

Interdisziplinäres Screening der psychischen Befindlichkeit chronisch körperlich kranker Patienten

Entwicklung eines multimodalen psychologischen Kurzfragebogens zur
Selbst- und Fremdeinschätzung am Beispiel onkologischer Patienten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der

Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von

Igor Durdiak
aus
Bratislava

Bonn 2001

Gedruckt mit Genehmigung der Philosophischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-
Wilhelms-Universität Bonn

1. Berichterstatter: Professor Dr. Georg Rudinger

2. Berichterstatter: Professor Dr. Hans Vetter

Meiner Familie

*Der Intuition, der Gabe des gottbegnadeten Entdeckers,
wird genau wie sonstwo auch in der Psychologie das erste,
der streng disziplinierten Beobachtung aber,
der Treue im Kleinen und der Induktion
das letzte Wort gebühren.*

K. Bühler

Danksagung

Danken möchte ich allen, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit unterstützt haben.

Prof. Dr. Georg Rudinger kommt mein besonderer Dank zu. Er lehrte mich während des Studiums den kritischen Umgang mit Erkenntnissen und schuf durch Entgegenkommen, fachlichen Rat und tatkräftigen Beistand die Grundlage für die vorliegende Arbeit. Besonderer Dank gebührt ebenso Prof. Dr. Hans Vetter für seine beständige Förderung der Psychologie in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn.

Ohne die anregenden Diskussionen mit Dr. Christian Rietz wäre diese Arbeit um einige wichtige Aspekte ärmer geblieben. Für fachliche Hilfe und Ermutigung bei der Durchführung bin ich ihm zu Dank verpflichtet.

Prof. Dr. Yon Ko hat die Entstehung dieser Arbeit über Jahre mit Nachdruck gefördert. Sein Engagement für kranke Menschen gab wichtige Anstöße für die psychologische Betreuungstätigkeit und für die vorliegende Forschungsarbeit.

Für kritische Diskussionen und handfeste Unterstützung danke ich cand. psych. Melanie Wollenschein und cand. psych. Thomas Wagner; Dr. Uwe Kleinemas half in der Abschlussphase der Arbeit.

Meinen persönlichen Dank für ihre Hilfe in allen Phasen der Arbeit möchte ich Dr. Barbara Schmidt-Durdiak aussprechen.

Schließlich danke ich allen Patienten, Ärzten und Pflegekräften der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn, die sich an dieser Untersuchung beteiligt haben.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde ein interdisziplinärer Kurzfragebogen zum Screening der psychischen Befindlichkeit von chronisch somatisch kranken Patienten entwickelt und hinsichtlich seiner diagnostischen Differenzierungskraft erprobt. Die Einschätzungen von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal wurden jeweils anhand eines eigenen Teilbogens erhoben und bezüglich der Beobachterübereinstimmung, Reliabilität, Validität und ihrer faktoriellen Struktur geprüft. Beobachterspezifische Interpretationen der Untersuchungskonstrukte wurden unter Einbeziehung zusätzlicher Fragebogenverfahren und von Angaben zur Überlebenszeit analysiert. Die Untersuchung der diagnostischen Aussagekraft des Screening-Prozesses erfolgte mittels multivariater statistischer Techniken.

Die Ergebnisse zeigen, dass die emotionale Befindlichkeit von Patienten valide nur durch die Betroffenen selbst beurteilt werden kann. Die Einschätzungen der behandelnden Ärzte und des Pflorgeteams hingegen sind vor allem mit objektiven Krankheitsmerkmalen der Patienten konfundiert. In Bezug auf kognitive Aspekte - speziell auf die Krankheitsverarbeitung - wurde deutlich, dass Angaben der Ärzte zur Identifikation von Patienten mit Bagatellisierungs- bzw. Verleugnungstendenzen eingesetzt werden können. Angaben des Pflorgeteams hingegen liefern Hinweise auf Patienten, die zu depressiven, wenig lösungsorientierten Verhaltensweisen neigen.

Die erzielten Resultate belegen, dass ein multimodales, interdisziplinäres Screening der psychologischen Situation von chronisch somatisch Kranken anhand eines Kurzfragebogens möglich und sinnvoll ist. Entgegen der ursprünglichen Annahmen muss davon ausgegangen werden, dass Patienten und Behandler ihrer Beurteilung der psychischen Befindlichkeit von Betroffenen unterschiedliche innerpsychische Schemata zugrunde legen. Durch Befragung mehrerer Beobachter lassen sich somit unterschiedliche Informationsaspekte gewinnen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	10
1. Psychologische Aspekte bei chronischen körperlichen Erkrankungen	12
1.1. Lebensqualität	12
1.1.1 Bedeutung des Konstrukts Lebensqualität in der Medizin	12
1.1.2 Konzepte der Lebensqualität	13
1.1.3 Kritik am Konstrukt Lebensqualität	15
1.2. Prävalenz psychopathologischer Symptomatik bei körperlichen Erkrankungen	17
1.3. Psychologische Belastungen bei chronischen somatischen Erkrankungen	18
1.4. Krankheitsverarbeitung	19
1.4.1 Das transaktionale Coping-Modell von Lazarus	20
1.4.2 Der biographische Ansatz von Thomae	21
1.4.3 Konzepte des Krankheitsverhaltens	22
1.5. Krankheitsverarbeitung bei chronischen körperlichen Erkrankungen	23
1.5.1 Phasentheorien der Bewältigung bei Schwerstkranken und Sterbenden	23
1.5.2 Spezifität des Copings bei verschiedenen körperlichen Erkrankungen	24
1.5.3 Adaptivität des Bewältigungsverhaltens	25
2. Psychologisches Screening (Reihenuntersuchung) von Patientengruppen	29
2.1. Aufgaben des diagnostischen Screenings	29
2.2. Zielkonstrukte im Rahmen des psychologischen Screenings	30
2.3. Methoden des psychologischen Screenings in der somatischen Medizin	32
2.4. Das John Hopkins Psychosocial Screening Program	34
2.5. Schlussfolgerungen zum psychologischen Screening bei chronisch Kranken	35
3. Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Diagnostik	37
3.1. Selbst- und Fremdeinschätzung bei somatisch chronisch kranken Patienten	37
3.2. Beurteilungsdifferenzen bei chronisch Kranken - Erklärungsversuche	38
3.3. Mögliche psychologische Verzerrungstendenzen beim Beobachtungsprozess	39
3.4. Schlussfolgerungen zur Selbst- und Fremdbeobachtung	40
4. Methodische Aspekte der Messung von Beobachterübereinstimmung	41

4.1. Schema möglicher Fragestellungen zur Urteilskonkordanz	41
4.2. Beobachterübereinstimmung und Skalenniveau	41
4.3. Verfahren zur Messung der Beobachterübereinstimmung	42
4.4. Methodenwahl bei der Messung von Beobachterübereinstimmung	44
4.5. Interpretation der Höhe der Beobachterübereinstimmung	45
5. Ableitung der Fragestellung für die empirische Untersuchung	47
5.1. Schlussfolgerungen aus den theoretischen Überlegungen	47
5.2. Zielsetzung der Untersuchung	49
5.3. Übersicht über den empirischen Teil	49
6. Methodik der empirischen Untersuchung	50
6.1. Anforderungen an die psychologische Diagnostik im Akutkrankenhaus	50
6.2. Wahl des Untersuchungsdesigns und statistische Methoden	51
6.3. Konkretisierung der inhaltlichen Hypothesen	52
6.3.1 Konstruktion des Kurzfragebogens	52
6.3.2 Beobachterübereinstimmung	53
6.3.3 Angaben zur Überlebenszeit	54
6.3.4 Identifikation von Subgruppen	54
6.3.5 Psychosoziale Befindlichkeit im längsschnittlichen Verlauf	54
6.4. Konstrukte beim psychologischen Screening	55
6.4.1 Emotionale Befindlichkeit, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit	55
6.4.2 Krankheitsverarbeitung	57
6.4.3 Mitarbeit bei der Behandlung	57
7. Stichprobe	58
7.1. Demographische Daten	58
7.2. Krankheitsbezogene Kennwerte	59
7.3. Teilstichprobe mit Angaben zur Überlebenszeit	62
7.4. Kennwerte sozialer Unterstützung	63
7.5. Psychische Vorbelastung	64
7.6. Aspekte der Befragungssituation	65
7.7. Angaben zur psychologischen Betreuung	65

7.8. Teilstichprobe längsschnittliche Erhebung	66
7.9. Fehlende Daten	67
8. Erhebungsinstrumente	68
8.1. Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken (KSPC)	68
8.1.1 Aufbau des KSPC	68
8.1.2 Skalenniveau des KSPC und Anwendbarkeit parametrischer Verfahren	69
8.2. Halbstandardisiertes Interview für chronisch kranke Patienten	70
8.3. Quality of Life Questionnaire (QLO-C30) der EORTC	71
8.4. Weitere Instrumente	72
8.5. Ablauf der Befragung	74
8.5.1 Psychologische Betreuungssituation chronisch Kranker im Akutkrankenhaus	74
8.5.2 Prozessablauf des psychoonkologischen Screenings	75
8.5.3 Vorläufige Interpretation der KSPC-Ergebnisse im Einzelfall	75
9. Hypothesen und statistische Festlegungen	77
9.1. Art und Darstellung der Hypothesen	77
9.2. Statistische Festlegungen	77
9.3. Ausgangsthesen	78
9.4. Folgethesen	79
9.5. Thesen für Subgruppen von Patienten	80
9.5.1 Überlegungen zu Kombinationshypothesen	80
10. Ergebnisse zur Fragebogenkonstruktion	83
10.1. Itemkennwerte des KSPC	83
10.1.1 Schwierigkeitsindizes der Fragen des KSPC	83
10.1.1.1 Schwierigkeitsindizes für Fragen des Patientenbogens	84
10.1.1.2 Schwierigkeitsindizes des Ärzte- und des Pflegebogens	85
10.1.2 Trennschärfen bei Fragen des KSPC	86
10.1.2.1 Trennschärfekoeffizienten der Fragen im Patientenbogen	86
10.1.2.2 Trennschärfen der Fragen von Ärzte- und Pflegebogen	88

10.1.3 Homogenität der Fragen des KSPC	88
10.1.4 Schlussfolgerungen aus der Itemanalyse	90
10.2. Skalenbildung innerhalb des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC	91
10.2.1 Skalenniveau und statistische Verfahren	91
10.2.2 Teilskalen des Patientenbogens	91
10.2.3 Teilskalen des Ärzte- und des Pflegebogens	93
10.2.4 Schlussfolgerungen für die Dimensionalität der Teilskalen	94
10.3. Beobachterübereinstimmung bzw. Dimensionalität des Gesamtverfahrens	95
10.3.1 Beobachterübereinstimmung und Konstruktspesifität des KSPC	95
10.3.1.1 Beobachterübereinstimmung zwischen Patient, Arzt und Pflegeperson	96
10.3.1.2 Beobachterübereinstimmung zwischen Paaren von Beobachtern	100
10.3.2 Gemeinsame Dimensionalität aller Teilskalen des KSPC	102
10.4. Reliabilität und Skalenbildung des KSPC	104
10.4.1 Beobachterübereinstimmung als Spezialfall der Paralleltestreliabilität	106
10.4.2 Skalenbildung beim KSPC unter Berücksichtigung der inneren Konsistenz	107
10.4.3 Retest-Reliabilität des KSPC	108
10.4.4 Schlussfolgerungen zur Skalenbildung beim KSPC	110
10.5. Validität des KSPC	111
10.5.1 Validität der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> des Patientenbogens	112
10.5.2 Validität der Skalen der Fremdbeurteilerbögen (Arzt- und Pflegebogen) des KSPC	115
10.5.3 Prädiktive Validität des KSPC	117
10.5.4 Aussagekraft des KSPC bezüglich der Krankheitsverarbeitung	119
10.5.5 Überlebenszeit und prädiktive Validität des KSPC	121
10.5.5.1 Kaplan-Meier Überlebenszeitanalysen der Skalen des KSPC	122
10.5.5.2 Cox-Regression Überlebenszeitanalyse der Teilskalen	125
10.6. Multivariate Validitätsuntersuchungen	127
10.6.1 Kanonische Korrelationen der KSPC Skalen	128
10.6.2 Prüfung der Validität der Skalen <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen mittels linearer Strukturgleichungsmodelle	133
10.6.2.1 Skalen des KSPC und Lebensqualität in linearen Strukturgleichungsmodellen	135
10.6.2.2 Lineare Strukturgleichungsmodelle und Beobachterübereinstimmung	138

<u>11. Ergebnisse zu diagnostischen Anwendungen des KSPC</u>	140
<u>11.1. Identifikation von Patientensubgruppen mittels des KSPC</u>	140
<u>11.1.1 Bezugsstichproben der Subgruppenanalyse, fehlende Daten und Teststärke</u>	141
<u>11.1.2 Ziele und Konzept der Subgruppenanalyse</u>	141
<u>11.1.3 Multivariate Varianzanalyse bzw. Diskriminanzanalyse von KSPC-Subgruppen</u>	143
<u>11.1.4 Subgruppen der Skalen des Ärztebogens des KSPC</u>	144
<u>11.1.4.1 Aussagekraft der Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> des Ärztebogens bezüglich Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung</u>	145
<u>11.1.4.2 Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> im Ärztebogen, Bagatellisierung und Überlebenszeit</u>	146
<u>11.1.4.3 Subgruppen der Teilskala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen</u>	150
<u>11.1.5 Subgruppen der Skalen des Pflegebogens des KSPC</u>	151
<u>11.1.5.1 Subgruppen der Teilskala <i>Aktive Mitarbeit</i> im Pflegebogen</u>	151
<u>11.1.5.2 Subgruppen der Teilskala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen</u>	155
<u>11.1.6 Subgruppen der Skalen des Patientenbogens des KSPC</u>	155
<u>11.1.6.1 Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> im Patientenbogen, Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit</u>	155
<u>11.1.6.2 Subgruppen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC</u>	156
<u>11.1.7 Zusammenfassende Betrachtung der Resultate zur Subgruppenanalyse</u>	158
<u>11.2. Reaktionshierarchien von KSPC - Subgruppen</u>	160
<u>11.2.1 Reaktionsformen der Gesamtstichprobe</u>	161
<u>11.2.2 Reaktionshierarchien bei Subgruppen von Patienten</u>	162
<u>11.2.2.1 Reaktionshierarchien bei der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen</u>	162
<u>11.2.2.2 Reaktionshierarchien bei der Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> im Ärztebogen</u>	164
<u>11.2.3 Schlussfolgerungen zu Reaktionshierarchien bei anhand von KSPC gebildeten Subgruppen</u>	166
<u>12. Diskussion</u>	167
<u>12.1. Theoretische Konzeption</u>	167
<u>12.2. Empirische Indikatoren der psychologischen Situation und der Beobachterperspektiven</u>	168
<u>12.3. Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung</u>	170
<u>12.4. Aussagekraft der Screeningdaten</u>	174
<u>12.5. Diagnostische Nutzung von Fremdeinschätzungen</u>	176

12.6. Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit	180
12.7. Fazit	181
Literaturverzeichnis	183
Anhang A - Untersuchungsverfahren	196
Anhang B - Im Text nicht dargestellte Abbildungen	212
Anhang C - Im Text nicht dargestellte Tabellen	215
Tabellenverzeichnis	239
Abbildungsverzeichnis	242

Einleitung

Chronische körperliche Erkrankungen bringen für viele Betroffene eine Reihe psychosozialer Belastungen mit sich (Frischenschlager, Brömmel & Russinger, 1992). Hierdurch ausgelöste Krisensituationen können die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten von Patienten überfordern (Zabora, 1998). Bei Krebserkrankungen resultieren häufig, insbesondere im Zusammenhang mit der Mitteilung einer Erst- oder Rezidivdiagnose, Belastungsausmaße, die die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen (Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999). Für eine adäquate Verarbeitung solcher Situationen spielen die subjektive Einschätzung der eigenen Lage und individuelle Bewältigungskompetenzen eine wesentliche Rolle (Lazarus, 1993). Der subjektive Belastungsgrad von Patienten kann dabei nur unzureichend anhand der objektiven Merkmale der Erkrankung eingeschätzt werden (Merluzzi & Martinez-Sanchez, 1997).

Die meisten Patienten sind nach einem individuell unterschiedlich langen Zeitraum in der Lage, einen subjektiv adäquaten Umgang mit den Belastungen einer Erkrankung zu finden (Henderson, 1997; Nelson, Friedman, Baer, Lane & et al., 1994). Ein Teil der Betroffenen zeigt jedoch dauerhafte bzw. wiederkehrende Anzeichen psychischer Belastung. Daraus folgt, dass eine Reihe von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen von psychologischer Unterstützung profitieren könnte (Helgeson & Cohen, 1996). Hierfür erscheint ein von der Krankheits- und Verarbeitungsphase abhängiges, spezifisch angepasstes Ausmaß an Unterstützung sinnvoll (De Leeuw et al., 2000).

Manche chronisch somatisch kranke Patienten artikulieren ihre psychische Belastung nicht entsprechend dem tatsächlichen Ausmaß (Kreitler, 1999). Häufig scheinen dies die aktuell besonders belasteten Patienten zu sein bzw. solche, die in absehbarer Zukunft manifeste Belastungssymptome entwickeln. Sie suchen oft nicht aktiv nach psychologischer Unterstützung und lassen bei flüchtiger Betrachtung keine Betreuungsbedürftigkeit erkennen. Belastungen werden häufig erst auf aktive Nachfrage hin signalisiert. Am Beispiel onkologischer Patienten, die sich wegen einer zytostatischen Behandlung in ein Krankenhaus begeben, wird diese Problematik besonders deutlich (Aulbert & Zech, 1997; Husebo & Klaschik, 1998). Untersuchungsergebnisse zeigen, dass onkologische Patienten gut von psychologischer Betreuung profitieren (Fawzy, 1999; Larbig, 1998). Eine wichtige Aufgabe von psychoonkologischen Betreuern ist, belastete Patienten zu identifizieren, um ihnen gezielte Unterstützungsangebote machen zu können.

Die Vorteile eines Screenings der psychosozialer Befindlichkeit chronisch kranker Patienten im Rahmen der Aufnahmeroutine eines Krankenhauses werden zunehmend international anerkannt (Le Fevre, Devereux, Smith, Lawrie & Cornbleet, 1999; O'Malley, Wong, Kroenke, Roy & Wong, 1998; Pellicer, Salvador, Canet & Sole, 1993; Zabora, Smith Wilson, Fetting &

Enterline, 1990). Die entsprechenden Forschungsbemühungen sind auf dem Gebiet der diagnostischen Ermittlung von Betreuungsbedürftigkeit chronisch Kranker angesiedelt. In den USA werden Screening-Prozeduren stellenweise bereits als Teil der Routinediagnostik im onkologischen Versorgungsbereich eingesetzt (Zabora, 1998). Auf diese Weise soll sowohl gesundheitlichen als auch ökonomischen Aspekten Rechnung getragen werden. Auch im deutschen Sprachraum wurden die Vorteile eines aktiven Screenings der psychosozialen Befindlichkeit von Krankenhauspatienten erkannt (Herrmann, Kaminsky, Rueger & Kreuzer, 1999). Strittmatter (1997) entwickelte einen Fragebogen für stationäre Hauttumorpatienten, mit dessen Hilfe betreuungsbedürftige Patienten bereits während der Aufnahmeroutine identifiziert werden sollen. In seiner vielbeachteten Arbeit wurde auf wesentliche Aspekte der damit einhergehenden Problematik hingewiesen. So muss das eingesetzte psychologische Verfahren im klinischen Alltag eines Krankenhauses anwendbar sein; es muss individuell nutzbare, reliable und valide Informationen liefern.

Die spezifischen psychologischen Eigenheiten der Situation chronisch somatisch Kranker muss dabei besondere Berücksichtigung finden. So reicht es in diesem Umfeld nicht aus zu erwarten, dass Betroffene von sich aus Belastung signalisieren und Unterstützung annehmen bzw. gar einfordern (Faller, 1998). Erfahrungen aus der täglichen Praxis zeigen, dass Betreuungsangebote, die eine Eigeninitiative der Patienten voraussetzen, relativ zum vorhandenen Bedarf zu wenig genutzt werden (Fiegl, Langer & Ringler, 1986).

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, auf welche Art und Weise psychosozial belastete chronisch kranke Patienten systematisch identifiziert werden können. Hierfür wird die Nutzung verschiedener Beobachterquellen (Selbst- und Fremdbeobachtung) in Form von Fragebogenverfahren empirisch erprobt. Die Fremdbeurteilung soll interdisziplinär durchgeführt werden, indem Einschätzungen der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals einbezogen werden. Eine solche interdisziplinäre Betrachtungsweise kann hilfreich sein, den Blickwinkel für unterschiedliche Aspekte eines Untersuchungsgegenstandes zu erweitern (Rudinger & Minnemann, 1997) und die Reliabilität des diagnostischen Urteils zu festigen (Piedmont, McCrae, Riemann & Angleitner, 2000).

Im ersten Teil der Arbeit wird auf theoretische Hintergründe der Fragestellung eingegangen. Es werden relevante empirische Ergebnisse referiert. Am Ende des ersten Teils werden Anforderungen an eine eigene empirische Studie herausgearbeitet. Im empirischen Teil werden eigene Untersuchungen vorgestellt. Es wird zunächst die Entwicklung eines interdisziplinären *Kurzfragebogens zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken* beschrieben. Anschließend werden Möglichkeiten des diagnostischen Einsatzes dieses Fragebogens bei der Identifikation von belasteten Patientensubgruppen untersucht.

Es sei angemerkt, dass bei der Benutzung des Maskulinums bei der Erwähnung von Patienten, Ärzten, Pflegepersonen, etc. auch die weibliche Form implizit gemeint ist.

1. Psychologische Aspekte bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Bevor auf Fragen des psychologischen Screenings im Rahmen der medizinischen Versorgung eingegangen werden kann, muss das Problemfeld der psychischen Störungen und Belastungen von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen skizziert werden. Dabei wird insbesondere auf die Situation von Tumorpatienten fokussiert. Zunächst soll der Begriff der *Lebensqualität* als Ordnungsrahmen vorgestellt werden. Im Anschluss präsentierte Untersuchungen beschäftigen sich mit der Prävalenz psychischer Störungen bei onkologischen Patienten. Zum Abschluss wird auf Theorien der *Krankheitsverarbeitung* eingegangen.

1.1. Lebensqualität

Ein wesentliches Kennzeichen des Begriffs Lebensqualität ist die Vielfalt der Bedeutungen, mit denen er mittlerweile behaftet ist (Küchler et al., 1996). Der Begriff der Lebensqualität ist jedoch ein wichtiger Bestandteil der psychosozialen Forschungsbemühungen im Bereich der somatischen Medizin und soll deshalb an dieser Stelle diskutiert werden.

1.1.1 Bedeutung des Konstrukts Lebensqualität in der Medizin

Die in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zunehmende Popularität und Verbreitung des Konstrukts Lebensqualität in der Medizin geht einher mit Forderungen nach einer ganzheitlicheren Betrachtung der Situation von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Es geht um die Beachtung der subjektiven Belastung dieser Patienten bei Therapieentscheidungen in der – insbesondere onkologischen - Medizin.

Bis vor circa 20 Jahren wurden die Erfolge chemotherapeutischer Behandlungen häufig allein am querschnittlich erfassten Therapieergebnis, der Ansprechrates im Anschluss an eine Chemotherapie, beurteilt (Greer, 1984). Kaum beachtet wurden die subjektiven Belastungen aufgrund bestimmter Behandlungsstrategien oder -situationen. Dies erscheint, folgt man der Logik der klassisch kurativ ausgerichteten Medizin, zunächst nachvollziehbar. Wenn eine belastende Therapie die endgültige Heilung verspricht, nehmen sie die meisten Patienten gern in Kauf.

Der vom amerikanischen Präsidenten Nixon Anfang der 70er Jahre ausgerufene *Kampf dem Krebs* brachte jedoch nur für einige Krebsarten den erhofften endgültigen Durchbruch bei der Behandlung. Für viele Betroffene bedeutet eine onkologische Erkrankung nach wie vor einen belastenden Leidensweg, der häufig erst mit dem Tod endet. In dieser Behandlungssituation entstehen neue Aufgaben für das gesundheitliche Versorgungssystem. Das wesentliche Ziel ist nicht mehr allein die Kuration, sondern auch die Palliation (Husebo & Klaschik, 1998). In

dieser Situation kommt der subjektiven Befindlichkeit während einer Behandlung wieder eine zentrale Rolle zu (Helgeson & Cohen, 1996). Diese Entwicklungen führten dazu, dass das Konstrukt der Lebensqualität im Anwendungs- und Forschungskontext der somatischen Medizin zunehmend an Bedeutung gewann.

1.1.2 Konzepte der Lebensqualität

Eine allseits akzeptierte, einheitliche Definition der Lebensqualität somatisch chronisch Kranker im Sinne eines wissenschaftlichen Konstrukts steht noch weitgehend aus. Verschiedene Autoren (z. B. Aulbert & Zech, 1997) benennen definierende Aspekte eines Konstrukts der Lebensqualität:

1. Die Lebensqualität beschreibt die vom Patienten erlebte, subjektive Qualität seiner aktuellen Lebenssituation. Lebensqualität ist mehrdimensional und schließt Selbsteinschätzungen des körperlichen (funktionalen), emotionalen, mentalen, interpersonellen und sozioökonomischen Zustandes ein, sie beinhaltet krankheitsspezifische und -unspezifische Aspekte.
2. Die Einschätzung erfolgt in Bezug auf individuelle, subjektive Maßstäbe.
3. Vorstellungen von der Lebensqualität verändern sich im Krankheitsverlauf, es erfolgt eine Anpassung der Erwartungen und Hoffnungen des Patienten. Die Fähigkeit zur Anpassung der Maßstäbe bildet eine wichtige Voraussetzung für die Lebensqualität des Kranken.

Studien zur Lebensqualität werden häufig atheoretisch basiert durchgeführt. Die eingesetzten Erhebungsverfahren unterscheiden sich oft in der Zahl der Dimensionen der Lebensqualität. Im Rahmen eines multizentrischen Forschungsprojekts der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie wurde eine empirisch basierte, metaanalytische Einordnung des Konstrukts Lebensqualität versucht. Dies geschah mit dem Ziel, eine verbindliche Erfassungsstruktur zu etablieren (Pukrop et al., 1999). In dieser Untersuchung wurde versucht Daten, die mittels acht akzeptierter Fragebogenverfahren zur Lebensqualität erhoben wurden, in eine einheitliche Struktur zu bringen. Wichtiges Ergebnis dieser Studie ist die Unterscheidung zwischen einem Faktor der *Allgemeinen Lebensqualität* und anderen Teilaspekten der Lebensqualität. Die Autoren empfehlen eine modulare Messung der Lebensqualität mit einer Unterscheidung zwischen der (a) Allgemeinen Lebensqualität und (b) sechs weiteren Teilaspekten: emotionale, materielle, psychosoziale, gesundheitliche, freizeitbezogene Lebensqualität und Vitalität. Faktorielle Unterschiede zwischen der nicht klinischen ($n = 479$), der depressiven ($n = 171$) und der schizophrenen Teilstichprobe ($n = 139$) konnten dabei nicht beobachtet werden.

Ein ähnlicher modularer Ansatz wurde vorher bereits im Rahmen der Konstruktion der deutschsprachigen Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (Leiberich et al., 1993) und des

Quality of Life Questionnaires Core 30 (QLQ-C30) der *European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* verfolgt (Sprangers et al., 1998). Die 1962 gegründete EORTC ist eine Non-Profit-Organisation, deren Ziel es ist, klinische und Grundlagenforschung im Bereich der Onkologie europaweit zu koordinieren. Sie erfüllt somit ähnliche Aufgaben wie das amerikanische National Cancer Institute, ist jedoch vorwiegend in Nordeuropa und Skandinavien tätig. Die Quality of Life Study Group der EORTC wurde 1980 ins Leben gerufen und beschäftigt sich seither mit Problemen der Messung von Lebensqualität bei onkologischen Patienten. Neben einem Kernfragebogen (QLQ C-30) mit neun Dimensionen für alle Krebspatienten wurden krankheitsspezifische Zusatzmodule entwickelt (Aaronson et al., 1993). Folgende Dimensionen werden hier als für alle Krebspatienten relevant im Kernmodul erhoben:

1. Körperliche Leistungsfähigkeit
2. Rollenerfüllung
3. Emotionale Funktionsfähigkeit
4. Kognitive Leistungsfähigkeit
5. Soziale Funktionsfähigkeit
6. Globale Lebensqualität
7. Fatigue/Erschöpfung
8. Übelkeit/Erbrechen
9. Schmerz

Obwohl dieses Konzept für Krebspatienten konstruiert worden ist und seinen Schwerpunkt bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht verleugnen kann, wird auch hier die Bedeutung einer Dimension der *Globalen* Lebensqualität betont und emotionalen Aspekten eine große Aufmerksamkeit geschenkt.

Küchler und Schreiber (1989) präsentieren ein übergreifendes Schema (Abbildung 1), in dem verschiedene Dimensionen der Lebensqualität zusammenfassend dargestellt werden. Es werden unterschieden:

1. Erlebensdimension: Die bisher diskutierten Faktoren der Lebensqualität lassen sich hier subsumieren. Küchler und Schreiber unterscheiden körperliche, psychische, interpersonelle, sozioökonomische und spirituelle Aspekte der Lebensqualität.
2. Zeitdimension: Die Lebensqualität kann im Zeitverlauf variieren. So weisen Rudinger, Rietz und Schiffhorst (1997) im Rahmen einer groß angelegten empirischen Studie auf die altersabhängige Variabilität der Bedeutung objektiver und subjektiver Faktoren für die Lebenszufriedenheit und Kompetenz im Alter hin.
3. Bezugsdimension: Gemeint ist hier das Auflösungslevel der Betrachtung der Lebensqualität in Bezug auf soziale Einheiten. Lebensqualität kann sich als Konstrukt entweder auf ein Individuum oder auf größere soziale Einheiten beziehen.

4. Beobachterperspektive: Kuchler und Schreiber machen deutlich, dass mit Hilfe von Selbst- und Fremdeinschätzung unterschiedliche Perspektiven der Lebensqualität erfasst werden können.

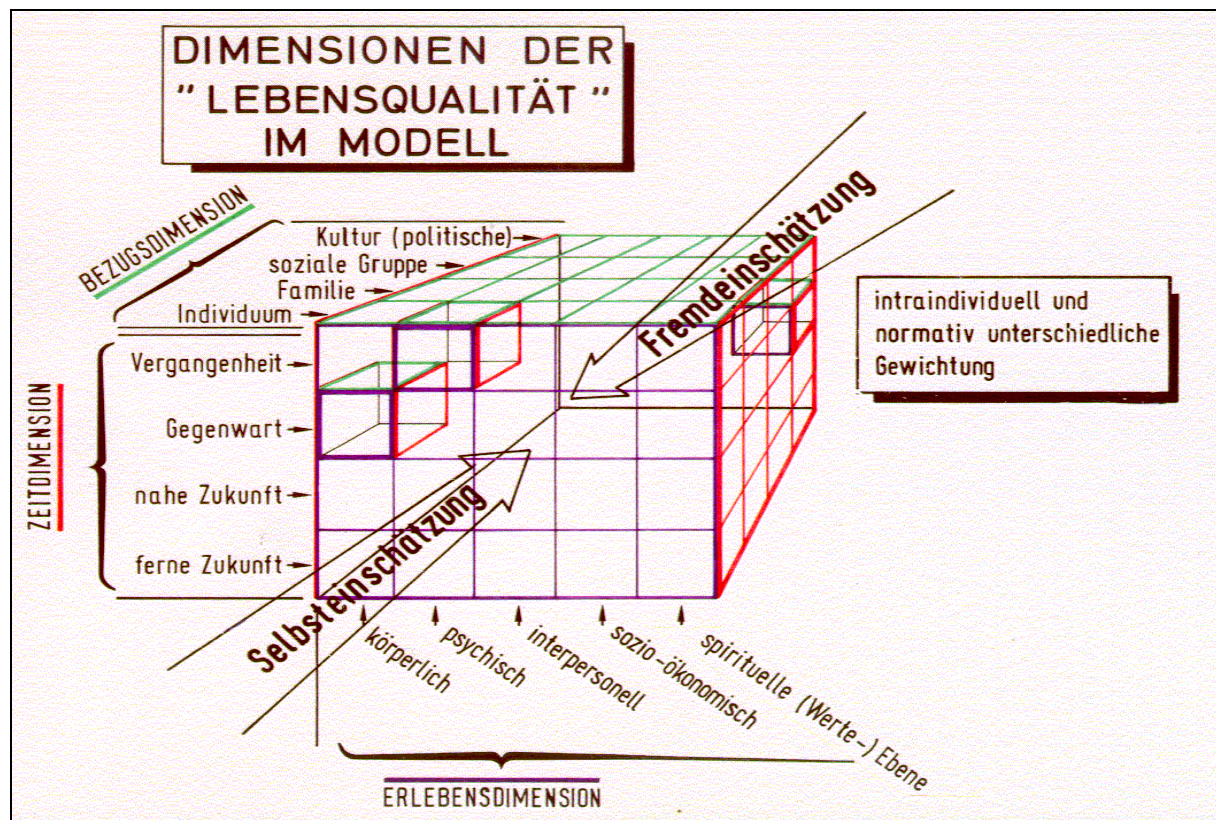


Abbildung 1: Vier Dimensionen der Lebensqualität nach Kuchler: Erlebensdimension, Zeitdimension, Bezugsdimension und Beobachterperspektive

Anmerkung. Entnommen aus „Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie - Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung.“ von T. Kuchler und H. W. Schreiber, 1989, *Hamburger Ärzteblatt*, S. 246-259.

Das Schema von Kuchler und Schreiber (1989) in Abbildung 1 macht die Vielschichtigkeit deutlich, die sich bei der Benutzung des Begriffs Lebensqualität aufspannt. Die Darstellung der Autoren hebt sich insoweit von anderen Definitionsversuchen der Lebensqualität ab, als dass explizit auf die Bedeutung der Beobachterperspektive hingewiesen wird.

1.1.3 Kritik am Konstrukt Lebensqualität

Aus der Sicht wissenschaftlicher psychologischer Diagnostik bleiben beim Konstrukt Lebensqualität folgende Fragen zu diskutieren:

1. Kann das Konstrukt Lebensqualität in ausreichendem Maße eindeutig definiert werden?

2. Genügen bestehende Erhebungsverfahren Gütekriterien psychologischer Testtheorien?
3. Liegt gegenüber bestehenden wissenschaftlichen psychologischen Konstrukten ein Erkenntnisgewinn vor?

So ziehen Pukrop et al. (1999) aus ihrer empirischen Untersuchung den Schluss, dass es einen allgemeinen, *Gemeinsamen Faktor* (G-Faktor) der Lebensqualität gebe. Dieser G-Faktor scheint stark durch Aspekte des emotionalen Wohlbefindens geprägt zu sein. Die Autoren verweisen ferner auf eine Reihe von Untersuchungen, welche zeigten, dass Wohlbefinden hoch negativ mit Depressivität korreliert (bis $r = -.70$). Bezug nehmend auf die Frage nach redundanten Überschneidungen des Konstrukts Lebensqualität mit bestehenden Konstrukten muss kritisch gefragt werden, ob es nicht sinnvoller ist, bestehende Konstrukte auszuschöpfen, bevor ein neues Konstrukt in die wissenschaftliche Betrachtung eingeführt wird.

Das Schema von Kuchler und Schreiber (1989) in Abbildung 1 verdeutlicht den häufig unternommenen Versuch, mit dem Begriff Lebensqualität eine allumfassende Beschreibung der Lebenssituation eines Menschen zu erhalten, die in messbaren Größen ausgedrückt werden kann. Doch zeigen die Schlussfolgerungen der verschiedenen Autoren, dass eine einheitliche Definition der Lebensqualität kaum gefunden werden kann. Somit erscheint es sinnvoller, verschiedene Bereiche abzugrenzen und innerhalb dieser (z. B. emotionales Befinden, Angst, Depressivität) detaillierte Untersuchungen durchzuführen.

Den genannten Kritikpunkten stehen die positiven Aspekte des Konstrukts Lebensqualität gegenüber. Durch die Einführung dieses Begriffs als wissenschaftliches Konstrukt in die Medizin ist die Beachtung psychosozialer Faktoren in der medizinischen Forschung und Versorgung in der Onkologie zu einem wissenschaftlich anerkannten Bestandteil dieses Fachgebietes geworden. Weiter erscheint es als Vorteil, dass der Begriff Lebensqualität im Vergleich zu Konstrukten wie Depressivität oder Stress kaum negative Konnotationen aufweist.

Darüber hinaus ermöglicht der Begriff Lebensqualität die wissenschaftliche Beachtung subklinischer psychologischer Phänomene. Dies könnte bei der Untersuchung der psychosozialen Befindlichkeit chronisch Kranker sehr wichtig sein, da psychologische Unterstützung auch bei Patienten sinnvoll oder nötig sein kann, deren psychische Belastungssymptome nicht die klinischen Diagnosekriterien psychischer Störungen erfüllen. Eine empirische Verlaufsuntersuchung von Grassi und Rosti (1996) an $N = 52$ Patienten zeigt, dass zum Zeitpunkt ihrer Krebsdiagnose 19 % der Betroffenen unter einer Anpassungsstörung leiden. Bei einer entsprechenden Katamnese-Untersuchung 6 Jahre später zeigte sich, dass 70 % der Patienten mit Anpassungsstörungen Diagnosekriterien für andere psychische Erkrankungen erfüllten (Depressionen, Ängste, etc.). Die Autoren weisen auf die Bedeutung einer frühzeitigen Erfassung der psychischen Belastungssituation von Krebspatienten im Hinblick auf mögliche psychische Folgeprobleme hin.

Somit erscheint es sinnvoll, das Konstrukt Lebensqualität als einen übergeordneten Rahmen anzusehen, welcher dazu dienen kann, bereits verwendete psychologische Begriffe in einen übergreifenden Zusammenhang einzuordnen.

1.2. Prävalenz psychopathologischer Symptomatik bei körperlichen Erkrankungen

Prävalenzuntersuchungen werden bei chronisch körperlichen Krankheiten mit dem Ziel durchgeführt, ein Gesamtbild über das Ausmaß psychischer Belastungen, Probleme und psychiatrischer Diagnosen der Patienten zu gewinnen. In der Regel wird methodisch so vorgegangen, dass die Prävalenz *psychiatrischer Diagnosen* (z. B. Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) bestimmt wird. Dabei können einerseits Prävalenzdaten zwischen verschiedenen somatischen Krankheitsbildern verglichen (z. B. Massie & Popkin, 1998) und Faktoren untersucht werden, welche mit dem Auftreten psychischer Probleme in Zusammenhang gebracht werden. Andererseits können aber auch Vergleiche mit der Normalbevölkerung unternommen werden (van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997).

Mit der Prävalenz diagnoserelevanter psychiatrischer Symptome bei chronisch kranken Patienten beschäftigen sich eine Reihe von Veröffentlichungen. Die Ergebnisse sind sehr heterogen, insbesondere bei der Frage der Depressivität (Bönisch, 1993). Verschiedene Autoren nennen bei Krebspatienten Prävalenzraten zwischen 6 % bis 42 % (Massie & Popkin, 1998) oder gar 5 % bis 58 % (Slaughter et al., 2000). Andererseits zeigen Metaanalysen (van't Spijker et al., 1997) zur Frage der Depressivität und Angst bei Krebspatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung kaum Unterschiede bzw. nur leicht erhöhte Depressivitätswerte bei Krebspatienten. Auch bei anderen medizinischen Erkrankungen zeigen sich variierende Prävalenzergebnisse für depressive Syndrome (Popkin & Tucker, 1992).

