

**Alters- und geschlechtsspezifische
Belastungsverarbeitung und Lebensqualität
von Tumorpatienten im stationären Hospiz
und im Krankenhaus**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von: Tobias Hecht

geboren am: 14.11.1980 **in** Meerane

Gutachter:

- 1. Prof. Dr. B. Strauß (Jena)**
- 2. PD Dr. H.-J. Fricke (Jena)**
- 3. Prof. Dr. Chr. Schröder (Leipzig)**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 2. Juni 2008

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	-	Abbildung
bzw.	-	beziehungsweise
et al.	-	und andere
etc.	-	et cetera
d. h.	-	das heißt
i. d.	-	in der
männl.	-	männlich
s.	-	siehe
soz.	-	sozialen
Tab.	-	Tabelle
u.	-	und
&	-	und
u.a.	-	unter anderem
usw.	-	und so weiter
v. a.	-	vor allem
weibl.	-	weiblich
z. B.	-	zum Beispiel
zw.	-	zwischen

Inhaltsverzeichnis

I Zusammenfassung.....	1
II Einleitung.....	3
II Gegenwärtiger Stand der Forschung.....	4
1. Krebs und Krankheitsverarbeitung.....	4
2. Krankheitsverhalten bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen.....	11
3. Hospizforschung.....	14
4. Unterschiede zwischen Krankenhaus und stationärem Hospiz.....	17
IV Ziele der Arbeit.....	20
1. Zielsetzung der Studie.....	20
2. Hypothesen.....	22
Hypothese I.....	22
Hypothese II.....	22
Hypothese III.....	22
V Methodik.....	23
1. Zusammensetzung der Stichprobe.....	23
1.1 Altersverteilung der Studienteilnehmer.....	24
1.2 Geschlechtsverteilung der Studienteilnehmer.....	24
2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente.....	25
2.1 Soziodemographische Daten.....	25
2.2 Medizinische Daten.....	25
2.3 Krankheitsverarbeitung.....	26
2.4 Lebensqualität.....	27
2.5 Lebenszufriedenheit.....	28
2.6 Soziale Unterstützung.....	29
2.7 Religion.....	30
2.8 Lebensqualität - Fremdbeurteilung.....	30
3. Statistik und Auswertung.....	32
4. Ablauf der Untersuchung.....	32

VI Ergebnisse.....	34
1. Soziodemographische Angaben.....	34
2. Fremdbeurteilung der Lebensqualität über den Spitzer Index.....	36
3. Unterschiede in den verwendeten Copingstrategien.....	38
3.1 Coping innerhalb Klinik und Hospiz.....	39
3.2 Coping innerhalb Klinik und Hospiz unter Berücksichtigung des Alters.....	40
3.3 Altersspezifisches Coping unter Berücksichtigung des Geschlechts.....	42
4. Unterschiede in der Lebensqualität.....	43
4.1 Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Klinik und Hospiz.....	44
4.2 Altersspezifische Unterschiede in der Lebensqualität.....	46
4.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebensqualität.....	47
5. Unterschiede in der Lebenszufriedenheit.....	48
5.1 Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen Klinik und Hospiz.....	49
5.2 Altersspezifische Unterschiede in der Lebenszufriedenheit.....	50
5.3 Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des Alters und der Institution.....	51
6. Unterschiede in der sozialen Unterstützung.....	52
6.1 Unterschiede in der sozialen Unterstützung zwischen Klinik und Hospiz.....	53
6.2 Soz. Unterstützung bei Berücksichtigung von Institution, Alter u. Geschlecht.....	54
7. Zusammenfassende Hypothesenbeurteilung.....	55
7.1 Hypothese I.....	55
7.2 Hypothese II.....	56
7.3 Hypothese III.....	57
7.4 Ergebnisse in Tabellenform.....	59
8. Vorhersagbarkeit der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.....	60
8.1 Vorhersagbarkeit der Lebensqualität durch Copingstrategien.....	60
8.2 Vorhersagbarkeit der Lebensqualität durch die Soziale Unterstützung.....	61
8.3 Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit durch Coping.....	62
8.4 Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit durch die Soziale Unterstützung.....	63

VII Diskussion.....	65
1.1 Ausblick.....	83
VII Literaturverzeichnis.....	85
IX Anhang.....	94
Ehrenwörtliche Erklärung.....	106
Danksagung.....	107
Lebenslauf.....	108

I Zusammenfassung

Diese Studie untersucht die altersabhängige Belastungsverarbeitung bei Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Dabei interessieren v. a. die Fragen nach altersspezifischen Copingstrategien sowie existierenden Unterschieden in den Variablen Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung zwischen „jungen“ und „alten“ Tumorpatienten. Neben 66 Klinikpatienten wurden im Zuge der zunehmenden Bedeutung der „palliative Care“ auch 39 Hospizbewohner befragt. Hierbei wurde nicht nach der Tumorart unterschieden, da die psychologischen Belastungen hinsichtlich der Krebsart nur geringe Unterschiede aufweisen (Fillipp & Ferring 1988; Deimling et al. 2006). Auch die bisherige Therapie blieb in unserer Studie unberücksichtigt. Eingeschlossen wurden Patienten und Bewohner mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Tumorart und Tumorstadium bildeten dabei die Kontrollvariablen. Die Befragung fand über Fragebögen statt, welche den Patienten oder Bewohnern vom Einrichtungspersonal ausgehändigt wurden. Diese Bögen beinhalteten Fragen zur Krankheitsverarbeitung (FKV), zur Lebensqualität (EORTC QLQ C30), zur Lebenszufriedenheit (modifizierter FLZ) und zur sozialen Unterstützung (FsozU K14). Ergänzt wurden Fragen zur Religiosität und zu den soziodemographischen Angaben. Die Rücklaufquote der Fragebögen der Klinikpatienten lag bei 55 %, die der Hospizbewohner bei 44 %.

In der Fremdbeurteilung der Lebensqualität schnitten die Hospizbewohner im Vergleich in jedem Bereich schlechter ab als die Klinikpatienten. Signifikante Unterschiede wurden zwischen diesen Gruppen in den Bereichen „Aktivität“ und „Alltagsleben“ nachgewiesen. Der geringste Unterschied zeigte sich im Bereich der „Zukunftsorientierung“.

„Junge“ Klinikpatienten verwendeten im Vergleich zu den älteren Patienten signifikant häufiger die Copingstrategie einer „aktiven problemorientierten Bewältigung“. Im stationären Hospiz nutzten hingegen die älteren Hospizbewohner diese Strategie häufiger. Die Klinikpatienten verwendeten im Vergleich zu den Hospizbewohnern die Strategien „Aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ häufiger, während die Hospizbewohner die Strategien „Depressive Verarbeitung“, „Bagatellisieren“ sowie „Andere“ häufiger anwendeten.

Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität von Klinikpatienten zeigten sich in den Bereichen der „Sozialkontakte“ und „finanziellen Lage“. Hierbei gaben die älteren Patienten im Vergleich zu den jüngeren in diesen Bereichen geringere Schwierigkeiten an. Zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern existierten bezüglich der Lebensqualität keine signifikanten Unterschiede. Die Hospizbewohner bewerteten im Vergleich zu den Klinikpatienten ihre Lebensqualität in allen Bereichen durchweg als niedriger. Die geringsten Unterschiede zwischen den Institutionen wurden in den Bereichen der „generellen Symptome“ und der „emotionalen Befindlichkeit“ nachgewiesen. Gerade diese Bereiche sind durch die Betreuung der Betroffenen innerhalb der Einrichtungen modifizierbar. Daher wäre der geringe Unterschied zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern in diesen Bereichen möglicherweise ein Anhaltspunkt für die qualitative Betreuung der Betroffenen innerhalb der stationären Hospize.

Bezüglich ihrer Lebenszufriedenheit schienen die älteren Klinikpatienten in den Bereichen „Gesundheit“ und „finanzielle Lage“ zufriedener zu sein als die jüngeren Patienten, während diese in den Bereichen „eigene Person“, „Partnerschaft“ sowie im Bereich „Freunde und Verwandte“ zufriedener waren. Signifikant war dabei lediglich der Unterschied im Bereich der „finanziellen Lage“. Die Lebenszufriedenheit der „jungen“ Hospizbewohner war mit Ausnahme des Bereichs „Partnerschaft“ im Vergleich zu den älteren Bewohnern durchweg niedriger. Signifikant waren die Unterschiede in den Bereichen zur „eigenen Person“ und zur „finanziellen Lage“.

Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Klinikgruppe wurden nicht nachgewiesen. Zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern existierte ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Jedoch fühlten sich ältere weibliche Hospizbewohner gegenüber jüngeren weiblichen Hospizbewohnern besser sozial integriert.

Die Klinikpatienten erhielten im Vergleich zu den Hospizbewohnern ein höheres Maß an sozialer Unterstützung.

Die Ergebnisse zeigten einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen „depressiver Verarbeitung“ und „sozialer Integration“ einerseits und der Lebensqualität andererseits sowie einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen „aktiver problemorientierter Bewältigung“ und der Lebenszufriedenheit.

Aufgrund fehlender Studien über das Krankheitsverhalten von Hospizbewohnern wären weiterführende quantitative und qualitative Forschungen auf diesem Gebiet wünschenswert.

II Einleitung

In Deutschland starben laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2005 annähernd 217.000 Menschen an einer Tumorerkrankung. Neben der Frage: „Woran starb dieser Mensch?“, ist besonders die Frage interessant: „Wie starb dieser Mensch?“

Im Zuge der finanziellen Einschnitte im Gesundheitssektor und den ausgedehnten Rationalisierungen in diesem Bereich gerät der Patient als Mensch immer weiter in den Hintergrund. Es fehlt häufig die Zeit, sich neben der somatischen Therapie auch mit den psychischen und seelischen Lebensumständen des Betroffenen zu beschäftigen. Gerade für Erkrankte im fortgeschrittenen Stadium macht sich dieser Mangel besonders bemerkbar. Aus dieser Tatsache heraus entstanden Einrichtungen wie Palliativstationen, Hospize u. a., die sich um Menschen mit einer geringen Lebenserwartung kümmern. Diese Institutionen setzten sich zum Ziel, die Betroffenen ganzheitlich in ihrer Situation zu begleiten und ihnen die nötige Hilfe zukommen zu lassen.

Diese Einrichtungen sind durchaus notwendig, was sich in der zunehmenden Zahl der Betreuungssuchenden widerspiegelt. 2004 wurden beispielsweise ca. 5 % aller Sterbenden in einem Hospiz betreut (BAG-Hospiz Homepage).

Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wurden in unserer Untersuchung neben Krankenhausstationen zusätzlich stationäre Hospize betrachtet. Es sollte in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen werden, wie Tumorpatienten unterschiedlichen Alters im fortgeschrittenen Stadium ihre Erkrankung verarbeiten, welche soziale Unterstützung sie erhalten und wie sie ihre Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in dieser einschneidenden Situation einschätzen.

Des Weiteren wurden altersabhängig Klinikpatienten mit Hospizbewohnern verglichen, mit dem Ziel, eventuelle Unterschiede und Tendenzen hinsichtlich ihrer Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und sozialen Unterstützung sichtbar zu machen. Ein Anliegen dieser Studie war es auch, Hinweise für die qualitative Arbeit in stationären Hospizen zu finden.

III Gegenwärtiger Stand der Forschung

1. Krebs und Krankheitsverarbeitung

Krebs ist eine typische Erkrankung der westlichen Industrieländer, nahezu jede dritte Person muss heute damit rechnen, an Krebs zu erkranken. Für die Entstehung einer Krebserkrankung wird heute allgemein nicht mehr von einer einzigen Ursache ausgegangen, sondern vielmehr von einem Zusammenwirken verschiedenster Faktoren. Gemeinsam ist diesen Faktoren ihr Einfluss auf die zelluläre DNS, auf welche sie durch unterschiedliche Mechanismen pathologisch wirken.

Unter den Risikofaktoren nimmt das Rauchen eine überragende Stellung ein. Weitere Risikofaktoren sind: falsche Ernährungsweise, chronische Infektionen, zu hoher Alkoholkonsum, Expositionen am Arbeitsplatz und Einflüsse aus der Umwelt (wie z. B. ultraviolette Strahlung im Sonnenlicht, Feinstaub).

Zu den häufigsten Krebsneuerkrankungen zählen bei Männern Tumorerkrankungen der Prostata, des Darms und der Lunge, wohingegen bei Frauen die häufigsten Krebsneubildungen an der Brustdrüse auftreten und erst in zweiter Linie an Darm und Lunge (RKI 2002).

Neben den somatischen Beeinträchtigungen, die je nach Krebslokalisierung und Stadium differenzieren, finden sich auch eine Reihe von psychologischen Belastungen, die mit der Tumorerkrankung auf die Betroffenen zukommen. Vor Jahren ging man davon aus, dass auch diese Belastungen je nach Tumorart variieren (Florin 1985, Ziegler 1984). Mittlerweile wird jedoch davon ausgegangen, dass die psychologischen Belastungen hinsichtlich der Krebsart nur wenige Unterschiede aufweisen, dies zeigen Studien von Philipp & Ferring (1988), Pettingale et al. (1988), Weis (2002) und Deimling et al. (2006).

Wichtige Vertreter der Copingforschung stellten um die 60er Jahre Lazarus und Folkman (1966) dar. Sie postulierten, dass die Krankheitsbewältigung (Coping) primär auf eine Wiederherstellung des psychischen und physischen Gleichgewichts abzielt und v. a. den bewussten Anteil umfasst, welcher einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität dient.

Die Auseinandersetzung mit dem neuen Lebensumstand erfolgt v. a. auf drei Ebenen: der kognitiven Ebene, der emotionalen Ebene und auf der Ebene des Verhaltens. Heim et al. (1991) ordneten jeder dieser Ebenen bestimmte Bewältigungsformen zu, welche in Tabelle III.1 dargestellt sind.

Tab. III.1: Formen der Krankheitsbewältigung

Kognitionsbezogene Bewältigungsformen	Emotionsbezogene Bewältigungsformen	Verhaltensbezogene Bewältigungsformen
Ablenken	Hadern, Selbstbedauern	ablenkendes Anpacken
Aggravieren	emotionale Entlastung	Altruismus
Akzeptieren,	Isolieren, Unterdrücken	aktives Vermeiden
Dissimulieren	Optimismus	Kompensation
Haltung bewahren	passive Kooperation	konstruktive Aktivität
Humor, Ironie	Resignation, Fatalismus	konzentrierte Entspannung
Problemanalyse	Selbstbeschuldigung	sozialer Rückzug
Relativieren	Schuldzuweisung	Solidarisieren
Religiosität	Wut ausleben	krankheitsbezog. Zupacken
Grübeln		Zuwendung
Sinngebung		
Valorisieren		

Bei der Bewältigung von Belastungssituationen handelt es sich nicht um einen starren Vorgang, sondern um einen aktiven und dynamischen Prozess, der sich je nach Lebensumstand und subjektiver Bewertung verändert, dies zeigen Studien von Weis (2002), Kruse (1995) und Rowland (1990).

Jeder Mensch geht mit seiner Tumorerkrankung anders um und verarbeitet diese anders. Individuell verschieden sind demnach auch die Copingstrategien, die der Einzelne für die Verarbeitung verwendet.

Heim (1988) sieht ein adaptives Coping gekennzeichnet durch aktives, zupackendes Verhalten, das auch Zuwendung aus dem sozialen Umfeld auslöst, weiter durch eine Problemanalyse, die Anwendung bestimmter Vermeidungsstrategien je nach Krankheitsphase, das Akzeptieren, die Auflehnung und emotionale Entlastung. Nicht adaptives Coping ist nach seiner Auffassung gekennzeichnet durch eine passive resignative Grundhaltung mit anhaltender Vermeidung und Verleugnung, sozialem Rückzugsverhalten, Rumination und einer Unterdrückung von Gefühlen.

Als einen Erfolgsparameter für die adaptive Krankheitsverarbeitung betrachtet Weis (2002) die Lebensqualität der Betroffenen.

Weis interpretiert seine Ergebnisse dahingehend, dass die Summe aller Copingbemühungen für eine Anpassung an die Erkrankung von größerer Bedeutung ist als einzelne differentielle Copingstrategien. Die wichtigsten Verarbeitungsformen stellten in seiner Studie „Ablenkung/Selbstaufbau“ und „aktives problemorientiertes Coping“ dar. Am wenigsten von Bedeutung für die Verarbeitung waren die Formen „Bagatellisieren/Wunschdenken“ sowie „depressive Verarbeitung“.

Auf die Bewältigungsstrategien nehmen eine Reihe von Faktoren einen wesentlichen Einfluss, dazu zählen beispielsweise verschiedene soziodemographische Variablen wie das Alter, das Geschlecht oder der Bildungsstand, aber auch die Konfliktlösungskompetenz und die Zukunftsorientierung der Betroffenen wie Studien von Balfour & Kaplan (1998) sowie Tschuschke (2002) belegen.

Wie wichtig gerade die soziodemographischen Variablen für die Bewältigung einer Krebserkrankung sind, stellen Zbinden und Perrez (2002) in ihrer Untersuchung heraus, wobei sie der Dauer der Krankheit und den jeweiligen Erkrankungsphasen einen geringeren Einfluss auf diesen Prozess zuschreiben als den soziodemographischen Variablen.

Ältere Tumorpatienten tendieren beispielsweise allgemein weniger zur Anwendung aktional-motorischer („behavioraler“) Strategien, sondern bevorzugen vermehrt kognitive Bewältigungsformen wie Informationssuche oder -unterdrückung, kognitive Umbewertung und Sinngebung (Klauer & Filipp 1990, Pinguart 1998, Zbinden & Perrez 2002).

Jüngere Tumorpatienten bevorzugen laut Weis (2002) stärker aktive Copingstrategien, während ältere Patienten in größerem Maße Ablenkung und Selbstaufbau einsetzen.

Nach Ziegler et al. (1984) zeigen die älteren Tumorpatienten weniger Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung, während jüngere Tumorpatienten über effizientere Copingstrategien und eine allgemein positivere Lebensperspektive verfügen.

Deimling et al. (2006) fanden heraus, dass es im Alter zu einer generellen Abnahme im Gebrauch aller Bewältigungsstrategien kommt. Trotz allem sind ältere Betroffene von der Diagnose Krebs weniger gestresst als jüngere Patienten, da sie weniger von finanziellen Faktoren, der Erfüllung sozialer Rollen und ihrer Alltagsgestaltung abhängig sind (Walker et al. 2004).

Im Bezug auf den Einfluss des Geschlechts bei der Anwendung spezifischer Copingstrategien zeigte sich, dass Frauen und Männer über mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede verfügten (Hessel et al. 2000).

Frauen besitzen hierbei lediglich eine höhere Neigung zu im weitesten Sinne zuwendungsorientierten Bewältigungsformen.

Neben den Copingstrategien wird die Krankheitsverarbeitung auch wesentlich von der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung beeinflusst.

Nach House (1981) können vier Formen der sozialen Unterstützung unterschieden werden: *emotionale* Unterstützung, z. B. durch Zuwendung, *instrumentelle* Unterstützung, z. B. durch praktische Hilfen, *informative* Unterstützung und *evaluative* Unterstützung, z. B. durch Anerkennung. Mehrere Studien zeigen, dass die emotionale Unterstützung von Krebspatienten als besonders hilfreich empfunden wird, da sie das bedrohungsminimierende Bewältigungsverhalten positiv beeinflusst (Dunkel-Schetter 1984, Aymanns & Filipp 1995b). Welche Verhaltensweisen förderlich für die Freisetzung sozialer Unterstützung sind, wurde ebenfalls von Aymanns und Filipp (1995b) untersucht. Ein aktives Verhalten bewirkt demnach ein höheres Maß an sozialer Unterstützung als ein passives Verhalten. Daneben fällt auf, dass die Ablehnung bestimmter Unterstützungsformen, beispielsweise der instrumentellen Unterstützung, zur Verminderung anderer Formen, wie beispielsweise der emotionalen Unterstützung, führt. Die Effektivität und Qualität der einzelnen Unterstützungshilfen weist deutliche phasenabhängige Schwankungen auf, was v. a. Faller (1998) und Filipp (1989) zeigten. So richtet sich der Nutzen der jeweiligen Unterstützungsform sehr stark nach der momentanen Erkrankungsphase. Eine informative Unterstützung kann beispielsweise unmittelbar nach Diagnosestellung als zusätzlich belastend empfunden werden und eben nicht als hilfreich.

Für Tumorpatienten stellen die Mitglieder der Kernfamilie die wichtigste Unterstützungsquelle dar. Durch wiederholte Klinik- und Kuraufenthalte kam es noch Anfang der 90er Jahre zu längerfristigen Trennungen von der Familie (Schulz et al. 1990) und zu einer damit verbundenen sozialen Isolation. Mit Einführung ambulanter onkologischer Therapien wurde dieser Situation jedoch entgegengewirkt.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung wird wie das Bewältigungsverhalten ebenfalls von der Geschlechtszugehörigkeit und dem Alter der Patienten beeinflusst (Aymanns & Filipp 1995a). Heterogene Befunde liegen zum Zusammenhang zwischen Lebensalter und Unterstützung bereits vor.

So berichten Aymanns und Filipp (1995a) von einer Abnahme, Ziegler et al. (1984) von einem u-förmigen Verlauf und Fuiko et al. (1991) von einer Zunahme sozialer

Unterstützung mit steigendem Lebensalter.

Mit zunehmendem Alter kommt es häufig zu einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks mit der Gefahr einer drohenden sozialen Isolation. Die Ursachen hierfür sind die häufigere Verwitmung, der Tod gleichaltriger Freunde sowie Mobilitätseinschränkungen mit steigendem Alter, die dazu führen, dass soziale Kontakte, die nicht länger der Befriedigung wichtiger Bedürfnisse dienen, eingeschränkt werden (Pinquart 2001).

Jüngere Tumorpatienten sind weniger in ihrer Mobilität eingeschränkt und verfügen im Vergleich zu älteren Patienten nach Ziegler et al. (1984) über zufriedenstellendere soziale Kontakte.

Aymanns und Filipp (1995b) untersuchten neben den Alterseffekten auch den Einfluss des Geschlechts auf die Freisetzung sozialer Unterstützung. Junge und weibliche Patienten erhielten demnach weniger praktische Unterstützung als ältere und männliche Patienten. Frauen beurteilten sich selbst zudem als weniger sozial unterstützt, was eine Untersuchung von Fuiko et al. (1991) zeigte.

Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung nimmt, ist die Religiosität. Nach Feher und Maley (1999) puffert Religion den Stress, welchen die Erkrankung mit sich bringt, liefert emotionale und soziale Unterstützung und hilft mit, einen Sinn für die Erkrankung zu finden. Religiöse Überzeugungen gehen nach Baider (1999) mit einer aktiv-kognitiven Verarbeitung und mit geringeren psychischen Belastungen einher.

Des Weiteren vermag Religiosität die Adaptation an eine Erkrankung durch Sinngebung sowie ein Gefühl der Kohärenz und Hoffnung zu geben und anhand der Religion die Verfügbarkeit verschiedener positiver Interpretationen und Erklärungen für Erfahrungen des Leidens, der Krankheit, aber auch des Sterbens und des Todes zu fördern. Religiosität erleichtert die Einordnung belastender und tragischer Ereignisse in einen Sinnzusammenhang und kann so zu einer besseren Akzeptanz der Erkrankung und der damit zusammenhängenden körperlichen und psychischen Belastungen sowie zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität beitragen, dies zeigen die Untersuchungen von Mehnert et al. (2003).

Als Kriterien für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung gelten die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit. Während die Lebensqualität eher die unmittelbaren Umstände widerspiegelt, bezieht sich die Lebenszufriedenheit auf einen größeren Zeitraum.

Damit ist sie auch resistenter gegenüber kurzfristigen Veränderungen.

In einer repräsentativen Untersuchung von Schwarz und Hinz (2001) zeigte sich, dass die Lebensqualität unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts zu betrachten ist. Danach verfügen junge Menschen über einen besseren funktionellen Status und berichten im Vergleich zu älteren über weniger generelle Symptome. Mit zunehmendem Alter wird die globale Lebensqualität und die körperliche Funktion niedriger bewertet.

Nach Thome´ et al. (2004) sind folgende Faktoren mit einer Abnahme der Lebensqualität im Alter verbunden: Hilfe im täglichen Leben, Komorbidität sowie das Vorhandensein von Schmerzen und Beschwerden.

Mit dem Auftreten einer Tumorerkrankung sind Einschränkungen in nahezu jedem Lebensbereich verbunden. Neben den körperlichen und funktionellen Beeinträchtigungen kommt es auch zu finanziellen und sozialen Schwierigkeiten, wie beispielsweise eine Verminderung der Einnahmen und längerfristige Krankenhausaufenthalte (Cassileth 1996). In einer Studie von Derks et al. (2004) konnte jedoch kein signifikanter Einfluss der Behandlung auf die Lebensqualität von „jungen“ und „alten“ Tumorpatienten festgestellt werden.

Älteren Tumorpatienten scheint mit Blick auf die Auswirkungen einer Therapie eher die Lebensqualität wichtig zu sein und weniger die Lebensquantität, während bei jüngeren Tumorpatienten bzw. Patienten mit Kindern weniger die Lebensqualität im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Verlängerung ihres Lebens (Stiggelbout et al. 1996). Dies soll jedoch nicht heißen, dass ältere Patienten eine weniger effektive Therapie wünschen, obwohl dies nach Derks et al. (2004) häufiger der Fall zu sein scheint.

Neben dem Alter wurde das Geschlecht als Einflussvariable auf die Lebensqualität von Schwarz und Hinz (2001) geprüft. Dabei berichteten die Männer im Vergleich zu den Frauen über weniger körperliche Beschwerden. Die größte Differenz zwischen beiden Geschlechtern fand sich im Bereich der „emotionalen Befindlichkeit“, wobei sich die Frauen emotional labiler einschätzten.

Weis (2002) prüfte die Vorhersagbarkeit der Lebensqualität anhand des Gebrauchs bestimmter Copingstrategien und fand einen negativen Zusammenhang zwischen depressiven Verarbeitungsstrategien und der Lebensqualität.

Während die Lebensqualität die augenblickliche Befindlichkeit erfasst, welche sich kurzfristig verändern kann, so zielt die Lebenszufriedenheit auf einen längeren Lebensabschnitt, der bewertet werden soll.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird in hohem Maße von der Stimmung zum Beurteilungszeitpunkt beeinflusst. Bei der Beurteilung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit sind dagegen keine bedeutsamen Stimmungseffekte zu erwarten, da hier die einzelnen Lebensbereiche auf der Basis von Vergleichsprozessen bewertet werden (Filipp & Buch-Bartos 1994). Die höchsten Werte im Bezug auf die Lebenszufriedenheit fanden sich bei Tumorpatienten in den Bereichen „Partnerschaft“, „Familie“ und „Freunde und Verwandte“. Die niedrigsten Zufriedenheitswerte ergaben sich in den Bereichen „körperliche Leistungsfähigkeit“, „berufliche Situation“, „Aussehen“, „Sexualität“ und „Freizeit“ (Weis 2002). In der Selbstbewertung der allgemeinen Lebenszufriedenheit fanden sich im Mittel keine oder nur geringe Zusammenhänge mit dem Alter, während in einzelnen Bereichen oft stärkere Effekte zu beobachten waren. Mit zunehmendem Alter sank die Zufriedenheit mit der „eigenen Gesundheit“, dem Bereich „Arbeit und Beruf“ und der „Sexualität“. Die Zufriedenheit mit der „finanziellen Lage“ und den „Wohnverhältnissen“ nahm dagegen mit steigendem Alter zu (Schumacher et al. 1995, Pinquart 1997).

Jüngere Tumorpatienten waren mit ihrem Leben weniger zufrieden als die älteren Patienten (Weis 2002). Ihre psychologische Verfassung war im Vergleich zu den älteren Betroffenen schlechter, sie äußerten zudem mehr Angst und zeigten mehr depressive Symptome mit Blick auf ihre Zukunft (Cassileth et al. 1986b).

Ein eindeutiger Einfluss des Geschlechts auf die Lebenszufriedenheit ließ sich nicht nachweisen, die allgemeine Lebenszufriedenheit schien sogar gänzlich unabhängig vom Geschlecht zu sein (Schumacher et al. 1996). In der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit schätzten Männer sich in den Bereichen „Gesundheit“, „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“, „eigene Person“ und „Sexualität“ zufriedener ein als Frauen (Schumacher et al. 1995).

Die hier durchgeführte Studie zielt jedoch nicht darauf ab, weitere Befunde über das Krankheitsverhalten, die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit von Tumorpatienten in frühen Erkrankungsstadien zu erhalten, sondern sie soll vielmehr dazu dienen, Erkenntnisse über die Besonderheiten der Krankheitsverarbeitung und das psychosoziale Outcome bei Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zu liefern.

2. Krankheitsverhalten bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Mit Fortschreiten der Tumorerkrankung ändert sich auch die Bewertung. Mit einer endgültigen Heilung wird immer weniger gerechnet und die Endlichkeit des Lebens wie auch der tödliche Ausgang der Erkrankung rücken zunehmend in den Mittelpunkt der Verarbeitung. In nahezu jedem Lebensbereich kommt es zu einer Reihe von Veränderungen. Das Akzeptieren der Erkrankung und Verlaufs sowie die Anpassung an die veränderten Umstände werden zum primären Ziel der Verarbeitung.

Eine Untersuchung von Classen et al. (1996) an Brustkrebspatientinnen im fortgeschrittenen Stadium zeigte, dass eine gute psychologische Anpassung mit dem Artikulieren von Emotionen und dem Vorhandensein von Kampfgeist assoziiert war, während Verleugnung und Rückzug mit einer schlechten Anpassung einhergingen.

In einer Längsschnittstudie untersuchte Sehlen et al. (2003) die Krankheitsverarbeitung von Tumorpatienten während und nach Strahlentherapie über zwei Jahre. Die am häufigsten verwendeten Copingmechanismen in dieser Untersuchung waren die „aktive problemorientierte Bewältigung“ und „depressive Verarbeitung“. Mit der Zeit nahmen diese Strategien jedoch signifikant ab und wurden nicht durch andere Bewältigungsformen ersetzt.

Das Alter, der T/M-Status sowie die Therapieoption kurativ vs. palliativ hatten in dieser Studie keinen Einfluss auf den Verarbeitungsprozess. Lediglich der Familienstand beeinflusste die Copingstrategie. So wurde die Strategie „Aktive problemorientierte Bewältigung“ von allein lebenden Betroffenen signifikant seltener verwendet.

Daneben wurde auch ein geschlechtsabhängiger Effekt sichtbar. So setzten Frauen die Bewältigungsformen in größerem Maße ein als Männer, welche die Copingstrategien weniger intensiver gebrauchten. Eine geschlechtsspezifische Anwendung der Copingstrategien wurde jedoch nicht nachgewiesen.

