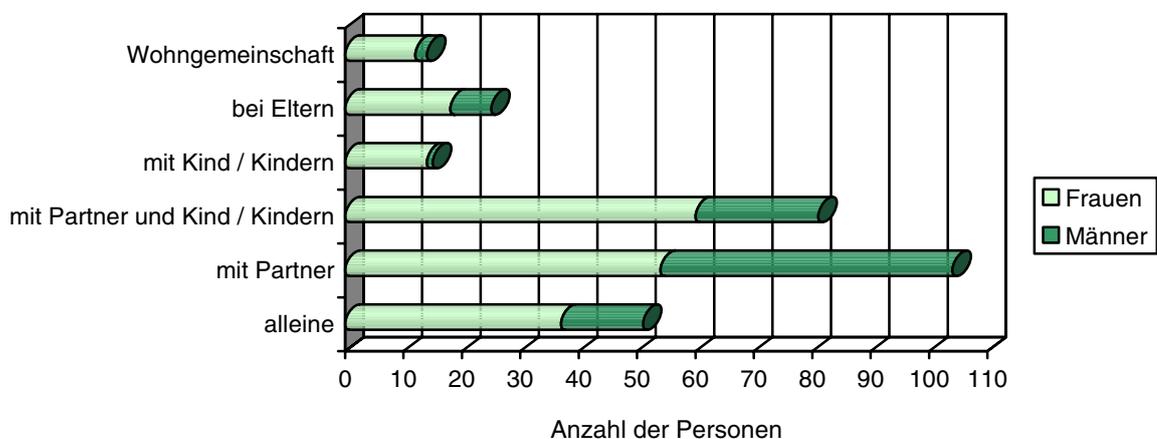


Abbildung 7. Wohnsituation nach Geschlecht.

Bezüglich der Größe des Wohnortes gaben sechs Personen (2,0%) keine Auskunft. Insgesamt bewohnen jeweils 22,2% ($n=65$) der befragten Städte bis 10.000 bzw. bis 100.000 Einwohner. In Städten bis 500.000 Bewohner leben 16,0% ($n=47$) der Teilnehmer. 36 Personen (12,3%) leben in Ortschaften, welche weniger als 1.000 Einwohner zählen. In Großstädten bis zu einer Million Einwohner leben 10,6% ($n=31$) Personen, 20 Personen (6,8%) bewohnen Städte bis zu zwei Millionen Einwohner; 23 Teilnehmer (7,8%) bewohnen Städte, die über zwei Millionen Einwohner zählen.

Alle teilnehmenden Personen ($N=293$) gaben Auskunft zu ihrer höchsten abgeschlossenen Ausbildung (Abbildung 8); die Mehrheit bildeten dabei Akademiker mit Universitäts- ($n=77$, 26,3%) oder Fachhochschulabschluss ($n=49$, 16,7%). 51 Personen (17,4%) gaben an, die Handelsschule bzw. mittlere Reife abgeschlossen zu haben, gefolgt von 50 Teilnehmern (17,1%) mit Matura-Abschluss. 37 Personen (12,6%) absolvierten einen Lehrabschluss; 13 Personen (4,4%) den Hauptschulabschluss. Lediglich neun Teilnehmer (3,1%) verfügen über einen Abschluss eines Diplomlehrganges. Die kleinste Gruppe bilden Personen mit Grundschulabschluss ($n=7$, 2,4%).

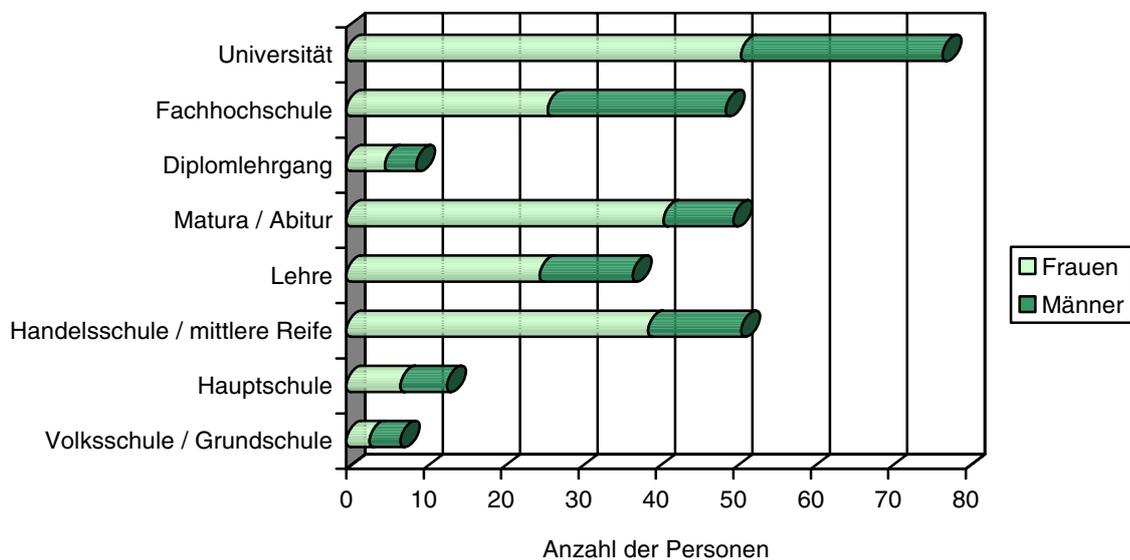


Abbildung 8. Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Geschlecht.

Zur beruflichen Situation gab eine Person keine Auskunft; eine andere befand sich zum Zeitpunkt der Befragung im freiwilligen sozialen Jahr, was sich zu keiner der vorhandenen Berufsgruppen zuordnen ließ. 137 (46,8%) Personen befinden sich nach ihren Angaben in einem Angestelltenverhältnis, gefolgt von Pensionisten ($n=61$, 20,8%) und Selbstständigen ($n=46$, 15,7%). Teilnehmer in Ausbildung machen 12,3% ($n=36$) der Stichprobe aus. In den Kategorien Hausfrau/Hausmann ($n=17$, 5,8%) und Mutterschutz/Karenz ($n=4$, 1,4%) sind ausschließlich Frauen vertreten. Jeweils neun Personen (3,1%) sind Arbeiter/Facharbeiter bzw. nicht erwerbstätig. Abbildung 9 gibt Aufschluss über die Aufteilung der Berufsgruppen nach Geschlecht.

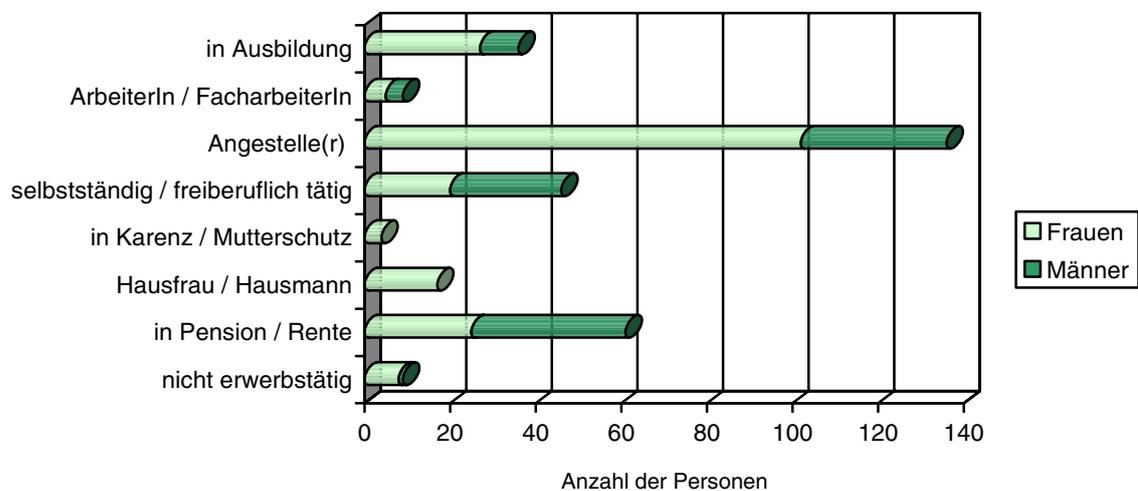


Abbildung 9. Berufsgruppen nach Geschlecht.

9.1.2 Internetnutzung

Tabelle 8 gibt den Mittelwert und Standardabweichung der unterschiedlichen Formen von Internetnutzung wieder. Die Antwortkategorien reichen hier von „nie“ bis „sehr oft“, numerisch in einer Skala von 0 bis 4 umgesetzt. Gesundheitsbezogen wird das Internet am häufigsten für die Suche nach Informationen genutzt, gefolgt von der Teilnahme in Foren und Newsgroups. E-Mail und Online-Shopping werden von den untersuchten Personen durchschnittlich oft genutzt; eine eher untergeordnete Rolle spielen Chats mit Freunden und Fremden in Bezug auf gesundheitsbezogene Belange.

Tabelle 8. Mittelwert und Standardabweichung der Formen von Internetnutzung.

Art der Internetnutzung	Mittelwert (<i>M</i>)	Standardabweichung (<i>SD</i>)
Suche nach Informationen	3,10	0,91
Foren / Newsgroups	2,89	1,11
E-Mail	2,09	1,46
Online-Shopping (Bücher, Medikamente, etc.)	1,63	1,23
Chats mit Freunden / Verwandten / Bekannten	1,11	1,30
Chats mit Fremden (z.B. mit beratenden Experten)	0,76	0,99

9.1.3 Diagnose

In Tabelle 9 finden sich die 24 in der Stichprobe vorliegenden Krebsdiagnosen, gereiht nach Häufigkeit bzw. Prozentsatz ihres Auftretens. Etwa ein Drittel ($n=107$, 36,5%) der gesamten Stichprobe ist der Diagnose Brustkrebs zuzuordnen, gefolgt von Morbus Hodgkin mit 21,8% ($n=64$). Bösartige Neubildungen der Prostata machen 15,7% ($n=46$) aus. Eine Person gab keine genaue Diagnose an, füllte den gesamten Fragebogen jedoch trotzdem aus.

Tabelle 9. Häufigkeit und Prozentsatz der unterschiedlichen Krebsdiagnosen.

ICD-10	Diagnose	Häufigkeit (<i>n</i>)	Prozent (%)
C 50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	107	36,5
C 81	Morbus Hodgkin	64	21,8
C 61	Bösartige Neubildung der Prostata	46	15,7
C 82	Non-Hodgkin-Lymphom	11	3,8
C 62	Bösartige Neubildung des Hodens	9	3,1
C 40	Bösartige Neubildung des Knochens	7	2,4
C 34	Bösartige Neubildung der Lunge	6	2,0
C 73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	6	2,0
C 71	Bösartige Neubildung des Gehirns	5	1,7
C 91 – C 95	Leukämie	5	1,7
C 53	Bösartige Neubildung des Cervix Uteri	3	1,0
C 10 – C 20	Bösartige Neubildung des Darmes	3	1,0
C 43 – C 44	Melanom und sonstige bösartige Neubildung der Haut	3	1,0
C 84	Lymphom	3	1,0
C 16	Bösartige Neubildung des Magens	3	1,0
C 64	Bösartige Neubildung der Niere	2	0,7
C 56	Bösartige Neubildung des Ovars	2	0,7
C 67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1	0,3
C 32	Bösartige Neubildung der Larynx	1	0,3
C 22	Bösartige Neubildung der Leber	1	0,3
C 07 – C 08	Bösartige Neubildung der Speicheldrüse	1	0,3
C 37	Bösartige Neubildung des Thymus	1	0,3
C 51	Bösartige Neubildung der Vulva	1	0,3
C 02	Bösartige Neubildung der Zunge	1	0,3

Die gesamte Stichprobe ($N=293$) gab Auskunft zur seit Diagnosestellung vergangenen Zeit, die Spannweite reicht dabei von einem Monat bis 416 Monaten, was einer Dauer von 34 Jahren und acht Monaten entspricht. 84% der Befragten geben eine Dauer von unter sieben Jahren an; nur drei Personen (1%) geben an, schon vor mehr als 15 Jahren über die Diagnose informiert worden zu sein.

Im Kontext der Frage nach der Inanspruchnahme und Dauer der schulmedizinischen Behandlung zeichnet sich folgendes Bild (Abbildung 10): Etwa die Hälfte der Befragten befindet sich seit mindestens einem Jahr in schulmedizinischer Behandlung ($n=147$, 50,2%), gefolgt von Personen, die sich nicht in schulmedizinischer Behandlung befinden ($n=74$, 25,3%). Das letzte Viertel bilden Personen, die entweder weniger als sechs ($n=44$, 15,0%) oder sechs bis 11 Monate ($n=27$, 9,2%) in schulmedizinischer Behandlung sind. Eine Person (0,3%) machte keine Angabe.

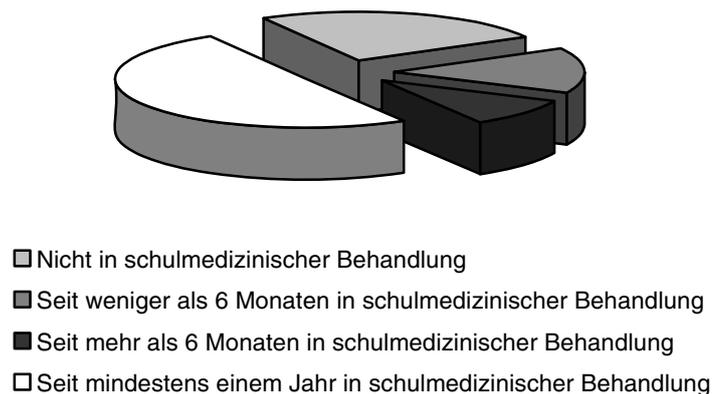


Abbildung 10. Prozentuelle Verteilung der schulmedizinischen Behandlung.

9.1.4 Individuelle Ursachenzuschreibungen

Bezüglich vermuteter Ursachen der Krebserkrankung wurden die teilnehmenden Personen im Fragebogen (IPQ) gebeten, die ihrer Meinung nach drei wesentlichsten Krankheitsursachen qualitativ zu vermerken. Die Antworten in Bezug auf die Hauptursache (Ursache 1) wurden in drei inhaltliche Gruppen zusammengefasst, wobei externale Ursachenzuschreibungen (Zufall oder Pech, Viren oder Bakterien, schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit, Umweltverschmutzung und Umweltgifte, andere Personen) mit 178 Personen (60,8%) die größte Gruppe ausmachen. Stress (Mobbing am Arbeitsplatz, Scheidung etc.) kann weder

internalen oder externalen Ursachenzuschreibungen eindeutig zugeordnet werden, aus diesem Grund wurde eigens eine Gruppe definiert ($n=42$, 14,3%). Internale Zuschreibungen (eigenes Verhalten, emotionales Befinden, Ernährungs- und Essgewohnheiten) machen lediglich 15,0% aus. 29 Personen (9,9%) vermerkten keine diesbezüglichen qualitativen Angaben (Abbildung 11).

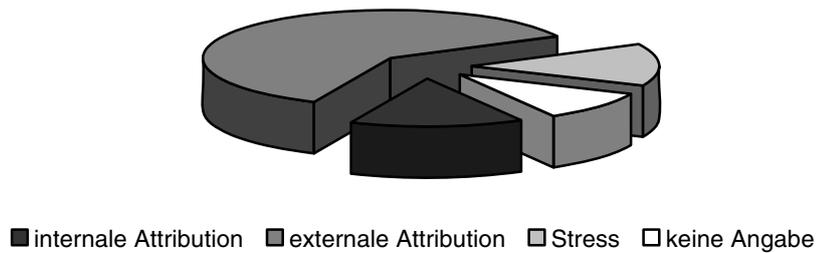


Abbildung 11. Gruppen nach internalen, externalen sowie stressbedingten Attributionen.

Entsprechend der Antworten bezüglich der Hauptursache wurden 56 Personen (20,7%) der Kategorie „Zufall oder Pech“ zugeordnet, auf Platz zwei der Hauptursachen liegt „Stress“ (15,6%). Tabelle 10 gibt Aufschluss über Rangreihen in Hinblick auf weitere relevante Ursachenzuschreibungen (inklusive zweit- und drittgenannter Ursache).

Tabelle 10. Häufigkeit und Prozentsatz vermuteter Ursachen gereiht nach Relevanz.

Rangreihe	Hauptursache (N=270)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Zufall oder Pech	56	20,7%
2	Stress	42	15,6%
3	Vererbt, kommt in meiner Familie öfter vor	41	15,2%
4	Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	27	10,0%
Rangreihe	Zweitgenannte Ursache (N=234)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Stress	46	19,7%
2	Ernährungs- oder Essgewohnheiten	26	11,1%
2	Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	26	11,1%
3	Emotionales Befinden	25	10,7%
Rangreihe	Drittgenannte Ursache (N=197)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Stress	32	16,2%
2	Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	29	14,7%
3	Mein eigenes Verhalten	22	11,2%
3	Zufall oder Pech	22	11,2%

Tabelle 11 illustriert die Gesamthäufigkeiten ($\Sigma=701$) der Attributionen nach ihrer Rangreihe. Stress macht dabei mit einer Häufigkeit von 120 Nennungen die am öftesten vermutete Ursache aus, Zufall oder Pech liegt auf Rang zwei. Rang drei belegt die Ursache „Umweltverschmutzung oder Umweltgifte“. Die Annahme, die Krebserkrankung sei durch Vererbung entstanden, liegt auf Rang vier.

Tabelle 11. Häufigkeit und Prozentsatz vermuteter Ursachen gereiht nach Relevanz gesamt.

Rangreihe	Vermutete Ursachen gesamt (Σ Ursachen 1-3)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Stress	120	17,1%
2	Zufall oder Pech	102	14,6%
3	Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	82	11,7%
4	Vererbt, kommt in meiner Familie öfter vor	73	10,4%

Übereinstimmend mit den Zusatzitems des IPQ mit freiem Antwortformat zeigen sich die Ergebnisse in den Items der Skala „Zufall oder Pech“ mit einem Mittelwert von 2,49 ($SD=1,170$) an erster Stelle, gefolgt von „Stress“ ($M=2,60$, $SD=1,18$) und „Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte“ ($M=2,92$, $SD=1,11$). Tabelle 12 illustriert mögliche Krankheitsursachen gereiht nach Mittelwert.

Tabelle 12. Mittelwert und Standardabweichung der Arten von Ursachenzuschreibungen.

Angenommene Krankheitsursachen	Mittelwert (<i>M</i>)	Standardabweichung (<i>SD</i>)
Zufall oder Pech	2,49	1,17
Stress	2,60	1,18
Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	2,92	1,11
Emotionales Befinden	3,06	1,29
Ernährungs- und Essgewohnheiten	3,42	1,19
Eigenes Verhalten	3,47	1,17
Vererbt, kommt in der Familie öfter vor	3,51	1,38
Bakterien oder Viren	3,75	1,19
Schlechte med. Versorgung in der Vergangenheit	3,83	1,12
Andere Personen	4,15	1,03

Anmerkung: Niedrige Werte bedeuten in diesem Zusammenhang eine hohe Zustimmung zur jeweiligen Ursache.

9.1.5 Formen von Krankheitsbewältigung

Ähnlich der vermuteten Ursachen wurden auch die am hilfreichsten empfundenen Bewältigungsstrategien qualitativ erhoben, auf eine Gruppeneinteilung wird allerdings mangels inhaltlicher übergeordneter Dimensionen verzichtet. Auf Rang eins der relevantesten Krankheitsbewältigungsstrategien steht ex aequo mit „Unterstützung von Familie und Freunden“ die Geisteshaltung „das Schicksal annehmen“ (je 15,5%). Weitere Rangreihen bezüglich wesentlicher Bewältigungsstrategien (zweit- und drittgenannte Krankheitsbewältigung) finden sich in Tabelle 13.

Tabelle 13. Häufigkeit und Prozentsatz hilfreicher Bewältigungsstrategien gereiht nach Relevanz.

Rangreihe	Erstgenannte Krankheitsbewältigung (N=233)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Schicksal annehmen	36	15,5%
1	Unterstützung von Familie und Freunden	36	15,5%
3	Ablenkung	27	11,6%
4	Ärzten vertrauen	23	9,9%
Rangreihe	Zweitgenannte Krankheitsbewältigung (N=221)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Galgenhumor	31	14,0%
2	Ärzten vertrauen	24	10,9%
3	Ablenkung	19	8,6%
3	Unterstützung von Familie und Freunden	19	8,6%
Rangreihe	Drittgenannte Krankheitsbewältigung (N=196)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Galgenhumor	23	11,7%
2	Ablenkung	19	9,7%
3	Aktiv handeln	17	8,7%
3	Ärzten vertrauen	17	8,7%

Die Gesamthäufigkeiten ($\Sigma=650$) der angewandten Bewältigungsstrategien sind in Tabelle 14 aufgelistet. Rang eins bildet die Strategie „Galgenhumor“, knapp dahinter liegt „Unterstützung von Familie und Freunden“. Auf Rang 3 und 4 finden sich die Strategien „Ablenken“ und „Ärzten vertrauen“.

Tabelle 14. Häufigkeit und Prozentsatz hilfreicher Bewältigungsstrategien gereiht nach Relevanz gesamt.

Rangreihe	Krankheitsbewältigung Gesamt (Σ Bewältigung 1-3)	Häufigkeit	Prozentsatz
1	Galgenhumor	71	10,9%
2	Unterstützung von Familie und Freunden	68	10,5%
3	Ablenken	65	10,0%
4	Ärzten vertrauen	64	9,8%

9.1.6 Einstellungen zu Online Health Care

Um Einstellungen onkologischer Patienten bezüglich Online Health Care zu untersuchen, wurden die Teilnehmer gebeten, unterschiedliche Themengebiete mittels einer Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 5 (stimmt voll und ganz) zu bewerten. Dabei zeigt sich, dass die Skalen „Vertrauen in Information und Ratschläge“ ($M=1,95$, $SD=0,65$) und „Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben“ ($M=2,02$, $SD=1,00$) generell wenig Zustimmung finden. Mittlere Zustimmung findet die Skala „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ mit dem höchsten Mittelwert innerhalb der Skalen von $M=2,70$ ($SD=0,75$).

Psychische und physische Veränderungen infolge gesundheitsbezogener Internetnutzung wurden mittels der Skala „Ergebnisse“ erfasst. Die Werte ($M=2,60$, $SD=0,89$) deuten auf lediglich mittlere Zustimmung seitens der Studienteilnehmer hin, d.h. sie beurteilten ihre Gesundheit als nur mäßig durch die gesundheitsbezogene Internetnutzung beeinflusst. In Abbildung 12 finden sich die deskriptiven Statistiken der unterschiedlichen Skalen grafisch dargestellt.

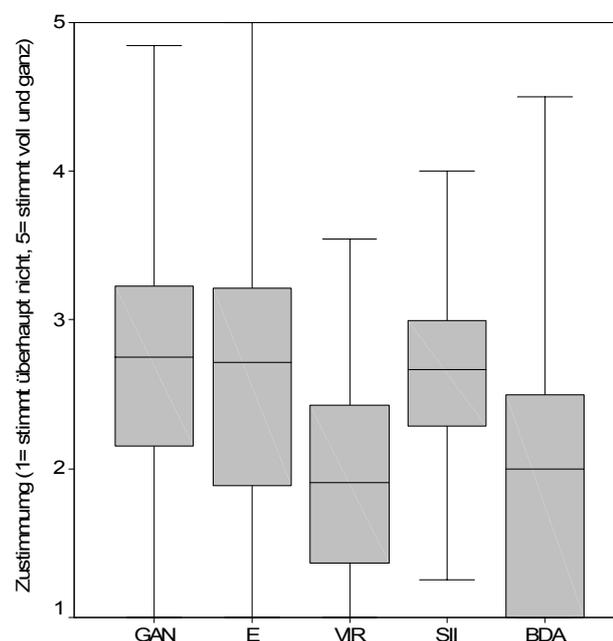


Abbildung 12. Box-Plot der Einstellungen bezüglich Online Health Care.