Exemplarisch seien die Ergebnisse einer frühen, breit angelegten Untersuchung der Psychosocial Collaborative Oncology Group vorgestellt (Derogatis, Morrow & Fetting, 1983). Es wurden $N = 215$ zufällig ausgewählte, erwachsene, ambulante und stationäre onkologische Patienten in drei Behandlungszentren untersucht. Bezogen auf die Gesamtgruppe erfüllten 47 % der Patienten Diagnosekriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Bei 89 % dieser Patienten stand dabei die Symptomatik in einem direkten Zusammenhang mit der Krebserkrankung, nur 11 % der Patienten hatten eine vorbestehende, psychopathologisch relevante Störung. Anpassungsstörungen mit ängstlichen oder depressiven Reaktionen bildeten mit 68 % den größten Anteil aller Störungen.

Die Heterogenität der Prävalenzergebnisse ist vermutlich unter anderem auf große Unterschiede bei den verwendeten Konstrukten (leichte Stimmungsstörung bis Vollbild einer Depression) und deren Operationalisierungen (Fragebögen, Checklisten oder Interviews) zurück zu führen. Slaughter et al. (2000) zeigen am Beispiel der Panikstörung bei stationären onkolo-

gischen Patienten die Bedeutung der psychischen Befindlichkeit für die Compliance und somit auch indirekt für die Effektivität der medizinischen Behandlung. Sie kommen zu dem Schluss, dass die in der Literatur berichteten Prävalenzangaben für die Panikstörung als psychiatrische Diagnose zwischen 9 % bis 19 % variieren.

Psychiatrische Diagnosen sind in aktuellen Diagnosesystemen als deskriptive Beschreibungskategorien konzipiert (Dilling et al., 1993). Die Diagnosen werden entsprechend dem Vorhandensein bestimmter Kriterien in einem definierten Ausmaß festgelegt. Es gilt zu beachten, dass psychiatrische Diagnosen nicht das alleinige Kriterium darstellen können, wenn nach unterstützungsrelevanten Problemen bei der emotionalen Befindlichkeit bzw. der Krankheitsverarbeitung von chronisch kranken Patienten gefragt wird. So geht Zabora (1998) davon aus, dass in der Regel jeder dritte Patient mit einer onkologischen Neudiagnose erhöhte Belastungen erlebt und von psychosozialer Unterstützung profitieren könnte. Diese Einschätzung macht deutlich, dass die psychologische Situation chronisch Kranker nicht erschöpfend mittels psychiatrischer Kategorien erfasst werden kann. Aus diesem Grund werden nachfolgend zunächst mögliche Belastungen im Problemfeld chronischer körperlicher Erkrankungen vorgestellt. Anschließend wird auf wichtige psychologische Konstrukte im Zusammenhang mit chronischen körperlichen Erkrankungen näher eingegangen.

1.3. Psychologische Belastungen bei chronischen somatischen Erkrankungen

Chronische somatische Erkrankungen bringen eine Reihe spezifischer Belastungen für Betroffene mit sich. Faller (1998) nennt als mögliche psychologische Belastungen bei onkologischen Patienten:

1. Todesdrohung: Die Tatsache einer chronischen körperlichen Erkrankung, insbesondere einer Krebserkrankung, ist für die meisten Menschen mit Gedanken an den Tod und somit dem Erlebnis von Todesangst verknüpft.
2. Verletzung der körperlichen Unversehrtheit: Eine Reihe von körperlichen Beschwerden können das Gefühl körperlicher Integrität eines Menschen empfindlich stören. Über diese körperlichen Beschwerden wie z. B. Schmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust oder eingeschränkte Bewegungsfähigkeit hinaus stellen auch notwendige medizinische Eingriffe die körperliche Integrität in Frage.
3. Autonomieverlust: Betroffenen fällt es häufig schwer, plötzlich oder sukzessiv auftretende Einschränkungen ihrer Selbstbestimmung zu akzeptieren.
4. Verlust von Aktivitäten: Infolge der körperlichen Einschränkungen und der notwendigen medizinischen Maßnahmen werden Möglichkeiten gewohnter beruflicher und freizeitbezogener Aktivitäten massiv beschnitten, teilweise muss der gesamte Lebensentwurf in Frage gestellt werden.

5. Soziale Isolierung, Stigmatisierungsangst: Gesunde Menschen können die Situation eines Schwerkranken oft nicht nachvollziehen und reagieren ihrerseits mit bestimmten Verhaltensweisen (z. B. unangebrachtem Optimismus oder Überfürsorge). Diese Reaktionen können Betroffenen das Gefühl geben, nicht verstanden oder ausgeschlossen zu sein. Offene und subtile Formen der Distanzierung, welche in Ängsten der gesunden Menschen begründet sein mögen, stellen insbesondere bei onkologischen Patienten die alltäglich erlebte Realität dar.
6. Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls: Die Krankheitssituation birgt eine Reihe von Fragen, die Betroffene sich häufig stellen. Fragen nach der beruflichen Zukunft, nach möglichen Verlusten sozialer Rollen, z. B. der familiären Rolle oder nach dem Wohlergehen der Familie beschäftigen Betroffene immer wieder.

Diese exemplarische Aufzählung ohne Anspruch auf Vollständigkeit macht deutlich, dass im Zusammenhang mit einer onkologischen Erkrankung eine Reihe von möglichen psychischen Belastungen auftreten, auf die Betroffene mit Krankheitsverarbeitungsmechanismen reagieren können bzw. müssen.

1.4. Krankheitsverarbeitung

Die Befindlichkeit oder Lebensqualität eines chronisch körperlich Kranken kann durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden. Aus psychologischer Sicht erscheint dabei die Betrachtung der eigenen Problemlösungskompetenzen eines Menschen von besonderer Bedeutung, da von diesen abhängen kann, wie und mit welchem Erfolg ein Betroffener die Belastungen einer chronischen Erkrankung meistert. Es handelt es sich um aktive Verhaltensanteile, also Handlungen des Menschen, die unter dem Begriff *Krankheitsverarbeitung* untersucht werden. Krankheitsverarbeitungsstrategien haben sich in empirischen Untersuchungen wiederholt als durch psychologische Interventionen beeinflussbar gezeigt (Watson & Greer, 1998) und stellen somit ein wichtiges Forschungsfeld der Psychoonkologie dar.

Nachfolgend wird zunächst auf theoretische Aspekte der Krankheitsverarbeitung eingegangen. Die Begriffe *Krankheitsverarbeitung* bzw. *-bewältigung* und *Coping* werden in dieser Arbeit synonym gebraucht. Es wird nicht unterschieden zwischen Coping- bzw. Krankheitsverarbeitungs-*Verhalten* bzw. *-Stilen*, *-Techniken* oder *-Strategien*.

Die psychologische Coping-Forschung resultiert historisch aus der Weiterentwicklung der psychoanalytischen Abwehrlehre nach Anna Freud (1937). Die andere wesentliche historische Wurzel der Krankheitsbewältigungsforschung bilden die Stresstheorien, deren Beginn häufig bei Selyes (1956) Stresskonzept gesehen wird, welches allerdings fast ausschließlich physiologische Zusammenhänge beschreibt. Diese beiden Forschungsbereiche haben sowohl im Rahmen der psychologischen als auch der psychosomatischen Forschung die Entwicklung

einer Reihe von Modellen der Krankheitsverarbeitung angeregt (historische Übersicht bei Schumacher & Reschke, 1994).

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf das transaktionale Modell von Lazarus und Folkman (1984) und auf den biographischen Ansatz von Thomae (1996) eingegangen.

1.4.1 Das transaktionale Coping-Modell von Lazarus

Ein vielbeachtetes Coping-Modell, das Mitte der 60er Jahre zum ersten Mal veröffentlicht wurde (Lazarus, 1966) und Aspekte der Stressverarbeitung und des Coping berücksichtigt, ist das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Es soll an dieser Stelle stellvertretend für viele Ansätze der modernen Coping-Forschung skizziert werden, da es wichtige Grundpositionen des Forschungsbereichs zu verdeutlichen hilft.

Das Modell ist insofern transaktional, als dass Stressoren nicht in ihrer objektiven Form als allein entscheidend angesehen werden, sondern die aktive Leistung des Menschen bei der subjektiven Interpretation und Bewertung der Stressoren zu Kernbegriffen des Modells gehören. Heim (1998) ordnet Lazarus' grundsätzlichen modelltheoretischen Standpunkt den interaktiven Theorien zu. Vertreter dieser Position schreiben sowohl Personenvariablen (*traits*) als auch situationalen Bedingungen (*states*) einen Einfluss auf den Bewältigungsprozess zu. Diese Theoretiker vertreten im Rahmen der state-trait Diskussion (z. B. Fisseni, 1998) eine integrative dritte Position. Bewältigung bzw. Coping wird von Lazarus (1993) wie folgt definiert:

From a process standpoint, coping is defined as ongoing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person. The definition can be simplified ... coping consists of cognitive and behavioral efforts to manage psychological stress. (S. 237)

Lazarus und Folkman (1984) konzipieren den Bewältigungsprozess als ein mehrstufiges, dynamisches Geschehen. Stress entstehe, wenn eine Person inneren oder äußeren Umweltanforderungen ausgesetzt ist, die ihre Ressourcen übersteigen oder zumindest stark in Anspruch nehmen. Die Autoren postulieren eine Phase der *primären Bewertung*, bei der die Art der Belastung eingeschätzt wird und eine Phase der *sekundären Bewertung*, die die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten beinhaltet. Als Resultat dieses Prozesses komme es immer wieder zu *Neubewertungen* der Belastungssituationen. Das Modell zeigt insofern auch Anleihen bei den Rückkopplungsmodellen der Kybernetik.

1.4.2 Der biographische Ansatz von Thomaes

Einen eigenen Ansatz zur Untersuchung des Bewältigungsverhaltens wählte die *Bonner Schule* (Schumacher & Reschke, 1994) um Thomaes (1951). Der biographisch-deskriptive Ansatz zur Erforschung der Persönlichkeit von Thomaes hat zum Ziel, eine Synthese idiographischer, subjektzentrierter Betrachtung des Individuums und einer notwendigen nomothetischen Klassifikation zu erreichen. Die psychologische Biographik (Thomaes, 1996) stellt einen theoretischen Rahmen dar, in dem von Beginn an (Thomaes, 1951) versucht wurde, Grundsätze der internationalen psychologischen Forschung integrativ mit bewährten Vorgehensweisen zu vereinen. Modern ist der Ansatz, da er frühzeitig die Variabilität des menschlichen Erlebens und Verhaltens betont hat und einen Gegenstandspunkt zu einer reinen *trait psychology* bildet.

Thomaes (1985) nutzt zur Gewinnung einer empirischen Basis sowohl Tagesläufe als auch größere biographische Abschnitte im Sinne von Lebensläufen. Bezogen auf die Bewältigungsforschung entwickelte er anhand der beschriebenen Grundlagen und Techniken sein Konzept der Daseinsthemen und Daseinstechniken. Die offen und breit angelegte Sammlung von *Reaktionsformen* führt zu einer verhaltensnahen, möglichst wenige Wertungen enthaltenden Zusammenstellung typischer Reaktionen von Menschen in Bezug auf verschiedenste Situationen.

Eine wichtige Rolle in Thomaes (1996) Theorie spielt dabei das Konzept der *Reaktionshierarchie*. Thomaes beruft sich teilweise auf die Neo-Behavioristen und die moderne Denkpsychologie, wenn er die *Stärke* einer Reaktionsform mit ihrer Auftrittswahrscheinlichkeit, dem Konzept der Gewohnheitshierarchie, in Zusammenhang bringt. Er entwickelt die biographisch basierte Messung der Reaktionshierarchien wie folgt: „Insofern orientiert sich eine biographisch fundierte Konzeptualisierung einer konkreten Reaktionshierarchie an der Häufigkeit und Intensität berichteter Reaktionsformen, so weit diese einer der zuvor genannten Klassen zugeordnet werden können bzw. neuen Reaktionsformen“ (Thomaes, 1996, S. 134). Die Reaktionsformen werden dabei grundsätzlich anhand empirisch erhobener Informationen erarbeitet. Sie können insbesondere in Form von Rangplatzanalysen untersucht werden.

Die Aktualität des biographischen Ansatzes von Thomaes wird aus kritischen Anmerkungen zum heutigen Stand der Bewältigungsforschung ersichtlich. Heim (1998) fordert für die Coping-Forschung eine Kombination quantitativer und qualitativer Untersuchungstechniken, da man sonst dem Gegenstandsbereich nicht gerecht werde. Ebenso wurde die Bedeutung der häufig geforderten Längsschnittperspektive (Watson & Greer, 1998; Weis, 1998) für die Erforschung von Bewältigungsverhalten von Thomaes (1985) früh erkannt. Anhand ausführlicher empirischer Erhebungen, beispielsweise im Rahmen der entwicklungspsychologischen Längsschnittuntersuchungen bei der Bonner Längsschnittstudie des Alterns (BOLSA; Rudinger & Thomaes, 1990), konnte sich dieser Ansatz als fruchtbar erweisen.

1.4.3 Konzepte des Krankheitsverhaltens

Die verschiedenen Coping-Modelle führen zu unterschiedlichen Aussagen über das tatsächliche Coping-Verhalten. In einigen Modellen werden wenige wesentliche Coping-Strategien unterschieden, in anderen Modellen wird eine umfassende Aufzählung versucht. Eine Reihe von Autoren postuliert logisch-deduktiv abgeleitete Bewältigungsstrategien. Andere Autoren versuchen Aussagen über Bewältigungsstrategien anhand empirischen Materials zu gewinnen. Lazarus (1993) geht von zwei wesentlichen Formen des Copings aus. Das *problem-fokussierte* Coping hat die Funktion, eine problematische Person-Umwelt-Beziehung durch aktives Einwirken auf die Umwelt oder die eigene Person zu verändern. Dem *emotions-fokussierten* Coping kommt die Funktion zu, entweder (a) die Aufmerksamkeit bezüglich der belastenden Beziehung zu verändern (z. B. Vermeidung) oder (b) die Bedeutung des Geschehens zu relativieren.

Ein ähnliches Konzept wird im Neun-Komponenten-Modell von Jäger (1990) verfolgt, welcher grundsätzlich zwei diametrale Bewältigungsformen postuliert: (a) *Auseinandersetzung* und (b) *Verdrängung*. Wie bei der Konzeption von Lazarus können diese Oberbegriffe weiter unterteilt werden.

Thomae (1996) betont in seinem biographischen Ansatz die Variabilität der Anpassungsleistungen von Menschen und schlägt eine Klassifikation von Reaktionsformen vor, um die aus seiner Sicht zu große Abstraktion solcher Einordnungen zu vermeiden: „Wer die ganze Breite von Reaktionen auf echte Belastung erkunden will, muß sich von den aktivistischen und rationalistischen Ideologien freimachen, Er muß auf den Gehalt von Äußerungen wirklich hinhören“ (S. 111). Thomae schlägt 20 deskriptive Kategorien von Reaktionsformen vor, die bei Bedarf ergänzt werden können.

Weitere wichtige Unterscheidungen zwischen Konzepten des Coping-Verhaltens resultieren aus den Kriterien für die Adaptivität jeweiliger Coping-Strategien. In Rahmen des psychoanalytischen bzw. psychosomatischen Abwehrkonzepts werden bestimmte Reaktionen per se als weniger adäquat als andere angesehen (z. B. Faller, 1998). Lazarus (1993) betont dagegen, dass Coping ein dynamisches, situationsabhängiges Prozessgeschehen darstelle und grenzt sein Konzept somit gegen frühe trait-Konzepte aus dem psychoanalytischen Forschungsfeld ab. Es müsse unterschieden werden zwischen der Bewältigung als Prozessgeschehen, zwischen Faktoren, die Einfluss auf die Bewältigung haben und zwischen dem Ergebnis der Bewältigung. Diese Faktoren gelte es unabhängig voneinander zu untersuchen, Coping-Verhalten und Bewältigungsergebnis seien theoretisch voneinander unabhängig (Lazarus, 1993). Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass bestimmte Coping-Strategien automatisch einem adäquaten oder nicht adäquaten Bewältigungsergebnis zuzurechnen sind. So kann die

Coping-Strategie Verleugnung (denial) unter bestimmten Umständen angemessen sein, unter anderen Umständen kann sie negative Folgen für das Individuum haben (Kreitler, 1999).

1.5. Krankheitsverarbeitung bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Das psychologische Forschungsfeld zur Krankheitsverarbeitung bei chronischen körperlichen Erkrankungen kann als ein Teilbereich der psychologischen Coping-Forschung eingeordnet werden. Im Rahmen dieses Forschungsfeldes werden insbesondere Krankheitsbewältigungsstrategien und subjektive Krankheitstheorien (z. B. Ursachenattributionen und Kontrollüberzeugungen) untersucht (Maes, Leventhal & de-Ridder, 1996; Weis, 1998).

Empirische Untersuchungen zum Thema Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung werden unter verschiedensten Gesichtspunkten durchgeführt. Heim (1998) unterscheidet:

1. Situationen (z. B. Erkrankungen, Alltagsbelastungen, etc.)
2. Krankheitsbilder (z. B. Krebs, Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.)
3. Krankheitsphasen (z. B. Diagnose, Operation, etc.)
4. Zielgruppen (Patienten, Angehörige, Behandlungspersonal, etc.)

Wesentliche Aspekte der empirischen Forschung zum Coping bei chronischen körperlichen Erkrankungen bilden die Fragen nach (a) der Spezifität des Copings bei bestimmten Krankheitsbildern und (b) der Adaptivität bestimmter Coping-Strategien. Zunächst soll kurz auf die historische Bedeutung der Phasentheorien des Bewältigungsprozesses bei Schwerstkranken eingegangen werden.

1.5.1 Phasentheorien der Bewältigung bei Schwerstkranken und Sterbenden

Wichtige historische Impulse für das Verständnis der Krankheitsverarbeitung bei chronisch kranken Patienten ging von den *Phasenlehren* der seelischen Anpassung an die Tatsache einer unheilbaren Erkrankung aus (Wittkowski, 1990). Besonders bekannt geworden ist die Phasenlehre von Kübler-Ross (1973). Die Autorin postuliert fünf sukzessive Phasen der psychologischen Verarbeitung des Sterbeprozesses:

1. Nicht-wahrhaben-wollen und Isolierung
2. Zorn und Auflehnung
3. Verhandeln mit dem Schicksal
4. Depression
5. Zustimmung

Andere bekannt gewordenen Phasenmodelle des Sterbeprozesses stammen von Pattison (1977) und insbesondere Weisman (1972). Letzterer unterscheidet drei Phasen der Verarbeitung des Sterbeprozesses:

1. Phase I: Negation (Zeit von der Wahrnehmung erster Symptome bis zur Diagnose)

2. Phase II: Fluktuation zwischen Negation und Akzeptieren (Diagnose bis terminale Phase der Erkrankung)
3. Phase III: Akzeptieren (Terminale Phase bis Tod)

Den Wert dieser frühen Phasenmodelle sieht Wittkowski (1990) in ihrer heuristischen Funktion. Keinesfalls dürfe man die Phasenlehren als gesicherte Fakten interpretieren. Es könne gar als gefährlich angesehen werden, würde man den von Kübler-Ross (1973) postulierten Ablauf als allein zutreffend, als *wahr* bzw. immer in dieser Reihenfolge stattfindend ansehen. Träten Betreuer mit solchen Erwartungen an einen Sterbenden heran, der sich dann nicht entsprechend der Phasenlehre verhält, könnte es zu Missverständnissen und Nachteilen für den Betroffenen kommen.

Eine nicht zu unterschätzende Leistung der Phasenmodelle besteht darin, darauf hingewiesen zu haben, dass der Coping-Prozess in zeitlich variierenden Phasen abläuft. Darüber hinaus muss heute jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Modelle nicht in ausreichendem Maße individuell konzipiert wurden, um als objektive Forschungsgrundlage der Krankheitsbewältigungsforschung dienen zu können.

1.5.2 Spezifität des Copings bei verschiedenen körperlichen Erkrankungen

Frühe psychosomatische Krankheitstheorien (Alexander, 1950) favorisierten die Theorie einer Spezifität von psychologischen Persönlichkeitsaspekten bei bestimmten, damals neu als psychosomatisch mitbedingt konzipierten körperlichen Erkrankungen. Heim (1998) kommt nach Übersicht der aktuellen Literatur jedoch zu dem überraschend eindeutigen Schluss, dass sowohl (a) die Art der Belastungssituationen als auch insbesondere (b) die Art der Coping-Muster über verschiedene chronisch körperliche Erkrankungen hinweg kaum Unterschiede aufweise: *„Die untersuchten Belastungen oder Stressoren der meisten Krankheitsgruppen sind oft vergleichbar, insbesondere bei chronischen Krankheiten. Entsprechend besteht eine weitgehende Übereinstimmung der Bewältigungsmuster, unabhängig von der untersuchten Krankheitsform“* (S. 326). Dieses Ergebnis bestätigt sich sowohl beim Vergleich verschiedener körperlicher Erkrankungen miteinander (z. B. Krebserkrankungen, Nierenerkrankungen, Apoplex, rheumatoide Arthritis, etc.) wie auch zwischen verschiedenen Krebserkrankungen untereinander.

Demgegenüber ist jedoch die *individuelle* Spezifität der Krankheitsverarbeitungsmuster zu betonen. Hierzu stellt Heim (1998) zusammenfassend fest: *„Die individuelle Beantwortung der Krankheitssituation hängt von den persönlichen Ressourcen und der jeweiligen Einschätzung der momentanen Stressoren (Belastungen) ab, so daß auch spezifische Muster nachgewiesen werden können“* (S. 328). Darüber hinaus scheint es von Bedeutung zu sein, ob Patienten viele unterschiedliche Krankheitsverarbeitungsstrategien ausprobieren oder ob sie intra-

individuell nur wenige Coping-Strategien bzw. nur „wenig Verarbeitungsanstrengungen“ (Muthny & Koch, 1998, S. 56) berichten.

1.5.3 Adaptivität des Bewältigungsverhaltens

Bei der Frage nach der Adaptivität bestimmter Krankheitsverarbeitungsstrategien ist vorab zu klären, welche Aspekte der Krankheitssituation eines Betroffenen im Fokus der Betrachtung stehen sollen. Die psychoonkologische Forschung hat sich lange Zeit vor allem mit der Frage beschäftigt, ob Krankheitsverarbeitung einen Einfluss auf den somatischen Krankheitsverlauf hat (Watson & Greer, 1998), bzw. welche Coping-Strategien mit einer Verlängerung der Überlebenszeit einhergehen (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989). Neben somatischen Parametern wie dem Krankheitsverlauf oder der Überlebenszeit spielen zunehmend psychologische Aspekte der Lebensqualität, der psychosozialen Anpassung oder der reinen Befindlichkeit eine wichtige Rolle als Adaptivitätskriterien der Krankheitsverarbeitung (Heim, Valach & Schaffner, 1997; Nelson et al., 1994; Weis, 1998).

Zunächst stellt sich die Frage, ob bei chronischen Erkrankungen überhaupt von einem Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung und psychologischer Befindlichkeit ausgegangen werden kann. Hierzu sei eine empirische Untersuchung von Schnoll, Harlow, Stollbach und Brandt (1998) vorgestellt. Anhand einer Stichprobe von $N = 100$ Patientinnen mit Mammakarzinomen wurden Zusammenhänge zwischen *Krankheitsstadium*, *Alter*, *Coping-Stil* und *Psychologischer Anpassung* beleuchtet. Die theoretischen Annahmen wurden mittels linearer Strukturgleichungsmodelle untersucht.

Das grundsätzliche Vorgehen bei der Nutzung linearer Strukturgleichungsmodelle besteht darin, dass theoretische Annahmen über Zusammenhänge zwischen Konstrukten einer Untersuchung in linearen Strukturgleichungen ausgedrückt und statistisch-iterativ auf Passung bezüglich des gegebenen empirischen Datensatzes geprüft werden (Rietz, Rudinger & Andres, 1996). Zu beachten ist, dass oft verschiedene Alternativmodelle an denselben Datensatz angepasst werden können. Passende Modelle stellen somit immer eine mögliche, nicht *die* richtige Lösung dar. Entsprechendes gilt auch für die vermutete Kausalitätsrichtung. MacCallum und Austin (2000) betonen: „it is clear, that a finding of good fit does not imply that a model is correct or true, but only plausible“ (S. 218).

In Abbildung 2 wird exemplarisch die graphische Darstellung desjenigen von fünf verschiedenen Strukturgleichungsmodellen dargestellt, welches Schnoll et al. (1998) als das am besten passende beschreiben. Das hier präsentierte *mediationale* Modell unterscheidet sich von den anderen vier Modellen nur durch die Konzeptualisierung der Zusammenhänge zwischen den Variablen Alter und Krankheitsstadium einerseits und den Faktoren Coping-Stil bzw. Psychologische Anpassung andererseits. Alle Modelle wurden mit dem Statistik-Programm EQS (Bentler, 1989) berechnet. Der Coping- bzw. Krankheitsverarbeitungs-Stil und

die Psychologische Anpassung wurden dabei jeweils als latente Faktoren anhand mehrerer manifester Indikatoren (Fragebogenskalen) erhoben. Der latente Faktor Coping-Stil wurde mittels der Fragebogenskalen *Kampfgeist*, *Hoffnungs- bzw. Hilflosigkeit*, *Fatalismus* und *Ängstliche Beschäftigung* operationalisiert. Die *Psychologische Anpassung* wurde über die Skalen *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Lebensqualität* operationalisiert.

Die Autoren gehen von einer grundsätzlichen Modellanpassung aus, wenn das Verhältnis von χ^2 -Wert und den Freiheitsgraden kleiner als 2.0 ist. Die Irrtumswahrscheinlichkeiten werden im Text nicht explizit berichtet, was die Beurteilung der grundsätzlichen Modellanpassung erschwert:

A model is considered to empirically 'fit' the observed data when the chi-square to degrees of freedom ratio is less than 2.0, the CFI value is greater than .90, the AASR value is less than .06, hypothesized parameters are significant, and there is substantial explained variance (see Harlow and Rose, 1994; Hoyle and Panter, 1995). (Schnoll et al., 1998, S. 72)

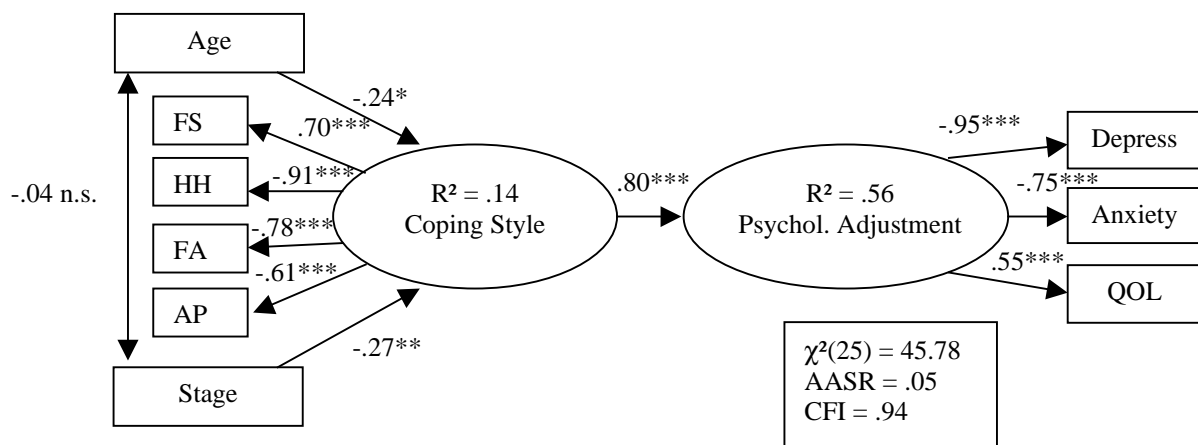


Abbildung 2: Lineares Strukturmodell des Zusammenhangs zwischen den latenten Konstrukten Coping-Stil und Psychologische Anpassung bei einer Stichprobe von Brustkrebspatientinnen ($N = 100$)

Anmerkungen. FS = Fighting spirit, HH = Hopelessness/Helplessness, FA = Fatalism, AP = Anxious Preoccupation, Depress = Depression, QOL = Quality of Life, AASR = average absolute standardized residuals, CFI = comparative fit index. Entnommen aus „A structural model of the relationship among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer,“ von R. A. Schnoll, L. L. Harlow, L. L. Stolbach und U. Brandt, 1998, *Psycho-Oncology*, 7, S. 73. Die Irrtumswahrscheinlichkeit p des χ^2 -Werts wird nicht berichtet; Modellanpassung wird als gegeben angenommen, wenn das Verhältnis von χ^2 -Wert und den Freiheitsgraden kleiner als 2.0 ist.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, n.s. = $p > .05$

Akzeptiert man die methodische Vorgehensweise der Autoren in Bezug auf die Modellanpassung, kann aus der Darstellung in Abbildung 2 geschlossen werden, dass zwischen Coping-Stil und Psychologischer Anpassung ein überzufälliger Zusammenhang besteht. Alternativmodelle, welche einen direkten Einfluss von Alter und Krankheitsstadium auf die Psychologische Anpassung postulierten, konnten als weniger gut passend verworfen werden (Schnoll et al., 1998). Die im dargestellten Modell berichteten standardisierten Koeffizienten sollten an dieser Stelle nicht überbewertet werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen jedoch zumindest den Schluss zu, dass bei der untersuchten Stichprobe ein Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung und psychologischer Anpassung nicht grundsätzlich auszuschließen ist. Zusammen mit anderen ähnlichen Befunden (z. B. Muthny & Koch, 1998) macht dieses Resultat deutlich, dass bei onkologischen Erkrankungen eine bedeutsame Beziehung zwischen Krankheitsverarbeitung und der psychologischen Anpassung bzw. der Befindlichkeit von Patienten angenommen werden kann.

Ausgehend von dieser Feststellung kann weiter nach der Adaptivität spezifischer Coping-Stile gefragt werden. Die Diskussion um die Adaptivität bestimmter Coping-Stile ist im Rahmen der psychoonkologischen Forschung keineswegs abgeschlossen. Watson und Greer (1998) meinen die hohe Adaptivität der Coping-Strategien *Kampfgeist* (fighting spirit) und *Vermeidung* bzw. *Verleugnung* (avoidance/denial) für den Krankheitsverlauf empirisch belegen zu können. Ebenso gehen diese Autoren davon aus, dass *passive* Coping-Stile (Fatalismus, Ängstlichkeit und Hilf- bzw. Hoffnungslosigkeit) mit verschlechtertem Krankheitsverlauf einhergehen (Watson & Greer, 1998). Watson und Greer (1998) beziehen sich bei ihrer Zusammenstellung explizit nur auf die Adaptivität von Coping bezüglich des somatischen Krankheitsverlaufs. Heim (1998) konzentriert sich in seiner Übersicht auf die Auswirkungen von Coping auf psychosoziale Parameter und kommt trotzdem zu einem ähnlichen Schluss:

Gutes oder geeignetes Coping setzt ein aktives, zupackendes Verhalten der Patienten voraus, verbunden mit der Befähigung, soziale und emotionale Ressourcen zu mobilisieren, d. h. vom Umfeld Unterstützung zu erwirken. Eine realistische Einschätzung der Problemsituation und der sich daraus ergebenden Optionen trägt ebenso zur geeigneten Anpassung bei wie ein Akzeptieren unveränderlicher Bedingungen. Phasenbezogen kann auch Verleugnen oder Ablenken entlastend wirken. (S. 329)

Aus der Definition wird ersichtlich, dass trotz individueller und phasenbezogener Variabilität aktives Coping-Verhalten grundsätzlich positivere Effekte bezüglich der psychologischen Anpassung zu bewirken scheint. Demgegenüber stellt Heim (1998) zur Frage, welche Coping-Strategien zu negativen Veränderungen der psychosozialen Anpassung führen, fest:

Nachteilig oder ungeeignet ist passives Coping im Sinne von Resignation, Aufgeben, Hoffnungslosigkeit, sozialem Isolieren, Grübeln und Selbstanklage. Verleugnung, die über die Initialphase hinausdauert, kann (muß aber nicht) nachteilig sein, wie auch

u.U. Ablenken (von den Chancen und Aufgaben des Heilungsprozesses) ungünstig auf die psychosoziale Adaptation wirkt. (S. 329)

Insgesamt muss betont werden, dass die Adaptivität bestimmter Coping-Strategien abhängig ist von der Krankheitsphase und anderen, persönlichkeitspezifischen Faktoren. Zusammenfassend kann jedoch der Schluss gezogen werden, dass sich trotz verschiedenster theoretischer Konzeptionen des Krankheitsverhaltens aus empirischen Untersuchungen drei wesentliche Gruppen erkennen lassen, die in allen Konzeptionen gefunden werden können:

1. Aktive Problemlösung
2. Hoffnungslosigkeit, Aufgeben, depressiver Rückzug
3. Verleugnung, Bagatellisierung, Vermeidung

Die Adaptivität der aktiven Problemlösung kann, mit allen genannten Einschränkungen, relativ eindeutig als hoch beurteilt werden. Die Adaptivität der zweiten Krankheitsverarbeitungsstrategie (Hoffnungslosigkeit, Aufgeben, depressiver Rückzug) ist ebenfalls recht eindeutig als gering einzuschätzen. Dagegen scheint die Adaptivität der dritte Gruppe (Verleugnung, Bagatellisierung, Vermeidung) situationsabhängig stark variabel zu sein.

2. Psychologisches Screening (Reihenuntersuchung) von Patientengruppen

In der medizinischen Epidemiologie bezeichnet der Begriff *Screening-Verfahren* zeit- und kostengünstige Such- bzw. Siebttests an ausgewählten Populationen, die „insbesondere zur Erfassung eines klinisch symptomlosen oder prämorbidem Krankheitsstadiums“ (Pschyrembel, 1998, S. 1444) dienen. Im Rahmen der psychologischen Diagnostik ist der Begriff Screening nicht in dieser Form eindeutig festgelegt. In der vorliegenden Arbeit soll Screening als Reihenuntersuchung aller Patienten bezüglich ausgewählter Aspekte ihrer psychosozialen Befindlichkeit und des Krankheitsverhaltens verstanden werden.

In einem Überschneidungsfeld von Medizin und Psychologie, wie es der Bereich der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung darstellt, befinden sich psychologische Verfahren für die tägliche klinische Routineerhebung unter dem Stichwort der psychotherapeutischen Basisdokumentation bereits in der Praxiserprobung (Heuft et al., 1998). In denjenigen Bereichen des akutmedizinischen Versorgungssystems, welche nicht auf Psychiatrie oder Neurologie spezialisiert sind, wird psychologischen Aspekten von körperlichen Erkrankungen dagegen nur vereinzelt systematisch Aufmerksamkeit gewidmet (Herrmann et al., 1999). Eine Ausnahme bildet hier der onkologische Bereich, wo seit mehreren Jahren unter dem Stichwort Lebensqualität subjektiven psychologischen Aspekten zunehmend Beachtung geschenkt wird (Küchler et al., 1998).

2.1. Aufgaben des diagnostischen Screenings

Die spezielle Problemsituation chronisch körperlich kranker Patienten wurde bereits angesprochen. Während Patienten mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen häufig eigenmotiviert psychologische Hilfe suchen, werden vorhandene psychologische Angebote von chronisch somatisch Kranken, insbesondere von onkologischen Patienten, oft zu wenig genutzt (Fiegl et al., 1986). Dies kann verschiedene Gründe haben: Die Konfrontation mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, die Suche nach der richtigen Therapiemethode, die Ungewissheit hinsichtlich des Behandlungserfolgs über lange Zeiträume hinweg sind nur einige Aspekte, die viele Betroffene zu verarbeiten haben. Viele Patienten sind so in Anspruch genommen, dass die Möglichkeit eventuell sinnvoller psychologischer Unterstützung gar nicht erst erwogen wird. Weitere Probleme stellen Ängste vor der Auseinandersetzung mit einer chronischen körperlichen Erkrankung dar, wieder andere Patienten möchten nicht als psychisch bedürftig bzw. gar krank angesehen werden. Ein Teil der Patienten verfügt nicht über die notwendigen Informationen über mögliche Hilfsangebote.

Die genannten Aspekte können dazu führen, dass Patienten, die von einer psychologischen Unterstützung gut profitieren würden bzw. einer solchen Intervention sogar dringend bedür-

fen, ihre psychischen Belastungen herunterspielen und keine Unterstützung suchen. Einige Untersuchungen zum Krankheitsverhaltensverhalten zeigen, dass Verleugnungs-, oder Bagatellisierungstendenzen bei onkologischen Patienten häufig festgestellt werden können (Faller, 1998).

Die meisten Patienten können die auftretenden Krisensituationen aus eigener Kraft adäquat verarbeiten (Massie & Popkin, 1998). Gelingt einem Betroffenen die Anpassungsleistung nicht, könnte dieser von psychologischer Unterstützung profitieren. Es wäre somit von Vorteil, frühzeitig belastete Patienten zu identifizieren, um gezielte Unterstützungsangebote machen zu können. Wünschenswert wäre, von der Belastungssituation zu erfahren, bevor eine manifeste Überbelastung des Patienten ersichtlich wird. Die Aufgabe eines psychologischen Screenings könnte in diesem Zusammenhang sein, die psychosoziale Situation eines jeden Patienten auf wesentliche Aspekte hin kurz zu beleuchten. Jedem Patienten wäre so die Möglichkeit gegeben, seine psychosoziale Situation aktiv zu reflektieren, die eigene Selbsteinschätzung mitzuteilen und bei Bedarf Informationen bzw. Unterstützung zu erhalten. Eine ausführliche Übersicht über übliche psychologische Interventionsstrategien bei onkologischen Patienten und über empirische Studien zu deren Effektivität geben Fawzy et al. (1995).

Besondere Beachtung sollte im Rahmen eines Routine-Screenings den Verzerrungstendenzen bei der Selbsteinschätzung geschenkt werden. Diese Verzerrungen äußern sich häufig in Form von Bagatellisierungstendenzen. Zabora (1998) merkt hierzu an: „Another challenge for the health care team is a patients' inability or unwillingness to share his/her distress. Quite often, patients intentionally conceal their distress and suppress their emotional concerns. Their motivation to do so is understandable“ (S. 654).

Dabei muss betont werden, dass die Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich seiner subjektiven Befindlichkeit nicht angezweifelt werden sollte. Im Falle von Patienten jedoch, die belastet sind, ihre Belastung aber nicht äußern (können), erscheinen spezielle Interventionen sinnvoll, um z. B. Betroffenen gezielt die Angst vor einer Beschäftigung mit psychologischen Aspekten ihrer Erkrankung zu nehmen. Eine solche diagnostische Aufgabe scheint nur im Zusammenhang mit diagnostischen Urteilen von Außenstehenden realisierbar. Fremdbeobachter könnten im Rahmen eines psychologische Screenings *zusätzlich* um eine Einschätzung der Situation des Patienten gebeten werden.

2.2. Zielkonstrukte im Rahmen des psychologischen Screenings

An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, welche psychologischen Konstrukte im Rahmen eines Screenings von chronisch körperlich kranken Patienten erhoben werden sollten. Wesentliche Ziele bisheriger Forschungsbemühungen zur Frage des psychologischen Screenings bei chronisch Kranken stellen Teilaspekte der emotionalen Befindlichkeit (z. B.