Mit einer hohen psychosozialen Belastung und einer geringeren Lebensqualität gingen nach Sehlen (2003) v. a. die Bewältigungsformen der „depressiven Verarbeitung“ und des „Bagatellisierens und Wunschdenkens“ einher.

Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium empfinden im Bezug auf ihre Erkrankung sehr häufig Angst und Depression so beispielsweise Angst vor dem weiteren Verlauf, Angst vorm Sterben und Loslassen des Liebgewonnenen sowie das Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit in diesem Prozess (Viney et al. 1994).

Chen et al. (2002) ging in einer chinesischen Studie der Frage nach, welche Faktoren die Ausprägung von Angst und Depression bei Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium beeinflussen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein höheres Lebensalter, zunehmende Akzeptanz der Erkrankung und ein hohes Maß an sozialer Unterstützung ein niedriges Niveau von Angst und Depression bewirkte, während ein Auflehnen gegen die Erkrankung Resignation und einen niedrigeren Karnofsky-Index mit einer höheren Expression an Angst und Depression bei den Betroffenen zur Folge hat.

Zunehmende Angst und ein vermeidendes Verhalten führten nach Hunter et al. (2006) zu einer Abnahme der emotionalen Unterstützung.

Ob mit einem fortschreitenden Verlauf der Tumorerkrankung die soziale Unterstützung zunimmt, gleich bleibt oder abnimmt, bleibt in der Literatur bislang offen.

Die Anzahl der Studien, die sich mit der Lebensqualität von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium beschäftigen, ist wesentlich geringer als die der Studien zur Lebensqualität in frühen Tumorstadien. Besonders der Zusammenhang zwischen Religion und Wohlbefinden bzw. der Lebensqualität der Betroffenen stellt einen häufigen Untersuchungsgegenstand in den Studien zur Lebensqualität im fortgeschrittenen Tumorstadium dar. Nach einer im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie von Buchholz (1996) nahm mit der Konfrontation einer lebensverkürzenden Erkrankung der spirituelle und zwischenmenschliche Aspekt zu und bestimmte so verstärkt die Lebensqualität.

Cohen et al. (2002) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Frage, was die Lebensqualität von Tumorerkrankten im fortgeschrittenen Stadium bestimmt. Das Ergebnis dieser Untersuchung war, dass eine bessere körperliche und kognitive Funktion sowie ein guter psychischer Status mit einer höheren Lebensqualität einhergingen. Des Weiteren wurde ein höheres Maß an Lebensqualität angegeben, je gewinnbringender die sozialen Beziehungen waren und je qualitativer die palliative Behandlung, wie beispielsweise die Schmerzreduktion und Symptomkontrolle, durchgeführt wurde.

Einen großen Einfluss auf die Lebensqualität besitzt auch das Ausmaß an Angst und Depressionen bei den Betroffenen. So zeigte eine Studie von Payne (1992) über Frauen, die eine palliative Chemotherapie erhielten, dass diejenigen Frauen, die älter als 60 Jahre waren, weniger Angst und Depressionen im Bezug auf die Erkrankung empfanden, weniger psychisch und körperlich gestresst waren und somit über ein höheres Maß an

Lebensqualität verfügten, als Frauen, die jünger als 50 Jahre waren und häufig mit Angst und Depressionen auf die Erkrankung reagierten.

Eine ähnliche Untersuchung wurde von Mystakidou et al. (2005) durchgeführt. Danach wurde ein höheres Maß an Angst und Depression mit einem schlechteren emotionalen Befinden, einem geringeren funktionellen Status sowie einer zunehmenden sozialen Isolation und zunehmenden generellen Symptomen assoziiert. Es fand sich weiterhin eine Alters-, Geschlechts- und Therapieabhängigkeit in Bezug auf die Ausprägung von Depressionen. Höheres Alter, weibliches Geschlecht und palliative Therapie waren mit einem signifikant höheren Ausmaß von Depressionen vergesellschaftet.

In welchem Maße Alter, Geschlecht, Copingstrategie und soziale Unterstützung zu Unterschieden in der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium beitragen, wurde bislang nicht eindeutig untersucht und soll in dieser Studie geprüft werden.

Es existieren zahlreiche psychologische Studien mit Tumorpatienten in frühen Erkrankungsphasen, jedoch nimmt deren Zahl mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ab. Die Untersuchungsergebnisse dieser Studien sind zum Teil sehr heterogen. Ursächlich hierfür sind die Vielzahl der Erhebungsinstrumente, die verschiedenen Auswahlkriterien (Tumorart, Kollektiv, etc.) sowie die häufig spezifischen Fragestellungen. Es mangelt zudem an Untersuchungen, welche das Krankheitsverhalten, die Lebensqualität und -zufriedenheit am Kollektiv der Betroffenen mit fortgeschrittener Tumorerkrankung prüfen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb, die Krankheitsbewältigung, die soziale Unterstützung, die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit gesondert an Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium zu untersuchen.

Neben der onkologischen Behandlung in Kliniken gewinnt die palliativmedizinische Betreuung sowie die Betreuung terminal erkrankter Tumorpatienten in Hospizen zunehmend an Bedeutung. Da eine flächendeckende Versorgung von terminal erkrankten Tumorpatienten in Palliativstationen bislang fehlt (BAG–Hospiz Homepage), sollen die Bewohner eines stationären Hospizes exploratorisch auf ihr Krankheitsverhalten und ihre Lebensqualität/-zufriedenheit hin untersucht werden.

3. Hospizforschung

Die Bezeichnung Hospiz ist auf die lateinischen Wörter: „hospes“ („Gast“, „Gastgeber“) und „hospitum“ („Gastfreundschaft“) zurückzuführen (Duden 1989).

Die Hospizidee in diesem Sinne wie auch der Impuls, Sterbende und Kranke zu beherbergen, geht bereits auf die Antike zurück.

Die moderne Hospizbewegung wurde von Cicely Saunders ins Leben gerufen. 1967 gründete sie das „St. Christopher`s Hospice“ in London, dessen Gründung als Geburtsstunde der modernen Hospizbewegung gilt. Zuvor entwickelte Saunders ab 1961 die Idee der ambulanten Hospizarbeit.

In Deutschland wurde die Hospizidee von Cicely Saunders erstmals in den 60er Jahren in der Klinik für Tropenmedizin und Innere Krankheiten des Paul-Lechler-Krankenhauses in Tübingen verwirklicht (Seitz & Seiz 2002).

In den 80er Jahren wurden durch Einzelinitiativen engagierter Gründer verschiedene Einrichtungen zur Betreuung von Sterbenden ins Leben gerufen, so 1983 die erste Palliativstation an der chirurgischen Universitätsklinik in Köln durch Pater Dr. Helmut R. Zielinski und Prof. Dr. Dr. Heinz Pichlmaier und 1986 das erste stationäre Hospiz „Haus Hörn“ in Aachen auf Initiative von Pastor Dr. Paul Türks (Seitz & Seiz 2002).

Ab 1990 nahm die Gründung von ambulanten und stationären Hospizvereinen und -initiativen sowie von Palliativstationen stetig zu. So wurde beispielsweise 1995 in Jena der Förderverein HOSPIZ Jena ins Leben gerufen, dessen Arbeit sich 1996 um den ambulanten Hospizdienst erweiterte.

1992 gründete sich der Dachverband der Hospizarbeit in Deutschland - die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die sich aus den 16 Landesarbeitsgemeinschaften der Bundesländer (BAG-Hospiz Homepage) zusammensetzte.

Heute ist die Hospizarbeit ein anerkannter Teil des Gesundheitswesens, welcher in seiner Institutionalisierung stetig an Qualität und Professionalität zunimmt.

Die Hospizarbeit wird als Vier-Säulen-Modell beschrieben, in dem die physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse der Menschen während ihres Sterbens bearbeitet werden (BAG-Hospiz Homepage, Stand: 02/2007). Das Ziel besteht auch darin, die ambulante Betreuung gegenüber einer stationären stärker durchzusetzen.

Prinzipiell zielt die Hospizidee darauf ab, jeden Sterbenden als Individuum zu sehen, dessen Bedürfnisse und Wünsche das weitere Handeln bestimmen.

Damit wird dem Betroffenen eine aktive und steuernde Rolle angeboten, um das soziale und medizinische Geschehen um ihn herum beeinflussen zu können.

Viele Sterbende, welche in ein Hospiz kommen, sind jedoch nicht mehr dazu in der Lage, diese Rolle auszufüllen. Das fordert wiederum die Beschäftigten heraus, die sich nun an den nicht mehr geäußerten Bedürfnissen des Gastes orientieren müssen. Durch diese Individualisierung der Betroffenen soll ihnen ein „gutes Sterben“, d. h. ein Sterben ohne Schmerzen, in Akzeptanz und Friedlichkeit ermöglicht werden (Vig et al. 2002).

Eine der wichtigsten Arbeitsressourcen stellt im Hospiz die Verwirklichung von „Nähe“ dar, die ein Kennenlernen des Bewohners über die medizinischen Daten hinaus erst zulässt. Dass es im Hospiz natürlich auch zu Konflikten zwischen der Arbeitsorganisation und den persönlichen Zielsetzungen kommt und die Erreichung eines „guten Sterbens“ nicht in jedem Fall erreicht werden kann, liegt auf der Hand.

Zu manchen Zeiten und bei manchen Patienten dominiert die Arbeit am Körper als solches die sozialen und psychischen Bedürfnisse des Bewohners (McNamara et al. 1995).

Die Arbeitsorganisation im Hospiz wird von mehreren Faktoren beeinflusst, u. a. vom Verhältnis der beiden Gruppen „Sterbende“ und „Nicht-Sterbende“. Dabei hat die Bearbeitung von Sterben und Tod Priorität. So kommt es allerdings auch vor, dass den „Nicht-Sterbenden“ weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird (Glaser & Strauss 1968).

Ein wesentlicher Aspekt, welchen die Hospizarbeit zu verwirklichen versucht, ist der Wunsch, dem Sterbenden Ruhe, Frieden und auch Beständigkeit zur Verfügung zu stellen.

Zu der Frage, welcher Personenkreis vorwiegend im Hospiz verstirbt, führten Kessler et. al. (2005) eine Untersuchung durch. Darin fanden sie heraus, dass die Bewohner, welche in einem Hospiz sterben im allgemeinen jünger sind als solche Menschen, die anderswo sterben, zudem versterben Menschen mit niedrigem sozialen Status häufiger zu Hause oder in der Klinik und seltener in einem Hospiz. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass Pflegende unterer Klassen weniger aktiv bei der Suche von Alternativen sind.

Warum jedoch vermehrt jüngere Patienten im Hospiz versterben als ältere Menschen, liegt laut Catt und Blanhard (2005) weniger an ihrer Einstellung, sondern v. a. daran, dass ältere Menschen ein niedrigeres Bedürfnis verspüren diese Dienste in Anspruch zu nehmen. Bezüglich der Einstellung zum Sterben, palliativer Behandlung und Hospizpflege existierten keine signifikanten Altersunterschiede.

Weitere Untersuchungen zu soziodemographischen Daten von Hospizbewohnern fehlen bislang.

Des Weiteren finden sich nur wenige Studien zum Thema Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Hospizgästen. Eine Ursache hierfür ist die häufig erst späte Verlegung der Betroffenen in ein Hospiz. Nur wenigen Bewohnern ist es dann noch möglich, eine Befragung zu bewältigen. Dies ist auch einer der Hauptgründe dafür, warum sich die meisten Studien in Hospizeinrichtungen mit dem Pflegepersonal sowie deren Belastungserleben und Bewältigung beschäftigen (Pfeffer 2005).

Eine Untersuchung, welche sich mit der Lebensqualität von Hospizpatienten befasst, wurde in den USA von Steele et al. (2005) durchgeführt. Steele zeigten, dass zu Hause betreute Hospizpatienten ihre Lebensqualität nach 20-tägiger Betreuung als gut bis sehr gut einschätzten und sich gleichzeitig weniger Anzeichen eines inneren Kampfes zeigten. Eine Studie von Fegg et al. (2005) stellten zudem fest, dass das Vorhandensein konservativer Werte wie Sicherheit, Konformität und Tradition die Lebensqualität von palliativ behandelten Patienten zu erhöhen vermag. Fegg et al. verwendeten hierfür den Portrait Values Questionnaire (PVQ).

Die zunehmende Betreuung von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium in stationären Hospizen und die wenigen existierenden Studien über das Krankheitsverhalten, die soziale Unterstützung und das psychosoziale Outcome dieses Kollektivs stellten den Hauptgrund für die Erarbeitung dieser Studie dar. Es sollten Informationen darüber gewonnen werden, welche Copingstrategien Hospizbewohner einsetzen, welche Unterstützung sie von außen erhalten und wie sich ihre bereichsspezifische Lebensqualität und -zufriedenheit unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts verhält.

Da bisherige Ergebnisse zu diesen Themen fehlen, sollen die Befunde mit denen von Klinikpatienten verglichen werden, auch wenn die Ergebnisse dieses Vergleiches zunächst nur exploratorisch zu werten sind.

4. Unterschiede zwischen Krankenhaus und stationärem Hospiz

In der Betreuung von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium existieren zwischen den Institutionen Krankenhaus und Hospiz relativ große Unterschiede. Palliativstationen werden davon jedoch ausgenommen, da sie in einem Vergleich eher den Hospizen zugeordnet werden können.

Die Unterschiede lassen sich schon durch die Leitwörter „Cure“ und „Care“ verdeutlichen. Während die Betreuung von Krebspatienten in einer Klinik darauf abzielt, den Krebs und seine Begleitsymptome zu bekämpfen ist die Intention im Hospiz dagegen v. a. die, dem Patienten ein friedvolles Sterben zu ermöglichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, führt die Hospizbewegung eine Zielverschiebung durch (Streckeisen 2001). Wichtiger als die Frage: „An was stirbt dieser Mensch?“, wird die Frage: „Wie stirbt dieser Mensch?“ Dabei steht nicht der Tod des Sterbenden im Mittelpunkt, sondern vielmehr der dorthin führende Weg. Dieser sollte bestimmten Kriterien genügen, so sollte er z. B. schmerzfrei sein und ein persönliches Wachstum erlauben.

Wann jedoch ist eine Person als sterbend zu bezeichnen? Die Beantwortung dieser Frage unterliegt einer großen Definitionsfreiheit. Nach Matouschek (1989) beginnt das Sterben mit der Feststellung einer zum Tode führenden Erkrankung. Dabei ist die Dauer des Sterbens abhängig von der Grunderkrankung und kann sich über Tage, Wochen und Monate hinziehen. Student (1993), der als Vordenker der deutschen Hospizbewegung verstanden werden kann, bezeichnet einen Menschen als Sterbenden, wenn dieser an einer tödlichen Krankheit leidet, für die es keine Therapie mehr gibt, oder für die der Kranke keine Therapie mehr wünscht. So ist der Sterbeprozess auch in dieser Definition ein durchaus lange andauernder Vorgang.

Die wahrscheinlich entscheidendste Phase des Sterbens beginnt nach Glaser & Strauss (1995), wenn man für den Patienten aus medizinischer Sicht nichts mehr tun kann.

Diese Definitionen führen gerade im Krankenhaus zu Konflikten, da dort das primäre Handeln an der Heilung orientiert ist. Jede Unmöglichkeit, dieses Ziel zu erreichen, wird dabei mit „Versagen“ assoziiert. Diese Zielsetzung führt dazu, dass dem Patienten wertvolle Lebenszeit geraubt wird, allerdings bleibt dieser Sachverhalt meist unberücksichtigt.

Um das weit gesteckte Ziel der Heilung zu erreichen, werden in medizinischen

Einrichtungen häufig, auch noch im Sterbeprozess, invasive Diagnoseverfahren und radikale Therapieverfahren eingesetzt, die eher zu einer weiteren Verwundung als zu einer Heilung führen.

In Hospizeinrichtungen ist eine deutliche Tendenz zu erkennen, ein solches Vorgehen zu unterlassen, die daraus resultierende Ungewissheit wird hingenommen, einerseits um den Patienten nicht unnötig zu belasten, und andererseits, um nicht in Handlungszwänge zu geraten (Streckeisen 2001).

So kann man die Institutionen Krankenhaus und Hospiz mit den Stichworten „gesundes Sterben“ als Umgang mit Sterbenden im Krankenhaus und „würdiges Sterben“ als Maxime für das Handeln im Hospiz kennzeichnen (Pfeffer 2005).

Mor et al. (1990) zeigten in ihrer Vergleichsstudie zwischen Klinik und Hospiz, dass an Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium im Krankenhaus häufiger diagnostische Tests, Chemotherapien, Strahlentherapien, sowie chirurgische Eingriffe vorgenommen wurden, während die Hospizbewohner stärker sozial unterstützt wurden.

Weitere Diskrepanzen in der Patientenbetreuung ergeben sich aus der Rollenzuweisung der Betroffenen. In der Institution Krankenhaus steht der Patient zwar im Mittelpunkt des Krankenhaussystems, von ihm wird aber gleichzeitig gefordert, dass er sich den Regeln, Routinen und Anweisungen des Personals unterwirft (Rohde 1974). Die Rolle des Patienten ist demnach in der Klinik vorwiegend durch Passivität und der Forderung nach Anpassung und Unterordnung gekennzeichnet.

Im Hospiz dagegen ist der Patient derjenige, der wichtige Entscheidungen nach Möglichkeit selbst trifft. Tun und Lassen des Personals orientieren sich vorwiegend am Willen des Patienten, so dass ihm im Hospiz eine aktive, lenkende Rolle zukommt.

Werden diese Rollenbilder verlassen, so sind offene und verdeckte Sanktionierungen gegen den Patienten im Krankenhaus wie auch im Hospiz die Folge.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den Institutionen Klinik und Hospiz stellt, wie bereits erwähnt, die Arbeitsorganisation dar. Die wichtigsten Merkmale sind diesbezüglich in Tabelle III.2 dargestellt.

Tab. III.2: Unterschiede Krankenhaus vs. Hospiz

	Krankenhaus	Hospiz
Grundlage	Behandlungsvertrag, lt. Diagnose	persönliche Beziehung zum Patienten
Betreuungsschlüssel	hoch, d. h. wenige Pflegekräfte sind für viele Patienten zuständig	niedrig, d. h. Pflegekräfte haben nur wenige Patienten
Pflege	eher funktional orientiert Fluktation der Pflegekräfte	eher palliativ orientiert Beständigkeit der Pflegekräfte
Ablauf	kontinuierlich	individuell
Klientel	heterogen	homogen
Umgang mit dem Sterben	Sterben wird wenn möglich bekämpft	Sterben wird zugelassen

Zwischen Hospiz und Klinik existieren letztlich zwei unterschiedliche Sterbeideale. So ist das ideale Sterben im Krankenhaus als „kurzes und gutes Sterben“ natürlich mit Ausnahmen, zu werten. Das Sterben in der Klinik sollte so diskret wie möglich geschehen. Oft gibt es im Krankenhaus überhaupt keinen Platz für sterbende Menschen, sie werden dann provisorisch abgeschirmt oder in selten genutzten Räumen wie Arbeitsräumen oder Badezimmern abgeschoben (Mischke 1996), während das Sterben im Hospiz als „lang- und arbeitsames Sterben“, das dem guten Sterben entspricht, angesehen werden muss (Göckenjahn & Dreßke 2002).

Die Institutionen Krankenhaus und Hospiz weisen eine Vielzahl von Unterschieden auf. Angefangen von der Zielsetzung über die Arbeitsorganisation bis hin zur Rolle des Patienten. Gemeinsam scheint ihnen lediglich der Aspekt zu sein, dass beide Einrichtungen Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium betreuen. Ob dies tatsächlich die einzige Gemeinsamkeit ist, soll in der vorliegenden Studie geprüft werden. Eine besondere Beachtung soll dabei der Lebensqualität der Betroffenen geschenkt werden.

IV Ziele der Arbeit

1. Zielsetzung der Studie

Aus der Copingforschung ist bekannt, dass die Krankheitsverarbeitung kein starrer Vorgang ist, sondern individuell verschieden abläuft und sich je nach Lebensumstand und subjektiver Bewertung verändern kann. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung erfolgt dabei vor allem auf drei Ebenen: der kognitiven Ebene, der emotionalen Ebene und auf der Ebene des Verhaltens.

Auf diesen Bewältigungsprozess nehmen eine Reihe von Faktoren wesentlichen Einfluss, beispielsweise das Alter, das Geschlecht, der Bildungsstand, die Konfliktlösungskompetenz sowie die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung.

Obwohl mehrere unabhängige Studien existieren, welche die Einflüsse des Alters bzw. des Geschlechts auf das Krankheitsverhalten, die Lebensqualität und die Kompetenz in der Freisetzung sozialer Unterstützung von Tumorkranken beschreiben, fehlen Untersuchungen, die all diese Variablen an einer Stichprobe überprüfen.

Die meisten Forschungen beziehen sich zudem auf Patienten in niedrigeren Tumorstadien oder lediglich auf Betroffene mit bestimmten Tumorarten. Auch sind die Ergebnisse dieser Studien in ihrer Gesamtheit sehr heterogen.

Ein Anliegen dieser Studie war es deshalb, alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede im Copingverhalten, in der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und sozialen Unterstützung unabhängig von der Tumorart im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium am selben Kollektiv zu prüfen. Dabei lagen folgende Untersuchungsfragestellungen zu grunde:

Wie bewältigen Krebspatienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts eine Tumorerkrankung im fortgeschrittenen Stadium? In welchem Maße erhalten sie hierbei soziale Unterstützung? Welchen Einfluss hat das Alter und das Geschlecht auf die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium? (Hypothese I)

Im Lichte der stetig an Bedeutung gewinnenden Palliativmedizin und der fortschreitenden Verbreitung von Hospizen, die im wachsenden Maße Krebskranke im fortgeschrittenen Stadium betreuen, sollten erstmalig auch Bewohner eines stationären Hospizes betrachtet werden.

Dabei galten die gleichen Fragen. Es sollten Unterschiede in den Copingstrategien, der Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts untersucht werden (Hypothese II)

Da bisher ein Vergleich zwischen Patienten einer Klinik und Bewohnern eines stationären Hospizes unterblieb, sollte dieser ergänzt werden, um mögliche Tendenzen und Unterschiede im Krankheitsverhalten zwischen diesen Gruppen sichtbar zu machen. Allein schon durch den unterschiedlichen Behandlungsansatz beider Einrichtungen ist mit Unterschieden zu rechnen (Hypothese III).

Zusammenfassend war es also das Ziel der vorliegenden Studie, Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und sozialen Unterstützung zwischen „jungen“ und „alten“, sowie zwischen männlichen und weiblichen Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium aufzuzeigen. Hierbei wurden zunächst Klinikpatienten und Hospizbewohner getrennt betrachtet.

Darauf aufbauend sollten „junge“ Klinikpatienten mit „jungen“ Hospizbewohnern verglichen werden und „alte“ Patienten mit „alten“ Bewohnern.

Letztlich galt es, den Einfluss der Copingstrategien und das Maß der sozialen Unterstützung auf die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in einer Regressionsanalyse zu prüfen.

Die Untersuchung der Fragestellungen fand auf der Basis von Fragebögen statt.

2. Hypothesen

Hypothese I:

Die Belastungsverarbeitung, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und soziale Unterstützung weisen zwischen „alten“ und „jungen“ sowie zwischen männlichen und weiblichen Klinikpatienten Unterschiede auf.

Hypothese II:

Die Belastungsverarbeitung, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und soziale Unterstützung weisen zwischen „alten“ und „jungen“ sowie zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern Unterschiede auf.

Hypothese III:

Stationär behandelte Patienten unterscheiden sich in ihrem Coping, ihrer Lebensqualität, ihrer Lebenszufriedenheit sowie in ihrer wahrgenommen sozialen Unterstützung von den Bewohnern eines stationären Hospizes.

V Methodik

1. Zusammensetzung der Stichprobe

Im Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.08.2006 wurden in Kliniken und Hospizen in den Städten Leipzig und Halle Tumorpatienten befragt, deren Lebenserwartung nach ärztlicher Einschätzung unter sechs Monaten lag. Die Validität der Einschätzungen ließ sich allerdings nicht überprüfen, jedoch verlangte der Spitzer-Index die Nennung der Tumorart und des Tumorstadiums, so dass zumindest der Nachweis erbracht werden kann, dass es sich um Betroffene der fortgeschrittenen Erkrankungsphase handelte.

Die Ursache für die Auswahl der Erkrankten nach Tumorstadium und Lebenserwartung, lag darin begründet, dass die Aufnahme in ein stationäres Hospiz meist an diese Bedingung geknüpft war und eine Vergleichbarkeit von Stationspatienten mit Hospizbewohnern damit erst ermöglicht wurde. Eine Unterscheidung nach Tumorart wurde nicht getroffen.

Bei dieser Untersuchung wurden die Befragten in vier übergeordnete Altersgruppen unterteilt (s. Tab. V.1).

Tab. V.1: Gruppeneinteilung der Stichprobe

Gruppe 1	Gruppe 2
Tumorpatienten älter als 65 J., bzw. Patienten jünger als 65 J., aber im Vorruhestand, die auf normalen onkologischen Stationen behandelt wurden =>„alte Tumorpatienten in Klinik“	Tumorpatienten jünger als 65 J. bzw. älter als 65 J., aber noch erwerbstätig, die auf normalen onkologischen Stationen versorgt wurden =>„junge Tumorpatienten in Klinik“
Gruppe 3	Gruppe 4
„alte Tumorpatienten“, die in einem stationären Hospiz betreut werden	„junge Tumorpatienten“, die in einem stationären Hospiz umsorgt werden

Um die Vergleichbarkeit zwischen den Betroffenen zu erhöhen, wurde als Abgrenzungskriterium der Eintritt in den Ruhestand hinzugefügt, wobei eine momentan bestehende Erwerbsunfähigkeit keine Berücksichtigung fand. Somit bedeutete die

Zugehörigkeit zur Gruppe der „alten“ Tumorpatienten entweder das Überschreiten des 65. Lebensjahres oder der Eintritt in den Ruhestand vor dem 65. Lebensjahr. Für die jungen Tumorpatienten traf definitionsgemäß zu: Alter unter 65. Jahren und Erwerbstätigkeit bzw. noch kein Eintritt in den Altersruhestand.

Der Grund für die Einbeziehung des Ruhestands in die Definition der Gruppen war der Tatsache geschuldet, dass mit dem Empfangen der Altersrente ein neuer Lebensabschnitt beginnt, ein neuer Lebenssinn gefunden werden muss und eine zeitliche Umgestaltung des Alltags stattfindet. Damit sind auch die Probleme beim Eintreten einer Krebserkrankung in diesem Lebensabschnitt andere als beispielsweise bei der erwerbstätigen Bevölkerung, die primär ein Herauslösen aus dem Beruf und eine eventuelle soziale Isolation zur Folge haben.

Die Erhebungen erfolgten auf normalen Krankenhausstationen, die Tumorpatienten behandelten, und im stationären Hospiz.

1.1 Altersverteilung der Studienteilnehmer

Das Alter der Betroffenen, die im Krankenhaus behandelt wurden, lag zwischen 38 und 87 Jahren, der Mittelwert betrug 66,77, der Median 67 und die Standardabweichung 10,47.

Das Alter der befragten Bewohner im Hospiz lag zwischen 47 und 89 Jahren, der Mittelwert betrug 69,46, der Median 69 und die Standardabweichung 11,13, (siehe hierzu auch Tabelle V.2).

Tab. V.2: Altersverteilung der Studienteilnehmer

<u>Alter</u>	N	k. A.	Mittelwert	Median	Standardabw.	Minimum	Maximum
Station	66	0	66,77	67	10,48	38	87
Hospiz	39	0	69,46	69	11,14	47	89
Insgesamt	105	0	67,77	68	10,75	38	89

1.2 Geschlechtsverteilung der Studienteilnehmer

Auf den Krankenhausstationen nahmen 24 weibliche Tumorpatienten an der Befragung teil und 42 männliche. Damit waren die Männer mit einem Verhältnis von annähernd 2:1 deutlich häufiger vertreten.

In den Hospizen nahmen insgesamt 18 weibliche und 21 männliche Bewohner an der Befragung teil. Es wurden also beide Geschlechter in nahezu gleicher Anzahl befragt.

2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Die Befragung erfolgte schriftlich mit Hilfe von Fragebögen, die prinzipiell identische Fragen für Klinikpatienten und Hospizbewohner enthielten, lediglich in der Anrede wurde eine Trennung zwischen „Patient“ und „Bewohner“ vorgenommen. Die Fragebögen enthielten mehrere Teilfragebögen, welche folgende Variablen erfassten: soziodemographische und medizinische Merkmale des Patienten, Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität aus Sicht des Patienten und aus fremder Sicht, Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung und Religion. Der Fragebogen befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

2.1 Soziodemographische Daten

Als soziodemographische Daten der Patienten wurden erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Zusammenleben mit festem Partner, Kinder, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und letzte ausgeübte Stellung sowie Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft.

Keine Berücksichtigung fanden: Staatsangehörigkeit, Schulabschluss und Einkommen. Die Staatsangehörigkeit fand keine Beachtung, da auf interkulturelle Unterschiede in dieser Untersuchung nicht eingegangen wird. Der Schulabschluss wurde ausgeschlossen, da dieser nichts über den tatsächlichen Bildungsgrad aussagt, wichtiger schien in diesem Fall die Einbindung in den Beruf zu sein. Aufgrund der Tatsache, dass die Höhe des Einkommens nichts über die finanzielle Belastung der Personen aussagt, wurde auch dieses Merkmal ausgeschlossen.

2.2 Medizinische Daten

Es wurden Krebskranke befragt, die nach ärztlicher Einschätzung eine Lebenserwartung unter sechs Monaten aufwiesen, also Betroffene im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium.

Nach der Tumorart wurde in der Auswertung nicht unterschieden. Die Ursache hierfür lag darin begründet, dass hinsichtlich der psychologischen Belastungen nur wenige bis keine Unterschiede zwischen den einzelnen Tumorarten existieren, dies zeigten Studien von

Filipp und Ferring (1988), Pettingale et al. (1988), Weis (2002) und Deimling et al. (2006). Die häufigsten Tumorlokalisationen stellten Tumore des Respirations-, Gastrointestinal- und Urogenitaltrakts dar, welche durch die Stationsauswahl festgelegt wurde (s. Tab. V.3).

Tab. V.3: Häufigkeiten der Tumorarten

Station

Tumorart	Anzahl	%
Respirationstrakt	27	40,9
Gastrointestinaltrakt	29	43,9
Mamma	0	0,0
Urogenitaltrakt	7	10,6
Immun-/Blutsystem	3	4,5
andere	0	0,0

Hospiz

Tumorart	Anzahl	%
Respirationstrakt	9	23,1
Gastrointestinaltrakt	13	33,3
Mamma	3	7,7
Urogenitaltrakt	8	20,5
Immun-/Blutsystem	0	0,0
andere	6	15,4

2.3 Krankheitsverarbeitung

Zur Erfassung der Krankheitsbewältigung (Coping) wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) von Muthny (1988a) eingesetzt.

