

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
(Direktor: Prof. Dr. Wolf-Dieter Gerber)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**VERLANGEN KREBSPATIENTEN NACH PSYCHOLOGISCHER HILFE, WENN
DIE LEBENSQUALITÄT SINKT?**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
CLEMENS AGNÉ
Kassel

Kiel 2009

1. Berichterstatter **Prof. Dr. Gerber**

2. Berichterstatter **Prof. Dr. Kähler**

Tag der mündlichen Prüfung: **31. August 2009**

Zum Druck genehmigt, Kiel den, 31. August 2009

gez. Prof. Dr. Rose-John

(Vorsitzender der Prüfungskommission)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	I
2 Psychoonkologie	- 1 -
2.1 Einleitung	- 1 -
2.2 Bedarf an Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung	- 2 -
2.2.1 Begriffsbestimmung und Definitionen	- 2 -
2.2.2 Inanspruchnahme psychoonkologischer Betreuung als Bedarfsmaß	- 2 -
2.3 Lebensqualität	- 4 -
2.3.1 Forschungstraditionen im Bereich Lebensqualität	- 4 -
2.3.2 Bedeutung der Lebensqualität in der Medizin	- 4 -
2.3.3 Definitionsschwierigkeiten des Lebensqualitätsbegriffes	- 4 -
2.3.4 Ansätze der Lebensqualitätsforschung	- 5 -
2.3.5 Lebensqualitätsmessung	- 5 -
2.3.5.1. Methoden der Lebensqualitätsmessung	- 5 -
2.3.6.2. Anforderungen an Instrumente der Lebensqualitätsmessung	- 7 -
2.3.6.3 Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	- 7 -
2.4 Zusammenfassung	- 9 -
3 Fragestellung und Hypothesen	- 10 -
3.1 Inhaltliche Fragestellungen	- 10 -
3.2. Inhaltliche Hypothesen	- 11 -
3.3 Operationalisierung	- 12 -
3.3.1 Konkretisierungen der Variablen	- 13 -
3.3.1.1 Lebensqualität	- 13 -
3.3.1.2 Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung	- 13 -
3.3.1.3 Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal	- 13 -
3.3.1.4 Geschlecht, Alter, zeitlicher Abstand von der Erstdiagnose, Rezidiv, Therapiestatus, Familiensituation, Wohnsituation, Tumorart	- 13 -
3.3.1.5 Erfahrung mit psychologischer Unterstützung	- 13 -
3.3.1.6 Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen	- 14 -
3.3.1.7 Beschäftigung mit der Erkrankung	- 14 -
3.4 Statistische Hypothesen	- 14 -
3.5 Auswertungen	- 18 -
3.6 Stichprobe	- 19 -
3.7 Durchführung der Untersuchung	- 20 -
4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	- 22 -
4.1 Stichprobenbeschreibung	- 22 -
4.2 Ergebnisdarstellung und Bewertung der Hypothesen	- 25 -
4.2.1 Lebensqualität und Inanspruchnahme	- 26 -
4.2.2 Geschlecht und Inanspruchnahme	- 27 -
4.2.3 Zeitraum seit Erstdiagnose der Erkrankung (in Tagen) und Inanspruchnahme	- 27 -
4.2.4 Rezidiv und Inanspruchnahme	- 27 -
4.2.5 Therapiestatus und Inanspruchnahme	- 28 -

II

4.2.6 Familienstand/Wohnsituation und Inanspruchnahme	- 28 -
4.2.7 Zufriedenheit mit Aufklärung durch medizinisches Personal und Inanspruchnahme- 29 -	
4.2.8 Alter und Inanspruchnahme	- 29 -
4.2.9 Diagnose der Erkrankung und Inanspruchnahme	- 30 -
4.2.10 Einstellung gegenüber Hilfsangeboten und Inanspruchnahme	- 30 -
4.2.11 Kognitive Krankheitsbewältigung und Inanspruchnahme	- 30 -
4.2.12 Erfahrungen mit Psychologen und Inanspruchnahme	- 31 -
5. Diskussion	- 32 -
6. Zusammenfassung	- 38 -
7. Literaturverzeichnis	39
8. Anhang	43
8.1 Fragebogen	43
8.2 Informationsbroschüre	48
8.3 Curriculum Vitae	49

1 Einleitung

In einer Zeit eingeschränkter finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem ist ein „Algorithmus“ oder eine Zuordnungsvorschrift für die Allokation vorhandener Ressourcen erforderlich; das kann u.a. bedarfsorientiert erfolgen. Als Bedarfmaß verwendet die vorliegende Studie das Inanspruchnahmeverhalten.

Es soll Gegenstand der folgenden Arbeit sein die Lebensqualität als einen im klinischen Kontext häufig erhobenen Parameter auf die Eignung als Prädiktorvariable für Inanspruchnahmeverhalten zu prüfen.

Die Untersuchung an einem Kollektiv von Tumorpatienten fand mit Unterstützung des Kieler Tumorzentrums statt und soll zu einer Optimierung der Versorgungsplanung beitragen.

2 Psychoonkologie

2.1 Einleitung

Die Wurzeln der Fachdisziplin „Psychoonkologie“ lassen sich auf die ersten Versuche einer systematischen psychotherapeutischen Intervention im Bereich der Onkologie in den 70er Jahren (Holland 1989) zurückführen. Gegenwärtig wird die Psychoonkologie durch die Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der deutschen Krebsgesellschaft sowie die Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DAPO) vertreten.

In der Psychoonkologie arbeiten Spezialisten der Medizinischen Onkologie, Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Sozialmedizin interdisziplinär zusammen (Weis 2001).

Die Tätigkeitsfelder der Psychoonkologie erstrecken sich von der Prävention, über die Akutbehandlung und die stationäre Rehabilitation bis zur ambulanten Nachbetreuung einer Tumorerkrankung. Bedeutende Forschungsschwerpunkte liegen dabei in der Erforschung der Belastungen und ihrer Verarbeitungsprozesse, in der Entwicklung, Erprobung und Evaluation spezieller Interventionen für Krebspatienten sowie in der Lebensqualitätsforschung (Muthny 1998, Weis 2001).

Die Aufgaben der stationären Versorgung liegen unter anderem bei der Krisenintervention, der Bewältigung von Einschränkungen und Behinderungen infolge der Erkrankung, der Stärkung personaler und sozialer Ressourcen, Stressabbau, der sozialen und beruflichen Reintegration und der Sterbebegleitung.

2.2 Bedarf an Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung

2.2.1 Begriffsbestimmung und Definitionen

Bedarf im Bereich der populationsbezogenen Sozialmedizin kann als Äquivalent der klinischen Indikation verstanden werden (Raspe 2007). Dementsprechend setzt die Ermittlung von Bedarf, wie auch die Erarbeitung einer klinischen Indikation, ein objektivierendes fachliches Urteil voraus.

Abzugrenzen ist der Bedarf von den verwandten Kategorien „Bedürfnis“, „Nachfrage“ „aktueller Versorgung“ und „Krankheitsvorkommen“.

Im Rehabilitationsetting wurde von Raspe zur Bedarfsermittlung der *Lübecker Algorithmus* entwickelt (Raspe et al. 2005). Die Autoren postulieren als Kern der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf eine begründbare Verbindung von Gesundheitsstörung, Leistungsziel und rehabilitativer Leistung.

In der Literatur weisen Bedarfsuntersuchungen, die sich an der Häufigkeit psychopathologischer Aspekte orientieren, auf einen Bedarf an psychosozialer Unterstützung von 30-40% hin (Massie u. Holland 1989, Weis u. Koch 1998, Weis et al. 2000). Der Einsatz des Hornheimer Fragebogens durch Strittmatter et al. (1997) zeigte einen Betreuungsbedarf von 42% in einem Kollektiv von Hautkrebspatienten. Verwendung fand dieses Messinstrument ebenfalls bei einer Studie von Kasper und Kollenbaum (2000). Patienten der strahlentherapeutischen Ambulanz der Universitätsklinik Kiel wiesen dabei eine überschwellige Belastung von 49% auf und wurden somit als behandlungsbedürftig eingestuft.

Epidemiologische Studien an Gesunden (z.B. Schepank et al. 1984) weisen bei der „Normalbevölkerung“ eine behandlungsbedürftige psychische Morbidität in 22,8% der Fälle auf. Für Krebspatienten wäre mit einem höheren Prozentsatz zu rechnen.

2.2.2 Inanspruchnahme psychoonkologischer Betreuung als Bedarfsmaß

Inanspruchnahme bezeichnet die tatsächliche Nutzung eines erworbenen Gutes bzw. einer erworbenen Dienstleistung (Meffert 1992). Die Inanspruchnahme schließt den mehrstufigen Prozess der Bedarfsbildung (Bedürfnis – Bedarf – Nachfrage – Inanspruchnahme) ab.

Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten ermöglichen eine adäquate Versorgungsplanung und eine ergebnisorientierte Evaluation psychoonkologischer Betreuung (Weis u. Koch 1998).

Die theoretischen Modelle, auf die sich die Untersuchungen der letzten zwei Jahrzehnte stützen, basieren häufig auf den entscheidungstheoretisch fundierten „Erwartungs-mal-Wert-Modellen“ von Fishbein und Ajzen (1975). Gesundheitsbewusstes Verhalten wird unter folgenden Voraussetzungen gezeigt (Weis u. Koch 1998):

- Die Gesundheitsbedrohung erscheint schwerwiegend.
- Die subjektive Verletzbarkeit oder die Auftretenswahrscheinlichkeit für die Krankheit ist hoch.
- Der Glaube an eine protektive Handlungsmöglichkeit zur Abwehr der Gefahr besteht. Diese Handlung wird als wirksam zur Abwehr der Gefahr eingeschätzt.

Somit beruht die Entscheidung auf der Abwägung des erwarteten Nutzen-Verhältnisses (Allmer 1990).

Beeinflussende Faktoren für die Entscheidungsfindung sind neben den Patientenattributen (Alter, Geschlecht, Art und Stadium der Erkrankung usw.) auch Einflüsse des sozialen Umfeldes (z.B. Familie, Freunde, Arbeitskollegen) und das Anregungsverhalten professioneller Helfer (Weis u. Koch 1998).

Aufgrund der unterschiedlichen Gewichtung der einzelnen Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten weisen Expertenschätzungen hinsichtlich des Bedarfes und der Inanspruchnahme in der Bundesrepublik Deutschland eine große Schwankungsbreite auf (Weis u. Koch 1998).

Dieser Arbeit wurde das Inanspruchnahmeverhalten als Bedarfsmaß zu Grunde gelegt (vgl. 3.3.1.2).

2.3 Lebensqualität

2.3.1 Forschungstraditionen im Bereich Lebensqualität

Die moderne Lebensqualitätsforschung geht auf die Sozialindikatorenforschung in den 30er und 40er Jahren in den USA zurück. Rein ökonomische Indikatoren als Gesellschaftscharakteristika wurden um Sozialindikatoren wie z.B. Lebenszufriedenheit, Glück und Wohlbefinden (Campbell 1976) ergänzt. Daraus erwuchs das duale Konzept der Lebensqualität basierend auf objektiven als auch subjektiven Parametern.

2.3.2 Bedeutung der Lebensqualität in der Medizin

Es waren vor allem Fortschritte in der Behandlung onkologischer Patienten, die den „Siegesszug“ des Begriffes Lebensqualität in der medizinischen Forschung begünstigten. Bestrahlung und Chemotherapie traten an die Stelle einer erzwungen passiven Sterbebegleitung und die Betrachtung von Nebenwirkungen dieser Behandlungen rückte in den Vordergrund. Die Qualität des Überlebens und nicht die Überlebensverlängerung um jeden Preis wurde zur Leitlinie einer jeden Behandlung. Kosten-Nutzen-Analysen einer Therapie griffen somit den alten medizinischen Grundsatz auf, eine Behandlung möge dem Patienten stets mehr nutzen als schaden (*primum non nocere*) (Krischke 1996). Alternative Behandlungsstrategien sollten die Lebensqualität messbar erhöhen.

Nicht zuletzt war es die Kostenexplosion im Gesundheitssystem, verbunden mit verlängerten Behandlungszeiten und aufwändigeren Therapien, die eine Analyse des Behandlungsnutzens aus rein ökonomischen Gründen nötig machte. (Küchler u. Schreiber 1989)

2.3.3 Definitionsschwierigkeiten des Lebensqualitätsbegriffes

Wegweisend für viele Begriffsbildungen im Feld Lebensqualität war die 1947 verfasste Definition von Gesundheit durch die WHO: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (Katz 1987 nach Bernhard 1992). Diese Definition weist bereits auf den mehrdimensionalen Charakter von Lebensqualität hin, der neben dem konventionellen funktionellen Status auch mindestens eine psychische und soziale Dimension enthält (Küchler 1989).