Angst, Depressivität; Carrol, Kanthol, Noyes, Wald & Clamon, 1993), das Gesamtbefinden bzw. die Lebensqualität und Aspekte der Krankheitsverarbeitung dar.

Screening-Daten könnten im wesentlichen dazu genutzt werden, Patienten zu identifizieren, welche aktuell einer weiterführenden psychologischen Diagnostik bzw. eines psychologischen Unterstützungsangebotes bedürfen oder während der weiteren Behandlung einen solchen Bedarf entwickeln könnten. Wie Derogatis et al. (1983) in der beschriebenen Untersuchung zeigen konnten, sind dabei die meisten psychopathologischen Symptome als Reaktionen auf die Erkrankung zu interpretieren und haben die Form von emotionalen Belastungen. Diese Autoren zeigen in ihrer Untersuchung jedoch auch, dass bei einem Teil der Patienten mit einer vorbestehenden psychischen Störung gerechnet werden muss.

Daraus kann abgeleitet werden, dass die aktuelle *Emotionale Befindlichkeit* eines der wichtigen zu screenenden Konstrukte ist. Aus einer ausführlichen Literaturübersicht der Prävalenz von Depressionen bei Krebspatienten ziehen Sellick und Crooks (1999) den Schluss, dass im Rahmen der täglichen medizinischen Behandlungsroutine auf Screening depressiver Symptome mittels Fragebögen und regelmäßiger Nachfragen bei onkologischen Patienten nicht verzichtet werden sollte.

Geht man davon aus, dass Menschen auch in Krisensituationen zu aktiver Problemlösung fähig sind, rücken darüber hinaus auch kognitive Verhaltensaspekte in den Fokus. Es erscheint sinnvoll, auch Krankheitsverarbeitungsstrategien zu erfassen, da sie im Sinne psychologischer Stresstheorien (z. B. transaktionales Stressmodell von Lazarus, 1993) wesentliche vermittelnde Funktion für die emotionale Befindlichkeit haben (Merluzzi & Martinez-Sanchez, 1997). Zudem stellen sie Ansatzpunkte für gezielte psychologische Interventionen dar.

Weitere wichtige Aspekte aus dem Bereich eher kognitiver Konstrukte stellen die *Compliance* bzw. die Bereitschaft, bei der Behandlung mitzuarbeiten (Kunkel, Woods, Rodgers & Myers, 1997), und der *Informationsstand* bezüglich der Erkrankung dar. Richardson und Sanchez (1998) betonen die Bedeutung des Informationsstandes für die Compliance bei onkologischen Patienten, die sich einer chemotherapeutischen Behandlung unterziehen müssen:

Although patients may self-regulate their own compliance on the basis of their own values, the costs of complying, and their understanding of the disease and its treatment, clear and accurate communication of information is critical. ... It is important ... to improve their understanding ... so they can become cooperative participants in their own treatment. (S. 75)

Zusammenfassend können folgende wichtige psychologische Aspekte benannt werden, die im Rahmen eines Screenings der psychosozialen Befindlichkeit erfasst werden sollten:

1. Emotionale Befindlichkeit
2. Krankheitsverarbeitung
3. Compliance
4. Informationsstand

5. Soziale Unterstützung
6. Psychische Vorbelastung
7. Demografische Daten

Beim Screening erhobene Konstrukte stellen notwendigerweise immer nur eine Auswahl dar. Es ist nötig, die Auswahlkriterien bei der hier genannten Aufzählung festzulegen. Es sollten die für die Bewältigung der aktuellen Krankheitssituation direkt relevanten Aspekte erfasst werden. Als Minimalkriterium kann die unmittelbare Bedeutung für den ungestörten Ablauf der medizinischen Behandlung angesehen werden.

2.3. Methoden des psychologischen Screenings in der somatischen Medizin

Über die Methodik des Screenings scheint in der Literatur aufgrund der Anforderungen der systematisierten Vergleichbarkeit, Effektivität und Effizienz kaum Uneinigkeit zu herrschen: Fragebogentechniken bilden hier den besten Kompromiss (Zabora, 1998). Im Einzelfall ist die Entscheidung jedoch abhängig von den anvisierten Zielen, denn die verschiedenen psychologischen Erhebungstechniken haben unterschiedliche, sich z.T. ausschließende Qualitäten (Fisseni, 1997):

1. Standardisierte Befragungstechniken (z. B. Fragebögen, Test) erlauben eine größere Vergleichbarkeit zwischen Messungen und sind schnell durchzuführen. Sie geben aber die Beurteilungskriterien vor und schränken die individuellen, subjektiven Variationen der Einschätzung ein.
2. Interviewtechniken erlauben es den Befragten, ihre eigenen Beurteilungskriterien zu nutzen, was die interindividuelle Vergleichbarkeit stark einschränken kann.
3. Halbstandardisierte Interviewtechniken bilden einen Kompromissansatz, wobei in der Regel bestimmte Fragenbereiche vorgegeben, aber offene Antworten möglich sind. Dieses Vorgehen bietet gegenüber reinen Interviewtechniken eine größere Vergleichbarkeit.

Fragebögen sind somit unter dem Aspekt der inhaltlichen Validität nicht die optimale Methode, beim Screening großer Patientenkollektive stellen sie aber die vergleichsweise effizientere Variante dar. So ist jedoch insbesondere bei dem Versuch, die erhobenen Screening-Daten auch für die Betreuung einzelner Patienten zu verwenden, durchaus zu fragen, ob nicht standardisierte Interviewtechniken - zumindest zusätzlich - eingesetzt werden sollten.

Es ist kritisch anzumerken, dass empirische Ergebnisse der Coping-Forschung im Bereich chronischer Krankheiten nicht nur zwischen unterschiedlichen Beobachterperspektiven (Selbst- versus Fremdbeobachtung) häufig Differenzen zeigen, sondern auch zwischen Einschätzungen, die mittels standardisierter Verfahren und Interviewtechniken erhoben wurden. Es kann angenommen werden, dass dies auch für andere psychologische Konstrukte gilt.

Tabelle 1: Psychologische Kurzfragebögen in der somatischen Medizin (dt. Sprachraum)

Name	Selbst/ Fremd	Konstrukte	Zielgruppe	Fragen- anzahl
Quality of Life Questionnaire C-30 der EORTC	S	Lebensqualität	onkologische Patienten	30
Hornheider Fragebogen - Kurzform	S	Betreuungs- bedürftigkeit	stationäre Hauttumor- patienten	12
Hospital Anxiety and Depression Scale - dt. Fas- sung	S	Depression, Angst	Patienten in der soma- tischen Medizin	14
Skalen zur Erfassung der Lebensqualität	S	Lebensqualität	Patienten in der soma- tischen Medizin	28
Fragen zur Lebenszufriedenheit	S	Lebenszufriedenheit	Patienten in der soma- tischen Medizin	17
Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung - Kurzform	S und F	Krankheitsverarbeitung	Patienten in der soma- tischen Medizin	35

Anmerkungen. Selbst/Fremd = Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung, S = Selbsteinschätzung, F = Fremdeinschätzung, dt. = deutsche, C-30 = Core 30, EORTC = European Organisation for Research an Treatment of Cancer.

Beim Screening psychologischer Befindlichkeit im medizinischen Bereich scheint sich dabei die Tendenz zu kürzeren Fragebögen durchzusetzen (Gotay & Stern, 1995). Die Patienten sind häufig mit Abläufen der medizinischen Diagnostik und Therapie stark beschäftigt bzw. teilweise belastet und zeigen oft wenig Motivation, sich durch zusätzliche, aufwendige Befragungen in Anspruch nehmen zu lassen. Die Bedeutung der Frage, wie schnell die eingesetzten Fragebögen von den Befragten ausgefüllt werden können, wird dabei sofort evident. Würden gerade hoch belastete Patienten aus den genannten Gründen die Befragung ablehnen oder abbrechen, müsste nicht nur mit einer großen Anzahl fehlender Daten, sondern auch mit Selektionseffekten gerechnet werden: Eben jene Patienten, welche der Untersucher zu identifizieren beabsichtigt, würden gar nicht erst durch die Befragung erfasst.

Dieses Konzept von - aus der Sicht traditioneller psychologischer Diagnostik sehr kurzen - Fragebögen setzt sich in der aktuellen psychologisch-medizinischen Diagnostik immer mehr durch, was aus neueren Fragebögen ersehen werden kann, die wissenschaftliche Beachtung gefunden haben. Eine Übersicht englischsprachiger Kurzfragebögen findet sich bei Zabora (1998), die Übersicht ausgewählter deutschsprachiger Kurzfragebogen-Verfahren in Tabelle 1 verdeutlicht die beschriebene Tendenz.

Die Darstellung in Tabelle 1 zeigt zudem, dass die Einschätzungen der jeweiligen Konstrukte bislang in der Regel mittels Selbsteinschätzungen vorgenommen werden. Anknüpfend an bisher präsentierte Überlegungen wird in Kapitel 3 auf Aspekte der Selbst- und Fremdeinschätzung in der psychologischen Diagnostik eingegangen.

2.4. Das John Hopkins Psychosocial Screening Program

An dieser Stelle soll beispielhaft auf das Screening-Programm am John Hopkins Hospital in Baltimore, USA, (Zabora, 1998) eingegangen werden, da es einige Kernprobleme des Screenings psychosozialer Befindlichkeit und mögliche Lösungen zu verdeutlichen helfen kann. Einen ähnlichen Screening-Ansatz bei onkologischen Patienten beschreiben Carrol et al. (1993).

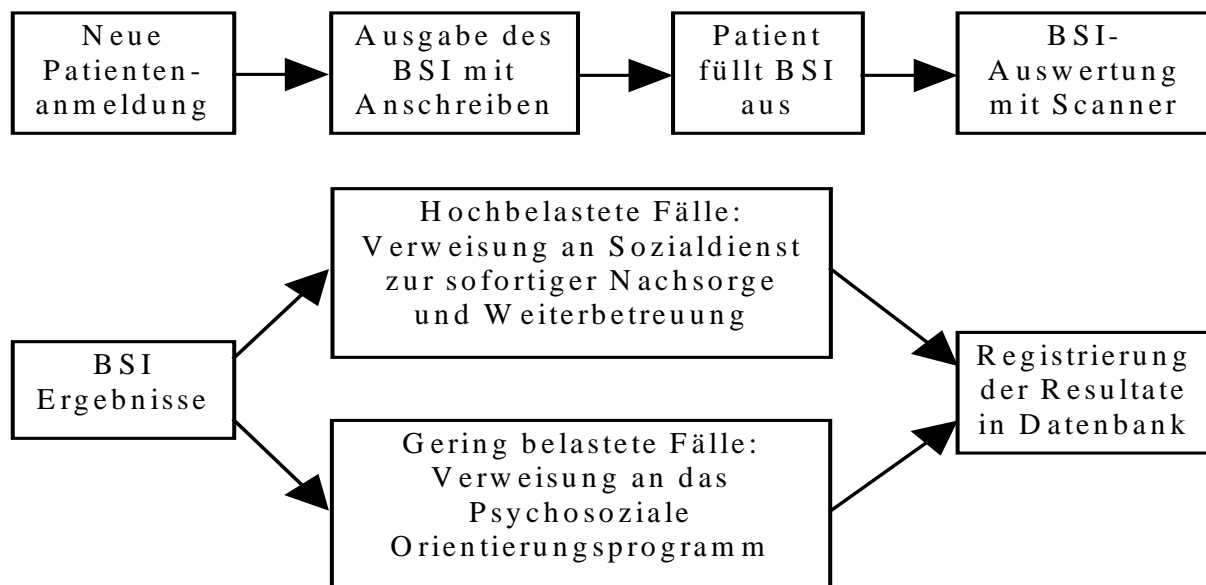


Abbildung 3: Ablaufschema der Patientenbefragung und der Patienteneinteilung beim psychosozialen Screening-Programm am John Hopkins Hospital in Baltimore, MD, USA

Anmerkungen. BSI = Brief Symptom Inventory Aus *Psycho-Oncology* (S. 659) von J. C. Holland (Ed.), 1998, New York: Oxford University Press. Copyright 1998 by Oxford University Press, Übers. v. Verf.

Das psychosoziale Screening-Programm wird am John Hopkins Hospital seit mehreren Jahren routinemäßig eingesetzt und kann als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses angesehen werden. Im angegliederten Krebszentrum werden jährlich mehr als 4 000 neue Patienten behandelt. Wichtige Aspekte des Programms können in Abbildung 3 abgelesen werden. Hier werden der Ablauf des Screening schematisch skizziert und die Indikationsstellung anhand der Screening-Ergebnisse vorgestellt.

Der verwendete Fragebogen ist das Brief Symptom Inventory, ein Fragebogen mit 53 Fragen, bei dem 10 Unterskalen und mehrere Gesamtindizes gebildet werden. Das Screening-Instrument wird beim ersten oder zweiten Besuch des Krankenhauses durch das Personal an Patienten ausgegeben, was sich als eine kostengünstige Alternative herausgestellt hat. Als wenig effektiv hatte sich die postalische Vorabbefragung mittels des Brief Symptom Inventory erwiesen. Es werden grundsätzlich alle Patienten befragt.

Die in Abbildung 3 dargestellte Einteilung der Befragten in hoch belastete und niedrig belastete Patienten geschieht anhand von Schwellenwerte bei den Gesamtindizes. In einer Stichprobe von $N = 2\,388$ Patienten ergaben sich die höchsten Belastungswerte für Patienten mit Bronchialkarzinomen. Insgesamt wurde ein Drittel aller Befragten als psychisch belastet eingestuft. Patienten, die als belastet eingestuft werden, bekommen erst an dieser Stelle ein gezieltes professionelles Betreuungsangebot durch Fachpersonal. Alle anderen Patienten nehmen am Informationsprogramm der Klinik teil.

2.5. Schlussfolgerungen zum psychologischen Screening bei chronisch Kranken

Die Vorteile eines routinemäßigen Screenings psychosozialer Befindlichkeit von somatisch chronisch Kranken lassen sich besonders gegenüber dem status quo in deutschen Gesundheitswesen hervorheben. Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass auf Seiten der Patienten die psychische Belastung oft nicht ausreichend beachtet bzw. nicht nach außen kommuniziert wird, obwohl viele empirische Untersuchungen einen Betreuungsbedarf signalisieren. Andererseits werden psychische Befindlichkeitsaspekte vom Behandlungsteam oft nicht ausreichend gewürdigt bzw. in ihrer diagnostischen Dignität nicht korrekt eingeordnet.

Eine Betreuung durch punktuell auftretenden Liaison-Dienste wird jedoch nur Patienten zuteil, auf die die professionellen Betreuer auch hingewiesen werden. Andererseits würde eine regelmäßige Untersuchung aller Patienten durch psychologisches Fachpersonal die ökonomischen Ressourcen überschreiten und ineffizient sein, da grundsätzlich nur ein Teil der Patienten als betreuungsbedürftig gelten kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass ein Screening aller Patienten aus fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten eine gute Kompromisslösung darstellt.

In diesem Kapitel wurde dabei auf mögliche psychologische Verfahren hingewiesen und es wurden Aspekte des Screening-Ablaufs angesprochen. Dabei wurde deutlich, dass Scree-

ningVerfahren relativ kurz konzipiert werden müssen. Es können nur Teilaspekte des psychischen Befindens abgefragt werden, was zu Einschränkungen bei der Reliabilität und der Validität des diagnostischen Urteils führen kann. Problematisch ist ferner die fragliche Auskunftsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Patienten, dies kann die Validität einer Kurzbefragung weiter einschränken. Diese Ausgangslage lässt Maßnahmen sinnvoll erscheinen, welche die Reliabilität und die Validität des diagnostischen Screening-Urteils zu sichern helfen. In Kapitel 3 werden aus diesem Grunde theoretische Überlegungen präsentiert, die die Möglichkeiten der Nutzung einer zusätzlichen Fremdbeobachterperspektive beim Screening untersuchen.

3. Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Diagnostik

Die Zielobjekte psychologischer Diagnostik sind Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens, deren Operationalisierung und Erhebung nicht immer eindeutig sein kann. Häufig handelt es sich um nicht unmittelbar beobachtbare, subjektive Konstrukte. Neben der Selbstbeobachtung kommt somit der Fremdbeobachtung eine wichtige diagnostische Rolle zu (Fisseni, 1997). Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der diagnostischen Selbstbeobachtung bzw. Selbsteinschätzung im Zusammenhang mit der diagnostischen Fremdbeobachtung bzw. Fremdeinschätzung. Fisseni (1997) beschreibt Selbst- und Fremdbeobachtung als Teilaspekte jeder diagnostischen Beobachtung.

Prozesse der Selbst- wie der Fremdbeobachtung sind dabei nicht unabhängig von subjektiven Wahrnehmungsmustern und individuellen Interessenslagen. Somit können Wahrnehmungsverzerrungen resultieren. Grundsätzlich kann jedoch ein Informationsgewinn erwartet werden, wenn beide Beobachtungsarten herangezogen werden.

3.1. Selbst- und Fremdeinschätzung bei somatisch chronisch kranken Patienten

Bei Patienten mit chronischen Erkrankungen können, je nach Krankheitsstadium, Prozesse der bewussten wie der nicht bewussten Krankheitsverarbeitung die Selbstwahrnehmung bzw. Selbstbeschreibung beeinflussen. Am Beispiel onkologischer Patienten wird die Wichtigkeit dieser Problematik sehr deutlich (Kreitler, 1999). Innerpsychische Coping- bzw. Abwehrprozesse können beispielsweise zu Verleugnungstendenzen führen. Empirische Untersuchungen belegen, dass Tumorpatienten mit zunehmender Schwere der Erkrankung immer weniger Symptome berichten (Koller, 1998). Aus diesem Grund wird versucht, die Selbstbeschreibungen von Patienten durch Einschätzung von Fremdbeobachtern (Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, etc.) zu ergänzen (z. B. Kusch, Labouvie, Fleischhack & Bode, 1996). Es erscheint dabei sinnvoll, mehr als nur einen Beobachter mit einzubeziehen: „Dabei lautet ein Postulat, dass die Fremdbeobachtung *eines* (kompetenten) Beobachters kontrolliert werden soll durch die Fremdbeobachtung *anderer* (kompetenter) Beobachter“ (Fisseni, 1997, S. 144-145). Es ist zu beachten, dass mehrere Beobachter im strengen Sinne nie gänzlich übereinstimmen können, da sich ihre Beobachtungspositionen nie vollständig decken.

Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zeigen, dass die Einschätzungen der verschiedenen Beobachtergruppen teilweise recht stark differieren. Diese Unterschiede zeigen sich sowohl zwischen (a) Angehörigen und Patienten (Faller, Lang & Schilling, 1998), als auch zwischen (b) Behandlern und Patienten (Newell, Sanson-Fisher, Girgis & Bonaventura, 1998).

Die Differenzen zeigen sich ferner sowohl bei der emotionalen Befindlichkeit als auch bei der Krankheitsverarbeitung (Faller, 1995). Muthny (1988) befragte $N = 91$ Patienten, 2 Ärzte und

3 Krankenschwestern zur Krankheitsverarbeitung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Dabei unterschieden sich die drei Gruppen zum Teil erheblich in ihrer Einschätzung des Vorkommens von Modi der Krankheitsverarbeitung sowie bezüglich deren Faktorenstruktur und Adaptivität. Während die Patienten selbst hohe Ausprägungen von Vertrauenssetzung, Compliance, Kampfgeist und Selbstermutigung berichteten, standen in der Wahrnehmung der Ärzte eher Dissimulation, depressive Verarbeitung, Gefühlskontrolle und Ablenkung im Vordergrund. Röthlisberger (1993) fand bei einem Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung des Bewältigungsverhaltens von Dialyse- und Tumorpatienten eine signifikant höhere Selbsteinschätzung bei sozial erwünschten Coping-Strategien.

Unterschiede zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung zeigen sich auch bei Verlaufs- bzw. Veränderungsuntersuchungen. In einer Metaanalyse zur Frage der Effektivität psychologischer Interventionen in Abhängigkeit vom Lebensalter ergaben sich Differenzen in der Effektstärke der Minderung depressiven Erlebens (Pinquart, 1998). Während die Betroffenen selbst unabhängig vom Lebensalter eine Reduktion der Depression berichten, fällt diese aus Sicht von Fremdbeurteilern mit steigendem Alter deutlich geringer aus. Dieses auf 94 Untersuchungen basierendes Ergebnis zeigt sehr deutlich die Bedeutung von Fremdbeurteiler-Informationen bei der Suche nach einer adäquaten diagnostischen Entscheidung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Differenz zwischen der Selbsteinschätzung der Patienten und der Fremdeinschätzung durch Außenstehende in Bezug auf Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität eine empirisch gut gestützte Beobachtung darstellt (Heim, 1998).

3.2. Beurteilungsdifferenzen bei chronisch Kranken - Erklärungsversuche

Faller et al. (1998) konnten in einer Untersuchung an $N = 120$ Bronchialkarzinompatienten einen systematischen Unterschied zwischen den Einschätzungen der Patienten einerseits und den Einschätzungen von Ärzten, Pflegepersonal, Angehörigen und Interviewer andererseits bei der Beurteilung der emotionalen Belastung von Patienten feststellen. Die Patienten schätzten sich selbst als signifikant weniger belastet ein, als die externen Beurteiler dies taten. Diese Diskrepanz werde in der Forschung traditionellerweise als Verleugnung seitens des Patienten ausgelegt. Die Autoren weisen bei der Erklärung der Ergebnisse jedoch darauf hin, dass auch auf Seiten der externen Beobachter Prozesse wirksam sein könnten, welche die Einschätzungen beeinflussen. Beim medizinischen Personal (Ärzte und Pflegekräfte) muss vermutet werden, dass „ihr Urteil vor dem Hintergrund des Wissens um die ungünstige Prognose der Erkrankung“ (Faller et al., 1998, S. 42) verzerrt sein kann. Diese Überlegungen können die beiden oben skizzierten Alternativerklärungen (Verleugnung des Patienten versus Überschätzung der Belastung durch Fremdbeobachter) des Differenzphänomens nicht abschlie-

ßend klären. Auch die so erhobenen Angaben könnten durch Verleugnungseffekte auf Seiten der onkologischen Patienten beeinflusst sein.

Die Schlussfolgerungen von Faller et al. (1998) zeigen auf treffende Weise den Stand der aktuellen Forschung zur Erklärung der Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen bei chronisch Kranken. Es sind weitere theoretische Aspekte zu untersuchen, bevor hier klare Antworten erwartet werden können. So bleibt zu fragen, in welchem Ausmaß Patienten in der Lage sind, die eigene Gefühlslage zu erkennen und mitzuteilen (Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999). Zu erforschen bleiben ferner die innerpsychischen Verzerrungsprozesse bei der Selbstbeobachtung chronisch Kranker. In Hinsicht auf die Fremdbeobachter bleibt zu klären, welche psychologischen Aspekte der subjektiven Befindlichkeit überhaupt erfassbar sind (Merluzzi & Martinez-Sanchez, 1997). Eine wichtige Frage ist auch die in der Untersuchung von Muthny (1988) aufgezeigte Diskrepanz in der innerpsychischen Interpretation der gleichen Fragestellungen zwischen Selbst- und Fremdbeobachtern.

Derzeit kann die Schlussfolgerung aus der wiederholt beobachteten Differenz zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung bei chronisch kranken Patienten nur sein, dass beide Beobachtungstypen in Forschungsvorhaben eingehender zu untersuchen sind.

3.3. Mögliche psychologische Verzerrungstendenzen beim Beobachtungsprozess

Fisseni (1997) weist auf mögliche Einfluss- und Verzerrungstendenzen beim Prozess der diagnostischen Beobachtung im allgemeinen hin. Diese sollen hier berichtet werden, da sie in abstrakterer Form die Dimensionen möglicher Wahrnehmungsverzerrungen auf Seiten der Fremdbeobachter, jedoch auch auf Seiten der Selbstbeobachter herausstellen:

1. **Zentrale Eigenschaftsdimension:** Eine Eigenschaft bestimmt die Wahrnehmung anderer Eigenschaften überproportional. Dieser empirisch gut belegte Effekt (Asch, 1946) spielt im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen eine sehr wichtige Rolle. Gerade bei Krebskranken verfärbt die Eigenschaft *krebskrank* oft die Wahrnehmung aller anderen Eigenschaften einer Person (Faller, 1998).
2. **Der Halo-Effekt (Hof-Effekt):** Aus dem Vorliegen einer Eigenschaft wird auf die Koexistenz anderer Eigenschaften geschlossen (z. B. „Wer Krebs hat, ist auch immer depressiv“).
3. **Positionseffekte:** Erster oder letzter Eindruck sind Beispiele für den Einfluss von Positionseffekten.
4. **Milde-/Strenge-Effekt:** Gemeint ist eine unterschiedliche Gewichtung von Eigenschaften in Abhängigkeit von der Erwünschtheit dieser Eigenschaften auf Seiten des außenstehenden Beobachters. Die Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu geben, kann Selbsteinschätzungen ebenso beeinflussen (Rathner, Zangerle, Rainer & Dunkel, 1998).

5. Zentrale Tendenz (zur Mitte): Dieser häufig bei Fragebögen zu beobachtende Effekt besagt, dass extreme Urteile eher vermieden werden als neutrale.
6. Kontrast-/ Ähnlichkeitsfehler: Beobachter entdecken bei Beobachteten Eigenschaften, die sie selbst nicht besitzen (Kontrastfehler) oder die ihnen von sich selbst sehr vertraut sind (Ähnlichkeitsfehler). Der Kontrastfehler bei der Beurteilung der Situation von Krebskranken kann beispielsweise darin bestehen, dass nach abgrenzenden Merkmalen gesucht wird (z. B. „Der Betroffene war Raucher“).
7. Erwartungen des Beobachters (self-fulfilling prophecy): Eigene Erwartungen des Beobachters beeinflussen im vorhinein die Wahrnehmung des Beobachters, ohne dass dieser die Kausalitätskette reflektiert.

Die Aufzählung möglicher Einschätzungsfehler macht deutlich, dass mit Unterschieden zwischen Beobachtern gerechnet werden muss. Handelt es sich zudem um Selbst- versus Fremdbeobachtung, so müssen noch zusätzliche Faktoren miteinbezogen werden. Es erscheint plausibel, dass die Beobachtung bzw. Einschätzung bestimmter Eigenschaften der eigenen Person in einem höheren Ausmaß durch die eigene emotionale Situation beeinflusst ist als die Fremdeinschätzung.

3.4. Schlussfolgerungen zur Selbst- und Fremdbeobachtung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Differenzen zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung bei der Beurteilung der psychologischen Befindlichkeit und des Krankheitsverhaltens bei chronisch somatisch Kranken eine empirisch gut abgesicherte Beobachtung darstellen. Die Hintergründe dieses Phänomens sind bislang nicht eindeutig geklärt.

Anhand einiger empirischer Untersuchungen kann auf eine positive Nutzbarkeit dieser Einschätzungsdifferenz geschlossen werden. Schüssler (1993) verglich anhand einer Untersuchung bei verschiedenen Krankheitsbildern (rheumatoide Arthritis, Coxarthrose und Sarkoidose) die Selbst- und die Fremdeinschätzung der Krankheitsverarbeitungsmuster von Patienten. Dabei zeigte sich, dass die Fremdeinschätzungen deutlich zwischen Krankheitsverarbeitungsmustern differenzierten, während die Selbsteinschätzungen sich kaum unterschieden. Die Schlussfolgerung, dass die Hinzunahme der Fremdbeobachterperspektive bei der Beurteilung der Krankheitsverarbeitung wichtige Zusatzinformationen über die Situation von Patienten mit chronischen Erkrankungen liefert, erscheint gerechtfertigt.

4. Methodische Aspekte der Messung von Beobachterübereinstimmung

Sollen diagnostische Informationen mehrerer Beobachter im Rahmen einer empirischen Untersuchung verwertet werden, erscheint es sinnvoll, das Ausmaß der Beobachterübereinstimmung zu quantifizieren bzw. messbar zu machen. In diesem Kapitel soll die Bestimmung der Beobachterübereinstimmung aus statistischer Sicht beleuchtet werden.

Die methodische Bestimmung der Beobachterübereinstimmung ist zu unterscheiden von korrelativen Techniken, welche Ähnlichkeiten bzw. Zusammenhänge zwischen Merkmalen messen. Werden dagegen ein oder mehrere Objekte anhand eines oder mehrerer Merkmale durch mehrere Beobachter beurteilt, so ist die Frage von Interesse, in welchem Ausmaß diese Urteile übereinstimmen - es wird nach der *Urteilerkonkordanz*, allgemeiner nach der *Urteilskonkordanz* gefragt. Die Messung der Urteilskonkordanz stellt eine mögliche Teilfrage aus dem Bereich der statistischen Konkordanz- bzw. Ähnlichkeitsmessung in der psychologischen Forschung dar (Bortz & Döring, 1995).

4.1. Schema möglicher Fragestellungen zur Urteilskonkordanz

Zur Veranschaulichung der grundsätzlichen Problematik seien nachfolgend drei Dimensionen genannt, anhand derer mögliche Fragestellungen verallgemeinert eingeordnet werden können (Bortz, Lienert & Boehnke, 1990). Aus folgenden drei Dimensionen sind dabei theoretisch Kombinationen möglich:

1. 1 bis m Beurteiler (z. B. Ärzte, Pfleger)
2. 1 bis n Beobachtungsobjekte (z. B. Patienten)
3. 1 bis k Merkmale (z. B. Items oder Skalen)

Wird jeweils eine der drei Dimensionen konstant bei $d = 1$ gehalten, wird das theoretische Feld möglicher unterschiedlicher Fragestellungen ersichtlich, die mit Konkordanz- bzw. Ähnlichkeitsmaßen beantwortet werden können. Viele wissenschaftliche Veröffentlichungen behandeln die Frage der Beobachterübereinstimmung insbesondere im Zusammenhang mit der Reliabilitätsbestimmung von standardisierten Befragungsmethoden mittels der Interrater-Reliabilität (z. B. Dreesen & Arntz, 1998).

4.2. Beobachterübereinstimmung und Skalenniveau

Je nach dem zugrunde liegenden Skalenniveau und der Anzahl der Beobachter werden in der Literatur unterschiedliche statistische Verfahren vorgeschlagen. Folgende Datenniveaus müssen unterschieden werden:

1. Nominalskala: Daten können mehreren Kategorien zugeordnet werden, die jedoch nicht relational in irgendeinem Maß aufeinander bezogen werden (z. B. Häufigkeit verschiedener Autoklassen).
2. Ordinalskala: Daten werden distinkten Kategorien zugewiesen, die relational aufeinander bezogen sind (z. B. die Kategorien wenig, mehr oder viel mehr).
3. Intervallskala: Die Differenzen zwischen Ausprägungen werden als gleich bzw. vergleichbar angenommen.
4. Verhältnisskala: Die Verhältnisse zwischen Datenpunkten werden als gleich angenommen, d.h. die Skala hat einen absoluten Anfangspunkt (z. B. Länge).

Die Skalen unter Punkt 3. und 4. werden in der Literatur auch unter dem Oberbegriff Kardinalskalen zusammenfassen (Bortz & Döring, 1995).

4.3. Verfahren zur Messung der Beobachterübereinstimmung

Das Skalenniveau der Daten ist nur eines von mehreren Auswahlkriterien für Verfahren zur Bestimmung der Beobachterübereinstimmung. Es dient jedoch in diesem Kapitel als Ordnungskriterium für die vorgestellten Verfahren. Die in Tabelle 2 dargestellten Verfahren stellen eine Auswahl von Methoden zur Bestimmung der Beobachterübereinstimmung dar. Insbesondere der *Kappa*-Koeffizient hat in der Literatur eine sehr rege Diskussion ausgelöst. Es gibt eine Reihe von Kritikpunkten und verschiedener Konzeptionen, die nur stichprobenartig in der nachfolgenden Tabelle erfasst werden sollen. So sind beispielsweise die Ergebnisse des klassischen *Kappa*-Koeffizienten (Cohen, 1960) nicht unmittelbar vergleichbar mit dem *multiplen Kappa*-Koeffizienten (multi-rater kappa; Siegel & Castellen, 1988) welcher für die Messung der Beobachterübereinstimmung bei mehr als zwei Beurteilern entwickelt wurde. Der *gewichtete Kappa*-Koeffizient (weighted kappa; Cohen, 1968) wiederum weist in seinen Ausprägungen (unter bestimmten Konstellationen) Ähnlichkeiten zu Ergebnissen der aus dem Bereich der Reliabilitätsbestimmung bekannten *Intra-Klassen-Korrelation* auf. Mittels des gewichteten *Kappa*s gewonnene Resultate können gar identisch mit denen einer klassischen Korrelationsberechnung sein, wenn nämlich eine quadratische Gewichtung der Differenzen gewählt wird (Hall, 1974).

Nicht gesondert aufgeführt werden an dieser Stelle Maße der Übereinstimmung von Rangdaten, welche nur selten bei der Berechnung der Beobachterübereinstimmung herangezogen werden (sollten), da sie wie z. B. der *Gamma*-Koeffizient (oder sein Spezialfall, das *Yule's Q*) Bindungen (ties) ignorieren und dadurch bei bestimmten Daten automatisch höhere Zusammenhangswerte errechnen können (Benninghaus, 1998). Diese Berechnungsformeln werden häufig bei der Bestimmung der Beobachterübereinstimmung bei klinisch-psychologischen Fragebogenverfahren angewandt. Aus den genannten Gründen können diese Verfahren jedoch das Ausmaß der Beobachterübereinstimmung überschätzen.

Tabelle 2: Verfahren zur Bestimmung der Beobachterübereinstimmung

Skalen-niveau	Verfahren	Beurteiler-zahl	Prinzip	Autoren
Nominal	Kappa	2	Erreichte Konkordanz in Relation zu erwarteter zufälliger Konkordanz	(Cohen, 1960; Kraemer, 1982)
	Multiples Kappa	≥ 2	(s.o.) für mehr als zwei Beobachter	(Fleiss, 1971; Siegel & Castellen, 1988)
	Rho-Koef	≥ 2	Rangkorrelation	(Spearman, 1904)
Ordinal	Gewichtetes Kappa	2	(s.o. Kappa) mit Gewichtung der Abweichungen	(Cohen, 1968; Hall, 1974)
	W-Koef	> 2	Varianz der empirischen Rangsummen durch maximal mögliche Varianz der Rangsummen	(Kendall, 1963)
	Intra-Klassen-Korrelation	≥ 2	Varianz der Merkmale durch Varianz der Merkmale + Fehler	(Shrout & Fleiss, 1979)
Kardinal	Einfaktorielle Faktorenanalyse	≥ 2	Ladungen der Beobachter auf einem gemeinsamen Faktor	(Uebersax, 1988)

Anmerkung. Koef = Koeffizient.

Wichtiges Kriterium bei der Auswahl des methodischen Vorgehens ist auch die Zahl der Beobachter, deren Übereinstimmung beurteilt werden soll. Der klassische Kappa-Koeffizient ist auf zwei Beobachter hin ausgerichtet. Hofstätter und Wendt (1974) und Bortz (1996) empfehlen bei ordinalem Datenniveau und mehr als zwei Beobachtern den W-Koeffizienten von Kendall (1963).

Nicht alle Weiterentwicklungen der in Tabelle 2 genannten Koeffizienten müssen an dieser Stelle berücksichtigt werden, denn die hier vorgestellten Verfahren können als weiterhin aktuell bezeichnet werden. Nicht berücksichtigt wurden in Tabelle 2 neuere Ansätze aus dem Bereich latenter Modelle (Uebersax, 2000), speziell der *Latente-Klassen-Analyse*. Des weite-

ren wurden von einigen Autoren log-lineare Modelle als Erweiterungen der hier berichteten Maße für ordinale Variablen vorgeschlagen (Agresti, 1988). Wichtige Aspekte der Beurteilung von Selbst- und Fremdeinschätzungen derselben Eigenschaften mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse wurden von Rudinger und Dommel (1985) aufgezeigt.

4.4. Methodenwahl bei der Messung von Beobachterübereinstimmung

In diesem Teilkapitel sollen einige Besonderheiten des Vorgehens bei der Bestimmung der Beobachterübereinstimmung angesprochen werden. So ist zu beachten, dass es verschiedene Entwürfe zur Messung der Beobachterübereinstimmung gibt. Von einem „goldenen Standard“ kann diesbezüglich bislang kaum gesprochen werden. Dies gilt unabhängig vom Skalenniveau der Daten.

Eine wichtige Frage stellt sich bei der Entscheidung, ob man die Beobachterübereinstimmung so verstehen will, dass Urteile nur im Falle einer *absoluten* Übereinstimmung als konkordant verstanden werden, oder ob auch die *Ähnlichkeit* von Urteilen in die Definition konkordanter Urteile einbezogen wird. Diese Frage hängt nur teilweise vom Skalenniveau der Daten ab. Der hier genannte Unterschied kann leicht anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: Benutzt man z. B. korrelative Techniken, kann eine hohe Beobachterübereinstimmung resultieren, obwohl zwei Urteiler nie die gleiche Einstufung, sondern immer nur eine sehr ähnliche Wahl treffen.

Ein weiterer wichtiger konzeptueller Aspekt der Messung von Beobachterübereinstimmung besteht darin auszuwählen, ob für eine bestimmte Untersuchungsfrage tatsächlich die Übereinstimmung oder vielmehr die Diskrepanz der Beobachtereinschätzungen interessiert (McCrae, Stone, Fagan & Costa, 1998). Im letzteren Falle erscheinen Verfahren hilfreicher, welche Urteilerkonkordanz im Sinne einer Ähnlichkeit konzipieren, da sonst die Quantifizierung der Differenzen nicht geleistet werden kann.

Die Wahl des richtigen Übereinstimmungsmaßes ist somit keineswegs trivial, sie hängt auch vom Skalenniveau der Daten ab. So sind Methoden, welche für Nominaldaten geeignet sind, auch bei ordinalskalierten Daten anwendbar. Eine solche Anwendung kann jedoch zu Informationsverlusten führen, da bei ordinalem Skalenniveau zusätzlich inverse Beziehungen bestehen können, welche bei Maßen für nominalskalierte Daten nicht abgebildet werden (Benninghaus, 1998). Zudem wird bei Verwendung des klassischen Kappa-Koeffizienten von Cohen (1960) nur die Hauptdiagonale der Übereinstimmungsmatrix bei der Berechnung berücksichtigt, alle Informationen von Beinahe-Übereinstimmungen (d.h. ähnlichen Urteilen) werden mit Null gewichtet und somit ausgeschlossen (Faßnacht, 1995).

Anders verhält es sich jedoch beim gewichteten Kappa (Cohen, 1968), welches bei der Bestimmung der Beobachterübereinstimmung auch im Bereich der Kardinaldaten eine besondere Rolle spielt (Bortz et al., 1990). Es werden bestimmte Annahmen der korrelativen

Techniken nicht vorausgesetzt und die Aussagekraft der Korrelation kann erreicht werden (Hall, 1974).

4.5. Interpretation der Höhe der Beobachterübereinstimmung

An dieser Stelle sollen Empfehlungen zur inhaltlichen Interpretation der errechneten Maßzahlen der Beobachterübereinstimmung vorgestellt werden. Landis und Koch (1977) empfehlen für die Interpretation des Kappa-Koeffizienten allgemein, d.h. auch für (korrekt) gewichtete Kappa-Berechnungen, die in Tabelle 3 dargestellten inhaltlichen Interpretationen des Ausmaßes der Beobachterübereinstimmung.