Der FKV erfasst ein breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen: Kognition, Emotion und Verhalten. Es liegen von diesem Test verschiedene Versionen vor: eine Langform mit 102 Items und 12 Skalen (Problemanalyse und Lösungsverhalten, depressive Verarbeitung, Hedonismus, Religiosität und Sinnsuche, Misstrauen und Pessimismus, kognitive Vermeidung und Dissimilation, Ablenkung und Selbstaufwertung, Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug, regressive Tendenz, Relativierung durch Vergleich, Compliancestrategien und Arztvertrauen, Selbstermutigung) sowie zwei Kurzformen zur Selbst- und Fremdeinschätzung (FKV-LIS-SE und -FE) mit je 35 Items und fünf Skalen. In dieser Studie fand die Kurzform zur Selbsteinschätzung mit 35 Items und fünf Skalen Anwendung. Diese fünf Skalen waren:

- depressive Verarbeitung
- aktives problemorientiertes Coping
- Ablenkung und Selbstaufbau
- Religiosität und Sinnsuche
- Bagatellisierung und Wunschenken

Der Patient antwortet auf einer fünfstufigen Skala mit „gar nicht“ bis „sehr stark“ (Punktwerte von 1 bis 5), inwieweit er diese Bewältigungsstrategien anwendet.

Zur Auswertung wird für jede Skala ein Summenwert durch Addition der einzelnen Rohwerte gebildet. Des Weiteren sollte eine Rangfolge der drei wichtigsten Items gebildet werden, die für die Verarbeitung der Situation am hilfreichsten waren.

Die Kurzform eignet sich besonders für die klinische Praxis und findet aufgrund der geringen zeitlichen Belastung und guten Verständlichkeit eine hohe Akzeptanz bei den Patienten (Muthny 1988b).

Für die Hauptskalen der ausführlichen Form liegen die internen Konsistenzen über $r = 0,80$, in den Kurzformen FKV-LIS zwischen $r = 0,68$ und $r = 0,77$.

2.4 Lebensqualität

Um die Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung zwischen „alten“ und „jungen“ Tumorpatienten sowie im Vergleich zwischen Klinikstationen und stationärem Hospiz objektivieren zu können, fand die Erhebung der Lebensqualität mit dem „Quality of Life-Questionnaire“ der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-C 30) Anwendung.

Dieser Fragebogen stellt ein geeignetes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität von Tumorpatienten dar. Die erste Fragebogenversion wurde 1987 von der EORTC Study Group on Quality of Life als EORTC-QLQ-C 36 entworfen. Die heute aktuellen Versionen (V 2 und V 3) beinhalten als Basis 30 Fragen, welche die wichtigsten Kernbereiche der Lebensqualität (körperlicher Bereich, psychisch-seelischer Bereich, sozialer Bereich) erfassen. In diesem Basismodul werden Fragen zu häufig auftretenden Symptomen und allgemeinen Beschwerden gestellt. Dem Basisfragebogen können diagnosespezifische Zusatzfragen hinzugefügt werden.

Der Unterschied zwischen den Versionen 2 und 3 liegt in den Antwortmöglichkeiten der Skala „funktioneller Status“, wobei in der Version 2 zwischen „ja“ und „nein“ gewählt werden kann. In der Version 3 kann als Antwort angegeben werden: „überhaupt nicht“, „wenig“, „mäßig“, „sehr“. Die Subskalen des Quality of Life - Questionnaire und die Antwortmöglichkeiten der einzelnen Items der Skalen (EORTC-QLQ-C30) sind wie folgt:

- funktioneller Status (Item-Nr. 1-5; 1 = „ja“, 2 = „nein“)
- Arbeitsfähigkeit (Item-Nr. 6, 7; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)

- generelle Symptome (Item-Nr. 8-19; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)
- emotionale Befindlichkeit (Item-Nr. 21-24; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)
- geistige Funktion (Item-Nr. 20, 25; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)
- Soziale Interaktion (Item-Nr. 26, 27; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)
- Finanzielle Situation (Item-Nr. 28; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“)
- Körperlicher Zustand (Item-Nr. 29; 1 = „sehr schlecht“ bis 7 = „ausgezeichnet“)
- LQ allgemein (Item-Nr. 30; 1 = „sehr schlecht“ bis 7 = „ausgezeichnet“)

Die jeweiligen Items weisen die höchsten Korrelationen mit dem eigenen Skalenwert und mit anderen Subskalen höchstens zu $r = 0,30$ auf. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen sind zufriedenstellend.

Nach einer bevölkerungsrepräsentativen Studie von Schwarz und Hinz (2001) ergaben die internen Konsistenzen in der deutschsprachigen Population Werte zwischen 0,65 und 0,89. In dieser Untersuchung zeigte sich zudem, dass die meisten Skalen und Symptomitems des EORTC-QLQ-C30 alters- und geschlechtsspezifisch waren. Männer berichteten somit über weniger Symptome als Frauen. Jüngere Menschen berichteten über einen besseren „funktionellen Status“ und wiesen im Vergleich zu den älteren Menschen weniger Symptome auf.

2.5 Lebenszufriedenheit

Fahrenberg et al. entwickelten 1986 einen Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit (FLZ), d. h. der Ausprägungsgrade der Lebenszufriedenheit in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person und Sexualität.

Lebenszufriedenheit wird von den Autoren definiert als: „individuelle kognitive Bewertung der vergangenen und gegenwärtigen Lebensbedingungen und der Zukunftsperspektive“ (Fahrenberg et al. 1986, S. 353).

Fahrenberg et al. sehen die Lebenszufriedenheit als wichtigstes Indiz für die Lebensqualität, wobei diese beiden Begriffe oft auch synonym verwendet werden.

1995 erfolgte durch Brähler und Schumacher vom Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig eine Erweiterung des Fragebogens um zwei Skalen (Freunde, Bekannte, Verwandte und Wohnung) und eine Normierung.

Um die Lebenszufriedenheit von verschiedenen Personen vergleichen zu können und eine Kontrolle von Geschlecht und Alter als die beiden wichtigsten Statusmerkmale zu ermöglichen, ist eine Umwandlung der Rohwerte in Standardwerte erforderlich.

In dieser Befragung wurden aufgrund des Zustandes der meisten Patienten sowie aus zeitlichen Belastungsgründen nur die Bereiche finanzielle Lage, Ehe und Partnerschaft, Freunde, Bekannte, Verwandte erfasst.

Eine Einschätzung der Items erfolgte anhand einer siebenstufigen Antwortscala von „sehr zufrieden“ (1) bis „unzufrieden“ (7) die angegebenen Werte für jede Scala konnten addiert werden.

Neben der Erfassung der bereichsspezifischen Zufriedenheiten konnte ein Gesamtscore für die allgemeine Lebenszufriedenheit gebildet werden.

In einer bevölkerungsrepräsentativen Normierung von Schumacher et al. (1995), konnten für die einzelnen Skalen und für den Gesamtscore allgemeine Lebenszufriedenheit Reliabilitätswerte über Cronbachs Alpha zwischen 0,82 und 0,95 ermittelt werden, was auf eine hohe interne Konsistenz schließen lässt. Die Trennschärfeindizes ergaben in der gleichen Studie Werte zwischen 0,30 und 0,60. Die höchsten Zufriedenheitswerte fanden sich dabei in den Bereichen „Ehe und Partnerschaft“, „Beziehung zu den Kindern“ und „eigene Person“, die geringsten Zufriedenheitswerte in den Bereichen „finanzielle Lage“ und „Sexualität“. Mit zunehmendem Alter sinkt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, dem Bereich „Arbeit und Beruf“ und der „Sexualität“, während die Zufriedenheit in den Bereichen „finanzielle Lage“ und „Wohnung“ mit steigendem Alter zunimmt. Männer schätzten sich in den Bereichen „Gesundheit“, „Arbeit und Beruf“, „Ehe und Partnerschaft“, „eigene Person“ und „Sexualität“ zufriedener ein als Frauen.

2.6 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung der Tumorpatienten wurde mit Hilfe des FsozU K 14 erhoben. Dieser Fragebogen sollte die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in besonderen Belastungssituationen fokussieren. Er wurde von Sommer und Fydrich 1989 entwickelt und existiert in einer Langversion und zwei Kurzversionen, welche in die Skalen „emotionale Unterstützung“, „praktische Unterstützung“ und „soziale Integration“ untergliedert sind. Die Kurzform FsozU K 14, die hier Verwendung fand, enthielt 14 Items in fünf Abstufungen. Laut den Autoren Fydrich, Sommer und Brähler (2002) wurde durch

Umformulierungen eine höhere Itemschwierigkeit erreicht. Des Weiteren ließ sich diese Form schneller und leichter beantworten als die Langform und die Kurzform FsozU K 22.

Zur Auswertung wird ein standardisierter Itemscore errechnet, indem man den Skalensummenrohwert durch die Anzahl der Items dieser Skala dividiert.

Die innere Konsistenz lag bei Cronbachs Alpha um 0,94. Erwartungsentsprechende Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten belegen die Validität (Fydrich et al. 2005).

2.7 Religion

Die Religion stellt für viele Betroffene eine Quelle der Hoffnung, sozialen Unterstützung und eine Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung dar. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wurde gesondert danach gefragt. Zunächst sollte das Maß der Religiosität auf einer fünfstufigen Skala zwischen 1 („nicht religiös“) und 5 („sehr religiös“) beurteilt werden. Anschließend sollte das Maß der erhaltenen sozialen Unterstützung von Glaubensgeschwistern angegeben werden. Letztendlich sollte angegeben werden, für wie hilfreich diese Unterstützung empfunden wurde. Dabei konnte wiederum zwischen fünf Punkten gewählt werden, wobei für 1 („erhalte keine soziale Unterstützung“/„nicht hilfreich“) und für 5 („erhalte sehr viel soziale Unterstützung“/„sehr hilfreich“) stand. Diese Fragen wurden eigens für diese Studie entwickelt.

2.8 Lebensqualität - Fremdbeurteilung

Zur Erfassung der Lebensqualität der Tumorpatienten von Fremdpersonen wurde der „Spitzer Quality of Life“-Index verwendet. Dieser Index wird sowohl bei Krebskranken als auch bei anderen chronischen Erkrankungen eingesetzt. Er dient der multidimensionalen Erfassung der Lebensqualität in den Bereichen: Aktivität, Alltagsleben, Gesundheitszustand, Sozialkontakte und Zukunftsorientierung.

Jeder Bereich kann mit 0-2 Punkten auf einer Skala bewertet werden. Die einzelnen Punktwerte lassen sich anschließend addieren, wobei ein Gesamtscore des Spitzer-Index von 0-10 erreicht werden kann. Je höher die erreichten Werte sind, desto besser ist das Befinden des Betroffenen in sozialer, gesundheitlicher und emotionaler Hinsicht.

Die innere Konsistenz des Index liegt bei einem Cronbach Alpha zwischen 0,77 und 0,80,

die Interraterkorrelation bei Werten zwischen 0,74 und 0,81 (Spitzer et al. 1981). Der einzige Nachteil dieses Index ist, dass nur drei Antwortmöglichkeiten je Bereich existieren und eine genauere Beurteilung daher nicht möglich ist, jedoch ist so die Erfassung leichter und zeitsparender. Eine einheitliche deutsche Übersetzung existiert nicht, die Übersetzungen verschiedener Arbeitsgruppen unterscheiden sich jedoch kaum, so dass in unserer Studie eine eigene Übersetzung zur Anwendung kam. Spitzer et al. (1981) untersuchten 108 Patienten mit Krebs und fanden heraus, dass jede der Skalen „Aktivität“, „Alltagsleben“ und „Gesundheitszustand“ mit einem Alpha von 0,8 mit dem Gesamtscore korrelierten. Gough et al. (1983) wiesen an Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium nach, dass die Skala „Sozialkontakte“ nur eine geringe Korrelation mit anderen Skalen und mit dem Gesamtindex aufweist. Mor (1987) fand, dass „Aktivität“, „Alltagsleben“ und „Gesundheitszustand“ die wichtigsten Skalen für die Beurteilung der körperlichen Funktionalität darstellten.

Die Einschätzung wurde in den Kliniken von den Ärzten und vom Pflegepersonal durchgeführt, in den Hospizen nur vom Pflegepersonal.

3. Statistik und Auswertung

Alle Daten wurden deskriptiv ausgewertet und tabellarisch bzw. graphisch dargestellt. Die Auswertung wurde in zwei Teile gegliedert. Zunächst erfolgte eine multivariate Analyse.

Als unabhängige Variablen wurde die Altersgruppe, das Geschlecht und die Institution festgelegt. Zur genaueren Darstellung der Ergebnisse wurden t-Tests angewendet.

Im zweiten Teil wurde die Vorhersagbarkeit der Lebensqualität und -zufriedenheit durch die Copingstrategie und die soziale Unterstützung mit Hilfe einer Regressionsanalyse geprüft.

Für die statistischen Analysen fand das Programm SPSS in der Version 13.0 Verwendung.

4. Ablauf der Untersuchung

Im Zeitraum zwischen dem 01.04.2005 und dem 31.08.2006 wurden 66 Krebskranke auf der onkologischen Station im St.-Elisabeth-Krankenhaus, Halle, in der Klinik für Gastroenterologie im Park-Krankenhaus Leipzig-Südost und auf den Stationen der Hepatologie und Pulmologie in der Klinik für Innere Medizin des Universitätsklinikums Leipzig befragt.

Aus den stationären Hospizen der Stadt Leipzig nahmen 39 Bewohner teil. Es handelte sich hier um das Hospiz Advena, Leipzig, und das Hospiz Villa Auguste, Leipzig.

Eingeschlossen wurden Tumorpatienten im fortgeschrittenem Erkrankungsstadium, die nach ärztlicher Einschätzung eine Lebenserwartung von unter sechs Monaten aufwiesen.

Die Erhebung fand über Fragebögen statt, welche den Betroffenen durch das Personal ausgehändigt wurden. Im Anschluss an die Befragung erfolgte die Fremdeinschätzung durch das Pflegepersonal oder den Arzt.

Da die physische und psychische Verfassung vieler Hospizbewohner meist schon zu sehr eingeschränkt war, um einer Befragung stand halten zu können, wurden in der hier vorliegenden Arbeit Betroffene befragt, die über eine noch ausreichende körperliche und seelische Verfassung verfügten, was jedoch gleichzeitig zu Einschränkungen in der Repräsentativität führte.

Die Untersuchung basiert auf dem Modell einer Querschnittsstudie. Die Datenerhebung erfolgte demnach nur zu einem Messzeitpunkt. Die Rücklaufquote der Fragebögen von den Klinikpatienten lag bei 55 %, die der Hospizbewohner bei 44 %.

VI Ergebnisse

1. Soziodemographische Angaben

Ein Hauptanliegen unserer Untersuchung war es, Unterschiede zwischen den Institutionen Krankenhaus und Hospiz darzustellen.

Tabelle VI.1 gibt die soziodemographischen Daten der Tumorpatienten wieder.

Bezüglich Alter, Geschlecht, Berufsausbildung und Religionszugehörigkeit existierten keine wesentlichen Unterschiede zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern.

Bezogen auf die Altersgruppe waren die 66- bis 89-Jährigen im Hospiz stärker vertreten, während jüngere Tumorpatienten seltener im Hospiz betreut wurden.

In der Gruppe der Krankenhauspatienten lebten zum Erhebungszeitpunkt zwei Drittel in einer festen Partnerschaft, während in der Gruppe der Hospizbewohner lediglich 41 % in einer festen Partnerschaft lebten und 59 % keinen festen Partner hatten. Des Weiteren war der Anteil der geschiedenen oder getrennt lebenden Personen in der Hospizgruppe doppelt so hoch wie in der Krankenhausgruppe.

Bewohner, welche in einem Hospiz betreut wurden, hatten häufiger keine Kinder oder nur wenige Kinder im Vergleich zu Tumorpatienten, die im Krankenhaus betreut wurden.

Tab. VI.1: Soziodemographische Angaben

		<u>Station</u>		<u>Hospiz</u>	
Alter	MW SD Rang	66,77 10,48 38 – 87		69,46 11,14 47 – 89	
		n	%	n	%
Altersgruppe	30 – 39	1	1,5	-	-
	40 – 49	4	6,1	2	5,1
	50 – 59	10	15,2	7	17,9
	60 – 65	11	16,7	3	7,7
	66 – 69	12	18,2	8	20,5
	70 – 79	23	34,8	10	25,6
	80 – 89	5	7,6	9	23,1
Geschlecht	männlich	42	63,6	21	53,8
	weiblich	24	36,4	18	46,2
Familienstand	ledig	5	7,6	5	12,8
	verheiratet	46	69,7	15	38,5
	verwitwet	9	13,6	10	25,6
	geschieden/getrennt	6	9,1	8	20,5
	Angabe verweigert	-	-	1	2,6
Partnerschaft	fester Partner	50	75,8	16	41
	keinen festen Partner	16	24,2	23	59
Kinder	keine Kinder	7	10,6	14	35,9
	ein Kind	23	34,8	11	28,2
	zwei Kinder	24	36,4	7	17,9
	drei Kinder	6	9,1	2	5,1
	vier Kinder	6	9,1	3	7,7
	fünf Kinder	-	-	2	5,2
Berufsausbildung	Lehre	36	54,5	27	69,2
	Fachschule	10	15,2	2	5,1
	Universität	11	16,7	4	10,3
	andere Berufsausbildung	3	4,5	2	5,1
	keine Berufsausbildung	4	6,1	-	-
	keine Angabe	2	3,0	4	10,3
Erwerbstätigkeit	ja, ganztätig	2	3,0	1	2,6
	ja, halbtags	2	3,0	-	-
	nein, arbeitslos	1	1,5	9	23
	nein, Erwerbslosenrente	14	21,2	14	35,9
	nein, Altersrente	45	68,2	10	25,6
	keine Angabe	2	3,0	5	12,8
letzte Stellung	Arbeiter	21	31,8	6	15,4
	Angestellter	24	36,4	8	20,5
	Beamter	2	3	1	2,6
	selbstständig	1	1,5	2	5,1
	sonstiges	1	1,5	4	10,3
	keine Aussage	17	25,8	18	46,2
	Religions- zugehörigkeit	keine	53	80,3	34
evangelische Kirche		10	15,1	5	12,8
röm.-katholische Kirche		2	3,0	-	-
keine Angabe		1	1,5	-	-

2. Fremdbeurteilung der Lebensqualität über den Spitzer--Index

Zur Erfassung der Lebensqualität bekamen alle Tumorpatienten den Fragebogen EORTC QLQ C 30 vorgelegt. Um eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität zu erhalten, wurden die behandelnden Ärzte bzw. das Pflegepersonal gebeten, die Lebensqualität der befragten Patienten mit Hilfe des Spitzer Quality of Life-Index einzuschätzen.

Dabei ergaben sich im Vergleich der „alten“ und „jungen“ Tumorpatienten, die im Krankenhaus betreut wurden, in allen Bereichen keine signifikanten Unterschiede. Die Lebensqualität der „jungen“ Klinikpatienten wurde in den Bereichen „Aktivität“, „Alltagsleben“, „Gesundheitszustand“ und „Sozialkontakte“ höher eingeschätzt als die der älteren Patienten. Der Bereich „Zukunftsorientierung“ wurde bei den „jungen“ Patienten allerdings niedriger bewertet.

Im Vergleich der „alten“ mit den „jungen“ Hospizbewohnern fanden sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in den angegebenen Bereichen. „Junge“ Hospizbewohner wiesen eine niedrigere Lebensqualität in den Bereichen „Aktivität“, „Alltagsleben“ und „Gesundheitszustand“ auf und eine höhere Lebensqualität in den Bereichen „Sozialkontakte“ und „Zukunftsorientierung“.

Die Hospizbewohner verfügten in jedem Bereich über eine geringere Lebensqualität als die Klinikpatienten, besonders beeinträchtigt waren sie in den Bereichen „Aktivität“ und „Alltagsleben“ (siehe dazu auch Tab. VI.3 und VI.4).

Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren. Bei der getrennten Untersuchung nach Station und Hospiz wiesen die Frauen, welche stationär behandelt wurden, signifikant geringere Werte im Bereich der „Sozialkontakte“ auf als die behandelten Männer. In dieser Studie beobachtete das Personal demzufolge, dass stationär behandelte Frauen weniger Unterstützung und Besuch von außen erhielten als die behandelten Männer (siehe dazu Tab. VI.2). Dieser Unterschied fand sich in der Hospizgruppe nicht.

Tab. VI.2: Vergleich des Spitzer-Index in der Krankenhausgruppe nach dem Geschlecht

Bereich	Männer (n = 42)	SD	Frauen (n = 24)	SD	U-Wert	Z-Wert	Sign. (2-seitig)
	Median		Median				
Aktivität	1,00	0,90	2,00	0,86	460,0	-0,64	0,522
Alltagsleben	2,00	0,59	2,00	0,58	488,5	-0,24	0,810
Gesundheitszustand	1,00	0,67	1,00	0,59	464,5	-0,59	0,557
Sozialkontakte	2,00	0,49	2,00	0,58	401,5	-1,98	0,048
Zukunftsorientierung	2,00	0,59	2,00	0,50	464,0	-0,61	0,541

Signifikanz $p < 0,05$

Der Vergleich der Altersgruppen zeigte in der Gruppe der „jungen“ Klinikpatienten signifikant höhere Werte in den Bereichen „Aktivität“ und „Alltagsleben“ als in der Gruppe der „jungen“ Hospizbewohner (siehe Tab. VI.3).

„Junge“ Tumorpatienten, die in der Klinik behandelt wurden, wiesen somit eine größere Selbständigkeit im Alltag auf und waren zudem häufiger in der Lage, gewissen Aktivitäten nachzugehen.

Tab. VI.3: Vergleich des Spitzer-Index in der Variable „junge Tumorpatienten“ zwischen beiden Institutionen

Bereich	Klinik (n = 20)	SD	Hospiz (n = 12)	SD	U-Wert	Z-Wert	Sign. (2-seitig)
	Median		Median				
Aktivität	1,50	0,80	0,00	0,29	29,0	-3,83	0,000
Alltagsleben	2,00	0,50	1,00	0,51	28,0	-3,90	0,000
Gesundheitszustand	1,00	0,57	1,00	0,74	93,0	-1,18	0,237
Sozialkontakte	2,00	0,41	2,00	0,80	100,0	-1,03	0,303
Zukunftsorientierung	2,00	0,61	1,50	0,67	112,5	-0,33	0,742

Signifikanz: $p < 0,05$

In der Gruppe der „alten“ Krebspatienten zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede in den Bereichen „Aktivität“ und „Alltagsleben“.

Demnach waren „alte“ Tumorpatienten, die im Krankenhaus behandelt wurden, aktiver und selbständiger im Vergleich zu den älteren Hospizbewohnern (siehe Tab. VI.4).

Tab. VI.4: Vergleich des Spitzer Index in der Variable „alte Tumorpatienten“ zwischen beiden Institutionen

Bereich	Klinik (n = 46)	SD	Hospiz (n = 27)	SD	U-Wert	Z-Wert	Sign. (2-seitig)
	Median		Median				
Aktivität	1,50	0,92	0,00	0,48	277,0	-4,37	0,000
Alltagsleben	2,00	0,62	1,00	0,59	245,5	-4,66	0,000
Gesundheitszustand	1,00	0,67	1,00	0,78	551,0	-0,87	0,385
Sozialkontakte	2,00	0,57	2,00	0,80	505,0	-1,73	0,085
Zukunftsorientierung	2,00	0,55	2,00	0,79	582,0	-0,50	0,615

Signifikanz: $p < 0,05$

3. Unterschiede in den verwendeten Copingstrategien

Es sollte untersucht werden, ob sich Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium in ihren Copingstrategien unterscheiden und welchen Einfluss dabei das Alter, das Geschlecht und der Behandlungsort (Klinik vs. Hospiz) besitzen.

Hierbei wurde zunächst der Einfluss dieser Faktoren auf die fünf Skalen des FKV LIS in einer multivariaten Analyse geprüft (siehe dazu Tab. VI.5 sowie Tab. A1 im Anhang). Anschließend erfolgte eine genauere statistische Betrachtung der signifikanten Bereiche mittels t-Tests.

Signifikante Unterschiede in den Bewältigungsformen konnten einerseits zwischen den Institutionen und andererseits in der Korrelation des Alters mit dem Geschlecht und des Alters mit der Institution nachgewiesen werden.

Besonders der Behandlungsort beeinflusste die Copingstrategie der Betroffenen. So fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern in den Bewältigungsformen „aktive problemorientierte Bewältigung“, „depressive Verarbeitung“, „Religiosität und Sinnsuche“, „Ablenkung und Selbstaufbau“, „Bagatellisieren“ und „andere“ (siehe Tab. A1 im Anhang). Lediglich im Bereich „Religiosität und Sinnsuche“ konnte kein signifikanter Einfluss des Behandlungsortes nachgewiesen werden. Des Weiteren fanden sich altersabhängige Unterschiede zwischen den Behandlungsorten in der Anwendung der Copingstrategie „aktive problemorientierte Bewältigung“.

Sowohl das Alter wie das Geschlecht wiesen getrennt voneinander keinen signifikanten Einfluss auf die Anwendung der Copingstrategie auf. Erst in der Korrelation des Alters und des Geschlechts wurde ein signifikanter Einfluss auf die Bewältigungsform „Ablenkung und Selbstaufbau“ nachweisbar.

Tab. VI.5: Multivariate Analyse der Copingstrategien

Effekt	Prüfgröße	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz
Intercept	Wilks Lambda	0,02	1200,64	5	93	0,000
Institut	Wilks Lambda	0,59	12,7	5	93	0,000
Alter	Wilks Lambda	0,94	1,29	5	93	0,275
Geschlecht	Wilks Lambda	0,94	1,25	5	93	0,293
Institut u. Alter	Wilks Lambda	0,91	1,93	5	93	0,097
Institut u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,98	0,39	5	93	0,852
Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,90	2,16	5	93	0,065
Institut u. Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,95	0,94	5	93	0,459

3.1 Coping innerhalb Klinik und Hospiz

Die meisten signifikanten Unterschiede im Copingverhalten fanden sich zwischen den Institutionen Klinik und Hospiz.

Auf der Skalenebene wählten die Klinikpatienten im Mittel am häufigsten die Bewältigungsformen „aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“. Die Copingstrategien „depressive Verarbeitung“, „Bagatellisieren“ und „andere“ wurden dagegen seltener eingesetzt.

Die Hospizbewohner setzten im Mittel bevorzugt die Bewältigungsstrategien „Ablenkung und Selbstaufbau“, „aktive problemorientierte Bewältigung“ und „depressive Verarbeitung“ ein, während sie die Strategien „Bagatellisieren“ und „andere“ geringfügig seltener gebrauchten. In der Copingstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ variierten die Mittelwerte zwischen den beiden Gruppen am geringsten (siehe dazu auch Tab. VI.6).

Im Vergleich lagen die mittleren Werte der Klinikpatienten in den Skalen „aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ höher als die Mittelwerte der Hospizbewohner. Der größte Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich im Gebrauch der Strategie „aktive problemorientierte Bewältigung“. Klinikpatienten nutzten diese Form der Verarbeitung „ziemlich stark“, während Hospizbewohner diese Copingstrategie nur „mittelmäßig“ einsetzten. Die geringste Varianz zwischen beiden Gruppen wurde in der Verwendung der Copingstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ nachgewiesen. Klinikpatienten bewerteten die Anwendung dieser Form mit der Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“, die Hospizbewohner mit der Antwortmöglichkeit „gering“.

Die Mittelwerte der Skalen „depressive Verarbeitung“, „Bagatellisieren“ und „andere“ waren in der Gruppe der Hospizbewohner höher als die Werte der Klinikpatienten.

Die größte Varianz in der Anwendung fand sich in der Copingstrategie „depressive Verarbeitung“. Diese wurde von den Hospizbewohnern im Schnitt „mittelmäßig“ verwendet, von den Klinikpatienten nur „gering“. Die kleinste Differenz konnte in den Bewältigungsformen „Bagatellisieren“ und „andere“ nachgewiesen werden. Hospizbewohner bewerteten die Anwendung dieser Form mit der Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“, die Klinikpatienten mit der Antwortmöglichkeit „gering“.

Bis auf die Unterschiede in der Verwendung der Copingstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ waren die Unterschiede in der Anwendung der übrigen Bewältigungsformen

zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern signifikant. Dabei ist jedoch die heterogene Stichprobengröße der beiden Gruppen zu berücksichtigen.

Tab. VI.6: Häufigkeit der verwendeten Copingstrategien innerhalb der Institutionen

Subskalen	Gruppe „Klinik“ (n = 66)		Gruppe „Hospiz“ (n = 39)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
<i>depressive Verarbeitung</i>	2,10	0,67	2,69	0,50	-4,71	p = 0,000*
<i>akt. problemorient. Bewält.</i>	3,54	0,82	2,82	0,90	4,19	p = 0,000*
<i>Ablenkung/Selbstaufbau</i>	3,26	0,64	2,92	0,73	2,46	p = 0,016*
<i>Religiosität/Sinnsuche</i>	2,55	0,76	2,31	0,76	1,56	p = 0,122
<i>Bagatellisieren</i>	2,08	0,35	2,59	0,38	-7,03	p = 0,000*
<i>andere</i>	2,08	0,35	2,59	0,38	-7,03	p = 0,000*

Signifikanz:* p < 0,05

3.2 Coping innerhalb Klinik und Hospiz unter Berücksichtigung des Alters

Eine Fragestellung unserer Untersuchung war es herauszufinden, wie Krebspatienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts eine Tumorerkrankung im fortgeschrittenen Stadium bewältigen und welche Bewältigungsstrategien sie bei diesem Prozess anwenden.

Zwischen den Gruppen „jung“ und „alt“ der Klinikpatienten war lediglich der Unterschied in der Verwendung der Bewältigungsform „aktive problemorientierte Bewältigung“ signifikant (Abb. VI.1). „Junge“ Klinikpatienten bewerteten die Anwendung dieser Strategie im Mittel mit der Antwortmöglichkeit „ziemlich stark“. Diese Skala war auch diejenige mit dem höchsten Wert in dieser Gruppe. Ältere Klinikpatienten verwendeten diese Strategie nur „mittelmäßig“.

In etwa gleicher Häufigkeit wurde der Gebrauch der Copingstrategien „depressive Verarbeitung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“, „Bagatellisieren“ und „andere“ von den Klinikpatienten angegeben.

Die Skala „Religiosität und Sinnsuche“ wurde von den jüngeren Patienten durchschnittlich niedriger bewertet. Ältere Klinikpatienten gaben einen „mittelmäßigen“ Gebrauch dieser Strategie an.