Anmerkungen: GAN = Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten, E = Ergebnisse, VIR = Vertrauen in Information und Ratschläge, SII = Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention, BDA = Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben.

9.2 Ergebnisse hinsichtlich soziodemografischer Aspekte

Im folgenden Abschnitt wird auf Fragestellungen bezüglich soziodemografischer Aspekte wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder höchste abgeschlossene Ausbildung der Befragten, eingegangen. Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) oder Korrelationen werden in den nachstehenden grafischen Darstellungen mit einem hochgestellten Stern (*) gekennzeichnet, hochsignifikante ($p < 0,001$) Ergebnisse mit zwei Sternen (**).

Fragestellung 1

Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Internetnutzung?

Zur Beantwortung der Frage, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Internetnutzung vorliegen, wurden t -Tests für unabhängige Stichproben berechnet.

In Hinblick auf gesundheitsbezogene Internetnutzung ergeben sich in vier von fünf Nutzungsarten keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede (siehe Abbildung 13). Hervorzuheben ist jedoch der unter Annahme heterogener Varianzen hochsignifikante Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Kategorie „Chats mit Freunden/Verwandten/Bekanntem“ ($t=3,553$, $df=189,646$, $p < 0,001$), wobei Frauen ($M=1,28$, $SD=1,34$) diese Art der Internetnutzung in Bezug auf gesundheitliche und medizinische Belange öfter nutzen als Männer ($M=0,73$, $SD=1,11$). Die Nullhypothesen 1.1 bis 1.4 sowie 1.6 werden beibehalten, H_0 1.5 kann verworfen werden.

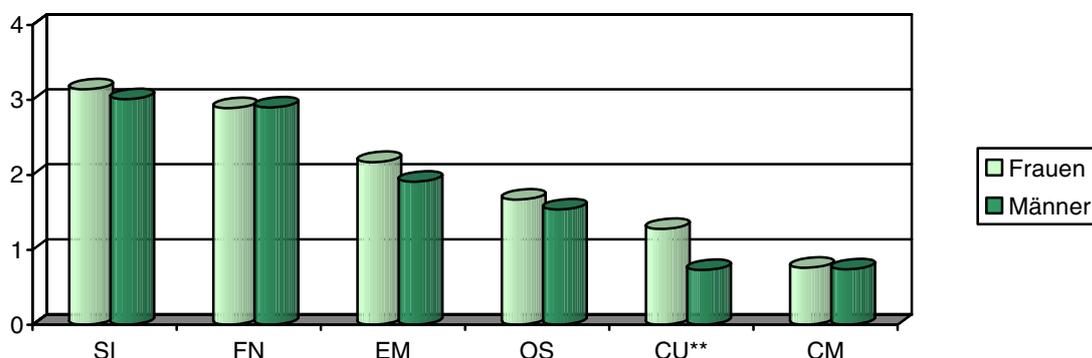


Abbildung 13. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Internetnutzung.

Anmerkungen: SI = Suche nach Information, FN = Foren und Newsgroups, EM = E-Mail, OS = Online Shopping, CU = Chats mit Freunden, CM = Chats mit Fremden.

Fragestellung 2

Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Konstrukte subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Falls nicht anders vermerkt gelten für die genannten Skalen und Subskalen homogene Varianzen.

Subjektive Krankheitstheorien: Insgesamt konnten in Bezug auf die verschiedenen Skalen des IPQ sechs signifikante Ergebnisse gefunden werden (Abbildung 14 und 15). Frauen erleben die Intensität der Symptome, die sie mit ihrer Krankheit in Verbindung bringen, hochsignifikant stärker als Männer ($t=5,038$, $df=276$, $p<0,001$). Männer vermuten weiters eine längere Krankheitsdauer als Frauen ($t=3,416$, $df=289$, $p=0,001$) und rechnen mit gravierenderen Konsequenzen, die sich aus der Erkrankung ergeben ($t=2,000$, $df=290$, $p=0,046$). H_0 2.1, 2.2 sowie 2.3 können verworfen werden, H_0 2.4 wird beibehalten.

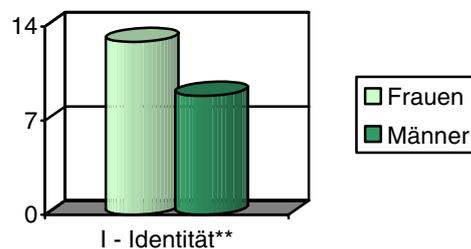


Abbildung 14. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Skala I des IPQ.

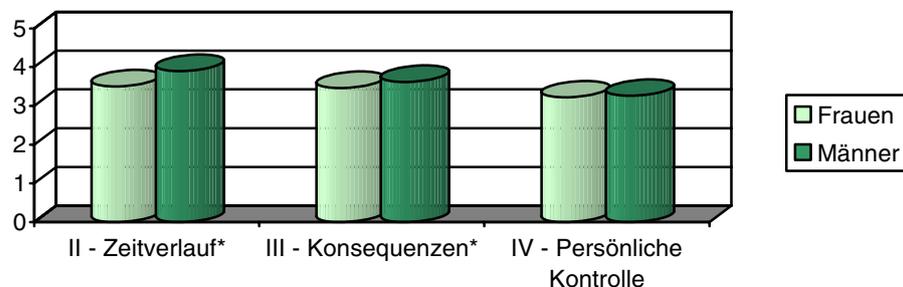


Abbildung 15. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen II bis IV des IPQ.

Anmerkung: Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

In Hinblick auf vermutete Krankheitsursachen finden sich ebenfalls signifikante Geschlechtsunterschiede, in der ersten der drei Subskalen wurden die Ergebnisse der t -Tests unter Annahme heterogener Varianzen herangezogen. Männer vermuten signifikant häufiger die Ursachen „schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit“ ($t=-2,386$, $df=170,101$, $p=0,018$), sowie „Ernährungs- und Essgewohnheiten“ ($t=-2,222$, $df=285$, $p=0,027$) als Frauen. Zuletzt nehmen Männer eher als Frauen ihr eigenes Verhalten als Krankheitsursache an ($t=-2,125$, $df=287$, $p=0,034$). Abbildung 16 illustriert die Ergebnisse. Bis auf H_0 2.5.3, 2.5.5 und 2.5.8 werden die Nullhypothesen bezogen auf insgesamt zehn Subskalen beibehalten.

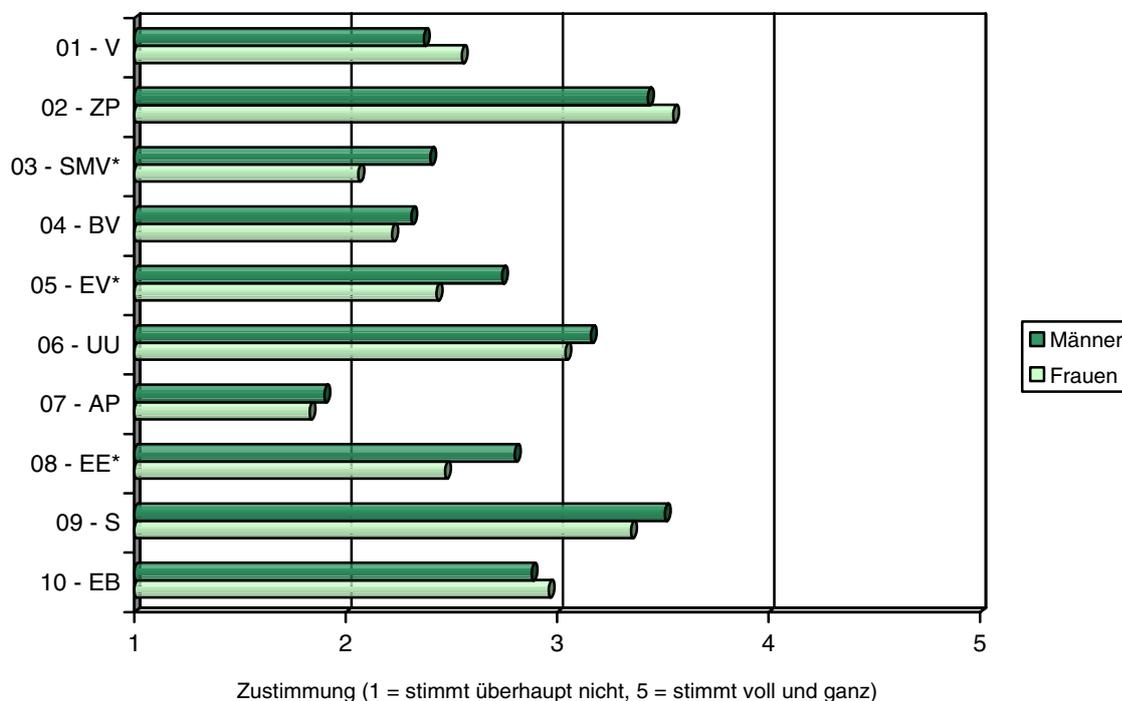


Abbildung 16. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Skala V des IPQ.

Anmerkungen: V = Vererbung, ZP = Zufall oder Pech, SMV = schlechte medizinische Versorgung, BV = Bakterien oder Viren, EV = Eigenes Verhalten, UU = Umweltverschmutzung bzw. -gifte, AP = andere Personen, EE = Ernährungs- oder Essgewohnheiten, S = Stress, EB = emotionales Befinden. Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

Krankheitsbewältigung: Männer zeigen im Unterschied zu Frauen hochsignifikant häufiger aktives, problemorientiertes Coping ($t=3,716$, $df=290$, $p<0,001$); Frauen hingegen wenden im Vergleich zu Männern die Strategie Religiosität und Sinnsuche öfter an ($t=-2,403$, $df=290$, $p=0,017$) (Abbildung 17). H_0 2.7 und H_0 2.9 werden somit verworfen.

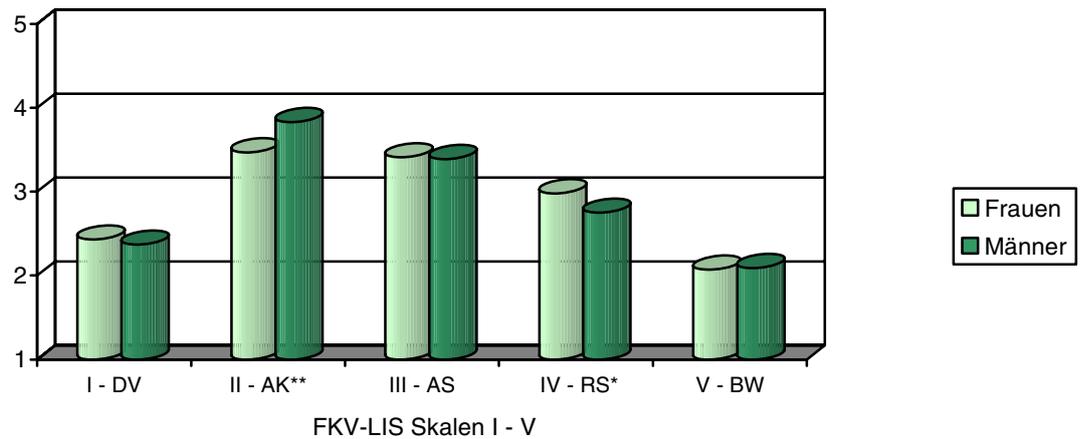


Abbildung 17. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen des FKV-LIS.

Anmerkungen: DV = depressive Verarbeitung, AK = aktives, problemorientiertes Coping, AS = Ablenkung und Selbstaufbau, RS = Religiosität und Sinnsuche, BW = Bagatellisierung und Wunschenken. Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

Bezüglich *Lebensqualität* und *Einstellungen zu Online Health Care* bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, die Nullhypothesen H_0 2.11 bis 2.17 werden beibehalten.

Fragestellung 3

Existieren ausbildungsbedingte Unterschiede hinsichtlich der Konstrukte subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?

Um etwaige Unterschiede methodisch korrekt berechnen zu können, wurden aufgrund der ungleichen Personenanzahl pro Ausbildungsrichtung zwei Gruppen gebildet (siehe Tabelle 15). Die erste Gruppe bilden mit einer Häufigkeit von 167 Nicht-Akademiker (57%), die zweite Gruppe fasst Akademiker zusammen ($n=126$, 43%).

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden t -Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Im Falle heterogener Varianzen wurde auf den U -Test zurückgegriffen.

Tabelle 15. Deskriptive Statistik der unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen.

	Höchste abgeschlossene Ausbildung	n	Häufigkeit (n)	Prozentsatz (%)
Nicht-Akademiker	Volksschule/Grundschule	7	167	57%
	Hauptschule	13		
	Handelsschule / mittlere Reife	51		
	Lehre	37		
	Matura / Abitur	50		
	Diplomlehrgang	9		
Akademiker	Fachhochschule	49	126	43%
	Universität	77		
	Gesamt	293	293	100%

Subjektive Krankheitstheorien: Für zwei Skalen („Zeitverlauf“ und „Konsequenzen“) der IPQ resultieren heterogene Varianzen. Signifikante Unterschiede konnten jedoch lediglich in der Skala „Identität“ gefunden werden. So unterscheiden sich Akademiker ($M=9,49$, $SD=6,01$) von Nicht-Akademikern ($M=13,06$, $SD=6,55$), wobei erstere eine signifikant niedrigere Krankheitsidentität zeigen ($t=4,678$, $df=276$, $p<0,001$). Bezüglich der Ursachenzuschreibungen resultieren keine signifikanten Gruppenunterschiede. Dementsprechend kann lediglich H_0 3.1 verworfen werden, H_0 3.2 bis 3.5 werden beibehalten.

Krankheitsbewältigung: In zwei Skalen, „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“, konnten Gruppenunterschiede festgestellt werden, die jeweils heterogenen Varianzen in jener Skala erforderten parameterfreie Auswertungsverfahren. Nicht-Akademiker neigen dabei im Vergleich zu Akademikern zu vermehrt depressiver Verarbeitung ($U=8788,500$, $p=0,016$) und Bagatellisierung und Wunschdenken ($U=7755,500$, $p<0,001$). Die Nullhypothesen 3.7 bis 3.9 werden beibehalten, H_0 3.6 und 3.10 werden verworfen.

Tabelle 16. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten in den FKV-LIS Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“.

	Höchste abgeschlossene Ausbildung	n	Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)
depressive Verarbeitung *	Nicht-Akademiker	167	3,46	0,92
	Akademiker	126	3,75	0,74
Bagatellisierung und Wunschdenken *	Nicht-Akademiker	165	3,74	0,97
	Akademiker	124	4,16	0,78

Anmerkung: Hohe Werte bezeichnen eine niedrige Ausprägung der Bewältigungsstrategie.

Lebensqualität: Beide Skalen weisen homogene Varianzen auf. Mittelwertvergleiche in Hinblick auf die psychische Komponente der Lebensqualität zeigen keine Differenzen; in

Bezug auf die körperliche Summenskala zeigen Akademiker signifikant höhere Lebensqualitätsscores ($t=-3,165$, $df=278$, $p=0,002$). H_0 3.11 wird verworfen, H_0 3.12 wird beibehalten.

Tabelle 17. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten der Summenskalen der SF-12.

	Höchste abgeschlossene Ausbildung	n	Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)
körperliche Summenskala *	Nicht-Akademiker	162	41,90	0,83
	Akademiker	118	45,91	0,95
psychische Summenskala	Nicht-Akademiker	162	41,77	0,93
	Akademiker	118	44,12	1,04

Anmerkung: Hohe Werte bezeichnen eine hohe Ausprägung der Lebensqualität.

Einstellungen zu Online Health Care: Auch im Kontext dieser Fragestellung konnten in lediglich einer Skala ausbildungsbezogene Unterschiede gefunden werden, aufgrund homogener Varianzen wurden einfache Varianzanalysen berechnet. Akademiker zeigen im Vergleich zu Nicht-Akademikern eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit in Bezug auf Informationen und Intentionen ($t=-2,022$, $df=285$, $p=0,044$). Mit Ausnahme von H_0 3.16 werden alle Nullhypothesen in Bezug auf die ATOHC beibehalten.

Tabelle 18. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten der ATOHC Skala „Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention“.

	Höchste abgeschlossene Ausbildung	n	Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)
Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention *	Nicht-Akademiker	164	2,61	0,64
	Akademiker	123	2,76	0,62

Anmerkung: Hohe Werte bezeichnen eine hohe Ausprägung der Einstellung.

Fragestellung 4

Existieren Zusammenhänge zwischen dem Alter der Personen und den Konstrukten subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und den Einstellungen zu Online Health Care?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zwischen dem Lebensalter und den einzelnen Skalen der Erhebungsinstrumente berechnet.

Alter und subjektive Krankheitstheorien: Es zeigt sich eine geringe negative Korrelation zwischen dem Alter der Personen und der Skala „Identität“ ($r=-0,224$, $R^2=5,02$, $p<0,001$), je älter die Personen, umso ausgeprägter ist ihre Krankheitsidentität. Der vermutete Zeitverlauf steht ebenfalls in geringem Zusammenhang ($r=-0,437$, $R^2=19,10$, $p<0,001$) mit dem Alter der Befragten, hier gilt – je älter die Person, umso länger wird der Zeitrahmen der Erkrankung vermutet (siehe Tabelle 19). In Bezug auf unterschiedliche Ursachenzuschreibungen konnte in sieben von zehn Subskalen signifikante, jedoch sehr geringe Zusammenhänge mit dem Lebensalter der Befragten gefunden werden: Alter und „Zufall oder Pech“ korreliert signifikant negativ ($r=-0,173$, $R^2=2,99$, $p=0,003$), Alter und „schlechte medizinische Versorgung“ zu $0,153$ ($R^2=2,34$, $p=0,009$), Alter und „Bakterien oder Viren“ zu $-0,143$ ($R^2=2,04$, $p=0,015$), Alter und „eigenes Verhalten“ zu $0,156$ ($R^2=2,43$, $p=0,008$) sowie Alter und die Ursache „andere Personen“ zu $0,133$ ($R^2=1,77$, $p=0,025$). Die Korrelation zwischen Lebensalter und „Ernährungs- und Essgewohnheiten“ beträgt $0,267$ ($R^2=7,13$, $p<0,001$), der Zusammenhang zwischen Lebensalter und „Stress“ liegt bei $r=0,146$ ($R^2=2,13$, $p=0,013$). Negative Korrelationen bedeuten in diesem Zusammenhang, dass die Ursachen umso weniger angenommen werden, je älter die Personen sind. Die restlichen Skalen des IPQ zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Variable Alter. Insgesamt werden H_0 4.1, 4.2 sowie die Nullhypothesen der Subskalen H_0 4.5.2 bis 4.5.5 und 4.5.7 bis 4.5.9 verworfen.

Alter und Krankheitsbewältigung: Die Auswertung getrennt nach Geschlecht weist auf einen geringen negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der männlichen Teilnehmer und der Strategie „aktives, problemorientiertes Coping“ ($r=-0,327$, $R^2=10,69$, $p=0,001$) hin. Weiters besteht in Bezug auf Männer ein geringer Zusammenhang zwischen Alter und „depressiver Verarbeitung“ ($r=0,214$, $R^2=4,58$, $p=0,037$). Je älter die Männer sind, umso weniger wenden sie erstere, und umso mehr zweite Strategie an. Bei Frauen zeigen sich sehr geringe Zusammenhänge zwischen „Ablenkung und Selbstaufbau“ und Lebensalter ($r=0,164$, $R^2=2,69$, $p=0,022$), weiters zwischen „Religiosität und Sinnsuche“ und Alter ($r=0,141$, $R^2=1,99$, $p=0,048$).

Je jünger betroffene Frauen sind, umso weniger wenden sie die genannten Strategien an. In der Gesamtanalyse, welche beide Geschlechter einschließt, ergeben sich signifikante Zusammenhänge in den Skalen „depressive Verarbeitung“ ($r=0,121$, $R^2=1,46$, $p=0,039$), „aktives, problemorientiertes Coping“ ($r=-0,139$, $R^2=1,93$, $p=0,001$), „Ablenkung und Selbstaufbau“ ($r=0,164$, $R^2=2,69$, $p=0,005$) und „Religiosität und Sinnsuche“ ($r=0,150$, $R^2=2,25$, $p=0,010$). Je älter die Studienteilnehmer, desto eher wenden sie die Bewältigungsformen an. H_0 4.6 bis 4.9 werden verworfen, H_0 4.10 wird beibehalten.

Tabelle 19. Zusammenhänge zwischen Alter und den Skalen I bis IV des IPQ.

		Alter	IPQ I Identität	IPQ II Zeitverlauf	IPQ III Konsequenzen	IPQ IV Persönliche Kontrolle
Alter	Korr. nach Pearson Sign. (2-seitig) n	1 . 293				
IPQ I Identität	Korr. nach Pearson Sign. (2-seitig) n	-,224(**) ,000 278	1 . 278			
IPQ II Zeitverlauf	Korr. nach Pearson Sign. (2-seitig) n	-,437(**) ,000 291	,090 ,136 276	1 . 291		
IPQ III Konsequenzen	Korr. nach Pearson Sign. (2-seitig) n	-,026 ,653 292	-,358(**) ,000 277	,352(**) ,000 291	1 . 292	
IPQ IV Persönliche Kontrolle	Korr. nach Pearson Sign. (2-seitig) n	-,040 ,498 292	,163(**) ,007 277	,025 ,675 291	-,139(*) ,017 292	1 . 292

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Alter und Lebensqualität: Bezüglich dieser Variablen ergibt sich in der Gesamtanalyse kein Zusammenhang. Getrennt nach Geschlecht zeigt sich bei den weiblichen Befragten eine sehr geringe negative Korrelation ($r=-0,191$, $R^2=3,65$, $p=0,009$) zwischen dem Alter und der körperlichen Komponente der Lebensqualität. H_0 4.11 und 4.12 werden beibehalten.

Alter und Einstellungen zu Online Health Care: Die Ergebnisse dieser Fragestellung weisen auf einen signifikanten geringen positiven Zusammenhang zwischen dem Alter der Teilnehmer und dem Vertrauen in Information und Ratschläge ($r=0,139$, $R^2=1,93$, $p=0,018$), weiters in Hinblick auf die Selbstwirksamkeit bezüglich der Bewertung von Information und Intention hin ($r=0,200$, $R^2=4$, $p=0,001$). Auch steht die Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben, in hochsignifikantem positivem Zusammenhang mit dem Lebensalter ($r=0,226$, $R^2=5,11$, $p<0,001$). Je älter die Person, umso positiver steht sie Online Health Care gegenüber. Die Nullhypothesen 4.13 sowie 4.14 werden beibehalten, H_0 4.15 bis 4.17 werden verworfen.

9.3 Ergebnisse hinsichtlich konstruktbezogener Aspekte

Fragestellung 5

Bestehen Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung?

Zur Beantwortung der Frage, ob Zusammenhänge zwischen den Skalen des IPQ und FKV-LIS bestehen, wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet.

Depressive Verarbeitung des FKV-LIS korreliert hochsignifikant ($r=-0,388$, $R^2=15,05$, $p<0,001$) mit der Skala „Identität“ des IPQ, weiters auch mit den erwarteten Konsequenzen ($r=0,354$, $R^2=12,53$, $p<0,001$). Ein geringer Zusammenhang besteht zwischen „aktivem, problemorientiertem Coping“ und „Zeitverlauf“ ($r=0,206$, $R^2=4,24$, $p<0,001$). „Religiosität und Sinnsuche“ steht mit „persönlicher Kontrolle“ in positivem Zusammenhang ($r=0,202$, $R^2=4,08$, $p=0,001$). Weitere Korrelationen sind Tabelle 20. zu entnehmen. H_0 5.1 und 5.3, 5.7 bis 5.9, 5.13, 5.17 und 5.19 sowie 5.21 werden verworfen, die restlichen Nullhypothesen werden beibehalten.

Tabelle 20. Korrelationen zwischen den Skalen des IPQ und FKV-LIS.