2.3.4 Ansätze der Lebensqualitätsforschung

Eine Herausforderung der Lebensqualitätsforschung bestand in der Behandlung der Frage um den Einfluss von objektiven und subjektiven Komponenten auf das Konstrukt Lebensqualität. Der Ansatz, Lebensqualität mit einem umschriebenen Satz an objektiven Indikatoren zu beschreiben, erwies sich schnell als unzureichend. Die Auswahl der verwandten Komponenten hing „eher mit persönlichen Vorlieben oder Meinungen des Forschers zusammen, als mit einer präzisen und konsistenten Theorie von Lebensqualität.“(George u. Bearon 1980).

Um dem individuellen Charakter des Lebensqualitätsbegriffes gerecht zu werden, wurde ein Einbinden subjektiver Indikatoren nötig.

Im „wissenschaftlichen Minimalkonsens“ von vier als „gesichert“ (Rupprecht 1993) bezeichneten Dimensionen von Lebensqualität finden sich sowohl objektive als auch subjektive Komponenten wieder:

- Objektive und subjektive Gesundheit
- Subjektives Wohlbefinden oder Zufriedenheit
- Quantität und Qualität sozialer Beziehungen
- Alltagsbewältigung

(Wenger et al. 1984, Aaronson 1988, Bullinger 1990)

2.3.5 Lebensqualitätsmessung

2.3.5.1. Methoden der Lebensqualitätsmessung

Als bedeutendste Instrumentarien der Lebensqualitätsmessung stehen das Interview und der Fragebogen zur Verfügung. Der Fragebogen stellt das Ergebnis intensiver Bemühungen da, Lebensqualität psychometrisch fundiert zu erfassen (Bullinger 1991). Eine schnelle und objektive Datenerhebung soll hiermit interindividuell reliable Werte liefern. Das Interview ermöglicht das individuelle Eingehen auf den einzelnen Patienten. Bei Verständnisschwierigkeiten steht der Interviewer für Nachfragen zur Verfügung. Ein hoher zeitlicher Aufwand und eine geringe interindividuelle Vergleichbarkeit verdrängen diese Vorgehensweise allerdings zunehmend aus dem klinischen Forschungsfokus.

Bei der Wahl der Quelle von Lebensqualitätsdaten ist zwischen der Erhebung von objektiven Parametern (z.B. Gesundheitszustand, Wohnsituation), einem Fremd- bzw. Expertenrating (z.B. Ehepartner, Arzt) und einer Selbstauskunft des Befragten zu wählen (Rupprecht 1993).

Inwiefern die einzelnen Elemente bei einem Studiendesign zum Tragen kommen, ist wiederum an die klinische Realität (personelle Ressourcen, zeitliches Setting usw.) und die genaue Fragestellung der Studie gebunden.

Erste Versuche Lebensqualität in der medizinischen Forschung systematisch zu messen, gehen auf den Karnofsky Performance Status aus dem Jahre 1949 zurück. Im Sinne von Fremdratingskalen wird der Gesundheitsstatus des Patienten vom behandelnden Arzt auf einer Skala von 0% (Patient ist tot) bis 100% (Normalzustand, keine Beschwerden) eingeschätzt. Dieser Allgemeinzustand wurde mit Lebensqualität gleichgesetzt (Rupprecht 1993).

Die Hinwendung zu einem mehr subjektiven Bild von Lebensqualität beherrschte in den folgenden Jahrzehnten die Entwicklung neuer Messinstrumente. Richtungweisend unter den Entwicklungen dieser Zeit war der Life Satisfaction Index (LSI) von Neugarten et al. (1961). Als ökonomische Alternative zu den längeren Fragebogen entstanden 1-Item-Skalen, die die Lebensqualität der Patienten global, d.h. direkt mit einer Frage erfassen (z.B. Anamnestic Comparative Self Assessment Scale ACSA: Bernheim et. al. 1985). Der Vorteil, den sie durch ihre Einfachheit und Kürze innehatten, führte zu Unklarheit darüber, welche Informationen der Patient zur Beurteilung seiner Lebensqualität heranzieht.

Neuere Fragebogenkonzepte weisen einen modularen Aufbau auf. Ein Kernelement (core) wird durch Erweiterungsmodule (supplement) für spezielle Patientenkollektive ergänzt. Die spezifischen Probleme der Patienten sollen in diesen Zusatzelementen reflektiert werden, ohne dabei die Möglichkeit des studienübergreifenden Vergleiches von Lebensqualitätsdaten zu verlieren. Ein häufig verwendeter Vertreter dieses Fragebogendesigns ist der EORTC QLQ C30. Er basiert auf den Forschungsergebnissen einer Arbeitsgruppe der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) und ist seit dem Erscheinen seiner ersten Version (Aaronson et al. 1993) ständiger Weiterentwicklung unterworfen. Er wird zu den Standardinstrumenten in der europäischen Onkologie gezählt (Küchler u. Bullinger 2000).

Eine weitere Entwicklungsrichtung in der Lebensqualitätsforschung zielt darauf, Lebensqualität nicht nur differenziert nach einzelnen Dimensionen zu erfassen, sondern auch die subjektive Relevanz dieser Einzeldimensionen für die Gesamtlebensqualität des Befragten mit zu berücksichtigen (z.B. Heinisch et al. 1991). Der FLZ (Fragen zur Lebenszufriedenheit) nach Heinrich und Herschbach basiert ebenfalls auf diesen Bemühungen. Ein späteres Kapitel wird sich näher mit diesem Fragebogen auseinandersetzen, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt.

2.3.6.2. Anforderungen an Instrumente der Lebensqualitätsmessung

Instrumente der Lebensqualitätsmessung sollten sowohl den klassischen Testgütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität und Sensivität) entsprechen als auch in ihrer Konzeption anwendungspraktische Gesichtspunkte berücksichtigen.

In ökonomischer Hinsicht scheint ein zeitlicher Rahmen von 15-30 min für die Anwendung des Fragebogens sinnvoll, um den Patienten nicht zu stark zu belasten. Auch sollten differenzierte Antwortmöglichkeiten zur Auswahl stehen, die die Erfahrungen des Befragten adäquat widerspiegeln.

Die Auswahl des Testinstrumentes sollte den theoretischen Unterbau einer Lebensqualitätsstudie widerspiegeln. Die Dokumentation der angewendeten Auswahlkriterien ermöglicht auch zu einem späteren Zeitpunkt die kritische Bewertung der gewonnenen Daten (Schipper et al. 1996, Cramer et al. 2002).

2.3.6.3 Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Diese Studie wurde unter Einsatz der "Fragen zur Lebenszufriedenheit" (FLZ) durchgeführt. Als Leitlinie für die Operationalisierung von Lebensqualität diente Henrich und Herschbach dabei die Lebensqualitätsdefinition von Calman: "Subjektive Lebensqualität spiegelt die Unterschiede zwischen individuellen Hoffnungen, Erwartungen, Wünschen und was er/sie als Realität ansieht, wider" (Calman 1984 nach Henrich u. Herschbach 2000).

Die Struktur der FLZ macht die Integration sowohl subjektiver als auch objektiver Lebensqualitätscharakteristika in das Fragebogendesign deutlich. Der Fragebogen besteht aus zwei Modulen zu jeweils acht Items. Der allgemeine Teil umfasst die Items:

- Freunde/Bekannte
- Freizeitgestaltung/Hobbies
- Gesundheit
- Einkommen/finanzielle Sicherheit
- Beruf/Arbeit
- Wohnsituation
- Familienleben/Kinder
- Partnerschaft/Sexualität

Der Gesundheitsteil besteht aus den Items:

- Körperliche Leistungsfähigkeit

- Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit
- Energie/Lebensfreude
- Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)
- Seh- und Hörvermögen
- Angstfreiheit
- Beschwerde- und Schmerzfreiheit
- Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege

Beim Einsatz der FLZ wird der Proband darauf hingewiesen, dass sich die Fragen auf den Zeitraum der letzten vier Wochen beziehen. Dies soll "Lebenszufriedenheit" von dem psychologischen Konstrukt "Befindlichkeit" abgrenzen, das den momentanen Zustand beschreibt und im Laufe eines Tages mehrfach variieren kann. Bevor der Befragte seine Zufriedenheit in den acht Lebensbereichen angibt, wird er nach der subjektiven Wichtigkeit der einzelnen Items für seine Person gefragt. Im Allgemeinen Modul erscheint dabei die Frage "Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Lebensbereiche für Ihre Zufriedenheit?", während im zweiten Modul die Frage "Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Aspekte für Ihre Gesundheit?" lautet. Durch die Möglichkeit, die Zufriedenheit mit Lebensqualitätsdimensionen mit deren individueller Wichtigkeit für den Patienten zu verbinden ("gewichtete Zufriedenheit"), wurde dem Konzept der subjektiven Lebensqualität entsprochen (Henrich u. Herschbach 1998).

Die Module "Allgemeine Zufriedenheit" und "Gesundheit" sind für den Bereich BRD (Ost und West) normiert. Vergleichsdaten von 11000 Patienten und über 6000 gesunden Personen liegen vor. Die psychometrische Evaluation der FLZ demonstrierte einen hohen Grad an interner Konsistenz und Konstruktvalidität. Eine adäquate Korrelation mit anderen Mitteln zur Lebensqualitätserhebung konnte nachgewiesen werden (Henrich u. Herschbach 2000).

Die FLZ können zur Bestimmung der subjektiven Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen, bei gesunden Vergleichsstichproben und im Längsschnitt zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs und der erwünschten und unerwünschten Wirkungen von therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden (Henrich u. Herschbach 2001).

2.4 Zusammenfassung

Die junge Fachdisziplin der Psychoonkologie hat es sich zum Ziel gesetzt, möglichst günstige Voraussetzungen für den Krankheitsverlauf onkologischer Patienten zu schaffen.

Im klinischen Umfeld sind Betreuungsangebote in unzureichendem Maße vorhanden. Die Psychoonkologie versucht mit den Forschungsdisziplinen "Bedarfsforschung" und "Lebensqualitätsforschung" Wege aufzuzeigen, wie eine bedarfsgerechte Betreuung von Krebspatienten möglich gemacht werden kann. Als ein praktikables und verhaltensnahes Maß für Betreuungsbedarf hat sich hierbei das "Inanspruchnahmeverhalten" bewährt.

Von besonderer Bedeutung in der psychoonkologischen Forschung ist die Beschäftigung mit dem Lebensqualitätsbegriff. Der Begriff Lebensqualität stellt ein hoch subjektiv gefärbtes, multidimensionales Konstrukt da, wodurch eine „konzeptuelle Klarheit“ (Rupprecht 1993), erst durch die Operationalisierung des genutzten Messgegenstandes erreicht wird.

Aus diesem Grund besteht die Forderung an die medizinische Lebensqualitätsforschung ihre Datenerhebungen transparent zu gestalten. Dies umfasst den Nachweis der verwandten Lebensqualitätsdefinition, die Darstellung der einzelnen Dimensionen dieses Begriffes und die Begründung zur Wahl der benutzten Untersuchungsinstrumente (Gill 1994).

3 Fragestellung und Hypothesen

3.1 Inhaltliche Fragestellungen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, das heutige Lebensqualitätskonstrukt als Indikator bei der Bedarfsbestimmung zu nutzen. Im Zuge dessen soll die prädiktive Qualität der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) in Bezug auf die Intention zur Inanspruchnahme und zur tatsächlichen Inanspruchnahme untersucht werden.

Ein weiterer Anspruch dieser Arbeit besteht darin, der Bedeutung anderer Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten nachzugehen. Studien von Baumann et al. (1992) und Greer et al. (1992) gehen von einer höheren Rate der Inanspruchnahme unter jungen Patienten aus. Andere Arbeiten verwiesen vielfach auf die Bedeutung des Geschlechtes in diesem Zusammenhang (Herschbach 1987, Deans et al. 1988, Koch et al. 1998). Aus diesem Grund werden sowohl Daten zum Alter als auch zum Geschlecht der Patienten erfasst.