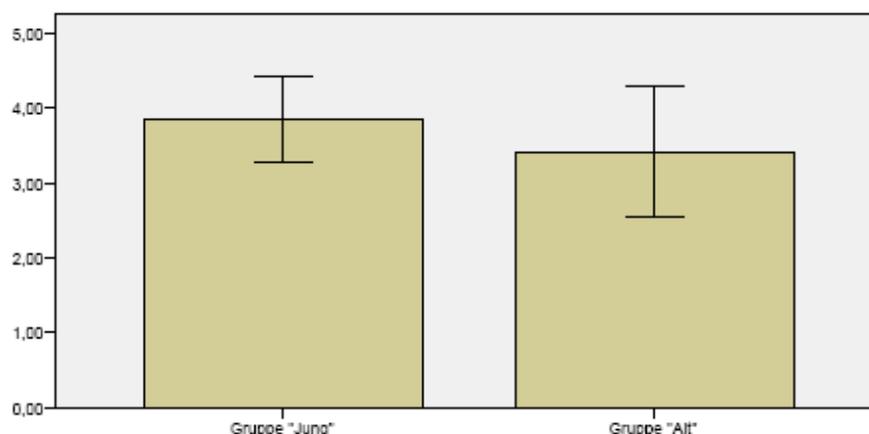


Abb. VI.1: Mittelwert „aktive problemorientierte Bewältigung“ unter Klinikpatienten unterschiedlichen Alters

Jüngere Hospizbewohner bewerteten die Skalen „Bagatellisieren“ und „andere“ im Mittel mit höheren Werten als die älteren Bewohner, während die Bewältigungsformen „depressive Verarbeitung“, „aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ von den älteren Hospizbewohnern stärker genutzt wurden.

Ein signifikanter Unterschied in der Krankheitsverarbeitung zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern wurde lediglich im Bereich „aktive problemorientierte Bewältigung“ nachgewiesen. Die Anwendung dieser Strategie wurde von den älteren Hospizbewohnern mit der Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“ bewertet, von den jüngeren Bewohnern dagegen nur mit „gering“ (siehe Abb. VI.2).

Am geringsten in Anspruch genommen wurde von „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern die Bewältigungsstrategie „Religiosität und Sinnsuche“.

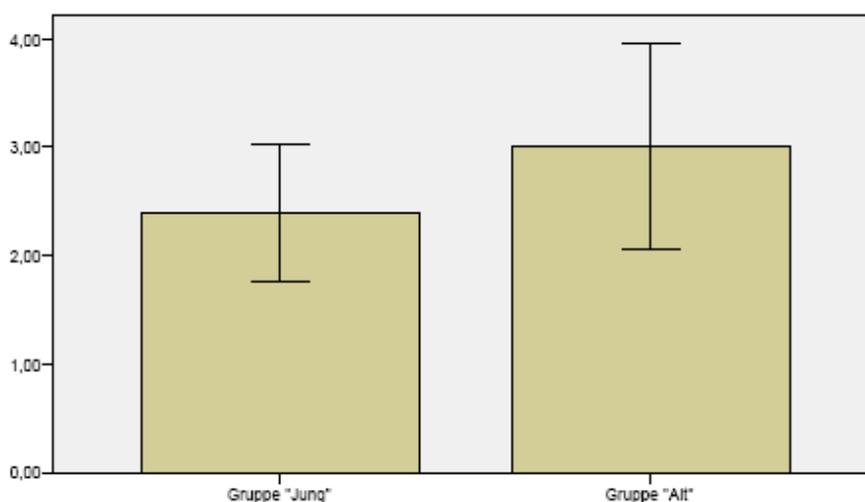


Abb. VI.2: Mittelwerte „aktive problemorientierte Bewältigung“ unter Hospizgästen unterschiedlichen Alters

In den letzten Items des FKV LIS sollten die Betroffenen die Strategien nennen, welche für sie am hilfreichsten bei ihrer Verarbeitung waren. Die „jungen“ Tumorpatienten nannten hierbei v.a., das aktive Herangehen an die Probleme (35 %) sowie die Möglichkeit, sich dem Arzt anzuvertrauen (35 %). Die „jungen“ Hospizbewohner bewerteten hingegen die Möglichkeit, sich dem Arzt anzuvertrauen (25,0 %) sowie die Ablenkung von der Krankheit (16,7 %) als besonders hilfreich.

Ältere Patienten empfanden die Hilfe anderer zu ihrer Erkrankung (26,1 %) am hilfreichsten und die Möglichkeit sich dem Arzt anzuvertrauen (30,4 %). Älteren Hospizbewohnern gab der Kampf gegen die Erkrankung am meisten Kraft (18,5 %) sowie die Möglichkeit, sich dem Arzt anzuvertrauen (11,1 %).

3.3 Altersspezifisches Coping unter Berücksichtigung des Geschlechts

Das Alter allein hatte in unserer Untersuchung keinen Einfluss auf das Coping von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium. Diese Tatsache fand sich sowohl in der Klinikgruppe wie in der Hospizgruppe. Nur unter Berücksichtigung des Geschlechts ließ sich ein signifikanter Unterschied in der Anwendung der Copingstrategie „Ablenkung und Selbstaufbau“ nachweisen.

So verwendeten ältere Klinikpatienten diese Form der Verarbeitung seltener im Vergleich zu den älteren Klinikpatientinnen. Dieser Unterschied blieb jedoch im t-Test ohne Signifikanz, auch wenn das Signifikanzniveau nur knapp unterschritten wurde (siehe Tab. VI.7).

Weitere altersspezifische Unterschiede unter Berücksichtigung des Geschlechts wurden weder bei den Klinikpatienten noch bei den Hospizbewohnern gefunden.

Tab. VI.7: Häufigkeit der genannten Copingstrategie zwischen den Geschlechtern bei „alten“ Klinikpatienten

Subskalen	Gruppe „männlich“ (n = 28)		Gruppe „weiblich“ (n = 18)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
Ablenkung/Selbstaufbau	3,14	0,58	3,49	0,60	-1,99	p = 0,053

Signifikanz:* p < 0,05

4. Unterschiede in der Lebensqualität

In einem weiteren Teil unserer Studie wurde der Einfluss des Alters, des Geschlechts und des Behandlungsortes auf die Lebensqualität von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium untersucht.

Signifikante Unterschiede in der bereichsspezifischen Lebensqualität ließen sich zwischen den Institutionen, zwischen „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten sowie in der Korrelation des Geschlechts mit dem Behandlungsort nachweisen (siehe dazu Tab. VI.8 und Tab. A2 im Anhang).

Den bedeutendsten Einfluss auf die Lebensqualität hatte dabei der Behandlungsort. Zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern existierten signifikante Unterschiede in den Funktionsskalen „funktioneller Status“, „Arbeitsfähigkeit“, „geistige Funktion“, „soziale Integration“, „finanzielle Situation“, „körperlicher Zustand“ und „Lebensqualität allgemein“. In den Funktionsskalen „generelle Symptome“ und „emotionale Befindlichkeit“ waren dagegen die Unterschiede zwischen Klinik und Hospiz am geringsten.

In der bereichsspezifischen Lebensqualität der „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten wiesen die Skalen „soziale Integration“ und „finanzieller Status“ signifikante Unterschiede auf, während in den übrigen Skalen der Lebensqualität keine bedeutenden Unterschiede bezüglich des Alters der Patienten nachgewiesen wurden.

Wesentliche Unterschiede in der Lebensqualität zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern existierten ebenfalls nicht.

Zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Bereich der „geistigen Funktion“. Daneben wurden allerdings keine weiteren signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts nachgewiesen, weder in der Klinik noch im Hospiz.

Tab. VI.8: Multivariate Analyse der Lebensqualität

Effekt	Prüfgröße	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz
Intercept	Wilks Lambda	0,02	602,94	9	89	0,000
Institut	Wilks Lambda	0,61	6,33	9	89	0,000
Alter	Wilks Lambda	0,86	1,58	9	89	0,134
Geschlecht	Wilks Lambda	0,97	0,32	9	89	0,965
Institut u. Alter	Wilks Lambda	0,94	0,68	9	89	0,724
Institut u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,85	1,79	9	89	0,081
Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,93	0,79	9	89	0,628
Institut u. Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,95	0,52	9	89	0,856

4.1 Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Klinik und Hospiz

In unserer Untersuchung ist im Hinblick auf die Lebensqualität zu beachten, dass hohe Mittelwerte eine geringe Lebensqualität widerspiegeln und niedrige Werte eine bessere Lebensqualität. Ausgenommen davon sind jedoch die Bereiche „körperlicher Zustand“ und „Lebensqualität allgemein“. In diesen Skalen repräsentieren hohe Mittelwerte auch eine bessere Lebensqualität.

Tabelle VI.9 stellt die Mittelwerte zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern in der Beurteilung ihrer Lebensqualität dar. Die Belastungen der Klinikpatienten waren in allen Bereichen der Lebensqualität niedriger als bei den Hospizbewohnern. Somit wiesen die Hospizbewohner eine schlechtere Befindlichkeit in allen Bereichen der Lebensqualität auf. Die größten Belastungen der Klinikpatienten und damit die geringste Lebensqualität berichteten diese in den Bereichen „Arbeitsfähigkeit“, „Sozialkontakte“, „emotionale Befindlichkeit“ sowie im Bereich „generellen Symptome“. Auf den Skalen „geistige Funktion“ und „finanzielle Lage“ zeigten sich bei den Klinikpatienten die geringsten Schwierigkeiten und somit die beste Lebensqualität.

Die Hospizbewohner fühlten sich in den Bereichen „Arbeitsfähigkeit“, „Sozialkontakte“, und „finanzielle Lage“, gemessen an den Mittelwerten, am meisten beeinträchtigt.

Die Mittelwerte der Skalen „generelle Symptome“, „emotionale Befindlichkeit“ und „geistige Funktion“ unterschieden sich bei den Hospizbewohnern nur gering. Zusammengenommen fanden sich in diesen Bereichen nur geringe Belastungen und somit die beste Lebensqualität der Hospizbewohner.

Vergleicht man die Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern, so zeigten sich die größten Differenzen in den Bereichen der „Sozialkontakte“, „finanziellen Lage“ und der „Arbeitsfähigkeit“.

In den Skalen „Sozialkontakte“ und „finanziellen Lage“ fühlten sich die Klinikpatienten nur „wenig“ beeinträchtigt, während die Hospizbewohner die Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität in diesen Skalen mit „mäßig“ bis „stark“ bewerteten. Im Bereich „Arbeitsfähigkeit“ gaben Klinikpatienten „mäßige“ Einschnitte in ihrer Lebensqualität an, Hospizbewohner dagegen „starke“ Beeinträchtigungen.

Die geringsten Unterschiede zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern existierten in den Bereichen „generelle Symptome“ und „emotionale Befindlichkeit“. Sowohl Klinikpatienten als auch Hospizbewohner bewerteten die Beeinträchtigungen ihrer

Lebensqualität durch auftretende Symptome als „gering“.

Im Bereich der „emotionalen Befindlichkeit“ fühlten sich die Klinikpatienten „wenig“ belastet, Hospizbewohner hingegen „mäßig“.

Eine Ausnahme bildete die Skala „funktioneller Status“, da die Betroffenen hier nur zwischen den Antwortmöglichkeiten „keine Schwierigkeiten“ bzw. „Schwierigkeiten“ wählen konnten. Die Mittelwerte der Klinikpatienten lagen in diesem Bereich unter denen der Hospizbewohner. Damit fühlten sich Klinikpatienten in ihren Alltäglichkeiten und ihrer Gehfähigkeit weniger stark beeinträchtigt als die Hospizbewohner und wiesen somit eine höhere bereichsspezifische Lebensqualität auf.

Ihren körperlichen Zustand und ihre allgemeine Lebensqualität stuften die Klinikpatienten als „mittelmäßig“ ein, die Hospizbewohner als „schlecht“.

Während in der multivariaten Analyse im Bereich der „generellen Symptome“ kein signifikanter Unterschied zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern nachgewiesen wurde, fand sich ein solcher Unterschied im t-Test. Lediglich im Bereich der „emotionalen Befindlichkeit“ wurde kein signifikanter Unterschied im t-Test zwischen den Institutionen gefunden, während sich die Lebensqualität in allen anderen Bereichen signifikant unterschied.

Tab. VI.9: Bereichsspezifische Lebensqualität von Klinikpatienten und Hospizbewohnern

Beachte: Hohe Mittelwerte weisen auf eine niedrige Lebensqualität hin, niedrige Werte auf eine höhere. Ausgenommen sind die Bereiche des „körperlichen Zustandes“ und der „Lebensqualität allgemein“, dessen Werte mit dem Verlauf korrelierten.

Subskalen	Gruppe „Klinik“ (n = 66)		Gruppe „Hospiz“ (n = 39)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
funktioneller Status	1,49	0,34	1,86	0,20	-6,88	p = 0,000*
Arbeitsfähigkeit	2,79	1,07	3,56	0,60	-4,72	p = 0,000*
generelle Symptome	2,19	0,63	2,48	0,54	-2,41	p = 0,018*
emotionale Befindlichkeit	2,35	0,81	2,61	0,61	-1,86	p = 0,066
geistige Funktion	1,87	0,83	2,60	1,95	-2,67	p = 0,009*
Sozialkontakte	2,38	1,07	3,31	0,63	-5,58	p = 0,000*
finanzielle Lage	1,79	1,06	2,69	0,83	-4,85	p = 0,000*
körperlicher Zustand	3,73	1,33	2,72	1,12	3,97	p = 0,000*
LQ allgemein	3,59	1,34	2,49	1,14	4,31	p = 0,000*

Signifikanz: * p < 0,05

4.2 Altersspezifische Unterschiede in der Lebensqualität

Innerhalb der in einer Klinik behandelten Tumorpatienten zeigten sich zwischen den „jungen“ und „alten“ Patienten signifikante Unterschiede in den Bereichen der „Sozialkontakte“ und der „finanziellen Lage“ (Tab. VI.10). Die Mittelwerte der jüngeren Patienten lagen in beiden Skalen über denen der älteren. Jüngere Klinikpatienten bewerteten ihre Beeinträchtigung im Bereich der „soziale Integration“ als „mittelmäßig“, während ältere Patienten sich nur gering in diesem Bereich beeinträchtigt fühlten. Damit verfügten die älteren Patienten im Vergleich zu den Jüngeren über eine bessere „Soziale Integration“ und klagten über geringere „finanzielle Schwierigkeiten“.

Der Mittelwert im Bereich „finanzielle Lage“ wies bei beiden Altersgruppen auf „geringe“ Beeinträchtigungen hin, wobei jüngere Tumorpatienten etwas mehr Schwierigkeiten in diesem Bereich angaben als ältere.

Tab. VI.10: Unterschiede in den Lebensqualitätsbereichen der „Sozialkontakte“ und „finanziellen Lage“ zwischen „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten.

Beachte: Hohe Mittelwerte weisen auf eine niedrige Lebensqualität hin, niedrige Werte auf eine höhere.

Subskalen	Gruppe „jung“ (n = 20)		Gruppe „alt“ (n = 46)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
Sozialkontakte	2,78	0,87	2,21	1,11	2,03	p = 0,047*
finanzielle Lage	2,20	1,28	1,61	0,91	2,14	p = 0,036*

Signifikanz:* p < 0,05

Die niedrigste bereichsspezifische Lebensqualität wiesen beide Altersgruppen in den Skalen „Arbeitsfähigkeit“, „Sozialkontakte“ und „emotionale Befindlichkeit“ auf. Während sich die jüngeren Patienten im Bereich der „geistigen Funktion“ am wenigsten beeinträchtigt fühlten, klagten die älteren Patienten in diesem Bereich, gemessen an den mittleren Werten, über größere Schwierigkeiten. Die höchste Lebensqualität der älteren Klinikpatienten existierte im Bereich der „finanziellen Lage“.

Signifikante Unterschiede in der Lebensqualität zwischen „alten“ und „jungen“ Hospizgästen konnten nicht nachgewiesen werden.

4.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebensqualität

Die Unterschiede in der bereichsspezifischen Lebensqualität von männlichen und weiblichen Patienten überschritten das Signifikanzniveau nicht.

Während in der multivariaten Analyse zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern ein signifikanter Unterschied im Bereich der „geistigen Funktion“ nachgewiesen wurde, zeigte sich dieser im t-Test nicht (siehe Tab. VI.11). Männliche Hospizbewohner bewerteten ihre Beeinträchtigung in diesem Bereich mit „wenig“ beeinträchtigt, weibliche Bewohner mit „mäßig“ beeinträchtigt. Es ist jedoch anzumerken, dass die mittleren Werte der weiblichen Bewohner eine deutlich größere Streuung aufwiesen als die der männlichen. Damit blieb dieser Unterschied im t-Test ohne Signifikanz, auch in den übrigen Skalen der bereichsspezifischen Lebensqualität zeigte sich zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern kein signifikanter Unterschied.

Tab. VI.11: Unterschiede im Lebensqualitätsbereich der „geistigen Funktion“ zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern

Beachte: Hohe Mittelwerte weisen auf eine niedrige Lebensqualität hin, niedrige Werte auf eine höhere.

Subskalen	Gruppe „Männer“ (n = 21)		Gruppe „Frauen“ (n = 18)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
geistige Funktion	2,09	0,75	3,19	2,67	-1,81	p = 0,079

Signifikanz:* p < 0,05

Männliche Bewohner berichteten im Vergleich zu den weiblichen Bewohnern in den Skalen „Arbeitsfähigkeit“, „generelle Symptome“ und „finanzielle Lage“ über geringfügig größere Beeinträchtigungen, während Frauen ihre Lebensqualität in den Bereichen der „Sozialkontakte“, der „geistigen Funktion“ und des „funktionellen Status“ geringfügig niedriger bewerteten als die Männer.

5. Unterschiede in der Lebenszufriedenheit

Während sich die Lebensqualität sehr stark an der momentanen Befindlichkeit orientiert, erfasst die Lebenszufriedenheit Lebensumstände die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Es sollte in dieser Studie dargestellt werden, wie Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium ihre Lebenszufriedenheit einschätzen und wie zufrieden bzw. unzufrieden sie in den Bereichen der „Gesundheit“, der „eigenen Person“, der „finanziellen Lage“, der „Partnerschaft“ sowie der „Freunde und Verwandte“ in ihrem Leben sind.

Signifikante Unterschiede in der Lebenszufriedenheit existierten zwischen den Institutionen Klinik und Hospiz, zwischen „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten sowie in der Korrelation des Alters mit der Institution (siehe dazu Tab. VI.12 und A3 im Anhang).

Die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern zeigten sich in jeder der einzelnen Skalen.

Eine signifikante Differenz zwischen „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten ergab sich im Bereich der „finanziellen Lage“, in allen übrigen Skalen fanden sich hingegen keine wesentlichen altersspezifischen Unterschiede.

Des Weiteren waren altersabhängige Effekte unter Berücksichtigung des Behandlungsortes im Bereich der „eigenen Person“ nachweisbar, d. h. zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern.

Das Geschlecht hatte weder als einzelne Variable noch in der Kombination mit dem Alter oder dem Behandlungsort einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

Tab. VI.12: Multivariate Analyse der Lebenszufriedenheit

Effekt	Prüfgröße	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz
Intercept	Wilks Lambda	0,08	137,27	5	56	0,000
Institut	Wilks Lambda	0,70	4,77	5	56	0,001
Alter	Wilks Lambda	0,87	1,73	5	56	0,144
Geschlecht	Wilks Lambda	0,97	0,36	5	56	0,874
Institut u. Alter	Wilks Lambda	0,91	1,14	5	56	0,353
Institut u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,95	0,62	5	56	0,684
Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,96	0,52	5	56	0,760
Institut u. Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,98	0,18	5	56	0,970

5.1 Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen Klinik und Hospiz

Im institutionellen Vergleich der bereichsbezogenen Lebenszufriedenheit von Klinikpatienten und Hospizbewohnern ergaben sich in jedem Bereich signifikante Unterschiede (Tab. VI.13). Hohe Mittelwerte korrelierten in der Betrachtung der Lebenszufriedenheit mit einer hohen Unzufriedenheit und niedrige Werte mit einer hohen Zufriedenheit. Tendenziell waren die Hospizbewohner mit ihrem Leben unzufriedener als die Klinikpatienten.

Die größte Zufriedenheit gaben die Klinikpatienten im Bereich der „Partnerschaft“ an. Der Mittelwert lag auf dieser Skala bei „zufrieden“. In den Bereichen „Freunde und Verwandte“, „finanzielle Lage“ und „eigene Person“ bewerteten die Klinikpatienten ihre Lebenszufriedenheit mit der Antwortmöglichkeit „eher zufrieden“. Der höchste Mittelwert wurde in dieser Gruppe auf der Skala „Gesundheit“ verzeichnet. In diesem Bereich fühlten sich die Patienten „weder unzufrieden noch zufrieden“.

Auch bei den Hospizbewohnern war der Bereich der „Partnerschaft“ derjenige, in welchem sie am zufriedensten waren, sofern eine bestand, obwohl sie lediglich „eher zufrieden“ in diesem Bereich waren. Die Mittelwerte der Hospizbewohner in den Bereichen „Freunde und Verwandte“ sowie „finanzielle Lage“ zeigten an, dass die Bewohner diesbezüglich „weder zufrieden noch unzufrieden“ waren.

Die höchsten Werte wurden bei den Hospizbewohnern auf den Skalen „eigene Person“ und „Gesundheit“ nachgewiesen, dabei waren die Bewohner im Bereich der „Gesundheit“ noch unzufriedener als im Bereich der „eigenen Person“, der v. a. die Selbstsicherheit, die Vitalität und die allgemeinen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen widerspiegelte. Im Vergleich der Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern existierten die größten Unterschiede im Bereich der „eigenen Person“, dort lagen die Mittelwerte der Patienten niedriger als die der Hospizbewohner. Demnach waren erstere in diesem Bereich „eher zufrieden“ und die Hospizbewohner „weder zufrieden noch unzufrieden“. Auf den Skalen „Gesundheit“, „finanzielle Lage“ und „Freunde und Verwandte“ wiesen die Differenzen zwischen den Gruppen annähernd den gleichen Abstand auf. Dabei bewerteten die Hospizbewohner ihre Lebenszufriedenheit in diesen Bereichen um einen Grad schlechter als die Klinikpatienten.

Die geringsten Unterschiede fanden sich zwischen den Institutionen im Bereich der „Partnerschaft“, hier waren die Patienten „zufrieden“ und die Hospizbewohner „eher zufrieden“, vorausgesetzt, eine Partnerschaft bestand.

Tab. VI.13: Unterschiede in der bereichsbezogenen Lebenszufriedenheit zwischen Klinik und Hospiz
Beachte: Hohe Mittelwerte weisen auf eine niedrige Lebenszufriedenheit hin, niedrige Werte auf eine höhere.

Subskalen	Gruppe „Klinik“ (n = 66)		Gruppe „Hospiz“ (n = 39)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
Gesundheit	3,95	1,21	4,99	0,99	-4,77	p = 0,000*
eigene Person	2,81	1,10	4,11	0,90	-6,24	p = 0,000*
finanzielle Lage	2,79	1,14	3,80	1,33	-4,13	p = 0,000*
Partnerschaft	1,66	0,56	2,59	1,44	-2,54	p = 0,021*
Freunde u. Verwandte	2,71	1,03	3,74	0,83	-5,31	p = 0,000*

Signifikanz:* p<0 ,05

5.2 Altersspezifische Unterschiede in der Lebenszufriedenheit

Die Abbildung VI.3 stellt die Mittelwerte der „jungen“ und „alten“ Klinikpatienten im Bereich der „finanziellen Lage“ dar. Dies war der einzige Bereich, in welchem sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen nachweisen ließ. Auf dieser Skala lagen die Mittelwerte der älteren Patienten unter denen der jüngeren Vergleichsgruppe. Da niedrige Werte eine höhere Lebenszufriedenheit signalisierten, spricht dies dafür, dass ältere Klinikpatienten mit ihrem Besitz und ihren finanziellen Möglichkeiten zufriedener waren als die jüngeren. Die „jungen“ Klinikpatienten antworteten im Mittel mit „eher zufrieden“, die älteren Patienten mit „zufrieden“.

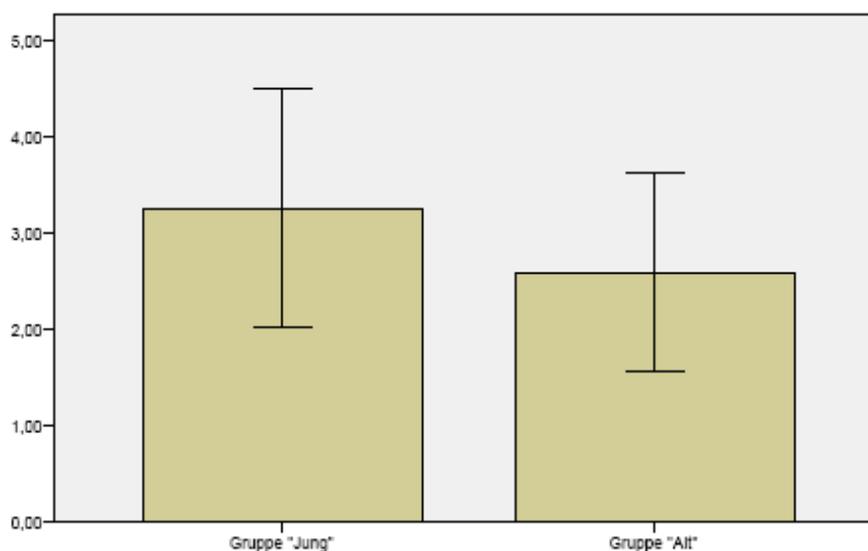


Abb. VI.3: Mittelwerte in der Skala „finanzielle Lage“ unter den Klinikpatienten unterschiedlichen Alters

5.3 Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des Alters und der Institution

Ein signifikanter Unterschied zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern zeigte sich lediglich im Bereich der „eigenen Person“ (siehe Abb. VI.4). Auf dieser Skala lagen die Mittelwerte der älteren Hospizbewohner unter denen der jüngeren. Dies spricht dafür, dass ältere Hospizbewohner mit ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihrer Vitalität, ihrem Charakter und ihrem Selbstvertrauen zufriedener waren als die jüngere Vergleichsgruppe. Diese war in diesem Bereich „eher unzufrieden“. Ältere Bewohner waren dagegen „eher zufrieden“.

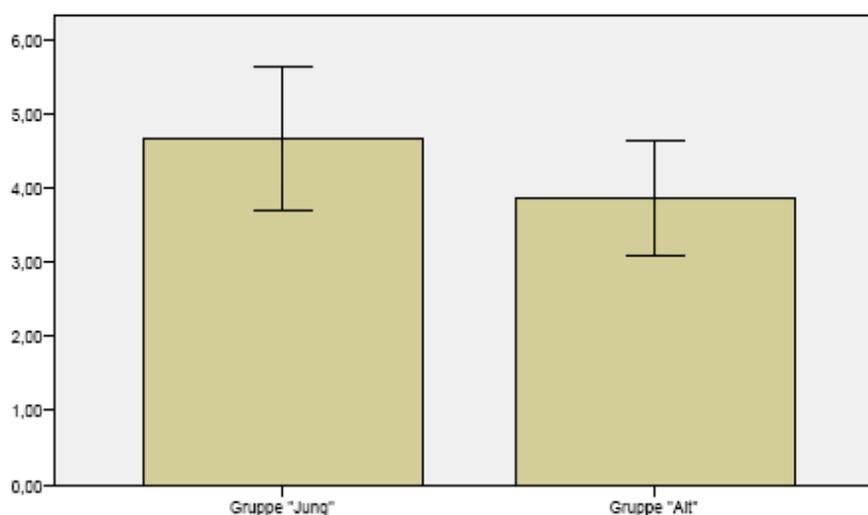


Abb. VI.4: Mittelwerte in der Skala „eigene Person“ unter den Hospizbewohnern unterschiedlichen Alters

Daneben wurde im Vergleich der „jungen“ mit den „alten“ Hospizbewohnern im t-Test ein signifikanter Unterschied im Bereich der „finanziellen Lage“ nachgewiesen. Demnach bewerteten jüngere Bewohner ihre Zufriedenheit in diesem Bereich im Mittel mit „eher unzufrieden“, während ältere Bewohner gemessen an den Werten „eher zufrieden“ in diesem Bereich waren. Ältere Hospizbewohner waren daher im Hinblick auf ihren Besitz, ihren Lebensstandard und die Sicherung ihrer Existenz zufriedener, als dies jüngere Bewohner waren. In der multivariaten Analyse ließ sich dieser signifikante Unterschied jedoch nicht nachweisen.

6. Unterschiede in der sozialen Unterstützung

Neben den einzelnen Copingstrategien beeinflusst auch die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung die Verarbeitung einer Tumorerkrankung. Bezüglich der Frage, ob das Maß an sozialer Unterstützung bei Fortschreiten der Tumorerkrankung zunimmt, abnimmt oder auf gleichem Niveau bleibt, weist die Literatur unterschiedliche Ergebnisse auf.

Es galt zu beurteilen, wie Klinikpatienten und Hospizbewohner unterschiedlichen Alters und Geschlechts die ihnen entgegengebrachte Unterstützung erlebten und einschätzten. Des Weiteren sollten Differenzen zwischen den Institutionen Klinik und Hospiz in einem Vergleich aufgezeigt werden.

In der multivariaten Analyse wurden signifikante Unterschiede bei der sozialen Unterstützung einerseits zwischen den Institutionen Klinik und Hospiz und andererseits bei den Hospizbewohnern unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts nachgewiesen (siehe dazu Tab. VI.14 und Tab. A4 im Anhang).

Im Vergleich der Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern fanden sich signifikante Unterschiede in der sozialen Unterstützung in jedem der Bereiche, d. h. in den Bereichen „praktische Unterstützung“, „emotionale Unterstützung“ und „soziale Integration“.

Zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern fand sich lediglich im Bereich „soziale Integration“ ein signifikanter Unterschied.

Das Alter und das Geschlecht nahmen weder einzeln noch in Kombination einen wesentlichen Einfluss auf das Maß der sozialen Unterstützung.

Tab. VI.14: Multivariate Analyse der sozialen Unterstützung

Effekt	Prüfgröße	Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz
Intercept	Wilks Lambda	0,05	638,62	3	95	0,000
Institut	Wilks Lambda	0,91	3,24	3	95	0,026
Alter	Wilks Lambda	0,99	0,33	3	95	0,806
Geschlecht	Wilks Lambda	0,98	0,56	3	95	0,644
Institut u. Alter	Wilks Lambda	0,99	0,42	3	95	0,737
Institut u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,99	0,48	3	95	0,696
Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,98	0,51	3	95	0,677
Institut u. Alter u. Geschlecht	Wilks Lambda	0,94	2,06	3	95	0,110

6.1 Unterschiede in der sozialen Unterstützung zwischen Klinik und Hospiz

Zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern wurden in jedem einzelnen Bereich der sozialen Unterstützung signifikante Unterschiede nachgewiesen, so in den Bereichen „praktische Unterstützung“, „emotionale Unterstützung“ und „soziale Integration“ (siehe Tab. VI.15).