		FKV I DV	FKV II AK	FKV III AS	FKV IV RS	FKV V BW
IPQ I Identität	Korr. nach Pearson	-,388(**)	,099	-,111	-,071	-,194(**)
	Sign. (2-seitig)	,000	,101	,066	,240	,001
	n	278	278	278	277	276
IPQ II Zeitverlauf	Korr. nach Pearson	,014	,206(**)	-,109	-,138(*)	-,012
	Sign. (2-seitig)	,806	,000	,063	,019	,838
	n	291	290	291	290	287
IPQ III Konsequenzen	Korr. nach Pearson	,354(**)	,149(*)	,163(**)	,044	,078
	Sign. (2-seitig)	,000	,011	,005	,454	,189
	n	292	291	292	291	288
IPQ IV Kontrolle	Korr. nach Pearson	-,107	,166(**)	,061	,202(**)	-,098
	Sign. (2-seitig)	,067	,005	,301	,001	,097
	n	292	291	292	291	288

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Fragestellung 6

Bestehen Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und der Lebensqualität?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden zwischen den jeweiligen Skalen Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet.

Es existieren hochsignifikante mittlere negative Zusammenhänge zwischen der Skala „Identität“ des IPQ und der körperlichen ($r=-0,567$, $R^2=32,15$, $p<0,001$) bzw. psychischen Lebensqualität ($r=-0,426$, $R^2=18,15$, $p<0,001$), was bedeutet, dass eine hohe Anzahl von Symptomen mit verringerter Lebensqualität einhergeht.

Die Skala „Zeitverlauf“ steht nicht in Zusammenhang mit der psychischen Summenskala des SF-12, jedoch in hochsignifikantem sehr geringem Zusammenhang mit der körperlichen Komponente der Lebensqualität ($r=0,156$, $R^2=2,43$, $p=0,009$). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Lebensqualität und der Skala „Konsequenzen“ zeigen die Ergebnisse hochsignifikante Korrelationen: Vermutete Konsequenzen des IPQ und die psychische Summenskala der SF-12 korrelieren positiv mit 0,258 ($R^2=6,66$, $p<0,001$); Konsequenzen und körperliche Summenskala korrelieren ebenfalls positiv mit 0,410 ($R^2=16,81$, $p<0,001$). Die Skala „persönliche Kontrolle“ korreliert hochsignifikant mit der körperlichen Summenskala der SF-12 ($r=-0,239$, $R^2=5,71$, $p<0,001$). Hohe Kontrolle und wenig vermutete Konsequenzen gehen mit besserer Lebensqualität einher.

Ein Zusammenhang zwischen vermuteten Ursachen und Lebensqualität lässt sich konkret in Bezug auf die Ursachen „emotionales Befinden“ und „Stress“ finden.

Die Korrelation zwischen emotionalem Befinden und psychischer Komponente der Lebensqualität beträgt -0,358, was einem geringen, hochsignifikanten Zusammenhang entspricht ($R^2=12,82$, $p<0,001$). Zwischen Stress und psychischer Summenskala der SF-12 besteht ein ebenfalls hochsignifikanter, lediglich sehr geringer Zusammenhang ($r=-0,199$, $R^2=3,96$, $p=0,001$). Je eher Personen die genannten Ursachen annehmen, desto niedriger fällt ihre Lebensqualität aus. Zusammenfassend können die Nullhypothesen 6.1 bis 6.4, 6.6 und 6.8 sowie H_0 6.5.9 und 6.5.10 verworfen werden, H_0 6.5.1 bis 6.5.8 werden beibehalten.

Fragestellung 7

Bestehen Zusammenhänge zwischen Krankheitsbewältigung und der Lebensqualität?

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob hinsichtlich Krankheitsbewältigung und Lebensqualität Zusammenhänge bestehen, wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet.

Wie in Abbildung 18 illustriert, bestehen zwischen „depressiver Verarbeitung“ und der psychischen Komponente der Lebensqualität ein hochsignifikant mittlerer Zusammenhang ($r=0,646$, $R^2=41,73$, $p<0,001$). Mit der körperlichen Summenskala korreliert dieser Verarbeitungsmechanismus ebenfalls hochsignifikant, aber lediglich gering ($r=0,219$, $R^2=4,80$, $p<0,001$). Depressive Verarbeitung geht dementsprechend mit niedrigen Lebensqualitätsscores einher. Auch die Skala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ des FKV-LIS steht in geringem negativem Zusammenhang mit der psychischen Summenskala der SF-12 ($r=0,329$, $R^2=10,82$, $p<0,001$). Weitere Skalen des FKV-LIS korrelieren nicht signifikant mit den Skalen der SF-12. H_0 7.1, 7.6 sowie 7.10 werden verworfen, H_0 7.2 bis 7.5 einschließlich 7.7 bis 7.9 werden beibehalten.

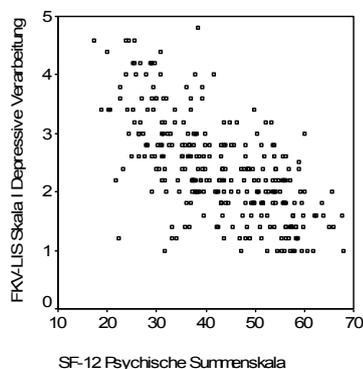


Abbildung 18. Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und psychischer Summenskala der SF-12.

Anmerkung: Zur besseren Visualisierung wurde die Skala „depressive Verarbeitung“ umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

Fragestellung 8

Mediiert das Bewältigungsverhalten den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Lebensqualität?

Ein Mediatoreffekt kann nur dann auftreten, wenn die Prädiktoren mit dem Mediator korrelieren, der Mediator mit der Kriteriumsvariable und die Prädiktoren mit der Kriteriumsvariable. Wenn eine dieser drei Vorgaben nicht erfüllt ist, kann es keinen Mediatoreffekt geben (Förster, 2003). Zur Beantwortung der Fragestellung wurden lineare multiple Regressionsanalysen berechnet.

Einfluss von subjektiven Krankheitstheorien (Prädiktoren) auf die Krankheitsbewältigung (Mediator): Alle Skalen des FKV-LIS weisen signifikante Regressionsmodelle bezüglich der Skalen des IPQ auf, Tabelle 21 gibt Aufschluss über die detaillierten Ergebnisse.

Tabelle 21. Regressionsmodelle und Prädiktoren für die Krankheitsbewältigungsskalen des FKV-LIS.

Skalen des FKV-LIS	Regressionsmodell	Relevante Prädiktoren des IPQ inkl. deren gemeinsame erklärte Varianz
depressive Verarbeitung	$F(2, 273)=37,116; p<0,001$	Identität, Konsequenzen (20% der Varianz)
aktives, problemorientiertes Coping	$F(2, 273)=12,791; p<0,001$	Zeitverlauf, Kontrolle (8% der Varianz)
Ablenkung und Selbstaufbau	$F(3, 272)=6,379; p<0,001$	Konsequenzen, Zeitverlauf, Kontrolle (5% der Varianz)
Religiosität und Sinnsuche	$F(3, 271)=9,471; p<0,001$	Kontrolle, Zeitverlauf, Konsequenzen (9% der Varianz)
Bagatellisierg. und Wunschdenken	$F(1, 272)=10,420; p=0,001$	Identität (3% der Varianz)

Einfluss von subjektiven Krankheitstheorien (Prädiktoren) auf die Lebensqualität (Kriteriumsvariablen): Sowohl in Bezug auf die körperliche ($F(3, 261)=55,022, p<0,001$) als auch auf die psychische Lebensqualität ($F(2, 262)=43,530, p<0,001$) konnten signifikante Regressionsmodelle gefunden werden, wobei für die körperliche Lebensqualität drei Variablen, „Identität“ ($\beta=-0,559, p<0,001$), „Zeitverlauf“ ($\beta=0,199, p<0,001$) und „Kontrolle“ ($\beta=-0,150, p=0,003$) aufgenommen wurden, die ihrerseits insgesamt 38% der Varianz aufklären. Für die psychische Lebensqualität sind zwei Variablen ausschlaggebend: „Identität“ ($\beta=-0,321, p<0,001$) und vermutete „Konsequenzen“ ($\beta=0,283, p<0,001$), welche gemeinsam 24% der Varianz erklären.

Einfluss von Krankheitsbewältigung (Mediator) auf die Lebensqualität (Kriteriumsvariablen): In Bezug auf die körperliche Lebensqualität findet sich ein signifikantes Regressionsmodell ($F(1, 277)=13,942, p<0,001$), dabei wird eine Variable „depressive Verarbeitung“ ($\beta=0,219, p<0,001$) in das Modell aufgenommen. Diese Variable erklärt dabei 4% der Varianz.

Auch die Regressionsanalyse hinsichtlich der psychischen Lebensqualität ergibt ein signifikantes Modell ($F(1, 277)=201,426, p<0,001$); wieder wird „depressive Verarbeitung“ als alleiniger Prädiktor in das Modell aufgenommen ($\beta=0,649, p<0,001$), welcher 42% der Varianz erklärt.

Nachdem die Prädiktoren sowohl mit der Mediatorvariable als auch mit den Kriteriumsvariable sowie die Mediatorvariable wiederum mit den Kriteriumsvariablen korreliert, wird bestätigt, dass das Bewältigungsverhalten den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien und der Lebensqualität mediiert. Die Nullhypothese 8.1 wird infolge verworfen.

Fragestellung 9

Unterscheiden sich Personen mit internalen, externalen bzw. stressbedingten Kontrollüberzeugung bezüglich ihrer subjektiven Krankheitstheorien, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität?

Zu Beginn wurden Korrelationen zwischen den unterschiedlichen Subskalen der IPQ Skala „Identität“ berechnet (siehe Tabelle 23), um eine etwaige Zuordnung der Ursache „Stress“ zu entweder internalen, sozial externalen oder fatalistisch externalen Kontrollüberzeugungen zu überprüfen. Es stellte sich heraus, dass hochsignifikante mittlere Zusammenhänge zwischen „Stress“ und internalen Zuschreibungen wie „emotionales Befinden“ ($r=0,612, R^2=37,45, p<0,001$) „eigenes Verhalten“ ($r=0,476, R^2=22,66, p<0,001$) oder „Ernährungs- und Essgewohnheiten“ ($r=0,449, R^2=20,16, p<0,001$) bestehen. „Stress“ korreliert jedoch auch signifikant mit externalen Zuschreibungen, wie „schlechte medizinische Versorgung“ ($r=0,167, R^2=2,79, p=0,005$) oder „andere Personen“ ($r=0,292, R^2=8,53, p<0,001$), was wiederum gegen die eindeutige Zuordnung zu internalen Kontrollüberzeugungen spricht.

Tabelle 22. Qualitativ vorgenommene erstgereichte Krankheitsursachen eingeteilt nach internalen, externalen und stressbedingten Attributionen.

Angenommene Krankheitsursachen	<i>n</i>	I	E	S
Vererbt, kommt in der Familie öfter vor	41		•	
Zufall oder Pech	56		•	
Schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit	7		•	
Bakterien oder Viren	11		•	
Mein eigenes Verhalten	12	•		
Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	27		•	
Andere Personen	2		•	
Ernährungs- oder Essgewohnheiten	7	•		
Stress	42			•
Mein emotionales Befinden	19	•		
unverarbeitete Konflikte	4	•		
Genmutation	17		•	
Hormonveränderungen	3		•	
Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch	2	•		
Rezidiv	1		•	
locus minoris resistentia	3		•	
Strahlenbelastung (Röntgen, Handymast, Tschernobyl)	6		•	
Alter	2		•	
Zurückliegende Erkrankungen oder Verletzungen	2		•	
Unbekannte Ursache bzw. Missing	29	-	-	-
Gesamt	293	44	178	42

Anmerkungen: I = internal, E = external, S = Stress.

Um der Frage nachzugehen, ob Unterschiede zwischen den Gruppen in den jeweiligen Skalen der Erhebungsinstrumente IPQ, FKV-LIS und SF-12 bestehen, wurden einfache Varianzanalysen berechnet. Tabelle 22 illustriert die unterschiedlichen erstgereichten qualitativen Krankheitsursachen sowie deren selbstständig vorgenommene Zuteilung zu internalen, sozial externalen, fatalistisch externalen (Levenson, 1974, zitiert nach Klingberg, 1993) sowie mit Stress assoziierten Kontrollüberzeugungen.

Subjektive Krankheitstheorien: Die Homogenität der Varianzen erlaubt die parametrische Berechnung der Mittelwertsunterschiede; es zeigen sich Unterschiede in den Skalen „Konsequenzen“ und „persönliche Kontrolle“. Personen mit internalen Ursachenzuschreibungen vermuten gravierendere Konsequenzen ($F=4,562$, $df=2$, $p=0,011$) und verfügen über eine signifikant höhere Kontrolle über ihre Krankheit als Personen mit externalen Attributionen ($F=7,004$, $df=2$, $p=0,001$). H_0 9.1 und 9.2 werden beibehalten, H_0 9.3 und 9.4 werden verworfen.

Tabelle 23. Korrelationen zwischen unterschiedlichen Ursachenzuschreibungen.

		EB internal	S	V external	ZP external	SMV external	BV external	EV internal	UU external	AP external	EE internal
EB internal	Korr.	1									
	Sign.	.									
	n	285									
S	Korr.	,612(**)	1								
	Sign.	,000	.								
	n	279	285								
V external	Korr.	,049	,091	1							
	Sign.	,412	,128	.							
	n	282	280	288							
ZP external	Korr.	-,193(**)	-,249(**)	-,151(*)	1						
	Sign.	,001	,000	,011	.						
	n	282	281	284	287						
SMV external	Korr.	,152(*)	,167(**)	,077	-,124(*)	1					
	Sign.	,010	,005	,192	,036	.					
	n	284	283	287	286	290					
BV external	Korr.	,172(**)	,044	-,015	,112	,161(**)	1				
	Sign.	,004	,462	,805	,059	,006	.				
	n	284	283	286	287	288	289				
EV internal	Korr.	,439(**)	,476(**)	,015	-,203(**)	,221(**)	,077	1			
	Sign.	,000	,000	,803	,001	,000	,192	.			
	n	284	283	285	285	288	287	289			
UU external	Korr.	,299(**)	,397(**)	-,010	-,039	,101	,171(**)	,233(**)	1		
	Sign.	,000	,000	,871	,508	,089	,004	,000	.		
	n	281	282	284	284	286	286	284	287		
AP external	Korr.	,324(**)	,292(**)	,160(**)	-,190(**)	,317(**)	,126(*)	,386(**)	,134(*)	1	
	Sign.	,000	,000	,007	,001	,000	,034	,000	,024	.	
	n	280	282	281	282	284	284	285	282	285	
EE internal	Korr.	,337(**)	,449(**)	,158(**)	-,212(**)	,316(**)	-,069	,542(**)	,260(**)	,412(**)	1
	Sign.	,000	,000	,008	,000	,000	,245	,000	,000	,000	.
	n	282	283	284	284	286	286	285	286	283	287

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Anmerkung: EB = emotionales Befinden, S = Stress, V = Vererbung, ZP = Zufall oder Pech, SMV = schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit, BV = Bakterien oder Viren, EV = eigenes Verhalten, UU = Umweltverschmutzung bzw. -gifte, AP = andere Personen, EE = Ernährungs- oder Essgewohnheiten.

Krankheitsbewältigung: Auch hier können aufgrund homogener Varianzen einfache Varianzanalysen zur Berechnung herangezogen werden, es bestehen jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Nullhypothesen 9.5 bis 9.9 werden beibehalten.

Lebensqualität: In der Auswertung finden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, H_0 9.10 und 9.11 werden beibehalten. Tabelle 24 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Lebensqualität unter Berücksichtigung der Gruppenzuteilung.

Tabelle 24. Mittelwert und Standardabweichung der unterschiedlichen Lebensqualitätswerte.

Lebensqualität	<i>n</i>	I	E	S
I Körperliche Summenskala	41	42,91	43,40	43,58
II Psychische Summenskala	56	41,76	43,03	44,67
<i>n</i>	97	42	171	40

Anmerkungen: I = internal, E = external, S = Stress.

Fragestellung 10

Welche Merkmalskonstellationen von soziodemografischen Variablen, subjektiven Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung bestimmen besonders hohe Lebensqualitätswerte?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden multiple lineare Regressionsanalysen berechnet. Es wurden das Geschlecht, das Alter, die Wohnsituation (allein- oder nicht alleinlebend), die schulmedizinische Behandlung (ja oder nein) sowie die Skalen des IPQ und FKV-LIS in die Analyse miteinbezogen.

Körperliche Lebensqualität: Es findet sich hierbei ein signifikantes Regressionsmodell ($F(3,179)=41,977$, $p<0,001$), in welches drei Variablen aufgenommen werden. Die erste Variable ist „Identität“, d.h. das Ausmaß und die Intensität der Symptome ($\beta=-0,607$, $p<0,001$), die zweite stellt „persönliche Kontrolle“ über die Krankheit ($\beta=-0,141$, $p<0,016$), die dritte das Alter der Patienten ($\beta=-0,139$, $p<0,018$) dar.

Die erste Variable erklärt dabei 37% der Varianz, durch Hinzufügen der zweiten Variablen können 39% aufgeklärt werden, die dritte Variable einbezogen werden letztendlich 40% der Varianz erklärt.

Psychische Lebensqualität: Auch in Bezug auf die psychische Komponente der Lebensqualität lässt sich ein signifikantes Regressionsmodell finden ($F(5,177)=42,400, p<0,001$), hierbei wurden fünf Variablen aufgenommen. Als Prädiktoren lassen sich „depressive Verarbeitung“ ($\beta=0,564, p<0,001$), vermutete „Konsequenzen“ in Bezug auf die Erkrankung ($\beta=0,157, p=0,007$), die angenommenen Ursachen „Zufall oder Pech“ ($\beta=0,178, p=0,001$) und „Bakterien oder Viren“ ($\beta=-0,131, p=0,012$) sowie die Skala „Identität“ ($\beta=-0,131, p=0,025$) definieren. Unter Einbeziehung aller fünf Variablen können insgesamt 53% der Varianz aufgeklärt werden.

Zusammenfassend bedingen eine niedrige Krankheitsidentität, hohe persönliche Kontrolle sowie ein geringes Lebensalter besonders hohe Werte der körperlichen Lebensqualität.

Bei Personen, die über eine geringe depressive Verarbeitung verfügen und wenig Konsequenzen vermuten, weiters nicht die Ursache „Zufall oder Pech“, jedoch „Bakterien oder Viren“ vermuten und zudem über eine geringe Krankheitsidentität verfügen, zeigen sich besonders hohe Werte in der psychischen Komponente der Lebensqualität. Die Nullhypothese 10.0 wird somit verworfen.

9.4 Ergebnisse hinsichtlich krankheitsbezogener Aspekte

Insgesamt lassen sich in der untersuchten Stichprobe 24 Arten von Krebserkrankungen differenzieren (siehe Abschnitt 3.9.1). Da 21 der 24 Diagnosegruppen lediglich ein bis elf Personen zuzuordnen sind, beschränken sich die folgenden inferenzstatistischen Auswertungen auf die drei größten Gruppen (Brustkrebs-, Hodgkin Lymphom- und Prostatakrebspatienten), die insgesamt etwa 74% der Stichprobe ausmachen (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25. Häufigkeit und Prozentsatz der meistgenannten Diagnosen.

ICD-10	Diagnose	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
C 50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	107	36,5
C 81	Morbus Hodgkin	64	21,8
C 61	Bösartige Neubildung der Prostata	46	15,7
-	Restliche 21 Krebsarten	76	25,9

Da die Diagnose Brustkrebs vorrangig Frauen und Prostatakrebs ausschließlich Männer betrifft, sind die Ergebnisse unter Anderem auch auf generelle geschlechtsspezifische Unterschiede zurückzuführen (siehe Abschnitt 9.2, Fragestellungen 1 und 2). Die Vergleiche werden dennoch angestellt, um die Gruppen zu beschreiben, bzw. einen exemplarischen Status-Quo der unterschiedlichen Krebsdiagnosen zu skizzieren.

Fragestellung 11

Unterscheiden sich die drei am häufigsten genannten Krebsarten bezüglich der Internetnutzung?

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob Gruppenunterschiede in Hinblick auf gesundheitsbezogene Internetnutzung bestehen, wurden einfache Varianzanalysen bzw. im Falle heterogener Varianzen Kruskal-Wallis-Tests mit anschließenden *U*-Tests unter Berücksichtigung des nach Bonferroni korrigierten Alphas ($\alpha_{\text{kor}}=0,025$) berechnet.

Die Ergebnisse zeigen in drei von sechs Skalen heterogene Varianzen, die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich Chats mit Freunden und Bekannten ($\chi^2=10,329$, $df=2$, $p=0,006$) und E-Mail ($\chi^2=7,896$, $df=2$, $p=0,019$), wobei Prostatakrebspatienten erstere Form der Internetnutzung weniger oft anwenden als Hodgkin Lymphom Patienten ($U=764,000$, $p=0,001$). E-Mail in Bezug auf medizinische Belange wird von Brustkrebspatientinnen öfter genutzt als von Hodgkin Lymphom Patienten ($U=2479,000$, $p=0,007$).

Homogene Varianzen in der Skala „Foren und Newsgroups“ erlauben eine parametrische Auswertung, es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Prostatakrebs- und Hodgkin Lymphom Patienten ($F=3,877$, $df=2$, $p=0,022$), wobei Prostatakrebspatienten signifikant öfter diese Form nutzen. Ein weiterer Gruppenunterschied besteht in der Nutzung von Online Shopping ($F=3,093$, $df=2$, $p=0,047$), welches von Hodgkin Lymphom Patienten weniger als Brust- bzw. Prostatakrebspatienten in Anspruch genommen wird. Die Ergebnisse werden in Abbildung 19 grafisch dargestellt. Die Nullhypothesen 11.2 bis 11.5 werden verworfen, H_0 11.1 sowie 11.6 beibehalten.

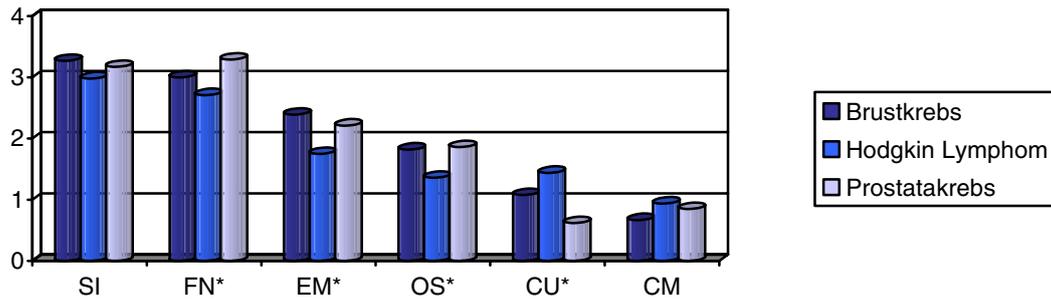


Abbildung 19. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Internetnutzung.

Anmerkungen: SI = Suche nach Information, FN = Foren und Newsgroups, EM = E-Mail, OS = Online Shopping, CU = Chats mit Freunden, CM = Chats mit Fremden.

Fragestellung 12

Unterscheiden sich die drei am häufigsten genannten Krebsarten in Bezug auf subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigungsstrategien, Lebensqualität und Einstellungen zu Online Health Care?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden im Falle homogener Varianzen einfache Varianzanalysen, im Falle heterogener Varianzen der Kruskal-Wallis-Test mit anschließenden *U*-Tests berechnet.

Subjektive Krankheitstheorien: Aufgrund heterogener Varianzen in den Skalen „Zeitverlauf“ sowie „persönliche Kontrolle“ kamen in beiden Fällen parameterfreie Auswertungsverfahren zum Einsatz, wobei lediglich in erstgenannter Skala signifikante Unterschiede festzustellen waren. Eine Varianzanalyse zeigte in der Skala „Identität“ hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=29,394$, $df=2$, $p<0,001$), siehe dazu Abbildung 20. Prostatakrebspatienten unterscheiden sich in Bezug auf die Krankheitsidentität jeweils hochsignifikant von Brustkrebspatientinnen sowie von Hodgkin Lymphom Patienten, indem sie über eine geringere Krankheitsidentität verfügen.