Weis und Koch (1998) betonen, dass die unterschiedlichen Krankheitsphasen mit wandelnden Bedürfnissen und Belastungen einhergehen. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wird zusätzlich der Einfluss des zeitlichen Abstandes zur Erstdiagnose eines Patienten berücksichtigt. Ziegler und Müller (1986) wiesen auf die außerordentlich hohe psychische und physische Belastung hin, unter der Krebspatienten während ihrer Therapie stehen. Die Auswirkungen von Chemo- und Radiotherapie erstrecken sich von Kontrollverlustängsten über depressive Episoden bis zu den klassischen Nebenwirkungen der Übelkeit und des Erbrechens. Den Einfluss der Therapiesituation auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten soll ebenfalls in dieser Arbeit betrachtet werden. Eine Reduktion des Gesundheitsstatus zieht einen gesteigerten Bedarf an psychosozialer Unterstützung nach sich (Thomas et al. 1998). Als Parameter für die Progredienz und Schwere der Erkrankung wurde das Vorliegen eines Tumorrezidives abgeklärt.

Patienten, die sich ausreichend in einem sozialen Netz eingebettet und unterstützt sehen, neigen in geringerem Maße zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Betreuung (Koch et al. 1998, Worden u. Weismann 1980). Fragen zu den Familienverhältnissen und der Wohnsituation dienen dazu, dem Einfluss dieser Gegebenheit nachzugehen. In einer Untersuchung von Schulz et al. (1998) bestand einer der am häufigsten geäußerten Wünsche von Tumorpatienten in einer besseren Aufklärung durch das medizinische Personal.

Der beklagte Mangel an Kommunikation zwischen Patient und Arzt veranlasst den Betroffenen zu einer Suche nach alternativen Informationsquellen. Um diesen Faktor in der

Befragung nicht unberücksichtigt zu lassen, werden die Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal befragt.

Eine Voraussetzung für gesundheitsbewusstes Verhalten eines Patienten liegt nach Fishbein und Ajzen (1975) in der Überzeugung über die Wirksamkeit einer Maßnahme. Positive Vorerfahrungen mit psychologischen Interventionen könnten somit das Inanspruchnahmeverhalten mitbestimmen. Aus diesem Grund werden Patienten aufgefordert, eigene Erfahrungen mit Psychologen zu bewerten. Auch das Ausmaß der kognitiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird als beeinflussender Faktor auf die Inanspruchnahme psychoonkologischer Angebote in Betracht gezogen.

3.2. Inhaltliche Hypothesen

Den angeführten Fragen lassen sich Hypothesen zuordnen, die als Grundlage für die Durchführung der Untersuchung dienen:

1. Es wird erwartet, dass Patienten mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität eher psychoonkologische Unterstützung beanspruchen.
2. Es wird angenommen, dass prozentual mehr Frauen als Männer psychoonkologische Angebote in Anspruch nehmen.
3. Es wird erwartet, dass die Akzeptanz psychoonkologischer Hilfsangebote mit dem zeitlichen Abstand von der Erstdiagnose zunimmt.
4. Es wird angenommen, dass Patienten mit einer rezidivierenden Erkrankung vermehrt psychoonkologische Angebote beanspruchen.
5. Es wird erwartet, dass Patienten unter Chemo-/Strahlentherapie häufiger psychoonkologische Unterstützung beanspruchen als Patienten, welche aktuell keine solche Therapieform durchlaufen.
6. Es wird angenommen, dass allein stehende Patienten vermehrt psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen.
7. Es wird erwartet, dass die Akzeptanz psychoonkologischer Angebote mit steigender Unzufriedenheit des Patienten mit der Aufklärung durch das medizinische Personal zunimmt.
8. Es wird erwartet, dass das Patientenalter einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten psychoonkologischer Angebote hat.

9. Es wird angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen der Art der Tumorerkrankung und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung besteht.
10. Es wird erwartet, dass Patienten, die zuvor positive Erfahrungen mit psychologischer Betreuung gemacht haben, vermehrt psychoonkologische Angebote in Anspruch nehmen.
11. Es wird erwartet, dass die Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung begünstigt.
12. Es wird angenommen, dass die generelle Abneigung Hilfe in Anspruch zu nehmen, auch die Akzeptanz psychoonkologischer Unterstützung reduziert.

3.3 Operationalisierung

Als Verfahren der Datenerhebung wurde das strukturierte Interview gewählt. Es ermöglicht Fragen und Verständnisschwierigkeiten sofort zu klären und fördert somit die Validität der Befragung.

Am Beginn des Interviews standen die Fragen zur Person und Erkrankung des Patienten. Informationen die Diagnose und die Therapie betreffend wurden später durch die Konsultation der Patientenakte vervollständigt. Darauf fanden nacheinander der FLZ (vgl. 2.3.6.3 Fragen zur Lebenszufriedenheit) und der EORTC-QLQ C30 Anwendung. Die Fragebögen wurden dabei in alternierender Reihenfolge eingesetzt. 50 Patienten beantworteten zuerst den FLZ, und 50 Patienten befassten sich zuerst mit dem EORTC QLQ C30.

Das Mitlesen der Fragen wurde dem Patienten durch ein farbkodiertes Exemplar des Fragebogens ermöglicht. Der Druck des FLZ auf gelbem und des EORTC-QLQ C30 auf blauem Grund diente dabei der besseren Abgrenzbarkeit der eingesetzten Fragebögen.

Im Schlussteil des Interviews wurden Fragen zum Fragebogenvergleich, Hilfesuchverhalten, zur Krankheitsverarbeitung, der Erfahrung mit psychologischer Behandlung und der Zufriedenheit mit der ärztlichen Aufklärung gestellt. Abschließend wurde den Patienten die Kontaktaufnahme mit dem Personal des Tumorzentrums im Sinne der Initiation einer psychoonkologischen Betreuung angeboten.

3.3.1 Konkretisierungen der Variablen

3.3.1.1 Lebensqualität

Als Lebensqualitätsdaten fließen in diese Studie die Ergebnisse der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) ein. Dabei basiert der Summenscore „FLZ-Allgemein“ auf den Daten des Moduls „Allgemeine Zufriedenheit“ und „FLZ-Gesundheit“ auf dem Gesundheitsmodul des FLZ. Ergänzend wurde noch ein globales Zufriedenheitsitem „FLZ-Global“ erfasst.

3.3.1.2 Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung

Die Variable „Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ wurde mit Hilfe der Frage „Im Tumorzentrum gibt es (psychologische) Spezialisten, mit denen ich den Kontakt herstellen könnte. Soll ich dies für Sie arrangieren?“ realisiert.

Als Variable „Intention zur Inanspruchnahme“ wurde eine Skala von 0 bis 100% realisiert.

3.3.1.3 Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal

Die Variable „Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal“ wurde durch die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit der Aufklärung, Ihre Krankheit und Behandlung betreffend, durch das medizinische Personal?“ realisiert.

3.3.1.4 Geschlecht, Alter, zeitlicher Abstand von der Erstdiagnose, Rezidiv, Therapiestatus, Familiensituation, Wohnsituation, Tumorart

Die Variablen Geschlecht, Alter (Geburtsdatum), zeitlicher Abstand von der Erstdiagnose (in Tagen), Rezidiv (ja/nein), Therapiestatus (Radio-, Chemo- oder Kombinationstherapie), Familiensituation (in Partnerschaft lebend oder ledig/verwitwet/geschieden/getrennt lebend), Wohnsituation (alleine lebend oder nicht alleine lebend), Tumorart (Lymphome, Leukämien, Ca der Atemwege, Ca des Gastrointestinaltraktes, Ca der Mamma, sonstige Krebserkrankungen) wurden innerhalb des strukturierten Interviews durch direkte Fragen miterfasst bzw. aus den Krankenakten des Patienten entnommen.

3.3.1.5 Erfahrung mit psychologischer Unterstützung

Die Variable „Erfahrung mit psychologischer Unterstützung“ wird auf einer Skala von „negativ“ über „mittel/neutral“ bis „positiv“ skaliert.

3.3.1.6 Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen

Als Variable „Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen“ wird folgende Frage realisiert:
„Fällt es Ihnen schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen?“ [meistens/oft/gelegentlich/überhaupt nicht]

3.3.1.7 Beschäftigung mit der Erkrankung

Als Variable „Beschäftigung mit der Erkrankung“ wird die Frage „Wieviel beschäftigen Sie sich mit Ihrer Krankheit?“ mit einer Antwortskala von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr oft) realisiert.

3.4 Statistische Hypothesen

Hypothese I

Es wird angenommen, dass die Variable „Lebensqualität“ als Prädiktor der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Betreuungsangeboten bedeutsam ist, wobei erwartet wird, dass eine geringe Lebensqualität das Inanspruchnahmeverhalten begünstigt.

$$H_0: \mu_{lq; I} \leq \mu_{lq; N}$$

$$H_1: \mu_{lq; I} > \mu_{lq; N}$$

Es sei:

lq = Lebensqualität-Score

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

Hypothese II

Es wird erwartet, dass ein Zusammenhang zwischen den Variablen „Geschlecht“ und „Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ besteht. Es soll dabei untersucht werden, ob mehr Patientinnen als Patienten psychosoziale Betreuung beanspruchen.

H₀: „Geschlecht“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Geschlecht“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig; es nehmen mehr Patientinnen als Patienten psychoonkologische Unterstützung in Anspruch

Hypothese III

Es wird erwartet, dass der zeitliche Abstand zur Diagnose bei Patienten, die psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen, größer ist als bei Patienten, die keine solche Unterstützung beanspruchen.

$$H_0: \mu_{d; I} \leq \mu_{d; N}$$

$$H_1: \mu_{d; I} > \mu_{d; N}$$

Es sei:

d = zeitlicher Abstand von der Erstdiagnose

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

Hypothese IV

Es wird angenommen, dass die Variable „Rezidiv“ (d.h. Vorliegen eines Rezidivs der Erkrankung) als Prädiktor der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Betreuungsangeboten bedeutsam ist, wobei erwartet wird, dass ein Rezidivvorliegen zu einer höheren Inanspruchnahme beiträgt.

H₀: „Rezidiv“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Rezidiv“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig; das Vorliegen eines Rezidives der Erkrankung begünstigt eine Inanspruchnahme

Hypothese V

Es wird angenommen, dass die Variable „Therapie“ als Prädiktor der Inanspruchnahme psychoonkologischer Betreuungsangebote bedeutsam ist, wobei erwartet wird, dass Patienten, die zum Erhebungszeitpunkt der Daten einer Radio-/ Chemo- oder einer Kombinationstherapie unterlagen, eher Hilfe in Anspruch nehmen

H₀: „Therapie“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Therapie“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig; eine gegenwärtige Radio-/Chemo- oder Kombinationstherapie begünstigt eine Inanspruchnahme

Hypothese VI

Es wird erwartet, dass die Variable „Familienstand“/„Wohnsituation“ für die Vorhersage der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung bedeutsam ist. Unter den allein lebenden Patienten wird eine höhere Akzeptanz psychosozialer Betreuungsangebote vermutet als in der Reststichprobe.

H₀: „Familienstand/Wohnsituation“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Familienstand/Wohnsituation“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig; alleine lebende Patienten nehmen psychoonkologische Unterstützung vermehrt in Anspruch

Hypothese VII

Es wird erwartet, dass die Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal unter den Patienten, die psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen, größer ist als bei Patienten, die keine solche Unterstützung beanspruchen.

H₀: $\mu_{z; I} \leq \mu_{z; N}$

Es sei:

H₁: $\mu_{z; I} > \mu_{z; N}$

z = Zufriedenheit mit Aufklärung durch medizinisches Personal

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

Hypothese VIII

Es soll geprüft werden, ob Patienten, die psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen, sich hinsichtlich ihres Alters von den Patienten, welche diese Unterstützungsangebote nicht nutzen, unterscheiden.

H₀: $\mu_{a; I} = \mu_{a; N}$

Es sei:

H₁: $\mu_{a; I} \neq \mu_{a; N}$

a = Alter

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

Hypothese IX

Es soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Tumorart und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung besteht.

H₀: „Tumorart“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Tumorart“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig

Hypothese X

Es wird angenommen, dass bei positiven Erfahrungen mit psychologischer Betreuung die Tendenz zur Inanspruchnahme steigt.

H₀: „Erfahrungen mit psychologischer Betreuung“ und „Inanspruchnahme“ sind unabhängig

H₁: „Erfahrungen mit psychologischer Betreuung“ und „Inanspruchnahme“ sind nicht unabhängig, wobei erwartet wird, dass positive Erfahrungen mit psychologischer Betreuung eine Inanspruchnahme begünstigen

Hypothese XI

Es wird erwartet, dass Patienten, die sich vermehrt mit ihrer Krankheit beschäftigen, häufiger psychosoziale Versorgungsangebote in Anspruch nehmen.

H₀: $\mu_{a; I} \leq \mu_{a; N}$

Es sei:

H₁: $\mu_{a; I} > \mu_{a; N}$

a = Auseinandersetzung mit der Erkrankung

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

Hypothese XII

Es wird angenommen, dass Patienten, die gerne Hilfe in Anspruch nehmen, auch häufiger psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen.