Tendenziell wiesen die Klinikpatienten in jedem Bereich eine größere Zufriedenheit auf als die Hospizbewohner.

Die „emotionale Unterstützung“ war bei den Klinikpatienten die Form, welche sie am häufigsten erhielten. Auf die Frage nach der Verfügbarkeit dieser Form antworteten sie im Mittel mit der Antwortmöglichkeit „trifft genau zu“. Nur geringfügig niedriger erhielten die Klinikpatienten von ihrer Umwelt „praktische Unterstützung“. Den Erhalt dieser Form bewerteten die Klinikpatienten im Mittel mit der Antwortmöglichkeit „trifft zu“.

Ihre „soziale Integration“ stuften die Klinikpatienten am niedrigsten ein, auch wenn sie das Maß ihrer sozialen Einbindung im Durchschnitt mit „trifft zu“ bewerteten.

Die Hospizbewohner fühlten sich, gemessen an den mittleren Werten, am besten im Bereich der „praktischen Zuwendung“ unterstützt. Sie bewerteten die Verfügbarkeit dieser Form mit der Antwortmöglichkeit „trifft zu“. Ihre „soziale Integration“ beurteilten die Hospizbewohner im Mittel mit „weder gut noch schlecht“. Die geringste Zuwendung erhielten sie im Bereich der „emotionalen Unterstützung“. Dort bewerteten sie die Verfügbarkeit dieser Form mit der Antwortmöglichkeit „trifft weder zu noch nicht zu“.

Im Vergleich der Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern fand sich die größte Differenz im Bereich der „emotionalen Unterstützung“. Während sich die Klinikpatienten in diesem Bereich im Durchschnitt sehr gut unterstützt fühlten, gaben die Hospizbewohner im Mittel nur eine mittelmäßige Unterstützung in diesem Bereich an.

Die geringsten Unterschiede fanden sich zwischen den Institutionen in der Form der „praktischen Unterstützung“. Diese Form der sozialen Unterstützung bewerteten beide Gruppen im Durchschnitt mit der Antwortmöglichkeit „trifft zu“.

Ihre soziale Einbindung schätzten die Klinikpatienten mit „trifft zu“ ein, während die Hospizbewohner sich „weder gut noch schlecht“ sozial integriert fühlten.

Tab. VI.15: Unterschiede in den Bereichen der sozialen Unterstützung zwischen Klinik und Hospiz

Subskalen	Gruppe „Klinik“ (n = 66)		Gruppe „Hospiz“ (n = 39)		T	Sig. (2-seitig)
	MW	(SD)	MW	(SD)		
<i>praktische Unterstützung</i>	4,41	0,76	3,92	1,02	2,60	p = 0,012*
<i>emotionale Unterstützung</i>	4,47	0,72	3,95	1,03	2,78	p = 0,007*
<i>soziale Integration</i>	3,95	1,18	3,42	0,77	2,79	p = 0,006*

Signifikanz: * p < 0,05

6.2 Soziale Unterstützung bei Berücksichtigung von Institution, Alter u. Geschlecht

Zwischen Klinikpatienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts ließ sich kein bedeutender Unterschied nachweisen.

Ein signifikanter Unterschied existierte jedoch zwischen den Hospizbewohnern unterschiedlichen Alters und Geschlechts, speziell zwischen den „jungen“ und „alten“ weiblichen Hospizbewohnern. Dieser Unterschied zeigte sich im Bereich der „sozialen Integration“. Die älteren Hospizbewohnerinnen wiesen im Vergleich der beiden Gruppen, gemessen an den mittleren Werten, eine bessere soziale Einbindung auf (siehe Abb. VI.5).

Jüngere Hospizbewohnerinnen bewerteten das Maß ihrer „sozialen Integration“ mit „weder gut noch schlecht“, während die älteren Hospizbewohnerinnen das Maß ihrer sozialen Einbindung mit „trifft zu“ bzw. „gut“ beurteilten.

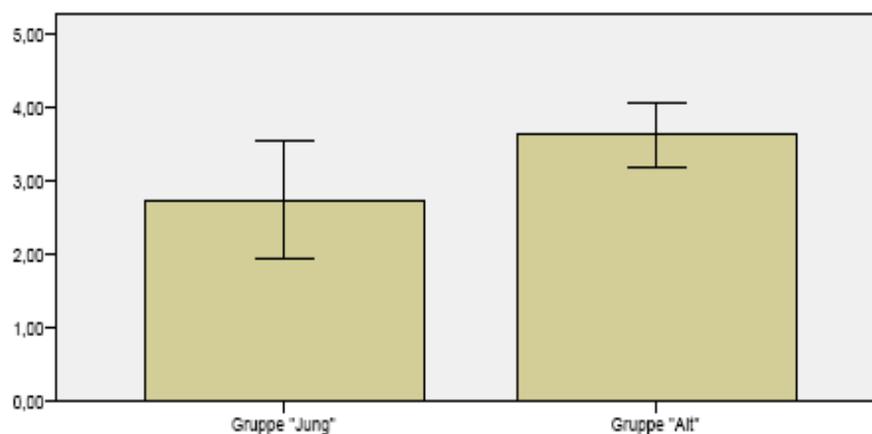


Abb. VI.5: Maß der „sozialen Integration“ zwischen „jungen“ und „alten“ weiblichen Hospizbewohnerinnen

7. Zusammenfassende Hypothesenbeurteilung

7.1 Hypothese I

In der Hypothese I wurde richtungsunabhängig geprüft, ob sich die Copingstrategien zwischen Klinikpatienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts in der Bewältigung einer Tumorerkrankung im fortgeschrittenen Stadium signifikant unterscheiden und welchen Einfluss das Alter und das Geschlecht auf den Erhalt von sozialer Unterstützung hat. Weiterhin wurde die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium auf signifikante alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hin untersucht.

Auf die Variablen „Lebensqualität“, „Lebenszufriedenheit“ und „soziale Unterstützung“ wurde bezüglich des Geschlechts kein signifikanter Einfluss nachgewiesen. Lediglich auf die „soziale Unterstützung“ hatte das Alter der Klinikpatienten einen signifikanten Einfluss. Somit ließ sich die Hypothese I nicht vollständig bestätigen. Diese ging davon aus, dass bezüglich der Copingstrategien, der Lebensqualität und -zufriedenheit sowie der sozialen Unterstützung alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Klinikpatienten existierten.

Im Gebrauch der Copingstrategien wurde die Form der „aktiven problemorientierten Bewältigung“ von den „jungen“ Klinikpatienten signifikant häufiger genutzt als von den älteren Patienten.

Ein annähernd signifikanter Unterschied in den Bewältigungsstrategien zeigte sich zwischen „alten“ männlichen und „alten“ weiblichen Krankenhauspatienten in der Form von „Ablenkung und Selbstaufbau“. Ältere weibliche Klinikpatienten nutzten die Strategie häufiger als die älteren männlichen Patienten.

Weitere wesentliche Unterschiede in den Copingstrategien wurden in der Klinikgruppe weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen den Geschlechtern nachgewiesen.

In der bereichsspezifischen Lebensqualität fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den „jungen“ und „alten“ Tumorpatienten in den Bereichen der „Sozialkontakte“ und der „finanziellen Lage“. In diesen beiden Bereichen berichteten die älteren Klinikpatienten über weniger Belastungen, als dies die jüngeren Patienten taten.

Zwischen männlichen und weiblichen Tumorpatienten zeigten sich, gemessen an den Werten, keine wesentlichen Unterschiede.

In der Lebenszufriedenheit existierten signifikante Unterschiede zwischen „jungen“ und „alten“ Patienten lediglich im Bereich der „finanziellen Lage“, in welchem die älteren Patienten zufriedener waren.

Zwischen männlichen und weiblichen Klinikpatienten konnten bezüglich der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Am schlechtesten schnitt bei allen vier Gruppen der Bereich „Gesundheit“ ab, am besten der Bereich „Partnerschaft“, dort lagen die Mittelwerte, verglichen mit den anderen Mittelwerten, am niedrigsten und spiegelten so eine hohe Zufriedenheit wider.

In der Beurteilung der sozialen Unterstützung wurden zwischen „jungen“ und „alten“ sowie zwischen männlichen und weiblichen Klinikpatienten keine nennenswerten Unterschiede nachgewiesen. Während ältere Tumorpatienten in den Bereichen der „praktischen Unterstützung“, der „emotionalen Unterstützung“ sowie der „sozialen Integration“ höhere Mittelwerte angaben und somit ein geringfügig höheres Maß an Unterstützung aufwiesen als jüngere Patienten, schienen die weiblichen Patienten, gemessen an den Werten, zufriedener mit dem Maß der sozialen Unterstützung in den einzelnen Formen zu sein als die männlichen Patienten.

7.2 Hypothese II

Neben den Klinikpatienten wurden auch die Bewohner eines stationären Hospizes betrachtet. Dabei galt die gleiche Hypothese wie bei den Klinikpatienten. Es sollten Unterschiede in den Copingstrategien, der Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts untersucht werden.

Ein altersspezifischer Einfluss auf die Lebensqualität der Hospizbewohner ließ sich nicht finden. Des Weiteren ließ sich auch kein geschlechtsspezifischer Unterschied auf die Lebenszufriedenheit der Hospizbewohner nachweisen. Damit ließ sich auch die Hypothese II nicht vollständig bestätigen, die ja davon ausging, dass bezüglich der Copingstrategien, der Lebensqualität und -zufriedenheit sowie der sozialen Unterstützung alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Hospizbewohnern existieren. Dabei sollte die Richtung unbeachtet bleiben. In den Copingstrategien zeigte sich ein signifikanter Unterschied lediglich zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern in der Form der „aktiven problemorientierten Bewältigung“, welche im

Vergleich von den älteren Bewohnern im Mittel häufiger verwendet wurde als von den jüngeren Bewohnern. Geschlechtsspezifische Copingstrategien ließen sich in der Gruppe der Hospizbewohner nicht nachweisen.

Im Hinblick auf die Lebensqualität ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern im Bereich der „geistigen Funktion“. Dieser Unterschied blieb jedoch nur in der multivariaten Analyse signifikant, im anschließend durchgeführten t-Test konnte diese Signifikanz nicht nachgewiesen werden. Männliche Hospizbewohner gaben im Mittel in diesem Bereich geringere Beeinträchtigungen an als die weiblichen Bewohner.

Am schlechtesten schnitt in der Bewertung die Lebensqualität der „jungen“ und „alten“ sowie der männlichen und weiblichen Bewohner in den Bereichen der „Arbeitsfähigkeit“ und der „sozialen Integration“ ab. Die Betroffenen beider Altersgruppen und Geschlechter fühlten sich hingegen in den Bereichen der „generellen „Symptome“, der „emotionalen Lage“ am wenigsten beeinträchtigt. Jüngere und männliche Bewohner bewerteten zudem ihre Lebensqualität im Bereich der „geistigen Funktion“ höher als im Vergleich dazu die älteren und weiblichen Bewohner.

In der Lebenszufriedenheit zeigte sich zwischen den „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern ein signifikanter Unterschied lediglich im Bereich „eigenen Person“. In diesem Bereich gaben die älteren Bewohner durchschnittlich eine höhere Zufriedenheit an. Ausgenommen war allerdings der Bereich der „Partnerschaft“, in dem sich die jüngeren Bewohner im Mittel zufriedener fühlten. Zwischen männlichen und weiblichen Hospizbewohnern wurden keine signifikanten Unterschiede in der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit nachgewiesen.

Ein signifikanter Unterschied in der sozialen Unterstützung fand sich zwischen „jungen“ und „alten“ weiblichen Hospizbewohnern in Form der „sozialen Integration“. Danach waren die älteren weiblichen Hospizbewohner besser sozial eingebunden als die „jungen“ weiblichen Bewohner. Weitere bedeutende Unterschiede in der sozialen Unterstützung wurden unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts nicht gefunden.

7.3 Hypothese III

In der Hypothese III sollten wiederum richtungsunabhängig vorhandene signifikante Unterschiede bezüglich der Krankheitsverarbeitung, der Lebensqualität und

Lebenszufriedenheit sowie der sozialen Unterstützung, zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern aufgezeigt werden.

Zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern existierten sowohl in den verwendeten Copingstrategien als auch in der Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung signifikante Unterschiede.

In der Anwendung der Copingstrategien unterschieden sich die Klinikpatienten wesentlich von den Hospizbewohnern. Bedeutende Unterschiede wurden in allen Bewältigungsformen nachgewiesen. Ausgenommen davon blieb die Skala „Religiosität und Sinnsuche“. Häufige Copingstrategien innerhalb der Klinikgruppe waren die „aktive problemorientierte Bewältigung“ sowie „Ablenkung und Selbstaufbau“, während die Hospizgruppe am häufigsten die Strategien einer „depressiven Verarbeitung“, eines „Bagatellisierens“ und „andere“ verwendete.

Hinsichtlich der bereichsspezifischen Lebensqualität fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern in jedem einzelnen Bereich; ausgenommen davon blieb der Bereich der „emotionalen Befindlichkeit“, dieser wies die geringsten Differenzen zwischen den beiden Gruppen auf. Die Hospizbewohner fühlten sich im Vergleich zu den Klinikpatienten in jedem Bereich der Lebensqualität stärker beeinträchtigt und gaben zudem eine niedrigere allgemeine Lebensqualität an.

Wesentliche Unterschiede zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern zeigten sich auch in der bereichsbezogenen Lebenszufriedenheit. Dort ergaben sich in jedem einzelnen Bereich der Lebenszufriedenheit signifikante Unterschiede. Die Hospizbewohner waren danach in jedem Bereich der Lebenszufriedenheit unzufriedener als die Klinikpatienten.

Das gleiche Bild fand sich auch bei der Beurteilung der sozialen Unterstützung. Dort wies die Verfügbarkeit der einzelnen Formen der sozialen Unterstützung zwischen den Klinikpatienten und den Hospizbewohnern ebenfalls in jedem Bereich signifikante Unterschiede auf. Klinikpatienten fühlten sich im Vergleich zu den Hospizbewohnern in jeder Form besser sozial unterstützt und besser sozial eingebunden.

8. Vorhersagbarkeit der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Zur Vorhersage der Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit durch die Krankheitsverarbeitung und die soziale Unterstützung wurde eine schrittweise lineare Regression durchgeführt. Aufgrund der Tatsache, dass mehrere unabhängige Variablen vorlagen, die jedoch in ihrer Form und in ihrer Betrachtung zusammenhingen, wurde die schrittweise Einschlussmethode gewählt.

Das Anliegen der Regression bestand darin, explorativ zu bestimmen, welche übergeordneten Bewältigungsstrategien und welche sozialen Unterstützungsformen Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit hatten.

Es wurde zunächst die gesamte Stichprobe und anschließend einzelne Gruppen (Station, Hospiz, Männer, Frauen, jung, alt) analysiert.

8.1 Vorhersagbarkeit der Lebensqualität durch Copingstrategien

In nahezu allen Gruppen, ausgenommen in der Gruppe „Frauen“, hatte der Prädiktor „depressive Verarbeitung“ das größte positive β -Gewicht für die Einschätzung der „globalen Lebensqualität“. Ein weiterer wichtiger Prädiktor für die Vorhersagbarkeit der Lebensqualität stellte die Copingstrategie „Bagatellisieren“ dar.

Die Werte innerhalb der einzelnen Gruppen sind in der Tabelle VI.16 dargestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden lediglich die signifikanten Werte wiedergegeben.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Vorhersagbarkeit der Lebensqualität durch den Gebrauch bestimmter Copingstrategien nicht sehr hoch war, was sich an der Größe des Bestimmtheitsmaßes R^2 ablesen lässt. Das Minimum innerhalb der signifikant übergeordneten Copingstrategien lag in der Gruppe „Hospiz“ bei $R^2 = 0,132$ für die Bewältigungsstrategie der „depressiven Verarbeitung“, das Maximum fand sich in der Gruppe der „alten Tumorerkrankten“ für die Strategie „Bagatellisieren“ mit $R^2 = 0,428$.

In der Stationsgruppe war auch der Prädiktor „Ablenkung und Selbstaufbau“ signifikant. Das β -Gewicht dieser Bewältigungsstrategie war negativ, somit prognostiziert die Anwendung dieser Copingstrategie eine bessere Lebensqualität.

Die häufigere Verwendung der Strategien „depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisieren“ prognostizieren hingegen eine schlechtere Lebensqualität.

Tab. VI.16: Lineare Regression (schrittweise) für die signifikanten Skalen der Bewältigung u. d. Lebensqualität

Stichprobe – Gruppe	N	Subskala	β- Gewichte	R ²	Signifikanz
gesamte Stichprobe	n = 105	depressive Verarbeitung	0,441	0,328	p = 0,000*
		Bagatellisieren	0,239	0,368	p = 0,013*
Stichprobe Gruppe „Station“	n = 66	depressive Verarbeitung	0,504	0,247	p = 0,000*
		Ablenkung und Selbstaufbau	-0,226	0,298	p = 0,036*
Stichprobe Gruppe „Hospiz“	n = 39	depressive Verarbeitung	0,364	0,132	p = 0,023*
Stichprobe Gruppe „Männer“	n = 63	depressive Verarbeitung	0,622	0,387	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Frauen“	n = 42	Bagatellisieren	0,545	0,297	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „jung“	n = 32	depressive Verarbeitung	0,471	0,222	p = 0,006*
Stichprobe Gruppe „alt“	n = 73	depressive Verarbeitung	0,492	0,388	p = 0,000*
		Bagatellisieren	0,238	0,428	p = 0,032*

Signifikanz: * p < 0,05

8.2 Vorhersagbarkeit der Lebensqualität durch die soziale Unterstützung

Das Maß der wahrgenommenen sozialen Unterstützungsformen eignete sich nur eingeschränkt zur Vorhersagbarkeit der Lebensqualität. Der Prädiktor „soziale Integration“ wies innerhalb der Gruppen das größte β-Gewicht auf. Eine Ausnahme bildete hierbei die Gruppe „Hospiz“, in welcher der Prädiktor „praktische Unterstützung“ das höchste β-Gewicht besaß. Die Werte aller anderen sozialen Unterstützungsformen konnten nicht zur Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität herangezogen werden.

Das Bestimmtheitsmaß R² wies sein Maximum in der Gruppe „Hospiz“ für den Prädiktor „praktische Unterstützung“ mit R² = 0,221 auf.

Die Vorhersagbarkeit der allgemeinen Lebensqualität anhand der wahrgenommenen sozialen Unterstützung blieb gering, was an den einzelnen Werten deutlich wurde (siehe Tab. VI.17).

Tab. VI.17: Lineare Regression (schrittweise u. Einschluss) für die signifikanten Skalen der sozialen Unterstützungsformen und der Lebensqualität

Stichprobe – Gruppe	N	Subskala	β -Gewicht	R ²	Signifikanz
gesamte Stichprobe	n = 105	soziale Integration	-0,228	0,052	p = 0,019*
Stichprobe Gruppe „Station“	n = 66	soziale Integration	-0,497	0,087	p = 0,021*
Stichprobe Gruppe „Hospiz“	n = 39	praktische Unterstützung	0,459	0,211	p = 0,003*
Stichprobe Gruppe „Männer“	n = 63	soziale Integration	-0,457	0,097	p = 0,015*
Stichprobe Gruppe „alt“	n = 73	soziale Integration	-0,306	0,094	p = 0,008*

Signifikanz* p < 0,05

8.3 Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit durch Copingstrategien

Neben der Lebensqualität wurde die Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit durch bestimmte Copingstrategien und das Maß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung überprüft.

Beim Gebrauch der Copingstrategien eigneten sich als Prädiktor vor allem die übergeordneten Formen: „Depressive Verarbeitung“, „aktive problemorientierte Bewältigung“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“. Weitere Prädiktoren waren „Ablenkung und Selbstaufbau“ Der Prädiktor „Bagatellisieren“ in der Gruppe der Frauen erwies sich in der Betrachtung der gesamten Stichprobe als signifikant.

Die Größe der einzelnen β -Gewichte variierte von Gruppe zu Gruppe stark (siehe Tab. VI.18).

In den Gruppen: „gesamte Stichprobe“, „Station“ und „alt“ wies der Prädiktor „depressive Verarbeitung“ die höchsten β -Gewichte auf. Die β -Gewichte des Prädiktors „Religiosität und Sinnsuche“ waren in den Gruppen „Hospiz“ und „Frauen“ am höchsten. Die „aktive problemorientierte Bewältigung“ zeigte die höchsten β -Gewichte in den Gruppen „Männer“ und „jung“.

Die größte Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit wies in der gesamten Stichprobe der Prädiktor „Religiosität und Sinnsuche“ auf ($R^2 = 0,532$). Gleiches fand sich in der Gruppe der „alten Tumorpatienten“ mit $R^2 = 0,511$.

Das Bestimmtheitsmaß R^2 des Prädiktors „depressive Verarbeitung“ zur Einschätzung der Lebenszufriedenheit erwies sich in den Gruppen „jung“ ($R^2 = 0,652$), „Männer“ ($R^2 = 0,566$) und „Station“ ($R^2 = 0,503$) als signifikant.

In der Gruppe „Frauen“ erreichte der Prädiktor „Bagatellisieren“ das höchste Bestimmtheitsmaß ($R^2 = 0,415$) und in der Gruppe „Station“ der Prädiktor „aktive problemorientierte Bewältigung“ mit $R^2 = 0,331$.

Tab. VI.18: Lineare Regression (schrittweise) für die signifikanten Skalen der Bewältigung und der Lebenszufriedenheit

Stichprobe – Gruppe	N	Subskala	SSGewicht	R ²	Signifikanz
gesamte Stichprobe	n = 105	akt. problemorient. Bewältigung	-0,347	0,289	p = 0,000*
		depressive Verarbeitung	0,458	0,480	p = 0,000*
		Ablenkung und Selbstaufbau	-0,180	0,512	p = 0,031*
		Religiosität und Sinnsuche	-0,150	0,532	p = 0,039*
Stichprobe Gruppe „Station“	n = 66	depressive Verarbeitung	0,431	0,175	p = 0,000*
		akt. problemorient. Bewältigung	-0,395	0,331	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Hospiz“	n = 39	Religiosität und Sinnsuche	-0,506	0,260	p = 0,000*
		akt. problemorient. Bewältigung	-0,358	0,384	p = 0,006*
		depressive Verarbeitung	0,355	0,503	p = 0,006*
Stichprobe Gruppe „Männer“	n = 63	akt. problemorient. Bewältigung	-0,536	0,361	p = 0,000*
		depressive Verarbeitung	0,457	0,566	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Frauen“	n = 42	Religiosität und Sinnsuche	-0,447	0,221	p = 0,000*
		Bagatellisieren	0,442	0,415	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „jung“	n = 32	akt. problemorient. Bewältigung	-0,627	0,533	p = 0,000*
		depressive Verarbeitung	0,359	0,652	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „alt“	n = 73	depressive Verarbeitung	0,499	0,260	p = 0,000*
		akt. problemorient. Bewältigung	-0,379	0,444	p = 0,000*
		Religiosität und Sinnsuche	-0,264	0,511	p = 0,000*

Signifikanz* p < 0,05

8.4 Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit durch die soziale Unterstützung

Bei der Einschätzung der Lebenszufriedenheit anhand der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zeigte sich bezüglich der einzelnen Prädiktoren ein sehr heterogenes Bild. Die einzelnen Werte sind in der Tabelle VI.19 wiedergegeben. Die Spannweite des Bestimmtheitsmaßes zur Vorhersagbarkeit der Lebenszufriedenheit lag zwischen $R^2 = 0,382$ in der Gruppe „alt“ für den Prädiktor „praktische Unterstützung“ und $R^2 = 0,188$ in der Gruppe „Station“ für den Prädiktor „soziale Integration“.

Tab.VI.19: Lineare Regression (schrittweise) für die signifikanten Skalen der sozialen Unterstützungsformen und der Lebenszufriedenheit

Stichprobe – Gruppe	N	Subskala	β- Gewichte	R ²	Signifikanz
gesamte Stichprobe	n = 105	emotionale Unterstützung	-0,482	0,233	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Station“	n = 66	soziale Integration	-0,433	0,188	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Hospiz“	n = 39	praktische Unterstützung	-0,519	0,269	p = 0,001*
Stichprobe Gruppe „Männer“	n = 63	emotionale Unterstützung	-0,511	0,261	p = 0,000*
Stichprobe Gruppe „Frauen“	n = 39	praktische Unterstützung	-0,450	0,202	p = 0,003*
Stichprobe Gruppe „jung“	n = 63	soziale Integration	-0,481	0,231	p = 0,005*
Stichprobe Gruppe „alt“	n = 63	praktische Unterstützung	-0,618	0,382	p = 0,000*

Signifikanz* p < 0,05

VII Diskussion

Bösartige Neubildungen liegen schon über mehrere Jahrzehnte hinweg mit an der Spitze der Todesursachen in Deutschland. Es existiert eine Vielzahl von Studien, die sich mit den verschiedenen Tumorarten, ihrer Diagnostik, Therapie und der Prognosenverbesserung beschäftigen. Neben der Forschung, welche sich mit den biologischen Aspekten der Krankheit befasst, liegen auch zahlreiche Untersuchungen vor, die sich mit den psychologischen, psychosomatischen und psychosozialen Aspekten einer Tumorerkrankung auseinandersetzen.

Unter diesen Untersuchungen besitzen die Studien, welche die Krankheitsverarbeitung, die Lebensqualität und die soziale Unterstützung von Tumorerkrankten zum Thema haben, eine große Bedeutung (Bullinger 1997, Heim 1998, Tschuschke 2002, Röttger 2003). Die meisten Forschungen beziehen sich dabei auf Patienten in niedrigeren Tumorstadien, oder sie schließen lediglich Betroffene mit einer ganz bestimmten Tumorart ein. Wesentlich geringer dagegen ist die Anzahl der Studien die sich mit Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium befassen (Heam & Higginson 1998, Smeenk et al. 1998, Uitterhoeve et al. 2004). Die Befunde dieser Untersuchungen sind thematisch größtenteils sehr spezifisch und in ihrer Gesamtheit häufig heterogen.

Das Thema der vorliegenden Untersuchung war es, alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede im Copingverhalten, in der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und sozialen Unterstützung unabhängig von der Tumorart bei Tumorerkrankten in fortgeschrittenerem Stadium zu prüfen.

Da im zunehmenden Maße Krebskranke im fortgeschrittenen Stadium auf Palliativstationen und in Hospizen betreut werden, sollten zudem die Bewohner eines stationären Hospizes betrachtet werden. Dabei galt es, Unterschiede in den Copingstrategien, der Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Bewohner nachzuweisen.

Es erfolgte des Weiteren ein Vergleich der Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern. Ziel war es dabei, Unterschiede im Krankheitsverhalten zwischen diesen beiden Gruppen sichtbar zu machen.

Die Klinikpatienten bildeten ca. zwei Drittel der Gesamtgruppe, die Hospizbewohner stellten den Rest der Gruppe. Eine Unterscheidung nach der Tumorart erfolgte in unserer Untersuchung nicht, da hinsichtlich der psychologischen Belastungen nur wenige bis keine Unterschiede zwischen den einzelnen Tumorarten existieren, was u. a. Studien von Filipp & Ferring (1988), Pettingale et al. (1988), Weis (2002) und Deimling et al. (2006) zeigen. Auch die bisherige Therapie blieb in unserer Studie unberücksichtigt.

Die häufigsten Tumorlokalisationen stellten sowohl in der Klinikgruppe als auch in der Hospizgruppe Tumore des Respirations-, Gastrointestinal- und Urogenitaltrakts dar. Dies lag zum einen an der Auswahl der Stationen, auf welchen die Befragung durchgeführt wurde, zum anderen an der Häufigkeit der auftretenden Tumorarten in der Bevölkerung (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. 2006, Statistisches Bundesamt 2005). Die Entscheidung, welche Tumorpatienten einbezogen wurden, lag in den Kliniken bei den Ärzten und im Hospiz bei den Hospizleitern. Als Einschlusskriterium galt eine Auswahl der Betroffenen mit einer ärztlich eingeschätzten Lebenserwartung von unter 6 Monaten. Eine exakte Kontrolle dieses Kriteriums konnte allerdings nicht erfolgen, da die Erhebung lediglich zu einem Messzeitpunkt stattfand. Die Ärzte bzw. das Pflegepersonal wurden jedoch gebeten, die Tumorart und das Tumorstadium auf den Fragebögen anzugeben um zumindest das Kriterium einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung zu erfassen.

Besonders interessant war die Frage: Wie beeinträchtigt sind die Klinikpatienten und die Hospizbewohner tatsächlich? Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Ärzte bzw. das jeweilige Pflegepersonal gebeten, die Betroffenen in den Bereichen „Aktivität“, „Alltagsleben“, „Gesundheitszustand“, „Sozialkontakte“ und „Zukunftsorientierung“ anhand des „Spitzer Quality of Life“-Index einzuschätzen. Rohde et al. (1984) untersuchten in einer Validierungsstudie Magenkarzinompatienten hinsichtlich ihrer fremdbeurteilten Lebensqualität. In dieser Studie korrelierte die Anzahl der Symptome mit der Höhe des Lebensqualitätsindex, so dass nicht bestimmte, sondern nur die Vielzahl von Symptomen zu einem niedrigeren Lebensqualitätsindex führte. Eine gesonderte Betrachtung der einzelnen Bereiche erfolgte durch Rohde et al. allerdings nicht. Greer et al. (1986) verglichen an Krebs erkrankte Hospizbewohner mit „normalen Klinikpatienten“ und fanden, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes und ihrer Lebensqualität nicht signifikant voneinander unterschieden.

Insgesamt zeigte sich in unserer Studie lediglich in den Bereichen „Aktivität“ und

„Alltagsleben“ ein signifikanter Unterschied zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern. Dabei schnitten die Klinikpatienten etwas besser ab als die Hospizbewohner. Sie verfügten damit über eine größere Selbständigkeit und Unabhängigkeit als die Hospizbewohner. Eine denkbare Ursache dafür wäre die deutlich höhere Pflegebedürftigkeit der Hospizbewohner im Vergleich zu den Klinikpatienten und die weitestgehende Isolation der Bewohner von ihrer gewohnten Umgebung.