Tabelle 3: Inhaltliche Interpretation der Kappa-Statistik

Werte der Kappa-Statistik	Inhaltliche Interpretation der Übereinstimmung
	(Strength of Agreement)
< .00	Nicht vorhanden (poor)
.00 – .20	Schwach (slight)
.21 – .40	Gering (fair)
.41 – .60	Mäßig (moderate)
.61 – .80	Deutlich (substantial)
.81 – 1.00	Vollkommen (almost perfect)

Anmerkung. Die Angaben in Klammern geben die Originalformulierungen wieder, Übers. v. Verf.

Empfehlungen, wie sie in Tabelle 3 beschrieben werden, können nicht in jedem Einzelfall herangezogen werden. Darüber hinaus ist es bei der inhaltlichen Interpretation der Ergebnisse ratsam, empirische Vergleichsdaten zu erheben. So wäre es beispielsweise problematisch, bei der Beurteilung subjektiver psychologischer Konstrukte bei einem Patienten durch mehrere Ärzte Kappa-Werte im Bereich der *vollkommenen* (nach Tabelle 3) Übereinstimmung zu erwarten. Untersuchungen zur Übereinstimmung liefern regelmäßig empirische Ergebnisse die zeigen, dass selbst Übereinstimmungswerte im Bereich von *deutlich* selten berichtet werden können (Koran, 1975).

Bei der Interpretation von Messwerten der Beobachterübereinstimmung im medizinischen Bereich wird auch bei scheinbar objektiven Erhebungsmethoden selten ein Kappa-Koeffizient im Bereich vollkommener Übereinstimmung erreicht. So referiert Light (1971) Untersuchungsergebnisse von Meade, Gardner und Cannon (1968), welche mehrere Ärzte gebeten haben zu beurteilen, ob der Puls eines Patienten an der Arteria dorsalis pedis messbar ist oder

nicht. Es konnten nur Kappa-Werte von $\kappa = .51$ bzw. von $\kappa = .61$ für die Einschätzungen der beurteilenden Ärzte ermittelt werden, obwohl die Kategorien nur *Puls vorhanden* und *Puls nicht vorhanden* waren. Ähnliche Ergebnisse berichtet Koran (1975) auch für die Beobachterübereinstimmung bei der Interpretation der Ergebnisse von allen anderen medizinischen Untersuchungsmethoden, wobei die Kappa-Werte z.T. im Bereich *mäßig* (laut Tabelle 3) liegen. Diese Resultate spiegeln somit wider, dass eine vollkommene Übereinstimmung im medizinischen Forschungsbereich a priori nicht erwartet werden kann.

Somit stellt sich aber weiter das Problem, wie verschiedene Aspekte, die die Entstehung eines konkreten Urteils mehrerer Beobachter beeinflussen, differenziert werden können. Dieses Problem lässt sich etwas entschärfen, wenn verschiedene Urteile miteinander verglichen werden. Würde man z. B. feststellen, dass Ärzte und Patienten in ihrer Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit des Patienten nur in *geringem* Maße (nach Tabelle 3) übereinstimmen, müsste dieses Urteil an der grundsätzlichen Reliabilität der Urteile innerhalb jeder der Beobachterklassen relativiert werden. Ähnlich einem der Grundaxiome der Klassischen Testtheorie würde man davon ausgehen, dass sich eine gemessene Beobachterübereinstimmung κ_M zusammensetzt aus einem wahren Wert der Übereinstimmung κ_T und einem Fehlerterm κ_E . Dieses Vorgehen ermöglicht es zumindest zu einem kleinen Teil, einige wichtige Einflüsse auf die Entstehung eines konkreten Beobachterurteils zu differenzieren.

5. Ableitung der Fragestellung für die empirische Untersuchung

Die bisher vorgestellten theoretischen Überlegungen sollen als Basis für die Entwicklung und Begründung einer eigenen empirischen Untersuchung dienen. Ziel dieser Untersuchung ist die Entwicklung eines interdisziplinären Screening-Instruments, das helfen soll, die psychologische Situation von somatisch chronisch kranken Menschen besser diagnostizieren zu können. In diesem Kapitel wird, zunächst aufbauend auf den theoretischen Vorüberlegungen, näher auf die Zielsetzungen der eigenen empirischen Untersuchung eingegangen. Daraus resultierend wird die inhaltliche Fragestellung für die Studie formuliert. Schließlich wird eine Inhaltsübersicht über den empirischen Teil der Arbeit gegeben.

5.1. Schlussfolgerungen aus den theoretischen Überlegungen

Den Hintergrund für die vorliegende Arbeit bilden Erfahrungen in der psychologischen Betreuung erwachsener chronisch kranker Patienten im ambulanten und stationären Bereich eines Akutkrankenhauses. Die diagnostische Situation in diesem Anwendungsfeld der Psychologie weist bestimmte Eigenheit auf, die eine spezifische Vorgehensweise erforderlich machen.

So gilt es zu beachten, dass Betroffene mit besonderen psychischen Belastungen zu kämpfen haben (Faller, 1998). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass trotz einer objektiv belastenden Situation nicht alle Patienten aus psychologischer Sicht betreuungsbedürftig sind (Nelson et al., 1994). Andererseits tendiert ein Teil der Patienten, insbesondere im onkologischen Bereich, zur Dissimulation bzw. Verleugnung der eigenen psychosozialen Belastungen (Faller et al., 1998). Dass psychologische Interventionen aber sinnvoll und hilfreich für chronisch kranke Patienten sein können, wird durch eine Reihe von Untersuchungen empirisch belegt (Fawzy, 1999; Helgeson & Cohen, 1996; Larbig, 1998).

Es wurde ausgeführt, dass psychologische Screening-Techniken eingesetzt werden können, um die Indikation für eine weitergehende fachpsychologische Untersuchung bzw. Behandlung zu stellen. Im Anwendungsfeld Akutkrankenhaus muss beim Screening jedoch aus organisatorischen Gründen auf ausführliche psychologische Befragungsmethoden bzw. Fragebögen verzichtet werden. Um so möglicherweise entstehende Datenverluste zu kompensieren, könnten zusätzliche Datenquellen genutzt werden. Wenn der Patient mit seiner subjektiven Einschätzung nur in eingeschränktem Maße als Auskunftswahl zur Verfügung steht, können Ärzteschaft und Pflegepersonal wichtige zusätzliche Angaben liefern. Besonderer Klärungsbedarf die Frage, wie die Information der unterschiedlichen Beobachter zu interpretieren sind.

Folgende Vorüberlegungen lassen sich aus dem Theorieteil zusammenfassen:

1. Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen sind vielen psychologischen Belastungen ausgesetzt. Diese Belastungen können die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen, zu Störungen der notwendigen medizinischen Behandlungsmaßnahmen führen bzw. bei einigen Patienten sogar zu andauernden psychischen Störungen führen.
2. Nicht alle Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen sind so belastet, dass sie einer professionellen Betreuung bedürfen. Viele Patienten setzen eigene Techniken der Krankheitsverarbeitung erfolgreich ein.
3. Die routinemäßige Untersuchung der psychosozialen Befindlichkeit von somatisch chronisch kranken Patienten erscheint inhaltlich sinnvoll und effizient. Manifest und subklinisch belasteten Patienten können auf diese Weise gezielte Betreuungsangebote gemacht werden.
4. Wichtige psychologische Konstrukte für ein Screening-Programm stellen die Emotionale Befindlichkeit, das Krankheitsverhaltensverhalten, der Informationsstand und die Compliance dar.
5. Screening psychischer Befindlichkeit darf wenig Belastung für die Patienten mit sich bringen, weshalb aus methodischer Sicht Kurzfragebögen verwendet werden sollten. Interviewbefragungen können jedoch nicht gänzlich durch Fragebögen ersetzt werden.
6. Ein Teil der betreuungsbedürftigen Patienten äußert seine Belastung nicht bzw. verleugnet oder bagatellisiert diese. Ein psychologisches Screening sollte deshalb bei chronischen Krankheiten aktiv alle Patienten berücksichtigen.
7. Einschätzungen von Fremdbeobachtern sollten zusätzlich genutzt werden, um Verleugnungstendenzen der Patienten beurteilen bzw. kontrollieren zu helfen. Es muss dabei beachtet werden, dass Selbst- und Fremdbeurteilungen der psychologischen Befindlichkeit häufig heterogen ausfallen.

Diese Überlegungen bilden die Basis für eine empirischen Untersuchung. Von besonderem Interesse ist die Frage, ob die Nutzung von Fremdbeurteiler-Informationen zu einem Gewinn an diagnostischen Informationen führt. In Akutkrankenhäusern bieten sich Ärzte und Pflegepersonal als effizient nutzbare Informationsquellen an. Gemäß dem derzeitigen Forschungsstand zum Thema Fremdbeurteilung in der somatischen Medizin besteht die Annahme, dass die Selbst- und Fremdbeurteiler ihrer Einschätzung der psychosozialen Befindlichkeit im Wesentlichen die gleichen Konstrukte zugrunde legen (Eapen, Revesz, Mpofu & Daradkeh, 1999; Faller et al., 1998). Die häufig beobachteten Differenzen konnten bislang theoretisch bzw. empirisch nicht anders als in Form eines Messfehlers (bei prinzipiell gleichem latenten Konstrukt) eingeschätzt werden.

5.2. Zielsetzung der Untersuchung

Ziel der nachfolgenden empirischen Untersuchung ist die Entwicklung und praktische Erprobung eines Screeningverfahrens für ausgewählte Aspekte der psychologischen Befindlichkeit chronisch somatisch kranker - vor allem onkologischer - Patienten. Besondere Beachtung sollen Möglichkeiten der zusätzlichen Nutzung von Fremdbeobachter-Informationen der behandelnden Ärzte und des Pflorgeteams finden. Hauptziel eines systematischen und empirisch fundierten psychologischen Screenings bei Patienten mit chronischen körperlichen Krankheiten ist die angemessene Indikationsstellung für eine weitere fachpsychologische Abklärung und eventuelle Betreuung. Eine adäquate Screening-Diagnostik bildet nicht nur die Vorbedingung für die Wahl der angemessenen psychologischen Interventionen, sondern auch für die Validität aller Forschungsvorhaben, welche die Effektivität psychologischer Betreuung zu evaluieren suchen. Aus dieser Überlegung heraus soll die Kernfragestellung dieser Untersuchung im Bereich des psychologisch-diagnostischen Prozesses angesiedelt sein.

Diagnostische, methodische und statistische Aspekte der Fragebogenkonstruktion bilden hierbei den Schwerpunkt. Es soll darüber hinaus auf klinisch relevante Anwendungsmöglichkeiten des zu entwickelnden Screening-Verfahrens bei der Identifikation von Patientensubgruppen mit unterschiedlichen psychischen Belastungsausmaßen eingegangen werden. Besonderes Augenmerk wird unter methodischem Aspekt auf den Einsatz und die Interpretation der Einschätzungen verschiedener Datenquellen bzw. Beobachter gelegt.

Zusammenfassend geht die vorliegende Untersuchung der Frage nach, ob bzw. auf welche Weise behandlungsrelevante Aspekte der psychosozialen Situation von chronisch somatisch Kranken im Rahmen einer Screening-Prozedur mittels eines interdisziplinären Kurzfragebogens erfasst werden können.

5.3. Übersicht über den empirischen Teil

In Kapitel 6 werden methodische Grundlagen der Untersuchung vorgestellt bzw. genauer ausgeführt. Dabei werden das Studiendesign weiterentwickelt und die inhaltlichen Hypothesen konkretisiert. Ferner werden in diesem Kapitel die Stichprobe, wichtige Konstrukte und die Erhebungsverfahren vorgestellt. Die Hypothesen werden in Kapitel 9 ausformuliert.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden in zwei Kapiteln dargestellt: In Kapitel 10 werden Konstruktionsschritte des interdisziplinären Kurzfragebogens präsentiert, in Kapitel 11 Resultate zu diagnostischen Anwendungsmöglichkeiten des Kurzfragebogens referiert.

6. Methodik der empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel wird dargestellt, auf welche Weise die Fragestellung der Untersuchung erforscht wurde. Zunächst soll auf Umgebungsbedingungen des diagnostischen Prozesses in einem Akutkrankenhaus eingegangen werden. Ferner werden die Kriterien für die Wahl des Untersuchungsdesigns, das Design selbst und die eingesetzten statistischen Methoden benannt. Anschließend werden die inhaltlichen Fragen konkreter formuliert. Der Beschreibung der untersuchten Stichprobe folgen Überlegungen zu relevanten diagnostischen Konstrukten. Abschließend werden die eingesetzten Erhebungsverfahren beschrieben.

6.1. Anforderungen an die psychologische Diagnostik im Akutkrankenhaus

Die Therapie chronischer körperlicher Krankheiten in einem Akutkrankenhaus bringt für Betroffene und Behandler eine Reihe besonderer Anforderungen mit sich. Zu nennen sind für die Patienten, neben den Belastungen durch die Erkrankung selbst, z. B. Wartezeiten, diagnostische Prozeduren, langwierige Behandlungen sowie Ungewissheiten bezüglich der weiteren Entwicklung der Krankheits- und Behandlungssituation. Auf Seiten der Behandler herrscht häufig Zeitdruck. Bei chronischen, speziell onkologischen Erkrankungen, handelt es sich nicht selten um ein palliatives Behandlungs-Setting mit weiteren spezifischen Belastungsmomenten für Patienten und Behandler. Wie bereits ausgeführt, gilt es in diesem Zusammenhang Patienten zu identifizieren, die psychisch besonders belastet sind oder es im weiteren Behandlungsverlauf werden könnten. Es sollte versucht werden, auch Patienten Unterstützungsangebote zu machen, die nicht aktiv ihre Hilfsbedürftigkeit äußern. In der vorliegenden Untersuchung wird deshalb der Einsatz eines Kurzfragebogens zur Erfassung der psychosozialen Situation der Patienten in Form eines Aufnahme-Screenings erprobt.

Wesentliche Anforderungen an einen solchen Fragebogeneinsatz im Akutkrankenhaus sind - neben den klassischen Kriterien wie Validität, Reliabilität, Objektivität - Effizienz bzw. Praktikabilität, Spezifität (von Konstrukt und Fragestellung) und Effektivität:

1. Effizienz/Praktikabilität: Es geht darum, ein Verfahren zu entwickeln, das mit möglichst geringem Aufwand für alle Beteiligten einsetzbar ist, so dass die tatsächliche Nutzung in der Praxis auch gewährleistet ist. Andererseits sollen alle belasteten Patienten identifiziert werden können.
2. Spezifität:
 - 2.1. Konstruktspezifität: Die relevanten Belastungen der jeweiligen Patientengruppe müssen erfasst werden können. So zeigen Meta-Analysen z. B. kaum Unterschiede zwischen onkologischen Patienten und der Normalbevölkerung bezüglich Ängstlichkeit und psychologischem Stress, wohl kann jedoch ein erhöhtes Aus-

maß an Depressivität beobachtet werden (van't Spijker et al., 1997). Daraus lässt sich ableiten, dass bei Krebspatienten die Erfassung depressiver Symptome spezifisch relevant sein könnte.

- 2.2. Spezifität der diagnostischen Fragestellung: Es geht um eine Beschränkung der zu erhebenden Informationen auf für die medizinische Behandlung relevante psychologische Dimensionen. Im vorliegenden Fall bedeutet dies, dass nicht eine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik, z. B. mittels eines unspezifischen, breitgefächerten Fragebogenverfahrens eingesetzt wird, sondern Aspekte der aktuellen Lebensqualität erhoben werden, insofern diese für die erfolgreiche Bewältigung der medizinischen Behandlungssituation relevant sind.
3. Effektivität: Das Verfahren sollte einen Informationsgewinn gegenüber dem bisherigen Standardvorgehen haben.

6.2. Wahl des Untersuchungsdesigns und statistische Methoden

Die Fragestellungen dieser Untersuchung orientieren sich am Prozess einer Fragebogenkonstruktion. Teils handelt es sich um quasi-experimentelle (Bierhoff & Rudinger, 1996) Prüfungen von Hypothesen, teils wird explorativ Zusammenhängen nachgegangen, die von deskriptivem Wert sind. Das zu erarbeitende diagnostische Konzept soll zur Entwicklung und einer ständigen Verbesserung empirisch basierten Leitlinien für die praktische klinisch-psychologische Versorgungsarbeit beitragen. In einer solchen Situation steht die externe Validität der Untersuchungsergebnisse im Vordergrund. Experimentelle Methoden erscheinen in diesem Zusammenhang, trotz ihrer höheren internalen Validität (Bredenkamp, 1996), nicht als Methoden der Wahl. Darüber hinaus bietet sich der Einsatz experimenteller Methoden eher im Rahmen von Forschungsparadigmen an, welche theoretisch und empirisch besser strukturiert sind als das in dieser Arbeit zu bearbeitende Forschungsfeld.

Das Design der Untersuchung geht von der Grundannahme aus, dass es sowohl inhaltlich als auch methodisch sinnvoll ist, verschiedene Informationsquellen und Erhebungsverfahren zu nutzen. Insofern wird an dieser Stelle auf Grundgedanken des Multitrait-Multimethod-Konzepts (Campbell & Fiske, 1959) Bezug genommen. Durch diesen Ansatz soll einerseits die Reliabilität und Validität der Untersuchungsergebnisse gesichert werden. Andererseits sollen auf diese Art und Weise die Vorteile verschiedener Erhebungstechniken genutzt werden. So weist Thomae (1996) auf die Notwendigkeit nomothetischer und idiographischer Methoden, also von Fragebögen- und Interviewtechniken, bei der empirischen psychologischen Erforschung verschiedener Lebenssituationen von Menschen hin.

Die Hypothesen der Untersuchung werden vor dem Hintergrund der klassischen Testtheorie (Lord & Novick, 1968) bearbeitet. Damit sind die methodischen Techniken im wesentlichen auf Zusammenhänge zwischen Konstrukten ausgerichtet.

Die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit werden im Wesentlichen an Stichproben onkologischer Patienten untersucht, die in einem Zeitraum von etwa 2½ Jahren konsekutiv befragt wurden. Eine Teilstichprobe bilden auch nichtonkologische Patienten mit chronischen Erkrankungen. Im Grunde handelt es sich um mehrere konsekutive Teilstichproben, wobei das Untersuchungsdesign jeweils leicht abgewandelt wurde. So sind für einen Teil der befragten Patienten auch längsschnittliche Daten erhoben worden.

6.3. Konkretisierung der inhaltlichen Hypothesen

In diesem Kapitel werden die inhaltlichen Fragestellungen zu Hypothesenschwerpunkten gruppiert. Die Ausformulierung statistisch prüfbarer Hypothesen wird in Kapitel 9 vorgestellt.

6.3.1 Konstruktion des Kurzfragebogens

Der erste inhaltliche Hypothesenkomplex stellt zugleich die zentrale Fragestellung der Untersuchung dar. Er geht der Frage nach, ob ein Kurzfragebogen, bestehend aus neun Einzelfragen, die *Emotionale Belastung*, die *Aktive Mitarbeit* und den *Angehörigenkontakt* von Patienten in ausreichendem Maße erfassen kann. Die Konzeption des Fragebogens wurde aus dem Bereich der pädiatrischen Onkologie übernommen (Kusch et al., 1996), weshalb aus Gründen der Vergleichbarkeit keine grundlegende Itemrevision stattfindet. Itemkennwerte werden jedoch berechnet und bei der Itemauswahl berücksichtigt.

Entsprechend einer der theoretischen Vorüberlegungen soll der Kurzfragebogen dazu verwendet werden, Daten aus verschiedenen Informationsquellen zu erheben. Somit besteht das gesamte Fragebogenverfahren aus drei Teilbögen: (a) einem Teilbogen für den Patienten, (b) einem Teilbogen für den beurteilenden Arzt und (c) einem Teilbogen für die beurteilende Pflegekraft. Dabei wird davon ausgegangen, dass der jeweilige Patient und die beiden zugehörigen Fremdbeurteiler in der Lage sind, die gleichen inhaltlichen Konstrukte zu beurteilen. Aus diesem Grund werden den beiden Fremdbeurteilern die gleichen Teilbögen vorgelegt, der Teilbogen des Patienten unterscheidet sich nur in syntaktischer Hinsicht von den Teilbögen der Fremdbeurteiler.

Zur Abschätzung der Reliabilität werden Retest-Reliabilität und Skalenskonsistenzen, zum Zwecke der Validierung Übereinstimmungen mit Maßen für Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und Lebenszufriedenheit herangezogen.

Eine wichtige Aufgabe stellt die Ermittlung der Faktorstruktur des Fragebogens dar. So ist zunächst zu fragen, ob die jeweiligen Teilbögen der Patienten, der Ärzte und des Pflgeteams

für sich ein- oder mehrdimensional sind. Darüber hinaus ist zu untersuchen, ob die drei Datenquellen über die Teilbögen der Selbst- und Fremdbeobachter hinweg zu einem oder mehreren Kernfaktoren zusammengefasst werden können.

6.3.2 Beobachterübereinstimmung

Der zweite Hypothesenkomplex zeigt inhaltliche Überschneidungen mit dem bereits dargestellten ersten Hypothesenkomplex. Dieser zweite Schwerpunkt beschäftigt sich mit der Frage, wie Angaben aus verschiedenen Datenquellen zu sinnvoll interpretierbaren Informationen verknüpft werden können. Es ist ein Kerngedanke der ursprünglichen diagnostischen Konzeption von Kusch et al. (1996) im pädiatrisch-psychologischen Bereich, die Perspektiven mehrerer Beobachter als Informationsquellen zu nutzen. Allerdings handelt es sich hier allein um Einschätzungen verschiedener Fremdbeobachter: die Eltern, das Pflegepersonal und die Ärzte schätzen die psychosoziale Situation des medizinisch behandelten Kindes ein.

Das zu untersuchende Konzept, verschiedene Quellen zur Gewinnung von Daten zu nutzen, ist in der psychologischen Diagnostik nicht neu. Auch wird neben der Selbstbeobachtung in verschiedenen Forschungsbereichen der Psychologie die Fremdbeobachtung eingesetzt. So teilt Fisseni (1997) den grundsätzlichen Prozess der diagnostischen Beobachtung in Selbstbeobachtung (Introspektion) und Fremdbeobachtung. Im Forschungsfeld der klinischen Psychologie werden neben Techniken der Selbstbeobachtung auch verschiedene systematisierte Techniken zur Verhaltensbeobachtung von Einzelpersonen und von Gruppen durch Fremdbeobachter eingesetzt. Wie Fisseni (1997) weisen auch Bortz und Döring (1995) darauf hin, dass es sinnvoll ist, mehr als nur einen Beobachter in den diagnostischen Prozess der Fremdbeobachtung miteinzubeziehen.

Die Besonderheit der zweiten Hypothesengruppe der vorliegenden Untersuchung zeigt sich in dem Versuch, nicht nur Informationen zweier Fremdbeobachterquellen zu berücksichtigen, sondern auch die subjektiv-introspektiven Angaben des Patienten zu nutzen. Zunächst wird davon ausgegangen, dass die Informationen sich sinnvoll ergänzen können, da von den verschiedenen Beobachtern die gleichen (Teil-)Konstrukte eingeschätzt werden. Aus diesem Grund wird dem Patienten, seinem behandelnden Arzt und einer Pflegekraft jeweils der beschriebene Kurzfragebogen vorgelegt. Aus methodisch-statistischer Sicht sollen die in Kapitel 4 vorgestellten Verfahren dazu eingesetzt werden zu beurteilen, wie hoch die Beobachterübereinstimmung zwischen den Beurteilern ausfällt. Dieser Schritt ist nötig um zu erfassen, ob die Beurteiler die gleichen Konstrukte einschätzen. Sollte dies der Fall sein, könnten die Angaben der verschiedenen Beurteiler grundsätzlich verknüpft werden.

6.3.3 Angaben zur Überlebenszeit

Im Bereich chronischer, insbesondere onkologischer Erkrankungen ist die Frage der Überlebenszeit längst zu einem wichtigen Erfolgskriterium medizinischer Behandlungsbemühungen geworden und hat das bloße Erheben querschnittlicher Ansprechraten abgelöst. In dieser Hinsicht stellt die Überlebenszeit, die bei verschiedenen onkologischen Erkrankung sehr unterschiedlich ausfallen kann, ein wichtiges deskriptives Kennzeichen der (Teil-)Stichproben dieser Untersuchung dar.

In der psychoonkologischen Forschung wird die Frage nach dem Einflusses psychosozialer Variablen auf die Überlebenszeit sehr kontrovers diskutiert (Schwarz, 1994; Spiegel et al., 1989). Walker, Heys und Eremin (1999) referieren empirische Belege für direkte und indirekte Einflüsse psychosozialer Variablen auf die Überlebenszeit. In der vorliegenden Untersuchung spielt die Erhebung der Überlebenszeit insbesondere die Rolle eines objektiven Validierungskriteriums. Der Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitungsstrategien und der Überlebenszeit ist wissenschaftlich von Interesse (Faller, Bülzebruck, Schilling, Drings & Lang, 1997; Weis, 1998) und soll auch hier beachtet werden.

6.3.4 Identifikation von Subgruppen

Im Rahmen des vierten Schwerpunkts der Fragestellung wird versucht, Teilgruppen von besonders belasteten Patienten zu identifizieren. Wesentlicher theoretischer Ausgangspunkt ist eine bereits genannte psychologische Besonderheit der diagnostischen Situation bei Patienten mit chronischen somatischen Krankheiten: Nicht alle Patienten, die eine objektiv als belastend klassifizierte Lebenssituation durchleben, erleben klinisch relevante psychosoziale Belastungen und nicht alle Patienten, die mit der Krankheitsverarbeitung überfordert sind, kommunizieren dies auch. Konzeptualisiert man die Auseinandersetzung mit einer solchen Situation theoretisch im Sinne eines psychologischen Stressbewältigungsmodells, z. B. der transaktionalen Krankheitsverarbeitungstheorie (Lazarus, 1993), so wird verständlich, dass die Reaktionen subjektiv sehr stark variieren, was mit Erfahrungen aus der täglichen Betreuungsarbeit übereinstimmt. Ein Ziel diagnostisch-psychologischer Bemühungen in diesem Bereich sollte es folglich sein, Teilgruppen von Patienten zu ermitteln, die sich in ihrer Befindlichkeit und Krankheitsverarbeitung unterscheiden, um spezifische Interventionsangebote machen zu können.

6.3.5 Psychosoziale Befindlichkeit im längsschnittlichen Verlauf

Für eine Teilstichprobe der Patienten werden längsschnittliche Daten über drei Messzeitpunkte erhoben. Die so gewonnenen Daten für den Kurzfragebogen und Angaben zur Le-

bensqualität können zur Vorhersage der psychosozialen Situation im Verlauf der Behandlung und zu Reliabilitätszwecken eingesetzt werden. Der Prozesscharakter psychosozialer Befindlichkeit spielt bei chronischen Krankheiten eine wichtige, wenn auch nicht immer wesentliche Rolle (Heim et al., 1997). Eine längsschnittliche Untersuchungsperspektive der psychosozialen Befindlichkeit sollte nicht fehlen, um die hier vorgestellte Fragebogenkonstruktion zu ergänzen.

6.4. Konstrukte beim psychologischen Screening

Die von Küchler et al. (1998) und anderen Autoren aufgezeigte Vieldeutigkeit des Konstrukts Lebensqualität lässt es notwendig erscheinen, sich bei der Erforschung psychologischer Befindlichkeitsaspekte auf klar operationalisierbare Sachverhalte zu konzentrieren. Die Kernfragestellung dieser Untersuchung zielt dabei auf die Diagnose psychosozialer Befindlichkeit insofern, als diese für die psychische und medizinische Bewältigung der jeweiligen Erkrankungsphase von Bedeutung ist.

Trotz erforderlicher Eingrenzung der Konstrukte soll ein theoretischer Hintergrund für die vorliegende Untersuchung benannt werden. Im aktuellen Fall sind neben den biologischen, also hier somatischen Erkrankungsaspekten, psychologische und soziale Gesichtspunkte von Bedeutung. Als theoretisches Hintergrundkonzept bietet sich das *Bio-Psycho-Soziale Modell* an (Kanfer & Goldstein, 1991). In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass psychologische, biologische und soziale Aspekte bzw. Reaktionen eines Individuums bei jeder somatischen und psychischen Erkrankung in einer engen Wechselwirkung stehen und eine Rolle für den Krankheitsverlauf spielen. Die psychologischen Aspekte lassen sich in emotionale und kognitive Anteile weiter unterteilen. Vor diesem theoretischen Hintergrund werden nachfolgend die wesentlichen Kernkonstrukte, die im Rahmen des interdisziplinären Screenings erhoben werden sollen, erläutert.

6.4.1 Emotionale Befindlichkeit, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Der *Emotionalen Befindlichkeit* kommt eine wesentliche Rolle bei der Diagnose der psychosozialen Situation von Patienten zu. Sie ist von zentraler Bedeutung, weil sie im Falle emotionaler Belastung einerseits erlebbar unangenehm und hinderlich für die Betroffenen ist, andererseits als Indikator einer (noch) nicht gelungenen Krankheitsverarbeitung verstanden werden kann. Sie kann somit als ein Veränderungsziel psychoonkologischer Interventionen gelten und ist somit diagnostisch relevant (Helgeson & Cohen, 1996).

Typischerweise werden in diesem Zusammenhang Konstrukte und Operationalisierungen aus der klinischen Psychologie wie Depressivität, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit und andere herangezogen. Da es sich bei der in dieser Arbeit zu untersuchenden Stichprobe nur zu einem

kleineren Teil um Personen mit psychischen Vorbelastungen von Krankheitswert handelt, erscheinen Konstrukte aus dem Bereich der klinischen Psychologie nicht als die erste Wahl. Demgegenüber können hier die Konstrukte *Lebensqualität* (Aulbert & Zech, 1997) und *Lebenszufriedenheit* (Henrich & Herrschbach, 1998) herangezogen werden. Das Konstrukt Lebensqualität ist umstritten, da es durch übermäßigen Gebrauch in vielen Bereichen der Forschung und der Politik sehr vieldeutig benutzt wird (Buchborn, 1993). Die Problematik herrscht im Forschungsfeld der chronischen Krankheiten ähnlich vor, so dass eine Operationalisierung viel Sorgfalt erfordert (Beitz, Gnecco & Justice, 1996) und nicht eindimensional sein kann (Buchborn, 1993). Mittlerweile liegen breit eingeführte, akzeptierte und im Bereich der chronischen Erkrankungen validierte Verfahren vor. Im europäischen Raum gilt dies für den QLQ C-30 der EORTC (Aaronson et al., 1993), für den deutschsprachigen Raum liegen die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (Averbeck et al., 1997) vor.

Ein strukturelles Problem der Lebensqualitätsmessung bei chronisch Kranken stellt die mangelnde Trennung objektiver und subjektiver Faktoren dar (Henrich & Herrschbach, 1998). Diesem Problem wird beim Konstrukt Lebenszufriedenheit insofern begegnet, als die subjektive Einschätzung des Patienten mehr betont und explizit in die Konstruktion entsprechender Verfahren einbezogen wird (Herschbach & Henrich, 1991). Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler (2000) verstehen Lebenszufriedenheit als einen Teilaspekt des Konstrukts *Subjektives Wohlbefinden* und stellen fest: „Häufig werden Lebenszufriedenheit, Subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität gleichgesetzt. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass kognitive (bilanzierende) und affektive Komponenten aller Lebensbereiche (z. B. Gesundheit, psychische Stabilität, soziale Beziehungen, etc.) zur Lebenszufriedenheit beitragen können“ (S. 6).

Die drei an dieser Stelle dargestellten Konstrukte (Emotionale Befindlichkeit, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit) haben jedoch auch divergente Anteile, die zur Abgrenzung der Begriffe herangezogen werden können. So beziehen diese sich grundsätzlich auf unterschiedliche Zeiträume und sind damit unterscheidbar hinsichtlich der Dimension Variabilität versus Stabilität. Die Emotionale Befindlichkeit kann als ein eher situatives, variables Merkmal verstanden werden, während die Lebensqualität meist für den Zeitraum einer Woche erfragt wird. Lebenszufriedenheit wird als ein relativ stabiles, sich eher in Zeiträumen von Monaten veränderndes Merkmal konzipiert (Henrich & Herrschbach, 1998).

Die genannten Konstrukte bieten die Möglichkeit, emotionale Belastungsaspekte differenziert auch bei nicht klinisch-psychologischen Populationen zu erheben und eignen sich deshalb zur Erfassung der psychosozialen Situation von chronisch somatisch kranken Patienten.

6.4.2 Krankheitsverarbeitung

Das Konstrukt Krankheitsverarbeitung ist inzwischen auch bei chronischen Krankheiten vielfach untersucht worden (Hammer & Schubert, 1993; Heim, 1998; Heim & Perrez, 1994; Maes et al., 1996; Thomae, 1996). Es ist aus psychologischer Sicht besonders interessant, weil die mit dem Begriff umfassten Prozesse eindeutig subjektiver Art und von Bedeutung für die emotionale Befindlichkeit sind. Zudem erscheinen Krankheitsverarbeitungsstrategien als aktive Handlungen diagnostisch aufschlussreich, weil sie Ansatzpunkte für psychologische Interventionen bieten.

Schnoll et al. (1998) heben in ihrer Untersuchung an amerikanischen Brustkrebspatientinnen die Bedeutung und die Art des Zusammenhangs zwischen Psychologischer Anpassung und Coping-Stilen hervor. Die empirischen Ergebnisse rücken die Bedeutung objektiver Krankheitsfaktoren und demographischer Variablen gegenüber den Coping-Strategien in den Hintergrund: „Coping style, then, is significantly, and substantially related with psychosocial adjustment mediating the relationship between age and disease stage on the one hand and psychosocial adjustment on the other hand” (Schnoll et al., 1998, S. 73). Darüber hinaus belegen die Autoren in ihrer Untersuchung die Bedeutung des Krankheitsstadiums, wobei dem Coping eine Mediatorfunktion zwischen Stadium und Lebensqualität zukomme.

Aus diesen Gründen wurden bei einer Teilstichprobe Coping-Strategien sowohl anhand eines Fragebogens als auch im Interview ermittelt.

6.4.3 Mitarbeit bei der Behandlung

Der Umgang mit einer chronischen Erkrankung beinhaltet bei Patienten, die in einem Akutkrankenhaus behandelt werden, auch die Bewältigung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren. Hierbei spielt das Konstrukt der *Adherence* eine besondere Rolle (Svarstad, Chewning, Sleath & Claesson, 1999), das dem Begriff der *Compliance* häufig gleichgesetzt wird, aber die subjektive Patientenperspektive stärker in den Fokus stellt (Farmer, 1999). Es beinhaltet eher den Aspekt der inneren Motivation von Patienten, an der Behandlung mitzuwirken. Gerade im Bereich der onkologischen Krankheiten ist die Eigenmotivation des Patienten eine wichtige Bedingung für das Gelingen der medizinischen Behandlung. Chemotherapien gehen nach wie vor mit z.T. extrem belastenden Nebenwirkungen einher und können von Patienten nur unter hohem persönlichen Einsatz bewältigt werden.

7. Stichprobe

Bei den untersuchten Patienten handelt es um eine konsekutive Stichprobe von $n = 388$ Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die von Januar 1997 bis August 1999 in der Medizinischen Poliklinik der Universität Bonn chemotherapeutisch behandelt wurden. Eine weitere konsekutive Stichprobe von $n = 16$ stationären, nicht-onkologischen Patienten konnte als Kontrollgruppe ebenfalls für die Untersuchung gewonnen werden. Insgesamt liegen somit Daten von $N = 404$ chronisch somatisch kranken Patienten vor.

Die Datenerhebung konnte nach einer längeren Vorbereitungsphase zunehmend in den Routineablauf der medizinischen und psychologischen Behandlung bzw. Betreuung integriert werden. Alle Patienten wurden persönlich angesprochen, um Teilnahme gebeten und im Rahmen des halbstrukturierten Interviews befragt. Sie wurden ersucht, die Fragebögen entweder sofort zu bearbeiten oder beim nächsten Besuch ausgefüllt wieder mitzubringen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Kennwerte der Stichprobe dargestellt. Hierzu gehören wesentliche demographische Variablen wie auch Variablen, die als unabhängige Variablen von Interesse sind bzw. als Störvariablen kontrolliert werden sollten.

Einige der berichteten Eigenschaften der untersuchten Stichprobe sind bereits als Ergebnisse zu werten, werden jedoch an dieser Stelle vorgestellt, da sie als unabhängige Variablen in die Untersuchung eingehen.

7.1. Demographische Daten

In Abbildung 4 wird ein Histogramm der Altersverteilung der Gesamtstichprobe dargestellt. Die Altersgruppen werden dabei in 10-Jahres-Gruppen zusammengefasst; für vier Patienten fehlen die Angaben. Die Verteilung in Abbildung 4 zeigt, dass die meisten Patienten im Altersbereich zwischen 50 und 70 Jahren liegen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die berichtete Altersverteilung für die Population der Patienten mit chronischen onkologischen Krankheiten repräsentativ ist. Dies kann nur für die Population von Patienten mit Diagnosen gelten, die bei den hier Untersuchten vorlagen.

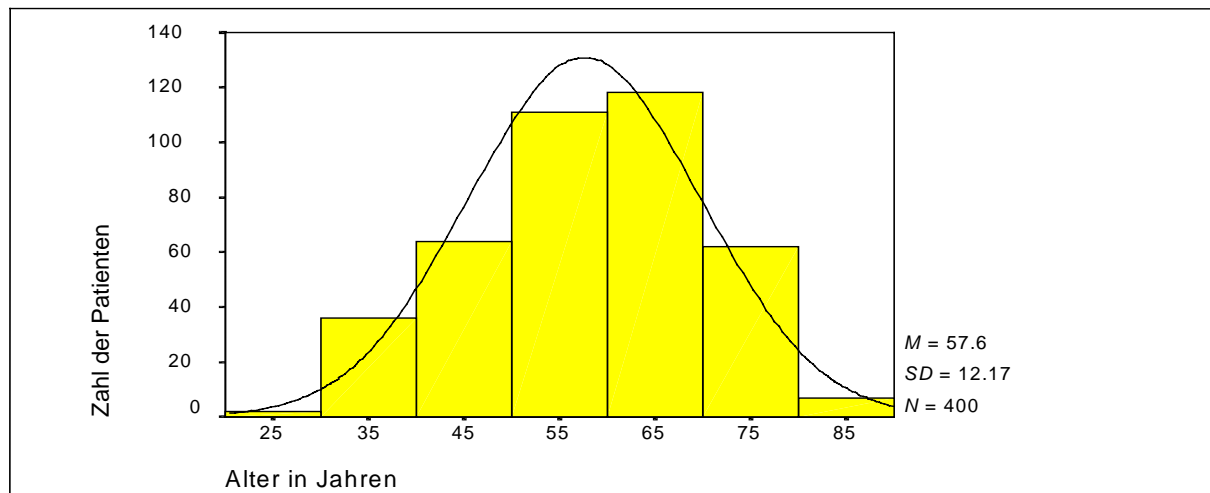


Abbildung 4: Altersverteilung der Gesamtstichprobe ($N = 400$) in 10-Jahres-Intervallen

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Erstes Intervall umfasst die 20- bis 30-jährigen, etc. Die Normalverteilungskurve dient zur Verdeutlichung der Gleichmäßigkeit der Altersverteilung.

Die Gesamtstichprobe wird bezüglich der Geschlechtsverteilung aus $n = 261$ männlichen Teilnehmern (65 %) und $n = 143$ weiblichen Teilnehmern (35 %) der Studie gebildet. Männliche Untersuchungsteilnehmer stellen somit zwei Drittel der Stichprobe.