H₀: $\mu_{h; I} \leq \mu_{h; N}$

Es sei:

H₁: $\mu_{h; I} > \mu_{h; N}$

h = Akzeptanz von Hilfsangeboten

I = Inanspruchnahme

N = Nicht-Inanspruchnahme

3.5 Auswertungen

Um dem Einfluss mehrerer Variablen auf die Zielvariable gerecht zu werden, wird zur Prüfung der Hypothesen I-VIII und X-XII eine multiple logistische und eine multiple lineare Regression eingesetzt. Dadurch kann der interessierende Effekt einer Variablen bezüglich einer anderen Variablen adjustiert werden, um eine Verzerrung (bias) bei der Effekteinschätzung zu reduzieren. Die abhängige Variable „Inanspruchnahme“ fließt bei binärem Messniveau (ja/nein) in die logistische Regression, die „Intention zur Inanspruchnahme“ (stetiges Messniveau, 1-100) in die lineare Regression ein.

Mit Hilfe der Wald-Statistik soll jeweils getestet werden, ob der Prädiktor einen signifikanten Einfluss auf die Trennung der beiden Gruppen der Kriteriumsvariable (Inanspruchnahme vs. Nicht-Inanspruchnahme) hat. Als Gütemaß der logistischen Regression soll das Nagelkerke- R^2 (Bestimmtheitsmaß) verwendet werden.

Ergänzend wird eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für die Hypothesen I-VIII und X, XI gerechnet. Eine Normalverteilung der betreffenden Variablen soll mittels Kolmogorow-Smirnow-Test nachgewiesen werden.

Die Hypothese XII wurde durch eine Produkt-Moment-Korrelation nach Spearman gerechnet, da keine Normalverteilung der Variablen „Akzeptanz von Hilfsangeboten“ nachgewiesen werden konnte.

Für alle Hypothesentests wird ein α -Niveau von 5% festgelegt.

Die geringe Feldergröße der Variablen „Tumorart“ bedingte eine rein deskriptive Prüfung der IX. Hypothese.

Alle Berechnungen werden mit SPSS 8.0 für Windows durchgeführt.

3.6 Stichprobe

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von November 2002 bis März 2004 mittels strukturierter Interviews mit onkologischen Patienten statt. Die befragten Patienten befanden sich auf folgenden Stationen/Ambulanzen in Behandlung:

- Stationäre Behandlung:
 - Station 3/3 der II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein im Städtischen Krankenhaus Kiel
 - Station 4 der I. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- Ambulante Behandlung:
 - Onkologische Tagesklinik der I. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig Holstein
 - Onkologisch-radiologische Ambulanz des Universitätsklinikums Schleswig Holstein

Einschlusskriterien der Studie waren ein Patientenalter über 18 Jahre, die gestellte Diagnose einer malignen neoplastischen Erkrankung und ein ausreichendes Verständnis und Sprechvermögen der deutschen Sprache. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war, dass der Patient über seine Erkrankung durch den behandelnden Arzt bereits aufgeklärt wurde. Patienten, deren Lebenserwartung durch das medizinische Personal auf wenige Tage geschätzt wurde, wurden aus ethischen Gründen nicht befragt.

Während des Zeitraumes der Datenerhebung wurden 124 Patienten um die Teilnahme an der Studie ersucht. 24 Angesprochene verweigerten die Teilnahme an der Befragung, während 100 Patienten ihr zustimmten. Etwa jeder fünfte Patient kam auf Grund einer Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien nicht in Betracht.

Die Studie basiert auf einer sequentiellen Stichprobenerhebung. Auf Grund des Überschreitens der personellen Kapazität war eine lückenlose Datenerhebung im Zeitintervall nicht möglich.

3.7 Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung wurde von zwei Doktoranden zu gleichen Teilen durchgeführt (50 Patienten/Doktorand). Ein umfassendes Training der Interviewer im "Tumorzentrum im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel" diente der möglichst weitreichenden Standardisierung des Interviews. Standardformulierungen zur Vorstellung des Interviewers, zur Erläuterung der Ziele der Befragung und zur Beschreibung der Angebote des Tumorzentrums wurden in Gesprächssimulationen erprobt. Psychoonkologische Forscher und Mitarbeiter/Psychotherapeuten des Tumorzentrums achteten bei den Gesprächen auf eine möglichst konstante Vorgehensweise, sowohl in Bezug auf die verbale als auch die nonverbale Kommunikationsebene.

Weitere Bemühungen der Studienvorbereitung zielten auf die aktive Einbindung des Personals der betroffenen Stationen und Ambulanzen. Der Kontakt zu den verantwortlichen Onkologen der I. und II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig Holstein wurde durch den Studienleiter des Tumorzentrums hergestellt. Bei einem Treffen mit dem Ärzteteam und dem Pflegepersonal fand eine Vorstellung der eingebundenen Doktoranden und des Projektes statt. Die interessierte Mitarbeit des beteiligten Personals ermöglichte eine effiziente Auswahl der Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllten. Unterbrechungen bei der Befragung durch das Stationspersonal konnten durch Absprachen geeigneter Untersuchungszeiten reduziert werden.

Instrumente der Lebensqualitätsforschung im klinischen Alltag einzusetzen, geht stets mit einer spürbaren Modifikation in der täglichen Stationsroutine einher. Die zeitlichen Einschränkungen bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung des Patienten, die sich aus seiner Befragung oder einer psychoonkologischen Betreuung ergeben, müssen vom Stationspersonal als sinnvolle Ergänzung der Patientenversorgung akzeptiert werden. Dafür ist es nötig eine Ebene des Verständnisses für die Wichtigkeit der durchgeführten Maßnahmen zu schaffen (Van Dam u. Aaronson 1987, Higginson u. Carr 2001).

Die Verteilung eines kurzen Informationszettels (siehe Anhang) auf Station sollte die Patienten noch vor der Kontaktaufnahme durch die Doktoranden über die stattfindende Studie informieren. Die Zielsetzung bestand darin, die Akzeptanz der Befragung unter den Patienten zu erhöhen und sie zur Teilnahme zu motivieren.

Die Befragung fand sofort oder, falls gewünscht (z.B. bei Anwesenheit von Besuch), zu einem späteren Termin (innerhalb von zwei Tagen) statt. Als Ort der Befragung wurde auf die

Reduktion von Einflussfaktoren geachtet. Idealerweise stand ein separater Untersuchungsraum zur Befragung auf Station zur Verfügung. In Ausnahmefällen musste das Interview in Anwesenheit anderer Patienten oder Angehöriger durchgeführt werden.

4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe wurde im Zeitraum von November 2002 bis März 2004 auf den Stationen 3/3 der II. Medizin und der Station 4 der I. Medizin sowie in der onkologischen Tagesklinik und der radiologischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Schleswig Holstein (Campus Kiel) erhoben.

Um die Einflüsse eines ambulanten und eines stationären Settings auf das Inanspruchnahmeverhalten und die Lebensqualitätsmessung zu kontrollieren, wurde die Befragung auf jeweils zwei Stationen und in zwei Ambulanzen durchgeführt. Ein Überblick über die Häufigkeiten einzelner Variablen zur Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 1. Die medizinischen Variablen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

	<u>Ambulant</u> (N=47)		<u>Stationär</u> (N=53)		<u>Gesamt</u> (N=100)		
<u>Alter in Jahren</u>	M:	62,20	M:	60,50	M:	61,31	
	Md:	62,88	Md:	60,85	Md:	62,30	
	Range:	33 – 83	Range:	22– 89	Range:	22 - 89	
<u>Geschlecht</u>							
	• Männlich	22	46,8%	27	50,9%	49	49%
	• Weiblich	25	53,2%	26	49,1%	51	51%
<u>Familienstand</u>							
	• Ledig	3	6,4%	5	9,4%	8	8%
	• Verheiratet	34	72,3%	27	50,9%	61	61%
	• In Partnerschaft lebend	0	0%	2	3,8%	2	2%
	• Geschieden	4	8,5%	5	9,4%	9	9%
	• Verwitwet	6	12,8%	14	26,4%	20	20%
<u>Anzahl der Kinder</u>							
	• 0	4	8,5%	8	15,1%	12	12%
	• 1-2	30	63,8%	32	60,4%	62	62%
	• 3-9	13	27,7%	13	24,5%	26	26%
<u>Wohnsituation</u>							
	• Allein	8	17%	17	32,1%	25	25%
	• Mit Partner	34	72,3%	23	43,4%	57	57%
	• Mit Kindern	5	10,7%	9	16,9%	14	14%
	• Mit Eltern/Stiefeltern/ Pflegeeltern/Freunden	0	0%	4	7,6%	4	4%
<u>Berufliche Situation</u>							
	• Vollzeit berufstätig	3	6,4%	4	7,5%	7	7%
	• Teilzeit berufstätig	2	4,3%	2	3,8%	4	4%
	• Hausfrau/Hausmann	5	10,6%	4	7,5%	9	9%
	• langzeit-krankgeschrieben	7	14,9%	7	13,2%	14	14%
	• Arbeitslos	0	0%	6	11,3%	6	6%
	• Rentner	30	63,8%	30	56,6%	60	60%

Tab.1: Gegenüberstellung der soziodemographische Variablen der ambulanten und stationären Stichprobe

Von den 100 befragten Patienten waren 49% (N=49) männlichen und 51% (N=51) weiblichen Geschlechts. Das mittlere Alter betrug 61,31 Jahre. In Bezug auf den Familienstand war die Mehrheit der Befragten verheiratet und in Partnerschaft lebend (63%) oder verwitwet (20%). Die ambulante Stichprobe umfasste überwiegend „Verheiratete“ (72,3%) und die Stationäre wies darüber hinaus eine große Gruppe von „Verwitweten“ (26,4%) auf.

Über drei Viertel der Befragten lebten mit ihrem Partner, den Kindern, anderen Verwandten oder Freunden zusammen. Ein Viertel war allein lebend. Das Schwergewicht im Aspekt „berufliche Situation“ lag bei der Gruppe der Rentner (60%).

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der Patienten lag zum Zeitpunkt des Interviews bei 745 Tagen (Median: 194 Tage), wobei die stationäre Stichprobe mit 842 Tagen die ambulante mit 735 Tagen übertraf.

Bei der Befragung wurden 23 verschiedene maligne Neoplasien dokumentiert. Diese wurden in der vorliegenden Studie aus Gründen der Übersichtlichkeit und wegen der geringen Gruppengrößen in 6 Diagnosegruppen zusammengefasst (vgl. Tabelle 2).

	<u>Ambulant</u> (N=47)		<u>Stationär</u> (N=53)		<u>Gesamt</u> (N=100)	
<u>Diagnose</u>						
• Lymphome	1	2,1%	23	43,4%	24	24%
• Leukämien	1	2,1%	6	11,3%	7	7%
• CA der Atemwege	8	17%	10	18,9%	18	18%
• CA des Gastrointestinaltraktes	18	38,3%	10	18,9%	28	28%
• CA der Mamma	10	21,3%	1	1,9%	11	11%
• Sonstige Krebserkrankungen	9	19,1%	3	5,7%	12	12%
<u>Rezidiv</u>						
• Ja	7	14,9%	12	22,6%	19	19%
• Nein	40	85,1%	41	77,4%	81	81%
<u>Therapie</u>						
• Keine	22	46,8%	29	54,7%	51	51%
• Chemotherapie	22	46,8%	23	43,4%	45	45%
• Chemo- und Strahlentherapie	2	4,3%	1	1,9%	3	3%
• Bestrahlung	1	2,1%	0	0%	1	1%
<u>Krankheitsdauer in Tagen</u>	M:	842	M:	735	M:	745
	Md:	359	Md:	147	Md:	194
	Range:	0-6476	Range:	0-6695	Range:	0-6695

Tab.2: Gegenüberstellung der medizinischen Variablen der ambulanten und stationären Stichprobe

Die Karzinome (CA) des Gastrointestinaltraktes (38,3%), die Karzinome der Mamma (21,3%) und die sonstigen Krebserkrankungen (19,1%) zeigten in der ambulanten Gruppe eine Häufung. In der stationären Stichprobe waren die Lymphome (43,4%) und die Leukämien (11,3%) deutlicher vertreten als in der Vergleichsgruppe.

Die Rezidivrate unter den ambulanten Patienten war mit 14,9% geringer als bei den stationären Patienten (22,6%). Zum Zeitpunkt der Befragung war der Prozentsatz der mit Chemo- und/oder Radiotherapie Behandelten in der ambulanten Gruppe (53,2%) etwas höher als in der stationären Gruppe (45,3%).