Bezüglich ihres Gesundheitszustandes unterschieden sich die Klinikpatienten jedoch nur geringfügig von den Hospizbewohnern. Ventafridda et al. (1989) verglichen Krebspatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium bezüglich ihrer Lebensqualität. Dabei wurde eine Gruppe im Krankenhaus und die andere Gruppe zu Hause betreut. In diesem Vergleich verfügten die Tumorpatienten, welche zu Hause betreut wurden, nach zwei Wochen der Betreuung über einen signifikant besseren „Gesundheitszustand“ und über einen höheren Summenscore der Lebensqualität im Vergleich zu den in einer Klinik betreuten Patienten. Dieses Ergebnis könnte ein Anhaltspunkt dafür sein, dass eine Betreuung im gewohnten Umfeld durchaus in der Lage ist, sowohl den Gesundheitszustand als auch die Lebensqualität der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Inwieweit dieses Ergebnis jedoch auf die Betreuung in einem stationären Hospiz zu übertragen ist, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Insgesamt war auffällig, dass Hospizbewohner im Vergleich zu den Klinikpatienten seltener in einer festen Partnerschaft lebten, weniger Kinder hatten und häufiger getrennt oder geschieden waren. Dessloch et al. (1992) untersuchten die Lebensqualität von terminalen Tumorpatienten, in denen eine Gruppe im Krankenhaus, die andere Gruppe zu Hause von einem Pflegedienst versorgt wurden. Dabei waren die zu Hause vom Pflegedienst betreuten Patienten tendenziell älter und der größere Anteil von ihnen hatte keine Angehörigen im eigenen Haushalt. Auch wenn in dieser Untersuchung Klinikpatienten mit Patienten verglichen wurden, die zu Hause vom Pflegepersonal betreut wurden, so könnte das Ergebnis dennoch ein Anhaltspunkt dafür sein, dass ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme hospizieller Hilfe und dem Familienstand bzw. der Anzahl der Kinder besteht. Es ist anzunehmen, dass gerade allein lebende und kinderlose Menschen die Betreuung in einem Hospiz suchen - entweder, um nicht fremden Menschen zur Last zu fallen oder gerade deshalb, weil der familiäre Rahmen bzw. nähere Angehörige häufig fehlen. Diese Behauptung wird durch die Statistik der

BAG-Hospiz aus dem Jahr 2003 gestützt (BAG-Hospiz Homepage). Im Jahr 2003 wurden dabei relativ viele vorher allein lebende Menschen Hospizgäste (~ 43 %).

Kruse (1995) und Sehlen et al. (2003) zeigten in ihren Untersuchungen mit terminalen Tumorpatienten, welche in einer Klinik betreut wurden, dass der größte Anteil der Befragten verheiratet (60-80%) und nur ein geringer Anteil (15-20%) geschieden oder verwitwet war. Ähnliche Ergebnisse wurden in unserer Untersuchung nachgewiesen. Als denkbare Ursache dafür käme der Aspekt in Betracht, dass der größere Teil von den in einer Klinik betreuten Tumorpatienten zu Hause von ihren Partnern versorgt werden und lediglich zu einer therapeutischen Maßnahme eine Klinik aufsuchen.

Die Anzahl der Kinder wird in einem Großteil der Studien nicht erfasst (Dessloch et al. 1992, Kruse 1995, Sehlen et al. 2003, Catt et al. 2003, Kessler et al. 2005).

Catt et al. (2005) und Kessler et al. (2005) wiesen in ihren Studien nach, dass vermehrt jüngere Menschen die Betreuung in einem Hospiz suchen. Dabei waren nicht die Einstellungen der jeweiligen Altersgruppe das Entscheidende, sondern das niedrigere Bedürfnis älterer Menschen hospizielle Betreuung in Anspruch zu nehmen. Diesbezüglich lässt sich anhand unserer Daten keine Aussage treffen, da die Gesamtbelegung der stationären Hospize über den Erhebungszeitraum nicht erfasst wurden.

Strategien, die auf eine „aktive problemorientierte Bewältigung“, auf „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ orientiert waren, wurden in der Selbsteinschätzung von Klinikpatienten häufiger eingesetzt als von Hospizbewohnern. Eine „depressive Verarbeitung“, ein „Bagatellisieren“ und „andere“ wurden hingegen von den Hospizbewohnern vermehrt eingesetzt.

Ähnliche Ergebnisse wies auch Sehlen (2003) nach, welcher 276 Klinikpatienten im fortgeschrittenen Stadium befragte. Die am häufigsten verwendeten Copingmechanismen stellten dort die „aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ und „Religiosität und Sinnsuche“ dar. Eine „depressive Verarbeitung“ wurde hingegen von den befragten Patienten am seltensten angewendet. Das Alter, der T/M-Status, sowie die Therapieoption kurativ vs. palliativ hatten in der von Sehlen durchgeführten Studie keinen Einfluss auf den Verarbeitungsprozess. Weis (2002) stellte in seiner Untersuchung mit Tumorpatienten in unterschiedlichen Erkrankungsstadien die Strategien der „aktiven problemorientierten Bewältigung“ und der von „Ablenkung und Selbstaufbau“ als die bedeutungsvollsten Formen für eine erfolgreiche Krankheitsverarbeitung heraus. Eine

erfolgreiche Bewältigung war dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen, die diese Strategien einsetzten, über eine höhere Lebensqualität und über geringere psychosoziale Belastungen verfügten. Die Strategien des „Bagatellisierens und Wunschdenkens“ sowie der „depressiven Verarbeitung“ waren hingegen für die erfolgreiche Verarbeitung einer Tumorerkrankung am wenigsten von Bedeutung. Diese Befunde decken sich mit denen von Sehlen (2003), welcher Tumorpatienten im fortgeschrittenem Stadium untersuchte. Danach waren die Bewältigungsformen „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisieren und Wunschdenken“ mit einer hohen psychosozialen Belastung assoziiert.

Die verstärkte Verwendung der Copingstrategien „aktive problemorientierte Bewältigung“, „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ wurde auch in weiteren Studien mit Krebspatienten nachgewiesen (Faller et al. 1992, Harrer et al. 1993, Sherman et al. 2000, Petz et al. 2001 und Muthny 1992). Somit herrscht weitestgehend ein Konsens zu diesem Thema.

Betrachtet man im Gegensatz dazu die Bewohner eines Hospizes, so fällt auf, dass diese vermehrt depressive und bagatellisierende Copingstrategien einsetzten. Möglicherweise liegt der Grund hierfür in dem Bewusstsein des nahenden Todes und somit dem tödlichen Ausgang der Erkrankung. Dies könnte wiederum bei den Hospizbewohnern zu einer Zunahme der psychischen Belastungen geführt haben. Obwohl es sich bei den Bewohnern eines stationären Hospizes um ein sehr homogenes Klientel handelt, ist der individuelle Umgang mit der Erkrankung dabei nicht außer Acht zu lassen (Streckeisen 2001, Pfeffer 2005). Jeder Einzelne gestaltet, trotz der Gemeinsamkeit des nahenden Todes, den Prozess der Auseinandersetzung individuell verschieden und legt dabei andere Maßstäbe und Prioritäten fest. Dies fand auch Kruse (1995) in seiner Studie, in welcher er 50 Patienten im Terminalstadium in einer Längsschnittstudie interviewte. Bei diesen Patienten wiesen die psychischen Veränderungen letztlich in verschiedene Richtungen, wobei auch die Verarbeitung und Einordnung bei jedem Einzelnen individuell verschieden ablief. Kruse kommt dabei zu dem Schluss, dass dieser Befund gegen die Gültigkeit generalisierter Phasenmodelle des Erlebens und der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens sprechen, wie sie beispielsweise von Kübler Ross (1984) in ihrem Buch „Interview mit Sterbenden“ postuliert werden. Das diesem Aspekt schon in der Praxis Rechnung getragen wird, spiegelt sich im Leitmotiv hospizieller Arbeit wider (Schneider 2006).

So stellt der individuelle Umgang mit den Patienten und seinen Angehörigen ein wesentliches Bemühen der Hospizbeschäftigten in ihrer täglichen Arbeit dar (Pfeffer 2005).

Die Ergebnisse von Weis (2002) zeigen, dass das Bewältigungsverhalten auch maßgeblich durch soziodemographische Faktoren, wie beispielsweise durch das Alter beeinflusst wird. So bevorzugten jüngere Tumorpatienten stärker aktive Copingstrategien, während ältere Patienten in größerem Maße ablenkende und selbstaufbauende Bewältigungsformen einsetzten. Ähnliche Ergebnisse wurden auch in unserer Studie nachgewiesen. Danach verwendeten die jüngeren im Vergleich zu den älteren Klinikpatienten die Copingstrategie einer „aktiven problemorientierten Bewältigung“ signifikant häufiger. Ältere Tumorpatienten nutzten hingegen die Strategien einer „depressiven Verarbeitung“, von „Ablenkung und Selbstaufbau“ sowie „Religiosität und Sinnsuche“ häufiger. Fuiko und Krypskin-Exner (1991) fanden in ihrer Untersuchung an neuerkrankten Mammakarzinompatienten, dass die älteren Frauen im Vergleich zu den jüngeren fatalistischer eingestellt waren und daher auch geringere Erwartungen hatten, um ihre Krebserkrankung selbst aktiv beeinflussen zu können. Des Weiteren schrieben sich die älteren Patientinnen im Mittel auch eine geringere Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung zu als die jüngeren. Das Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass jüngere Patienten stärker als ältere das Verlangen haben, aktiv gegen die Erkrankung vorzugehen. Dies hängt möglicherweise eng mit der eigenen Lebensperspektive jüngerer Patienten zusammen, die häufig noch zahlreiche Pläne und Wünsche haben, die sie sich erfüllen wollen. Ältere Tumorpatienten scheinen zudem eher mit einem schlechten Ausgang der Erkrankung zu rechnen als jüngere Menschen.

Deimling et al. (2006) fanden heraus, dass es im Alter zu einer generellen Abnahme im Gebrauch aller Bewältigungsstrategien kommt. Diese Aussage ließ sich in unserer Studie nicht bestätigen, da die Mittelwerte der älteren Tumorpatienten, in den meisten Strategien höher lagen, als die der jüngeren.

In unserer Untersuchung nutzten ältere Hospizbewohner häufiger Strategien, die der emotionalen und kognitiven Bewältigungsebene zugerechnet werden konnten. Des Weiteren fand sich, entgegen unseren Erwartungen, zusätzlich ein häufiger Gebrauch der Copingform einer „aktiven problemorientierten Bewältigung“, was im weitesten Sinne der Ebene des Verhaltens nach Heim et al. (1991) zuzuordnen ist.

Befunde, welche die Verwendung der Bewältigungsstrategien bei Hospizbewohnern widerspiegeln, fehlen bislang. Eine Begründung ließ sich deshalb nur schwer finden und scheint am ehesten darauf zu beruhen, dass die älteren Hospizbewohner den Kampf gegen die Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit etc. mit dem Kampf gegen die Erkrankung gleichsetzten. Eine andere Erklärung wäre, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren eher nach dem Prinzip der sozialen Erwünschtheit antworteten, wie es Ziegler (1984) beschreibt. Da ein aktives Herangehen an die Erkrankung und der Kampf gegen diese im weitesten Sinne als wünschenswert angesehen werden kann, wäre somit eine Begründung gefunden, die sich mit der Literatur belegen lässt.

Als Kriterien für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung gelten die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit. Zur Vorhersage der globalen Lebensqualität war die Bewältigungsstrategie der „depressiven Verarbeitung“ prädiktiv bedeutsam. Zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit eigneten sich besonders die Prädiktoren der „depressiven Verarbeitung“ und der „aktiven problemorientierten Bewältigung“.

Weis (2002) wies in seiner Studie einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen depressiven Verarbeitungsstrategien und der Lebensqualität nach. Insgesamt trugen die verschiedenen Strategien der Krankheitsverarbeitung nur wenig zur Vorhersage der Lebensqualität bei. Sehr viel bedeutsamer waren nach Weis die seelische und körperliche Beeinträchtigung sowie das Auftreten von möglichen Komplikationen.

Bezüglich des Kriteriums Lebenszufriedenheit zeigte Weis (2002), dass sich lediglich die Copingstrategie des „Bagatellisierens und Wunschdenkens“ als prädiktiv bedeutsam erwies. Das Ergebnis, dass im Mittel die von Weis untersuchten Tumorerkrankten in niedrigeren Stadien häufiger die Bewältigungsform des „Bagatellisierens und Wunschdenkens“ einsetzten als die in unserer Studie befragten terminalen Tumorpatienten, könnte ein Anhaltspunkt dafür sein, dass diese Strategie bei Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium eher eine untergeordnete Rolle spielt. Söllner et al. (1998) zeigten in ihrer Studie an Melanompatienten in unterschiedlichen Erkrankungsstadien, dass ein aktives Coping mit einer guten Anpassung, ein depressives Coping jedoch mit einer schlechten Anpassung einhergingen. Es ließe sich vermuten, dass die Gruppe der depressiven Copingformen („Hadern/Selbstbedauern“, „Rumifizieren“, „resignative Verarbeitung“) mit den körperlichen und seelischen Belastungen stärker verknüpft sind.

Die aktiven Bewältigungsformen („Infosuche“, „Ankämpfen gegen die Krankheit“ „Planen und Handeln“) gingen hingegen mit geringeren körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen einher. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Filipp et al. (1989), Pinquart (1998) und Matthews (2000).

Vor dem Hintergrund der Frage, ob es tatsächlich „adaptives“ vs. „nicht adaptives Coping“ gibt, finden sich hier Hinweise für einen differentiellen Zusammenhang zwischen bestimmten Verarbeitungsstrategien und der Lebensqualität /-zufriedenheit. Diesbezüglich sollten allerdings weitere Untersuchungen folgen.

Einen weiteren wesentlichen Einflussfaktor auf die Krankheitsverarbeitung bildet neben den Copingstrategien auch das Maß an sozialer Unterstützung (Aymanns, Filipp & Klauer 1995a, Schulz & Kerekjarto 1998, Tschuschke 2002).

Insgesamt zeigten sich zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern in jedem einzelnen Bereich der sozialen Unterstützung signifikante Unterschiede. Dabei wiesen die Klinikpatienten in jedem Bereich ein höheres Maß an sozialer Unterstützung auf als die Hospizbewohner. Der größte Unterschied zwischen beiden Gruppen zeigte sich hierbei in der Skala der „sozialen Integration“. Ein ähnliches Ergebnis findet sich auch in der Betrachtung der Lebensqualität im Bereich der „Sozialkontakte“, in welchem die Hospizbewohner im Mittel eine höhere Beeinträchtigung angaben als die Klinikpatienten. Eine Erklärung dafür wäre, dass Hospizbewohner stärker aus ihrer bekannten Umgebung herausgerissen sind als die Klinikpatienten. Dies liegt vermutlich daran, dass eine flächendeckende Versorgung von Tumorkranken in Hospizen noch nicht existiert. Betroffene sind so häufig gezwungen, in andere Stadtteile bzw. sogar in eine andere Stadt zu ziehen. Damit nimmt die räumliche Distanz von Freunden und der Familie zu und Besuche werden so generell schwieriger. Verres (1986) beschreibt die soziale Isolierung als eines der zentralsten Probleme von Tumorpatienten. Durch die sich wiederholenden Klinikaufenthalte werden die sozialen Beziehungen des Patienten in Familie, Freundeskreis und Arbeitswelt stark beeinträchtigt. Klinikpatienten sind heutzutage vermutlich besser in ihre soziale Umwelt integriert als Hospizbewohner, da die Liegedauer in den Kliniken immer weiter zurückgeht (Statistisches Bundesamt 2005). Ein ähnliches Ergebnis fanden auch Schulz et al. (1990) in ihrer Untersuchung heraus. In dieser waren Tumorpatienten Anfang der 90er Jahre durch wiederholte Krankenhausaufenthalte noch längerfristig von ihren Familien getrennt.

Diese Tumorpatienten fühlten sich infolge dessen stärker sozial isoliert. Durch die Einführung ambulanter onkologischer Therapien und des enormen Wissenszuwachses auf dem Gebiet der Onkologie wurde dieser Situation immer weiter entgegengewirkt.

Hospizbewohner verbringen im Gegensatz dazu meistens ihre gesamte restliche Lebenszeit im Hospiz, ohne nach Hause zurückzukehren (BAG-Hospiz Homepage 2007). Die durchschnittliche Liegedauer beträgt im Hospiz je nach Literatur zwischen 11 und 20 Tagen (BAG-Hospiz Statistik 2004, Pfeffer 2005, Schneider 2006). Im hospiziellen Bereich wurden ebenfalls bereits Alternativen geschaffen, welche die soziale Integration der Betroffenen verbessern sollen. Darunter zählt z. B. die Form eines Tageshospizes, in welchem die Betroffenen nur stundenweise betreut werden und danach wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Außerdem kann eine Übernachtung von Angehörigen im Hospiz immer besser realisiert werden. Die Hospizarbeit folgt des Weiteren dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (BAG-Hospiz Homepage 2007). Das hat zur Folge, dass die meisten Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium zunächst zu Hause betreut werden und erst, wenn dies nicht mehr möglich ist, erfolgt die Verlegung in ein stationäres Hospiz.

Im Bereich der „emotionalen Unterstützung“ war der Unterschied zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern nur unwesentlich geringer als der im Bereich der „sozialen Integration“. Dies erklärt sich möglicherweise durch die ähnlich hohe Belastung der Familie. Ein Geben von emotionaler Unterstützung ist wohl am meisten vom eigenen Befinden abhängig. Dabei gaben in einer Studie von Grobe et al. (1982) die Hälfte der befragten Angehörigen von fortgeschrittenen Erkrankten an, dass sie emotionale Unterstützung dringend bräuchten. Gerade im Krankheitsfall entstehen für die Familien der Betroffenen eine Vielzahl von zusätzlichen Belastungen wie finanzielle Einbußen, organisatorische Aufgaben usw. Neben diesen muss zudem teilweise die soziale Rolle des Kranken ausgefüllt werden. Das hat zur Folge, dass die Familie selbst vermehrt auf die Hilfen anderer angewiesen ist. Northouse (1988) machte deutlich, dass Partner bei gleichem Belastungsniveau weniger Unterstützung vor allem von Freunden, Pflegepersonal und Ärzten wahrnahmen als ihre an Brustkrebs erkrankten Frauen. Davis-Ali et al. (1993) kamen in einer Untersuchung an 91 Patienten, die an einem Lymphom bzw. an einer Leukämie erkrankt waren, und 78 ihrer Partner zum gleichen Ergebnis. Die gesunden Partner erhielten bei vergleichbarem Belastungsniveau signifikant weniger emotionale und praktische Unterstützung als der Patient, waren dabei aber stärker in die

existentielle Frage nach dessen Zukunft verstrickt als der Patient selbst. Auch in einer Untersuchung von Cassileth et al. (1985) zeigte sich, dass sich die Patienten sehr viel stärker emotional eingebunden fühlten als ihre Partner. Möglicherweise ist dies auch der Grund dafür, warum sie den Betroffenen nur geringfügig emotionale Unterstützung liefern können. Um dieses Problem zu lösen, erscheint es sinnvoll, das Augenmerk neben den Betroffenen auch auf die Familien, Freunde und Angehörigen zu richten und der Frage nachzugehen: Wie lassen sich die Angehörigen in der Situation einer Tumorerkrankung unterstützen und entlasten?

Hunter et al. (2006) zeigten in ihrer Studie an Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium, dass eine Zunahme von Angst und vermeidendem Verhalten bei den Betroffenen zu einer Abnahme von emotionaler Unterstützung führt. Das Ergebnis könnte daher ein Anhaltspunkt dafür sein, warum die Hospizbewohner weniger emotionale Unterstützung erhielten als Klinikpatienten, denn diese zeigten in unserer Untersuchung im Gegensatz zu den Klinikpatienten eine verstärkte Verwendung von vermeidenden Copingstrategien wie die der „depressiven Verarbeitung“ und des „Bagatellisierens“.

Am geringsten unterschieden sich Klinikpatienten und Hospizbewohner im Bereich der „praktischen Unterstützung“. Mor (1990) zeigte, dass Hospizbewohner häufiger soziale Unterstützung durch das Pflegepersonal erhielten als terminal erkrankte Tumorpatienten in einer Klinik. Ähnliches beschreibt auch Pfeffer (1998), die in einem von ihr untersuchten Hospiz immer wieder auf Beschreibungen stößt, die auf die Vorstellung einer „Familie“ zurückgreifen. Zentral ist dabei der Gedanke des „Füreinander-da-seins“ in Notsituationen. Hierbei geht es nicht um die medizinisch-pflegerische Hilfe, die vergleichsweise häufiger in Kliniken gegeben wird und sich in Behandlungsplänen und ärztlichen Anordnungen formulieren lässt, sondern um den eher diffusen zwischenmenschlichen Bereich, in dem Bedürfnisse gedeutet werden müssen (Pfeffer 2005).

Zwischen den Klinikpatienten wurden in den Teilbereichen der sozialen Unterstützung keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede nachgewiesen. Tendenziell schienen allerdings ältere Tumorpatienten in allen drei Bereichen ein geringfügig höheres Maß an sozialer Unterstützung zu erhalten als die „jungen“ Klinikpatienten. Daneben hatte auch das Geschlecht keinen wesentlichen Einfluss auf den Erhalt sozialer Unterstützung.

In der Literatur fanden sich kontroverse Aussagen bezüglich einer Zu- oder Abnahme von

sozialer Unterstützung mit dem Alter. Nach einer Studie von Aymanns et al. (1995a) erhielten ältere Krebspatienten demnach ein höheres Maß an emotionaler und praktischer Unterstützung als im Gegensatz dazu die jüngeren Betroffenen. Dieser Sachverhalt ließ sich auch in unserer Studie nachweisen. Ein gegensätzliches Ergebnis fanden Fuiko & Krypsin-Exner (1991), die Brustkrebspatientinnen hinsichtlich ihres Copings und ihrer sozialen Unterstützung untersuchten. Dabei nahmen die untersuchten älteren Mammakarzinompatientinnen weniger soziale Unterstützung wahr als die jüngeren Patientinnen. Ziegler (1984) stellte hingegen einen u-förmigen Verlauf der sozialen Unterstützung mit zunehmendem Alter heraus. In ihrer Studie zeigte sich das höchste Ausmaß an selbst erlebter sozialer Unterstützung bei den jüngsten und bei den ältesten Patienten. Ein einheitlicher Konsens über eine Zu- bzw. Abnahme von sozialer Unterstützung mit steigendem Lebensalter ließ sich anhand der Literatur nicht finden und sollte daher noch eingehender untersucht werden.

Neben den Bewältigungsstrategien eignete sich auch das Maß der erhaltenen sozialen Unterstützung zur Einschätzung der Lebensqualität. Besonders die Unterstützungsform der „sozialen Integration“ war prädiktiv für die Vorhersagbarkeit der Lebensqualität bedeutsam. Dieser Zusammenhang verdeutlicht, wie wichtig es ist, die soziale Einbindung der Betroffenen in ihr gewohntes Umfeld zu verbessern. Dazu beitragen würde vermutlich die weitere Etablierung stationärer Hospizeinrichtungen, so dass die Betroffenen ihren ursprünglichen Wohnort nur noch selten verlassen müssten.

In Kliniken sollte hingegen noch verstärkter der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zum Tragen kommen, um die soziale Integration der Patienten zu verbessern.

Die Lebensqualität wird altersunabhängig von verschiedenen Faktoren beeinflusst und ist als ein mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen, welches die Selbsteinschätzungen des körperlichen, emotionalen, mentalen, interpersonellen und sozioökonomischen Zustandes einschließt (Pinquart 1998).

In welchem Maße Alter, Geschlecht, Copingstrategie und soziale Unterstützung zu Unterschieden in der Lebensqualität von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium beitragen, sollte in dieser Studie untersucht werden.

Insgesamt gaben die Klinikpatienten in der bereichsspezifischen Lebensqualität im Vergleich zu den Hospizbewohnern in jedem Bereich geringere Beeinträchtigungen an.

Die größten Differenzen zwischen diesen beiden Gruppen fanden sich in den Bereichen der „Sozialkontakte“, der „finanziellen Lage“ und der „Arbeitsfähigkeit“. Weiterhin waren die Klinikpatienten in ihren Alltäglichkeiten und ihrer Gehfähigkeit weniger stark beeinträchtigt als die Hospizbewohner und wiesen dementsprechend eine höhere Lebensqualität im Bereich des „funktionellen Status“ auf.

Seale (1991) zeigte in einem Vergleich zwischen Hospizbewohnern und Klinikpatienten, dass die Hospizbewohner über einen niedrigeren funktionellen Status verfügten und häufiger Hilfe in ihren Alltäglichkeiten benötigten als im Gegensatz dazu die Klinikpatienten. Des Weiteren wies Seale fünf Symptome nach, in welchen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten. Diese waren: Schmerz, Schlaflosigkeit, Verstopfung, Dekubitus und Rückenschmerz. Die Bereiche „Sozialkontakte“ und „finanzielle Lage“ wurden in der von Seale durchgeführten Studie nicht erfasst. In unserer Untersuchung zeigten sich im Vergleich der Klinikpatienten mit den Hospizbewohnern im Bereich der „generellen Symptome“ die geringsten Unterschiede. Auch im Bereich der „emotionalen Befindlichkeit“ wurde nur ein unwesentlicher Unterschied nachgewiesen. Die stärkeren Einschränkungen der Hospizbewohner in den Bereichen „Arbeitsfähigkeit“ und „funktioneller Status“ hängen möglicherweise damit zusammen, dass der größte Teil der Hospizbewohner heutzutage erst recht spät in ein Hospiz kommt, also bei schon deutlich fortgeschrittener Erkrankung (BAG-Hospiz Statistik 2003, Schneider 2006). Die Mehrzahl der Bewohner ist dann kaum noch in der Lage, irgendwelchen Aktivitäten nachzugehen und ist auch bei der Verrichtung des Alltags häufig auf fremde Hilfe angewiesen (Seale 1991, Pfeffer 2005).

Im Gegensatz dazu kamen die Klinikpatienten im Mittel ziemlich selbständig aus ihrem privaten Umfeld auf Station und gingen größtenteils auch zu Hause noch freiwilligen Beschäftigungen nach. Dies zeigten auch die Ergebnisse der fremd beurteilten Lebensqualität mittels des Spitzer-Index.

Möglicherweise erklären sich die geringen Differenzen in diesen Bereichen auch durch die hospizuelle Zielsetzung. Oberstes Ziel der Hospizarbeit ist es, den psychischen, physischen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen der Bewohner entgegenzukommen. Daher ist die Betreuung im Hospiz in höherem Maße daran ausgerichtet den Menschen als Ganzes zu betrachten, also als Körper, Geist und Seele. Neben der symptomatischen Therapie, nimmt somit auch die emotionale Anteilnahme einen hohen Stellenwert im hospiziellen Handeln ein.

Dies beschreibt auch Pfeffer (2005) in ihrer Ethnographie zur stationären Hospizarbeit. Pfeffer benennt in diesem Zusammenhang auch die bessere personelle Ausstattung in den stationären Hospizen, die als möglicher Erklärungsansatz für die geringen Unterschiede in den Bereichen der „generellen Symptome“ und der „emotionalen Befindlichkeit“ zwischen Klinik und Hospiz ebenfalls zu nennen ist. Dies erlaubt dem Pflegepersonal in den Hospizen eine intensive Betreuung und ermöglicht zudem einen Arbeitsablauf der individueller gestaltet ist (Pfeffer 2005). Anders dagegen nimmt die Zahl des Pflegepersonals in den deutschen Krankenhäusern immer mehr ab, so dass häufig nur noch eine elementare Versorgung der Patienten möglich ist. In dieser ist für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen nur wenig Zeit (Siems 2006). Viney et al. (1994) verglichen terminal erkrankte Tumorpatienten hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Die eine Gruppe wurde auf einer Palliativstation und die andere auf einer normalen Klinikstation betreut. Dabei zeigte sich bei den palliativ betreuten Patienten eine bessere emotionale Befindlichkeit und weniger auflehrende Gefühle, wie beispielsweise Wut.

Ein weiterer Grund für die geringen Unterschiede könnte zudem der häufig kurative Ansatz in einer Klinik sein (Pfeffer 2005, Seale 1991, Steckelsen 2001). Infolge der Tumorthherapie werden von den in einer Klinik betreuten Tumorpatienten eher einmal mögliche Begleiterscheinungen (wie Verdauungsstörungen, Schlafstörungen etc.) kurzfristig in Kauf genommen und dem primären Handlungsziel untergeordnet.

Eine Erklärung für den großen Unterschied im Bereich der „Sozialkontakte“ zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern ließe sich bei einer Betrachtung der soziodemographischen Faktoren finden. Demnach hatten die Hospizbewohner zu 60 % keinen festen Partner, Klinikpatienten dagegen nur zu 25 %. Zudem besaßen die Hospizbewohner im Durchschnitt weniger Kinder als die Klinikpatienten. Schulz et al. (1990) fanden, dass die Mitglieder der Kernfamilie für die Tumorpatienten die wichtigste Unterstützungsquelle darstellt. Ist diese Kernfamilie nicht vorhanden, kann dies zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität, gerade im Bereich der „Sozialkontakte“, führen.

Da im EORTC jedoch lediglich danach gefragt wird, ob die medizinische Behandlung bzw. die Krankheit selbst das Zusammensein mit anderen Menschen beeinträchtigt hat, bleibt offen, ob die familiäre Situation die Lebensqualität in diesem Bereich tatsächlich beeinflusst oder nicht.

Insgesamt gaben die Hospizbewohner im Bereich der „finanziellen Lage“ stärkere Beeinträchtigungen an als die Klinikpatienten.

Dafür kommen sicherlich mehrere Erklärungsansätze in Betracht. Zunächst ist jedoch zu beachten, dass im EORTC QLQ C30 dem Bereich der „finanziellen Lage“ nur ein Item gewidmet wird, welches sich auf das Ausmaß der finanziellen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung oder dessen Behandlung bezieht. Einen Ansatzpunkt liefert wiederum die Betrachtung der soziodemographischen Angaben der Befragten. Demnach waren die Bewohner der stationären Hospize in unserer Studie zu mehr als 50 % arbeitslos oder erwerbslos, während dieser Anteil bei den Klinikpatienten lediglich 23 % ausmachte. Im Allgemeinen liegt die Höhe der Zahlungen von Arbeitslosen-/Sozialgeld sowie von Erwerbslosenrente unter denen der Altersrente, hierdurch ergeben sich für die Empfänger des ersteren größere Einschnitte im finanziellen Bereich als für die Empfänger von Altersrente. Zudem ist die Arbeitslosigkeit oder der Bezug von Erwerbslosenrente häufig eine Folge des weiteren Fortschreitens der Erkrankung, welches doch charakteristischer für die Hospizbewohner ist. Mc Carthy et al. (2000) wiesen in einer Studie mit terminalen Tumorpatienten nach, dass es bei den jeweiligen Betroffenen zu einer Zunahme der finanziellen Belastung während der letzten sechs Lebensmonate kam, allerdings werden die Ursachen hierfür nicht genau bezeichnet.