Angaben über die Schulbildung der befragten Patienten wurden nur bei einer Teilstichprobe ($n = 64$) erhoben. Da die Daten an einer konsekutiven Teilstichprobe erhoben wurden, können sie als repräsentativ für die Gesamtstichprobe angesehen werden. Die Volks- bzw. Hauptschule haben 55 %, die Realschule 20 % und das Gymnasium 25 % der befragten Patienten der Teilstichprobe besucht. Damit wird deutlich, dass mehr als die Hälfte aller Patienten über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss verfügen, nur 25 % der Untersuchten sind Abiturienten.

Ähnliche Resultate zeigen sich für den Ausbildungsstand, der an einer Teilstichprobe von $n = 74$ konsekutiv untersuchten Patienten erfragt werden konnte. Dabei geben 3 % an, keinen Beruf gelernt zu haben, 80 % haben eine Lehre absolviert und 16 % haben ein Studium abgeschlossen. Der größte Teil der Befragten (82 %) wird durch Nicht-Akademiker gestellt.

7.2. Krankheitsbezogene Kennwerte

Die Einteilung des Allgemeinzustandes von Patienten anhand der World Health Organisation bzw. der Eastern Cooperative Oncology Group (WHO/ECOG-Skala) zur Einschätzung des Allgemeinzustandes (Heidemann, Käsberger, Herschbach & Sellschopp, 1991) wird in Tabelle 4 wiedergegeben. Die WHO-Skala selbst wird im Anhang A-1 wiedergegeben.

Tabelle 4: Allgemeinzustand der Patienten zum Befragungszeitpunkt

Einstufung des Allgemeinzustandes anhand WHO/ECOG-Skala	Stufe	Anzahl Patienten	Prozent
Volle Aktivität möglich	0	27	11
Eingeschränkte Aktivität/leichte Arbeit möglich	1	132	52
Selbstversorgung möglich/nicht arbeitsfähig/nicht bettlägerig	2	79	31
Selbstversorgung eingeschränkt/Pflege nötig	3	11	4
Bettlägerig/Vollpflege nötig	4	3	1

Anmerkungen. ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group, $N = 252$.

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass nur 11 % der untersuchten Patienten zum Befragungszeitpunkt (entspr. Behandlungsbeginn der Chemotherapie) als zur vollen Aktivität fähig einzustufen waren. Die größte Gruppe stellen Patienten dar, deren Allgemeinzustand relativ zur gesunden Normalbevölkerung bereits deutliche Einschränkungen (bei Anstrengung) aufweist, die jedoch noch nicht bettlägerig und krankenhauspflichtig sind. Der Anteil vollpflegebedürftiger Patienten ist zu Behandlungsbeginn mit 1 % sehr klein.

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen bei der onkologischen Stichprobe

Onkologische Diagnose	Anzahl Patienten	Prozent
Bronchialkarzinom	94	26
Lymphom	72	20
Kopf-Hals-Tumor	71	20
Plasmozytom	23	6
Darm-/Analkarzinom	14	4
Magenkarzinom	13	4
Mammakarzinom	32	9
Andere Tumorerkrankung	42	12

Anmerkung. $N = 361$.

Onkologische Krankheiten unterscheiden sich stark bezüglich ihres Verlaufs und ihrer Prognose (Aulbert & Zech, 1997). Für das psychische Befinden eines Patienten ist es von großer Bedeutung, an welcher Art von Krebserkrankung er leidet. So können heute mindestens 59 verschiedene Krebserkrankungen voneinander abgegrenzt werden (Preiß, Dornhoff,

Hagmann & Schmieder, 1998). Die Heilungschancen schwanken zwischen 5 % bis 10 % beim kleinzelligen Bronchialkarzinom (Stadium limited disease) und 95 % bis 100 % beim Hodenkarzinom im Stadium I (Preiß et al., 1998). Die Diagnosen müssen für wissenschaftliche Zwecke jedoch zu größeren Ordnungseinheiten zusammengefasst werden, um allgemeinere Aussagen über Patientenpopulationen treffen zu können. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Untersuchung die Krebserkrankungen in acht Bereiche eingeteilt, wie in Tabelle 5 ausgeführt wird.

Die Untersuchung weist Besonderheiten hinsichtlich der Diagnosen der in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn befragten Patienten auf. Es werden auch Patienten untersucht, deren Krankheiten einen vergleichsweise aggressiveren Verlauf bzw. eine schlechte Langzeitprognose haben und die in psychoonkologischen Untersuchungen in der Regel unterrepräsentiert sind (Faller et al., 1998).

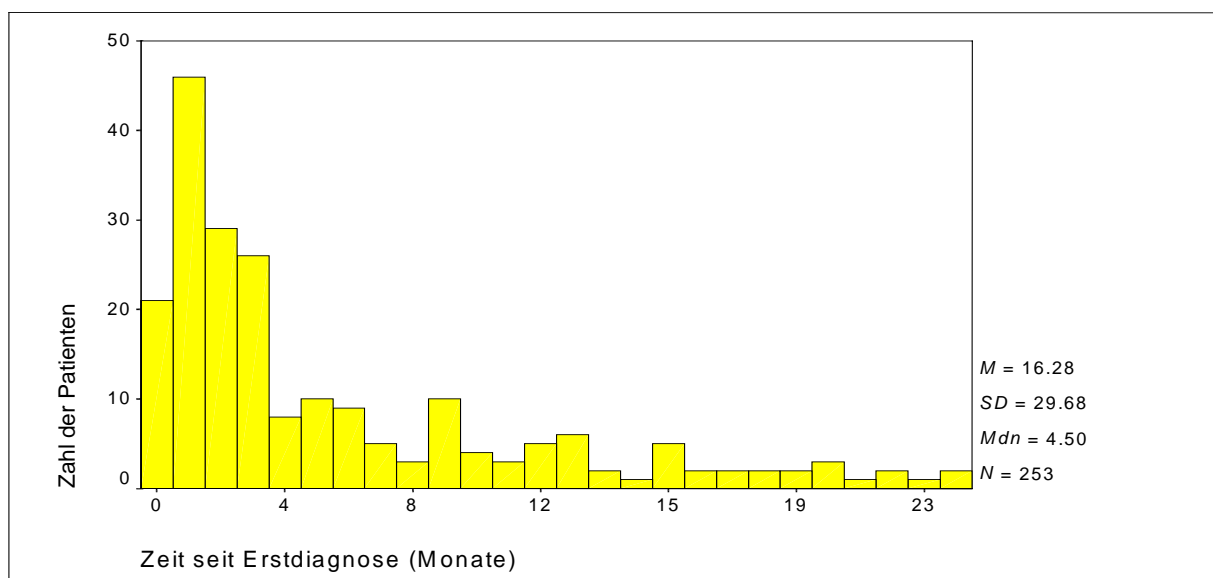


Abbildung 5: Patientenzahlen gemäß dem zeitlichen Abstand zwischen Erstdiagnose und Behandlungsbeginn in Monaten ($N = 253$)

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Mdn = Median. Die Zeitskala (Abszisse) ist nicht in vollem Ausmaß wiedergegeben.

Bei den Diagnosen der nicht-onkologischen Patienten der Gesamtstichprobe ($n = 16$) handelt es sich in 10 Fällen um chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, in den restlichen Fällen um chronische Krankheiten der Niere oder der Bauchspeicheldrüse.

In Abbildung 5 wird die *Diagnosedauer*, also die Zeit zwischen der Erstdiagnose der Erkrankung und dem Beginn der aktuellen chemotherapeutischen Behandlung in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn in Monaten dargestellt.

Aus Abbildung 5 wird ersichtlich, dass bei 50 % aller befragten Patienten weniger als 4½ Monate zwischen Diagnosestellung und Befragung liegen. Es muss davon ausgegangen werden,

dass diese Patienten noch sehr mit der Verarbeitung der neuen Lebenssituation beschäftigt sind. Bei dieser Patientengruppe handelt es sich größtenteils um Patienten mit Ersterkrankungen, nicht um Patienten mit bereits rezidivierenden onkologischen Krankheiten.

7.3. Teilstichprobe mit Angaben zur Überlebenszeit

Die Überlebenszeit stellt ein wichtiges objektives Kriterium zur Beurteilung der Effektivität von medizinischen und psychologischen Interventionen dar (Simon, 1997; Walker et al., 1999). Für $N = 247$ Patienten konnten Angaben über die Überlebenszeit in einem Zeitraum von bis zu 120 Wochen nach Beginn der Behandlung erhoben werden.

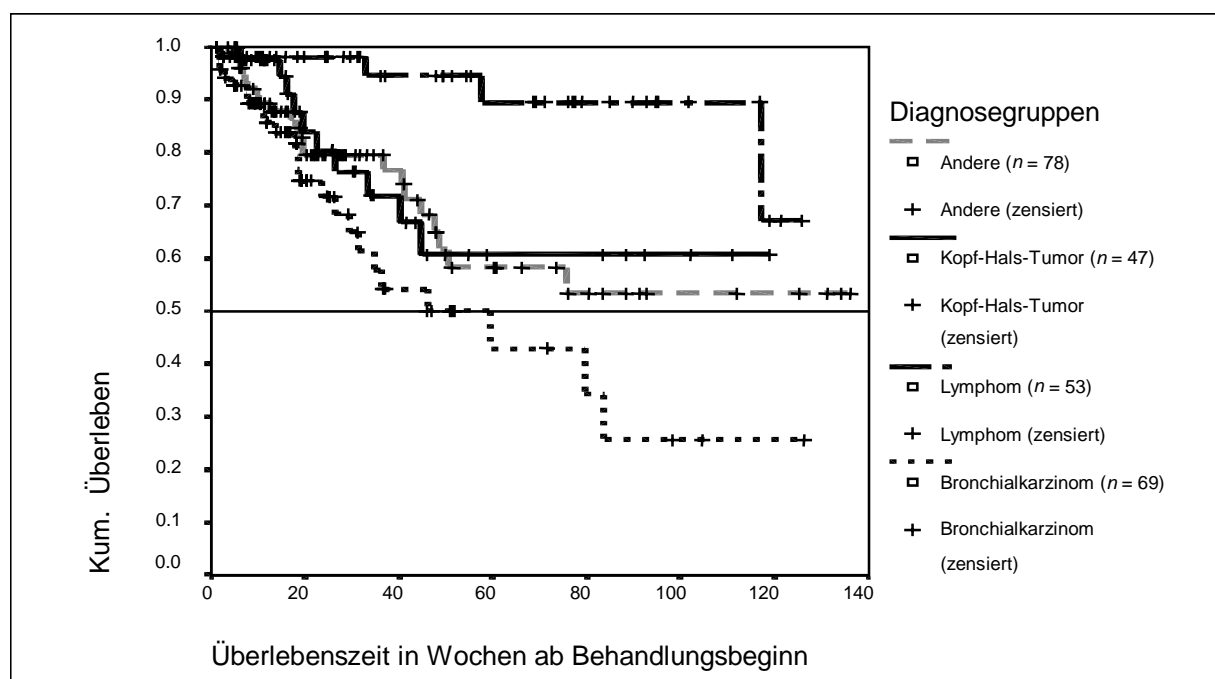


Abbildung 6: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Patientengruppen mit den Diagnosen Bronchialkarzinom, Lymphom, Kopf-Hals-Tumor und anderen Karzinomen

Anmerkungen. Zensiert = Zeitpunkt, bis zu dem die Krankheitssituation eines Patienten verfolgt werden konnte. Zwecks Übersichtlichkeit werden vier Diagnosegruppen dargestellt. Die Bezugslinie liegt bei der medianen Überlebenszeit.

In Abbildung 6 werden die Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten (in Wochen) für Patientengruppen mit verschiedenen Diagnosen angegeben. Die Diagnosegruppen wurden für die Darstellung in vier Gruppen zusammengefasst, um eine übersichtliche Darstellung geben zu können, wobei die Kategorie *Andere* auch die restlichen Kategorien aus Tabelle 5 enthält. Bei dieser Aufstellung handelt es sich um empirisch ermittelte Kennwerte der beforschten Stichprobe. Trotzdem können diese Ergebnisse hier die unterschiedliche medizinische Ausgangssituation von Patienten mit verschiedenen Diagnosen verdeutlichen. Es wird ersichtlich, dass

Patienten, die an einem Bronchialkarzinom leiden, trotz heutiger onkologischer Therapiemöglichkeiten eine begrenzte Überlebensprognose haben. Für Patienten mit Lymphomen sieht die Prognose deutlich besser aus. Ein direkter Gruppenvergleich zwischen Patienten mit Bronchialkarzinom und Lymphom mittels Log-Rank Test (Kleinbaum, 1996) zeigt signifikante Überlebenszeitdifferenzen mit Log-Rank (1, $N = 122$) = 20.12, $p = .00$.

7.4. Kennwerte sozialer Unterstützung

An dieser Stelle wird auf drei für die soziale Unterstützung wichtige Aspekte der Gesamtstichprobe eingegangen. Der Familienstand kann Hinweise zur objektiven sozialen Situation von Betroffenen geben. Die Entfernung des Wohnortes eines Patienten hat Einfluss auf die Anzahl seiner Besucher im Krankenhaus. Der dritte Aspekt behandelt die subjektiv erlebte Qualität sozialer Kontakte der Patienten, wie sie im halbstandardisierten Interview erfragt wurde. Die teilweise hohe Prozentzahl fehlender Angaben ist hauptsächlich durch konsequente Veränderung der vorgelegten Fragebögen zu erklären. Ein systematischer Ausfall erscheint an dieser Stelle unwahrscheinlich.

Von $N = 252$ Patienten sind 9 % ledig, 75 % verheiratet, weitere 6 % haben einen festen Partner, 5 % sind geschieden und 6 % verwitwet. Zur Zahl der Kinder sei berichtet, dass nur 20 % der Patienten *keine* Kinder haben. Die Daten zeigen, dass die meisten der Patienten verheiratet sind bzw. mit einem festen Partner zusammenleben. Dies lässt darauf schließen, dass die meisten befragten Patienten mit der Bewältigung ihrer Erkrankung nicht allein stehen, was in der Forschung zur sozialen Unterstützung als eine wichtige positive Variable für die Krankheitsverarbeitung und sogar die Überlebenszeit angesehen wird (Goodwin, Hunt, Key & Samet, 1987).

Bezüglich ihres Wohnortes gaben von $N = 229$ Patienten 25 % an, in Bonn zu leben, 40 % wohnen im umgebenden Rhein-Sieg-Kreis und 35 % außerhalb dieses Kreisgebiets. Die Angaben zum Wohnort werden in der vorliegenden Untersuchung als relevant für die Lebensqualität zu Beginn der Behandlung angesehen. Aufgrund klinischer Erfahrungen muss davon ausgegangen werden, dass Patienten, deren Wohnort weit entfernt ist, in sozialer und organisatorischer Hinsicht höherer psychosozialer Belastung ausgesetzt sind. So muss bei hier bei etwa 35 % der Patienten die Möglichkeit einer Beeinträchtigung in diesem Sinne in Erwägung gezogen werden.

In Tabelle 6 werden Ergebnisse einer Interviewbefragung zur Häufigkeit und subjektiv erlebter Qualität der bestehenden sozialen Kontakte im Lebensumfeld des Patienten präsentiert. Diese Angaben konnten bei $N = 175$ Patienten erfragt werden.

Tabelle 6: Häufigkeit und subjektiv erlebte Qualität sozialer Kontakte

Häufigkeit/Qualität sozialer Kontakte	Anzahl Patienten	Prozent
Keine/Nicht geeignete Kontakte	16	9
Wenige/Nur familiäre Kontakte	54	31
Viele/Enge Kontakte	105	60

Anmerkung. $N = 175$.

Die Resultate in Tabelle 6 zeigen dabei, dass 60 % aller befragten Patienten über viele und enge freundschaftliche und familiäre Kontakte verfügen. Von 40 % der Patienten werden subjektiv nicht ausreichende Kontaktmöglichkeiten angegeben.

7.5. Psychische Vorbelastung

Bereits bestehende psychische Vorerkrankungen können eine Rolle bei der Krankheitsverarbeitung und folglich der Lebensqualität der Patienten zu Beginn der Behandlung spielen. Aus diesem Grund wurden psychosoziale Vorbelastungen retrospektiv mittels eines halbstandardisierten Interviews erfragt. Da die Informationen retrospektiv erhoben wurden und somit möglicherweise nicht frei von Verzerrungstendenzen sind, wurde eine grobe Kategorisierung in drei Gruppen gewählt.

Die vor dem Auftreten der chronischen Erkrankung bestehenden, somit *krankheitsunabhängigen* psychischen Vorbelastungen konnten bei $N = 303$ Patienten abgefragt werden. Die Patienten wurden drei Belastungsgruppen zugeordnet:

1. Patienten ohne eruierebare psychische Vorbelastungen bilden mit 53 % die größte Subgruppe.
2. Patienten mit psychischen Vorbelastungen, die nicht als psychische Krankheiten im Sinne der ICD-10 (Dilling et al., 1993) einzuschätzen sind, die jedoch als *kritisches Lebensereignis* (Filipp, 1990) klassifiziert werden können. Dieser Gruppe wurden 32 % der befragten Patienten zugeordnet. Gefragt wurde dabei nach belastenden kritischen Lebensereignissen innerhalb der letzten 5 Jahre. Zugrunde gelegt wurden Kriterien der für diesen Zweck vorgesehenen Kodierung unter der Ziffer Z im Rahmen der ICD-10 Klassifikation (Z-Kodierung).
3. Der Anteil der Patienten, deren psychische Belastungen bzw. Störungen vor der chronischen Erkrankung bestanden und somit nicht Reaktionen auf die Erkrankung selbst waren, wurde mit 15 % ermittelt. Hier konnte eine ICD-10 Diagnose gestellt werden. Anzumerken ist auch hier, dass es sich um retrospektive Angaben der Patienten selbst handelt, Wahrnehmungsverzerrungen könnten die Qualität der Daten verzerren.

Die gewonnenen Ergebnisse verdeutlichen die diagnostische Problematik dieser Teilfragestellung. Es muss versucht werden, psychosoziale Belastungen zu diagnostizieren, die relevant für das Bewältigen der medizinischen Behandlungssituation sind. Dabei sollte gefragt werden, ob die Differenzierung dieser Belastungseinschätzung von der psychischen Vorbelastung der Befragten theoretisch sinnvoll ist.

7.6. Aspekte der Befragungssituation

Die vorliegende Studie wurde mit Hinblick auf Maximierung der externen Validität konzipiert. Im Rahmen einer solchen Felduntersuchung können nicht alle Störvariablen ausgeschaltet werden. Vermutete Störvariablen sollten jedoch benannt und kontrolliert werden. Nachfolgend wird deshalb angegeben, wie viele der befragten Patienten zum Zeitpunkt eins, also dem Beginn der Behandlung, ambulant bzw. stationär betreut wurden, da es sich hier um eine mögliche Einflussvariable handelt. In Abbildung B-1 (s. Anhang B) werden Patientenzahlen für die vier verschiedenen Örtlichkeiten, an denen die Befragung stattfand, referiert. Die Gesamtgruppe ($N = 230$) beinhaltet zu 35 % Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter Betreuung befanden. Mit 14 % privat versicherten Patienten im stationären Bereich ist die untersuchte Stichprobe unter diesem Gesichtspunkt annähernd repräsentativ für die deutsche Gesamtbevölkerung.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Bedeutung des Ortes, an dem die Befragung stattfand nicht überbewertet werden sollte, da im Therapieverlauf onkologischer Erkrankungen der Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Behandlung in der Regel sehr häufig geschieht. Darüber hinaus unterscheiden sich verschiedene chronische körperliche Erkrankungen stark in der Zahl der erforderlichen Krankenhausaufenthalte. Aus diesem Grund sind die Angaben zum Befragungsort nicht als repräsentativ anzusehen.

Eine weitere zu kontrollierende Störvariable stellt der Zeitpunkt der Befragung dar. Es könnte von Bedeutung sein, ob die Behandlung – im vorliegenden Falle eine Chemotherapie - schon begonnen wurde oder erst noch bevorsteht. Diese Angaben liegen für $N = 188$ Patienten vor, da (a) nur bei einem Teil der Patienten der Gesamtuntersuchung der Zeitpunkt des Ausfüllens der Fragebögen sicher eingeschätzt werden konnte und (b) diese Störvariable nicht von Beginn der Untersuchung an kontrolliert worden ist. Bei 48 % der Patienten fand die Befragung vor dem Beginn der ersten Chemotherapie statt. Die restlichen 52 % Patienten konnten erst am Tag oder wenige Tage nach Beginn der ersten Behandlung befragt werden.

7.7. Angaben zur psychologischen Betreuung

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erarbeitung von empirisch basierten Indikationskriterien für psychologische Interventionen bei somatisch chronisch Kranken. Bei einem Teil der

untersuchten Stichprobe geschah diese Zuteilung nach der Einschätzung des betreuenden Psychologen zu Beginn der medizinischen Behandlung. In Anlehnung an Kusch et al. (1996) wurden drei Zuteilungskategorien verwendet. Es wurden unterschieden:

1. Standard I: Die psychologische Intervention kann auf einen diagnostisch-informativen Kontakt beschränkt bleiben.
2. Standard II: Psychologische Interventionen sind situativ bedingt nötig (z. B. aufgrund von belastenden medizinischen Eingriffen).
3. Standard III: Systematische psychotherapeutische Intervention ist notwendig (z. B. Probleme bei der grundsätzlichen Akzeptanz einer Erkrankung).

Eine solche Zuteilung von Patienten zu Interventionsstandards geschah für $N = 140$ Patienten. Dabei wurde ein großer Teil (39 %) der befragten Patienten zu Beginn der Behandlung als nicht betreuungsbedürftig eingestuft. Bei 24 % der eingeschätzten Patienten wurde eine situative Intervention für notwendig gehalten. Ein ebenfalls unerwartet hoher Anteil von Patienten (38 %) wurde als betreuungsbedürftig im Sinne einer systematischen psychotherapeutischen Intervention eingestuft.

Eine weitere deskriptive Information stellen Angaben über die Anzahl der tatsächlich stattgefundenen Kontakte zwischen dem psychoonkologischen Dienst und einzelnen Patienten dar. Der Mittelwert der Anzahl der Einzelkontakte liegt in der vorliegenden Untersuchung bei $M = 6.16$ mit einer Standardabweichung von $SD = 4.01$ bei $N = 136$ Patienten. Diese Resultate sind rein deskriptiv als individuelle Patientenkenwerte zu interpretieren, denn die Zahl der psychologischen Patientenkontakte ist sehr stark abhängig von der Aufenthaltsdauer des Patienten in der Klinik, von der notwendigen Behandlungsdauer und von der Aufgeschlossenheit gegenüber der psychologischen Betreuung. Die Angaben können nur in sehr eingeschränktem Maße im Umkehrschluss als Hinweis auf Betreuungsbedürftigkeit des einzelnen Patienten interpretiert werden. Andererseits zeigen diese Angaben, dass psychologische Interventionen bei onkologischen Patienten im Rahmen weniger Einzelkontakte stattfinden. Die Gründe hierfür liegen insbesondere in der begrenzten Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik.

7.8. Teilstichprobe längsschnittliche Erhebung

Für eine Teilstichprobe der Patienten sind die Daten zum interdisziplinären Kurzfragebogen nicht nur querschnittlich zu Beginn der Behandlung erhoben worden, sondern auch in der Mitte der Behandlung (Zeitpunkt zwei) und unmittelbar nach Abschluss der chemotherapeutischen Behandlung (Zeitpunkt drei). Es handelte sich um eine konsekutive Teilstichprobe von $n = 90$ Patienten. Von diesen liegen für $n = 69$ Patienten Daten für den zweiten Zeitpunkt und für $n = 43$ Patienten Daten für Zeitpunkt drei vor. Das *drop-out* Problem wird an dieser Stelle besonders deutlich. Problematisch ist, dass die Ausfallzahlen zu einem großen Teil auf ver-

storbene Patienten zurückzuführen sind, jedoch auch andere Gründe vorlagen. Dazu gehörten z. B. der Abbruch oder Wechsel der Therapie, aber auch fehlende Compliance in Bezug auf wiederholte psychologische Befragungen. Diese Daten müssen mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

7.9. Fehlende Daten

Nur $n = 10$ Patienten haben die Teilnahme aktiv abgelehnt, was einer Ablehnungsquote von etwa 3 % entspricht. Grundsätzlich muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass bei einer Untersuchung mit der Zielsetzung, ein Screening-System wissenschaftlich zu erforschen und in den Klinikablauf zu implementieren, fehlende Daten nicht ausbleiben können. Fehlende Daten stellen ein Problem dar, das einer wissenschaftlichen Beachtung bedarf. Dies trifft auch für die vorliegende Untersuchung zu. Die Zahl der Personen, von denen Angaben zu einer Variablen erhoben werden konnten, wird jeweils benannt. Bei einigen Variablen werden bei mehr als 50 % der Untersuchten fehlende Werte berichtet. Dieser Sachverhalt ist darin begründet, dass die eingesetzten Fragebogensätze einer kontinuierlichen Veränderung bzw. Erweiterung unterzogen wurden. Es entstanden somit Teilstichproben der Gesamtstichprobe, da z. B. bestimmte Angaben erst nachträglich in das halbstrukturierte Interview eingefügt worden sind. Einige Angaben wurden nur im Zusammenhang mit bestimmten Fragebögen erhoben. Die innerhalb dieser Teilstichproben erhobenen Daten besitzen natürlich auch nur eine auf die jeweilige Teilstichprobe beschränkte Aussagekraft.

Falls eine systematische Störvariable ein Grund für fehlende Daten sein sollte, wird dies bei der jeweiligen Variablen diskutiert. Ein systematischer Datenausfall ist z. B. eindeutig bei den längsschnittlichen Daten gegeben, da ein Teil der untersuchten Patienten vor Ende der Behandlungszeit bereits verstorben war. Ebenfalls kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Patienten aus einer reservierten Haltung gegenüber psychologischer Befragung heraus ihre Fragebögen nicht vollständig beantwortet haben. Diese Sachverhalte sollen bei Auswertung und Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

8. Erhebungsinstrumente

An dieser Stelle werden die Untersuchungsverfahren vorgestellt, mittels derer eine Operationalisierung der genannten Konstrukte durchgeführt werden soll. Eine für die vorliegende Untersuchung wesentliche Rolle nimmt dabei der interdisziplinäre Kurzfragebogen zum Screening Psychosozialer Befindlichkeit von Chronisch Kranken (KSPC) ein. Der Ablauf der Befragung wird nachfolgend detailliert beschrieben. Die Begriffe *Frage* und *Item* werden dabei synonym gebraucht.

8.1. Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken (KSPC)

Die Entwicklung und Erprobung des interdisziplinären Kurzfragebogens zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken (KSPC) ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Der KSPC wurde ursprünglich für die psychologische Betreuung in der stationären onkologischen Pädiatrie entwickelt (Kusch et al., 1996). Er wurde in mehreren Schritten für die psychologische Diagnostik bei chronisch kranken, stationär behandelten Erwachsenen als (Arzt-, Patient-, Pflege-) Kurzfragebogen erprobt (Durdiak, Kusch, Bode, Vetter & Ko, 1998). Der Fragebogen soll, ähnlich dem *Hornheider Fragebogen* (Strittmatter, Mawick & Tilkorn, 1998) in seiner Kurzform, als Screening-Instrument die Betreuungsbedürftigkeit chronisch somatisch Kranker messen.

Der KSPC stellt in zweierlei Hinsicht eine Erweiterung bzw. Ergänzung der bisherigen Kurzfragebogen-Konzepte für die somatische Medizin (s. Kapitel 2.3) dar. Er soll (a) spezifisch im Akutkrankenhaus einsetzbar sein. Als Zielpopulation gelten Patienten mit verschiedenen chronischen, insbesondere onkologischen Krankheiten. Um Reliabilität und Validität zu sichern und zusätzliche Informationsgesichtspunkte zu erhalten, wird (b) das Konzept verschiedener Beobachterquellen verfolgt.

8.1.1 Aufbau des KSPC

Es handelt sich beim KSPC um drei verschiedene Bögen (jeweils eine DIN A4 Seite), die pro Beobachtungsobjekt, also pro Patient ausgefüllt werden: Patientenbogen (s. Anhang A-2), Ärztebogen und Pflegebogen. Jeder einzelne Fragebogen beinhaltet neun Fragen. Der Ärzte- und der Pflegebogen sind identisch (s. Anhang A-3). Der Patientenbogen ist inhaltlich gleich, jedoch in der ersten Person singular formuliert; die auf dem Arzt- bzw. dem Pflegebogen gegebene Kurzanweisung wurde verkürzt vorgelegt.

Inhaltlich wurden die neun Fragen so ausgewählt, dass sie drei Konstrukten zugeordnet werden können:

1. Fünf Fragen zur *Emotionalen Befindlichkeit*, wobei Traurigkeit, Hilflosigkeit, Unruhe, Ärger und positive Gestimmtheit beurteilt werden.
2. Drei Fragen sollen die kognitive Adherence-Komponente erfassen und bilden die Skala *Aktive Mitarbeit*. Erfasst werden die Mitarbeit bei der Behandlung, Interesse am Behandlungsablauf und Verständnis der Informationen.
3. Ein Item soll den *Angehörigenkontakt* einzuschätzen helfen.

Bei der Entwicklung der Items wurde darauf geachtet, verhaltensnahe Formulierungen zu finden, um den Interpretationsspielraum beim Verständnis der Fragen einzugrenzen und dadurch die Wahrscheinlichkeit übereinstimmender Einschätzungen zu erhöhen. Alle neun Fragen werden auf einer vierstufigen Ratingskala eingeschätzt mit den Polen *überhaupt nicht* (0), *wenig* (1), *häufiger* (2) und *sehr oft* (3). Zur Vermeidung von Antworttendenzen ist die Itempolung inhaltlich unsystematisch positiv und negativ variiert worden.

In der Befragung im Rahmen dieser Untersuchung wurden verschiedene Pflegepersonen und verschiedene Ärzte um Einschätzung gebeten. Die Beurteiler wurden, so weit möglich, nach ihrer Kenntnis der Situation des Patienten ausgewählt (betreuender Stationsarzt bzw. zuständige Pflegeperson).

Der KSPC soll für die tägliche Betreuungsarbeit beim Einzelpatienten empirisch untermauerte Hinweise auf Patienten liefern, die bestimmten diagnostischen (Problem-)Gruppen zugeordnet werden können. Es ist die Kernfragestellung der vorliegenden Untersuchung, wie die gewonnenen Informationen zu interpretieren und ggf. zu verknüpfen sind. Der Kurzfragebogen soll darüber hinaus zur Dokumentation und Evaluation psychologischer Interventionen einsetzbar und für Veränderungsmessungen verwendbar sein.

8.1.2 Skalenniveau des KSPC und Anwendbarkeit parametrischer Verfahren

Einen wichtigen Aspekt bei den nachfolgenden Berechnungen stellt die Frage des Skalenniveaus von Ratingskalen dar. In der Literatur wird einerseits der puristische Standpunkt vertreten, dass Ratingskalen grundsätzlich nicht als intervallskaliert angesehen werden können, andererseits werden auch pragmatischere Haltungen vertreten (Bortz & Döring, 1995). Die Frage des Skalenniveaus bei Ratingskalen ist nicht eindeutig beantwortbar. Uebersax (2000) empfiehlt, Ratingskalen nicht grundsätzlich als ordinal skaliert anzusehen. Allerdings weist er darauf hin, dass Skalen mit mehr Abstufungen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, von den Befragten als intervallskaliert betrachtet zu werden.

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt die Entscheidung über die Einsetzbarkeit und die Auswahl statistischer Verfahren dar. Bortz und Döring (1995) betonen, dass die Einsetzbarkeit parametrischer Verfahren wie dem *t*-Test oder der Faktorenanalyse mathema-

tisch nicht vom Skalenniveau der verwendeten Daten abhängt. Die Voraussetzungen der genannten parametrischen Verfahren sind mathematisch gesehen andere, es ist strikt zu unterscheiden zwischen einem messtheoretischen Interpretationsproblem und den mathematisch-statistischen Voraussetzungen. Weiter werden Autoren genannt, welche sich empirisch mit der Frage beschäftigt haben, ob die mittels parametrischer Verfahren getroffenen Entscheidungen korrekte Ergebnisse liefern (Bortz & Döring, 1995). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass somit auch bei Ratingskalen parametrische Verfahren sinnvoll angewandt werden können.

In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass bei Berechnungen mit Items des KSPC parametrische Verfahren anwendbar sind. Die messtheoretische Grundfrage, ob alle Befragten die vierstufigen Items tatsächlich als intervallskaliert betrachtet haben, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde jedoch von einer Intervallskalierung ausgegangen. Aus diesem Grund sind Skalen im Fragebogen graphisch jeweils äquidistant dargestellt.

8.2. Halbstandardisiertes Interview für chronisch kranke Patienten

Im Sinne des biographischen Ansatzes nach Thomae (1996) kommt Befragungstechniken eine wichtige Rolle zu. Besonders um den komplexen Bereich der Krankheitsverarbeitung valider erfassen zu können, wurde ein halbstandardisiertes Interview in den Untersuchungsplan mit aufgenommen.

Das *Halbstandardisierte Interview für chronisch kranke Patienten* (HIP) ist in einem Prozess kontinuierlicher Anpassung an die Erfordernisse der Betreuung onkologischer Patienten der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn entstanden (s. Anhang A-4). Es soll Forschungs- und Betreuungsinteressen dienen. Die Ergebnisse eines Aufnahmegesprächs werden in der wiedergegebenen Reihenfolge erfragt und festgehalten. Folgende Informationen werden erhoben:

1. demographische Informationen
2. krankheitsbezogener Informationsstand
3. soziale Situation und Einbindung
4. bevorzugt eingesetzte Coping-Strategien
5. psychosoziale Vorbelastung
6. Interessen/Hobbies

Es liegt in der Natur einer Felduntersuchung, dass das Idealziel, von allen Patienten zu einem definierten Zeitpunkt die genannten Informationen zu erheben, nicht erreicht werden kann. Ein für die vorliegende Untersuchung relevanter systematischer Datenausfall erscheint unwahrscheinlich.

Dem HIP kommt neben den anderen Erhebungsinstrumenten dieser Arbeit eine besondere Rolle zu, da es als eher idiographisches Instrument einer anderen Verfahrensklasse angehört. Es wird davon ausgegangen, dass eventuelle Vergleiche mit den eingesetzten Kurzfragebögen zu einer höheren internen Validität der Untersuchung führen können.

Bezogen auf den Bereich der Krankheitsverarbeitung wurde dabei eine offene Frage folgenden Wortlautes gestellt: „Bitte beschreiben Sie in wenigen Sätzen, wie Sie bisher mit der Krankheit umgegangen sind“. Die Patienten konnten die Länge ihrer Antwort selbst bestimmen, die von ihnen als wesentlich herausgestellte Reaktionsform wurde stichwortartig notiert. Bei der Auswertung wurden die Reaktionsformen zweifach Gruppen zugeordnet, die aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit innerhalb dieser Untersuchung beim Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV, s.u.) entnommen wurden. Eine Gruppierung beinhaltet 12 Coping-Formen, die Kurzgruppierung bezieht sich auf die 5 Coping-Strategien der FKV-Kurzversion. Insgesamt konnten diese Interviewangaben für $N = 213$ Patienten erhoben werden.

8.3. Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) der EORTC

Als Ergebnis eines 1986 von der EORTC initiierten Forschungsprogramms wurde 1993 der EORTC Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ C-30) als Kernfragebogen zur Erfassung der Lebensqualität onkologischer Patienten, die an klinischen Studien in der Onkologie teilnehmen, vorgestellt (Aaronson et al., 1993) und vor allem an Patienten mit Bronchialkarzinomen validiert. In seiner - zum Zeitpunkt dieser Untersuchung - aktuellen Version v2.0 (s. Anhang A-5) beinhaltet der Kernfragebogen 30 Fragen, die zu 9 Skalen zusammengefasst werden können. Die Skalen des QLQ C-30 lassen sich wie folgt gruppieren:

1. Fünf Funktionsskalen: *körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenerfüllung, kognitive, emotionale und soziale Funktionsfähigkeit.*
2. Eine Skala *Globale Lebensqualität.*
3. Drei Symptomskalen, die *Erschöpfung/Fatigue, Schmerz, Übelkeit/Erbrechen* erfassen.

Die Fragen 1 bis 5 werden mit *Ja/Nein* beantwortet. Die Fragen 8 bis 28 werden auf einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen *gar nicht* (1), *ein wenig* (2), *häufiger* (3) und *sehr stark* (4) beantwortet. Die Fragen 29 und 30, welche die Skala *Globale Lebensqualität* bilden, sind siebenstufig mit den Polen *sehr schlecht* (1) und *sehr gut* (7).

Die Skaleninterkorrelation ist ein bekanntes Problem des QLQ C-30 (Aaronson et al., 1993), dem auch in der vorliegende Untersuchung Beachtung geschenkt werden soll. Kritisch ist dabei die Skalenkonstruktion anhand weniger Items; bis auf die Skalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* (fünf Fragen), *Emotionale Funktionsfähigkeit* (vier Fragen) und *Erschöpfung/Fatigue* (drei Fragen) werden alle Skalen nur anhand zweier Items gebildet.

Grundsätzlich kann der QLQ C-30 jedoch als anerkanntes Fragebogenverfahren angesehen werden, das einen Kompromiss zwischen subjektiven und objektiven Gegebenheiten der Lebensqualität bei onkologischen Patienten sucht. Aufgrund der breiten Datenlage, die für den QLQ C-30 bereits vorliegt, wird dieser Fragebogen in der vorliegenden Untersuchung als zentrales Validierungsinstrument eingesetzt.

8.4. Weitere Instrumente

Der *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* (FLZ; Fahrenberg et al., 2000) versucht, die subjektiven Anteile der Lebensqualität als stabile Merkmale zu erfassen. Der Fragebogen wird vom Patienten ausgefüllt und besteht aus mehreren Modulen. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Module *Allgemeine Lebenszufriedenheit* und *Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit* bei einer konsekutiven Teilstichprobe der Befragten eingesetzt (s. Anhang A-6).

In einem Modul beschreiben jeweils acht Items für die Lebensqualität relevante Bereiche. Jeder Bereich wird vom Befragten zweimal auf einer fünfstufigen Skala beurteilt und zwar nach der subjektiven Wichtigkeit (*nicht wichtig* bis *extrem wichtig*) sowie nach der subjektiven Zufriedenheit (*unzufrieden* bis *sehr zufrieden*). Bei der Auswertung werden die beiden Einschätzungen miteinander verknüpft, so dass das Prinzip der subjektiven Gewichtung realisiert wird, welches nach Meinung der Autoren für den Bereich der subjektiven Lebensqualität von zentraler Bedeutung ist (Henrich & Herrschbach, 1998).

Die *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität* (SEL; Averbek et al., 1997) sollen das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen. Das dem Fragebogen zugrunde liegende Konzept von Lebensqualität geht von den drei Dimensionen Inhalt, zeitlicher Bezugsrahmen und subjektiver Relevanzgrad aus. Die resultierenden Skalen der Kurzform des SEL (s. Anhang A-8) werden nachfolgend berichtet (in Klammern findet sich die Skalenbeschriftung):

1. *Stimmung*: Skala wird gebildet anhand von vier fünfstufig zu beurteilenden Fragen mit den Polen *gar nicht* bis *sehr stark*.
2. *Objektive körperliche Beschwerden*: Diese Skala beinhaltet sechs fünfstufige Items (*nie/nicht* bis *immer/sehr stark*).
3. *Subjektive körperliche Verfassung*: Skala besteht aus drei fünfstufigen Items (*gar nicht* bis *voll*).
4. *Subjektives soziales Umfeld*: Vier fünfstufige Items bilden diese Skala (*gar nicht* bis *voll*).
5. *Grundstimmung*: Skala besteht aus sechs fünfstufigen Items (*gar nicht* bis *voll*).