4.2 Ergebnisdarstellung und Bewertung der Hypothesen

Der Zusammenhang zwischen den Prädiktorvariablen (vgl. Tabelle 3) und der Outcomevariablen „Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ wurde mit Hilfe einer multiplen linearen Regression geprüft. Es ergab sich ein Bestimmtheitsmaß (R^2) von 0,369.

	Beta	Sig.
FLZ-Global	0,185	0,237
FLZ-Allgemein	-0,388	0,028
FLZ-Gesundheit	-0,194	0,230
Geschlecht	0,170	0,142
Zeitraum seit Erstdiagnose	-0,087	0,470
Rezidiv	0,136	0,241
Therapiestatus	0,196	0,086
Familienstand	0,203	0,213
Wohnsituation	-0,140	0,411
Zufriedenheit mit Aufklärung durch med. Personal	0,067	0,560
Alter	-0,031	0,805
Einstellung gegenüber Hilfsangeboten	0,046	0,693
Kognitive Krankheitsbewältigung	0,153	0,212
Erfahrung mit Psychologen	0,125	0,281

Tab. 3: Lineare Regression der Outcomevariablen „Intention zur Inanspruchnahme psych. Unterstützung“

Die multiple logistische Regression der Variablen „Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ durch die verwendeten Prädiktorvariablen (vgl. Tabelle 4) klärt einen Varianzanteil bezüglich der Gruppenzugehörigkeit (Inanspruchnahme vs. Nicht-Inanspruchnahme) von 74,9% (=Nagelkerke- R^2) auf.

	B	Wald	Df	Sig.
FLZ-Global	0,574	0,534	1	0,465
FLZ-Allgemein	-0,176	4,064	1	0,044
FLZ-Gesundheit	-0,063	2,648	1	0,104
Geschlecht	8,042	3,762	1	0,052
Zeitraum seit Erstdiagnose	0,001	0,013	1	0,910
Rezidiv	3,218	1,699	1	0,192
Therapiestatus	-9,040	4,562	1	0,033
Familienstand	3,817	0,983	1	0,321
Wohnsituation	-1,489	0,158	1	0,691
Zufriedenheit mit Aufklärung durch med. Personal	0,221	0,066	1	0,797
Alter	0,001	1,759	1	0,185
Einstellung gegenüber Hilfsangeboten	0,704	1,121	1	0,290
Kognitive Krankheitsbewältigung	-0,183	0,222	1	0,638
Erfahrung mit Psychologen	11,313	5,524	1	0,019

Tab. 4: Logistische Regression der Outcomevariablen „Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“

Das logistische Regressionsmodell zeigt eine gute Vorhersageleistung sowohl für die Kategorie „Nicht-Inanspruchnahme“ (98,46% korrekte Klassifizierung) als auch für die Kategorie „Inanspruchnahme“ (72,73% korrekte Klassifizierung). Die Gesamtvorhersageleistung des Modells beträgt 94,74%.

4.2.1 Lebensqualität und Inanspruchnahme

Eine Übersicht der Lebensqualitätsdaten der Gesamt- und der Teilstichproben sind in Tabelle 5 angeführt.

	Nicht-Inanspruchnahme	Inanspruchnahme	Gesamt
FLZ-Global	2,5	1,4	2,4
FLZ-Allgemein	58,0	27,6	53,7
FLZ-Gesundheit	42,6	-7,1	35,5

Tab. 5: Lebensqualitätsscores der Gesamt- und Teilstichproben

Die Lebensqualitätsdaten „FLZ-Global“, „FLZ-Allgemein“ und „FLZ-Gesundheit“ flossen in die multiple lineare und die multiple logistische Regression ein.

Für den Prädiktor „FLZ-Global“ wurde weder in der logistischen noch in der linearen Regression ein bedeutsamer Einfluss auf die Inanspruchnahme / Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung nachgewiesen.

Der Wald-Test für die unabhängige Variable „FLZ-Allgemein“ wurde in der logistischen Regression signifikant ($W=4,06$ $df=1$ $p=0,044$). Die lineare Regression deutete auf einen bedeutsamen Einfluss von „FLZ-Allgemein“ auf die „Intention zur Inanspruchnahme“ hin ($p=0,028$). In diesem Fall kann die H_0 verworfen werden, und es gilt die Alternativhypothese.

Der Prädiktor „FLZ-Gesundheit“ konnte weder in der logistischen ($p=0,104$) noch in der linearen Regression ($0,230$) das Signifikanzkriterium ($\alpha=0,05$) erfüllen. Eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson weist allerdings auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen „FLZ-Gesundheit“ und „Intention zur Inanspruchnahme“ (Korrelationskoeffizient $r=0,355^{**}$) sowie „FLZ-Gesundheit“ und „Inanspruchnahme“ (Korrelationskoeffizient $r=0,385^{**}$) hin.

Die Hypothese I kann nur für das Segment „FLZ-Allgemein“ der FLZ bestätigt werden. Die getesteten Prädiktoren „FLZ-Global“ und „FLZ-Gesundheit“ konnten das Signifikanzkriterium nicht erfüllen.

4.2.2 Geschlecht und Inanspruchnahme

Die Häufigkeitsverteilung von Männern und Frauen in der Gesamt- und den Teilstichproben ist in der Tabelle 6 dargestellt.

		Nicht-Inanspruchnahme		Inanspruchnahme	
Gesamt (N=100)	Männer (N=49)	44	89,8%	5	10,02%
	Frauen (N=51)	42	82,24%	9	17,66%
Stationär (N=53)	Männer (N=27)	24	88,9%	3	11,1%
	Frauen (N=26)	19	73,1%	7	26,9%
Ambulant (N=47)	Männer (N=22)	20	90,9%	2	9,1%
	Frauen (N=25)	23	92,0%	2	8%

Tab. 6: absolute und prozentuale Verteilung zwischen den Variablen „Geschlecht“ und „Inanspruchnahme“ in der Gesamt- und den Teilstichproben

Weder die logistische noch die lineare Regression wiesen auf einen bedeutsamen Einfluss der Variable „Geschlecht“ auf die „Inanspruchnahme / Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ hin.

Die H_1 kann nicht bestätigt werden, und es gilt weiterhin die H_0 .

4.2.3 Zeitraum seit Erstdiagnose der Erkrankung (in Tagen) und Inanspruchnahme

Der Einfluss des zeitlichen Abstandes der Erstdiagnose auf die Inanspruchnahme / Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung konnte weder in der logistischen ($p=0,470$) noch in der linearen Regression ($p=0,910$) nachgewiesen werden.

H_0 gilt weiterhin für Hypothese III.

4.2.4 Rezidiv und Inanspruchnahme

Ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Parameter „Rezidiv“ und Inanspruchnahmeprozessen konnte in der vorliegenden Stichprobe nicht nachgewiesen werden. Die logistische ($p=0,192$) und die lineare Regression ($p=0,241$) erfüllten das Signifikanzkriterium nicht. Es gilt weiterhin die H_0 .

4.2.5 Therapiestatus und Inanspruchnahme

Eine Übersicht über die absolute und prozentuale Verteilung der Variablen „Therapiestatus“ bezogen auf die Inanspruchnahme findet sich in Tabelle 7. Patienten, die zum Erhebungszeitpunkt Radio-/Chemo- oder eine Kombinationstherapie erhielten wurden der Subgruppe „Therapie“ zugeordnet.

	Nicht-Inanspruchnahme		Inanspruchnahme	
	Keine Therapie	Therapie	Keine Therapie	Therapie
Gesamt (N=100)	44 51,2%	42 48,8%	7 50%	7 50%
Stationär (N=53)	25 58,1%	18 41,9%	4 40%	6 60%
Ambulant (N=47)	19 44,2%	24 55,8%	3 75%	1 25%

Tab. 7: absolute und prozentuale Verteilung zwischen den Variablen „Therapiestatus“ und „Inanspruchnahme“ in der Gesamt- und den Teilstichproben

Für den Therapiestatus wurde in der multiplen logistischen Regression ein B-Koeffizient von -9,04 berechnet. Mit Hilfe des Wald-Testes erfolgte eine Überprüfung der Signifikanz des Koeffizienten unter Annahme eines Signifikanzniveaus von $\alpha=0,05$. Das Ergebnis von 4,56 (df=1) wurde mit $p=0,033$ signifikant. Dies deutet auf einen bedeutsamen Einfluss der Variablen „Therapiestatus“ auf die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung hin. Für diesen Aspekt der Hypothese V kann H_0 verworfen werden, und es gilt die Alternativhypothese.

Der Prädiktor „Therapiestatus“ konnte allerdings in der linearen Regression ($p=0,086$) das Signifikanzkriterium $\alpha=0,05$ nicht erfüllen. Eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson deutete allerdings einen signifikanten Zusammenhang in der postulierten Richtung zwischen dem „Therapiestatus“ und der „Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ an ($r=0,254^*$).

4.2.6 Familienstand/Wohnsituation und Inanspruchnahme

Der Einfluss der Variablen „Familiensituation“ und „Wohnsituation“ auf die Inanspruchnahme / Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung konnte weder in der logistischen noch in der linearen Regression nachgewiesen werden. Somit gilt weiterhin die H_0 .

4.2.7 Zufriedenheit mit Aufklärung durch medizinisches Personal und Inanspruchnahme

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Aufklärung durch das medizinische Personal wurde bezüglich seines Einflusses auf die Inanspruchnahme und die Intention zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung getestet. Es konnte kein bedeutsamer Einfluss unter Auswertung der Regressionsmodelle nachgewiesen werden. Es gilt weiterhin die H_0 .

4.2.8 Alter und Inanspruchnahme

Die folgende Tabelle stellt eine Übersicht der Altersverteilung in der Gesamt- und den Teilstichproben in Relation zum Inanspruchnahmeverhalten dar.

	Nicht-Inanspruchnahme					Inanspruchnahme				
	M	SD	Median	Min.	Max.	M	SD	Median	Min	Max
Gesamt (N=100)	61,82	12,23	62,76	22,46	89,13	58,13	10,34	59,95	40,91	74,65
Stationär (N=53)	61,38	14,04	63,62	22,46	89,13	56,72	9,98	59,57	40,91	69,76
Ambulant (N=47)	62,27	10,25	62,34	33,93	83,25	61,64	11,88	63,05	45,82	74,65

Tab. 8: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Minimal- und Maximalwerte der Variable „Alter“ in der Gesamt- und den Teilstichproben

Weder die durchgeführte logistische noch die lineare Regression vermochten es, einen Einfluss des Alters auf die Inanspruchnahmeentscheidung nachzuweisen. Eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson deutet allerdings einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Variable „Alter“ und der „Intention zur Inanspruchnahme“ an ($r=-0,202^*$).

Da die ausschlaggebenden Regressionen nicht signifikant wurden, gilt weiterhin die H_0 .

4.2.9 Diagnose der Erkrankung und Inanspruchnahme

Tabelle 9 zeigt die absolute und prozentuale Verteilung der Variablen „Tumorart“ auf die Gruppen „Inanspruchnahme“ / „Nicht-Inanspruchnahme“ und die 6 angeführten Diagnosegruppen.

	Nicht-Inanspruchnahme		Inanspruchnahme	
Lymphome	21	87,5%	3	12,5%
Leukämien	7	100%	0	0%
CA der Atemwege	17	94,4%	1	5,6%
CA des Gastrointestinaltraktes	23	82,1%	5	17,9%
CA der Mamma	10	90,9%	1	9,1%
Sonstige Krebserkrankungen	8	66,7%	4	33,3%

Tab. 9: Häufigkeitsverteilung der Tumorerkrankungen bezogen auf Inanspruchnahmeverhalten

Lymphome: Lymphom ohne Klassifikation, NHL, Plasmozytom, Immunozytom, M.Hodgkin

Leukämien: ALL, AML, CLL, CML, Granulozytenleukämie

Ca der Atemwege: Bronchial-Ca

Ca des Gastrointestinaltraktes: Pankreas- Leber-Magen- Colon- Dünndarm- Ösophagus-Ca

Ca der Mamma: Mamma-Ca

Sonstige Krebserkrankungen: nicht klassifizierte Karzinome, Prostata-Ca, Melanom, Basaliom, Spinaliom, Karzinoid, Osteosarkom, Sarkome nicht klassifiziert, Hypopharynx-Ca, Ewing-Sarkom, MDS, CUP-Syndrom, Schilddrüsen-Ca,

Die Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der Untergruppen erweisen sich als marginal. Die geringe Fallzahl ermöglicht keine zufrieden stellende Beurteilung des Einflusses der Tumorart auf das Inanspruchnahmeverhalten.