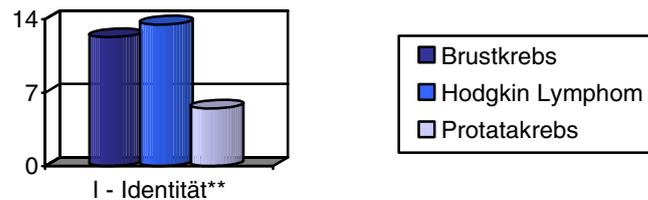


Abbildung 20. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Skala I des IPQ.

Bezüglich des vermuteten Zeitverlaufes ergeben sich laut Kruskal-Wallis-Test hochsignifikante Gruppenunterschiede ($\chi^2=48,015$, $df=2$, $p<0,001$). Dabei unterscheiden sich Brustkrebspatientinnen hochsignifikant von Hodgkin Lymphom Patienten ($U=1688,500$, $p<0,001$) sowie signifikant von Prostatakrebspatienten ($U=1750,000$, $p=0,004$). Auch zwischen Prostatakrebs- und Hodgkin Lymphom Patienten besteht ein hochsignifikanter Unterschied ($U=459,000$, $p<0,001$). Abbildung 21 illustriert die Differenzen zwischen den Gruppen.

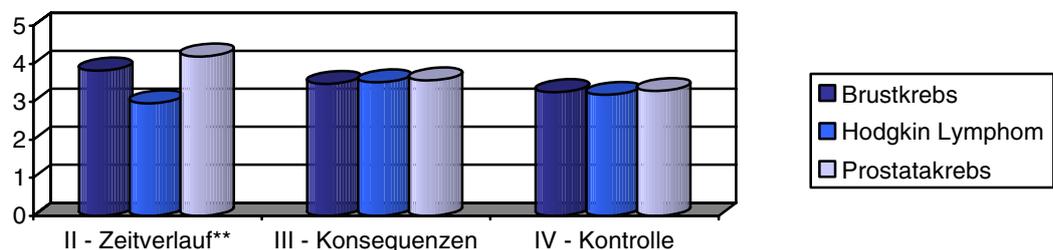


Abbildung 21. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen II bis IV des IPQ.

Anmerkung: Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

In Hinblick auf vermutete Ursachen ergeben sich in den Subskalen „Vererbung“, „Bakterien oder Viren“, „Umweltverschmutzung“ und „Stress“ heterogene Varianzen, die beiden letztgenannten weisen jedoch laut Kruskal-Wallis-Test keine signifikanten Gruppenunterschiede auf. Dementsprechend wurden lediglich für „Vererbung“ ($\chi^2=12,595$, $df=2$, $p=0,002$) und „Bakterien oder Viren“ ($\chi^2=28,502$, $df=2$, $p<0,001$) anschließende U -Tests berechnet. Die Skala Vererbung liefert signifikante Unterschiede zwischen Hodgkin Lymphom und einerseits BrustkrebspatientInnen ($U=2352,000$, $p=0,001$) sowie andererseits

Prostatakrebspatienten ($U=989,500$, $p=0,005$), wobei Hodgkin Lymphom Patienten diese Ursache seltener vermuten. In Bezug auf die Ursachenzuschreibung „Bakterien oder Viren“ bestehen abermals signifikante Unterschiede zwischen Hodgkin Lymphom und BrustkrebspatientInnen ($U=1857,000$, $p<0,001$) sowie zwischen Hodgkin Lymphom und Prostatakrebspatienten ($U=919,000$, $p=0,002$). Die restlichen signifikanten Gruppenunterschiede wurden aufgrund homogener Varianzen mittels einfacher Varianzanalysen berechnet. In der Skala „schlechte medizinische Versorgung“ unterscheiden sich Prostatakrebspatienten signifikant von Brustkrebs- und Hodgkin Lymphom Patienten ($F=7,793$, $df=2$, $p=0,001$). In den Skalen „eigenes Verhalten“ ($F=11,469$, $df=2$, $p<0,001$) und „Ernährungs- oder Essgewohnheiten“ ($F=28,183$, $df=2$, $p<0,001$) unterscheiden sich die alle drei Gruppen hochsignifikant (Abbildung 22).

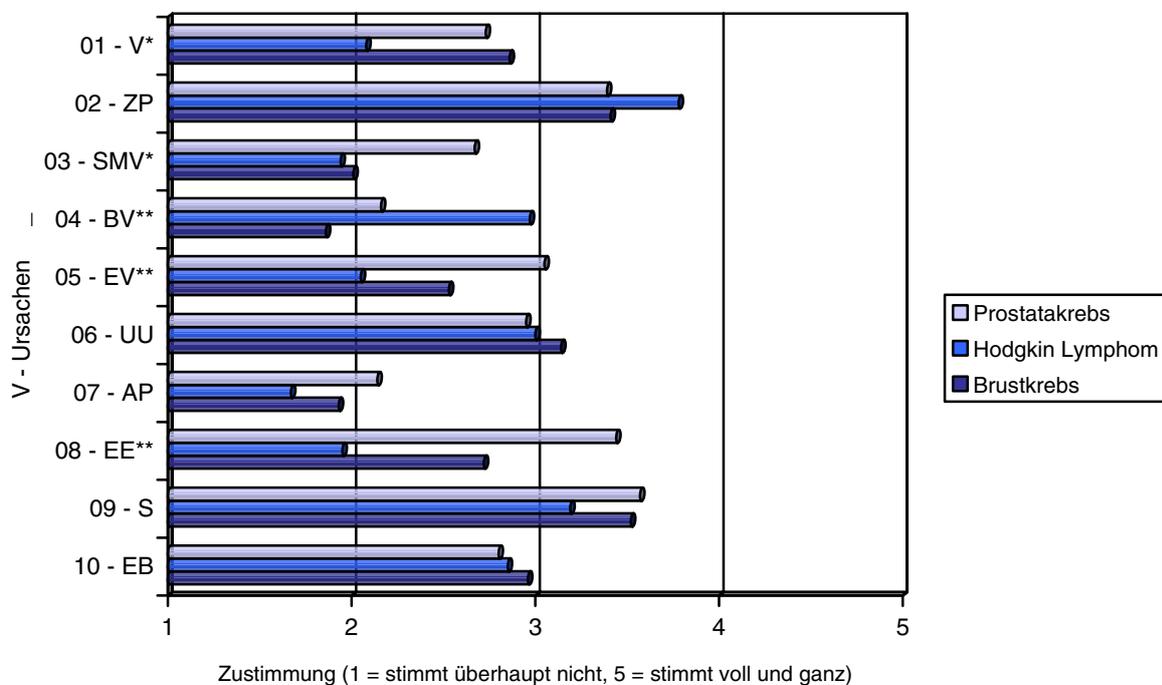


Abbildung 22. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Skala V des IPQ.

Anmerkungen: V = Vererbung, ZP = Zufall oder Pech, SMV = schlechte medizinische Versorgung, BV = Bakterien oder Viren, EV = Eigenes Verhalten, UU = Umweltverschmutzung bzw. -gifte, AP = andere Personen, EE = Ernährungs- oder Essgewohnheiten, S = Stress, EB = emotionales Befinden. Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

In Hinblick auf subjektive Krankheitstheorien werden H_0 12.1 und 12.2 sowie 12.5.1, 12.5.3 bis 12.5.5 und 12.5.8 verworfen, die übrigen Nullhypothesen werden beibehalten.

Krankheitsbewältigung: Für die Skalen „aktives, problemorientiertes Coping“ ($\chi^2=18,599$, $df=2$, $p<0,001$) und „Ablenkung und Selbstaufbau“ ($\chi^2=9,390$, $df=2$, $p=0,009$) liegen jeweils heterogene Varianzen sowie nach Kruskal-Wallis-Test hochsignifikante bzw. signifikante Gruppenunterschiede vor. Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten ($U=1540,500$, $p<0,001$), sowie zwischen Hodgkin Lymphom und Prostatakrebspatienten ($U=778,000$, $p<0,001$) in der Skala „aktives, problemorientiertes Coping“ des FKV-LIS (siehe dazu Abbildung 23).

In der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ unterscheiden sich Hodgkin Lymphom Patienten signifikant von Brustkrebspatientinnen ($U=2560,500$, $p=0,006$) sowie von Prostatakrebspatienten ($U=1051,000$, $p=0,010$).

Bezüglich der Skala „Religiosität und Sinnsuche“ liegen homogene Varianzen vor; hier unterschieden sich jeweils Brust- und Prostatakrebspatienten signifikant von Hodgkin Lymphom Patienten ($F=5,327$, $df=2$, $p=0,006$). Daraus resultierend werden H_0 12.7 bis 12.9 verworfen, H_0 12.6 und 12.10 jedoch beibehalten.

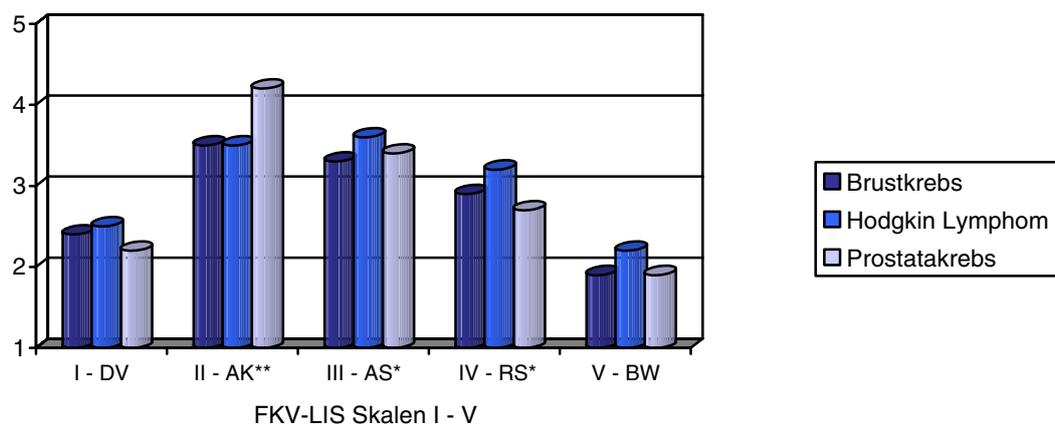


Abbildung 23. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen des FKV-LIS.

Anmerkungen: DV = depressive Verarbeitung, AK = aktives, problemorientiertes Coping, AS = Ablenkung und Selbstaufbau, RS = Religiosität und Sinnsuche, BW = Bagatellisierung und Wunschdenken. Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

Lebensqualität: Homogene Varianzen in den Skalen der SF-12 erlauben das Berechnen von einfachen Varianzanalysen, woraus sich im Folgenden jeweils signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die körperliche und psychische Komponente der Lebensqualität finden ließen. Brustkrebspatientinnen unterscheiden sich von Prostatakrebspatienten, sie weisen eine signifikant geringere körperliche Lebensqualität auf

($F=5,135$, $df=2$, $p=0,007$). In Hinblick auf die psychische Summenskala der SF-12 unterscheiden sich Hodgkin Lymphom Patienten von Prostatakrebspatienten, erstere verfügen über eine signifikant geringere Lebensqualität ($F=4,361$, $df=2$, $p=0,014$) (Abbildung 25). Die Nullhypothesen 12.11 sowie 12.12 werden verworfen.

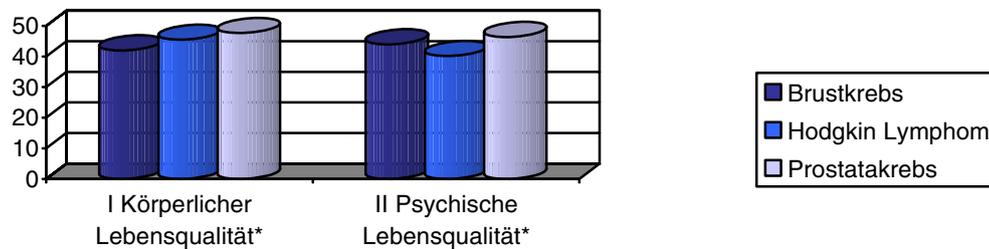


Abbildung 24. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen der SF-12.

Einstellungen zu Online Health Care: Alle Skalen der ATOHC weisen homogene Varianzen auf, aus diesem Grund werden zur Berechnung einfache Varianzanalysen angewandt. Es zeigen sich hochsignifikante Gruppenunterschiede in der Skala „Vertrauen in Information und Ratschläge“ wobei Hodgkin Lymphom Patienten im Vergleich zu Brustkrebs- und Prostatapatienten geringeres Vertrauen aufweisen ($F=8,497$, $df=2$, $p<0,001$).

Auch in den Skalen „Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention“ ($F=7,103$, $df=2$, $p=0,001$) und „Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben“ ($F=13,749$, $df=2$, $p<0,001$) unterscheiden sich wiederum Hodgkin Lymphom Patienten von Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten, indem sie sowohl eine signifikant geringere Selbstwirksamkeit als auch eine hochsignifikant geringere Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben, zeigen. Abbildung 24 illustriert erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen der ATOHC.

Die Nullhypothesen 12.13 und 12.14 werden beibehalten, H_0 12.15 bis 12.17 werden verworfen.

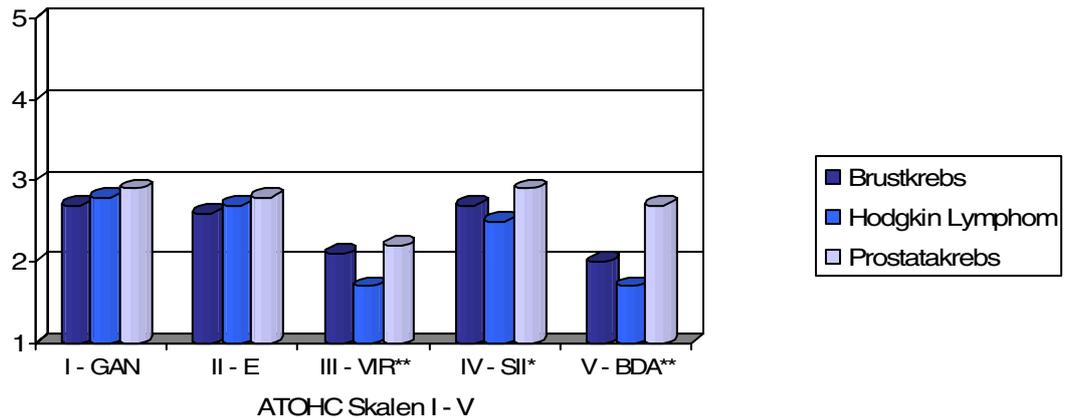


Abbildung 25. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen der ATOHC.

Anmerkungen: GAN = Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten, E = Ergebnisse, VIR = Vertrauen in Information und Ratschläge, SII = Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention, BDA = Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben.

Fragestellung 13

Existieren behandlungsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität?

Zur Beantwortung der Fragestellung kamen parametrische einfache Varianzanalysen zur Anwendung.

Aufgrund homogener Varianzen wurden zur Berechnung einfache Varianzanalysen herangezogen, die Ergebnisse belegen signifikante Gruppenunterschiede in der körperlichen Summenskala ($F=6,192$, $df=3$, $p<0,001$). Hierbei unterscheiden sich Personen, die sich seit einem Jahr oder länger in schulmedizinischer Behandlung befinden, von jenen, die sich nicht in schulmedizinischer Behandlung befinden, Letztere weisen eine hochsignifikant höhere Lebensqualität auf (Abbildung 26). H_0 13.1 wird somit verworfen, H_0 13.2 wird beibehalten.

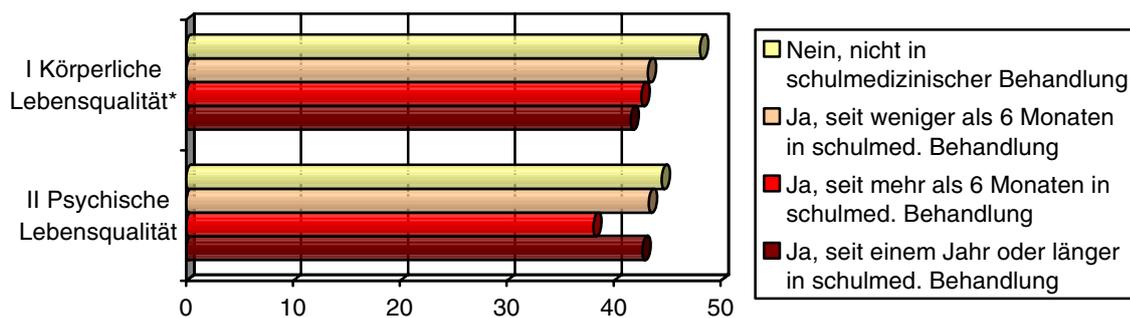


Abbildung 26. Behandlungsspezifische Unterschiede in den Skalen der SF-12.

9.5 Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiede zu Vergleichsstichproben

Fragestellung 14

Unterscheidet sich die vorliegende online befragte Stichprobe hinsichtlich der untersuchten Variablen von offline erhobenen Vergleichswerten?

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich online befragte Krebspatienten bezüglich Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und Einstellungen Online Health Care betreffend von offline erhobenen Vergleichswerten unterscheiden, wurden one-sample *t*-Tests berechnet.

IPQ – angenommene Krankheitsursachen: In aktuellen Studien wurde meist die „revised“ Version (IPQ-R) zur Erfassung von subjektiven Krankheitstheorien verwendet. Aufgrund der in diesem Zusammenhang fehlenden direkten Vergleichswerte wurden zur Gegenüberstellung deskriptive Daten von Förster (2003) herangezogen; sie untersuchte in ihrer Studie an Krebspatienten unter Anderem angenommene Krankheitsursachen. Im Vergleich ergibt sich ein ähnliches Bild, lediglich Platz 1 und 2 der Rangreihe sind vertauscht (siehe Tabelle 26), „Zufall oder Pech“ ist dabei der Ursache „Schicksal“ inhaltlich gleichzusetzen.

Tabelle 26. Gegenüberstellung der vermuteten Krankheitsursachen:
Vorliegende Stichprobe und Förster (2003).

Rangreihe	Vermutete Ursachen vorliegende Stichprobe	Vermutete Ursachen Förster (2003)
1	Stress	Schicksal
2	Zufall oder Pech	Stress und seelische Belastungen
3	Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	Umweltverschmutzung
4	Vererbt, kommt in meiner Familie öfter vor	Vererbung

FKV-LIS – Krankheitsbewältigung: Zum Vergleich wurden Daten einer 2002 publizierten Studie von Zaun herangezogen, welche Patienten einer Rehabilitationsklinik mit unterschiedlichen Krebsarten hinsichtlich ihrer Krankheitsverarbeitung mittels FKV-LIS untersuchte. Zur Berechnung eventueller statistischer signifikanter Unterschiede wurden one-sample *t*-Tests berechnet.

Es zeigen sich in vier der fünf Skalen hochsignifikante Unterschiede, so weist die vorliegende Stichprobe ein geringeres Ausmaß an „depressiver Verarbeitung“ ($t=33,297, df=292, p<0,001$) und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ($t=31,398, df=288, p<0,001$) sowie höhere Werte in den Skalen „aktives, problemorientiertes Coping“ ($t=-33,502, df=291, p<0,001$), „Ablenkung und Selbstaufbau“ ($t=-26,218, df=292, p<0,001$) auf. Bezüglich „Religiosität und Sinnsuche“ ($t=3,470, df=291, p=0,001$) ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied, hier zeigt die vorliegende Stichprobe geringfügig niedrigere Werte im Vergleich zur offline erhobenen Stichprobe (siehe Abbildung 29). H_0 14.1 bis H_0 14.5 werden verworfen.

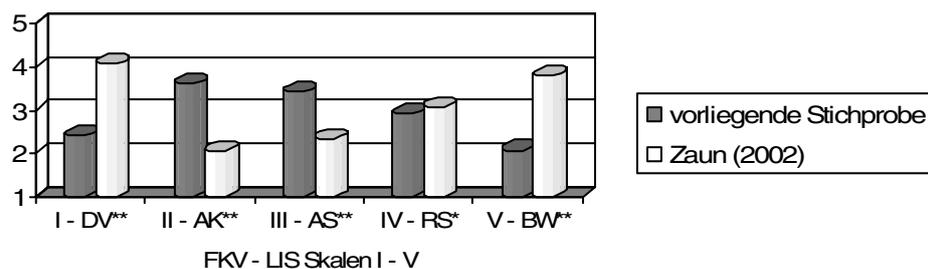


Abbildung 27. Vergleich von Bewältigungsstrategien onkologischer Patienten.

Zur besseren Visualisierung wurden die Skalen umgepolt, sodass hohe Werte ein hohes Maß an Ausprägung wiedergeben.

SF-12 – gesundheitsbezogene Lebensqualität: Da der Umfang der Vergleichsstichprobe der an Krebs erkrankten Personen ($N=36$) unzureichend erschien (Bullinger & Kirchberger, 1998), wurden zur Gegenüberstellung der vorliegenden Stichprobe die SF-12 Summenskalen für die

deutsche Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen ($N=1890$), Stand 1998, herangezogen. Es zeigen sich Mittelwertsunterschiede in beiden Skalen, die vorliegende Stichprobe weist im Vergleich zur Normpopulation sowohl in Hinblick auf die körperliche ($t=-4,298$, $df=279$, $p<0,001$) als auch psychische Summenskala ($t=-12,175$, $df=279$, $p<0,001$) eine hochsignifikant geringere Lebensqualität auf (siehe Abbildung 27). Die Nullhypothesen 14.6 sowie 14.7 werden somit verworfen.

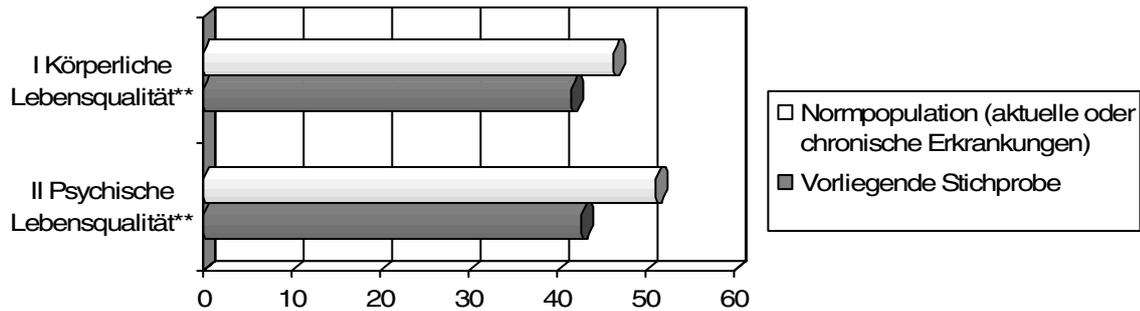


Abbildung 28. Normspezifische Mittelwertsvergleiche in den Skalen des SF-12.

ATOHC – Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung: Zum Vergleich wurden die Werte von Pintzinger (2007) herangezogen, jene Daten wurden an einer nicht klinischen Population, jedoch ebenfalls online erhoben. Zur Berechnung der Unterschiede in den Skalen wurden one-sample t -Tests berechnet. Die Skalen „Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten“ sowie „Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben“ werden im Folgenden lediglich inhaltlich verglichen, da diese Skalen in der Arbeit von Pintzinger (2007) nach faktorenanalytischer Auswertung und einer geringfügig abweichenden Faktorenstruktur zu „partizipativem Verhalten“ zusammengefasst wurden (Tabelle 27).

Tabelle 27. Mittelwerte vorliegende Studie und Pintzinger (2007) in den Skalen der ATOHC.