6. *Lebensorientierung*: Skala wird anhand dreier fünfstufiger Items gebildet (*gar nicht bis voll*).

Abschließend wird wie beim QLQ C-30 jeweils eine Globalfrage bezüglich des körperlichen Zustandes und der allgemeinen Lebensqualität gestellt, an dieser Stelle mit den fünf Abstufungen *schlecht bis sehr gut*.

Die Skalen können zu drei übergeordneten Ergebnisbereichen zusammengefasst werden:

1. *Körperliche Verfassung*
2. *Kognitiv-emotionale Befindlichkeit*
3. *Soziale Situation*

Das Verfahren wurde zu Validierungszwecken einer konsekutiven Teilstichprobe von Patienten dieser Untersuchung vorgelegt.

Der *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (Muthny, 1989) basiert theoretisch auf Thesen der Coping-Forschung. Der FKV beansprucht, ein breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen von Kognition, Emotion und Verhalten zu erfassen (Muthny, 1996). Der Fragebogen besteht aus einem ausführlichen Instrument (FKV 102) mit 102 Items und 12 Skalen sowie 2 Kurzformen zur Selbst- und Fremdeinschätzung (FKV-LIS-FE und -SE) mit je 35 Items und 5 Skalen. Die Kurzformen eignen sich besonders für Verlaufsmessungen von Krankheitsverarbeitungsprozessen. Durch die variablen Instruktionen lässt sich die Definition eines belastenden Ereignisses dem jeweiligen Untersuchungsansatz anpassen (Fokussierung der Krankheitsverarbeitung auf die jeweilige Diagnose). Der Einsatzbereich wird vor allem bei chronisch körperlich Kranken bzw. bei Personen mit Folgeerscheinungen akuter Erkrankungen gesehen.

Für die in dieser Untersuchung verwendete Kurzform FKV-LIS-SE (s. Anhang A-7) liegen die internen Konsistenzen zwischen $r = .68$ und $r = .77$. Das Verfahren wurde aufgrund theoretischer Coping-Konstrukte und den von verschiedenen Autoren als relevant erachteten Dimensionen der Krankheitsverarbeitung entwickelt. Die fünf Skalen der Kurzform sind:

1. *Depressive Verarbeitung*
2. *Aktives, problemorientiertes Coping*
3. *Ablenkung und Selbstaufbau*
4. *Religiosität und Sinnsuche*
5. *Bagatellisierung und Wunschdenken*

Die Konstruktvalidität wird durch die weitgehend faktorenanalytisch begründete Skalenbildung an gemischten Stichproben chronisch Kranker vom Autor als gewährleistet angesehen.

Der *Hornheider Fragebogen* (Strittmatter, 1997) wurde zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Hauttumorpatienten entwickelt. In seiner Kurzform beinhaltet dieser 11 Fragen, die sehr spezifisch auf die Situation von Hauttumorpatienten abgestimmt sind

(s. Anhang A-9), und eine offene Frage. Die 11 Fragen können sechsstufig beantwortet werden mit den Skalenpolen *trifft nicht zu* (0), *trifft zu* und belastet mich *kaum* (1) bis *sehr stark* (5). Das Verfahren ist ein Selbstbeurteilungsbogen mit Ratingskalen, wobei die Betreuungsbedürftigkeit über ein statistisches und ein expertendefiniertes Schwellenkriterium bestimmt wurde.

8.5. Ablauf der Befragung

In diesem Kapitel werden die Umstände und der Ablauf der Befragungssituation beschrieben, um die Art der erhobenen Daten besser darstellen zu können. Zunächst wird auf die Rolle des Psychologen in einem Akutkrankenhaus eingegangen. Anschließend wird der konkrete Ablauf beschrieben.

8.5.1 Psychologische Betreuungssituation chronisch Kranker im Akutkrankenhaus

Ausgangspunkt und Hintergrund bei der Entwicklung des Befragungsablaufs waren Überlegungen zu bislang üblichen Formen der psychosozialen Betreuung in Akutkrankenhäusern. Meist bestehen Konsiliar- bzw. Liaisondienste. Dies bedeutet in der Regel, dass die Betreuer auswählen, welche Patienten Unterstützung brauchen. Oft sind dies Patienten, die vom jeweiligen Behandlungsteam auf der Station als auffällig wahrgenommen werden. Der betreuende Psychologe sucht den Patienten auf und meist findet ein aus dem Kontext der Situation des Patienten gelöster Einzelkontakt statt. Die Themenfindung geschieht häufig spontan und situationsgebunden.

Die Erfahrungen in der täglichen Betreuung von Patienten in einem Akutkrankenhaus lassen ein Gegenkonzept sinnvoller erscheinen. Ein im jeweiligen Krankenhaus integrierter Psychologe, der für eine überschaubare Zahl von Abteilungen zuständig ist, könnte alle Patienten auf relevante psychologische Probleme hin untersuchen und direkt über Indikationen mitentscheiden. Eine solche Implementierung (Kusch et al., 1997) führt dazu, dass der Psychologe den Patienten bekannt ist und konstant für eventuelle Interventionen verfügbar ist. Der so tätige Psychologe sollte integraler Bestandteil einer Abteilung sein. Aus einem solchen Konzept heraus fanden auch die hier vorgelegten Untersuchungen statt. Dabei sollte der Psychologe grundsätzlich drei wesentliche Ziele verfolgen, nämlich (a) eine adäquate Betreuung des individuellen Patienten, (b) die Erforschung bzw. Erarbeitung klinischer Richtlinien und (c) die Evaluation des psychoonkologischen Funktionsbereichs.

Eine psychologische Screening-Diagnostik sollte behandlungsrelevante psychosoziale Dimensionen abfragen, die aktuell wichtig für die medizinische Therapie des Patienten sind. Die Fragen sollten interdisziplinär beantwortbar und vergleichbar sein. Wünschenswert sind Ergebnisse, welche direkt im Einzelfall nutzbare Informationen für eventuelle Interventionsan-

sätze liefern können. Gleichzeitig könnten diese Daten auch die empirische Basis für klinikspezifische klinische Grundsätze bieten. Das Vorgehen soll transparent und für Verbesserungen offen sein. Eine so benannte Aufgabenstellung entspricht der Konzeption des *local clinical scientist* (Stricker & Tierweiler, 1995), dessen Aufgabe es ist, die Lücke zwischen Theorie und Praxis schließen zu helfen.

8.5.2 Prozessablauf des psych onkologischen Screenings

Der weitgehend standardisierte Ablauf der Befragung wurde möglich durch die regelmäßige Präsenz eines Diplom-Psychologen in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn. Der Befragungsablauf wird an dieser Stelle stichwortartig beschrieben:

1. Der Patient nimmt erste Termine bei Ärzten der Ambulanz wahr; Anamnese, Befund und Diagnose werden erhoben. Es erfolgt eine Therapieempfehlung, zumeist eine Chemotherapie.
2. Der behandelnde Arzt bestimmt den Chemotherapieplan und füllt den Ärztebogen des KSPC aus.
3. Eine Pflegeperson, die während seines stationären Aufenthaltes den häufigsten Kontakt zum Patienten hat, füllt den Pflegebogen aus ihrer Sicht aus.
4. Der Patient wird anschließend vom Psychologen angesprochen und füllt den Patientenbogen des KSPC zusammen mit den weiteren Fragebögen der Untersuchung aus. Anschließend findet ein Aufnahmegespräch mit dem Psychologen statt.

Der Psychologische Dienst führt auf der Datenbasis des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC ein psychologisches Aufnahmegespräch mit möglichst jedem Patienten durch (Dauer ca. 20-40 Minuten). Im Rahmen dieses Gesprächs werden mittels eines halbstandardisierten Vorgehens (HIP) wichtige Eckdaten über den Patienten und seine Krankheitsverarbeitung erhoben. Die Informationen aus den drei Teilbögen des KSPC werden zusammen mit dem Patienten besprochen.

Neben der diagnostischen Beurteilung der Patientensituation ist es ein wesentliches Ziel des Eingangsgesprächs, einen vertrauensvollen Arbeitskontakt zum Patienten aufzubauen. Wie in der Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung Voraussetzung für eine (evtl. angestrebte) Änderungsbereitschaft auf Seiten des Patienten. Beide Aspekte bedürfen einer professionellen psychologischen Fachkompetenz.

8.5.3 Vorläufige Interpretation der KSPC-Ergebnisse im Einzelfall

Der KSPC soll sowohl für Gruppenuntersuchungen geeignet sein, als auch Informationen für den Einzelfall liefern können. Dabei ist die Festlegung von Schwellenwerten für die Items sowie von Regeln für die Verknüpfung und die Interpretation der drei Datenquellen notwen-

dig (Gotay & Stern, 1995). Diese Aspekte sollen in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls weiter erforscht werden. In der praktischen Anwendung vor und während dieser Untersuchung wurde wie folgt verfahren: Die Einzelitems des Kurzfragebogens werden für den Einzelfall als mit dem Patienten direkt ansprechbare Themen verwendet. Der Schwellenwert in der Anwendungspraxis ist die Skalenmitte. Die Verknüpfungsregeln der drei Beobachterinformationen gehen von folgenden Annahmen aus:

1. Dreiseitige Übereinstimmung besteht: Dies ist ein deutlicher Hinweis auf die diagnostische Adäquatheit einer Aussage.
2. Wenn keine Übereinstimmung in den Einschätzungen besteht: Hier könnte ein berufsspezifisches Kommunikationsproblem bestehen. Es ist zu entscheiden, ob der Patient oder aber eine Berufsgruppe das Ziel einer Intervention ist (z. B. Ärzte oder das Pflegepersonal empfinden einen Patienten als besonders anstrengend).
3. Besteht keine Übereinstimmung, wird der Patient in jedem Fall auf einen solchen Widerspruch angesprochen.

So entsteht eine weitere themenzentrierte Interview-Diagnostik über Inhalte, die ohne die Teilbögen nicht angesprochen würden. Eine ausführliche psychologische Diagnostik mittels Interview ist für die Indikationsstellung im Einzelfall aber trotzdem notwendig. Jedoch war die Anwendung des KSPC bereits vor dieser Studie so weit eingeführt, dass in Fällen, in denen von allen drei Seiten keine Belastung gesehen wurde, Patienten als nicht betreuungsbedürftig einzustufen waren. Langfristiges Ziel und eine Aufgabe der Untersuchung ist es, ein valides und reliables Vorgehen zu etablieren, auch ohne jeden einzelnen Patienten interviewen zu müssen.

9. Hypothesen und statistische Festlegungen

Ein Einstieg in die Fragen- bzw. Hypothesenkomplexe der vorliegenden Untersuchung wurde bereits in Kapitel 6.3 gegeben. Die dort vorformulierten inhaltlichen Fragestellungen werden in diesem Kapitel in Form statistisch prüfbarer Hypothesen ausformuliert.

9.1. Art und Darstellung der Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich in hypothesenprüfende und explorative Teile. Von einem hypothesenprüfenden Vorgehen kann wissenschaftstheoretisch nur im Falle von Hypothesen gesprochen werden, deren (a) Formulierung, (b) Art (gerichtet versus ungerichtet) und (c) Testart (ein- versus zweiseitig, Höhe des α -Fehlers, etc.) vor der empirischen Prüfung feststehen (Bortz & Döring, 1995).

Der hypothesenprüfende Teil teilt sich entsprechend dem Vorgehen bei dieser Untersuchung in Ausgangshypothesen und Folgehypothesen. Dieses Vorgehen wurde durch Zwischenauswertungen an sukzessiv untersuchten Teilstichproben im Verlauf der Untersuchung möglich. Teile der Ergebnisse haben explorativen Charakter und werden im Ergebnisteil berichtet. Da es sich bei den meisten Thesen um Zusammenhangshypothesen handelt, wird hierbei auf eine gesonderte Darstellung von Nullhypothese und Alternativhypothese verzichtet. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Hypothesen nummeriert. Ein vorangestellter Großbuchstabe kennzeichnet den Hypothesenbereich.

9.2. Statistische Festlegungen

Zur Berechnung der jeweiligen statistischen Tests werden alle zum Abschluss der Untersuchung vorliegenden Daten verwendet. Das α -Fehlerniveau wird grundsätzlich mit 5 % festgelegt. Es wurde darauf geachtet, die Zahl der Zwischenauswertungen gering zu halten, um die Gefahr einer α -Fehler-Kumulierung (Simon, 1997) zu reduzieren. Die praktische Bedeutsamkeit von Differenzen im Bereich der verwendeten Fragebögen ist größtenteils bislang nicht bekannt, weshalb Effektstärken und somit die Teststärke (Power) kaum im Voraus zu berechnen sind. Die relativ großen Stichproben bei den Analysen in dieser Arbeit rechtfertigen die Annahme ausreichender Teststärken für die meisten Tests.

Die statistischen Berechnungen werden in den meisten Fällen mit dem Programm SPSS für Windows, Version 10.0.7 (SPSS, 2000), im Falle linearer Strukturgleichungsmodelle mit dem Programm AMOS, Version 4.0 (Arbuckle & Wothke, 1999) und im Falle der Schwierigkeitsindizes, einiger Statistiken zur Beobachterübereinstimmung und der Set-Korrelation mittels eigener Berechnungen durchgeführt.

9.3. Ausgangsthesen

Dieser Thesenbereich entstammt der ursprünglichen Konzeption der Untersuchung. Der Schwerpunkt liegt auf der Fragebogenkonstruktion und der Beobachterübereinstimmung. Die inhaltlichen Thesen können in mehrere statistische Teilthesen unterteilt werden:

- A 1. Die drei Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC werden auf ihre jeweiligen Itemkennwerte hin geprüft:
 - a) Schwierigkeitsindex
 - b) Trennschärfe
 - c) Homogenität
 - d) Dimensionalität der Teilbögen: Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen können jeweils pro Teilbogen zu drei inhaltlichen Faktoren zusammengefasst werden.
- A 2. Die drei Beurteiler (Patient, Arzt, Pflegekraft) schätzen in jeder der drei inhaltlichen Dimensionen das gleiche Konstrukt ein, folglich können ihre Einschätzungen zusammengefasst werden:
 - a) Die Beobachterübereinstimmung zwischen Patient, Arzt und Pflegekraft ist signifikant und (trotz zu erwartender Differenzen) praktisch bedeutsam.
 - b) Über die Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC hinweg können gemeinsame inhaltliche Faktoren identifiziert werden, so dass die Einschätzungen von Patienten, Ärzten und Pflegekräften innerhalb inhaltlicher Skalen zusammengefasst werden können.
- A 3. Der KSPC kann als reliables Untersuchungsverfahren angesehen werden:
 - a) Die Beobachterübereinstimmung innerhalb der Fremdbeobachterklassen (Vergleich mehrerer Ärzte bzw. mehrerer Pfleger untereinander) ist substantiell überzufällig und praktisch bedeutsam. Diese These gilt für den Ärzte- und den Pflegebogen.
 - b) Bei der Bildung von Teilskalen kann pro jeweiligem Teilbogen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) eine hohe interne Konsistenz erreicht werden.
 - c) Die Testwiederholungsreliabilität aller dreier Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC ist jeweils überzufällig und von ausreichender Höhe.
- A 4. Die drei Teilbögen des KSPC (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) sind jeweils valide bei der Erfassung der emotionalen Befindlichkeit, des Krankheitsverhaltens, der aktiven Mitarbeit und des Kontakts zu Angehörigen (Konstruktvalidität):
 - a) Der KSPC korreliert mit entsprechenden Skalen des Quality of Life Questionnaire Core 30.
 - b) Der KSPC korreliert mit entsprechenden Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit.

- c) Der KSPC korreliert mit entsprechenden Dimensionen der Skalen zur Erfassung der Lebensqualität.
- d) Der KSPC korreliert mit entsprechenden Skalen der Hornheider Fragebogen-Kurzform.
- e) Der KSPC korreliert mit entsprechenden Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung in Kurzform.

Der KSPC besitzt prädiktive Validität bezüglich der Lebensqualität:

- f) Die zum Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn) erhobenen Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC korrelieren mit Teilskalen für psychosoziale Befindlichkeit im Quality of Life Questionnaire Core 30 zum Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung) und Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

9.4. Folgethesen

Die Folgethesen sind nach ersten Zwischenauswertungen entstanden und reflektieren somit die Entwicklung des Untersuchungskonzeptes während der bereits laufenden Untersuchung. Sie lauten wie folgt:

- F 1. Der Patient und die Behandler (Ärzte und Pflegepersonal) schätzen bei ihrer Beurteilung mittels der Teilbögen des KSPC unterschiedliche Konstrukte ein:
 - a) Es können faktorenanalytisch über die Beobachter des Behandlungsteams hinweg keine gemeinsamen Dimensionen zwischen Patient und Behandlern gefunden werden.
 - b) Einschätzungen der Fremdbeurteiler im Ärzte- und Pflegebogen des KSPC können im Rahmen der inhaltlichen Skalen teilweise zusammengefasst werden und repräsentieren das Behandlungsteam ausreichend.
- F 2. Arzt und Pflegeperson schätzen im Rahmen ihres jeweiligen KSPC-Teilbogens (Ärzte- und Pflegebogen) im Gegensatz zum Patienten nicht primär die subjektive emotionale Befindlichkeit des Patienten ein, sondern ein anderes Konstrukt. Dieses Konstrukt bezieht sich inhaltlich eher auf den objektiven körperlichen Allgemeinzustand:
 - a) Die Einschätzungen der Fremdbeurteiler im Ärzte- und Pflegebogen des KSPC korrelieren nicht bedeutsam mit Maßen subjektiver Lebensqualität.
 - b) Die Einschätzungen der Fremdbeurteiler im Ärzte- und Pflegebogen des KSPC zeigen signifikante Zusammenhänge mit der Überlebenszeit der Patienten. Die Einschätzungen der Patienten im Patiententeilbogen zeigen dies nicht.

9.5. Thesen für Subgruppen von Patienten

Eine Ausgangsüberlegung dieser Untersuchung war es, die Selbsteinschätzungen der Patienten mit Hilfe der Fremdeinschätzungen durch Ärzte und das Pflorgeteam zu ergänzen. Wenn nicht davon ausgegangen werden darf, dass die Einschätzungen innerhalb der jeweiligen Teilskalen additiv verknüpft werden können, muss untersucht werden, welche unterschiedlichen Aspekte mittels Selbst- und Fremdeinschätzungen diagnostisch beurteilbar sind.

Durch Kombination der Belastungseinschätzung im Patiententeilbogen des KSPC mit der Belastungseinschätzung durch das Behandlungsteam können Subgruppen von Patienten mit unterschiedlicher Lebensqualität, unterschiedlichem Coping-Verhalten und unterschiedlicher körperlicher Befindlichkeit identifiziert werden. Die Hypothesen hierzu können zunächst nur vorformuliert werden:

- S 1. Die drei Teilbögen des KSPC (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) können jeweils dazu verwendet werden, Mediengruppen anhand einzelner Skalen zu bilden. Mit Hilfe dieser Technik können Patientensubgruppen identifiziert werden, welche sich in Mittelwerten der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und der Coping-Strategien in der erwarteten Richtung unterscheiden.

9.5.1 Überlegungen zu Kombinationshypothesen

Komplexere Hypothesen sind bei der Subgruppenanalyse denkbar. Das Schema in Abbildung 7 verdeutlicht, welche Überlegungen derartigen Kombinationshypothesen zugrunde liegen können. Dabei werden zur Vereinfachung nur Kombinationen einer Selbst- und einer Fremdeinschätzung (hier: emotionale Belastung des Patienten eingeschätzt im Ärztebogen) angegeben. Anhand der Selbsteinschätzungen und der Fremdeinschätzungen können jeweils Gruppen (z. B. Mediengruppen) mit unterschiedlichen Belastungsausmaßen gebildet werden. Die Kombination der Gruppenzugehörigkeit auf der Selbsteinschätzungsskala mit einer entsprechenden Einordnung auf einer der Fremdeinschätzungsskalen kann bestimmte diagnostische Hinweise liefern.

Eine auf dem Schema in Abbildung 7 basierende Gruppeneinteilung erfordert jedoch eine Reihe theoretische Vorannahmen, wie sie nachfolgend genannt werden:

1. Die Selbsteinschätzung eines Patienten, hoch belastet zu sein, hat grundsätzlich Priorität vor diagnostischen Urteilen von Außenstehenden.
2. Es gibt Patienten, die ihre Belastung als geringer angeben, als sie tatsächlich ist (Verleugnung).
3. Fremdbeobachter können die Belastung des Patienten als geringer einschätzen, als sie tatsächlich ist.

		Emotionale Belastung des Patienten laut Arzteinschätzung im Ärztebogen des KSPC	
		Niedrig	Hoch
Emotionale Belastung des Patienten im Patientenbo- gen des KSPC	Hoch	Gruppe 3: Arzt unterschätzt Belastung	Gruppe 1: Belasteter Patient
	Niedrig	Gruppe 2: Wenig belasteter Patient	Gruppe 4: Patient zeigt Belastung nicht

Abbildung 7: Vier-Felder-Schema möglicher Kombinationen der diagnostischen Urteile bei der Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit durch den Patienten und den behandelnden Arzt mit Hilfe des KSPC

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken.

Ausgehend von diesen Annahmen lassen sich die Gruppenzugehörigkeiten in Abbildung 7 wie folgt interpretieren:

1. Gruppe 1: Die emotionale Belastung wird im Patienten- und im Ärztebogen gleichermaßen als hoch angegeben. Dies lässt diagnostische Interpretation zu, dass es sich um einen eindeutig hoch belasteten Patienten handelt.
2. Gruppe 2: Die emotionale Belastung wird im Patienten- und im Ärztebogen gleichermaßen als niedrig angegeben. Die diagnostische Interpretation könnte hier lauten, dass es sich um einen eindeutig nur gering belasteten Patienten handelt.
3. Gruppe 3: Der Patient schätzt seine emotionale Belastung als hoch ein, der Arzt schätzt diese als niedrig ein. Eine diagnostische Interpretation wäre, dass der Arzt die Belastung unterschätzt. Dies könnte z. B. bei Patienten der Fall sein, die versuchen, anderen nicht zur Last zu fallen.
4. Gruppe 4: Der Patient schätzt seine emotionale Belastung als niedrig ein, der Arzt schätzt diese jedoch als hoch ein. Eine diagnostische Interpretation wäre, dass es sich um einen Patienten handelt, der seine Belastung nicht äußern will oder kann.

Ausgehend von diesen Überlegungen ließen sich Hypothesen bezüglich der Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ableiten, die beispielsweise mittels geplanter Vergleiche im Rahmen von Varianzanalysen geprüft werden können.

Es sind Alternativerklärungen denkbar, welche andere Vorannahmen zugrunde legen würden, als die hier genannten. Die notwendigen Annahmen erscheinen jedoch insbesondere deshalb kritisch, weil implizit wieder davon ausgegangen werden müsste, dass die Selbst- und Fremdeinschätzungen jeweils das gleiche Konstrukt erfassen.

Abhängig von Ergebnissen vorausgehender Untersuchungen muss auch die Kombination der Selbst- und der Fremdeinschätzungen bei der Subgruppenanalyse mit dem Ziel erfolgen, mittels Selbst- und Fremdbeobachtung jeweils *verschiedene* Konstrukte einzuschätzen, die in ihrer unabhängigen Aussagekraft diagnostisch nutzbar sind. Dies bedeutet beispielsweise, dass mit Hilfe der gleichlautenden Skala des Patientenbogens die emotionale Befindlichkeit beurteilt werden könnte. Gleichzeitig wären die Einschätzungen der Fremdbeobachter auf der Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärzte- oder Patientenbogens des KSPC zur Einschätzung der körperbezogenen Lebensqualität einsetzbar. Bei den in Kapitel 11.1 vorgestellten Berechnungen zur Subgruppenidentifikation mittels Skalen der Teilbögen des KSPC wird vom letzteren Konzept ausgegangen.

10. Ergebnisse zur Fragebogenkonstruktion

Der Ergebnisteil dieser Arbeit ist in seiner Grundstruktur um den Prozess der Prüfung eines neuen Testverfahrens zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch kranken Patienten herum aufgebaut. Die nachfolgenden Kapitel lehnen sich in ihrer Gliederung an die Präsentation der Hypothesen in Kapitel 9 an. Zunächst werden Ergebnisse zur Berechnung der Itemkennwerte berichtet (s. Kapitel 10.1). Anschließend wird insbesondere auf die Faktorenstruktur des Fragebogens (s. Kapitel 10.2), Aspekte der Konstruktstruktur (Beobachterübereinstimmung, s. Kapitel 10.3) und auf wesentliche Testgütekriterien, die Reliabilität (s. Kapitel 10.4) und die Validität (s. Kapitel 10.5) eingegangen. In Kapitel 10.6 werden schließlich Validitätsuntersuchungen mittels multivariater statistischer Verfahren vorgestellt.

10.1. Itemkennwerte des KSPC

Bevor empirische Aussagen über ein psychologisches Untersuchungsverfahren als Ganzes getroffen werden können, müssen Eigenschaften der einzelnen *Fragen, Aufgaben* bzw. *Items* des Verfahrens geprüft werden. Die Begriffe Item und Frage werden nachfolgend synonym gebraucht, es wird von einer *Itemanalyse* bzw. von *Itemkennwerten* gesprochen.

Die Itemanalyse „soll prüfen, ob die Test-Items der Testabsicht entsprechen“ (Fisseni, 1997, S. 30). Die Itemkennwerte geben Hinweise auf Eigenschaften von Items bzw. Fragen, welche für die Reliabilität und Validität des Gesamttests von Bedeutung sein können. Wie bereits angesprochen, werden an dieser Stelle die Itemkennwerte Schwierigkeit, Trennschärfe und Homogenität (im Sinne der Aufgaben-Interkorrelation) berechnet. Eine Itemrevision (Lienert & Raatz, 1994) soll nur in der Form durchgeführt werden, dass nicht adäquate Fragen bei der Auswertung fortgelassen werden, um die Vergleichbarkeit des KSPC mit dem Vorläuferfragebogen (Kusch et al., 1996) zu gewährleisten. Die in diesem Kapitel vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf die im Kapitel 9.3 aufgeführten Hypothesen A1 a) bis c).

10.1.1 Schwierigkeitsindizes der Fragen des KSPC

Der Schwierigkeitsindex ist ein Kennwert, der sich auf einzelne Fragen eines Fragebogens bzw. Tests bezieht. Dieser Kennwert gibt an, wie hoch der prozentuale Anteil von Probanden der gesamten Analytestichprobe ist, die eine bestimmte Aufgabe bzw. Frage in einer vom Untersucher festgelegten Richtung gelöst bzw. beantwortet haben (Lienert & Raatz, 1994). Die einfachste Form der Berechnung von Schwierigkeitsindizes besteht bei zweistufigen Fragen in der Ermittlung eines Quotienten aus der Zahl der Probanden, die die entsprechende

Aufgabe *richtig* gelöst haben und der Gesamtzahl der Probanden. Als richtig gelöst gelten hier die vom Untersucher als Schlüsselantworten festgelegten Resultate. Für mehrstufige Items ist ein Vorgehen üblich, bei welchem die Summe aller bei einer Aufgabe erreichten Punkte dividiert wird durch die Summe aller möglichen Punkte bei der jeweiligen Aufgabe. Dieses Vorgehen geht auf Dahl (1971) zurück. Fisseni (1997) schlägt als Ergänzung vor, den Quotienten aus der jeweiligen Quadratsumme der erreichten und der möglichen Punktzahl zu bilden. In der vorliegenden Arbeit wird der Schwierigkeitsindex entsprechend diesem Vorschlag berechnet. Nach dieser Formel resultieren Koeffizienten zwischen Null und Eins, wobei ein höherer Wert eine *leichtere* Aufgabe kennzeichnet, die von einer größeren Zahl von Probanden gelöst wurde.

Bei den nachfolgenden Berechnungen ist zu beachten, dass die Schwierigkeitsindizes zwischen inhaltlich positiv und inhaltlich negativ formulierten Aufgaben nicht direkt vergleichbar sind. Bei Berechnungen entsprechend dem oben beschriebenen Vorgehen wird der Wert *Null* auf der Itemskala als inhaltlicher Negativwert verstanden. Aus diesem Grund werden bei allen Teilfragebögen des KSPC für die Fragen fünf bis acht und bei Frage neun des Patientenbogens des KSPC auch die Schwierigkeitsindizes bei Umpolung der Skala berichtet.

Die Ergebnisse der Berechnungen für Fragen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens werden in den nachfolgenden Unterkapiteln dargestellt.

10.1.1.1 Schwierigkeitsindizes für Fragen des Patientenbogens

Tabelle 7 zeigt die Schwierigkeitsindizes (SI) für Fragen des Patientenbogens des KSPC. Dabei ist die Umpolung der Items fünf bis neun zu beachten. Wesentlich für die Beurteilung der relativen Schwierigkeitsindizes dieser Items ist der Wert in Klammern.

Die Ergebnisse (Tabelle 7) zeigen, dass die Schwierigkeitsindizes der Fragen um den mittleren bis höheren Bereich streuen. Grundsätzlich scheinen die Items in sinnvoller Weise um den Idealwert von $SI = .5$ zu streuen. Dies kommt dem Ansinnen entgegen, Differenzierungsvielfalt (z. B. von zu bildenden Skalen) zu ermöglichen (Fisseni, 1997).

Betrachtet man die Höhe der Schwierigkeitsindizes der nicht umgepolten Items fünf bis neun, so stellen sich diese Items als schwer dar. Dies entspricht durchaus dem Bemühen, die besonders belasteten Patienten zu identifizieren. Gleichzeitig fällt die quantitative Interpretation der nicht umgepolten Items schwer, da die hier gewählte Berechnungsformel eine Wertung der Itemabstufungen impliziert.

Frage neun dagegen („Ich finde den Kontakt mit meinen Angehörigen zuweilen schwierig“) erscheint aus Patientensicht unter dem Gesichtspunkt der Itemschwierigkeit nur mit Einschränkung als eine einzelne Skala verwendbar. Die Frage präsentiert sich im Sinne der Itemschwierigkeit als sehr schwer: nur wenige Probanden geben an, den Kontakt mit den An-

gehörigen als schwierig zu empfinden. Es kann vermutet werden, dass diese Frage von Patienten im Sinne der sozialen Erwünschtheit verzerrt beantwortet wird.

Tabelle 7: Schwierigkeitsindizes (SI) der Items des Patientenbogens des KSPC

Nummer der Frage	Fragen des Patientenbogens des KSPC	<i>N</i>	SI (SI bei Umpolung)
1	Fragen stellen	231	.55
2	Information verständlich	227	.73
3	Mitarbeit bei der Behandlung	222	.78
4	Gute Laune	232	.55
5	Verärgert (umgepolt)	234	.17 (.59)
6	Traurig (umgepolt)	231	.23 (.48)
7	Hilflos (umgepolt)	234	.20 (.56)
8	Beunruhigt (umgepolt)	234	.29 (.39)
9	Kontakt zu Angehörigen (umgepolt)	233	.12 (.77)

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken.

10.1.1.2 Schwierigkeitsindizes des Ärzte- und des Pflegebogens

Für Fragen des Ärzte- und des Pflegebogens wurden ebenfalls Schwierigkeitsindizes berechnet. Die Darstellung der Indizes des Ärztebogens kann in Tabelle C-1 eingesehen werden. In Tabelle C-2 werden die Schwierigkeitsindizes des Pflegebogens berichtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Schwierigkeitsindizes auch hier weitgehend um den mittleren Bereich streuen. Beim Vergleich der Indizes von Fragen des Ärzte- und des Pflegebogens untereinander zeigen sich vergleichbare Resultate. In nicht umgepolter Form stellen sich die Fragen fünf und acht sowohl im Ärzte- wie auch im Patientenbogen des KSPC als schwer im Sinne der Itemschwierigkeit heraus. Die umgepolten Werte weisen hier aber auf eine mittlere Schwierigkeit der Items hin.

Bei Betrachtung der Antworten zu den Fremdbeurteilerbögen fällt zudem auf, dass Frage neun von deutlich weniger Befragten beantwortet wurde als andere Fragen (s. Fallzahlangaben in Tabelle C-1 bzw. Tabelle C-2). Möglicherweise fällt es Fremdbeurteilern in der vorliegenden Befragungssituation schwerer, den Kontakt der Patienten zu ihren Angehörigen einzuschätzen, als Aussagen über die emotionale Situation zu machen.

10.1.2 Trennschärfen bei Fragen des KSPC

Die Trennschärfe (Fisseni, 1997) oder der Trennschärfeindex (Bortz & Döring, 1995) bzw. Trennschärfekoeffizient (Lienert & Raatz, 1994) sagt aus, wie gut das Ergebnis bei einer Frage mit dem Gesamttestergebnis eines Probanden übereinstimmt. So wäre es z. B. denkbar, dass ein in der Gesamtskala *Emotionale Befindlichkeit* hochbelasteter Patient sich bei Frage acht („Ich bin zuweilen beunruhigt“) als kaum beeinträchtigt einschätzt. Wäre dieser Zusammenhang systematisch über viele Patienten der Analytestichprobe beobachtbar, müsste dieses Item als wenig brauchbar bezüglich der Gesamtaussage dieser Skala des Fragebogens gelten. Die Trennschärfe ist der wichtigste Itemkennwert und wird in der Regel an einem Innenkriterium berechnet, welches das Gesamtergebnis eines Tests darstellt. Der Zusammenhang kann als Korrelation berechnet werden, wobei auch hier das Skalenniveau der Items beachtet werden muss. Die Trennschärfekoeffizienten (TK) können als hoch bezeichnet werden, wenn sie höher als $TK = .5$ sind (Weise, 1975).

Im vorliegenden Fall wird der Gesamtskalenwert der jeweiligen Teilskala als Vergleichskriterium verwendet, im Fall von Frage neun der Gesamtrohwert des jeweiligen Teilfragebogens des KSPC (Patienten-, Ärzte- oder Pflegebogen des KSPC). Die Korrelation wird nach Spearmans Rangkorrelationsformel berechnet, um der Tatsache zu genügen, dass die Skalen des KSPC inhaltlich nicht eindeutig als intervallskaliert bezeichnet werden können. Eine Teil-Ganz-Korrektur wird vernachlässigt, da der Aufwand selten die erzielte Verbesserung rechtfertigt (Lienert & Raatz, 1994).

Die Skala *Aktive Mitarbeit* wird als Mittelwert einer ungewichteten Summe der Items eins bis drei gebildet, die Skala *Emotionale Befindlichkeit* wird durch die Items vier und die umgepolten Items fünf bis acht konstituiert.

10.1.2.1 Trennschärfekoeffizienten der Fragen im Patientenbogen

Rudinger und Dommel (1985) weisen auf die Möglichkeit hin, konvergente und diskriminante Trennschärfen zur Itemanalyse einzusetzen. Dabei untersuchen die Autoren auch die Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen. In dieser Arbeit bezieht sich ein solches Vorgehen auf die Unterscheidung zwischen Korrelationen von Items mit der zugehörigen bzw. mit einer inhaltlich nicht zugehörigen Skala. In Tabelle 8 werden diese Angaben für Items des Patientenbogens und seine theoretischen Teilskalen wiedergegeben.

Die Fragen eins bis drei zeigen signifikante und ausreichend ausgeprägte Korrelationen mit der Skala *Aktive Mitarbeit*, dagegen korreliert von diesen Fragen nur Frage zwei signifikant mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* (s. Tabelle 8). Diese Korrelation ist jedoch gering ausgeprägt. Die Fragen vier bis acht korrelieren nur in einem Fall (Frage vier) signifikant mit der Skala *Aktive Mitarbeit*, diese Korrelation ist ebenfalls niedrig ausgeprägt. Die Fragen vier

bis acht korrelieren signifikant und in hohem Maße mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit*, was für hohe konvergente Trennschärfen der Fragen vier bis acht des Patientenbogens spricht. Die Ergebnisse in Tabelle 8 zeigen deutlich, dass die konvergenten Trennschärfekoeffizienten der Items eins bis drei bzw. Items vier bis acht jeweils ausreichend hoch sind. Die diskriminanten Trennschärfen sind erwartungsgemäß deutlich niedriger als die theoretisch konvergenten Trennschärfen.

Tabelle 8: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen im Patientenbogen

Frage Nr.	Fragen im Patientenbogen des KSPC	Skalen des Patientenbogens		Gesamtrohwert
		<i>Aktive Mitarbeit</i>	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	<i>SPAT</i>
1	Fragen stellen	.75**	-.09	.13
2	Information verständlich	.67**	.22**	.40**
3	Mitarbeit bei der Behandlung	.62**	.12	.32**
4	Gute Laune	.25**	.70**	.69**
5	Verärgert (umgepolt)	-.04	.61**	.59**
6	Traurig (umgepolt)	.05	.85**	.77**
7	Hilflos (umgepolt)	.06	.79**	.72**
8	Beunruhigt (umgepolt)	.01	.84**	.75**
9	Kontakt zu Angehörigen (umgepolt)	-.05	.30**	.43**

Anmerkungen. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, SPAT = Gesamtrohwert des Patientenbogens des KSPC, Nr. = Nummer.

** $p < .01$.

Item neun korreliert signifikant mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* und mit dem Gesamtrohwert des Patientenbogens des KSPC. Diese Korrelationen sind jedoch nicht von hoher Ausprägung. Die Trennschärfe des Items neun ist als gering einzustufen. Es ist zu beachten, dass es sich inhaltlich um ein nur dem Gesamtscore des Fragebogens verwandtes Konstrukt handelt. Korrelationen mit den anderen beiden Teilskalen sind nicht zu erwarten, da es sich um eine eigene Dimension handelt. Die Korrelation mit dem Gesamtscore fällt zu gering aus, um auf der Basis dieses Einzelitems eine eigene Skala bilden zu können.

10.1.2.2 Trennschärfen der Fragen von Ärzte- und Pflegebogen

Die unkorrigierten Trennschärfekoeffizienten für den Ärztebogen des KSPC werden in Tabelle C-3 dargestellt. Die konvergenten Trennschärfekoeffizienten für die Items eins bis drei liegen zwischen $r_{Tmin} = .78$ und $r_{Tmax} = .82$, die diskriminanten Trennschärfekoeffizient dieser drei Items zwischen $r_{Tmin} = .09$ und $r_{Tmax} = .45$. Die konvergenten Trennschärfekoeffizienten für die Items vier bis acht liegen zwischen $r_{Tmin} = .60$ und $r_{Tmax} = .78$, die diskriminanten Trennschärfekoeffizient dieser vier Items zwischen $r_{Tmin} = .09$ und $r_{Tmax} = .35$. Die diskriminanten Trennschärfekoeffizienten sind teilweise zwar statistisch signifikant, aber von relativ geringerer Höhe als die konvergenten Trennschärfekoeffizienten. Es wird ersichtlich, dass auch hier die konvergenten Trennschärfe hoch sind und die diskriminanten Trennschärfe deutlich niedriger ausfallen. Mit $r_T = .48$ ist der Trennschärfekoeffizient für die Frage neun zwar signifikant, jedoch gilt es hier ebenso zu beachten, dass die Trennschärfe dieses Items nur unzureichend auf diese Weise beurteilbar ist.