4.2.10 Einstellung gegenüber Hilfsangeboten und Inanspruchnahme

Ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Parameter „Einstellung gegenüber Hilfsangeboten“ und Inanspruchnahmeprozessen konnte in der vorliegenden Stichprobe nicht nachgewiesen werden. Die logistische und die lineare Regression erfüllten die Signifikanzkriterien nicht. Es gilt weiterhin die H_0 .

4.2.11 Kognitive Krankheitsbewältigung und Inanspruchnahme

Die genutzten Regressionsmodelle wiesen keinen bedeutsamen Einfluss der „kognitiven Krankheitsbewältigung“ auf die Inanspruchnahmeprozesse nach. Allerdings deutete eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson einen signifikanten Zusammenhang sowohl zwischen der „kognitiven Krankheitsbewältigung“ und der „Intention zur Inanspruchnahme“ ($r=0,273^{**}$) als auch der „kognitiven Krankheitsbewältigung“ und der „Inanspruchnahme“ ($r=0,230^*$) an.

Da die durchgeführte lineare und logistische Regression das Signifikanzkriterium nicht erfüllt, gilt weiterhin H_0 .

4.2.12 Erfahrungen mit Psychologen und Inanspruchnahme

Die nachfolgende Tabelle geht auf Erfahrungen ein, die Patienten der Gruppe der Nicht-Inanspruchnahme und Inanspruchnahme mit Psychologen gemacht haben.

		Nicht-Inanspruchnahme		Inanspruchnahme	
Erfahrung mit psychologischen Kontakten?	Keine Erfahrung	62	72,1%	5	35,7%
	Positiv	13	15,1%	7	50%
	Mittel/Neutral	8	9,3%	0	0%
	Negativ	3	3,5%	2	14,3%
Tab. 10 Erfahrungsprofil mit Psychologen in der Inanspruchnahme- und Nicht-Inanspruchnahme-Gruppe					

Der Wald-Test für die unabhängige Variable „Erfahrung mit Psychologen“ wurde in der logistischen Regression signifikant ($W=5,52$ $df=1$ $p=0,019$).

In der linearen Regression ließ sich ein Zusammenhang zwischen der Variablen „Erfahrung mit Psychologen“ und der „Intention zur Inanspruchnahme“ nicht auf gesetztem Signifikanzniveau nachweisen ($p=0,281$). Ein Zeichen für einen signifikanten Einfluss lieferte die Produkt-Moment-Korrelation nach Spearman mit $r=0,201^*$. Eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson konnte bei fehlender Normalverteilung der Variable nicht verwendet werden (Kolmogorov Smirnov-Test mit $asympt. sig. < 0,05$).

Somit kann für die Hypothese XII in Bezug auf die „Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung“ die H_0 verworfen werden und es gilt die Alternativhypothese.

Unter Betrachtung der „Intention zur Inanspruchnahme“ erfüllte die Variable „Erfahrung mit Psychologen“ das Signifikanzkriterium von $\alpha=0,05$ in der linearen Regression nicht. Somit gilt für diesen Aspekt der Hypothese weiterhin H_0 .

5. Diskussion

In Zeiten limitierter finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem ist eine gezielte Behandlung der Hilfsbedürftigen erstrebenswert. Die Probleme, die sich aus der Notwendigkeit ergeben, die bedürftigen Patienten zu ermitteln, waren bereits Gegenstand zahlreicher Studien der letzten Jahre. Von zentralem Interesse war dabei die Suche nach geeigneten Prädiktoren für die Voraussage von Inanspruchnahmeverhalten.

Die vorliegende Untersuchung prüft den Faktor Lebensqualität auf seine Vorhersagequalität. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in zahlreichen Kliniken als Qualitätsparameter der Behandlung routinemäßig erhoben. Die Literaturarbeit ergab Hinweise auf einen Minimalkonsens im stetigen Streit um die Definition eines Lebensqualitätsbegriffes. Lebensqualität wird als Konstrukt von multidimensionalem und subjektiven Charakter verstanden, welches erlebte Belastungen und Einschränkungen eines Patienten widerzuspiegeln vermag.

Ein weiteres Anliegen dieser Arbeit besteht darin, den Einfluss bestimmter soziodemographischer (Geschlecht, Alter, Familiensituation, Wohnsituation), krankheitsdeterminierter (Tumorart, Rezidiv, zeitlicher Abstand zwischen Erstdiagnose und Befragung, Therapiestatus) und patientenspezifischer (Zufriedenheit mit der Aufklärung durch das medizinische Personal, Erfahrung mit psychologischer Unterstützung, Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen, Beschäftigung mit der Erkrankung) Faktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten psychoonkologischer Unterstützung abzuklären.

Zur Klärung dieser Fragestellungen fand eine Datenerhebung an einem Patientenkollektiv von 100 Krebspatienten der I. und II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein unter Verwendung der FLZ (Fragen zur Lebenszufriedenheit) statt. Das mittlere Patientenalter betrug 61,31 Jahre. Die Stichprobe setzte sich zu gleichen Teilen aus ambulanten und stationären Patienten zusammen und wies eine vergleichbare Anzahl an weiblichen und männlichen Befragten auf.

Die Teilnahmerate an der Befragung von ca. 80% ist als hoch einzustufen. Die Fragebögen waren komplett auswertbar. Missing Data konnte unter Einsatz des strukturierten Interviews minimiert werden.

Auf die konkrete Frage nach dem Wunsch der psychoonkologischen Unterstützung stimmten 14% einer Kontaktaufnahme durch das Tumorzentrum im Universitätsklinikum Kiel zu. Die Inanspruchnahmerate erscheint im literarischen Kontext gering. Allerdings ist zu bedenken, dass in anderen Untersuchungen ermittelte Raten an Bedürftigen von 30-40% häufig nicht auf

dem Kriterium der Inanspruchnahme als Bedarfsmaß basierten sondern auf der Einschätzung des Behandlungsbedarfs durch Experten der Fragebogen-Ergebnisse. Inanspruchnahme als Bedarfsmaß zu nutzen setzt voraus, dass aus Bedarf tatsächlich die Entscheidung zur Inanspruchnahme erwächst, und diese Entscheidung auch umgesetzt wird. Dabei handelt es sich um einen sequentiellen Entscheidungsprozess, dessen Vollendung keiner Zwangsläufigkeit unterworfen ist. Organisatorische Gründe spielen eine bedeutende Rolle. Gesprächstermine können in die stationäre Routine des Patienten eingebunden werden und führen nicht zu zusätzlich nötigen Terminvereinbarungen. Dies könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, dass die Inanspruchnahmerate in dieser Untersuchung unter stationären Patienten mit 20% deutlich höher lag als bei ambulanten Patienten (8%).

Die unerwartet niedrige Inanspruchnahmerate könnte auch in der positiven Selektion des Patientenkollektivs begründet liegen. Aus ethischen Gründen wurden Patienten in präfinalen Krankheitsstadien und mit schweren körperlichen/geistigen Beeinträchtigungen nicht in die Befragung mit aufgenommen. Dadurch wurde eine Gruppe mit potentiell erhöhtem Bedarf nicht miterfasst.

Die Summenscores (FLZ-Allgemein, FLZ-Gesundheit) und auch der Globalwert (FLZ-Global) lagen im erwarteten Bereich. Die Lebensqualitätswerte der untersuchten Stichprobe bewegen sich deutlich unter den Werten einer Referenzpopulation von 6000 Gesunden deutscher Herkunft aus dem Jahre 1994. Besonders im Segment FLZ-Gesundheit sind Einbrüche von über 50% des FLZ-Gesundheitsscores gegenüber der Referenzgruppe zu verzeichnen. Das Tumor-erkrankte Kollektiv erreichte im Hinblick auf Fragen der Gesundheit nur eine um mehr als 50% reduzierte Lebensqualität. Die stärkeren Lebensqualitätseinbußen der stationären Stichprobe im Vergleich zu den ambulanten Patienten entsprechen ebenfalls der Literaturlage. Hochsignifikante Korrelationen der Summen- und Globalscores untereinander sprechen für die innere Konsistenz des Fragebogens.

Die statistische Datenauswertung lieferte Hinweise auf einen bedeutenden Zusammenhang zwischen dem FLZ-Global/FLZ-Gesundheit und dem Inanspruchnahmeverhalten. Eine Signifikanz konnte im Regressionsmodell nicht nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu deuten die Ergebnisse der Regressionsmodelle auf FLZ-Allgemein als einen geeigneten Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten hin. Das besondere Ansprechverhalten des FLZ-Allgemein auf den Bedarf nach Unterstützung könnte unter anderem in dem befragten Patientenkollektiv begründet liegen. Die breite Fächerung der Tumordiagnosen und die damit verbundenen Symptomkomplexe begünstigen das allgemeine Fragedesign des FLZ-Allgemein. Die eingesetzten Items schienen Patienten aller Diagnosegruppen bei der

Befragung anzusprechen. Der gesundheitsorientierte Abschnitt der FLZ (FLZ-Gesundheit) gewichtet die Probleme der körperlich eingeschränkten Patienten stärker.

Eine interne Dokumentation des Tumorzentrums im Universitätsklinikum Kiel aus dem Jahr 2001 zeigt eine Inanspruchnahme der psychologischen Angebote durch 1/3 Männer und 2/3 Frauen. Entsprechende Ergebnisse wies auch die vorliegende Untersuchung auf. Unter den Inanspruchnehmern sind 5 Männer und 9 Frauen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „Geschlecht“ und der „Inanspruchnahme“ konnte auf Grund der geringen Stichprobengröße (n=100) bei niedriger Inanspruchnahmerate nicht nachgewiesen werden.

Studien von Koch et al. (1998) und Stump (1994) sprechen davon, dass mit zunehmenden Abstand zwischen der Erstdiagnose und dem Befragungszeitpunkt die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung zunimmt. Die Diskrepanz zwischen (a) dem mittleren zeitlichen Abstand zwischen der Erstdiagnose und dem Befragungszeitpunkt in der Gruppe der Inanspruchnahme (657 Tage) und (b) der Gruppe der Nicht-Inanspruchnahme (807 Tage) erwies sich als nicht signifikant. Von der Tendenz her liegt allerdings ein Widerspruch zu den Daten von Koch et al. (1998) und Stump (1994) vor.

Unterschiedliche Krankheits- und Behandlungsphasen spielen bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung eine Rolle. Die Patienten dieser, vom Diagnosestandpunkt aus gesehen sehr inhomogenen Stichprobe, sehen sich bei ähnlicher Dauer der Erkrankung mit verschiedenen Phasen der Erkrankung und krankheitsspezifischen Belastungen konfrontiert. In einem späteren Absatz soll auf diesen Aspekt näher eingegangen werden.

Auch verbirgt sich hinter der Variablen „zeitlicher Abstand von der Erstdiagnose“ der Einfluss kognitiver Krankheitsbewältigungsprozesse, die der Patient in diesem Zeitraum in individuellem Ausmaß und Geschwindigkeit durchlaufen hat.

Das Vorliegen eines Rezidives konnte in der Untersuchung nicht als ein geeigneter Prädiktor für Inanspruchnahme bestätigt werden. Es wäre vermutlich hilfreich auch den zeitlichen Abstand der Rezidivdiagnose in eine Untersuchung mit einfließen zu lassen. Ebenfalls sollte das Rezidiv nicht von der Grunddiagnose abgekoppelt betrachtet werden, da der Einfluss des Rezidivauftritts auf die Prognose abhängig von der Grunderkrankung zu sehen ist. Für einen Patienten, der über die Belange seiner Erkrankung informiert ist, wird somit die Grunderkrankung bei der Einstufung der Schwere einer Rezidivdiagnose eine Rolle spielen und damit möglicherweise sein Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. Ein Nachweis dieser Annahme durch Subgruppenanalyse war auf Grund der geringen Feldgröße des Datensatzes nicht möglich.

Bei der Befragung wurden Daten der aktuellen Therapiesituation zum Studienzeitpunkt erhoben. Eine Aufschlüsselung der unterschiedlichen Therapieformen bezüglich ihrer Wirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten war auf Grund der geringen Fallzahl nicht praktikabel. Unterschiedlichste Therapieformen und Therapieregime scheinen allerdings als Gemeinsamkeit (Radio-/Chemo- oder eine Kombinationstherapie) einen begünstigenden Einfluss auf die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützungsangebote zu haben. Der Patient wird durch die Aktualität seiner Behandlung wiederholt mit der Ernsthaftigkeit seiner Erkrankung konfrontiert. Die hohe psychische und physische Belastung trägt zum erhöhten Bedarf an Unterstützung bei. Studien von Ziegler und Müller (1986) stützen diese Annahme.