Skalen vorliegende Studie	M (SD)	Skalen Pintzinger (2007)	M (SD)
Ergebnisse	2,60 (0,89)	Ergebnisse	1,99 (0,84)
Vertrauen in Information und Ratschläge	1,95 (0,65)	Vertrauen in erhaltenen Auskünfte und Ratschläge	1,94 (0,68)
Selbstwirksamkeit bezüglich Information und Intention	2,67 (0,63)	Selbstwirksamkeit bezüglich Information und Intention	2,42 (0,74)
Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben	2,02 (1,00)	Partizipatives Verhalten	1,43 (0,57)
Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten	2,70 (0,75)		

Abbildung 24 illustriert die deutlich niedrigeren Werte der Vergleichsstichprobe. Die vorliegende Stichprobe zeigt im Vergleich zu Pintzinger (2007) hochsignifikant höhere Werte in den Skalen „Ergebnisse“ ($t=11,637$, $df=286$, $p<0,001$) und „Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention“ ($t=6,798$, $df=286$, $p<0,001$). In der Skala „Vertrauen in Information und Ratschläge“ konnten keine statistisch relevanten Unterschiede festgestellt werden. $H_{014.8}$, $H_{014.10}$ sowie $H_{014.12}$ werden beibehalten, $H_{014.09}$ und $H_{014.11}$ werden verworfen.

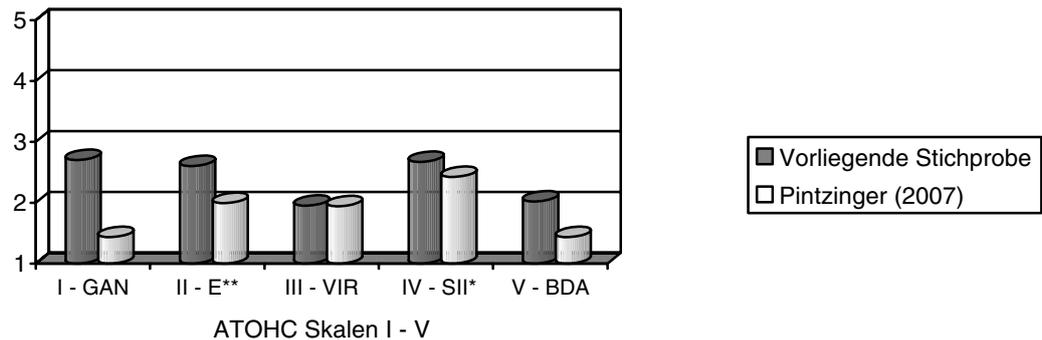


Abbildung 29. Unterschiede in den Skalen der ATOHC.

Anmerkungen: GAN = Gemeinschaft und Austausch von Neuigkeiten, E = Ergebnisse, VIR = Vertrauen in Information und Ratschläge, SII = Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention, BDA = Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben.

10 DISKUSSION

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die in der Datenauswertung gewonnenen Ergebnisse, welche zum bisherigen Forschungsstand in Bezug gesetzt werden.

10.1 Soziodemografische Variablen, Internetnutzung und Krebsdiagnose

Die vorliegende Studie schließt 293 Personen ein, davon stammen lediglich 7,5% aus Österreich, der überwiegende Teil (86,0%) aus Deutschland.

Die meisten Kooperationen entstanden mit deutschen krebspezifischen Internetforen, was sich auf das dort herrschende große Angebot zurückführen lässt. Österreich und die Schweiz bieten derzeit quantitativ keine vergleichbare Versorgung webbasierter Information und Unterstützung, was unter Umständen mit den entsprechend geringeren Einwohnerzahlen und Betroffenen in Zusammenhang steht.

Vergleicht man die Einwohnerzahlen der beiden Länder, ist die in etwa 1:10 Verteilung (Statistik Austria, 2007c; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008) jedoch annähernd als repräsentativ zu bezeichnen. Die Teilnehmer aus der Schweiz sind mit 3,1% unterrepräsentiert, was unter Umständen auf die schlechte Zusammenarbeit mit schweizerischen krebspezifischen Internetforen zurückzuführen ist.

An der Studie nahmen 67,2% weibliche onkologische Patienten teil, im Vergleich zur generellen Geschlechterverteilung von 43,0% weiblichen und 57,0% männlichen Internetnutzern (GfK Media, 2008) stellt dies einen erhöhten Frauenanteil dar. Da das Angebot an Brustkrebs-Foren im deutschsprachigen Raum beachtlich ist, und aus dem Grund auch ein wesentlicher Teil der Kooperationspartner dieser Krebsart zuzuordnen ist, erscheint die hohe Zahl der weiblichen Teilnehmer allerdings nachvollziehbar. Auch suchen Frauen eher als Männer nach gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet (Statistik Austria, 2007a), was zu dieser Verzerrung beigetragen haben könnte.

Die in Abbildung 28 illustrierte Altersverteilung zeigt, dass Personen von 30 bis 39 Jahren in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert, Personen von 50 bis 59 Jahren jedoch überrepräsentiert sind. Dies spiegelt wohl das überwiegend höhere Auftretsalter von Krebserkrankungen wider. Bemerkenswert ist der hohe Prozentsatz (75,5%) von teilnehmenden Männern älter als 60 Jahre. Dieser Umstand kann auf die Kooperation mit dem hochfrequentierten Prostatakrebsforum (siehe Google Analytics im Anhang) zurückgeführt werden, da insgesamt 73,7% der über 60-jährigen Männer an Prostatakrebs erkrankt sind.

Der ausgesprochen hohe Akademikeranteil (43%) übertrifft die Daten des GfK Online-Monitors (GfK Media, 2008), wonach lediglich 32% der Internetnutzer über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss verfügen. Die Daten sollen hier allerdings nur exemplarisch gegenübergestellt werden, da ein direkter Vergleich zur Population onkologisch erkrankter Internetnutzer aufgrund diesbezüglich fehlender Daten nicht möglich ist.

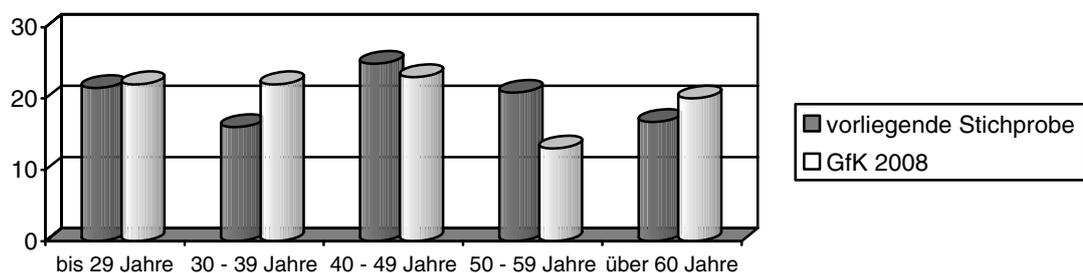


Abbildung 30. Altersvergleich GfK (2008) und vorliegende Studie.

In Bezug auf unterschiedliche Formen der Internetnutzung zeigen sich geschlechtsspezifische Besonderheiten. So nutzen Frauen den Austausch mit Freunden, Verwandten und Bekannten über Chats signifikant öfter als Männer. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Gooden und Winefield (2007), LaCoursiere (2001b) sowie White und Dorman (2001) insofern, dass Frauen die emotionale Form der sozialen Unterstützung intensiver nutzen als Männer. Nach White und Dorman (2001) finden sich weiters Hinweise darauf, dass Männer im Vergleich zu Frauen vermehrt nach Information suchen; dies konnte allerdings nicht bestätigt werden, Frauen und Männer suchen in der vorliegenden Studie gleichermaßen nach Information ihre Erkrankung betreffend. Generell liegt die Suche nach Information an erster Stelle der

Nutzungsarten, gefolgt von Foren und Newsgroups. Unwesentlich erscheinen Chats mit Fremden oder beratenden Experten, die an letzter Stelle genannt werden.

Wie bereits in der Ergebnisdarstellung festgehalten bilden ein Drittel der gesamten Stichprobe Frauen mit der Diagnose Brustkrebs ($n=107$, 36,5%). An Morbus Hodgkin sind 64 Personen (21,8%), an Prostatakrebs 46 Personen (15,7%) erkrankt. Insgesamt konnten 24 Krebsarten differenziert werden, wobei jedoch in die Datenauswertung Unterschiede zwischen den Krebsarten betreffend lediglich die drei erstgenannten Gruppen einbezogen wurden, da die Anzahl der Personen pro Krebsart zu niedrig für eine inferenzstatistische Aufbereitung war (siehe Tabelle 9). Die Häufigkeit der drei meistgenannten Krebsarten ergibt sich aus der Besucherfrequenz und Anzahl der kooperierenden Krebsforen.

10.2 Qualitative Antwortkategorien: Ursachenzuschreibungen und Bewältigungsstrategien

Die teilnehmenden Personen wurden gebeten, einerseits die drei relevantesten Ursachenzuschreibungen sowie andererseits drei am hilfreichsten empfundene Bewältigungsstrategien qualitativ anzugeben.

In Bezug auf vermutete Krankheitsursachen erweist sich „Zufall oder Pech“ als meistgenannte Hauptursache; insgesamt am häufigsten genannt wurde die Ursache „Stress“, gefolgt von „Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte“ sowie „eigenes Verhalten“. Die Ergebnisse stimmen inhaltlich mit den Auswertungen von Förster (2003) überein, in jener Arbeit wurde jedoch nicht zwischen der Hauptursache und insgesamt genannten Ursachen differenziert. Den ersten Platz der Rangreihung nimmt hier das „Schicksal“ ein, an zweiter Stelle folgt „Stress und seelische Belastungen“, an dritter Stelle „Umweltverschmutzung“. „Vererbung“ liegt auf Platz vier, „eigenes Verhalten“ auf Platz fünf der angenommenen Ursachen.

Die Betonung der Hauptursache scheint insofern gerechtfertigt, als es die erste Assoziation ist, die der Befragte im Fragebogen festhält. Aufgrund der dennoch unklaren Relevanz wurde auf eine Gewichtung der drei Ursachenzuschreibungen verzichtet; die Darstellung erfolgte ausschließlich beschreibend. Zusammenfassend kann der Trend zu externalen Ursachenzuschreibungen bestätigt werden, Verantwortlichkeit und Schuld an der Krankheit

werden als niedrig eingeschätzt (Weiner, Perry & Magnusson, 1988). Diese Denkmuster scheinen in Hinblick auf eine positive Art der Krankheitsanpassung (Schwarz, 1998) gerechtfertigt und richtig, da internale Ursachenzuschreibungen eine depressiv gefärbte Krankheitsbewältigung begünstigen.

Erstgenannte Krankheitsbewältigungsstrategien bilden gleichermaßen das „Schicksal anzunehmen“ sowie „Unterstützung von Familie und Freunden“ zu erhalten. Auch in diesem Kontext wird zwischen Hauptursache und am häufigsten genannten Ursachen unterschieden, wobei „Galgenhumor“, gefolgt von wiederum „sozialer Unterstützung von Familie und Freunden“ und „Ablenkung“ die insgesamt am häufigsten genannten Bewältigungsstrategien darstellen. Nach Wölfl (2007) stellen diese Strategien günstige Formen der Krebsbewältigung dar, eine Ausnahme bildet „Ablenkung“ als vermeidende Strategie, welche als ungünstig angenommen wurde, in der vorliegenden Studie jedoch an dritter Stelle der hilfreichsten Bewältigungsmuster steht.

10.3 Interaktionen zwischen subjektiven Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Frauen erleben eine stärkere Krankheitsidentität als Männer, was auf die spezifische Krebsart zurückzuführen sein könnte, da Brustkrebspatientinnen im Gruppenvergleich mit Morbus Hodgkin und Prostatakrebspatienten die höchste Anzahl von Symptomen angeben. Männer nehmen im Gegenzug signifikant häufiger als Frauen ihr eigenes Verhalten als Ursache, zudem eine längere Krankheitsdauer sowie gravierendere Konsequenzen an. Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Verantwortlichkeit und hohen Depressions- bzw. Hilflosigkeitswerten (Schwarz, 1998) wird hier besonders deutlich.

Bezüglich der Krankheitsbewältigung zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass Männer trotz vermehrt internaler maladaptiver Ursachenzuschreibung, vermutetem langen Zeitverlauf sowie schwerwiegenden Konsequenzen eher als Frauen zu aktivem, problemorientiertem Coping tendieren. Geschlechtsübergreifend wird jedoch aktives, problemorientiertes Coping begünstigt durch hohe persönliche Kontrolle sowie einem kurzen vermuteten Zeitverlauf. Frauen neigen zu Religiosität und Sinnsuche. Eventuell bestehen grundlegende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Handlungsmotivation, welche weniger abhängig

von (kognitiven) subjektiven Krankheitstheorien, sondern beispielsweise eher im Persönlichkeitsprofil zu erforschen wäre.

Alle Skalen der subjektiven Krankheitstheorien beeinflussen in unterschiedlichen Ausprägungen die Bewältigungsstrategien der Patienten; ausschlaggebend sind hier aber lediglich die Voraussetzungen (hohe Identität sowie vermutete gravierende Konsequenzen) für die depressive Verarbeitung, die sich ihrerseits auf beide Komponenten, psychische und körperliche Lebensqualität, unmittelbar auswirkt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind mit jenen von Heijmanns (1998) vergleichbar, welcher zeigte, dass subjektive Krankheitstheorien einen höheren direkten Einfluss auf die Lebensqualität haben als Bewältigungsmechanismen selbst. Große Relevanz hat die Krankheitsidentität auf die einerseits psychische und andererseits körperliche Lebensqualität onkologischer Patienten; je mehr Symptome wahrgenommen werden, desto niedriger ist die Lebensqualität in beiden Bereichen, die Ergebnisse stimmen mit jenen von Scharloo et al. (2000) überein.

Der postulierte Zusammenhang zwischen ausgeprägter Krankheitsidentität und depressiver Verarbeitung (Vaughan, Morrison & Miller, 2005) konnte in der vorliegenden Arbeit ebenfalls identifiziert werden. Zusammenfassend wurde das Mediatormodell insofern bestätigt, als hohe Krankheitsidentität mediiert durch depressive Verarbeitung als Prädiktor für niedrige Lebensqualitätswerte ausschlaggebend ist.

Pucheu, Consoli, D'Auac, Francis und Issad (2003) argumentieren, dass sich ein hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle über die Krankheit jeweils positiv auf die psychische und physische Lebensqualität auswirkt. Dies konnte in der vorliegenden Arbeit bestätigt und um weitere Befunde ergänzt werden: Hohe körperliche Lebensqualitätswerte werden bedingt durch niedrige Krankheitsidentität, hohe persönliche Kontrolle sowie geringes Lebensalter.

In Hinblick auf die psychische Komponente der Lebensqualität erweisen sich geringe depressive Verarbeitung, wenig vermutete Konsequenzen und eine geringe Krankheitsidentität als positiv wirkende Prädiktoren, bezüglich schädlicher Konsequenzen stimmen die Ergebnisse mit einer Untersuchung von Rutter und Rutter (2002) überein. Über hohe psychische Lebensqualitätswerte verfügen auch jene Personen, die nicht auf die Ursache „Zufall oder Pech“ attribuieren; dafür spricht der Umstand, dass der Glaube an das Schicksal jegliche Kontrollmöglichkeiten entzieht und somit die Lebensqualität bei Kontrollverlust

sinkt. Die Vermutung, Bakterien oder Viren seien an der Erkrankung ursächlich beteiligt, bedingt einen hohen Lebenswertscore. Dies bestätigt wiederum die Resultate von Förster (2003), wonach diese Form der Attribution, die zwar external verursacht, jedoch (unter Anderem durch Schutzmaßnahmen) kontrollierbar ist, sich positiv auf den erlebten Gesundheitszustand auswirkt.

Der Einfluss gesundheitsbezogener Internetnutzung auf das psychische und physische Befinden wurde seitens der Studienteilnehmer nicht wahrgenommen; das Vertrauen in Online-Information als grundlegende Voraussetzung für die Annahme von Hilfeleistungen erscheint generell niedrig ausgeprägt. Die Regressionsanalyse der Einstellungen bezüglich Online Health Care ergibt kein signifikantes Modell in Bezug auf beide Lebensqualitätsskalen.

Für die Erfassung von online erhaltener sozialer Unterstützung sollte auf ein web-zugeschnittenes Erhebungsinstrument zurückgegriffen werden, welches nicht allein Einstellungen misst, sondern zwischen erwarteter und tatsächlich erhaltener sozialer Unterstützung differenziert, um so den direkten Einfluss besser erfassen zu können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen insgesamt das Common Sense Model of Illness Representations (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980); subjektive Krankheitstheorien haben einen grundlegenden Einfluss auf das Bewältigungsverhalten und in weiterer Folge auf die Lebensqualität onkologischer Patienten. Besonderes Augenmerk sollte auf gleichermaßen somatischen sowie psychischen Behandlungsmethoden bezüglich der erlebten Krankheitssymptome, Behandlungsnebenwirkungen und Depressivität bzw. depressiver Krankheitsverarbeitung liegen.

10.4 Einstellungen zu Online Health Care

Generell lassen die Einstellungen zu Online Health Care auf geringes Vertrauen in Informationen und Ratschläge sowie eine wenig vorhandene Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben, erkennen. Die Befunde bestätigen jene der Untersuchung von Pintzinger (2007), in welcher durchwegs geringe Mittelwerte in den unterschiedlichen Skalen auf eher negative Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung hinweisen. Im Gegensatz zur Arbeit von Pintzinger (2007), welche eine gesunde bzw. nicht-klinische Stichprobe untersuchte, wurde in vorliegender Studie nach Durchführung und Auswertung einer

Faktorenanalyse die ursprüngliche Skalenbildung der englischsprachigen ATOHC beibehalten. Die Daten sind somit zwar nicht unmittelbar, jedoch inhaltlich vergleichbar.

Alle Skalen der vorliegenden Stichprobe weisen im Vergleich zur Studie von Pintzinger (2007) geringfügig höhere Mittelwerte auf; dies könnte darauf hinweisen, dass erkrankte Personen, weil sie Online-Inhalte öfter nutzen (Goldner, 2006), eher als die Normpopulation mit Online Health Care vertraut sind und deshalb positivere Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Inhalte zeigen.

In der Skala „Ergebnisse“, welche das Ausmaß der psychologischen und physiologischen Veränderungen infolge gesundheitsbezogener Internetnutzung abbildet, deuten durchschnittliche Werte ($M=2,60$, $SD=0,89$, Minimum=1, Maximum=5) darauf hin, dass die Studienteilnehmer ihren Gesundheitszustand infolge gesundheitsbezogener Internetnutzung nicht maßgeblich beeinflusst erlebten.

Die Skala „Gemeinsamkeit und Austausch von Neuigkeiten“ weist mit einem Mittelwert von 2,70 ($SD=0,75$, Minimum=1, Maximum=5) die höchste Zustimmung innerhalb der fünf Skalen auf; Frauen und Männer unterscheiden sich in keiner der Skalen signifikant. Die altersspezifischen Unterschiede in Bezug auf Vertrauen in Information und Ratschläge (Pintzinger, 2007) konnten in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

10.5 Unterschiede bezüglich Internetverhalten, subjektiver Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und Einstellungen zu Online Health Care in ausgewählten Diagnosegruppen

In die inferenzstatistische Auswertung wurden Brustkrebs-, Morbus Hodgkin sowie Prostatakrebspatienten miteinbezogen (siehe Kapitel 9.4).

Im Kontext der gesundheitsbezogenen Internetnutzung erreichen Prostatakrebspatienten die signifikant höchsten Werte in der Teilnahme in Foren und Newsgroups; in der Suche nach Information zeigen sich gleichermaßen hohe Mittelwerte bei Brustkrebs-, Morbus Hodgkin und Prostatakrebspatienten. Nach Heft et al. (2005) suchen 10% der an Krebs erkrankten Personen nach gesundheitsbezogener Information im Internet, weitere 21% werden durch

Freunde und Familie indirekt online informiert. Da die vorliegende Untersuchung ausschließlich Personen einbezieht, welche den Fragebogen in Online-Foren oder krebsspezifischen Websites aufgefunden und online ausgefüllt haben, kann ein Vergleich zur Gesamtpopulation nicht gezogen werden. Generell wird der Informationssuche in dieser Stichprobe ein hoher Stellenwert beigemessen, der Mittelwert liegt bei 3,10 ($SD=0,913$, Minimum=0, Maximum=4), wobei die Informationssuche durch Angehörige oder Freunde nicht erhoben wurde. Wenig genutzt werden gesundheitsbezogenes Online-Shopping, Chats mit Freunden sowie Chats mit Fremden bzw. Gesundheitsprofessionisten. Der E-Mail Kontakt liegt im mittleren Nutzungsbereich.

Prostatakrebspatienten berichten etwa 50% weniger Symptome als Brustkrebs-, oder Morbus Hodgkin Patienten. Dieser Unterschied lässt sich vermutlich mit vergleichsweise unkomplizierten Behandlungsformen (Prostatektomie) im Kontext dieser Krebsart erklären. Weitere Unterschiede bestehen im vermuteten Zeitverlauf, wobei Hodgkin Lymphom Patienten eine relativ kurze Dauer, Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten eine signifikant längere Dauer ihrer Erkrankung annehmen. Auch diese Differenzen können mit großer Wahrscheinlichkeit auf die gute Prognose sowie Behandlungsmöglichkeiten bei Lymphomerkrankungen zurückgeführt werden.

Die Ursache Bakterien oder Viren wurde hochsignifikant öfter von Hodgkin Lymphom Patienten angenommen als von Brustkrebs- oder Prostatakrebspatienten, eigenes Verhalten und schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit werden wiederum von Prostatakrebspatienten als primäre Ursache vermutet. Man könnte argumentieren, dass die genannten Ursachen insofern miteinander in Beziehung stehen, als unterlassene Arztbesuche vor Ausbruch der Krebserkrankung beide Ursachenzuschreibungen gleichermaßen erklären.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Krankheitsbewältigung bestätigen Unterschiede in den Diagnosegruppen, die jedoch auch unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Unterschiede betrachtet werden müssen. Prostatakrebspatienten zeigen vermehrt aktives, problemorientiertes Coping. So gründeten einige der Teilnehmer Selbsthilfegruppen, Online-Foren oder stellten sich als Moderatoren in Prostatakrebsforen zur Verfügung. Hodgkin Lymphom Patienten bevorzugen im Unterschied zu Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten die Strategien Ablenkung und Selbstaufbau sowie Religiosität und Sinnsuche. Prädiktoren für beide Bewältigungsmechanismen stellen eine geringe persönliche Kontrolle über die Krankheit, eine als lange vermutete Krankheitsdauer sowie gravierende Konsequenzen dar.

Im Vergleich zur Studie an 260 Krebspatienten von Zaun (2002) zeigt die vorliegende Stichprobe insgesamt niedrigere Werte in den Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ und höhere Werte in den Skalen „aktives, problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“. Dies lässt auf eine gelungenere Krankheitsanpassung der Online- im Vergleich zur Offline-Stichprobe schließen.

Die niedrigen Depressivitätswerte der vorliegenden Studie deuten wohl auf eine positive Auseinandersetzung mit der Erkrankung, was auch durch die Partizipation in Online-Foren zum Ausdruck kommt. Das Interesse an Information und der Austausch mit Betroffenen unterstreichen aktive Problemlösekompetenzen, dies wird durch hohe Werte in der Skala „aktives, problemorientiertes Coping“ hervorgehoben. Hohe Zustimmung in der Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ weist darauf hin, dass die online erhobene Stichprobe in gesundem Maße Distanz zur Erkrankung sucht. „Bagatellisierung und Wunschdenken“ spielt eine untergeordnete Rolle in der Krankheitsverarbeitung.

Die Einstellungen der Teilnehmer zur gesundheitsbezogenen Internetnutzung unterscheiden sich vor allem in den Skalen Vertrauen in Information und Ratschläge sowie Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben, so weisen Hodgkin Lymphom Patienten das geringste Vertrauen auf und zeigen gleichzeitig wenig Bereitschaft, ihre Daten anzugeben. Vergleichsweise hohes, jedoch insgesamt niedriges Vertrauen in Online Health Care bringen Prostatakrebspatienten entgegen; ihre Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben ist im Unterschied zu Hodgkin- und Brustkrebspatientinnen signifikant erhöht. Wie bereits erwähnt wäre in diesem Zusammenhang ein zusätzliches Messinstrument notwendig, welches Formen von Online-Unterstützung erhebt, um die Unterschiede in den Einstellungen auch schlüssig interpretieren zu können.