Der Pflegebogen (s. Tabelle C-4) zeigt ein ähnliches Bild wie der Ärztebogen, doch die Unterschiede zwischen konvergenten und diskriminanten Trennschärfekoeffizienten fallen bei mehreren Items deutlich geringer aus als beim Ärztebogen des KSPC. Die konvergenten Trennschärfekoeffizienten für die Items eins bis drei liegen zwischen $r_{Tmin} = .30$ und $r_{Tmax} = .91$, die diskriminanten Trennschärfekoeffizient dieser drei Items zwischen $r_{Tmin} = .02$ und $r_{Tmax} = .37$. Die konvergenten Trennschärfekoeffizienten für die Items vier bis acht liegen zwischen $r_{Tmin} = .41$ und $r_{Tmax} = .76$, die diskriminanten Trennschärfekoeffizient dieser vier Items zwischen $r_{Tmin} = .18$ und $r_{Tmax} = .48$. Die konvergenten Trennschärfekoeffizienten sind bei Item eins und Item fünf des Pflegebogens nicht ausreichend hoch. Für die anderen Items gilt, dass nicht alle diskriminanten Trennschärfekoeffizienten so niedrig ausfallen wie theoretisch erwartet. Bei Item zwei bis vier und sechs bis acht fallen alle diskriminanten Trennschärfekoeffizienten jedoch relativ niedriger aus, als die konvergenten Trennschärfekoeffizienten.

Insgesamt bleibt bezüglich der Trennschärfe der Items in beiden Fremdbeurteilerbögen festzuhalten, dass sich die Items des Ärztebogens als trennschärfer erweisen als die Items des Pflegebogens.

10.1.3 Homogenität der Fragen des KSPC

Die Homogenität soll das Ausmaß angeben, in dem die Items eines Tests dieselbe Eigenschaft messen (Fisseni, 1997). Sie kann, wie die anderen Itemkennwerte auch, statistisch unterschiedlich umgesetzt werden. An dieser Stelle soll die Homogenität als nonparametrische Interkorrelation (Rangkorrelation nach Spearman) der Items untereinander berechnet und dargestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass diejenigen Items hoch miteinander korrelieren

sollten, die einer Skala angehören. So sollten z. B. die Fragen eins bis drei korreliert sein, diese sollten aber nur gering mit den Fragen vier bis neun korrelieren.

In Tabelle 9 werden die Interkorrelationen der Fragen des Patientenbogens des KSPC wiedergegeben.

Tabelle 9: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Patientenbogens

	Info verständlich	Mitarbeit	Gute Laune	Verärgert (umgepolt)	Traurig (umgepolt)	Hilflos (umgepolt)	Beunruhigt (umgepolt)	Kontakt zu Angehörigen
Fragen stellen	.25**	.17*	.06	-.14*	-.07	-.05	-.12	-.06
Info verständlich	-	.29**	.31**	.13	.15*	.16*	.12	.01
Mitarbeit		-	.15*	.04	.12	.07	.10	.01
Gute Laune			-	.30**	.55**	.43**	.48**	.19**
Verärgert (umgepolt)				-	.31**	.37**	.41**	.36**
Traurig (umgepolt)					-	.64**	.73**	.18**
Hilflos (umgepolt)						-	.59**	.25**
Beunruhigt (umgepolt)							-	.16*

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Die in Tabelle 9 beschriebenen Interkorrelationen der Items eins bis drei sind statistisch signifikant. Die Korrelationen zwischen diesen drei Items sind jedoch niedriger als die Interkorrelationen der Items vier bis acht, die ebenfalls alle signifikant sind. Für die inhaltliche Bedeutung der Skala *Aktive Mitarbeit*, welche durch die Fragen eins bis drei gebildet wird, ist dies durchaus von Vorteil: Das Ergebnis ist so interpretierbar, dass die drei Fragen verschiedene inhaltliche Aspekte erfassen können. Andererseits könnte bei der geringen Zahl der skalenkonstituierenden Items eine höhere Homogenität von Vorteil sein. Demgegenüber ist die Korrelation der Items vier bis acht als hoch zu bezeichnen, so dass dies als Hinweis auf eine hohe Homogenität der Items für die Skala *Emotionale Befindlichkeit* gewertet werden kann. Es kann als ein positives Ergebnis verstanden werden, dass die Items eins bis drei einerseits und die Items vier bis acht andererseits kaum oder nur in geringem Maße miteinander korre-

lieren (eine Ausnahme bildet Item vier). Somit kann geschlossen werden, dass die Items des Patientenbogens homogen und trennscharf bezüglich der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* sind.

Die Item-Interkorrelationen für den Ärztebogen werden in Tabelle C-5 dargestellt. Im Vergleich zu den Items des Patientenbogens zeigt sich ein fast spiegelbildliches Ergebnis. Es fällt die deutlich höhere Homogenität der Items eins bis drei auf, welche zusammen die Skala *Aktive Mitarbeit* bilden sollen. Andererseits ist die Interkorrelation der Items vier bis acht zwar hoch, aber deutlich geringer als beim Patientenbogen. Ein ähnliches Bild kann bezüglich der Items des Pflegebogens beobachtet werden (s. Tabelle C-6). Weiter fällt sowohl beim Ärzte- als auch beim Pflegebogen auf, dass die Items eins bis drei einerseits und die Items vier bis acht andererseits auch über Skalen hinweg signifikant korrelieren. Diese Beobachtung spricht zwar für die Homogenität der Items, es muss jedoch auch geschlossen werden, dass sie nicht ausreichend trennscharf bezüglich der beiden Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* sind.

Eine andere Möglichkeit der Homogenitätsbestimmung stellt die Faktorenanalyse dar (Fisseni, 1997). Auf diese Option wird in Kapitel 10.2 weiter eingegangen.

10.1.4 Schlussfolgerungen aus der Itemanalyse

Die Trennschärfe und der Schwierigkeitsindex sind nicht voneinander unabhängig (Fisseni, 1997). Ein mittlerer Schwierigkeitsindex ermöglicht bei sonst gleichen Bedingungen eine höhere Trennschärfe, garantiert diese aber nicht. Die Trennschärfe hängt auch von inhaltlichen Gesichtspunkten der Testkonstruktion ab, also z. B. davon, ob die Unterscheidungen anhand einer Testaufgabe oder -frage im Sinne der Erwartungen ausfallen (Lienert & Raatz, 1994). So kann es durchaus gewünscht sein, Aufgaben mit höherem Schwierigkeitsindex zu haben, wenn eine spezielle Teilpopulation untersucht werden soll.

Verbesserungen des in dieser Arbeit untersuchten Kurzfragebogens könnten im Bereich des Schwierigkeitsindex angesiedelt sein. Insbesondere bei den Fragen drei und neun des Patientenbogens des KSPC haben mehr als 50 % der Befragten eine extreme Ausprägung angegeben. Dies kann Gegebenheiten der Stichprobe wiedergeben. Es sollte aber die Möglichkeit weiter untersucht werden, Items zu konstruieren, deren Skalenbereich von Patienten gleichverteilter genutzt werden kann.

Insgesamt können für die aktuellen Untersuchungsergebnisse einige Hinweise abgeleitet werden:

1. Item eins bis drei: Für diese Items der Skala *Aktive Mitarbeit* zeigen sich in den Teilbögen der Fremdbeurteiler adäquatere Kennwerte für die Itemschwierigkeit und die Homogenität als im Patientenbogen.

2. Item vier bis acht: Für diese Items, die der Skala *Emotionale Befindlichkeit* zugerechnet werden, zeigen sich im Patientenbogen bessere Trennschärfen (im Vergleich zum Ärztebogen und Patientenbogen). Die Trennschärfen dieser Items sind dabei im Ärztebogen im Sinne der Fragebogenabsicht deutlich günstiger ausgeprägt als im Pflegebogen.
3. Item neun: Dieses Item zeigt insbesondere im Patientenbogen eine niedrige Schwierigkeit und eine unbefriedigende bzw. kaum beurteilbare Trennschärfe.

Die empirischen Ergebnisse zur Itemanalyse für die drei Teilbögen des KSPC zeigen insgesamt befriedigende Werte für Schwierigkeit, Trennschärfe und Homogenität. Die Resultate weisen auf unterschiedliche Qualitäten der Items der Selbst- und Fremdbeurteilerbögen bezüglich ihrer Kennwerte hin.

10.2. Skalenbildung innerhalb des Patienten, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC

In diesem Kapitel soll zunächst überprüft werden, ob die Items der jeweiligen Teilbögen des KSPC (Patienten, Ärzte- und Pflegebogen) zu den theoretisch postulierten Dimensionen zusammengefasst werden können. Diese Frage bezieht sich auf die in Kapitel 9.3 aufgestellte These A1d. Die These besagt, dass die neun Items innerhalb jedes Teilbogens des KSPC (Patienten, Ärzte- und Pflegebogen) jeweils zu drei inhaltlichen Dimensionen zusammenfassbar sind. Fragen eins bis drei sollten jeweils die Dimension bzw. Skala *Aktive Mitarbeit* bilden, Fragen vier bis acht die Skala *Emotionale Befindlichkeit*. Frage neun sollte für sich den *Kontakt zu den Angehörigen* erfassen können.

10.2.1 Skalenniveau und statistische Verfahren

In diesem Kapitel spielt das angenommene Skalenniveau des KSPC eine wichtige Rolle. Wie in Kapitel 8.1.2 bereits diskutiert, wird bei den Items des KSPC grundsätzlich von einem Intervallskalenniveau ausgegangen. Wo es jedoch angemessen erscheint, wird ein Verfahren gewählt, das sich auf ein ordinales Skalenniveau bezieht, da das Intervallskalenniveau nicht eindeutig gegeben ist. Wie ebenfalls diskutiert, bleiben parametrische Verfahren wie die in diesem Kapitel angewandte Faktorenanalyse in beiden Fällen grundsätzlich anwendbar.

10.2.2 Teilskalen des Patienten bogens

Die Faktorenanalyse stellt eine Möglichkeit zur Überprüfung der Dimensionalität komplexer Merkmale dar (Bortz, 1993). Das Verfahren ist in seinem Grundprinzip auf multiple Einzelkorrelationen zwischen Merkmalen oder Items aufgebaut, die unter Beachtung aller Partialkorrelationen zu Faktoren zusammengefasst werden können. Auf diesen Faktoren „Ja-

den“ die verschiedenen Items unterschiedlich stark. Die hier verwendete faktorenanalytische Methode ist die Hauptkomponentenanalyse. Die gefundenen Faktoren sind bei diesem Verfahren voneinander unabhängig und erklären sukzessive die maximale Varianz (Bortz, 1993). Die gefundene Faktorenlösung wird hier einer Rotation unterzogen. Dieser Teilschritt soll zu einer ausgewogeneren Varianzverteilung auf die identifizierten Faktoren führen, was die Interpretierbarkeit erhöhen kann. An dieser Stelle wird die Varimax-Rotationsmethode verwendet. Für die Auswahl von Faktoren wird festgelegt, dass der Eigenwert größer eins sein soll.

Tabelle 10: Faktorenladungen der Items des Patientenbogens - Drei-Faktoren-Lösung

Frage Nr.	Fragen des Patientenbogens des KSPC	Komponenten der rotierten Faktorenlösung		
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Fragen stellen		.66	
2	Information verständlich		.75	
3	Mitarbeit bei der Behandlung		.67	
4	Gute Laune	-.68	.27	
5	Verärgert	.42		.66
6	Traurig	.89		
7	Hilflos	.79		.21
8	Beunruhigt	.88		
9	Kontakt zu Angehörigen			.90

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, Faktorenladungen $\leq .20$ wurden ausgelassen.

Es sei darauf hingewiesen, dass es in der Regel keine perfekte Faktorenlösung gibt (Bortz, 1993), d. h. es bleibt ein Interpretationsspielraum. Allein durch theoriegeleitete Hinzunahme oder Entfernung von Items können aufgrund der vielfältigen Partialkorrelationen unterschiedliche Ergebnisse resultieren. In die Analyse wurden alle neun Items einbezogen, wobei es hier - anders als bei der Bestimmung der Schwierigkeitsindizes - keinen Unterschied bedeutet, ob die Items in der ursprünglichen Polung oder nach inhaltlichen Gesichtspunkten umgepolt eingebracht werden. Die Items werden in ihrer ursprünglichen Polung analysiert.

Die Kommunalität eines Items gibt im Rahmen der faktorenanalytischen Berechnung an, wie viel der Itemvarianz durch die gewonnene Faktorenlösung aufgeklärt wird. Es ist somit eine Aussage darüber, in welchem Ausmaß das jeweilige Item bei der Faktorenlösung berücksichtigt werden konnte. Die Kommunalitäten der Fragen eins bis drei des Patientenbogens liegen

zwischen $k_{min} = .45$ und $k_{max} = .60$, die Kommunalitäten der Fragen vier bis acht zwischen $k_{min} = .56$ und $k_{max} = .80$, Frage neun geht mit $k = .81$ in die Faktorenlösung mit ein. Die Kommunalitäten von Item eins bis drei erscheinen nicht optimal, jedoch akzeptabel. In Tabelle 10 werden die Faktorenladungen der rotierten Komponentenlösung dargestellt.

Es wird deutlich, dass die drei postulierten theoretischen Dimensionen sehr gut reproduzierbar sind. Der in Tabelle 10 errechneten Faktorenlösung zufolge könnten die Skalen wie folgt gebildet werden:

1. Erster Faktor: Ein erster Faktor könnte anhand der Items 4, 6, 7 und 8 gebildet werden. Eine solche Zusammenfassung von Variablen entspricht weitgehend der theoretisch postulierten Zugehörigkeit der Fragen des Patientenbogens zur Dimension bzw. Skala *Emotionale Befindlichkeit*. Frage fünf lädt höher auf dem dritten Faktor in Tabelle 10. Da dieses Item jedoch auch auf dem ersten Faktor lädt, erscheint es aus inhaltlichen Gesichtspunkten gerechtfertigt, es ebenfalls dieser Skala zuzurechnen.
2. Zweiter Faktor: Ein zweiter Faktor könnte anhand der Items eins, zwei und drei gebildet werden. Die empirischen Resultate stützen somit die Bildung der Skala *Aktive Mitarbeit* anhand der Fragen eins, zwei und drei.
3. Dritter Faktor: Die durchgeführte Faktorenanalyse führt zu dem Ergebnis, dass Frage neun - wie theoretisch erwartet - einen inhaltlich von den beiden anderen Konstrukten bzw. Skalen unabhängigen Sachverhalt erfassen kann. Überraschend ist die hohe Ladung von Item fünf auf diesem Faktor. Dieser Effekt konnte jedoch auch bei anderen Stichproben bestätigt werden (Wollenschein, 2001).

Die Gesamtvarianzaufklärung der rotierten Drei-Faktoren-Lösung beträgt über 63 %. Eine höhere Varianzaufklärung konnte auch mit anderen, vorgegebenen Faktorenlösungen nicht erreicht werden.

10.2.3 Teilskalen des Ärzte- und des Pflegebogens

Die Skalenbildung anhand Zusammenfassungen der Einzelfragen kann auch auf Ebene der Fremdbeurteiler-Teilbögen von Ärzten und Pflegepersonal untersucht werden. In Tabelle C-7 werden die Faktorenladungen der Items des Ärztebogens des KSPC berichtet, in Tabelle C-8 die der Items des Pflegebogens des KSPC dargestellt.

Es wird ersichtlich, dass die Drei-Faktoren-Lösung auch hier sehr gut empirisch repliziert werden kann. In beiden Fällen resultiert eine Drei-Faktoren-Lösung mit jeweils einer annähernd gleich großen Varianzaufklärung von 64 % bzw. 63 %. Die einzige Ausnahme im Vergleich zur theoretisch postulierten Lösung bildet in allen Teilbögen das Item fünf. Dieses Item wurde theoretisch zur Skala *Emotionale Befindlichkeit* hinzugerechnet. In allen drei Teilbögen lädt dieses Item auf der Skala *Angehörigenkontakt*. Item acht im Pflegebogen, welches dem empirischen Ergebnis nach eher der Skala *Angehörigenkontakt* zugerechnet werden müsste,

zeigt im Pflegebogen die einzige weitere Unregelmäßigkeit. Abgesehen von den beiden Ausnahmen werden in allen drei Teilbögen des KSPC die Items empirisch den theoretisch postulierten Skalen zugeordnet.

Die Kommunalitäten der Fragen eins bis drei des Ärztebogens liegen zwischen $k_{min} = .65$ und $k_{max} = .73$, die der Fragen vier bis acht zwischen $k_{min} = .53$ und $k_{max} = .75$. Frage neun geht mit $k = .54$ in die Faktorenlösung beim Ärztebogen ein. Die Kommunalitäten der Fragen eins bis drei des Pflegebogens liegen zwischen $k_{min} = .62$ und $k_{max} = .71$, die der Fragen vier bis acht zwischen $k_{min} = .58$ und $k_{max} = .81$. Frage neun geht mit $k = .43$ in die Faktorenlösung des Pflegebogens ein. Im Vergleich zu Ergebnissen der Faktorenanalyse beim Patientenbogen wird ersichtlich, dass die Fragen eins bis drei der Fremdbeurteilerbögen zu einem stärkerem Ausmaß in die faktorenanalytischen Berechnungen eingehen. Zusammen mit anderen Ergebnissen könnte diese Beobachtung als zusätzlicher Hinweis auf eine (relativ gesehen) höhere Zuverlässigkeit der Skalen *Aktive Mitarbeit* in den beiden Fremdbeurteilerbögen (Ärzte- und Patientenbogen) im Vergleich zur Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen gewertet werden.

10.2.4 Schlussfolgerungen für die Dimensionalität der Teilskalen

In allen drei Teilbögen ist eine Drei-Faktoren-Lösung, wie sie theoretisch postuliert wurde, empirisch gut replizierbar. Die jeweiligen Faktorenlösungen im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen fallen bezüglich der Kommunalitäten und der Itemzuordnungen nur leicht unterschiedlich aus. Die Skala *Aktive Mitarbeit* kann in allen drei Teilbögen als Mittelwert der Einschätzungen bei Fragen eins, zwei und drei gebildet werden. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* kann als Mittelwert aus den Fragen 4, 6, 7 und 8 zusammengesetzt werden. Obwohl die empirischen Ergebnisse der Faktorenanalysen dies erst als zweite Möglichkeit nahe legen, wird Frage fünf aus inhaltlichen Gesichtspunkten der Skala *Emotionale Befindlichkeit* zugeteilt. Aufgrund der Ergebnisse bei der Homogenitätsbestimmung werden im Pflegebogen die Items fünf und eins ganz aus allen Berechnungen eliminiert.

Es wird deutlich, dass die Kommunalitäten für die Items eins bis drei im Ärzte- und Pflegebogen deutlich besser ausfallen als im Patientenbogen. Dies fällt als einzelnes Argument nicht sehr ins Gewicht. Vor dem Hintergrund der günstigeren Kennwerte bei diesen Items der Skala *Aktive Mitarbeit* (s. Kapitel 10.1) stellt es jedoch ein weiteres Argument für eine - in Relation zum Patientenbogen - bevorzugte Verwendung der Fremdbeurteilerangaben bei dieser inhaltlichen Teilskala dar.

Die Ergebnisse belegen auf Ebene der jeweiligen Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) insgesamt klar die Möglichkeit einer Drei-Faktoren-Lösung, wobei diese Lösung jeweils die höchste Varianzaufklärung bietet. Sie liegt über alle drei Beobachterquellen hinweg konstant bei 63 %.

10.3. Beobachterübereinstimmung bzw. Dimensionalität des Gesamtverfahrens

Die Suche nach der besten Faktorenlösung auf Ebene des einzelnen Teilbogens (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) ist nicht das alleinige Zielkriterium der vorliegenden Untersuchung. Es geht auch um die Frage, ob Angaben der unterschiedlichen Beobachter zusammengefasst bzw. auf welche Art und Weise diese Angaben interpretiert werden können. Zur Begriffsklärung sei festgelegt, dass nachfolgend unter *Beobachterklassen* die verschiedenen Beobachterquellen verstanden werden, also z. B. Ärzte oder Patienten. Unter *Beobachtergruppen* werden mehrere Elemente einer Beobachterklasse verstanden, also mehrere einzelne Patienten, etc.

An dieser Stelle soll zunächst untersucht werden, wie hoch die Beobachterübereinstimmung zwischen den Beurteilern aus unterschiedlichen Beobachterklassen auf der Ebene einzelner Fragen ausfällt. Die Untersuchung dieses Sachverhaltes soll zu klären helfen, ob Beobachter aus verschiedenen Beobachterklassen ihren Einschätzungen in den Teilbögen des KSPC das gleiche oder mehrere verschiedene Konstrukte zugrunde legen (Hypothesenkomplex A2 a).

In einem weiteren Untersuchungsschritt soll erforscht werden, ob basierend auf allen 27 Items des KSPC, also über die Beobachterklassen hinweg, gemeinsame Skalen bzw. Dimensionen gefunden werden können. Es geht dabei um die Frage, ob der KSPC als ein auf drei verschiedenen Teilbögen basierendes Gesamtverfahren insgesamt konstruktsspezifisch ist. Eine hohe Konstruktsspezifität würde an dieser Stelle bedeuten, dass die Einschätzungen aus verschiedenen Beurteilerklassen sich jeweils in hohem Maße auf das gleiche inhaltliche (Teil-) Konstrukt beziehen (Hypothese A2b).

Als dritter inhaltlicher Komplex findet die Untersuchung der Reliabilität des KSPC in diesem Kapitel ihren Platz, da sich die Fragestellungen zur Beobachterübereinstimmung und zur Reliabilität teilweise überschneiden.

10.3.1 Beobachterübereinstimmung und Konstruktsspezifität des KSPC

Die Vorgehensweise in den bisherigen Kapiteln konzentrierte sich auf die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen zwei oder mehr Merkmalen einer Person. Eine andere Problematik entsteht, fragt man nach der Übereinstimmung bzw. Konkordanz von Urteilen zweier oder mehrerer Beobachter über die Ausprägungen verschiedener Merkmale bei mehreren beurteilten Personen. Eine theoretische Übersicht hierzu wurde in Kapitel 4 gegeben. Zu untersuchen ist an dieser Stelle somit die Konkordanz der Urteile aus drei Beurteilerklassen (Patient, Arzt, Pfleger) bzw. jeweils zweier *Fremdbeurteilerklassen* (Ärzte und Pfleger) über mehrere Merkmale (neun Merkmale bzw. Fragen pro Patient) hinweg.

Um die in diesem Kapitel gestellte Frage zu untersuchen, wird bei den Angaben des KSPC grundsätzlich von einem mindestens ordinalen Datenniveau ausgegangen. Es werden nachfolgend verschiedene Verfahren der Beobachterübereinstimmung angewandt, um die Tendenzen

der Ergebnisse möglichst vollständig darzustellen und auch die Unterschiede bei der Anwendung verschiedener Verfahren zu verdeutlichen. Praktisch können bei dieser Berechnung der Beobachterübereinstimmung die jeweiligen neun Einschätzungen pro Patient für mehrere Patienten so aufeinanderfolgend in die Datendatei geschrieben werden, dass ein Gesamtwert über alle hier untersuchten Patienten resultiert. Entsprechend können mehrere Datenspalten für Einschätzungen aus verschiedenen Beobachterklassen (Patienten, Ärzte, Pflegepersonal) gebildet werden.

Es wird nachfolgend unterschieden zwischen Berechnungen der Beobachterübereinstimmung für mehr als zwei Beobachterklassen bzw. -gruppen (Kapitel 10.3.1.1) und Berechnungen für Paare von Beobachterklassen bzw. -gruppen (Kapitel 10.3.1.2). Dies ist darin begründet, dass bestimmte Verfahren (z. B. Kendalls W -Koeffizient, Cohens klassisches Kappa, Korrelation nach Spearman) nur in einem dieser Kontexte anwendbar sind. Die Resultate für verschiedene Beobachtergruppen werden tabellarisch gegenübergestellt, wobei die hier präsentierten Berechnungen auf der Ebene der Einzelitems über alle neun Items durchgeführt werden. Die anhand der verschiedenen Statistiken gewonnenen Resultate können nicht immer direkt miteinander verglichen werden, interessant sind jedoch die Unterschiede innerhalb eines Verfahrens und die relativen Unterschiede über die Verfahren hinweg. Die Messverfahren haben einen unterschiedlichen Wertebereich: Spearmans Rho wird z. B. in der klassischen Form eines Korrelationskoeffizienten im Wertebereich -1 bis 1 angegeben, Kendalls W -Koeffizient reicht von 0 (*keine Übereinstimmung*) bis 1 (*völlige Übereinstimmung*). Die wesentlichen Unterscheidungen bzw. Überschneidungen zwischen den Verfahren bestehen bei der Konzeption der Übereinstimmung. Auf diese Unterschiede wurde in Kapitel 4.3 eingegangen.

10.3.1.1 Beobachterübereinstimmung zwischen Patient, Arzt und Pflegeperson

Zunächst wird der Frage nachgegangen, wie hoch die Beobachterübereinstimmung auf der Ebene jedes der neun Einzelitems des KSPC ist. Es handelt sich um Berechnungen der Beobachterübereinstimmung bei drei Beobachtern. Die Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt, wobei die Übereinstimmung der drei verschiedenen Beobachter gegenübergestellt wird der Übereinstimmung von drei Beobachtern aus einer Beobachtergruppe (hier: Pflegepersonal). Die Daten entstammen dem Originaldatensatz der Untersuchung. Für die Prüfung der Beobachterübereinstimmung innerhalb der Fremdbeobachterklassen (nur hier ist sie sinnvoll möglich) wurden zusätzliche Befragungen von Pflegern und Ärzten durchgeführt. Es konnten drei verschiedene Pflegepersonen gewonnen werden, eine Einschätzung mehrerer Patienten zu geben, bei den Ärzten schätzten zwei Ärzte mehrere Patienten ein.

In einer Situation mit mehr als zwei Beobachtern eignet sich bei ordinalen Daten der Konkordanz-Koeffizient W von Kendall (Kendall, 1963). Anwendbar ist auch eine der vielen Erweiterungen bzw. Verbesserungen des Kappa-Koeffizienten, nämlich das multiple Kappa

(berechnet nach Siegel & Castellen, 1988), das allerdings auf einem nominalen bzw. ursprünglich binären Datenniveau basiert. Zum Vergleich werden auch Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten (berechnet nach Shrouf & Fleiss, 1979) berichtet. In die Berechnung von Kendalls W gingen bei der Messung der Übereinstimmung zwischen Patient, Arzt und Pfleger nur die Angaben der Patienten ein, für die keine Itemangabe fehlte. Zusätzlich musste aufgrund der Menge der Einschätzungen der W -Koeffizient der Stichprobe aus 30 Teilstichproben mit jeweils $n = 166$ Items geschätzt werden. Kendalls Konkordanz-Koeffizient W ist der Korrelation eng verwandt und kann mittels einer einfachen Transformation in eine solche umgerechnet (Hays, 1988) bzw. mit einer solchen verglichen werden.

$$r_s = \frac{mW - 1}{m - 1}$$

Gleichung 1: Transformation Kendalls W in Korrelationskoeffizienten

Anmerkungen. m = Zahl der Beobachter, W = Kendalls W -Koeffizient.

Die Intra-Klassen-Korrelationen wurden alle anhand eines 2-Faktoren-Modells (mixed effects) berechnet. Angegeben werden in der vorliegenden Arbeit grundsätzlich nur die (konservativeren) Werte für die *single measure* Intra-Klassen-Korrelationen, so dass die Daten für die Situation der Einzelmessung generalisierbar sind. Signifikanzberechnungen werden an dieser Stelle nicht im einzelnen berichtet, alle sind signifikant auf dem 5 % - Niveau.

Aus Tabelle 11 ist ersichtlich, dass die Übereinstimmungswerte der drei Beurteiler aus verschiedenen Beobachterklassen, also Patient, Arzt und Pflegekraft, auf der Ebene der Einzelitems über alle neun Items des KSPC hinweg berechnet recht gering ausfallen. Eine eindeutige inhaltliche Aussage über einen Schwellenwert, oberhalb dessen hier von einer hohen Beobachterübereinstimmung gesprochen werden kann, fällt schwer. Im Vergleich zu den Werten für Beobachterübereinstimmung innerhalb einer Beobachterklasse (hier: Pflegepersonal) kann jedoch eine Aussage getroffen werden. Die Daten legen bei einer solchen relativen Betrachtung den Schluss nahe, dass die drei Beurteiler aus verschiedenen Beobachterklassen *kein gemeinsames* inhaltliches Konstrukt einschätzen. Ob zwei Beobachtergruppen (Patienten, Ärzte, Pflegepersonen) ein gemeinsames Konstrukt beurteilen, wird im nachfolgenden Unterkapitel weiter untersucht.

Eine weitere wichtige Aussage ist aus Tabelle 11 ableitbar: Die Übereinstimmungswerte für Beobachter aus einer Gruppe sind in allen Statistiken deutlich höher als bei verschiedenen Beobachterklassen. Dies spricht für eine ausreichende Reliabilität des Kurzfragebogens, wenn zusätzlich berücksichtigt wird, dass die berichteten Ergebnisse auf der Ebene der Einzelitems angesiedelt sind.

Tabelle 11: Beobachterübereinstimmung (BÜ) bei Einzelitems bei drei Beobachtern

	<i>N</i> (Items)	Kendalls <i>W</i> ($r_{s-trans}$)	Multiples Kappa	Intra-Klassen-Korrelation
BÜ zwischen drei Beobachterklassen				
Patient /				
Arzt /	1017	.58 (.37)	.18	.40
Pfleger				
BÜ innerhalb einer Beobachterklasse				
Pfleger 1 /				
Pfleger 2 /	74	.83 (.75)	.45	.75
Pfleger 3				

Anmerkungen. $r_{s-trans}$ = transformierter Kendalls *W*-Koeffizient (in Klammern).

Weitere interessante Ergebnisse zeigen sich beim Vergleich der verschiedenen Verfahren untereinander. So fallen die anhand von Kendalls *W* errechneten transformierten Werte sehr ähnlich denen aus, die mittels der varianzbasierten Berechnungsergebnisse der Intra-Klassen-Korrelationen gewonnen wurden. Die Kappa-Werte liegen erwartungsgemäß deutlich niedriger, da nur bei absoluter Übereinstimmung der Einschätzungen (im Sinne eines Alles oder Nichts - Prinzips) Beobachterübereinstimmung angenommen wird. Die Aussagekraft der verschiedenen Statistiken bleibt in der Relation über die Beobachtergruppen und über alle Verfahren hinweg erhalten.

Uebersax (1988) schlägt bei der Ermittlung von Beobachterübereinstimmung auf der Basis von Rating-Skalen, welche als intervallskaliert interpretiert werden können, die Faktorenanalyse als ein zusätzliches Instrument vor. Das konkrete Vorgehen bei der Berechnung beinhaltet eine Faktorenanalyse mit einer vorgegebenen einfaktoriellen Lösung (Uebersax, 2000). Dabei kann - laut Autor - der gewonnene Faktor als *proto-rating* direkt als ein Repräsentant eines latenten traits verstanden werden. Dies entspricht an dieser Stelle gut der Nullhypothese A2, die besagt, dass die Beurteiler ein gemeinsames Konstrukt einschätzen. Ist dem so, sollten nicht nur die Ladungen aller drei Beobachtergruppen auf dem gemeinsamen Faktor hoch sein, sondern auch die Kommunalitäten der Ursprungsvariablen. In Tabelle 12 werden die Ergebnisse eines solchen faktorenanalytischen Vorgehens für die drei Beobachterklassen berichtet.

Tabelle 12: Schätzung der Beobachterübereinstimmung zwischen Beobachterklassen mittels Ein-Faktoren-Faktorenanalyse

	Kommunalitäten	Ladung auf gemeinsamem Faktor	Aufgeklärte Varianz in Prozent
Patient	0.12	0.34	
Arzt	0.60	0.78	45
Pflegeperson	0.62	0.79	

Anmerkungen. $N = 1017$ Items (entspr. $N = 113$ Versuchspersonen). Extraktionsmethode ist Hauptachsen-Faktorenanalyse. Vorgegeben wurde eine Ein-Faktor-Lösung, ohne Rotation.

Bereits bei den Kommunalitäten wird ersichtlich, dass ein gemeinsamer latenter Faktor der Beobachterübereinstimmung fast gänzlich ohne die Einschätzungen des Patienten auskommen müsste (s. Tabelle 12). Insgesamt werden die Ergebnisse der Statistiken in Tabelle 11 bestätigt, ein gemeinsamer Faktor der Beobachterübereinstimmung kann nicht identifiziert werden. Eine Zusatzinformation aus dem faktorenanalytischen Vorgehen ist die Ähnlichkeit der Einschätzungen von Ärzten und Pflegepersonal, die an den relativ hohen Ladungen der Einschätzungen dieser beiden Beobachterklassen auf dem latenten Faktor abgelesen werden können. Hier könnte es sich um einen gemeinsamen Faktor handeln. Die relativ zu bisherigen Untersuchungen geringe Varianzaufklärung von 45 % ist darin begründet, dass eine einfaktorielle Lösung erzwungen wurde.

Tabelle 13: Schätzung der Beobachterübereinstimmung innerhalb von Beobachterklassen mittels einfaktorieller Faktorenanalyse

	Kommunalitäten	Ladung auf gemeinsa- mem Faktor	Aufgeklärte Varianz in Prozent
Behandler 1	.80	.89	
Behandler 2	.64	.80	69.30
Behandler 3	.64	.80	

Anmerkungen. $N = 243$ Items (entspr. $N = 27$ beurteilten Versuchspersonen). Extraktionsmethode ist Hauptachsen-Faktorenanalyse. Vorgegeben wurde eine Ein-Faktorlösung, ohne Rotation.

In Tabelle 13 werden die Daten aus dem erwähnten zusätzlich erhobenen Datensatz mit Hilfe des beschriebenen faktorenanalytischen Vorgehens untersucht. An dieser Stelle gehen somit Daten in die Berechnung ein, die von mehreren Pflegepersonen und mehreren Ärzten erhoben wurden. Dabei werden bei einzelnen Merkmalen jeweils nur Einschätzungen von Ärzten bzw.

nur von Pflegepersonen direkt miteinander verglichen. Da hier beide Fremdbeurteilerklassen in die Gesamtberechnung eingehen, wird in Tabelle 13 von *Behandlern* gesprochen.

Die Einschätzungen aller dreier Behandler in Tabelle 13 laden hoch auf einem gemeinsamen Faktor. Die Daten stützen im Vergleich zu Ergebnissen zwischen verschiedenen Beurteilerklassen (s. Tabelle 12) hier eher die These eines gemeinsamen latenten Faktors der Beobachter innerhalb einer Klasse. Dies kann als Beleg für die Reliabilität des Kurzfragebogens interpretiert werden.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieses Teilkapitels nicht für die Annahme eines gemeinsamen inhaltlichen Beurteilungsfaktors bei den unterschiedlichen Beurteilern Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. Die Einschätzungen derselben Merkmale können über die Beobachterklassen hinweg folglich nicht einfach zusammengefasst werden.

10.3.1.2 Beobachterübereinstimmung zwischen Paaren von Beobachtern

Im letzten Unterkapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Beobachterübereinstimmung *innerhalb* von Beobachterklassen deutlich höher ist als *zwischen* den verschiedenen Beurteilerklassen. Gleichzeitig ergaben sich erste Hinweise darauf, dass die Einschätzungen der Fremdbeurteiler (Ärzte und Pflegepersonal) in höherem Ausmaß übereinstimmen und evtl. zu einem inhaltlichen Faktor zusammenfassbar sind. Zur weiteren Klärung dieser Zusammenhänge werden nun jeweils Paare von Beobachtergruppen verglichen, wiederum zwischen den Beobachterklassen (z. B. Patienten versus Ärzte, etc.) und innerhalb der Beobachterklassen (z. B. zwei Ärzte schätzen denselben Patienten ein).

Es werden, wie bereits besprochen, teilweise andere Indizes berechnet als bisher. Zur Anwendung kommen der klassische Kappa-Koeffizient (hier berechnet nach Kraemer, 1982), der gewichtete Kappa-Koeffizient (berechnet nach Hall, 1974) und Spearmans Korrelationskoeffizient (Spearman, 1904). Bereits verwendet wurden das multiple Kappa und die Intra-Klassen-Korrelation.

Die Gewichtungen (g) bei der Berechnung des gewichteten Kappa wurden so gewählt, dass übereinstimmende Einschätzungen zweier Beurteiler ohne Differenzen mit $g = 1$, Zellen mit nur einem Punkt Differenz mit $g = .667$, Zellen mit zwei Punkten Differenz mit $g = .333$ und Zellen mit drei Punkten Differenz mit $g = 0$ gewichtet sind. Diese Gewichtung ist speziell für vierstufige Ratingskalen geeignet (Cicchetti, 1976). Die Berechnungen wurden entsprechend dem Vorgehen von Hall (1974) durchgeführt. Die Intra-Klassen-Korrelationen wurden entsprechend dem bisherigen Vorgehen berechnet.

Tabelle 14: Beobachterübereinstimmung (BÜ) über Einzelitems bei Paaren von Beobachtern

Beobachterpaare	N (Items)	Kappa	Multiples Kappa	Kappa ge- wichtet	Rang-Kor- relation	IKK
BÜ zwischen den Beobachterklassen						
Patient/Arzt	1677	.14	.13	.23	.31	.30
Patient/Pfleger	1673	.16	.16	.25	.32	.32
Arzt/Pfleger	1663	.24	.24	.41	.58	.57
BÜ innerhalb von Beobachterklassen						
Arzt 1/Arzt 2	81	.33	.32	.51	.71	.69
Pfleger 1/Pfleger 2	154	.44	.43	.59	.75	.72

Anmerkungen. Gewichtetes Kappa: Gewichtung (g) bei null Punkten Differenz $g = 1$, Zellen mit nur einem Punkt Differenz $g = .67$, Zellen mit zwei Punkten Differenz $g = .33$, Zellen mit drei Punkten Differenz $g = 0$. IKK = Intra-Klassen-Korrelation.

Die Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Patienten einerseits und denen der Ärzte und Pflegepersonen andererseits erscheinen gering (s. Tabelle 14). Die Werte fallen zu gering aus, um die jeweiligen Einschätzungen als Urteile über ein gleiches Konstrukt interpretieren zu können. Tabelle 14 kann weiter entnommen werden, dass die paarweisen Übereinstimmungen zwischen Patienten und Ärzten bzw. zwischen Patienten und Pflegepersonen deutlich geringer ausfallen als die Übereinstimmung zwischen den beiden Fremdbeurteilerklassen (Ärzte versus Pflegepersonal). Dieser Effekt ist sicher zu einem Teil auf die grundsätzlich unterschiedlichen Perspektiven von Fremd- und Selbstbeurteilern zurückzuführen. Andererseits ist die Beobachterübereinstimmung zwischen Ärzten und Pflegern zwar am höchsten, aber immer noch nicht so hoch, dass von einem gemeinsamen Konstrukt gesprochen werden kann.

Bezüglich der in eingesetzten Statistiken kann gesagt werden, dass der Rangkorrelationskoeffizient (Spearman, 1904) und die Intra-Klassen-Korrelationen (Shrout & Fleiss, 1979) zu fast identischen Ergebnissen gelangen. Dies gilt ebenfalls für den klassischen und den multiplen Kappa-Koeffizienten. Das gewichtete Kappa stellt einen Kompromiss zwischen dem klassischen Kappa und der Rangkorrelation dar. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen in Tabelle 14 wider. Während beim klassischen Kappa nur die absoluten Übereinstimmungen akzeptiert werden, gehen bei der hier angewandten Gewichtung des gewichteten Kappa die um nur einen Punkt abweichenden Übereinstimmungen zu 67 % in die Berechnung ein.