Der Einfluss von Familienstand und Wohnsituation auf den Wunsch nach psychologischer Unterstützung konnte in der Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Um die Bedeutung eines sozialen Netzwerkes auf den Bedarf nach psychoonkologischen Angeboten suffizienter abzuklären, wäre die Entwicklung detaillierter Items nötig. Es wäre erforderlich die Komponenten beruflicher und privater Netzwerke sowie deren Bedeutung für den Befragten abzubilden. Die Frage nach der Wohn- und Familiensituation deckt die Struktur eines sozialen Netzwerkes nur unzureichend ab.

Hinweise, die sich aus der statistischen Auswertung der vorliegenden Daten ergeben, weisen allerdings auf einen Zusammenhang zwischen der Variablen Wohnsituation/Familiensituation und der allgemeinen Lebensqualität (FLZ-Allgemein) hin. Nicht alleine lebende Patienten wiesen tendenziell höhere Lebensqualitätswerte auf als alleine lebende. Die explizite Frage der FLZ nach der Patientenzufriedenheit mit der Wohn- und Familiensituation ließ diesen Zusammenhang erwarten.

Der Wunsch nach einer besseren medizinischen Aufklärung zählt zu den wichtigsten Patientenangelegenheiten. Eine Verminderung des Betreuungsbedarfes unter Patienten, die sich mit ihrer medizinischen Aufklärung zufrieden zeigten, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Unzufriedenheit führt nicht zwangsläufig zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Unter Umständen sehen die Patienten im psychologischen Personal nicht die geeigneten Ansprechpartner, um ihr Informationsdefizit auszugleichen. Vielleicht sehen sie in den Betreuungsangeboten auch nur eine weitere Offerte eines medizinischen Systems, das sie bereits zuvor enttäuschte.

Die statistische Auswertung wies auf einen bedeutenden Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung und den globalen/allgemeinen und gesundheitsbezogenen Lebensqualitätswerten hin. Die Bedeutung einer suffizienten

Patientenaufklärung für die Lebensqualität der Erkrankten wird dadurch bereits angedeutet. Dies sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Diejenigen, die psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen wollten, waren vom Alter her nicht unterschieden von denjenigen, die das nicht wollten. Dies widerspricht Studien von Baumann et al. (1992) die eine hohe Rate der Inanspruchnahme unter jungen Menschen nachwies. Ein bedeutender Zusammenhang war allerdings zwischen dem Item „Alter“ und „Lebensqualität“ nachweisbar. Es scheint, dass ältere Menschen im Sinne traditioneller Durchhalteinstellungen ihre Lebensqualität höher einstufen als eine vergleichbare jüngere Patientengruppe. Eine weitere Erklärung könnte darin bestehen, dass ältere Menschen körperliche Einschränkungen als altersangemessen akzeptieren. Jüngere Menschen sehen sich mit größeren familiären und beruflichen Verpflichtungen konfrontiert und reagieren sensibler auf Einschränkungen des gesundheitlichen Status.

Bei der Datenerhebung fiel bereits das weite Spektrum an Krebsarten, Krankheitsstadien und Erkrankungssymptomaten auf. Trotz der Zusammenfassung der Einzeldiagnosen in Diagnosegruppen ließ der Datensatz keine aussagekräftige Beurteilung über das Vorliegen eines Zusammenhanges zwischen Tumorart und Inanspruchnahme zu. Zur Abklärung dieser Fragestellung wäre eine Studie mit größerer Fallzahl angezeigt.

Wie erwartet begünstigt eine positive Erfahrung mit psychologischen Angeboten auch die Inanspruchnahme psychoonkologischer Angebote bei Krebspatienten. Die Schwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist durch die positiven Erfahrungen gesenkt worden.

Die häufige gedankliche Beschäftigung mit der Erkrankung bahnt ebenfalls eine Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Der ständig seine Situation reflektierende Patient sieht sich verstärkt mit der Bedrohung seines Lebens konfrontiert. Anders als Betroffene, die das Geschehen verdrängen, begrüßt er Hilfsangebote.

Die Selbsteinschätzung des Patienten über seine Befähigung, Hilfe in Anspruch nehmen zu können, korreliert nicht signifikant mit dem Inanspruchnahmeverhalten. Dies könnte als Zeichen dafür gelten, dass die Inanspruchnahme von Unterstützung im Alltag auf anderen Fähigkeiten und Bedürfnissen fußt als unter der existentiellen Bedrohung einer potentiell tödlichen Erkrankung.

Abschließend gilt es zu betonen, dass die FLZ (Allgemeines Modul) die Anforderungen an einen Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten psychoonkologischer Hilfsangebote erfüllt haben. Die Limitationen der vorliegenden Studie in Bezug auf Stichprobengröße und Homogenität schränkten die Beurteilbarkeit gesundheitsbezogener Items ein. Krankheitsbedingte gesundheitliche Einschränkungen variierten in Art und Ausmaß in den

Stichprobensubgruppen zu stark, um aussagekräftige statistische Zusammenhänge zur Lebensqualität herzustellen.

Die von der Studie tangierten Fragestellungen um den Einfluss von Krankheitsdauer, Rezidivauftritt und Therapieart bedürfen weiterer Abklärung.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Eignung des Faktors Lebensqualität als Prädiktor für die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Hilfsangeboten.

Desweiteren wurde der Einfluss verschiedener soziodemographischer und krankheitsdeterminierter Faktoren auf die Vorhersage von Inanspruchnahmeverhalten geprüft.

Der allgemeine Teil der FLZ (Fragen zur Lebenszufriedenheit) erwies sich als verwertbarer Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten psychoonkologischer Hilfsangebote.

Ein signifikanter Einfluss von soziodemographischen Faktoren (Alter, Geschlecht) auf das Inanspruchnahmeverhalten konnte nicht nachgewiesen werden.

In Anbetracht der inhomogenen Zusammensetzung der zugrunde liegenden Stichproben aus 100 ambulanten und stationären Krebspatienten der I. und II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig- Holstein wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen krankheitsspezifischen Lebensqualitäts-Parametern und Inanspruchnahmeverhalten nicht belegt.

Nach Sichtung der vorliegenden Daten kann der Einsatz der FLZ als Prädiktor für die Anspruchnahme von psychoonkologischen Hilfsangeboten nur eingeschränkt empfohlen werden. Vor dem Einsatz der FLZ gilt es den gesundheitsspezifischen Teil der FLZ an einer homogenen Stichprobe zu prüfen.

7. Literaturverzeichnis

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bullinger, M. for the EORTC Study Group (1993): Validation of the EORTC QLQ C30. *Journal National Cancer Institute* 85, 365-376

Aaronson, N.K., Bullinger, M., Ahmedzai, S. (1988): A modular approach to Quality-of-Life assessment in cancer trials. In: Scheurlen, H., Kay, R., Baum, M. (Hrsg.), *Cancer clinical trials: a critical appraisal* (231-249). Springer, Berlin

Allmer, H. (1990): Gesundheitsverhalten als intensionales und volitives Geschehen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (117-130). Hogrefe, Göttingen

Baumann, L.J., Gervery, R., Siegel K. (1992): Factors associated with cancer patients participation in support groups. *Journal of Psychosocial Oncology* 10(3), 1-20

Berhard, J. (1992): Lebensqualität in onkologischen Therapiestudien: Konzepte, Methodik und Anwendung am Beispiel des Kleinzelligen Bronchuskarzinoms. *Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie*, Bd. 380, Zürich

Bernheim, J., Avonts, G., De Schampheleire, D., Gelissen, I., Sauer, A.M. (1985): Anamnestic comparative self assessment (ASCA) to correlate medical and psychosocial variables with subjective quality of life of cancer patients. *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* 4, 248

Bullinger, M. (1991): Erhebungsmethoden. In: Tuechler, H., Lutz, D.: *Lebensqualität und Krankheit – Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität* (84-96). Deutscher Ärzte Verlag, Köln

Bullinger, M. (1989): Forschungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebs – ein Überblick In: Verres, R., Hasenbring, M. (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der Krebsforschung, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Band 3*. Springer, Berlin

Bullinger, M. (1990): Concepts and methods of Quality-of-Life assessment. In: Füllgraf, G.M., Franke, H., Lenau, H., Rode, H. (Hrsg.), *Klinisch-Pharmakologisches Kolloquium IV Titisee 1989* (73-91), Clinical Research Foundation, Freiburg i.B.

Campbell, A. (1976): Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 2, 117-124

Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976): *The quality of american life: Perceptions, evaluations and satisfaction*. Russels Sage, New York

Cramer, J.A., Camfield, C., Carpay, H., Helmstedter, C., Langfitt, J., Malmgren, K., Wiebe, S. (2002). Principles of health-related quality of life: assessment in clinical trials. *Epilepsia* 43(9), 1084-1095

Deans, G., Bennet-Emslie, J.W., Smith, D.C. (1988): Cancer support groups – Who joins and why. *British Journal of Cancer*, 58, 670-674

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, London

George, L.K., Bearon, L.B. (1980): *Quality of life in older persons – Meaning and measurement*. Human Science Press, New York

Gill, T.M., Feinstein, A.R. (1994): A critical appraisal of the quality of life measurements. *Journal American Medical Association* August 24/31 Vol.272, No.8

Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G., Bliss J.M. (1992). Adjuvant psychosocial therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. *BMJ* 304, 675-680

Heinisch, M., Ludwig, M., Bullinger, M. (1991): Psychometrische Testung der “Müncher-Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL)“. In: Bullinger, M., Ludwig, M., Steinbüchel, N. (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen (73-90)*. Hogrefe, Göttingen

Henrich, G., Herschbach, P. (1998): Objektive Bedingungen subjektiver Lebensqualität. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung nach Krebs (77.88)*. Schattauer, Stuttgart

Henrich, G., Herschbach, P. (2000): Questions on life satisfaction (FLZ) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment* Vol. 16, Issue 3, 150-159

Henrich, G., Herschbach, P. (2001): *FLZ: Fragen zur Lebenszufriedenheit, Kurzbeschreibung und Normdaten*. München

Higginson, I.J., Carr, A.J. (2001): Measuring quality of life: Using quality of life measures in a clinical setting. *BMJ* 322, 1297-1300

Holland, J.C., Rowland, J.H. (1989): *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press, New York

Kasper, J., Kollenbaum, V.-E. (2000): Indikation zur psychoonkologischen Intervention. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 15-22

Koch, U., Stump, S., Holschneider, B., Plass, A., Kenner, CH. (1998): Inanspruchnahme eines psychoonkologischen Interventionsprogramms in unterschiedlichen Versorgungssettings. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung (175-182)*. Schattauer, Stuttgart, New York

Krischke, N. R. (1996): *Lebensqualität und Krebs. Quintessenz Rehabilitationswissenschaft Bd. 2*, Muenchen

Küchler, T., Bullinger, M. (2000): Erfassung der Lebensqualität in der Onkologie. Vorbereitet für: Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie an der Klinik für Allgemeine und Thorax-Chirurgie, Christian Albrecht-Universität Kiel

Küchler, T. , Schreiber, H.W. (1989): Lebensqualität in der Allgemein Chirurgie, Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung. *Hamburger Ärzteblatt* : 246-259

Massie, M., Holland, J. (1989): Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland, J., Rowland, L. (Hrsg.), *Handbook of Psycho-Oncology (273-282)*. Oxford University Press, New York

Meffert, H. (1992): *Marketingforschung und Käuferverhalten*. Gabler, Wiesbaden

Muthny, F.H., Küchenmeister, U. (1998): Patienteneinschätzungen zum Bedarf der Patienten an psychosozialer Beratung und Psychotherapie. In: Muthny, F.A. (Hrsg.), *Psychoonkologie - Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des „Herforder Modells“*. Pabst Science Publishers, Lengerich

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., Tobin, S.S. (1961): The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology* 16, 134-143

Raspe, H. (2007): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“). *Rehabilitation* 46, 3-8

Raspe, H., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Raspe, A., Mittag, O. (2005): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. *Rehabilitation* 44, 325-334

Rupprecht, R. (1993): *Lebensqualität: theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Universitäts-Dissertation Erlangen-Nürnberg

Schepank, H., Hilpert, H., Hönmann, H., Janta, B., Parekh, H., Riedel, P., Schiessel, N., Stork, H., Tress, W., Weinhold-Metzner, M. (1984): Das Mannheimer Kohortenprojekt – Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 30, 43-61

Schipper, H., Clinch, J., Olweny, Ch.L.M. (1996): Quality of life studies: Definition and conceptual issues. In Spilker, B. (Hrsg.), Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials (11-24). Lippincott-Raven, Philadelphia

Schulz, H., Schulz, K.-H., Schulz, O., Madetzky, A., Plass, A., Siegel, J., Kerekjarto, M. (1998): Bedarf und Implementierung psychosozialer Betreuung im Rahmen des ambulanten Settings – Arztpraxis. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken“ (211-233). Schattauer, Stuttgart, New York

Strittmatter, G. (1997): Indikation in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. Waxmann, Münster, New York, München, Berlin

Stump, S. (1994): Kurzzeitige psychologische Krisenintervention zur Verbesserung der Lebensqualität bei Krebs. Dissertation Philosophische Fakultät, Freiburg i. Br.