Die in der vorliegenden Stichprobe höchste körperliche Lebensqualität weisen Personen auf, die sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht in schulmedizinischer Behandlung befinden. Dieser Befund lässt auf Symptomverschlechterung während der Behandlung schließen; so bestätigt beispielsweise Peters (2002) eine sinkende Lebensqualität infolge von Strahlentherapien. Die geringsten Scores erreichen Personen, die sich seit einem Jahr oder länger in schulmedizinischer Behandlung befinden, auch die psychische Komponente der Lebensqualität ist bei sich nicht in Behandlung befindenden Personen am höchsten ausgeprägt. Dieser Umstand wird möglicherweise durch die Schwere und Dauer der

Krebserkrankung erklärt; so wird sich ein langwieriger Krankheitsverlauf mit möglichen Rezidiven eher negativ auf beide Bereiche der gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken.

Über die signifikant niedrigsten Scores in der psychischen Lebensqualität verfügen Personen, die seit mehr als sechs Monaten in schulmedizinischer Behandlung sind. Mit zunehmender Behandlungsdauer steigt die psychische Lebensqualität allerdings wieder an. Um diese Entwicklung interpretieren zu können, wären detailliertere Frageelemente zu Art, Dauer und Intensität der Behandlung notwendig, die die vorliegende Arbeit aufgrund der begrenzten Dauer der Erhebung nicht miteinbeziehen konnte.

Im Vergleich zur Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen weist die in Online-Foren rekrutierte vorliegende Stichprobe sowohl im körperlichen als auch psychischen Bereich signifikant geringere Lebensqualitätswerte auf. Die Nutzung von Foren steht somit möglicherweise mit einem erhöhten Leidensdruck in Verbindung, sodass Online-Dienste besonders bei geringer Lebensqualität als Informations- und Austauschmedium in Anspruch genommen wird.

10.6 Wissenschaftliche vs. subjektive Krankheitstheorien

Wie eingangs zitiert finden sich in der empirischen Forschung keine kongruenten Hinweise darauf, dass Stress als Ursache für die Entstehung einer Krebserkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Nichts desto trotz steht Stress im Kontext der laientheoretischen Krebspathogenese auf erstem Platz der vermuteten Ursachen. Wie lassen sich nun diese gegenläufigen Aussagen – auch in Hinblick auf die Compliance des Patienten – vereinen?

Zum einen stellt Stress ein Konstrukt dar, welches per se nur schwer eingrenzbar oder definierbar ist. Die Schwierigkeiten zeigen sich beispielsweise bereits im Versuch, die Ursache Stress der übergeordneten Taxonomie von Zuschreibungen (internal, external) zuordnen zu wollen. Stress als globaler Begriff für psychische und körperliche Belastungen enthält unzählige Faktoren, die ihrerseits wieder in unterschiedlichem Maße auf Individuen einwirken können. Dadurch, dass Stress somit in erster Linie subjektiv definiert wird, ist eine zufriedenstellende objektive Kategorisierung im Rahmen dieser Arbeit nicht realisierbar. Die aus der vorliegenden Studie gewonnenen Ergebnisse mit Stress als vermuteten Hauptfaktor deuten darauf hin, dass Stress externalen Ursachen zuzuschreiben ist, da diese Art der

Attribution den Selbstwert der Person eher aufrecht erhält (Förster, 2003) als interne Zuschreibungen.

Die Auswertung der Krankheitstheorien wird durch die retrospektive Betrachtung (Scherg, 1993) möglicherweise bereits durch maladaptive Krankheitsanpassung verzerrt, sodass die Theorien *vor* dem Ausbruch einer Erkrankung nicht unbedingt mit Theorien, die *nach* dem Ausbruch der Erkrankung formuliert wurden, übereinstimmen müssen. An dieser Stelle wäre eine Gegenüberstellung der Krebsentstehungstheorien von „gesunden“ und „erkrankten“ Personen interessant.

Ein weiterer Punkt ist die Annahme von Kausalität in empirischen Studien; es ist methodisch schwierig, ein nicht hinreichend definiertes Konstrukt (Stress) als Ursache für eine bestimmte Wirkung (Erkrankung) verantwortlich zu machen. Stress könnte – wenn auch als Ursache wissenschaftlich widerlegt – beispielsweise als prädisponierender Faktor, der das Gesundheitsverhalten in eine negative Richtung verändert (übermäßiges Rauchen, Fehlernährung, Hormonveränderungen, Immunschwäche etc.), maßgeblich an der Entstehung von Krebserkrankungen beteiligt sein. Eventuell erklärt sich die eingangs dargelegte unterschiedliche Sichtweise daraus, dass Patienten Stress als generell negativ einwirkenden Ursachenfaktor miteinbeziehen, welcher einer empirischen Untersuchung aufgrund erwähnter taxonomischer Schwierigkeiten nicht standhalten *kann*.

Zuletzt muss der Wunsch nach der Vereinbarkeit von wissenschaftlichen und subjektiven Theorien selbst infrage gestellt werden. Ist es möglich, Objektivität und Subjektivität auf einen Nenner zu bringen? Ist es ethisch vertretbar, individuelle Ansichten infrage zu stellen? Sind objektiv stimmige Antworten in ihrem Wahrheitsgehalt höher einzustufen als subjektive Ansichten, die doch für das Individuum selbst die Wirklichkeit definieren?

Ein möglicher Lösungsweg als Gesundheitsprofessionist wäre die gemeinsame Betrachtung und Modifizierung von malignen Krankheitstheorien beim erkrankten Patienten, der so durch geleitetes Entdecken beispielsweise negativ einwirkende Selbstbeschuldigungstendenzen abbauen kann.

Im Kontext von Gesundheits- und Aufklärungsprogrammen für die (noch nicht erkrankte) Allgemeinbevölkerung sollte in Zukunft der Krebsprävention höheren Stellenwert beigemessen werden, da das Krebsrisiko nach Hermann (2005) durch entsprechende Lebensführung deutlich gesenkt werden kann.

11 KRITIK UND AUSBLICK

Die vorliegende empirische Untersuchung wurde unter Anderem aufgrund der Fragestellung nach Einstellungen zu Online Health Care als Online-Studie umgesetzt, was nach Döring (2003) eine geeignete Methode im Kontext Internet-bezogener Fragestellungen darstellt. Neben den Vorteilen von Online-Research (siehe Kapitel 8.3.2) gibt es durchaus Nachteile, die auch in der vorliegenden Arbeit zum Tragen gekommen sind.

Die Online-Untersuchung einer klinischen Stichprobe ist einerseits insofern schwierig, als die Angaben zur Diagnose nicht von Gesundheitsprofessionisten getätigt wurden, sondern von den Betroffenen selbst stammen. Die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Diagnose nach bestem Wissen und Gewissen anzugeben; hier besteht natürlich immer die Möglichkeit, letztendlich falsche Angaben ausgewertet zu haben. Kapitel 8.2.2 beschreibt die Vorgehensweise der Rekrutierung, die Verfälschungstendenzen bzw. Non-Compliance bestmöglich entgegenwirken sollte.

Der Link zur Studie wurde zum Großteil in krebspezifischen Internetforen geschaltet, es ist nicht auszuschließen, dass Personen, die in diesen Foren aktiv sind, möglicherweise spezielle soziodemografische Variablen aufweisen, sodass ein Vergleich mit der Grundgesamtheit der an Krebs erkrankten Internetuser nur bedingt gestellt werden kann. So sammeln nach Dutta-Bergmann (2004) eher Menschen mit höherer Bildung Gesundheitsinformationen im Internet; Fox (2006) führt weiters an, dass mehr Frauen als Männer (54% vs. 46%) das Internet nach gesundheitsbezogener Information durchsuchen, die vorliegende Studie liefert inhaltlich vergleichbare Resultate. Nach Fox (2006) umfasst die größte Gruppe (45%) der Nutzer von webbasierten gesundheitsbezogenen Informationen Personen im Alter zwischen 30 und 45 Jahren, die vorliegende Studie verzeichnet im Gegensatz dazu einen erhöhten Seniorenanteil.

Die Studie wurde in Krebsforen gepostet, die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, ihre Meinung zur Studie schriftlich bekannt zu geben. Nicht immer waren diese Äußerungen positiv, sodass davon ausgegangen werden kann, dass nachfolgende Teilnehmer durch Bemerkungen und teilweise unsachliche Kritik davon abgehalten wurden, an der Studie teilzunehmen (Batinic & Bosnjak, 2000).

Mehrere Antworten des soziodemografischen Teils waren zwingend zu beantworten, was den Unmut einiger Teilnehmer hervorrief. Da dieser Teil der Studie zu Beginn angelegt war, führte

dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu vermehrten Abbrüchen. Weiters gingen Verbesserungsvorschläge seitens Forenbetreiber oder Teilnehmer per E-Mail ein, was teilweise zur Verzögerung der Zusagen von Kooperationspartnern und Kontakten führte.

Der Umstand der hohen Abbruchrate der vorliegenden Studie soll nachfolgenden Untersuchungsleitern die Wichtigkeit einer unter 15 bis 20-minütigen Bearbeitungsdauer nochmals nahe legen.

Zwei Teilnehmer gaben die Rückmeldung, sie würden vermittelt über Freunde und Angehörige Informationen über das Internet einholen; da diese Fragestellung in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt wurde, ergibt sich für zukünftige ähnliche Themengebiete die Notwendigkeit der Frage nach der passiven Informationsbeschaffung via Internet.

Die Gruppenvergleiche bezüglich unterschiedlicher Krebsdiagnosen müssen unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Verzerrung durch die Variablen Geschlecht und Alter betrachtet werden. So findet sich neben geschlechtsspezifischen Krebsarten (Brustkrebs, Prostatakrebs) auch in der Gruppe der Hodgkin-Lymphom Patienten ein überwiegender Frauenanteil (75,0%). Auch kann durch die Ungleichheit des Durchschnittsalters (siehe Abbildung 30) der den unterschiedlichen Krebsformen zugeteilten Personen ein Alters-Bias nicht ausgeschlossen werden.

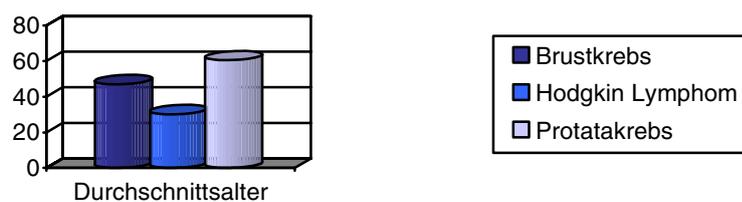


Abbildung 31. Durchschnittsalter der unterschiedlichen Krebsarten.

12 ZUSAMMENFASSUNG

Subjektive Krankheitstheorien können als gedankliche Konstruktionen erkrankter Personen über das Wesen, die Verursachung und Behandlung der Erkrankung definiert werden, dabei stehen Orientierungsgewissheit, Rechtfertigung und Selbstwertstabilisierung als primäre Funktionen im Vordergrund (Flick, 1991). Damit in enger Verbindung steht die Krankheitsbewältigung, welche als die Gesamtheit der Prozesse, bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern, verstanden werden kann (Heim, 1986). Subjektive Krankheitstheorien stehen neben Bewältigungsstrategien auch in wechselseitiger Verbindung mit den sozialen Ressourcen Betroffener (Alpers et al., 2003).

Die vorliegende Untersuchung auf Basis des Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal et al. (1980) ging der Frage nach, inwiefern sich subjektive Krankheitstheorien mediiert über Bewältigungsverhalten auf die körperliche und psychische Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auswirken. In diesem Kontext wurden positiv und negativ einwirkende Prädiktoren extrahiert. Weiters interessierten die Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung (Online Health Care) seitens der Teilnehmer.

Die als hypothesentestende Querschnittsuntersuchung angelegte Studie wurde mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Folgende Messinstrumente kamen dabei zum Einsatz:

Der IPQ Illness Perception Questionnaire (Weinman et. al, 1996) zur Erfassung der subjektiven Krankheitstheorien, der FKV-LIS Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989), die SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) zur Messung der körperlichen und psychischen Lebensqualität sowie die ATOHC Attitudes towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001b) zur Erfassung der Einstellungen des gesundheitsbezogenen Internetgebrauchs.

Die Teilnehmer wurden zudem aufgefordert, ihre klinische Diagnose inklusive der Dauer der schulmedizinischen Behandlung anzugeben. Das Internet-Nutzungsverhalten wurde mithilfe eines eigens zusammengestellten Fragenkomplexes ermittelt. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von November 2007 bis April 2008, die Personen konnten dabei durch Verlinkungen und Banner in deutschsprachigen krebspezifischen Foren und Informationsseiten auf die Studie aufmerksam gemacht werden.

Aus der Untersuchung resultierten Daten von 293 Teilnehmern, davon sind 67,2% weiblich; das Durchschnittsalter liegt bei 44,03 Jahren ($SD=14,29$, Range=16-83). Drei inferenzstatistisch bedeutsame Gruppen unterteilen sich in Brustkrebspatientinnen (36,5%), Hodgkin Lymphom Patienten (21,8%) sowie Prostatakrebspatienten (15,7%); insgesamt befinden sich 74,4% der Befragten in schulmedizinischer Behandlung. 86,0% der Teilnehmer stammen aus Deutschland, 7,5% aus Österreich und 3,1% aus der Schweiz. Die Stichprobe verfügt zudem über einen hohen Akademikeranteil von 43,0%.

Der Fokus der Untersuchung lag auf subjektiven Krankheitstheorien, hier konnte gezeigt werden, dass „Stress“ die meistgenannte Ursachenzuschreibung darstellt. Verantwortlichkeit und Schuld an der Erkrankung werden generell als niedrig eingeschätzt, was insofern positiv zu werten ist, als es den Selbstwert der Betroffenen im Vergleich zu internalen Attributionen eher aufrechterhält. Analog zu den Ursachenzuschreibungen wurden die als hilfreich empfundenen Bewältigungsstrategien erfasst, dabei wurde „Galgenhumor“ insgesamt am öftesten genannt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich subjektiver Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Frauen erleben im Vergleich zu Männern eine stärkere Krankheitsidentität; Männer nehmen im Gegenzug signifikant häufiger als Frauen ihr eigenes Verhalten als Ursache, zudem eine längere Krankheitsdauer sowie gravierendere Konsequenzen an. Männer neigen eher als Frauen zu „aktivem, problemorientiertem Coping“, Frauen wenden „Religiosität und Sinnsuche“ häufiger an. Generell zeigt die untersuchte Online-Stichprobe im Vergleich zu den von Zaun (2002) offline befragten Krebspatienten geringe „depressive Verarbeitung“ und sowohl vermehrt „aktives, problemorientiertes Coping“ als auch „Ablenkung und Selbstaufbau“, was auf eine gelungene Krankheitsanpassung schließen lässt.

Bezüglich der Internetnutzung stellt die Suche nach Informationen die am häufigsten genutzte Anwendungsform dar, Chats mit Gesundheitsprofessionisten werden als nicht relevant bewertet. Postulierte geschlechtsspezifische Unterschiede (Gooden & Winefield, 2007; LaCoursiere; 2001b; White & Dorman, 2001) in der Internetnutzung konnten bestätigt werden; Frauen nutzen die emotionale Form der sozialen Unterstützung intensiver als Männer.

Die Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung wurden mittels ATOHC (LaCoursier, 2007b) erfasst. Generell weisen die Ergebnisse auf negative Einstellungen bezüglich gesundheitsbezogener Internetnutzung hin, hervorzuheben ist dabei die niedrige Zustimmung in den Skalen „Vertrauen in Information und Ratschläge“ sowie „Bereitschaft, persönliche Daten anzugeben“. Die lediglich durchschnittlichen Werte in der Skala „Ergebnisse“ lassen darauf schließen, dass die teilnehmenden Personen keine maßgeblichen Einwirkungen auf ihr psychisches und physisches Befinden infolge gesundheitsbezogener Internetnutzung wahrnehmen konnten. Das Vertrauen in Online-Information als grundlegende Voraussetzung für die Annahme von Hilfeleistungen erscheint generell niedrig ausgeprägt.

Die Studie untersucht die drei größten in der Stichprobe enthaltenen Gruppen (Brustkrebs-, Hodgkin Lymphom- und Prostatakrebspatienten) hinsichtlich ihrer Krankheitstheorien, Bewältigung und Lebensqualität. Im Kontext zweier geschlechtsspezifischer Krebsarten (Brust- und Prostatakrebs) sind Verzerrungen hinsichtlich der Variablen Geschlecht und Alter nicht auszuschließen, was jedoch unter Berücksichtigung des Schwerpunktes einer Status-quo-Erhebung nicht primär relevant erscheint.

Prostatakrebspatienten berichten etwa 50% weniger Symptome als Brustkrebs- oder Morbus Hodgkin Patienten. Auch bestehen Unterschiede im vermuteten Zeitverlauf, Hodgkin Lymphom Patienten nehmen eine relativ kurze Dauer, Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten eine signifikant längere Dauer ihrer Erkrankung an. Prostatakrebspatienten zeigen vermehrt aktives, problemorientiertes Coping. Hodgkin Lymphom Patienten wenden im Vergleich zu Brustkrebs- und Prostatakrebspatienten die Strategien Ablenkung und Selbstaufbau sowie Religiosität und Sinnsuche häufiger an. Prostatakrebspatienten verfügen über eine signifikant höhere körperliche Lebensqualität als Brustkrebspatientinnen. Auch in Hinblick auf die psychische Komponente weisen Prostatakrebspatienten eine signifikant erhöhte Lebensqualität auf. Die Differenzen können mit großer Wahrscheinlichkeit auf die gute Prognose sowie Behandlungsmöglichkeiten bei Lymphomerkrankungen zurückgeführt werden. Im Vergleich zur Normstichprobe mit akuten oder chronischen Erkrankungen ist vorliegende online untersuchte Stichprobe durch signifikant geringere Werte bezüglich ihrer Lebensqualität charakterisiert.

Für die Outcome-Variable „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ konnten positiv sowie negativ einwirkende Prädiktoren ermittelt werden: Hohe körperliche Lebensqualitätswerte werden bedingt durch niedrige Krankheitsidentität, hohe persönliche Kontrolle sowie geringes Lebensalter. Für die psychische Komponente der Lebensqualität erweisen sich geringe depressive Verarbeitung, wenig vermutete Konsequenzen und eine geringe Krankheitsidentität als positiv einwirkende Prädiktoren. Generell wirkt sich externale Attribution und internale Kontrolle positiv auf die Lebensqualität onkologischer Patienten aus. Das Mediatormodell nach Leventhal et al. (1980) wurde insofern bestätigt, als hohe Krankheitsidentität mediiert durch depressive Verarbeitung als Prädiktor für niedrige Lebensqualitätswerte ausschlaggebend ist.

13 ABSTRACT Deutsch

Subjektive Krankheitstheorien können als kognitive Konstruktionen über das Wesen, mögliche Ursachen und die Behandlung einer Erkrankung verstanden werden. Sie stehen dabei neben Bewältigungsstrategien und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) auch in wechselseitiger Verbindung mit den sozialen Ressourcen Betroffener (Alpers et al., 2003). In den letzten Jahren entstand im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl von krebsspezifischen Internetforen, die den Patienten einerseits informationelle und andererseits emotionale Unterstützung bereitstellen, deren Inanspruchnahme kann dabei zu einer Erhöhung der Lebensqualität führen (Cline, 1999).

Die als Online-Befragung durchgeführte Studie untersucht die Bedeutung von subjektiven Krankheitstheorien für Bewältigungsverhalten und Lebensqualität Betroffener; zusätzlich zum Internet-Nutzungsverhalten onkologischer Patienten im Kontext gesundheitlicher Belange wurden deren Einstellungen bezüglich Online Health Care erhoben. Neben soziodemographischen Frageelementen kamen folgende Messinstrumente zum Einsatz: Der IPQ Illness Perception Questionnaire (Weinman et. al, 1996) zur Erfassung der subjektiven Krankheitstheorien, der FKV-LIS Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989), der SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) sowie die ATOHC Attitudes towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001b), welche Einstellungen zur gesundheitsbezogenen Internetnutzung abbildete.

Die Ergebnisse der Arbeit bestätigen das von Leventhal et al. (1980) postulierte Mediatormodell; mediiert durch depressive Verarbeitung (FKV-LIS) steht hohe Krankheitsidentität (IPQ) mit niedrigen Lebensqualitätswerten (SF-12) in Zusammenhang. Ein Einfluss gesundheitsbezogener Internetnutzung auf den Gesundheitszustand wurde seitens der Untersuchungsteilnehmer nicht wahrgenommen, hierfür kann eventuell das bestätigte gering ausgeprägte Vertrauen in Informationen (ATOHC) verantwortlich gemacht werden.

14 ABSTRACT English

Cognitive constructions concerning nature, possible causes and the treatment of an illness can be summarized as illness representations, which communicate with coping strategies, health-related quality of life (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) and social resources as well (Alpers et al., 2003). Over recent years, a multiplicity of cancer-specific Internet platforms, which offer a range of informational and emotional support, developed. In this context, taking part in those platforms can lead to an increase of health-related quality of life (Cline, 1999).

The main purpose of this online research was to examine the meaning of illness representations for coping with illness and the outcome variable “quality of life”; additionally, the cancer patients were asked to point out their specific health-related Internet use and attitudes towards online health care. Beside a sociodemographic complex of questions the following measuring instruments were used: The IPQ Illness Perception Questionnaire (Weinman et. Al, 1996) measuring illness representations, the FKV-LIS Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Muthny, 1989) examining coping strategies, the SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) measuring health-related quality of life, and the ATOHC Attitudes towards online Health Care (LaCoursiere, 2001b), which illustrated attitudes to health-related Internet use.

The findings confirm the postulated Common sense Model of Illness Representations (Leventhal et al., 1980); mediated by depressive coping (FKV-LIS), a high disease identity (IPQ) is associated with low quality of life scores (SF-12). Participants did not perceive an influence of health-related Internet use on their state of both physical and psychological health, for which the confirmed sparse confidence in information (ATOHC) can be seen as a possible cause.

15 LITERATURVERZEICHNIS

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alpers, G., Winzelberg, A. & Taylor, C.B. (2003). Internetgruppen für Brustkrebspatientinnen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 207-228). Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (2001). *Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen*. Abgefragt 07.05.2008, von www.adm-ev.de/pdf/Onlinestandards_D.PDF
- Balfour, J.L. & Kaplan, G.A. (1998). Social class/socioeconomic factors. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 78-90). New York: Oxford University Press.
- Bambina, A.D. (2005). *Understanding online social support: The interplay of Internet technology, social networks and social support*. Retrieved February 18, 2008, from <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=862928111&Fmt=7&clientId>
- Basch, E., Artz, D., Dulko, D., Scher, K., Sabbatini, P., Hensley, M., Mitra, N., Speakman, J., McGabe, M. & Schrag, D. (2005). Patient online self-reporting of toxicity symptoms during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (15), 3552-3561.
- Batinic, B. & Bosnjak, M. (1997). Psychologische Fragebogenuntersuchungen im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (S. 221-243). Göttingen: Hogrefe.
- Batinic, B. & Bosnjak, M. (2000). Fragebogenuntersuchungen im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 287-318). Göttingen: Hogrefe.