Die altersspezifische Betrachtung der Klinikpatienten ergab signifikante Unterschiede in den Bereichen der „Sozialkontakte“ und der „finanziellen Lage“. Ältere Klinikpatienten waren demnach in diesen Bereichen zufriedener als jüngere Patienten.

Walker et al. (1998) und Catt et al. (2005) fanden bei ihren Untersuchungen der Lebensqualität von „jungen“ und „alten“ Tumorpatienten, dass gerade jüngere Menschen größere Schwierigkeiten mit ihrer finanziellen Situation, mit der Erfüllung sozialer Rollen und dem Alltagsleben angaben als ältere Betroffene. Diese größeren Belastungen führten dementsprechend auch zu einer Abnahme der Lebensqualität. Es ist allerdings zu bemerken, dass auch ältere Patienten ein erhöhtes Maß an Beeinträchtigungen im Bereich der „Sozialkontakte“ angaben.

Es ließe sich vermuten, dass der Kontakt zu Freunden, zur Familie und anderen Menschen für ältere Patienten genauso wichtig ist wie für jüngere, auch wenn die Erfüllung sozialer Rollen den Älteren sicherlich mehr Raum lässt. Pinquart (1998) zeigte allerdings in seiner Studie an Tumorpatienten unterschiedlichen Alters, dass ältere Krebspatienten im Mittel weniger bereit waren, ihre psychischen Probleme gegenüber der sozialen Umwelt mitzuteilen.

Des Weiteren war bei den älteren Tumorpatienten der Wunsch, den Kindern nicht zur Last zu fallen, stärker ausgeprägt, was ebenfalls die Suche nach sozialer Unterstützung bei einem Teil der Senioren hemmte. Das heißt jedoch nicht, dass ältere Tumorpatienten keine soziale Unterstützung wollen. Aymanns et al. (1995b) fanden, dass ältere Tumorpatienten im Gegensatz zu jüngeren ein höheres Maß an emotionaler und praktischer Unterstützung erhielten.

Finanziell gesehen sind ältere Tumorpatienten häufig besser abgesichert. Die Ursache hierfür liegt möglicherweise darin, dass sie ihren Lebensunterhalt nicht mehr verdienen müssen, sondern bereits im Ruhestand sind. Dagegen stehen jüngere Patienten zumeist mitten im Berufsleben, wenn sie die Diagnose Krebs erhalten. Mit der Behandlung beginnt für die meisten jüngeren Tumorpatienten so eine Zeit der finanziellen Anspannung, da eine Lohnfortzahlung in der Regel nicht zu 100 % stattfindet und die Ausgaben in diesem Zeitraum eher höher ausfallen als niedriger. In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zeigten Schumacher et al. (1996), dass ältere Menschen u. a. im Lebensbereich der „finanziellen Lage“ zufriedener waren als die jüngeren. Zudem sind jüngere Tumorpatienten mehr oder weniger in der Erfüllung ihrer sozialen Rollen eingeschränkt, da die Krankheit einen großen Teil ihrer Kraft und Konzentration bindet (Cassileth 1996).

Hinsichtlich der Lebensqualität fanden sich zwischen den „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Bereichen. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre die Homogenität des Klientels, die Pfeffer (2005) in ihrer Untersuchung beschreibt. Während auf Klinikstationen Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern und Prognosen behandelt werden, handelt es sich bei den im Hospiz betreuten Patienten hauptsächlich um Tumorpatienten, welche in absehbarer Zeit sterben werden.

Während die Lebensqualität eher die unmittelbaren Umstände widerspiegelt, erfasst die Lebenszufriedenheit einen größeren Zeitraum (Röttger 2003). Daher wurde in unserer Untersuchung neben der Lebensqualität auch die Lebenszufriedenheit geprüft. Obwohl die Subskalen dieser beiden Gebiete ähnliche Inhalte abfragen, waren doch Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen nachweisbar.

Insgesamt wiesen die beiden Gruppen im Bereich der „Partnerschaft“ die geringsten Unterschiede auf. Dass dennoch ein signifikanter Unterschied zwischen Klinikpatienten

und Hospizbewohnern in diesem Bereich besteht, lässt sich am ehesten damit erklären, dass die Hospizbewohner seltener über eine feste Partnerschaft verfügten als die Klinikpatienten (BAG-Hospiz Statistik 2003). Dies führte wiederum dazu, dass es zu einer größeren Differenz der Stichprobengröße und somit auch zu einem Anstieg der Standardabweichung in beiden Gruppen kam. Dennoch stellt die Partnerschaft für die Klinikpatienten und für die Hospizbewohner eine wesentliche Unterstützungsquelle dar, und obwohl die Partner der Betroffenen ähnlich hohe Belastungen zu bewältigen haben, scheinen sie trotz allem dazu in der Lage zu sein ihren erkrankten Partnern die Unterstützung zu gewähren, die sie benötigen.

Kruse (1995) zeigte in ihrer Studie, dass sich die Patienten und ihre Partner gegenseitig beeinflussten. Dies führte dazu, dass sich der Kontakt zwischen Partner und Betroffenen in den letzten Monaten vor dessen Tod intensivierte. „Vertrautheit“ und „Einheit“ wären vermutlich die Begriffe, welche die Paarbeziehung von Tumorpatienten im Terminalstadium am treffendsten beschreiben. Möglicherweise ist gerade dieser Zusammenhalt und das gemeinsame Durchleben der Situation für die hohe Zufriedenheit der Betroffenen mit ihrer Partnerschaft verantwortlich.

Während die geringste Differenz zwischen Klinikpatienten und Hospizbewohnern im Bereich der „Partnerschaft“ nachgewiesen wurde, zeigte sich die größte Differenz zwischen diesen beiden Gruppen im Bereich der „eigenen Person“. Danach waren die Klinikpatienten in diesem Bereich „eher zufrieden“ und die Hospizbewohner „weder zufrieden noch unzufrieden“.

Ähnliche Ergebnisse fand auch Seale (1991), welcher Klinikpatienten mit Hospizbewohnern verglich. Dabei waren die Hospizbewohner stärker noch als die Klinikpatienten in ihren Fähigkeiten eingeschränkt und benötigten zudem häufiger Unterstützung bei der Verrichtung ihrer Alltäglichkeiten. Der Grund hierfür ist vermutlich die Tatsache, dass hospizuelle Hilfe erst relativ spät in Anspruch genommen wird. Hospizbewohner fühlen sich dabei stärker noch als Klinikpatienten mit dem nahen Tod konfrontiert (Pfeffer 2005). Dies beruht auch auf der Tatsache, dass in einer Klinik neben Tumorkranken auch Patienten mit einer heilbaren Krankheit behandelt werden, während das Hospiz explizit einen Ort des Sterbens darstellt (Streckeisen 2001). Möglicherweise führt gerade der Aspekt der Homogenität des Klientels bei den Hospizbewohnern zu der negativeren Einschätzung ihrer Fähigkeiten und ihres Selbstbildes.

Die Lebenszufriedenheit „junger“ und „alter“ Klinikpatienten war in den einzelnen Bereichen sehr unterschiedlich. Ältere Patienten zeigten dabei eine höhere Lebenszufriedenheit in den Bereichen der „Gesundheit“ und der „finanziellen Lage“. Signifikant war der Unterschied jedoch nur im Bereich der „finanziellen Lage“. Schumacher et al. (1995) und Pinquart (1997) wiesen in ihren bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen ähnliche Ergebnisse nach. Mit zunehmendem Alter nahm dabei die Zufriedenheit im finanziellen Bereich zu. Die Hauptursache ist vermutlich darin zu suchen, dass jüngere Menschen häufig noch aktiv im Erwerbsleben stehen und somit auf bestimmte Einnahmen angewiesen sind. Fallen diese Einnahmen infolge einer längerfristigen Erkrankung aus, kann dies zu bedeutenden finanziellen und wirtschaftlichen Problemen der Betroffenen führen. Es ist daher zu vermuten, dass eine Tumorerkrankung für jüngere Menschen prinzipiell mit einer stärkeren Belastung einhergeht als es bei älteren Menschen der Fall ist. Ältere Menschen haben sich häufig eine Lebensgrundlage geschaffen und sind somit weniger finanziell abhängig von bestimmten Einnahmen. Aufgrund des Ruhestands müssen sich ältere Menschen ihren Lebensunterhalt zudem nicht mehr selbst verdienen, sondern erhalten regelmäßig einen bestimmten Betrag als Rente. Ältere Menschen haben des Weiteren deutlich weniger finanzielle Verpflichtungen gegenüber der Familie als im Gegensatz dazu jüngere Menschen, die möglicherweise noch für die eigenen Eltern bzw. die eigenen Kinder zu sorgen haben.

Die niedrigere Zufriedenheit jüngerer Tumorpatienten im Bereich der „Gesundheit“ hängt vermutlich mit dem eigenen Zukunftsbild zusammen. Je jünger die Menschen sind, desto seltener rechnen sie mit einer bösartigen Erkrankung. Harrison & Maguire (1995) zeigten, dass sich ältere Krebskranke weniger Sorgen als jüngere über ihre Krankheit, die Behandlung, ihre Zukunft, ihre finanzielle Situation, die Beziehung zum Partner und zu anderen Menschen machten. Möglicherweise sind daher jüngere Tumorkranke im Vergleich zu älteren stärker in ihrem Selbstbild erschüttert. Andere Studien fanden, dass mit zunehmendem Alter die Meinung zunahm, gut an die Krebserkrankung angepasst zu sein (Beckham et al. 1998). In einer von Weis (2002) durchgeführten Untersuchung stufen jüngere Tumorpatienten ihre globale Lebenszufriedenheit im Mittel niedriger ein als im Gegensatz dazu ältere Patienten. Diese Befunde liefern Hinweise dafür, dass die Interpretation der eigenen Lebensumstände bei jüngeren Menschen stärker durch den eigenen Gesundheitszustand beeinflusst wird, als dies bei älteren Menschen der Fall ist.

Mit zunehmendem Alter steigt die Inzidenz einer Vielzahl von Krankheiten, besonders von Tumorerkrankungen, an. Dadurch finden sich bei älteren Menschen innerhalb der selben Altersgruppe mehr Betroffene mit derselben Erkrankung, während sich bei den jüngeren Betroffenen vermutlich weniger Gleichaltrige finden, die in einem ähnlichen Zustand sind. Dieser Zusammenhang könnte somit zu einer Verzerrung des eigenen Selbstbildes geführt haben und zu einer niedrigeren Lebenszufriedenheit der Betroffenen in diesem Bereich (Pinquart 2001).

Ein signifikanter Unterschied zwischen „jungen“ und „alten“ Hospizbewohnern zeigte sich lediglich im Bereich der „eigenen Person“, in welchem ältere Hospizbewohner durchschnittlich zufriedener waren als jüngere.

Vermutlich waren die jüngeren Hospizbewohner durch den Verlauf der Tumorerkrankung stärker in ihrer Selbstwahrnehmung erschüttert als ältere Bewohner. Gerade der frühe Beginn der Erkrankung und dessen Prognose könnten erklären, warum jüngere Menschen unzufriedener mit sich, mit ihrer Vitalität und ihrem Selbstvertrauen sind als ältere Bewohner. Es ist für junge Menschen im Gegensatz zu älteren sicherlich schwieriger, eine solche Erkrankung zu akzeptieren (Harrison & Maguire 1995). Tritt dennoch eine solche Erkrankung auf, so stehen gerade junge Menschen dieser häufig hilfloser gegenüber als ältere, die in ihrem Leben bereits in größerem Maße mit Krankheiten konfrontiert wurden, sowohl bei sich selbst als auch bei Gleichaltrigen oder in der eigenen Familie (Beckham et al. 1998).

Ein kritischer Aspekt unserer Studie ist die relativ kleine Fallzahl, welche v. a. durch die Zuweisung in die einzelnen Substichproben entstand. Um der Gefahr zu entgehen, relevante Ergebnisse trotz fehlender Signifikanz zu übersehen, wurden auch annähernd signifikante bzw. wichtige Unterschiede beschrieben.

Die Verteilung der Fragebögen durch das Personal der Einrichtungen muss ebenfalls kritisch angemerkt werden, da hierdurch eine Auswahl der Betroffenen erfolgte. Die verantwortlichen Mitarbeiter wurden jedoch vor Beginn der Erhebung über die Ein- und Ausschlusskriterien bestmöglich in Kenntnis gesetzt. Eine eigenständige Ausgabe der Fragebögen an die Betroffenen ließ sich aus organisatorischen Gründen nicht bewerkstelligen. Die Hauptursache dafür war, dass die Befragung nicht in Jena, sondern in den Städten Leipzig und Halle erfolgte.

Da die Aushändigung der Fragebögen durch das Klinik- bzw. das Hospizpersonal erfolgte, konnte jedoch sichergestellt werden, dass die Betroffenen psychisch und physisch in der Lage waren, die Beantwortung zu bewältigen, was für einem Außenstehenden nur schwer einzuschätzen gewesen wäre. Gerade im Hospiz war dieser Aspekt vorteilhaft.

Die Ausgabe der Fragebögen durch das Personal war allerdings nachteilig für die Repräsentativität. Die Tumorerkrankten, welche psychisch und physisch weitestgehend als instabil eingeschätzt wurden, erhielten gegebenenfalls keine Möglichkeit, an der Befragung teilzunehmen, auch dieser Sachverhalt betraf v. a. die Erhebung in den stationären Hospizen und musste in Kauf genommen werden, da sonst eine Einwilligung der Einrichtungen ausgeblieben wäre.

Ebenfalls kritisch anzumerken ist die Tatsache, dass eine Überprüfung des Einschlusskriteriums „Lebenserwartung unter sechs Monaten“ nicht möglich war, da die Studie lediglich zu einem Messzeitpunkt durchgeführt wurde. Um dennoch Anhaltspunkte für das Krankheitsstadium der Betroffenen zu gewinnen, wurden die Ärzte bzw. das Pflegepersonal gebeten, die Tumorart und das Tumorstadium auf den Fragebögen anzugeben, so ließ sich wenigstens das Kriterium einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung erfassen.

In dieser Studie wurden Klinikpatienten mit Hospizbewohnern verglichen. Die Ergebnisse hierbei sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren und zeigen lediglich Tendenzen auf, da es sich bei diesen beiden Gruppen um sehr heterogene Stichproben handelte, sowohl in Bezug auf das Krankheitsstadium als auch bezüglich der persönlichen Lebensumstände.

Da es sich bei der Krankheitsbewältigung um einen komplexen Vorgang handelt, in welchem alle Copingstrategien bzw. Unterstützungsformen miteinander interagieren, wurde in der statistischen Datenanalyse für die lineare Regressionsanalyse die schrittweise Einschlussmethode gewählt.

2.1 Ausblick

In den letzten Jahren ist von Seiten der klinischen Onkologen ein zunehmendes Interesse an dem Thema „Krankheitsverarbeitung“ festzustellen. Allerdings beziehen sich die bisherigen Studien häufig auf Patienten in früheren Tumorstadien und sind auch in ihrer Gesamtheit sehr heterogen.

Die Bedeutung der Krankheitsverarbeitung und der sozialen Unterstützung für die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Betroffenen in fortgeschrittenen Tumorstadien und der wachsende Stellenwert dieses Bereiches lassen es nicht als gerechtfertigt erscheinen, sich von diesem Forschungsfeld abzuwenden. Vielmehr sollte es vorrangig darum gehen, die bisher vorliegenden Ergebnisse, v. a. die Ergebnisse, welche in den stationären Hospizen erzielt wurden, zu bestätigen. So fehlt es bislang an wirklich guten Untersuchungen mit größeren Fallzahlen, die sich explizit mit Tumorerkrankten im fortgeschrittenen Stadium beschäftigen. Dies trifft sowohl für die Forschungen an Kliniken als auch an stationären Hospizen zu. Auch qualitative Verfahren, wie beispielsweise Interviews, erscheinen wünschenswert, um die Situation der Betroffenen besser einschätzen und ihnen darauf aufbauend die nötige Unterstützung anbieten zu können.

Es sollte weiterhin die Frage geklärt werden, ob die Anwendung depressiver Verarbeitungsstrategien tatsächlich zu einer Verringerung der Lebensqualität führt und ob sich diese durch Interventionen verbessern ließe.

Überlegungen mit dem Ziel, eine Verbesserung der sozialen Integration für Tumorkranke im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium zu erreichen, scheinen lohnenswert. Für die palliative Betreuung könnte damit eine Entlastung der Angehörigen erreicht werden und für die Betroffenen die Erhaltung ihrer vertrauten Umgebung. Wesentliche Bestrebungen in den nächsten Jahren sollten auch darin liegen, die empirisch gewonnenen Ergebnisse in die Praxis umzusetzen. Nur so ließen sich die teilweise großen Belastungen und Anstrengungen, gerade bei den Hospizbewohnern, für die Gewinnung neuer Erkenntnisse rechtfertigen.

VIII Literaturverzeichnis

- Aymanns P, Filipp SH (1995a): Coping with cancer: Stabilizing and moderating effects of family support.
Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4.
- Aymanns P, Filipp SH, Klauer T. (1995b): Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates.
British Journal of Social Psychology, 34: 107-124.
- BAG-Hospiz (Homepage): <<http://www.hopiz.net>>
- Baider L, Russak SM, Perry S, Kash K. (1999): The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an israeli sample.
Psycho-oncology, 8 (1): 27-35.
- Balfour JL, Kaplan GA (1998): Social class/socioeconomic factors.
Psychooncology, New York: Oxford University Press: 78-90.
- Beckham J, Burker E, Lytle B, Feldman M, Costakis M. (1998): Self-efficacy and adjustment in cancer patients. A preliminary report.
Behavioral Medicine, 23: 138-142.
- Buchholz W. (1996): Assessment of quality of life
New England Journal of Medicine, 335 (7): 520-521.
- Bullinger M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschungen zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 47: 76-91.
- Cassileth BR. (1996): Psychosocial status in cancer patients.
In: Abeles RP, Gilt HC, Ory, MG. (Eds.), Aging and quality of life, New York: Springer Verlag, 133-144.
- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross,PA. (1986a): Psychosocial status of cancer patients and next of kind: Normative data from the profile of moods states.
Journal of Psychosocial Oncology, 3: 99-105.
- Cassileth BR, Lusk EJ,et.al. (1986b): Factors associated with psychological distress in cancer patients.
Medical and Pediatric Oncology, 14: 251-254.

- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. (1985): A psychological analysis of cancer patient and their next-of-kin.
Cancer, 55: 72-76.
- Catt S, Blanchard M, Addington-Hall J, Zis M. (2005): Older adults attitudes to death, palliative treatment and hospice care.
Palliative Medicine, 19: 402-410.
- Chen H, Jiang C, Liu Q, Liu Y, Li Y. (2002): The study of anxiety, depression and related factors in terminal cancer.
Chinese Journal of Clinical Psychology, 10 (2): 108ff.
- Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. (1996): Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer.
Health Psychology, 15 (6): 434-437.
- Cohen SR, Leis A. (2002): What determines the Quality of life of terminally ill patients from their own perspective?
Journal of Palliative Care, 18 (1): 48-58.
- Davis-Ali S, Chesler M, Chesney B. (1993): Recognizing cancer as a family disease. Worries and support reported by patients and spouses.
Social Work in Health Care, 19: 45-65.
- Deimling GT, Wagner LJ, Bowman KF, Sterns S. (2006): Coping among older-adult, long-term cancer survivors.
Psycho-oncology, 15: 143-159.
- Dessloch A, Maiworm M, Florin C, Schulze C. (1992): Krankenhauspflege vs. Hauskrankenpflege: Zur Lebensqualität bei terminalen Tumorpatienten.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 42: 424-429.
- Derks W, de Leeuw R, Winnubst J, Hordijk GJ. (2004): Elderly patients with Head and Neck cancer: Physical, social and psychological aspects after 1 Year.
Acta otolaryngology, 124: 509-514
- Dudenredaktion (1989): Duden. Etymologie. Bd. 7.
Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Dunkel- Schetter C. (1984): Social support and cancer: Finding based on patient interviews and their implications.
Journal Social Issues, 40: 77-98.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K. (1986): Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz -Kreislauf -Patienten.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 36 (11): 347-354.

- Faller H, Lang H, Schilling S. (1992): Krankheitsverarbeitung bei Bronchialkarzinompatienten. Der Mehrebenenansatz.
In: Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart, Schattauer Verlag.
- Faller H, Lang H, Schilling S, Otteni M. (1998): Positive und negative Effekte sozialer Unterstützung bei Krebspatienten.
In Koch U. und Weis J.: Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart, Schattauer Verlag.
- Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio G. (2005): Personal Values and individual quality of life in palliative care patients.
Journal of Pain and Symptom Management, 154-159.
- Feher S, Maly RC. (1999): Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith.
Psycho-oncology, 8 (5): 408-416.
- Filipp SH, Ferring D, et al (1988): Affektiv- motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung- Erste Ergebnisse einer LSS mit Krebspatienten.
Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 38: 37-42.
- Filipp SH, Klauer T, Freudenberg E. (1989): Wohlbefinden durch Krankheitsbewältigung? Untersuchungen zur „Effektivität“ v. Bewältigungsverhalten bei Krebspatienten.
In: Verres und Hasenbring M.: Psychosoziale Onkologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie, 3. Berlin, Springer Verlag: 115- 127.
- Filipp SH, Buch-Bartos K. (1994): Vergleichsprozesse und Lebenszufriedenheit im Alter: Ergebnisse einer Pilotstudie.
Zeitschrift f. Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 26: 22-34.
- Florin I. (1985): Bewältigungsverhalten und Krankheit.
In H.D. Basler u. I. Florin (Hrsg), Klinische Psychologie und körperliche Krankheit: 126-245.
- Fuiko R, Krypsin- Exner I. (1991): Psychologische Prädiktoren für eine unterschiedliche Bewältigung des Mammakarzinoms.
Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 12: 201-220.
- Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E. (2005): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Normierung der Kurzform K-14.
Manuskript zur Begutachtung eingereicht.
- Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (2006): Krebs in Deutschland.
5. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken.

-
- Glaser B, Strauss AL. (1968): Time for dying.
Chicago: Aldine.
- Göckenjahn G, Dreßke S. (2002): Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterbendenrolle.
Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27.Jg.: 80-96.
- Gough I, Furnival C, Schilder L, Grove W. (1983): Assessment of the quality of life of patients with advanced cancer.
European Journal of Cancer and Clinical Oncology, 19: 1161ff.
- Greer D, Mor V, Morris J, Sherwood S, Kidder D, Birnbaum H. (1986): An alternative in terminal care. Results of the National Hospice Study.
Journal of Chronic disease, 39: 9ff.
- Harrer M, Mosheim R, Richter R, Walter M, Kemmler G. (1993): Coping und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit M. Hodgkin in Remission.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 43: 121-132.
- Harrison J, Maguire P. (1995): Influence of age on psychological adjustment to cancer.
Psycho-oncology, 4: 33-38.
- Heam J, Higginson J. (1998): Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patient. A systematic literature review.
Palliative Medicine, 12 (5): 317-332.
- Heim E. (1988): Coping u. Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 38: 8-18.
- Heim E, Augustiny K, Blaser A, Schaffner L. (1991): Berner Bewältigungsformen.
Handbuch, Bern, Huber Verlag.
- Heim E. (1998): Coping- Erkenntnisstand der 90er Jahre.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 48: 321-337.
- Hessel A, Heim E, Geyer M, Brähler E. (2000): Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 50: 311-321.
- House JS. (1981): Work stress and social support.
Reading, MA: Addison- Wesley
- Hunter M, Davis P, Tunstall D, Tunstall J. (2006): The Influence of Attachment and Emotional Support in end of stage cancer.
Psycho-oncology, 15: 431-444.

- Kessler D, Peters T, Lee L, Parr S. (2005): Social class and access to specialist palliative care services.
Palliative Medicine, 19: 105-110.
- Klauer T, Filipp SH. (1990): Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten.
In: Schwarzer R. „Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch“. Hogrefe Verlag, 1997
- Kruse A. (1995): Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als „Dyade“ - Ergebnisse einer Längsschnittstudie.
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28: 264-272.
- Kübler-Ross E. (1984): Interviews mit Sterbenden.
Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus.
- Lazarus RS. (1966): Psychological stress and the coping process.
New York, Mc Graw Hill.
- Matouschek E. (1989): Wovon reden wir, wenn wir von sterben und Tod sprechen?
In: Matouschek E.: Arzt und Tod. Verantwortung, Freiheiten und Zwänge.
Stuttgart, Schattauer Verlag: 5-31.
- Matthews E. (2000): Optimism and emotional well-being in women with breast cancer: The role of mediators.
Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61: 1326
- Mc Carthy E, Phillips R, Zhong Z, Drews R, Lynn J. (2000): Dying with cancer: Patients function, symptoms and care preferences as death approaches.
Journal of the American Geriatrics Society, 48 (5): 110-121.
- Mc Namara B, Waddell C, Colvin M. (1995): Threats to good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses.
Sociology of Health and Illness, 17Jg.: 222-244.
- Mehnert, A., Rieß, S., Koch, U. (2003): Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome.
Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24.Jg. (2): 147-166.
- Mischke M. (1996): Der Umgang mit dem Tod. Vom Wandel der abendländischen Geschichte.
Berlin, Reimer.
- Mor V. (1987): Cancer patients quality of life over the disease course: lessons from the real world.
Journal of Chronic disease, 40: 535ff.
- Mor V, Masterson-Allen S. (1990): A comparison of hospice vs. Conventional care of the terminally ill cancer patient.
Oncology, 4 (7): 85-96.

- Muthny FA. (1988a): *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*
- Muthny FA (1988b): Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal - Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung.
Zeitschrift für Klinische Psychologie, 17: 319-333.
- Muthny FA, Bechtel M, Spatete M. (1992): Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen: Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 42: 41-53.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E. (2005): Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life.
Quality of Life Research, 14 (8): 1825-1833.
- Northouse L. (1988): Social support in patients and husbands adjustment to breast cancer.
Nursing Research, 37 (2): 91-95.
- Payne SA. (1992): A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy.
Social Science & Medicine, 35 (12): 1505-1509.
- Pfeffer Ch. (1998): *Brücken zwischen Leben und Tod. Eine empirische Studie in einem Hospiz.*
Köln, Verlag Köppe.
- Pfeffer Ch. (2005): *Hier wird immer noch besser gestorben als woanders. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit.*
Bern, Verlag Hans Huber.
- Pettingale LW, Burgess C, Greer S. (1988): Psychological response to cancer diagnosis . Correlations with prognostic variables.
Journal of Psychosomatic Research 32: 255-261.
- Petz T, Diete S, Gademann G, Wallesch C. (2001): Coping in patients with malignant glioma in the course of radiation therapy.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 51: 281-292.
- Pinquart M. (1997): Selbstkonzept- und Befindensunterschiede im Erwachsenenalter, Ergebnisse von Metaanalysen.
Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 10: 17-25.
- Pinquart M. (1998): Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Krebserkrankungen im Alter.
Der Onkologe, 1: 55-60.

- Pinquart M. (2001): Die psychische Situation der älteren Krebskranken.
Forum der Deutschen Krebsgesellschaft 05/2001: 39-41.
- Robert Koch Institut (Homepage): <http://www.rki.de>.
- Rohde H, Rau E, Gebbensleben B. (1984): Ergebnisse der Bestimmung des Lebensqualitätsindex.
In: Das Magenkarzinom: Methodik klinischer Studien und therapeutischer Ansätze. Stuttgart, Verlag Thieme.
- Rohde J. (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin.
Stuttgart, Verlag Enke.
- Röttger K. (2003): Psychosoziale Onkologie für Pflegende.
Verlag Schlütersche.
- Rowland J. (1990): Interpersonal resources: coping.
In: Holland J, Rowland J.: Handbook of psychooncology. New York, Oxford University Press: 44-57.
- Schneekloth U. (1996): Entwicklung von Pflegebedürftigkeit im Alter.
Zeitschrift für Gerontologie, 29: 11-17.
- Schneider W. (2006): Das gute Sterben? Zur Institutionalisierung des Sterbens in der Hospiz- und Palliativarbeit.
Vortrag für die Thomas-Dehler-Stiftung: "In Würde sterben – Sterben als Teil des Lebens" München, 11.11.2006.
- Schulz KH, Kerekjarto M, Schulz H, Schulz O, Kastner G. (1990): Der Krebskranke in seiner Familie: Wechselseitige Belastung und Unterstützung. Psychosoziale Bedingungen und Auswirkungen ambulanter Tumortherapie.
In: Koch & Potreck- Rose (Hrsg): Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag.
- Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E. (1996): Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflußfaktoren.
Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 1: 1-17.
- Schumacher J, Laubach W, Brähler E. (1995): Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit.
Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1: 17- 26.
- Schwarz R, Hinz A. (2001): Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in general German population.
European Journal of Cancer, 37 (11): 1345-1351.
- Seale C. (1991): A comparison of hospice and conventional Care.
Social Science Medicine, 32 (2): 147-152.

- Sehlen S, Song R, Fahmuller H, Herschbach P, Lenk M. (2003): Coping of cancer patients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years.
Onkologie, 26 (6): 557-563.
- Seitz O, Seiz D. (2002): Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven.
Herbolzheim, Centaurius.
- Sherman A, Simonton S, Adams D, Vural E, Hanna E. (2000): Coping with head and neck cancer during different phases of treatment.
Head Neck, 22: 787-793.
- Siems D. (2006): Kliniken verschwinden.
In: Tageszeitung „Die Welt“, Ausgabe vom 27.11.2006.
- Smeenk F, van Haastegt J, de Witte L, Crebald H. (1998): Effectiveness of home care programmes for patient with incurable cancer on our quality of life and time spent in hospital: systematic review.
British Medical Journal, 316: 1939-1944.
- Söllner W, Zschocke I, Augustin M. (1998): Melanompatienten: Psychosoziale Belastung, Krankheitsverarbeitung und soziale Unterstützung.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 48: 338-348.
- Sommer G, Fydrich T. (1989): Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F- SozU.
Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Sheperd R, Battista R, Catchlove B. (1981): Measuring the quality of life of cancer patients - a concise. QL- Index for use by physicians.
Journal of Chronic disease, 34: 585- 597.
- Statistisches Bundesamt (Homepage): <http://www.destatis.de>.
- Steele L, Mills B, Hardin S, Hussley L. (2005): The quality of life of hospice patients: Patient and provider perceptions.
American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 22: 95-110.
- Stiggelbout A, de Haes J, Kiebert G. (1996): Tradeoffs between quality and quantity of life: Development of the QQ questionnaire for cancer patient attitudes.
Medical Decision Making, 16: 184-192.
- Streckeisen U. (2001): Die Medizin und der Tod: Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie.
Opladen, Leske und Budrich.