Thomas, W., Köhle, K., Dirhold, S., Behnke, E. (1998): Psychosozialer Liasonsdiens in internistisch-onkologischen Akutkliniken – Bedarf, Inanspruchnahme, Kosten. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung, der Förderschwerpunkt „Rehabilitation bei Krebskranken“ (183-193). Schattauer, Stuttgart

Van Dam, F.S.A.M., Aaronson, N.K. (1987): Practical problems in conducting cancer-related psychological research. In: Aaronson, N.K., Beckmann, J. (Hrsg.), The quality of life of cancer patients (111-118). Raven Press, New York

Weis, J. (2001): Die Psychoonkologie und ihre Bedeutung für die Krebsmedizin: Aktuelle Entwicklungstrends und zukünftige Forschungsaufgaben. Onkologie 24 (suppl): 74-79

Weis, J., Koch, U. (1998): Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse – eine theoretische Einführung. In: Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung (175-182). Schattauer, Stuttgart, New York

Wenger, N.K., Mattson, M.E., Furberg, C.D., Elison, J. (1984): Assessment of Quality-of-Life in clinical trials of cardiovascular therapies. LeJacq Publishers, New York

Worden, J.W., Weisman, A.D. (1980): Do cancer patients really want counselling? General Hospital Psychiatry, 2, 100-103

Ziegler, G., Müller, E. (1986): Zur Prävalenz und Ätiologie psychischer Probleme bei Tumorpatienten. Onkologie 9, 18-26

8. Anhang

8.1 Fragebogen

Patientenbefragung durch das Tumorzentrum im Universitätsklinikum Kiel

Datum: _____ Untersucher/In: _____

Code (Initialen+ Geburtsdatum): _____ Station: _____

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 in Partnerschaft lebend

Anzahl der Kinder:

Wohnsituation:

Leben Sie allein? ja nein

Wenn nein, mit wem leben Sie zusammen?

- mit Partner/in mit Freunden
 mit Kindern im Heim lebend
 mit Eltern/Stief-/Pflegeeltern
 in Wohngemeinschaft

Berufliche Situation: Vollzeit beschäftigt in Ausbildung
 Teilzeit berufstätig krankgeschrieben (Langzeit)
 Hausfrau/-mann Frührentner/in
 Arbeitslos Rentner/in
 Schüler/in Student/in

Datum der Erstdiagnose:

Diagnose: Stadium:

Therapie:	Therapie zum Zeitpunkt der Befragung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rezidiv [ja/nein]: Datum:

Zuerst verwendeter Fragebogen: QLQ C30
 FLZ

EORTC QLQ C30

		überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
1.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche/Koffer zu tragen)				
2.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten einen längeren Spaziergang zu machen?				
3.	Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?				
4.	Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?				
5.	Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder beim Benutzen der Toilette?				

	Während der letzten Woche:	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
6.	Sind Sie in irgendeiner Weise bei Ihrer Arbeit entweder im Beruf oder im Haushalt eingeschränkt?				
7.	Sind Sie gänzlich außerstande im Beruf oder im Haushalt zu arbeiten?				
8.	Waren Sie kurzatmig?				
9.	Hatten Sie Schmerzen?				
10.	Mussten Sie sich ausruhen?				
11.	Hatten Sie Schlafstörungen?				
12.	Fühlten Sie sich schwach?				
13.	Hatten Sie Appetitmangel?				
14.	War Ihnen übel?				
15.	Haben Sie erbrochen?				

		überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
16.	Hatten Sie Verstopfung?				
17.	Hatten Sie Durchfall?				
18.	Waren Sie müde?				
19.	Fühlen Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?				
20.	Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslesen oder das Fernsehen?				
21.	Fühlten Sie sich angespannt?				
22.	Haben Sie sich Sorgen gemacht?				
23.	Waren Sie reizbar?				
24.	Fühlten Sie sich niedergeschlagen?				

25.	Hatten Sie Schwierigkeiten sich an Dinge zu erinnern?				
26.	Hat Ihr Gesundheitszustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?				
27.	Hat Ihr Gesundheitszustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein bzw. Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?				
28.	Hat Ihr Gesundheitszustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?				

Auf einer Scala von 1(sehr schlecht) bis 7 (ausgezeichnet)

29.	Wie würden Sie insgesamt Ihren körperlichen Zustand während er letzten Woche einschätzen?	
30.	Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?	

FLZ (Fragen zur Lebenszufriedenheit)

Bitte kreuzen Sie zunächst an, **wie wichtig** jeder einzelne Lebensbereich für Ihre Zufriedenheit insgesamt ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Bereiche an.

	Wie wichtig ist(sind) für Sie..	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1.	Freunde / Bekannte					
2.	Freizeitgestaltung / Hobbies					
3.	Gesundheit					
4.	Einkommen / finanzielle Sicherheit					
5.	Beruf / Arbeit					
6.	Wohnsituation					
7.	Familienleben / Kinder					
8.	Partnerschaft / Sexualität					

Bitte kreuzen Sie nun an, **wie zufrieden** Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.

	Wie zufrieden sind Sie mit..	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
1.	Freunde / Bekannte					
2.	Freizeitgestaltung / Hobbies					
3.	Gesundheit					
4.	Einkommen / finanzielle Sicherheit					
5.	Beruf / Arbeit					
6.	Wohnsituation					
7.	Familienleben / Kinder					
8.	Partnerschaft / Sexualität					

Bitte kreuzen Sie zunächst an, **wie wichtig** jeder einzelne Aspekt für Ihre Gesundheit ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Aspekte an.

	Wie wichtig ist(sind) für Sie..	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1.	Körperliche Leistungsfähigkeit					
2.	Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit					
3.	Energie / Lebensfreude					
4.	Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)					
5.	Seh- und Hörvermögen					
6.	Angstfreiheit					
7.	Beschwerde- und Schmerzfreiheit					
8.	Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege					

Bitte kreuzen Sie nun an, **wie zufrieden** Sie in den einzelnen Aspekten sind.

	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem (Ihrer)..	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
1.	Körperliche Leistungsfähigkeit					
2.	Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit					
3.	Energie / Lebensfreude					
4.	Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)					
5.	Seh- und Hörvermögen					
6.	Angstfreiheit					
7.	Beschwerde- und Schmerzfreiheit					
8.	Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege					

	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Leben insgesamt wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen?					

Tumorzentrum im Universitätsklinikum Kiel

1.	Bei welchem der beiden Fragebögen wurde Ihrer Meinung nach treffender auf Ihre Lebensqualität eingegangen? [QLQ C30/FLZ]	
----	--	--

2.	Bei welchem Fragebogen fiel es Ihnen leichter sich auf eine der Antwortmöglichkeiten festzulegen? [QLQ C30/FLZ]	
----	---	--

Bedenken Sie bitte bei der Beantwortung der nächsten Frage, dass alle von Ihnen gemachten Angaben völlig anonym festgehalten werden. Es besteht keine Verbindung zu Ihrem Namen.

3.		unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
	Wie zufrieden sind Sie mit der Aufklärung, Ihre Krankheit und Behandlung betreffend, durch das					

	medizinische Personal?					
--	------------------------	--	--	--	--	--

4.		Meistens	Oft	Gelegentlich/ manchmal	Überhaupt nicht
	Fällt es Ihnen schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen?				

Auf einer Scala von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr oft)

5.	Wieviel beschäftigen Sie sich mit Ihrer Krankheit?	
----	--	--

6.	Haben Sie/Bekannte/Freunde schon Kontakt mit Psychologen gehabt? [ja/nein]	
----	---	--

7.		Positiv	Mittel/neutral	negativ
	Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?			

Auf einer Scala von 1 (geringe Wahrscheinlichkeit) bis 100 (hohe Wahrscheinlichkeit)

8.	Wir vom Tumorzentrum überlegen, hier auf der Station einen festen psychologischen Dienst einzurichten, wo Psychologen zu festen Zeiten verfügbar sind und zur Verfügung stehen. Stellen Sie sich vor, diesen Dienst würde es bereits geben. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie ihn in Anspruch nähmen, wenn es ihn hier bereits geben würde?	
----	--	--

9.	Im Tumorzentrum gibt es (psychologische) Spezialisten, mit denen ich den Kontakt herstellen könnte. Soll ich das für Sie arrangieren? [ja/nein].	
----	--	--

Anmerkungen: (z.B. Anwesenheit von Verwandten oder Mitpatienten, intellektuelle Hemmnisse usw.)

8.2 Informationsbroschüre

Liebe Patientin, lieber Patient

Zur Zeit führen MitarbeiterInnen des Tumorzentrums im Universitätsklinikum Kiel auf Ihrer Station eine Befragung aller PatientInnen durch.

Diese dient dazu, einen Eindruck über Ihre aktuelle Lebensqualität zu gewinnen. Die Ergebnisse sollen uns Anhaltspunkte liefern, wie wir unser Angebot für Menschen mit Krebserkrankungen verbessern können.

Während Ihres Aufenthaltes werden wir zu diesem Zweck mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Befragung teilnehmen, und unsere Untersuchung damit unterstützen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

8.3 Curriculum Vitae

Zur Person: Clemens Agne, geboren am 26.12.1976 in Kassel, verheiratet

Berufstätigkeit:

Seit 07/2005 Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik II des Klinikum Peine
(Gastroenterologie, Frau Prof. Lamberts)

Praktisches Jahr:

Innere Medizin:

- 1. Medizinische Klinik (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)
(Gastroenterologie, Pneumologie)
- Charles S. Curtis Memorial Hospital (St. Anthony Newfoundland)

Pädiatrie:

- Klinik für Allgemeine Pädiatrie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)
- Klinik für Kinderkardiologie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)

Chirurgie:

- Klinik für Allgemeine und Thoraxchirurgie
(Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)
(Herz- und Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Ambulanzdienste)

Famulaturen:

Innere Medizin:	Städtischen Krankenhaus Kiel (2000)
Chirurgie:	North West Regional Hospital Burnie Tasmanien (Australien) (2001)
Innere Medizin:	Hawkes Bay Hospital Hastings (Neuseeland) (2001)
HNO-Ambulanz:	Klinik für HNO- Kopf- und Halschirurgie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) (2002)
Neuropädiatrie:	Klinik für Neuropädiatrie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) (2002)

Medizinstudium:

10/1997-09/1999	Medizinstudium an der Universität Rostock
10/1999-12/2004	Medizinstudium an der Christian-Albrecht-Universität Kiel
09/1999	Physikum
08/2000	Erstes Staatsexamen
08/2003	Zweites Staatsexamen
12/2004	Drittes Staatsexamen

Schullaufbahn:

1983-1987	Grundschule Roxheim
1987-1996	Gymnasium an der Stadtmauer Bad Kreuznach
1996-1997	Zivildienst als Rettungssanitäter beim Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes Bad Kreuznach

Promotion:

Als Mitglied eines interdisziplinären Teams aus Medizinerinnen und Psychologen beschäftige ich mich am Tumorzentrum im Universitätsklinikum Kiel mit dem Themenbereich „Lebensqualität“.

Der Schwerpunkt meiner Arbeit lag auf der Beurteilung der Eignung verschiedener Instrumente der Lebensqualitätsforschung im klinischen Alltag.

Die Datenerhebung an einem Kollektiv von 100 onkologischen Patienten fand 11/02 bis 03/04 statt.

Studium begleitende Tätigkeit:

EDV: Zertifikatsstudium der Informatik an der
 Christian-Albrecht-Universität Kiel (2001-2003)
belegte Kurse: Informatik für Nebenfächler (Pascal)
 Systematisches Programmieren (Java)
 Objektorientierte Programmierung (Smalltalk)
 Datenbanksysteme (SQL, Java)

Entwurf von Eingabemaschinen für Software der Klinik für HNO- Kopf- und Halschirurgie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) (2001)

Hobbies:

Segeln, Tauchen, Langstreckenlauf

	Wedemark, den 15.9.08	
--	-----------------------	--