- Batinic, B., Puhle, B. & Moser, K. (1999). Der WWW-Fragebogen-Generator (WGF). In B.Batinic, A. Werner, L. Gräf & W. Bandilla (Hrsg.), *Online Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 93-102). Göttingen: Hogrefe.
- Beaudoin, C.E. & Tao, C.-C. (2007). Benefiting from social capital in online support groups: An empirical study of cancer patients. *Cyber-Psychology and Behavior*, 10 (4), 578-590.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 4, 313-321.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden, Theorie, Empirie und Diagnostik*. (S. 13-51). Weinheim: Juventa.
- Behnke, E. & Thomas, W. (1992). Lebensqualität als Kriterium für eine gesunde Krebsbewältigung. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?* (S. 136-153). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beutel, M. (1990). Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheit. In M. Broda & F.A. Muthny (Hrsg.), *Umgang mit chronisch Kranken* (S. 30-49). Stuttgart: Thieme.
- Björnsdóttir, G. (1999). *Online social support for individuals concerned with heart disease: Observing gender differences*. Retrieved February 27, 2008, from <http://www.amia.org/pubs/symposia/D005396.PDF>
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowling, A. (1995). Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. *Statistics in Medicine*, 15 (10), 1067-1068.

- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. (8. Aufl.). München: Pearson Education.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life – definition, conceptualisation and implications – A methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149.
- Bullinger, M. (2002) „Und wie geht es Ihnen?“ – Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der psychosozialen Medizin* (S. 308-329). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik Schweiz. (2007). *Indikatoren zur Informationsgesellschaft Schweiz*. Abgefragt 22.02.2008, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/16/22/publ.Document.90662.pdf>
- Chen, X. & Siu, L.L. (2001). Impact of the media and the Internet on oncology: Survey of cancer patients and oncologists in Canada. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 4291-4297.
- Cline, J.R.W. (1999). Communication in social support groups. In L. Frey, D. Gouran & S. Poole (eds.), *Handbook of small group communication* (pp. 516-538). Sage: Thousand Oaks.
- Dayal, H., Chiu, C. Y., Sharrar, R., Mangan, J., Rosenwaike, I., Shapiro, S., Henley, A. J., Goldberg-Alberts, R. & Kinman, J. (1984). Ecologic correlates of cancer mortality patterns in an industrialized urban population. *Journal of the National Cancer Institute*, 73 (3), 565-574.
- Dann, H.D. (1983). Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In L. Montada, K. Reusser & G. Steiner (Hrsg.), *Kognition und Handeln* (S. 77-92). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Destatis. (2007). *Entwicklung der Informationsgesellschaft. IKT in Deutschland, Ausgabe 2007*. Abgefragt 22.02.2008, von <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms>.

- Dirhold, S. & Thomas, W. (1995). Ein theoretischer Orientierungsrahmen zur Erforschung der Lebensqualität onkologischer Patienten. In F. Petermann (Hrsg.), *Lebensqualität und chronische Krankheit* (S 72-96). München-Dreisenhofen: Dustri.
- Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dutta-Bergmann, M.J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognition and health behaviours. *Health Communication*, 16, 273-288.
- Eichenberg, C. (2004). *Das Internet als therapeutisches Medium: Selbsthilfe und Intervention*. Abgefragt 12.12.2007, von <http://aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=41731>
- Engel, G.L. & Schmale, A.H. (1969). Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *Psyche*, 23, 241-261.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1991). Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung – im Spiegel der methodischen Zugänge. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 28-44). Heidelberg: Asanger.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1995). Causal attribution and adaption among lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (5), 619-627.
- Fegg, M. & Frick, E. (2002). Nach der Abkehr vom Konzept der Krebspersönlichkeit: Die therapeutische Anerkennung des verletzten Selbst. In Tumorzentrum München (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (S. 18-23). München: Zuckschwerdt.

- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete Aufl.) (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H., Klauer, T. & Ferring, D. (1993). Self-focused attention in the face of adversity and threat. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 276-294). München: Kindler.
- Finn, J. (1999). An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. *Health and Social Work, 24*, 220-231.
- Flick, U. (1991). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 14-18). Heidelberg: Asanger.
- Förster, C. (2003). *Subjektive Krankheitstheorien von Tumorpatienten*. Abgefragt 12.04.2007, von <http://www.diss.fu-berlin.de/2003/307/>
- Försterling, F. (1994). Attributionstheorien in der Klinischen Psychologie. In F. Försterling & J. Stiensmeier-Pelster (Hrsg.), *Attributionstheorie* (S. 235-254). Göttingen: Hogrefe.
- Fox, S. (2006). Online health search 2006. Washington D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 17, 2007, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf
- Gabbert, H.E. (2007). *Krebsentstehung – Was ist Krebs?* Abgefragt 17.10.2007, von <http://www.krebsgesellschaft.de/krebsentstehung,11266.html>
- Gadeib, A. (1999). Ansprüche und Entwicklungen eines Systems zur Befragung über das WWW. In B. Batinic, A. Werner, L. Gräf & W. Bandilla (Hrsg.), *Online Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S.103-111). Göttingen: Hogrefe.
- GfK Media. (2008). *GfK Online Monitor 2008 – Internetmarkt in Österreich*. Abgefragt 01.07.2008, von http://www.gfk.at/de/download/PRESS/GfK_Online_Monitor_1_Qu_08.pdf

- Glode, L.M. (1996). Challenges and opportunities of the Internet for medical oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 14, 2181-2186.
- Goldner, M (2006). Using the Internet and Email for health purposes: The impact of health status. *Social Science Quarterl*, 87 (3), 690-710.
- Gooden, R.J. & Winefield, H.R. (2007). Breast and prostate cancer online discussion boards. *Journal of Health Psychology*, 12 (1), 103-114.
- Google (2007). *Google Analytics*. Abgefragt 10.05.2008, von <http://www.google.com/analytics/de-DE/>
- Gouhaneh-Koure, R. (2004). Die persönlichkeits- und geschlechtsspezifischen Unterschiede von Internetnutzern unter Berücksichtigung der Verwendungszwecke. In P. Vitouch & A. Payrhuber (Hrsg.), *Psychologie des Internet. Band II* (S. 187-206). Wien: Facultas.
- Gräf, L. (1999). Optimierung von WWW-Umfragen: Das Online Pretest-Studio. In B. Batinic, A. Werner, L. Gräf & W. Bandilla (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 159-178). Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W. & Krampen, G. (1991). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten. In J. Haisch & H.-P. Zeitler (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung* (S. 223-242). Heidelberg: Asanger.
- Hale, E. D., Treharne, G. J. & Kitas, G. D. (2007). *The common-sense model of self-regulation of health and illness: How can we use it to understand and respond to our patients' needs?* Retrieved November 11, 2007 from <http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/content/full/46/6/904>
- Härtl, K. & Schreiner, M. (2002). Verhaltenstherapie. In Tumorzentrum München (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie* (S. 50-56). München: Zuckschwerdt.
- Hasenbring, M. (1990). Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. In F.A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung* (S. 78-88). Berlin: Springer.

- Hauptmanns, P. (1999). Grenzen und Chancen von quantitativen Befragungen mit Hilfe des Internet. In B. Batinic, A. Werner, L. Gräf & W. Bandilla (Hrsg.), *Online Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S.12-38). Göttingen: Hogrefe.
- Heft, P.R., Eckles, R.E., Johnsson-Calley, C.S. & Daugherty, C.K. (2005). Use of the Internet to obtain cancer information among cancer patients at an urban country hospital. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (22), 4954-4962.
- Heijmans, M.J.W.M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (1), 39-51.
- Heim, E. (1986). Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin, Band 2: Klinik und Praxis* (S. 343-390). Berlin: Springer.
- Heim, E. & Meyer, P.C. (1998). Soziologische Aspekte des Krankseins. In C. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (S. 385-418). Berlin: Springer.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (1998). Objektive Bedingungen subjektiver Lebensqualität. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 77-88). Stuttgart: Schattauer.
- Hermann, R. (2005). Allgemeine internistische Onkologie. In H. Greten (Hrsg.), *Innere Medizin. Verstehen – Lernen – Anwenden* (12., komplett überarbeitete Ausgabe) (S. 933-946). Stuttgart: Thieme.
- Hoybey, M.T., Johansen, C. & Tjornhoj-Thomsen, T. (2004). Online interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. *Psycho-Oncology*, 14 (3), 211-220.
- Hürny, C. (1996). Psychische und soziale Faktoren in Entstehung und Verlauf maligner Erkrankungen. In R.H. Adler, J.M. Hermann, K. Köhle & T. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.) (S. 953-969). München: Urban & Schwarzenberg.

- Isermann, M. (2006). Coping und Lebensqualität. In S. Ditz, D. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs* (S. 136-142). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jacobson, B. S. (1984). The role of air pollution and other factors in local variations in general mortality and cancer. *Archives of Environmental Health*, 39 (4), 306-313.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Karadeniz, B. (2008). *Netiquette im Internet*. Abgefragt 23.02.2008, von <http://www.netplanet.org/netiquette/>
- Kirschnig, S. Kardoff, E. & Merai, K. (2006). Internetuse by the families of cancer patients – Help for diseasemanagement? *Journal of Public Health*, 15, 23-28.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1987). *Der „Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung“ (FEKB): I. Kurzbeschreibung des Verfahrens (Berichte aus dem Forschungsprojekt „Psychologie der Krankheitsbewältigung“ Nr. 13)*. Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1996). Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete Aufl.) (S. 377-404). Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T., Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1989). Der „Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung“ (FEKB): Skalenkonstruktion und erste Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität. *Diagnostica*, 35, 316-335.
- Klemm, P., Hurst, M., Dearholt, S. & Trone, S. (1999). Cyber solace: Gender differences on Internet cancer support groups. *Computers in Nursing*, 17, 65-72.
- Klingberg, S. (1993). *Die prognostische Bedeutung von Bewältigungsressourcen für die Wiedererkrankung schizophrener Patienten*. Frankfurt am Main: Lang.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful live events, personality and health: An inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koch, T. (1992). Lebensqualität und Ethik – am Beispiel der Medizin. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?* (S. 5-16). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Köhntopp, K. (2000). *Usenet Kommunikation lernen*. Abgefragt 18.02.2008 von <http://www.wortrei.ch/usenet/netzkultur/learn-to-communicate.php>
- Krampen, G. (1989). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krebsinformationsdienst. (2002). *Chemotherapie: Krebsbehandlung mit Medikamenten*. Abgefragt 25.02.2008, von <http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/chemotherapie.php>
- Krebsinformationsdienst. (2005a). *Die psychosozialen Auswirkungen von Krebs*. Abgefragt 15.10.2007, von http://www.krebsinformation.de/Fragen_und_Antworten/psychoonkologie.html
- Krebsinformationsdienst. (2005b). *Risikofaktoren: Wie entsteht Lungenkrebs?* Abgefragt 29.02.2008, von <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/risikofaktoren.php>
- Krebsinformationsdienst. (2007a). *Antihormontherapie. Stoppsignal für das Tumorwachstum*. Abgefragt 22.04.2008, von <http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/antihormontherapie.php>
- Krebsinformationsdienst. (2007b). *Psychische Einflüsse auf die Krebsentstehung. Gibt es die Krebspersönlichkeit?* Abgefragt 22.04.2008, von <http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psyche-und-krebsrisiko.php>
- Krischke, N.R. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. München: Quintessenz.

- Kübler-Ross, E. (1970). *On death and dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Macmillan.
- LaCoursiere, S. (2001a). A theory of online social support. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 60-77.
- LaCoursiere, S. (2001b). Development and evaluation of an instrument to measure attitudes towards online health care (ATOHC). *Proceedings of the Annual Health Care Information and Management Systems Society Conference & Exhibition, USA*, 4, 1-16.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Leventhal, H., Brisette, I. & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (2nd edition) (pp. 219-252). New York: Erlbaum.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 76-87.
- Manzanera, C., Lafay, N., Papet, N. & Senon, J.L. (2003). Depression, anxiety and cancer. *Annales-Medico-Psychologiques*, 161 (2), 140-146.

- Meerwein, F. (1998). Einleitung. In F. Meerwein & W. Bräutigam (Hrsg.), *Einführung in die Psychoonkologie*. (5., überarbeitete und ergänzte Aufl.) (S. 23-24). Bern: Huber.
- Meyers Lexikonverlag. (2007). *Attribution*. Abgefragt 08.10.2007, von <http://lexikon.meyers.de/index.php?title=Attribution&oldid=106797>
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Muthny, F.A. & Bermejo, I. (1993). Krankheitsverarbeitung bei Krebs – klinische Relevanz, Meßmethodik und Ergebnisbeispiele der Copingforschung. In F.A. Muthny & G. Haag (Hrsg.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (S. 58-75). Heidelberg: Asanger.
- Muthny, F.A. & Broda, M. (1999). Krankheitsverhalten. In H. Flor, N. Bierbaumer & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin* (S. 217-218). Göttingen: Hogrefe.
- Muthny, F.A. & Koch, U. (1998). Spezifität der Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 49-58). Stuttgart: Schattauer.
- Nerenz, D.R., Leventhal, H. & Love, R.R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1020-1027.
- Petermann, F. & Krischke, N. (1995). Krebs- und Tumorerkrankungen: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lebensqualität und chronische Krankheit* (S 97-135). München-Dreieichenhofen: Dustrri.
- Peters, A. (2002). *Lebensqualität und Akuttoxizität im Rahmen einer Radiotherapie unter Berücksichtigung von Alter, Behandlungsregion und anderen Faktoren*. Abgefragt 01.07.2008, von http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=965029093&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=965029093.pdf
- Pintzinger, N. (2007). „Patient Empowerment“ durch gesundheitsbezogene Internetnutzung? Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

- Pouget-Schors, D., Sellschopp, A. & Riedner, C. (2002). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP). In Tumorzentrum München (Hrsg.), *Manual Psychoonkologie*. (S. 46-49). München: Zuckschwerdt.
- Pucheu, S., Consoli, S.M., D'Auzac, C., Francais, P. & Issad, B. (2003). Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 317-322.
- Raff, K. (2004). *Krankheitsverarbeitung und emotionales Befinden bei Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie*. Abgefragt 10.10.2007, von http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=972768750&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=972768750.pdf
- Rheingold, H. (1993). *The virtual community: Homesteading on the electronic frontier*. Reading: Addison-Wesley.
- Richardson, J.L., Landrine, H. & Marks, G. (1994). Does psychological status influence cancer patients survival? A case still in need of evidence. In C.E. Lewis, C. O'Sullivan & J. Barraclough (Eds.), *The Psychoimmunology of Cancer. Mind and Body in the Fight for Survival* (S. 228-245). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Rieg-Appelson, C. (2002). Die Psychische Situation und das psychische Erleben von Tumorpatienten während der Krankheitsphasen. In A. Sellschopp, M. Fegg & E. Frick (Hrsg.), *Psychoonkologie* (S. 2-7). München: Zuckschwerdt.
- Rief, W. & Nanke, A. (2003). Subjektive Krankheitsmodelle. In U. Ehlert (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 100-102). Berlin: Springer.
- Roesch, S.C. & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Rutter, C. L. & Rutter, D.R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7, 377-391.
- Salem, D., Bogat, A. & Reid, C. (1997). Mutual help goes on-line. *Journal of Community Psychology*, 25, 189-207.

- Schade, O. (2000). Dienste im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 39-84). Göttingen: Hogrefe.
- Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R.J., Langeveld, T.P., Doorn-op den Akker, M.M. & Kaptein, A.A. (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head and Neck*, 27 (10), 857-863.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B.J. & Rooitmans, H.M.G. (2000). Patient's illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1-year follow up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899-907.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W. & Rooimans, H.G.M (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 573-585
- Scherg, H. (1993). Psychosoziale Faktoren des Mammakarzinoms und anderer Karzinome bei retrospektiver und prospektiver Betrachtungsweise. In A. Muthny & G. Haag (Hrsg.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (S. 27-37). Heidelberg: Asanger.
- Schleier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schuster, P. & Springer-Kremser, M. (1997). *Bausteine der Psychoanalyse* (3. Aufl.). Wien: WUV.
- Schwarz, R. (1993). "Krebs-Persönlichkeit" – Ursache oder Folge der Krebserkrankung? In A. Muthny & G. Haag (Hrsg.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (S. 11-26). Heidelberg: Asanger.
- Schwarz, R. (1998). Psychosoziale Einflüsse auf die Krebsentstehung. In F. Meerwein & W. Bräutigam (Hrsg.), *Einführung in die Psychoonkologie* (S. 15-48). Bern: Huber.

- Schwarz, R. (2004). Die Krebspersönlichkeit – Mythen und Forschungsergebnisse. *Psychoneuro*, 30 (4), 201-209.
- Schwarz, R. (2007). *Psychologische Faktoren bei Krebserkrankungen*. Abgefragt 22.10.2007, von http://www.tumorzentrum-tuebingen.de/Schwarz_Vortrag_Patiententag2007.pdf
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Seale, C., Ziebland, S. & Charteris-Black, J. (2005). Gender, cancer experience and Internet use: A comparative keyword analysis of interview and online cancer support groups. *Social Science & Medicine*, 62 (10), 2577-2590.
- Seifert, G. (1992). Eröffnungsansprache des Präsidenten der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?* (S. 1-4). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Snyder-Schendel, E. (2006). *Krebsepidemiologie*. Abgefragt 17.10.2007, von http://www.uni-essen.de/imibe/download/V6.1_Krebsepidemiologie_1_SS_2006.pdf
- Spencer, S.M., Lehman, J.M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H. et al. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18, 159-168.
- Statistik Austria. (2004). *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich*. Abgefragt 23.02.2008, von http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/krebs_erkrankungen/publdetail?id=83&listid=83&detail=62
- Statistik Austria. (2006). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006*. Abgefragt 23.02.2008, von http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=57559&dDocName=028435

- Statistik Austria. (2007a). *IKT Einsatz. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen und Haushalten 2007*. Abgefragt 22.02.2008, von http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/publikationen?id=17&webcat=305&nodeId=462&frag=3&listid=305
- Statistik Austria. (2007b). *Krebsinzidenz im Überblick*. Abgefragt 23.02.2008, von http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz_im_ueberblick/index.html
- Statistik Austria. (2007c). *Bevölkerungszahlen*. Abgefragt 01.07.2008, von http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=55770&dDocName=027512
- Statistik Austria. (2008). *Todesursachenkategorien*. Abgefragt 23.02.2008, von http://www.statistikaustria.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_ausgewaehlte/index.html#index2
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2008). *Bevölkerung Deutschland*. Abgefragt 01.07.2008, von http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_zs01_bund.asp
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie*. Stuttgart: Schattauer.
- Uden-Kraan, C.F., Drossaert, C.H.C., Taal, E., Leburn, C.S.I., Drossears-Bakker, K.W., Smit, W.M., Seydel, E.R. & Laar, M.A.F.J. (2007). Coping with somatic illness in online support groups: Do the feared disadvantages actually occur? *Computers in Human Behaviour*, 24 (2), 309-324.
- Vaughan, R., Morrison, L. & Miller, E. (2005). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-301.

- Verres, R., Schilling, S., Faller, H., Michel, U., Daniel, R. & Völcker, A. (1986). *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer.
- Vogt, K. (1999). Verzerrungen in elektronischen Befragungen? In B. Batinic, A. Werner, L. Gräf & W. Bandilla (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 127-144). Göttingen: Hogrefe.
- Weiner, B. (1994). Sünde versus Krankheit: Die Entstehung einer Theorie wahrgenommener Verantwortlichkeit. In F. Försterling & J. Stiensmeier-Pelster (Hrsg.), *Attributionstheorie* (S. 1-27). Göttingen: Hogrefe.
- Weiner, B., Perry, R., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 738-748.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing illness perceptions. *Psychology and Health*, *11*, 431-446.
- Weis, J. (1998). Krankheitsverarbeitung und Subjektive Krankheitstheorien – Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 13-25). Stuttgart: Schattauer.
- White, M. & Dorman, S.M. (2001). Receiving social support online: Implications for health education. *Health Education Research*, *16* (6), 693-707.
- Wilcke, S. (2006). Psychoonkologie. In H. Stamatiadis-Smidt, H. zur Hausen, O. D. Wiestler & H.-J. Gebest (Hrsg.), *Thema Krebs* (3. Aufl.) (S. 164-165). Berlin: Springer.
- Wolf, C., Meyer, P.C., Richter, D., Riehl-Emde, A., Ritter-Landolt, C., Sieber, M., Steiner, R. & Buddeberg, C. (1995). Kausalattributionen und Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, *41*, 356-369.

- Wölfl, H. (2007). *Strategien der Krankheitsverarbeitung*. Powerpointpräsentation zum Seminar „Psychoonkologie“ an der Universität Wien, Wintersemester 07/08.
- Zaun, S. (2002). *Psychometrische Überprüfung und Weiterentwicklung des Dealing with Illness Inventory – Revised an einer Stichprobe aus einer onkologischen Rehabilitationsklinik*. Abgefragt 01.07.2008, von http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=968450083&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=968450083.pdf
- Zbinden, M. & Perrez, M. (2002). Krankheitsverarbeitung/Belastungsverarbeitung bei somatischen Krankheiten. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der psychosozialen Medizin* (S. 266-293). Göttingen: Hogrefe.
- Ziegler, G. (1989). Psychische Folgen von Tumorerkrankungen. In G. Ziegler, R.S. Jäger & I. Schüle (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten* (S. 1-19). Stuttgart: Enke.
- Ziegler, G. & Gemeinhardt, A. (1989). Konzepte und Modelle zur Krankheitsverarbeitung. In G. Ziegler, R.S. Jäger & I. Schüle (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten* (S. 39-72). Stuttgart: Enke.
- Zimmermann, A. (2002). Krankheitsverarbeitung und psychosoziales Umfeld. In A. Sellschopp, M. Fegg & E. Frick (Hrsg.), *Psychoonkologie* (S. 2-7). München: Zuckschwerdt.

16 **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

- Abbildung 1. Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal et al.
- Abbildung 2. Nettiquette des Medizinportals www.med1.de
- Abbildung 3. Modifiziertes Modell zum Zusammenhang von kognitiven Repräsentationen, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität.
- Abbildung 4. Banner zur grafischen Verlinkung der Studie.
- Abbildung 5. Prozentuelle Verteilung der Stichprobe nach Herkunftsland.
- Abbildung 6. Familienstand nach Geschlecht.
- Abbildung 7. Wohnsituation nach Geschlecht.
- Abbildung 8. Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Geschlecht.
- Abbildung 9. Berufsgruppen nach Geschlecht.
- Abbildung 10. Prozentuelle Verteilung der schulmedizinischen Behandlung.
- Abbildung 11. Gruppen nach internalen, externalen sowie stressbedingt Attributionen.
- Abbildung 12. Box-Plot der Einstellungen bezüglich Online Health Care.
- Abbildung 13. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Internetnutzung.
- Abbildung 14. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Skala I des IPQ.
- Abbildung 15. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen II bis IV des IPQ.
- Abbildung 16. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Skala V des IPQ.
- Abbildung 17. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen des FKV-LIS.
- Abbildung 18. Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und psychischem Summenskala der SF-12.
- Abbildung 19. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Internetnutzung.
- Abbildung 20. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Skala I des IPQ.
- Abbildung 21. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen II bis IV des IPQ.
- Abbildung 22. Erkrankungsspezifische Unterschiede in der Skala V des IPQ.
- Abbildung 23. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Skalen des FKV-LIS.
- Abbildung 24. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen der SF-12.

Abbildung 25. Erkrankungsspezifische Unterschiede in den Skalen der ATOHC.

Abbildung 26. Behandlungsspezifische Unterschiede in den Skalen der SF-12.

Abbildung 27. Vergleich von Bewältigungsstrategien onkologischer Patienten.

Abbildung 28. Normspezifische Mittelwertsvergleiche in den Skalen des SF-12.

Abbildung 29. Unterschiede in den Skalen der ATOHC.

Abbildung 30. Altersvergleich GfK (2008) und vorliegende Studie.

Abbildung 31. Durchschnittsalter der unterschiedlichen Krebsarten.