- Student JC. (1993): Das Recht auf einen eigenen Tod.
Düsseldorf, Patmos.
- Thome´ B, Hallberg JR. (2004): Quality of life in older people with cancer- a gender perspective.
European Journal of Cancer Care, 13: 454-463.
- Tschuschke (2002): Psychoonkologie
Stuttgart, Schattauer Verlag
- Uitterhoeve R, Vernoog M, Litjes M, Potting K. (2004): Psychosocial interventions for patient with advanced cancer. A systematic review of the literature.
British Journal of Cancer, 13 (6): 1050-1062.
- Ventafridda V, De Conno F, Vigano A, Ripamonti C, Gallucci M, Gamba A. (1989): Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients.
Tumori, 75 (6): 619- 625.
- Verres R. (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen.
Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, Springer Verlag.
- Vig E, Davenport N, Pearlman R. (2002): Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: A qualitative study of geriatric outpatients.
Journal of the American Geriatrics Society, 50: 1541-1548.
- Viney L, Walker B, Robertson T, Lilley B. (1994): Dying in palliative care units and in hospital: A comparison of the quality of life of terminal cancer patients.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (1): 157-164.
- Walker LG, Köhler CR, Heys SD, Eremin O. (1998): Psychosocial aspects of cancer in the elderly.
European Journal of Surgical Oncology, 24: 375- 378.
- Weis JB. (2002): Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung.
Rehabilitation Bd. 46, Verlag Hans Huber.
- Zbinden M, Perrez M. (2002): Krankheitsverarbeitung / Belastungsverarbeitung bei somatischen Krankheiten.
In: Brähler E, Strauß B. (2003): Psychosomatische Medizin: 266-293.
- Ziegler G, Pulwer R, Koloscek D. (1984): Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten – erste Ergebnisse.
Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 34: 44-49.

IX Anhang


Universitätsklinikum Jena

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

 Institut für
 Medizinische Psychologie
 (kommissarischer Direktor
 Prof. Dr. B. Strauß)

 Prof. Dr. B. Strauß
 Stoystraße 3
 D-07740 Jena
 Tel.: 0 36 41 - 93 67 00
 Fax: 0 36 41 - 93 65 46
 kontakt.klinika@med.uni-jena.de

Universitätsklinikum Jena

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

 Institut für
 Medizinische Psychologie
 (kommissarischer Direktor
 Prof. Dr. B. Strauß)

 Prof. Dr. B. Strauß
 Stoystraße 3
 D-07740 Jena
 Tel.: 0 36 41 - 93 67 00
 Fax: 0 36 41 - 93 65 46
 kontakt.klinika@med.uni-jena.de

**Forschungsprojekt:
 „ Altersspezifische Belastungsverarbeitung bei Tumorpatienten“**

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner,

wir möchten Sie herzlich um Ihre Teilnahme an einer psychologischen Studie bitten, die zur Zeit vom Institut für Medizinische Psychologie am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena durchgeführt wird. Wir wenden uns an Sie, da bei Ihnen eine Tumorerkrankung diagnostiziert wurde.

Jeder Mensch geht anders mit dieser Krankheit um und verarbeitet sie anders. Uns interessiert Ihre persönliche Erfahrung mit der Erkrankung und die Frage, was sich durch die Krankheit in Ihrem Leben verändert hat. Von besonderem Interesse ist für uns, wo Sie von anderen Menschen oder Einrichtungen Unterstützung bekommen haben und ob Ihnen diese Hilfen wirklich nützlich waren.

Mit der Teilnahme an dieser Studie unterstützen Sie die Erarbeitung psychologischer Betreuungsangebote. Diese Angebote sollen den Betroffenen ermöglichen, die erlebten Belastungen und den Umgang mit der Erkrankung besser bewältigen zu können.

Es gibt bei der Beantwortung der Fragen in dem beigefügten Fragebogen keine richtigen oder falschen Angaben. Für uns ist Ihre persönliche Meinung entscheidend. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Informationen selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

**Forschungsprojekt:
 „ Altersspezifische Belastungsverarbeitung bei Tumorpatienten“**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie herzlich um Ihre Teilnahme an einer psychologischen Studie bitten, die zur Zeit vom Institut für Medizinische Psychologie am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena durchgeführt wird. Wir wenden uns an Sie, da bei Ihnen eine Tumorerkrankung diagnostiziert wurde.

Jeder Mensch geht anders mit dieser Krankheit um und verarbeitet sie anders. Uns interessiert Ihre persönliche Erfahrung mit der Erkrankung und die Frage, was sich durch die Krankheit in Ihrem Leben verändert hat. Von besonderem Interesse ist für uns, wo Sie von anderen Menschen oder Einrichtungen Unterstützung bekommen haben und ob Ihnen diese Hilfen wirklich nützlich waren.

Mit der Teilnahme an dieser Studie unterstützen Sie die Erarbeitung psychologischer Betreuungsangebote. Diese Angebote sollen Patienten ermöglichen, die erlebten Belastungen und den Umgang mit der Erkrankung besser bewältigen zu können.

Es gibt bei der Beantwortung der Fragen in dem beigefügten Fragebogen keine richtigen oder falschen Angaben. Für uns ist Ihre persönliche Meinung entscheidend. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Informationen selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen I

In diesem Fragebogen sollen Sie Aussagen darüber machen, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen, bzw. diese versuchen zu verarbeiten.

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie stark sie für Ihre beschriebene Situation zutrifft.

Bitte beantworten Sie die Fragen zügig, ohne bei den einzelnen Fragen lange zu überlegen!

	gar nicht	wenig	mittelmäßig
01. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Nicht-wahrgenommen-Wollen des Geschehenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Herunterspielen der Bedeutung und der Tragweite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Wünschen und Tagträumen nachhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Sich selbst die Schuld geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Andere verantwortlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Einen Plan machen und danach handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gefühle nach aussen zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sich mehr gönnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sich vornehmen intensiver zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sich selbst bemitleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sich selbst Mut machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sich abzulenken versuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Abstand zu gewinnen versuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ins Grübeln kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Trost im religiösen Glauben suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mit dem Schicksal hadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Den Ärzten mitfühlen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Anderen Gutes tun wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Galgenhumor entwickeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sich gerne umsorgen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was hat Ihnen am meisten geholfen, um damit fertig zu werden?

Bitte tragen Sie die Nummern der entsprechenden Begriffe ein (nach der Reihenfolge ihrer

Fragebogen II

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

	Nein	Ja
01. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Müssen Sie den größten Teil des Tages im Bett oder in einem Sessel verbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während der letzten Woche:	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
06. Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
07. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
08. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
09. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mußten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4
16. Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4

bitte wenden

Fragebogen III**Während der letzten Woche:****überhaupt
nicht****wenig****mäßig****sehr**

17. Hatten Sie Durchfälle?

1

2

3

4

18. Waren Sie müde?

1

2

3

4

19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?

1

2

3

4

20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslernen oder das Fernsehen?

1

2

3

4

21. Fühlten Sie sich angespannt?

1

2

3

4

22. Haben Sie sich Sorgen gemacht?

1

2

3

4

23. Waren Sie reizbar?

1

2

3

4

24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen?

1

2

3

4

25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?

1

2

3

4

26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?

1

2

3

4

27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?

1

2

3

4

28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?

1

2

3

4

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft!

29. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

sehr schlecht

1

2

3

4

5

6

7

ausgezeichnet

30. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

sehr schlecht

1

2

3

4

5

6

7

ausgezeichnet

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst und Ihr Leben sehen, und von welchen Bedingungen Ihre Lebenszufriedenheit (bzw. - unzufriedenheit) abhängt.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils das Kästchen an, das am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

Bitte füllen Sie ALLE Gebiete und alle Fragen aus, auch die, welche nach Ihrer Sicht unwesentlich oder unnötig sind! Scheuen Sie sich nicht auch extreme Werte anzukreuzen!

	sehr zu- frie- den	zu- frie- den	eher zu- frie- den	weder/ noch	eher zu- frie- den	unzu- frie- den	sehr unzu- frie- den
GESUNDHEIT							
01. Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Mit meiner seelischen Verfassung bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EIGENE PERSON							
01. Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Mit meiner äußeren Erscheinung, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Mit meiner Selbstsicherheit und meinem Selbstvertrauen, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Mit meiner charakterlichen Eigenart (meinem Wesen), bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Mit meiner Vitalität (d.h. Lebenskraft und -freude), bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr zu-frieden	eher zu-frieden	weder/noch zu-frieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
FREUNDE, BEKANNTE, VERWANDTE					
01. Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
02. Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
03. Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
04. Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Verwandte, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
05. Mit meinen Außen- und gesellschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche etc.), bin ich...	<input type="checkbox"/>				
06. Mit meinem gesellschaftlichen Engagement, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
07. Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich...	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen IV

In diesem Fragebogen geht es um Ihren Glauben, bzw. Ihre Religion!

01. Wie religiös sind Sie? (Bitte setzen Sie nur **ein** Kreuz!)

1	2	3	4	5
nicht religiös				sehr religiös

Wenn Sie religiös / gläubig sind:

02. In welchem Maß erhalten Sie von Ihren Glaubensgeschwistern soziale Unterstützung?

1	2	3	4	5
„erhalte keine soziale Unterstützung“				„erhalte sehr viel soziale Unterstützung“

03. In welchem Maße fänden Sie, bzw. finden Sie diese Unterstützung als hilfreich?

1	2	3	4	5
nicht hilfreich			sehr hilfreich	

	sehr zu-frieden	eher zu-frieden	weder/noch zu-frieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
FINANZIELLE LAGE					
01. Mit meinem Einkommen/Lohn, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
02. Mit dem was ich besitze, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
03. Mit meinem Lebensstandard, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
04. Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
05. Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich...	<input type="checkbox"/>				

	sehr zu-frieden	eher zu-frieden	weder/noch zu-frieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
EHE und PARTNERSCHAFT (nur dann ausfüllen, wenn Sie einen festen Partner haben)					
01. Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
02. Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich...	<input type="checkbox"/>				
03. Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines Partners, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
04. Mit dem Verständnis, das mein Partner mir entgegenbringt, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
05. Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mein Partner mir entgegenbringt, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
06. Mit der Geborgenheit, die mein Partner mir gibt, bin ich...	<input type="checkbox"/>				
07. Mit der Hilfsbereitschaft, die mein Partner mir entgegenbringt, bin ich...	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen V

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Bitte entscheiden Sie sich bei jeder dieser Aussage für **eine** der fünf Einschätzungen und zwar mit einem Kreuz.

Scheuen Sie sich nicht extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an.

Am besten kreuzen Sie, ohne zu überlegen, die Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Aussagen beantworten. Wenn in den folgenden Aussagen

allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden/Angehörigen“ die Rede ist, dann sind die **Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind**.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weiß nicht	trifft eher zu	trifft genau zu
10. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>				
11. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>				
12. Bei manchen Freunden/ Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>				
13. Ich habe einen vertrauten Menschen in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>				
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>				

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weiß nicht	trifft eher zu	trifft genau zu
01. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>				
02. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
03. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>				
04. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>				
05. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>				
06. Ich habe Freunde/ Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>				
07. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>				
08. Ich habe Freunde/ Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>				
09. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkäufe) für mich zu erledigen	<input type="checkbox"/>				

Erhebung VI

Bitte kreuzen Sie die Ereignisse an, die Sie in Ihrem Leben bereits durchgemacht, bzw. erlebt haben
Welche Unterstützung haben Sie dabei erhalten und welche Unterstützung fanden Sie hilfreich!

	emotionale Unterstützung (Zuwendung, Hausarbeit, (z.B. Bücher, ung, Lob) Anteilnahme) Freund- schaftsdienst)	praktische Unter- stützung durch Informationen (Freund- Artikel, Zeitung)	Unterstützung durch Informationen (Anerkennung, Lob)	bewertende Anerkennungen (Anerkennung, Lob)
	"er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich"	"er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich"	"er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich"	"er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich" "er- halten" "hilf- reich"
01. Tod des Ehepartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Tod eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Persönliche länger andauernde Verletzung oder Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Diagnose einer chronischen (andauernden) Erkrankung in Ihrem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Diagnose einer chron. Erkrankung, welche einen nahen Angehörigen betraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Diagnose einer schlecht/ nicht heilbaren Erkrankung, die einen nahen Angehör. betraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diagnose einer schlecht/ nicht heilbaren Erkrankung, die einen nahen Angehör. betraf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Geminderter Gesundheitszustand eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tod eines nahen Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Veränderte Schlafgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schwierigkeiten im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stellt Ihnen momentan eine der unten genannten Personengruppen zur Verfügung? Wenn ja, welche nutzen Sie und welche hilft Ihnen in Ihrer Erkrankung?

	stellt zur Verfügung ja nein	"nutze ich"	"hilft mir mit meiner Erkrankung zurechtzukommen"
01. Pfarrer (Pastor) evang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Priester kathol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Seelsorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Psychologe (Psychotherapeut, Sozialpäd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Ehrenamtliche Gesprächspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pflegendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. andere Personengruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend nun noch ein paar Fragen zu Ihrer Person

01. Ihr Geschlecht männlich weiblich

02. In welchem Jahr wurden Sie geboren? _____

03. Wie ist Ihr Familienstand?
 ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend
 verwitwet Angabe verweigert weiß nicht keine Angabe

04. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?
 ja nein Angabe verweigert keine Angabe
 Kind(er) _____

05. Wie viele Kinder haben Sie?
 ja nein Angabe verweigert keine Angabe

06. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?
 Lehre
 Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie)
 Universität, Hochschule
 andere Berufsausbildung
 keine Berufsausbildung
 Angabe verweigert
 weiß nicht
 keine Angabe

07. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?
 ja, ganztags nein, Erwerbs-,
 Berufsunfähigkeitsrente ja, mindestens halbtags nein, Altersrente
 ja, weniger als halbtags nein anders (z.B. Mutterschutz)
 nein, Hausfrau/ Hausmann Angabe verweigert
 nein, in Ausbildung keine Angabe
 nein, arbeitslos, erwerbslos

08. In welcher Stellung sind Sie derzeit beschäftigt, bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?
 Arbeiter Angestellter Beamter/in Selbstständige/r Sonstiges
 Angabe verweigert keine Aussage

09. Gehören Sie einer Kirche oder Religionsgemeinschaft an?
 nein ja
 Welcher?
 - evangelischen Kirche
 - römisch- katholischen Kirche
 - einer evangelischen Freikirche
 - einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft
 - einer anderen, nicht christlichen Religionsgemeinschaft
 - Angabe verweigert
 - keine Angabe

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Bemühungen !

**Bitte vom Arzt oder Pflegedienst ausfüllen lassen, oder erfragen, falls nicht bekannt!!!
Ist ganz wichtig!!!!**

Tumorart und Stadium:

Spitzer Quality of Life - Index: (bitte ankreuzen!)

Aktivität, beruflich und im Haushalt

- Während der letzten Woche hat der Patient
- ganztägig oder überwiegend in seinem Beruf/ Haushalt oder anderen freiwilligen Aktivitäten (berentet oder nicht) gearbeitet
 - in seinem Beruf/ Haushalt/ freiwilligen Aktivitäten gearbeitet, jedoch war größere Hilfe nötig, oder die Aktivitäten mussten gekürzt werden
 - gar nicht gearbeitet oder seinen Haushalt geführt

Alltagsleben

- Während der letzten Woche hat der Patient
- selbständig gegessen, sich gewaschen, auf Toilette gewesen, und angezogen, öffentliche Transportmittel genutzt oder ist mit dem eigenen Auto gefahren
 - Hilfe benötigt (andere Personen oder spezielle Hilfsmittel) für alltägliche Aktivitäten und den Transport, aber konnte leichte Aufgaben allein durchführen
 - weder persönliche Pflege noch leichtere Aufgaben allein ausführen können und/ oder das eigene Haus oder die Einrichtung allein verlassen

(bitte wenden)

Gesundheitszustand

- Während der letzten Woche, der Patient
- schien sich die meiste Zeit wohl zu fühlen oder berichtet sich „gut“ zu fühlen
 - hat nur beschränkt Kraft (Energie) oder fühlt sich die meiste Zeit „nicht ganz auf der Höhe“
 - fühlt sich sehr schlecht, oder „miserabel“; ist häufig scheinbar schwach und nicht ansprechbar, oder war bewusstlos

Sozialkontakte

- Während der letzten Woche
- hatte der Patient gute Zusammenkünfte mit anderen und erhielt sehr viel Unterstützung von wenigstens einem Familienmitglied und/ oder Freund
 - kam die erhaltene oder wahrgenommene Unterstützung von der Familie und/ oder Freunden in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten
 - kam die Unterstützung von der Familie und/ oder Freunden unregelmäßig oder nur wenn es absolut nötig war, bzw. der Patient bewusstlos war

Zukunftsorientierung

- Während der vergangenen Wochen
- war der Patient ruhig und zukunftsorientiert und konnte seine persönlichen Umstände und Verhältnisse, einschließlich seiner Umgebung gut verarbeiten
 - konnte der Patient seine Umstände nicht ganz erfassen und verarbeiten oder hatte Perioden in denen er ängstlich und depressiv war
 - war der Patient ernstlich verwirrt, sehr beängstigt, oder ständig ängstlich und depressiv und sah keine Zukunft für sich

Gesamter Lebensqualitätsindex

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihre Bewertung der vorausgegangenen Bereiche tatsächlich zutrifft? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Kategorie an!

1	2	3	4	5	6
absolut zuversichtlich	sehr zuversichtlich	wenig zuversichtlich	nicht sehr zuversichtlich	sehr zweifelhaft	überhaupt nicht zuversichtlich

Dankeschön für Ihre Hilfe!

Tabelle A1: Multivariate Analyse der Copingstrategien

Quelle	Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	Depressive Verarbeitung	7	3,69	0,001
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	7	4,00	0,001
	Ablenkung und Selbstaufbau	7	2,20	0,041
	Religiosität und Sinnsuche	7	1,71	0,115
	Bagatellisieren	7	7,81	0,000
	Andere	7	7,81	0,000
Konstanter Term	Depressive Verarbeitung	1	1121,89	0,000
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	1110,08	0,000
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	1646,44	0,000
	Religiosität und Sinnsuche	1	803,18	0,000
	Bagatellisieren	1	3237,28	0,000
	Andere	1	3237,28	0,000
Jung_Alt	Depressive Verarbeitung	1	1,09	0,300
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	0,25	0,616
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	2,77	0,099
	Religiosität und Sinnsuche	1	3,30	0,072
	Bagatellisieren	1	0,03	0,873
	Andere	1	0,03	0,873
Geschlecht	Depressive Verarbeitung	1	1,25	0,267
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	1,21	0,273
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	0,25	0,619
	Religiosität und Sinnsuche	1	0,89	0,347
	Bagatellisieren	1	1,09	0,300
	Andere	1	1,09	0,300
Institut	Depressive Verarbeitung	1	20,21	0,000
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	24,22	0,000
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	6,30	0,014
	Religiosität und Sinnsuche	1	3,81	0,054
	Bagatellisieren	1	42,26	0,000
	Andere	1	42,26	0,000
Jung_Alt * Geschlecht	Depressive Verarbeitung	1	2,33	0,130
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	0,00	0,991
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	4,48	0,037
	Religiosität und Sinnsuche	1	1,71	0,194
	Bagatellisieren	1	3,19	0,077
	Andere	1	3,19	0,077
Jung_Alt * Institut	Depressive Verarbeitung	1	0,28	0,600
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	8,22	0,005
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	0,40	0,530
	Religiosität und Sinnsuche	1	0,48	0,490
	Bagatellisieren	1	0,20	0,657
	Andere	1	0,20	0,657
Geschlecht * Institut	Depressive Verarbeitung	1	0,12	0,727
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	0,43	0,516
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	0,14	0,713
	Religiosität und Sinnsuche	1	0,73	0,395
	Bagatellisieren	1	0,01	0,908
	Andere	1	0,01	0,908
Jung_Alt * Geschlecht * Institut	Depressive Verarbeitung	1	0,50	0,483
	Aktive Problemorientierte Bewältigung	1	0,17	0,682
	Ablenkung und Selbstaufbau	1	0,01	0,915
	Religiosität und Sinnsuche	1	0,01	0,946
	Bagatellisieren	1	1,94	0,167
	Andere	1	1,94	0,167

Signifikanz: $p < 0,05$

Tabelle A2: Multivariate Analyse der Lebensqualität

Quelle	Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	Funktioneller Status	7	5,48	0,000
	Arbeitsfähigkeit	7	3,67	0,001
	Generelle Symptome	7	1,40	0,214
	Emotionale Befindlichkeit	7	0,53	0,812
	Geistige Funktion	7	2,43	0,024
	Soziale Interaktion	7	4,54	0,000
	Finanzielle Situation	7	4,43	0,000
	Körperlicher Zustand	7	2,81	0,011
	LQ allgemein	7	2,76	0,012
Konstanter Term	Funktioneller Status	1	2386,20	0,000
	Arbeitsfähigkeit	1	956,92	0,000
	Generelle Symptome	1	1184,25	0,000
	Emotionale Befindlichkeit	1	813,85	0,000
	Geistige Funktion	1	201,82	0,000
	Soziale Interaktion	1	770,74	0,000
	Finanzielle Situation	1	456,87	0,000
	Körperlicher Zustand	1	487,40	0,000
	LQ allgemein	1	429,30	0,000
Institut	Funktioneller Status	1	29,19	0,000
	Arbeitsfähigkeit	1	9,86	0,002
	Generelle Symptome	1	2,53	0,115
	Emotionale Befindlichkeit	1	2,14	0,146
	Geistige Funktion	1	6,89	0,010
	Soziale Interaktion	1	16,75	0,000
	Finanzielle Situation	1	13,98	0,000
	Körperlicher Zustand	1	10,04	0,002
	LQ allgemein	1	13,69	0,000
Jung_Alt	Funktioneller Status	1	0,03	0,875
	Arbeitsfähigkeit	1	0,36	0,548
	Generelle Symptome	1	0,03	0,854
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,01	0,914
	Geistige Funktion	1	2,38	0,126
	Soziale Interaktion	1	3,71	0,057
	Finanzielle Situation	1	5,36	0,023
	Körperlicher Zustand	1	0,47	0,495
	LQ allgemein	1	0,01	0,932
Geschlecht	Funktioneller Status	1	0,02	0,883
	Arbeitsfähigkeit	1	0,00	0,988
	Generelle Symptome	1	0,02	0,888
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,11	0,746
	Geistige Funktion	1	1,27	0,263
	Soziale Interaktion	1	0,03	0,875
	Finanzielle Situation	1	0,70	0,406
	Körperlicher Zustand	1	0,01	0,930
	LQ allgemein	1	0,00	0,965

bitte wenden!

Quelle	Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
Institut * Jung_Alt	Funktioneller Status	1	0,07	0,798
	Arbeitsfähigkeit	1	2,43	0,122
	Generelle Symptome	1	1,93	0,169
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,16	0,689
	Geistige Funktion	1	0,03	0,856
	Soziale Interaktion	1	0,93	0,339
	Finanzielle Situation	1	0,27	0,607
	Körperlicher Zustand	1	0,21	0,646
	LQ allgemein	1	0	0,985
Institut * Geschlecht	Funktioneller Status	1	0,95	0,332
	Arbeitsfähigkeit	1	0,01	0,925
	Generelle Symptome	1	0,02	0,891
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,23	0,630
	Geistige Funktion	1	4,89	0,029
	Soziale Interaktion	1	0,19	0,660
	Finanzielle Situation	1	2,21	0,140
	Körperlicher Zustand	1	1,39	0,241
	LQ allgemein	1	0,19	0,664
Jung_Alt * Geschlecht	Funktioneller Status	1	1,08	0,301
	Arbeitsfähigkeit	1	3,44	0,067
	Generelle Symptome	1	2,05	0,155
	Emotionale Befindlichkeit	1	0	0,955
	Geistige Funktion	1	0,18	0,676
	Soziale Interaktion	1	0,04	0,844
	Finanzielle Situation	1	0,09	0,766
	Körperlicher Zustand	1	1,71	0,195
	LQ allgemein	1	0,41	0,521
Institut * Jung_Alt * Geschlecht	Funktioneller Status	1	0	0,997
	Arbeitsfähigkeit	1	1,18	0,281
	Generelle Symptome	1	0,05	0,820
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,23	0,635
	Geistige Funktion	1	0,02	0,902
	Soziale Interaktion	1	0,77	0,383
	Finanzielle Situation	1	0,27	0,607
	Körperlicher Zustand	1	0,7	0,406
	LQ allgemein	1	0,56	0,456
Geschlecht	Funktioneller Status	1	0,02	0,883
	Arbeitsfähigkeit	1	0,00	0,988
	Generelle Symptome	1	0,02	0,888
	Emotionale Befindlichkeit	1	0,11	0,746
	Geistige Funktion	1	1,27	0,263
	Soziale Interaktion	1	0,03	0,875
	Finanzielle Situation	1	0,70	0,406
	Körperlicher Zustand	1	0,01	0,930
	LQ allgemein	1	0,00	0,965

Signifikanz: $p < 0,05$

Tab. A3: Multivariate Analyse der Lebenszufriedenheit

Quelle	Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	Eigene Person	7	6,68	0,000
	Finanzielle Lage	7	4,79	0,000
	Partnerschaft	7	3,01	0,009
	Freunde u. Verwandte	7	4,95	0,000
Konstanter Term	Eigene Person	1	919,91	0,000
	Finanzielle Lage	1	679,12	0,000
	Partnerschaft	1	154,81	0,000
	Freunde u. Verwandte	1	858,77	0,000
Jung_Alt	Eigene Person	1	2,24	0,138
	Finanzielle Lage	1	9,62	0,003
	Partnerschaft	1	3,37	0,072
	Freunde u. Verwandte	1	0,02	0,888
Institut	Eigene Person	1	43,05	0,000
	Finanzielle Lage	1	15,53	0,000
	Partnerschaft	1	6,74	0,012
	Freunde u. Verwandte	1	31	0,000
Geschlecht	Eigene Person	1	0,09	0,759
	Finanzielle Lage	1	2,42	0,123
	Partnerschaft	1	0,55	0,461
	Freunde u. Verwandte	1	2,92	0,091
Jung_Alt * Institut	Eigene Person	1	4,44	0,038
	Finanzielle Lage	1	0,05	0,817
	Partnerschaft	1	1,73	0,194
	Freunde u. Verwandte	1	1,48	0,227
Jung_Alt * Geschlecht	Eigene Person	1	0,51	0,475
	Finanzielle Lage	1	0,08	0,784
	Partnerschaft	1	0,09	0,768
	Freunde u. Verwandte	1	0,4	0,527
Institut * Geschlecht	Eigene Person	1	0,82	0,368
	Finanzielle Lage	1	0,62	0,432
	Partnerschaft	1	1,94	0,169
	Freunde u. Verwandte	1	1,39	0,242
Jung_Alt * Institut * Geschlecht	Eigene Person	1	0,01	0,921
	Finanzielle Lage	1	1,27	0,263
	Partnerschaft	1	0,13	0,718
	Freunde u. Verwandte	1	0,92	0,341

Signifikanz: $p < 0,05$

Tab. A4: Multivariate Analyse der sozialen Unterstützung

Quelle	Abhängige Variable	df	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	Praktische Unterstützung	7	1,83	0,091
	Emotionale Unterstützung	7	2,04	0,058
	Soziale Integration	7	1,85	0,086
Konstanter Term	Praktische Unterstützung	1	1774,19	0,000
	Emotionale Unterstützung	1	1929,85	0,000
	Soziale Integration	1	957,63	0,000
Institut	Praktische Unterstützung	1	7,66	0,007
	Emotionale Unterstützung	1	8,81	0,004
	Soziale Integration	1	7,34	0,008
Jung_Alt	Praktische Unterstützung	1	0,44	0,508
	Emotionale Unterstützung	1	0,12	0,735
	Soziale Integration	1	0,1	0,749
Geschlecht	Praktische Unterstützung	1	0,08	0,782
	Emotionale Unterstützung	1	0,29	0,591
	Soziale Integration	1	0,2	0,653
Institut * Jung_Alt	Praktische Unterstützung	1	0,05	0,829
	Emotionale Unterstützung	1	0,01	0,929
	Soziale Integration	1	0,79	0,377
Institut * Geschlecht	Praktische Unterstützung	1	1,09	0,298
	Emotionale Unterstützung	1	1,38	0,244
	Soziale Integration	1	0,95	0,333
Jung_Alt * Geschlecht	Praktische Unterstützung	1	0,02	0,880
	Emotionale Unterstützung	1	0,3	0,583
	Soziale Integration	1	0,01	0,925
Institut * Jung_Alt * Geschlecht	Praktische Unterstützung	1	3,41	0,068
	Emotionale Unterstützung	1	2,98	0,088
	Soziale Integration	1	5,86	0,017

Signifikanz: $p < 0,05$

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

Herr Prof. Dr. B. Strauß,
Frau Dipl. psych. N. Kotkamp Mothes,
Frau Dr. Birgitt van Oorschot,
Dipl. tech. red. Sylvia Schmieder,
Herrn Benjamin Koch

die Hilfe des Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 26.06.2007

Tobias Hecht

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. B. Strauß für die gute Betreuung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt des Weiteren dem Hospiz Halle, dem St.-Elisabeth-Krankenhaus in Halle, dem Hospiz Advena, dem Hospiz Villa Auguste in Leipzig, dem Park Krankenhaus Leipzig sowie dem Uniklinikum Leipzig, für die gute Zusammenarbeit in der Phase der Datenerhebung.

Gedankt sei Frau Dipl. psych. N. Kotkamp Mothes, Frau Dr. Birgitt van Oorschot und Herrn Benjamin Koch für ihre Unterstützung in der Themenfindung und Materialbearbeitung.

Auch möchte ich Sylvia Schmieder, einer guten Freundin, für ihren beständigen und hilfreichen Rat danken.

Besonders herzlichen Dank gilt meiner Frau, Anja Hecht, für ihre liebevolle Unterstützung, ihre unerlässliche Geduld und ihr Verständnis, welches sie mir immer entgegen brachte.

Meinen Eltern sei Dank für die finanzielle Unterstützung meines Studiums und dessen Anteilnahme.

Lebenslauf

Name: Hecht

Vorname: Tobias

Geburtsdatum: 14.11.1980

Geburtsstadt: Meerane

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder:

Sohn Josua Anton, geb. am 11.12.05

Tochter Johanna Sophie, geb. am 12.05.07

Vater: Hecht, Bernd: Facharbeiter in der
Endmontage bei Volkswagen
Sachsen GmbH

Mutter: Hecht Gudrun, geb. Clauß: Pflegefachkraft in Pflegestation

Schulischer Werdegang:

Grundschule: 1987-1992
Pestalozzi- Oberschule Meerane

Realschule: 1992-1997
Tännichtschule Meerane
Abschluss: „ mittlere Reife“

Wirtschaftsgymnasium: 1997-2000
Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft
und Sozialwesen Meerane
Abschluss „Abitur“

Universitärer Werdegang:

Beginn des Studiums der Humanmedizin in Jena

Wintersemester 2001/2002

Physikum: 19.08. + 20.08.2003 (schriftlich)
1.09.2003 (mündlich)

Jena, 26.06.2007

Tobias Hecht