17 TABELLENVERZEICHNIS

- Tabelle 1. Inzidenz und Mortalität von ausgewählten Krebsarten im Kalenderjahr 2000.
- Tabelle 2. Theoretische Konzepte psychosozialer Krebsgenese.
- Tabelle 3. Unterschiede zwischen Alltags- und wissenschaftlichen Theorien.
- Tabelle 4. Dimensionen der Krankheitsverarbeitung.
- Tabelle 5. Unterschiede zwischen asynchronen und synchronen Internetdiensten.
- Tabelle 6. Internet-basierte Datenerhebungsverfahren.
- Tabelle 7. Interpretation von Korrelationen.
- Tabelle 8. Mittelwert und Standardabweichung der Formen von Internetnutzung.
- Tabelle 9. Häufigkeit und Prozentsatz der unterschiedlichen Krebsdiagnosen.
- Tabelle 10. Häufigkeit und Prozentsatz vermuteter Ursachen gereiht nach Relevanz.
- Tabelle 11. Häufigkeit und Prozentsatz vermuteter Ursachen gereiht nach Relevanz gesamt.
- Tabelle 12. Mittelwert und Standardabweichung der Arten von Ursachenzuschreibungen.
- Tabelle 13. Häufigkeit und Prozentsatz hilfreicher Bewältigungsstrategien gereiht nach Relevanz.
- Tabelle 14. Häufigkeit und Prozentsatz hilfreicher Bewältigungsstrategien gereiht nach Relevanz gesamt.
- Tabelle 15. Deskriptive Statistik der unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen.
- Tabelle 16. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten den FKV-LIS Skalen „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“.
- Tabelle 17. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten der Summenskalen der SF-12.
- Tabelle 18. Deskriptive Statistik unterschiedlicher Ausbildungssparten der ATOHC Skala „Selbstwirksamkeit in Bezug auf Information und Intention“.
- Tabelle 19. Zusammenhänge zwischen Alter und den Skalen I bis IV des IPQ.
- Tabelle 20. Korrelationen zwischen den Skalen des IPQ und FKV-LIS.
- Tabelle 21. Regressionsmodelle und Prädiktoren für die Krankheitsbewältigungsskalen des FKV-LIS.

- Tabelle 22. Qualitativ vorgenommene erstgereichte Krankheitsursachen eingeteilt nach internalen, sozial externalen, fatalistisch externalen Kontrollüberzeugungen.
- Tabelle 23. Korrelationen zwischen unterschiedlichen Ursachenzuschreibungen.
- Tabelle 24. Mittelwert und Standardabweichung der unterschiedlichen Lebensqualitätswerte.
- Tabelle 25. Häufigkeit und Prozentsatz der meistgenannten Diagnosen.
- Tabelle 26. Gegenüberstellung der vermuteten Krankheitsursachen: Vorliegende Stichprobe und Förster (2003)
- Tabelle 27. Mittelwerte vorliegende Studie und Pintzinger (2007) in den Skalen der ATOHC.

ANHANG

ONLINE-FRAGEBOGEN

Studie zu subjektiven Vorstellungen über die eigene Krebserkrankung
und deren Bewältigung 

Herzlich Willkommen!

Liebe Teilnehmerin! Lieber Teilnehmer!

Vielen Dank für Ihr Interesse an dieser Online-Befragung! Wir interessieren uns für *persönliche Gedanken über Ihre Krebserkrankung und deren Bewältigung*. Mit der Teilnahme an dieser Studie leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung von Gedanken und Empfindungen, die in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten können.

Die Untersuchung wird im Rahmen einer Diplomarbeit an der psychologischen Fakultät der Universität Wien durchgeführt. Ihre Daten unterliegen *strengster Anonymität*; zu keinem Zeitpunkt der Erhebung können somit Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken, werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihre Mitarbeit wird ca. *15–20 Minuten* in Anspruch nehmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, wir sind an *Ihren persönlichen Vorstellungen* interessiert. Die vollständige Bearbeitung der Fragen ist sehr wichtig, um Ihre Angaben in die Studie miteinbeziehen zu können. Klicken Sie bitte auf "**Start**", um mit der Befragung zu beginnen. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit!

Julia Setz & Dorothea König

Diese Online-Studie wird an der Universität Wien durchgeführt. | © 2007–2008 | [Kontakt und Impressum](#)

Bitte machen Sie Angaben zu folgenden Bereichen

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: (Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Herkunftsland:

- Österreich
- Deutschland
- Schweiz
- anderes Land in Europa
- anderes Land außerhalb Europas

Familienstand:

- ledig
- verheiratet/in Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Wohnsituation:

Größe Ihres Wohnortes:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Berufsgruppe: (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | <input type="checkbox"/> in Karenz/Mutterschutz |
| <input type="checkbox"/> ArbeiterIn/FacharbeiterIn | <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r) | <input type="checkbox"/> in Pension/Rente |
| <input type="checkbox"/> selbstständig/freiberuflich tätig | <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> | |

Welche Internetdienste nutzen Sie hinsichtlich *gesundheitsbezogener bzw. medizinischer* Belange?

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
Suche nach Informationen	<input type="radio"/>				
Foren/Newsgroups	<input type="radio"/>				
Chats mit Freunden/Verwandten/Bekanntem	<input type="radio"/>				
Chats mit Fremden (z.B. mit beratenden Experten)	<input type="radio"/>				
E-Mail	<input type="radio"/>				
Online-Shopping (z.B. Bücher, Medikamente)	<input type="radio"/>				
Sonstiges	<input type="radio"/>				

Um die Studie mit größtmöglicher Sorgfalt durchführen zu können, benötigen wir folgende Angaben zu Ihrer Erkrankung:

Wir bitten Sie, in diesem Feld Ihre Diagnose einzugeben (Art der Krebserkrankung und wenn möglich Schweregrad oder Stadium):

Wann wurde Ihre Krankheit diagnostiziert? (Bitte geben Sie Monat und Jahr an.)

Monat: Jahr:

Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Erkrankung in schulmedizinischer Behandlung?

- nein
- ja, seit weniger als 6 Monaten
- ja, seit mehr als 6 Monaten
- ja, seit einem Jahr oder länger

Sonstige Anmerkungen zu Diagnose und/oder Behandlung:

Bitte geben Sie an, wie oft Sie folgende Symptome als Teil ihrer Krankheit erleben.

	immer	oft	manchmal	nie
Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brennende Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir sind daran interessiert, zu erfahren, wie Sie momentan Ihre aktuellen Krankheitssymptome einschätzen. Bitte geben Sie dazu an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

	stimmt voll und ganz	stimmt	weder noch	stimmt nicht	stimmt über- haupt nicht
Es fällt mir nicht schwer, mit meiner Krankheit zu leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit hat gravierende finanzielle Folgen für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit ist ein ernstzunehmender Zustand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit hat große Auswirkungen auf mein Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit wird mit der Zeit besser werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Vieles, was ich tun kann, um meine Symptome unter Kontrolle zu halten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit wird lange Zeit andauern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit hat keine Auswirkungen auf mein Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt voll und ganz	stimmt	weder noch	stimmt nicht	stimmt über- haupt nicht
Ich kann viel dazu beitragen, ob meine Krankheit besser oder schlechter wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit hat großen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt nur sehr wenig, was getan werden kann, um meine Krankheit zu verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit wird nur kurze Zeit dauern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Krankheit hat großen Einfluss darauf, wie ich selbst mich als Person sehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Heilung meiner Krankheit hängt größtenteils vom Zufall oder Schicksal ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Behandlung wird meine Krankheit wirksam heilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uns interessiert, was Sie als mögliche Ursache für Ihre Krankheit betrachten, also Ihre persönlichen Ansichten darüber, was Ihrer Meinung nach Ihre Krankheit verursacht (nicht das, was andere, einschließlich Ärzte oder Familie, Ihnen als Ursache nahelegen). Wir bitten Sie nun, anhand folgender Liste mit möglichen Krankheitsursachen anzugeben, wie stark die jeweilige Ursache für Sie zutrifft.

	stimmt voll und ganz	stimmt	weder noch	stimmt nicht	stimmt über- haupt nicht
Vererbt, kommt in meiner Familie öfter vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zufall oder Pech	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakterien oder Viren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigenes Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungs- oder Essgewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein emotionales Befinden, z.B. sich bedrückt, einsam, ängstlich, leer fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie nun noch an, welche drei Faktoren Ihrer Meinung nach am meisten für ihre Krankheit verantwortlich sind. Sie können dazu Ursachen aus der oben angeführten Auflistung oder auch nicht genannte Ursache wählen.

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>

In der Folge geht es darum, genauer zu erfahren, wie Sie in der vergangenen Woche mit ihrer Erkrankung umgegangen sind, was Sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben und wie weit Ihnen dies geholfen hat, um mit Ihrer Situation fertig zu werden. Wir bitten Sie nun, einzuschätzen, wie stark die folgenden Aussagen für Sie persönlich und Ihre Situation in der vergangenen Woche zutrafen.

	sehr stark zutreffend	ziemlich zutreffend	mittelmäßig zutreffend	wenig zutreffend	gar nicht zutreffend
Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herunterspielen der Bedeutung der Tragweite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich selbst die Schuld geben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere verantwortlich machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen Plan machen und danach handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	sehr stark zutreffend	ziemlich zutreffend	mittelmäßig zutreffend	wenig zutreffend	gar nicht zutreffend
Gefühle nach außen zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich mehr gönnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich vornehmen, intensiver zu leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich selbst bemitleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich selbst Mut machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfolge und Selbstbestätigung suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	sehr stark zutreffend	ziemlich zutreffend	mittelmäßig zutreffend	wenig zutreffend	gar nicht zutreffend
Sich abzulenken versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abstand zu gewinnen versuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Krankheit als Schicksal annehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ins Grübeln kommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trost im religiösen Glauben suchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Schicksal hadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genau den ärztlichen Rat befolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	sehr stark zutreffend	ziemlich zutreffend	mittelmäßig zutreffend	wenig zutreffend	gar nicht zutreffend
Vertrauen in die Ärzte setzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderen Gutes tun wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Galgenhumor entwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich gerne umsorgen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich von anderen Menschen zurückziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche der aufgelisteten Aspekte haben Ihnen am meisten geholfen, um damit fertig zu werden? Bitte nennen Sie drei Begriffe bzw. Aussagen nach der Reihenfolge ihrer persönlichen Bedeutung:

1.

2.

3.

In der Folge geht es darum, wie Sie Ihren Gesundheitszustand beurteilen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie jeweils die Antwortmöglichkeit auswählen, die am besten auf Sie zutrifft.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="radio"/>				

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?
Wenn ja, wie stark?

	ja, sehr eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer *körperlichen* Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund *seelischer* Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
Inwieweit haben Sie <i>Schmerzen</i> in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="radio"/>				

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>					
... voller Energie?	<input type="radio"/>					
... entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>					

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="radio"/>				

Abschließend geht es um gesundheitsbezogene Internetnutzung. Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich nehme gerne an Online-Chats mit anderen Personen teil, die einen ähnlichen Gesundheitszustand haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gebe meine E-Mail-Adresse auf gesundheitsbezogenen Webseiten an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten hat sich meine körperliche Gesundheit durch Ratschläge, die ich im Internet von anderen PatientInnen erhalten habe, verbessert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme gerne an Internet-Foren zu meinem Gesundheitszustand teil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lese die Datenschutzerklärung auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lese gerne Neuigkeiten über Gesundheitsthemen, die mich nicht betreffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme gerne an E-Mail-Diskussionen über meinen Gesundheitszustand teil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich habe das Gefühl, dass ich die Qualität eines medizinischen Forschungsartikels im Internet beurteilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten bin ich über meinen Gesundheitszustand weniger besorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einem Online-Ratschlag von einer Ärztin/einem Arzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lese im Internet gerne über den Krankheitsverlauf von anderen Personen, die einen ähnlichen Gesundheitszustand wie ich haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue Online-Werbungen von pharmazeutischen Unternehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten fühle ich mich wegen meines Gesundheitszustandes weniger niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einem Online-Ratschlag von einer Krankenschwester/einem Krankenpfleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich gebe meinen Namen auf einer gesundheitsbezogenen Webseite an, wenn ich dafür persönliche Informationen erhalte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten bin ich wegen meines Gesundheitszustandes weniger verunsichert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einem Online-Ratschlag von einer Ernährungsexpertin/einem Ernährungsexperten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tausche gerne private E-Mails mit anderen Personen aus, die einen ähnlichen Gesundheitszustand haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einer Webseite mehr, auf der die finanziellen Interessen einer Gesundheitsexpertin/eines Gesundheitsexperten ersichtlich sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten fühle ich mich durch meinen Gesundheitszustand weniger belastet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einem Online-Ratschlag von einer Apothekerin/einem Apotheker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich bin zufrieden mit dem Ausmaß an Unterstützung, das ich im Internet von anderen Personen mit einem ähnlichen Gesundheitszustand erhalte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue eher den Produkten, die andere PatientInnen im Internet verkaufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten hat sich meine Lebensqualität verbessert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachdem ich andere Personen mit einem ähnlichen Gesundheitszustand im Internet getroffen habe, fühle ich mich psychisch besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue eher einer Webseite mit Gütesiegel, auch wenn ich nicht weiß, welche Organisation es vergeben hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten kann ich meinen Gesundheitszustand besser akzeptieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tausche mich gerne in Online-Chats mit GesundheitsexpertInnen über meinen Gesundheitszustand aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Je öfter ich Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten besuche, desto wohler fühle ich mich, wenn ich mit anderen über meinen Gesundheitszustand spreche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue einer Webseite, die von einer Gesundheitsbehörde befürwortet wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten bin ich zuversichtlicher bezüglich meines Gesundheitszustandes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue Online-Zusammenfassungen von Artikeln über Gesundheitsforschung, auch wenn nicht ersichtlich ist, wer sie verfasst hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne mehr Personen mit einem ähnlichen Gesundheitszustand im Internet treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich die Berechtigungsnachweise von GesundheitsexpertInnen beurteilen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner Besuche auf Webseiten mit gesundheitsbezogenen Inhalten kann ich mit meinem Gesundheitszustand besser umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich finde, dass Gesundheitsinformationen im Internet gut verständlich sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich unterstütze im Internet gerne andere Personen mit einem ähnlichen Gesundheitszustand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevor ich im Internet Informationen über meinen Gesundheitszustand angebe, möchte ich wissen, wie sie genützt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mich gerne mit Personen austauschen, die in meiner näheren Umgebung wohnen und einen ähnlichen Gesundheitszustand haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue eher einer Webseite, die von einer nationalen Vereinigung befürwortet wird, auch wenn ich die Vereinigung nicht kenne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue Online-Berichten über medizinische Studien, die bereits in Zeitschriften veröffentlicht wurden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachdem ich andere Personen mit einem ähnlichen Gesundheitszustand getroffen habe, fühle ich mich weniger allein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sie haben nun alle Fragen der Studie beantwortet!

Alle Daten werden anonym behandelt und ausgewertet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Klicken Sie bitte auf "**Daten absenden**", um die Befragung abzuschließen und Ihre Antworten zu speichern.

Daten absenden

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Antworten wurden gespeichert!

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen zur Studie haben, schreiben Sie uns eine E-Mail – siehe [Kontakt und Impressum](#).

Kontakt und Impressum

Kontaktdaten:

Julia Setz und Mag. Dorothea König
Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Arbeitsbereich Klinische und Gesundheitspsychologie
Liebiggasse 5/3, A-1010 Wien

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen zur Studie haben, schreiben Sie uns eine E-Mail:

Julia Setz: a0007799@unet.univie.ac.at oder Dorothea König: dorothea.koenig@univie.ac.at

Information:

Diese Online-Studie wird im Rahmen der Diplomarbeitenuntersuchung von Julia Setz durchgeführt. Die Umsetzung und Realisierung der Studie wird von Mag. Dorothea König (see [link](#)) unterstützt. Die Betreuung der Diplomarbeit erfolgt durch Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, Leiterin des Instituts für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie der Universität Wien.

Datenschutz:

Ihre Daten, die Sie in dieser Studie durch Beantworten der Fragen an unseren Server schicken, werden vertraulich behandelt und sind anonym. Rückschlüsse auf Ihre Person sind somit nicht möglich. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

[Zur Startseite der Studie >>](#)

BANNER

Subjektive Vorstellungen über die eigene Krebserkrankung und deren Bewältigung	Jetzt an der Online-Studie teilnehmen 	 universität wien
--	--	---

FORENTEXT

Sehr geehrte Damen und Herren,

die psychologische Fakultät der Universität Wien bittet Sie um Ihre wertvolle Mithilfe. Die im folgenden Link abrufbare Online-Studie mit dem Thema „Subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität bei krebserkrankten Patienten“ untersucht die mit Krebs im Zusammenhang stehenden Vorstellungen über die Erkrankung und die Lebensqualität der Betroffenen sowie den Stellenwert der Onlineunterstützung als Bewältigungsform.

Hier gehts zur Studie:

<http://www.unet.univie.ac.at/~a0007799/php/>

Vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung, Sie leisten damit einen bedeutsamen Beitrag zur Erforschung jener Denkprozesse, die im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten können. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich strengster Anonymität.

Mit herzlichen Grüßen aus Wien,

Julia Setz

(Diplomandin)

LISTE DER KOOPERATIONSPARTNER

FOREN

<http://forum.prostatakrebs-bps.de/>

<http://www.forum.hodgkin-info.de>

<http://www.medizin-forum.de>

<http://www.krebsliga.ch>

<http://www.krebsforum-lazarus.ch/forum/>

<http://www.med1.de>

<http://www.krebsforum.at>

<http://www.leukaemie-hilfe.de/foren.html?&L=0>

<http://www.meinkrebs.de>

<http://www.onmeda.de/foren/forum-krebserkrankungen>

<http://www.forum-hodenkrebs.de>

WEBSITES

<http://www.oegpo.at>

<http://www.krebshilfe.net>

<http://www.inkanet.de/>

<http://www.tzb.de/>

<http://www.vereinlebenswert.de>

Studivz Gruppe „Krebs, na und.“

VIELEN DANK!



GOOGLE ANALYTICS

www.unet.univie.ac.at/~a0007799/php/
Dashboard

Nov 25, 2007 - Apr 30, 2008
 Comparing to: Site



Site Usage

1,014 Visits

6,761 Pageviews

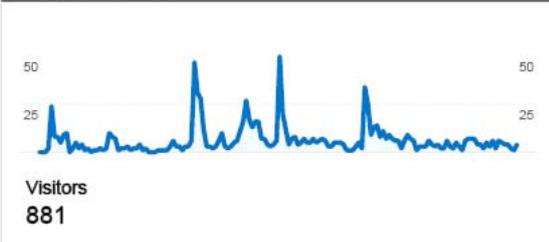
6.67 Pages/Visit

31.46% Bounce Rate

00:07:53 Avg. Time on Site

86.88% % New Visits

Visitors Overview



Map Overlay world



Traffic Sources Overview

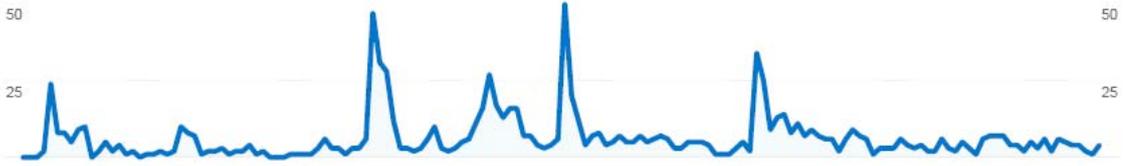


Content Overview

Pages	Pageviews	% Pageviews
/~a0007799/php/	1,069	15.81%
/~a0007799/php/703460159.ph	734	10.86%
/~a0007799/php/420750281.ph	528	7.81%
/~a0007799/php/193600325.ph	437	6.46%
/~a0007799/php/562390484.ph	428	6.33%

Visitors Overview

Comparing to: Site



881 people visited this site

-  **1,014** Visits
-  **881** Absolute Unique Visitors
-  **6,761** Pageviews
-  **6.67** Average Pageviews
-  **00:07:53** Time on Site
-  **31.46%** Bounce Rate
-  **87.08%** New Visits

Technical Profile

Browser	Visits	% visits	Connection Speed	Visits	% visits
Internet Explorer	585	57.69%	DSL	380	37.48%
Firefox	379	37.38%	Dialup	264	26.04%
Safari	21	2.07%	Unknown	260	25.64%
Opera	18	1.78%	Cable	72	7.10%
Mozilla	7	0.69%	T1	38	3.75%

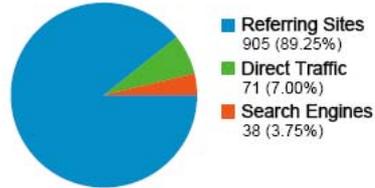
Traffic Sources Overview

Comparing to: Site



All traffic sources sent a total of 1,014 visits

-  7.00% Direct Traffic
-  89.25% Referring Sites
-  3.75% Search Engines



Top Traffic Sources

Sources	Visits	% visits	Keywords	Visits	% visits
medizin-forum.de (referral)	191	18.84%	"julia setz"	10	26.32%
forum.hodgkin-info.de (referral)	176	17.36%	online studie	6	15.79%
med1.de (referral)	159	15.68%	julia setz	3	7.89%
forum.prostatakrebs-bps.de	120	11.83%	online befragung	3	7.89%
(direct) ((none))	71	7.00%	datenschutz onlinebefragung	1	2.63%



1,014 visits came from 21 countries/territories

Site Usage						
Visits	Pages/Visit	Avg. Time on Site	% New Visits	Bounce Rate		
1,014	6.67	00:07:53	87.08%	31.46%		
% of Site Total: 100.00%	Site Avg: 6.67 (0.00%)	Site Avg: 00:07:53 (0.00%)	Site Avg: 86.88% (0.23%)	Site Avg: 31.46% (0.00%)		
Country/Territory	Visits	Pages/Visit	Avg. Time on Site	% New Visits	Bounce Rate	
Germany	798	6.98	00:08:15	88.10%	29.57%	
Austria	132	4.59	00:04:45	77.27%	43.94%	
Switzerland	40	5.82	00:08:26	95.00%	40.00%	
Italy	9	8.89	00:12:35	66.67%	22.22%	
Luxembourg	4	11.50	00:24:14	75.00%	0.00%	
France	4	10.25	00:08:00	100.00%	25.00%	
Belgium	4	6.00	00:03:22	100.00%	0.00%	
(not set)	3	11.67	00:15:43	100.00%	0.00%	
Spain	3	6.67	00:09:11	100.00%	33.33%	
United States	3	12.33	00:16:23	100.00%	0.00%	



Pages on this site were viewed a total of 6,761 times

-  **6,761** Pageviews
-  **6,266** Unique Views
-  **31.46%** Bounce Rate

Top Content

Pages	Pageviews	% Pageviews
/~a0007799/php/	1,069	15.81%
/~a0007799/php/703460159.php	734	10.86%
/~a0007799/php/420750281.php	528	7.81%
/~a0007799/php/193600325.php	437	6.46%
/~a0007799/php/562390484.php	428	6.33%

CURRICULUM VITAE

PERSÖNLICHE DATEN

Name Julia Setz
Geburtsdatum 21.03.1982
Hauptwohnsitz 1180 Wien
Nebenwohnsitz 8990 Bad Aussee
E-Mail j.setz@gmx.at

AUS- UND WEITERBILDUNGEN

2001 – 2008 Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
Ausbildungsschwerpunkte: Klinische und Gesundheitspsychologie
Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Psychologische Diagnostik
Gesundheit und Internet
Psychoonkologie
Online-Research

2007 – 2008 Psychotherapeutisches Propädeutikum
HOPP, 1090 Wien

2006 Ausbildung zur diplomierten Entspannungstrainerin
Gesundheitswerkstatt, 1170 Wien

2000 AHS Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
Erzherzog Johann Gymnasium BORG, 8990 Bad Aussee

PRAKTIKA

07/2007 – 09/2007 Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie
Station 2 für allgemeine Psychosomatik

08/2006 – 10/2006 Sozialmedizinisches Zentrum Ost Wien
Station 57 Akutpsychiatrie

07/2006 – 08/2006 Landeskrankenhaus Rottenmann
Konsiliarpsychologie

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit alleine und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat.

Alle Ausführungen dieser Diplomarbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Julia Setz

Wien, im Oktober 2008