Schließlich kann auch aus Tabelle 14 eine grundsätzlich positive Aussage über die Reliabilität der Teilbögen des KSPC abgeleitet werden. Es ist anzumerken, dass höhere Werte für die Reliabilität wünschenswert gewesen wären. Dies gilt insbesondere für die Werte der Be-

obachterübereinstimmung, wie sie mittels des klassischen Kappa-Koeffizienten errechnet wurden. Bei Betrachtung der Rangkorrelationen jedoch, erscheint die Reliabilität als zufriedenstellend, besonders unter Berücksichtigung der Tatsache, dass hier die Reliabilität der Einzelitems zugrunde gelegt wurde.

Alle hier genannten Ergebnisse bleiben weiterhin gültig, wenn die Statistiken nur für Teilskalen oder gar einzelne Items (z. B. nur Frage sechs) berechnet werden. Aus Platzgründen werden diese Ergebnisse nicht dargestellt.

Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass die bisher präsentierten Resultate gegen die Annahme der Nullhypothese A2a sprechen. Zwar sind alle Werte der Beobachterübereinstimmung statistisch signifikant, erscheinen jedoch in ihrer Ausprägung zu niedrig. Die Beobachtergruppen der jeweiligen Beobachterklassen schätzen offenbar nicht ein gemeinsames inhaltliches Konstrukt ein. Das schließt nicht aus, dass die hinter den Einschätzungen stehenden inhaltlichen Konstrukte sich teilweise überschneiden. Nicht eindeutig beantwortbar bleibt die Frage der Beobachterübereinstimmung bezüglich der Einschätzungen von Ärzten und Pflegeern. Hier sind die Werte für Beobachterübereinstimmung am höchsten, so dass geschlossen werden kann, dass Ärzte und Pflegepersonen ein weitgehend ähnliches Konstrukt einschätzen. Im Folgekapitel wird untersucht, ob sich faktorenanalytisch über Beobachterklassen hinweg auf Itemebene gemeinsame Faktoren bzw. Konstrukte ableiten lassen.

10.3.2 Gemeinsame Dimensionalität aller Teilbögen des KSPC

Zur Klärung der Frage, ob über alle 27 Einzelitems der drei Teilbögen des KSPC (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) hinweg gemeinsame Variablen gebildet werden können (Hypothese A2b), werden alle Items einer gemeinsamen Faktorenanalyse unterzogen. Es wird dabei untersucht, ob die Items, die einer inhaltlichen Skala (z. B. Emotionale Befindlichkeit) angehören, über die Beobachterklassen hinweg einen gemeinsamen Faktor bilden können.

Diese Vorgehensweise kann nur unter der Annahme angewandt werden, dass die unterschiedlichen Beobachter tatsächlich jeweils dasselbe Konstrukt einschätzen, da sonst die Verzerrung der Daten nicht berücksichtigt wird. Die Merkmale werden also von verschiedenen Beobachtern aus unterschiedlichen Beobachterklassen eingeschätzt. Bei der hier angewandten Berechnung werden sie so behandelt, als seien die Informationen unverzerrt durch den Blickwinkel unterschiedlicher Beurteiler. Auf diese Art und Weise kann ausgesagt werden, in welchem Ausmaß z. B. Merkmal A eingeschätzt durch Beobachter B mit Merkmal A eingeschätzt durch Beobachter C korreliert, aber im Unterschied zu Kapitel 10.3.1.1 nicht, wie hoch die durchschnittliche Urteilerkonkordanz über mehrere Merkmale hinweg ist. Es geht hier inhaltlich um die Suche nach Ähnlichkeiten der Merkmale und nicht nach der Ähnlichkeit von Urteilen.

In Tabelle C-9 werden die Faktorenladungen einer rotierten Komponentenmatrix für eine Acht-Faktoren-Lösung dargestellt. Eine solche Acht-Faktoren-Lösung resultiert, wenn alle 27 Items aus den 3 Teilbögen des KSPC gemeinsam in eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse eingebracht werden. Die Auswahl der Faktoren geschah nach dem Kriterium Eigenwert > 1 . Die Varianzaufklärung einer solchen Lösung beträgt 64 % der gemeinsamen Varianz der 27 Items. Die Interpretation der Faktorenladungen der Acht-Faktoren-Lösung (s. Tabelle C-9) legt folgende Zusammenfassungen von Variablen nahe:

1. Erster Faktor: Die Items vier bis acht des Patientenbogens laden als einzige mit einer Faktorenladung $\geq .35$ auf diesem Faktor. Die Zusammenfassung der fünf Items zur Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen erscheint naheliegend. Die vorgeschlagene Zusammenfassung dieser Items zu einem unabhängigen Faktor spricht gegen eine Beobachterklassen-übergreifende Skalenbildung.
2. Zweiter Faktor: Die Items 4, 6, 7 und 8 des Pflegebogens zeigen als einzige ihre höchste Ladung auf diesem Faktor. Die Bildung der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen anhand dieser vier Items wird somit weiter bestätigt.
3. Dritter Faktor: Die Items vier bis acht des Ärztebogens laden als einzige mit einer Faktorenladung $\geq .35$ auf diesem dritten Faktor. Die Bildung einer unabhängigen Skala der *Emotionalen Befindlichkeit* im Ärztebogen erscheint anhand der genannten fünf Items möglich.
4. Vierter Faktor: Die Items zwei und drei des Pflegebogens laden besonders hoch auf diesem Faktor. Außer diesen laden noch Item fünf, sieben und acht des Pflegebogens darauf. Dieses Resultat weist auf zwei Aspekte hin: (a) mehrere Items des Pflegebogens laden auf einem Faktor, der unabhängig von Einschätzungen aus anderen Beobachterklassen ist und (b) die Items des Pflegebogens sind weniger eindeutig den postulierten theoretischen Skalen zuzuordnen. Der zweite Aspekt bestätigt Ergebnisse aus der Itemanalyse des Pflegebogens und schränkt somit die Aussagekraft dieses Teilbogens ein.
5. Fünfter Faktor: Die Items eins bis drei des Ärztebogens zeigen als einzige ihre höchste Ladung auf diesem Faktor. Die Bildung einer unabhängigen Skala der *Aktiven Mitarbeit* erscheint anhand dieser Resultate gerechtfertigt.
6. Sechster Faktor: Die Items neun aller dreier Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC laden als einzige mit einer Faktorenladung $\geq .35$ auf diesem sechsten Faktor. Dieses Ergebnis lässt die Bildung einer gemeinsamen Skala des *Angehörigenkontakts* als grundsätzlich möglich erscheinen.
7. Siebter Faktor: Die Items eins bis drei des Patientenbogens laden als einzige mit einer Faktorenladung $\geq .35$ auf diesem Faktor und stützen damit ebenfalls die Grundtendenz der Ergebnisse dieser Berechnung. Diese Items bilden einen unabhängigen Fak-

tor und können nur innerhalb des Patientenbogens zur Skala *Aktive Mitarbeit* zusammengefasst werden.

8. Achter Faktor: Hier handelt es sich um einen Faktor, auf dem die Items eins und fünf des Pflegebogens besonders hoch laden. Eine inhaltliche Interpretation erscheint nicht sinnvoll.

Die Ergebnisse in Tabelle C-9 widersprechen der These von gemeinsamen Konstrukten der Beobachter. Selbst eine erzwungene Drei-Faktoren-Lösung (die Ergebnisse werden aus Platzgründen nicht dargestellt) führt an dieser Stelle nicht dazu, dass die Items vier bis acht als Repräsentanten der Skala *Emotionale Befindlichkeit* über die Beobachterklassen hinweg zusammengefasst werden können. Eine solche Drei-Faktoren-Lösung klärt nur 38 % der gemeinsamen Varianz bei nicht akzeptablen Item-Kommunalitäten (z.T. < .3) auf.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich unmittelbar folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Die drei Skalen der *Aktiven Mitarbeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen lassen sich über die drei Beobachterklassen (Patienten, Ärzte, Pflegepersonen) nicht zusammenfassen. Für jede Beobachterklasse resultiert eine eigene, unabhängige Skala der *Aktiven Mitarbeit*.
2. Auch die drei Skalen der *Emotionalen Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen lassen sich über die drei Beobachterklassen (Patienten, Ärzte, Pflegepersonen) nicht zusammenfassen, für jede Beobachterklasse resultiert eine eigene, unabhängige Skala der *Emotionalen Befindlichkeit*.
3. Die drei theoretisch konstruierten Skalen (a) *Aktive Mitarbeit*, (b) *Emotionale Befindlichkeit* und (c) *Angehörigenkontakt* können empirisch innerhalb der Beobachterklassen anhand der theoretisch postulierten Items gebildet werden. Die Skalen sind dabei weitgehend unabhängig voneinander, insbesondere jeweils im Patienten- und im Ärztebogen des KSPC.
4. Die Skalen zum *Angehörigenkontakt* könnten über die drei Beobachterklassen zusammengefasst werden.

Insgesamt sprechen die Daten gegen die Nullhypothese A2b, dass über alle Items des KSPC hinweg gemeinsame inhaltliche Faktoren gebildet werden können.

10.4. Reliabilität und Skalenbildung des KSPC

Die Ergebnisse zur Frage der Konstruktspezifität des KSPC als Gesamtverfahren (s. Kapitel 10.3) legen die Bildung eigener, unabhängiger Skalen für jede der Beobachterklassen (Patienten, Ärzte und Pflegepersonal) nahe. Die Skalenbildung muss vor dem Hintergrund der bisher gewonnenen Daten abgewogen werden. Sie kann nur sinnvoll geschehen, wenn die Frage der Reliabilität bzw. Zuverlässigkeit des KSPC und seiner Teilbögen geklärt ist. Die Reliabilität eines psychologischen Verfahrens kann knapp definiert werden als die Zuverlässigkeit des

Verfahren unabhängig von Inhalt (Fisseni, 1997), bzw. als seine Präzision (Bortz & Döring, 1995). Die Skalenbildung ist eng verknüpft mit der Reliabilität der eingesetzten Kurzfragebögen, da nur Items bzw. Einzelfragen sinnvoll zusammengefasst werden können, die zuverlässig denselben Sachverhalt abbilden.

An dieser Stelle sollen Untersuchungen der Reliabilität des KSPC vorgestellt werden, wobei inhaltliche Faktoren zunächst im Hintergrund stehen. Die Analyse der Reliabilität gehört zum Hypothesenkomplex A3. In Kapitel 10.3 wurde bereits teilweise auf die Bestimmung der Reliabilität eingegangen. In der vorliegenden Untersuchung wird das Modell der Klassischen Testtheorie zugrunde gelegt. Reliabilität kann im Rahmen der klassischen Testtheorie unterschiedlich konzipiert und operationalisiert werden. In dieser Arbeit wird die Reliabilität im Sinne dreier Konzepte untersucht. Dabei sind beim Teilbogen des Patienten z.T. andere Methoden der Reliabilitätsbestimmung angemessen als bei den Teilbögen der Fremdbeurteiler:

1. Paralleltestreliabilität als Beobachterübereinstimmung: Hier stellt sich die Frage, wie zuverlässig mittels der Teilbögen des KSPC Merkmale desselben Patienten von zwei unterschiedlichen Beobachtern aus einer Beobachterklasse eingeschätzt werden können. Die Berechnungsverfahren wurden bereits in Kapitel 4.3 bzw. Kapitel 10.3.1 ausführlich vorgestellt und diskutiert. Diese Reliabilitätsbestimmung bezieht sich insbesondere auf die Fremdbeurteiler-Teilbögen, da ein Patient sich nicht *gleichzeitig* zweimal im selben Bogen einschätzen kann.
2. Reliabilität als innere Konsistenz: Im Rahmen dieses Konzepts wird geprüft, in welchem Ausmaß die Items einer Skala mit der Gesamttendenz der Skala übereinstimmen. Dieses Vorgehen stellt einen Spezialfall der Testhalbierungsreliabilität dar (Bortz & Döring, 1995). Bekannteste Statistik ist hier Cronbachs Alpha Koeffizient der inneren Konsistenz (Cronbach, 1951). Dieser Koeffizient kann als mittlere Testhalbierungsreliabilität verstanden werden.
3. Reliabilität im Sinne von Wiederholungsmessungen (Retest-Reliabilität): Hierbei wird insbesondere untersucht, wie stabil die Selbsteinschätzung eines Patienten über zwei *aufeinander folgende* Zeitpunkte bleibt. Für die Teilbögen der Fremdbeobachter wird die Stabilität über zwei weitere Zeitpunkte untersucht, wobei hier zu beachten ist, dass die Beurteiler zum Zeitpunkt zwei und drei nur zum Teil mit dem Erstbeurteilern identisch waren.

Der Aufbau der nächsten Kapitel folgt der dargestellten Gliederung. In Kapitel 10.4.1 wird geklärt, ob eine ausreichende Reliabilität innerhalb der Beobachterklassen vorliegt, um Aussagen zur Skalenbildung über die Beobachter hinweg machen zu können. In Kapitel 10.4.2 werden die Skalen unter dem Aspekt der inneren Konsistenz beleuchtet. Abschließend werden in Kapitel 10.4.3 die Ergebnisse zur Retest-Reliabilität der gebildeten Teilskalen präsentiert.

10.4.1 Beobachterübereinstimmung als Spezialfall der Paralleltestreliabilität

Die relevanten Ergebnisse zur Beobachterübereinstimmung wurden in Tabelle 11 und in Tabelle 14 referiert, da diese dort zur Interpretation der Höhe der Beobachterübereinstimmung hilfreich waren. Aus diesen Daten geht hervor, dass die Beobachterübereinstimmung zwischen verschiedenen Beobachterklassen geringer ausfällt als erwartet. Dies könnte theoretisch immer auch durch eine mangelhafte Reliabilität des Fragebogenverfahrens bedingt sein. So sollte zu erwarten sein, dass die Einschätzungen innerhalb einer Beobachterklasse deutlich ähnlicher ausfallen als zwischen den Beobachterklassen. Die nachfolgenden Untersuchungen beziehen sich insbesondere auf die beiden Fremdbeurteiler-Teilbögen (Ärzte- und Pflegebogen). Um die Reliabilität der Fremdbeurteilerbögen innerhalb der Beobachterklassen zu prüfen, wurden in mehreren Teilbefragungen insgesamt fünf Pflegepersonen und zwei Ärzte gebeten, jeweils alle zur Zeit auf der Krankenstation behandelten chronisch kranken Patienten unabhängig voneinander einzuschätzen.

Die Resultate der Beobachterübereinstimmung auf der Itemebene sprechen für eine ausreichend hohe Reliabilität der Fremdbeobachterbögen (Ärzte- und Pflegebogen). Sowohl die Übereinstimmung dreier Beobachter (drei Pflegepersonen, s. Tabelle 11) als auch die paarweise Übereinstimmung (s. Tabelle 14) ist deutlich höher als die Beobachterübereinstimmung zwischen den Beobachterklassen. Die Ergebnisse der auf den Kappa-Koeffizienten basierten Statistiken in Tabelle 11 und in Tabelle 14 erscheinen verglichen mit den Referenzangaben (s. Tabelle 3) niedrig. Grundsätzlich sind Vergleichstabellen dieser Art sehr kritisch zu sehen, weil nur pauschale Empfehlungen gegeben werden können. Die klassische Kappa-Statistik (Cohen, 1960) ist ein konservatives Maß, das nur absolute Übereinstimmungen berücksichtigt. So zeigen sich bei Benutzung des gewichteten Kappa-Koeffizienten bereits deutlich höhere Werte, die noch steigen, wenn die Hauptübereinstimmungsdiaagonale *und* die Nebendiaagonalen (d.h. die Differenz der Einschätzungen beträgt jeweils nur einen Punkt) mit $g = 1$ gewichtet werden. So würde berechnet, wie hoch die Beobachterübereinstimmung ausfällt, wenn auch Einschätzungen mit nur einem Punkt Abweichung voneinander als Beobachterübereinstimmung angesehen werden. Die Kappa Werte lägen deutlich höher, allerdings würde dabei auch eine andere inhaltliche Fragestellung bearbeitet.

Angesprochen werden sollen auch die Werte der korrelationsbasierten Berechnungen der Beobachterübereinstimmung. Bei drei Beobachtern (s. Tabelle 11) liegt die durchschnittliche Korrelation (berechnet als transformiertes Kendalls W und als Intra-Klassen-Korrelation) im Bereich um $r = .75$. Bei zwei Beobachtern (s. Tabelle 14) ergibt sich der durchschnittliche Zusammenhang im Bereich von $r = .71$ (Intra-Klassen-Korrelation). Diese Werte liegen bei Beachtung der Tabelle von Weise (1975) nur knapp unterhalb des als mittelhoch bezeichneten Bereichs und können somit als ausreichend angesehen werden.

10.4.2 Skalenbildung beim KSPC unter Berücksichtigung der inneren Konsistenz

Das Konzept der inneren Konsistenz wurde bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel angesprochen. Mittels Cronbachs Alpha Koeffizient (Cronbach, 1951) kann dabei geprüft werden, wie hoch die mittlere Testhalbierungsreliabilität einer Skala ist. Der Alpha-Koeffizient sollte, wie andere Reliabilitätsindizes auch, nicht weit unterhalb von $r = .80$ liegen, damit von einer ausreichenden Reliabilität gesprochen werden kann. Problematisch im Zusammenhang mit der aktuellen Untersuchung ist, dass Cronbachs Alpha mit steigender Zahl der Skalenitems ebenfalls höher wird (Bortz & Döring, 1995). Die Skalen dieser Untersuchung bestehen aus einer vergleichsweise sehr geringen Itemanzahl von drei bis fünf Items.

Tabelle 15: Innere Konsistenz der Teilskalen des KSPC

<i>N</i>	Skala	Teilbogen	Aufgenommene Items	Eliminierte Items	Cronbachs Alpha
1	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	Patient	4,5,6,7,8	keine	.83
2	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	Pflege	4,6,7,8	5	.76
3	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	Arzt	4,5,6,7,8	keine	.75
4	<i>Aktive Mitarbeit</i>	Pflege	2,3	1	.76
5	<i>Aktive Mitarbeit</i>	Arzt	1,2,3	keine	.72
6	<i>Angehörigenkontakt</i>	Patient/ Arzt/ Pflege	9 (Arzt), 9 (Pflege)	9 (Patient)	.31
7	<i>Aktive Mitarbeit</i>	Patient		1,2,3	.49

Die Skalen werden in der Reihenfolge untersucht, in der sie im Rahmen der Faktorenanalyse identifiziert wurden (s. Kapitel 10.3.2). Die Items müssen für die Skalenbildung teilweise umgepolt werden. Die Skalenpolung wurde so gewählt, dass hohe Werte jeweils eine positive inhaltliche Ausprägung bedeuten. Die innere Konsistenz der jeweiligen Skala, die theoretischen und die aufgenommenen Items des jeweiligen Teilbogens werden in Tabelle 15 dargestellt.

Die Ergebnisse der Skalenprüfung in Tabelle 15 zeigen nur für die erste Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen befriedigende Konsistenzwerte. Die Skalenkonsistenzen für die Skalen zwei bis fünf (in Tabelle 15) können als befriedigend bis ausreichend gelten. Die anhand der Angaben des Ärzte- und Pflegebogens gebildete Skala *Angehörigenkontakt* und

die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen können anhand der Konsistenzwerte nicht als reliabel angesehen werden. Sie können nicht als eigenständige Skalen eingesetzt werden.

10.4.3 Retest-Reliabilität des KSPC

Dieses Kapitel beschäftigt sich insbesondere mit der Reliabilität des Patienten-Teilbogens des KSPC. Bei dieser Fragestellung kann die Retest-Reliabilitätsbestimmung angewandt werden. Eine Paralleltestreliabilität im Sinne der Beobachterübereinstimmung kann hier nicht realisiert werden, wie auch eine Bestimmung der Testhalbierungsreliabilität bei einem so kurzen Fragebogenverfahren von fraglichem Nutzen erscheint und sinnvoller mittels der internen Konsistenzbestimmung durchgeführt werden kann. Es werden auch Ergebnisse für die Fremdbeurteilerbögen berichtet. Diese Ergebnisse sind jedoch mit den benannten Einschränkungen behaftet und können nur eingeschränkt interpretiert werden, da die beurteilenden Ärzte zu den verschiedenen Zeitpunkten gewechselt haben.

Zur Untersuchung der Retest-Reliabilität wurde ein Teil der befragten Patienten über mehrere Messzeitpunkte untersucht. Neben dem ersten Messzeitpunkt (ZP1, Beginn der Chemotherapie) wurden die Einschätzungen mittels aller drei Teilbögen des KSPC in der Mitte der Behandlung (ZP2) und bei Abschluss der Behandlung (ZP3) wiederholt. Es wurden $n = 90$ Patienten befragt. Zwischen den Messzeitpunkten lagen unterschiedlich lange Zeitspannen, die jedoch mindestens neun Wochen betragen. Die Berechnungen in diesem Kapitel werden auf der Ebene der im letzten Teilkapitel (s. Kapitel 10.4.2) herausgearbeiteten Skalen durchgeführt.

Bei der Retest-Reliabilität ist im Kontext dieser Untersuchung zu beachten, dass es sich bei den Konstrukten *Emotionale Befindlichkeit* und *Aktive Mitarbeit* um zeitveränderliche Variablen handelt. Das Konzept der klassischen Testtheorie, die gesamte Variation auf einen Fehleranteil zurückzuführen, berücksichtigt diesen Aspekt zu wenig. Hypothetisch wurde trotzdem davon ausgegangen, dass die hier gemessenen Merkmale ausreichend zeitstabil sind, um mittels dieser Technik untersucht werden zu können. Aufgrund der geringen Zeitstabilität wurde erwartet, dass die Korrelationen zwischen den Messzeitpunkten mit zunehmenden Abständen zwischen den Messzeitpunkten geringer werden würden. Als Richtwert für ausreichend hohe Reliabilität kann $r_T = .80$ dienen (Fisseni, 1997).

Dieses Untersuchungskonzept kann auch für die Reliabilitätsbestimmung der Teilbögen der Fremdbeurteiler eingesetzt werden, doch muss an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen werden, dass die Ärzte bzw. Pfleger zu verschiedenen Zeitpunkten unsystematisch gewechselt haben. Im Falle der Fremdbeurteiler kommt somit eine weitere potenzielle Fehlerquelle hinzu. Die Korrelationen zwischen aufeinander folgenden Erhebungen der Skalen *Emotionale Befindlichkeit* und *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen über drei Messzeitpunkte werden in Tabelle 16 dargestellt. Die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen wurde bereits bei der

Untersuchung der inneren Konsistenz als nicht verwendbar klassifiziert und wird in Tabelle 16 nur zu Vergleichszwecken aufgeführt.

Die Resultate in Tabelle 16 zeigen, dass die Selbsteinschätzung der Patienten in der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen nur zwischen Zeitpunkt eins und Zeitpunkt zwei annähernd stabil bleibt. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen kann somit als ausreichend reliabel für Messungen angesehen werden, die nicht mehr als neun Wochen auseinander liegen. Bedenkt man die recht großen zeitlichen Abstände zwischen den Messzeitpunkten und die Tatsache, dass die befragten Patienten einem einschneidenden Lebensereignis ausgesetzt waren, kann die Testwiederholungsreliabilität dieser Skala zwischen Zeitpunkt eins und Zeitpunkt zwei als ausreichend angesehen werden. Alle anderen Ergebnisse weisen auf eine nicht ausreichende Retest-Reliabilität hin. So kann die Retest-Reliabilität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* weder zwischen Zeitpunkt zwei und drei noch zwischen Zeitpunkt eins und drei als ausreichend angesehen werden. Erwartungsgemäß ist dabei die Korrelation zwischen Zeitpunkt eins und drei niedriger als die Korrelation zwischen den zwei jeweils näher beieinander liegenden Zeitpunkten eins und zwei bzw. zwei und drei.

Tabelle 16: Retest-Reliabilität der Skalen des Patientenbogens

Skala (eingeschätzt durch)	ZP1 – ZP2	ZP2 – ZP3	ZP1 – ZP3
Aktive Mitarbeit (Patient)	.34*	.49*	.37*
Emotionale Befindlichkeit (Patient)	.72*	.67*	.54*

Anmerkungen. ZP1 = Zeitpunkt eins (Beginn der Behandlung), ZP2 = Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung), ZP3 = Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

* $p < .05$.

Dieses Ergebnis spricht für eine Abnahme der Reliabilität dieser Skala in Abhängigkeit von der zwischen einzelnen Messungen verstrichenen Zeit. Die Mittelwerte der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen sind dabei zu den drei Messzeitpunkten nicht signifikant unterschiedlich (Messwiederholungs-Varianzanalyse mit $F(2) = 1.04$, $p = .36$). Somit kann es als unwahrscheinlich gelten, dass die Reliabilitätswerte mit Veränderungen der Ausprägungen des gemessenen Merkmals konfundiert sind.

Entsprechend den Ergebnisse des Vorkapitels (s. Tabelle 15) erweist sich die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen auch an dieser Stelle als grundsätzlich nicht ausreichend reliabel. In Tabelle 17 werden die Korrelationen wiedergegeben, die die Retest-Reliabilität für die Skalen der Fremdbeurteilerbögen repräsentieren. Die Resultate müssen anders interpretiert werden als die Patientenwerte, da die Beurteiler hier gewechselt haben.

Tabelle 17: Retest-Reliabilität der Skalen der Fremdbeurteiler-Bögen (Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC

Skala (eingeschätzt durch)	ZP1 – ZP2	ZP2 – ZP3	ZP1 – ZP3
Aktive Mitarbeit (Arzt)	.37*	.12	.17
Emotionale Befindlichkeit (Arzt)	.41*	.07	.35*
Aktive Mitarbeit (Pfleger)	.52*	.21	.36*
Emotionale Befindlichkeit (Pfleger)	.43*	.30	.46*

Anmerkungen. ZP1 = Zeitpunkt eins (Beginn der Behandlung), ZP2 = Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung), ZP3 = Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

* $p < .05$.

Die Resultate in Tabelle 17 weisen in keinem Falle einen Mindestwert ($r_T \geq .70$) für die Retest-Reliabilität der Skalen der Fremdbeurteilerbögen (Ärzte- und Pflegebogen) aus. Der Beurteilerwechsel über die Messzeitpunkte erklärt vermutlich die im Vergleich zum Patientenbogen deutlich niedrigeren Korrelationen. Es ist ersichtlich, dass die Einschätzungen der Pflegepersonen und der Ärzte hier jeweils zu ähnlichen Resultaten führen. Interessant ist auch, dass die Korrelation zwischen Zeitpunkt eins und zwei in keinem Fall signifikant ausfällt, dafür aber in drei Fällen die Korrelation zwischen Zeitpunkt eins und Zeitpunkt drei überzufällig hoch ist. Dieser Effekt ist vermutlich kein Zufallsbefund, sondern durch Selektionseffekte in der Stichprobe bedingt: Patienten, die zum Zeitpunkt drei befragt wurden, haben eine erfolgreiche Behandlung hinter sich und möglicherweise ihr inneres seelisches Gleichgewicht z.T. wiedererlangt.

Die Ergebnisse legen nahe, insgesamt keine ausreichende Retest-Reliabilität der Teilbögen der Fremdbeurteiler (Ärzte- und Pflegebogen) anzunehmen, wenn die Fremdbeurteiler über die Befragungszeitpunkte nicht identisch bleiben. Die Schlussfolgerung, dass die Fremdbeurteilerbögen grundsätzlich nicht reliabel im Sinne der Testwiederholungsreliabilität seien, ist aus den hier vorliegenden Daten wiederum nicht zulässig.

10.4.4 Schlussfolgerungen zur Skalenbildung beim KSPC

Bereits in Kapitel 10.3 wurde festgestellt, dass die bisherigen Ergebnisse die These gemeinsamer Konstrukte über die Beobachterklassen hinweg nicht stützen. Die Reliabilität wurde in diesem Kapitel als wesentliche Voraussetzung einer Skalenbildung untersucht. Diese wurde in dieser Arbeit dreifach operationalisiert: als Beobachterübereinstimmung, als innere Konsistenz und als Retest-Reliabilität.

Die Reliabilitätswerte wurden für die einzelnen Skalen der Teilbögen untersucht. Die höchste Reliabilität erreicht die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen. Sie kann als in

jeder Hinsicht ausreichend reliabel angesehen werden. Einschränkungen zeigen sich für diese Skala allerdings bei der Retest-Reliabilität. Eine ausreichende Retest-Reliabilität konnte nur zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt nachgewiesen werden. Die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen konnte sich bei keinem Verfahren der Reliabilitätsbestimmung als reliabel erweisen und kann somit nicht als verwendbar angesehen werden.

Die Teilbögen der Fremdbeobachter (Ärzte- und Pflegebogen) können insgesamt als ausreichend reliabel angesehen werden. Als wesentliche Reliabilitätskennwerte konnten nur die Beobachterübereinstimmung und die innere Konsistenz herangezogen werden. Die Retest-Reliabilität dürfte hier irreführend niedrig ausgefallen sein, da die Fremdbeobachter über die Messzeitpunkte gewechselt haben.

Zusammenfassend können folgende Skalen als ausreichend reliabel für eine querschnittliche Erfassung angesehen werden: (a) die Skalen der *Emotionalen Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen und (b) die Skalen der *Aktiven Mitarbeit* im Ärzte- und Pflegebogen. Nicht ausreichend reliabel sind die Skalen zum *Angehörigenkontakt* und die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen.

10.5. Validität des KSPC

In diesem Kapitel geht es um die Klärung der Frage, ob die Teilbögen des KSPC bzw. das Gesamtverfahren die anvisierten Aspekte der psychosozialen Situation des Patienten von ihrer inhaltlichen Bedeutung her erfassen können (Hypothesenkomplex A4). Bortz und Döring (1995) stellen fest: „Die Validität (Gültigkeit) ist das wichtigste Testgütekriterium“ (S. 187). Fisseni (1997) referiert drei wesentliche Arten der Validitätsbestimmung:

1. Inhaltsvalidität: Theoretisch ist dies die wichtigste Validitätsart, da hier die direkte Übereinstimmung mit einem bestimmtem Gesamtverhalten gemeint ist.
2. Kriteriumsbezogene Validität: Diese wird meist als Korrelation zwischen zwei Kriterien realisiert. Unterschieden werden ferner querschnittliche (konkurrente) und prädiktive Validität.
3. Konstruktvalidität: Vom Testverhalten wird auf ein nicht beobachtbares Konstrukt geschlossen. Es wird ein „Netz von Hypothesen“ (Bortz & Döring, 1995, S. 185) formuliert, welches bei valider Konstrukterfassung bestätigt werden sollte. Eine Weiterentwicklung dieses Vorgehens stellt die Multitrait-Multimethod-Technik dar. Diese Technik der umfassenden Validitätsbestimmung beinhaltet in der Regel zusätzlich die Inhaltsvalidität und die kriteriumsbezogene Validität.

Im vorliegenden Abschnitt wird insbesondere auf die kriteriumsbezogene Validität zurückgegriffen, wobei beide Unterarten, die querschnittliche und die prädiktive Validitätsbestimmung, eingesetzt werden können. Insgesamt kann aufgrund der Berücksichtigung verschiedener Aspekte von einer Konstruktvalidierung des Gesamtverfahrens gesprochen werden. Die

zur Validitätsbestimmung herangezogenen Fragebogenverfahren wurden bereits beschrieben. Die verwendeten Verfahren können bezüglich ihrer Inhaltsvalidität als hinreichend untersucht gelten.

In einem ersten Schritt (Kapitel 10.5.1) sollen im Sinne der kriteriumsbezogenen Validität die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen der Skalen des Patientenbogens mit verschiedenen Fragebögen zur Messung der Lebensqualität berichtet werden. In Kapitel 10.5.2 werden die entsprechenden Validitätswerte für die Teilskalen der Fremdbeurteilerbögen beschrieben. Kapitel 10.5.3 liefert empirische Daten zur Frage der prädiktiven Validität. Unter dem Gesichtspunkt eines Multitrait-Multimethod-Ansatzes werden in Kapitel 10.5.4 Zusammenhänge der Konstrukte des KSPC mit der Krankheitsverarbeitung und in Kapitel 10.5.5 mit der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit untersucht.

In diesem Kapitel werden die Validitätsberechnungen mittels bivariater Korrelationen durchgeführt. Da es in der vorliegenden Untersuchung jedoch um die Erfassung mehrerer komplexer Merkmale mit Hilfe mehrerer Skalen geht, sind multivariate Berechnungen angebracht. An dieser Stelle sei bereits auf Kapitel 10.6 verwiesen, wo mittels kanonischer Korrelationsanalyse multivariate Zusammenhänge beleuchtet werden.

10.5.1 Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens

Die Emotionale Befindlichkeit stellt das wesentliche Zielkonstrukt eines psychologischen Screenings anhand des KSPC dar. Dementsprechend wird der Validierung dieser Skalen (*Emotionale Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Nachfolgend werden zudem nur diejenigen Skalen des Patientenbogens auf ihre Validität hin untersucht, die sich als reliabel erweisen konnten. In Tabelle 18 werden Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens mit Skalen des QLQ-C30 dargestellt.

Die in Tabelle 18 berichteten Resultate zeigen, dass die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC mit allen neun Skalen des QLQ-C30 signifikant korreliert. Die höchste Korrelation zeigt sich mit der QLQ-C30 Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* ($r = .67$). Die Korrelation mit der Skalen *Globale Lebensqualität* ($r = .52$) und *Fatigue/Erschöpfung* ($r = -.49$) ist ebenfalls als hoch zu bezeichnen. Diese Ergebnisse erlauben Rückschlüsse auf die inhaltliche Interpretierbarkeit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens. Es kann geschlossen werden, dass diese Skala als valide bezüglich der gesundheitsbezogenen emotionalen Befindlichkeit anzusehen ist, wobei neben der emotionalen Befindlichkeit auch Aspekte der allgemeinen Lebensqualität und des Erschöpfungszustandes von Patienten eine Rolle bei der Einschätzung spielen.

Tabelle 18: Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30

Skalen des QLQ-C30	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Körperliche Leistungsfähigkeit</i> (ZP1)	.36**
<i>Rollenerfüllung</i> (ZP1)	.38**
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit</i> (ZP1)	.67**
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit</i> (ZP1)	.39**
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i> (ZP1)	.39**
<i>Globale Lebensqualität</i> (ZP1)	.52**
<i>Fatigue/Erschöpfung</i> (ZP1)	-.49**
<i>Übelkeit/Erbrechen</i> (ZP1)	-.35**
<i>Schmerz</i> (ZP1)	-.30**

Anmerkungen. $N = 189$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn).

** $p < .01$.

Die Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ) werden in Tabelle 19 aufgeführt. Es ist dabei zu beachten, dass die berichteten Skalen des FLZ subjektive Zufriedenheits- und Bedeutungseinschätzungen darstellen. Das bedeutet, dass z. B. höhere Werte auf der Skala *Gesundheit* im FLZ bedeuten können, dass dieser Bereich *wichtig* für Patienten ist und sie *zufrieden* mit ihrem Gesundheitszustand sind.

Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen korreliert in Tabelle 19 signifikant sowohl mit Aspekten der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($r = .50$) als auch mit Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit ($r = .68$). Dabei ist die Korrelation mit gesundheitsbezogenen Aspekten erwartungsgemäß deutlich höher als mit den allgemeinen Lebenszufriedenheit. Bezogen auf die gesundheitlichen Aspekte korrelieren insbesondere die FLZ - Skalen *Körperliche Leistungsfähigkeit* ($r = .62$), *Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege* ($r = .58$), *Fortbewegungsfähigkeit* ($r = .57$), *Beschwerden- und Schmerzfreiheit* ($r = .56$) aber auch *Energie/Lebensfreude* ($r = .57$), *Entspannung/Ausgeglichenheit* ($r = .52$) und *Angstfreiheit* ($r = .48$) mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen. Zusammenfassend zeigen sich Zusammenhänge mit Aspekten der krankheitsbezogenen Symptombelastung und der krankheitsbezogenen emotionalen Befindlichkeit. Außerhalb des gesundheitlichen Bereichs zeigen sich Zusammenhänge zur Wohnsituation, dem Einkommen und der beruflichen

Situation. Alle diese Aspekte beschäftigen onkologische Patienten in der Regel in hohem Maße.

Tabelle 19: Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Skalen des FLZ	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Freunde</i>	.13
<i>Hobbies</i>	.03
<i>Gesundheit</i>	.46**
<i>Einkommen</i>	.41**
<i>Beruf</i>	.35**
<i>Wohnsituation</i>	.44**
<i>Familienleben</i>	.18
<i>Partnerschaft/Sexualität</i>	.20
<i>FLZ - Allgemeiner Summenwert</i>	.50**
<i>Körperliche Leistungsfähigkeit</i>	.62**
<i>Entspannung/Ausgeglichenheit</i>	.52**
<i>Energie/Lebensfreude</i>	.57**
<i>Fortbewegungsfähigkeit</i>	.57**
<i>Seh-/Hörvermögen</i>	.40**
<i>Angstfreiheit</i>	.48**
<i>Beschwerde-/Schmerzfrei</i>	.56**
<i>Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege</i>	.58**
<i>FLZ - Gesundheits-Summenwert</i>	.68**

Anmerkungen. $N = 77$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *FLZ-Allgemein* und *FLZ-Gesundheit* sind lineare Kombinationen vorangehender Skalen.

** $p < .01$.

In Tabelle 20 werden Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens des KSPC mit den Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL) beschrieben. Diese Teilfrage konnte nur an einer kleineren Stichprobe von $N = 28$ untersucht werden.

Die höchsten Korrelationen zwischen Dimensionen der SEL und der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens des KSPC (s. Tabelle 20) bestehen bei den Skalen *Kognitiv-emotionale Befindlichkeit* ($r = .84$), *Grundstimmung* ($r = .75$), beim *Gesamtwert SEL Kurzform* ($r = .74$), und der Skala *Lebensqualität allgemein* ($r = .66$). Diese Resultate bestätigen

weiter die inhaltliche Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC.

Die Korrelation der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens mit dem Gesamtwert des Hornheider Fragebogens in Kurzform konnte an einer Stichprobe von $N = 17$ Patienten erhoben werden ($r = .81$, $p = .00$). Diese relativ gesehen hohe Korrelation der beiden Skalen erscheint als Validitätsbeleg von Bedeutung. Der Hornheider Fragebogen gilt als empirisch gut untersuchtes Fragebogeninstrument, das für die Bestimmung von Betreuungsbedürftigkeit onkologischer Patienten entwickelt worden ist (Strittmatter, 1997).

Tabelle 20: Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)

Skalen SEL	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Stimmung</i>	.66**
<i>Objektive Beschwerden</i>	.54**
<i>Subjektive Beschwerden</i>	-.18
<i>Grundstimmung</i>	.75**
<i>Soziale Integration/Unterstützung</i>	-.37*
<i>Lebensorientierung</i>	.51**
<i>Körperlicher Zustand insgesamt</i>	.60**
<i>Lebensqualität allgemein</i>	.66**
<i>Körperliche Verfassung</i>	.46*
<i>Kognitiv-emotionale Befindlichkeit</i>	.84**
<i>Gesamtwert SEL Kurzform</i>	.74**

Anmerkungen. $N = 28$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *Kognitiv-emotionale Befindlichkeit*, *Körperliche Verfassung* und *Gesamtwert SEL Kurzform* sind lineare Summenwerte vorangehender Skalen.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

10.5.2 Validität der Skalen der Fremdbeurteilerbögen (Arzt- und Pflegebogen) des KSPC

Entsprechend dem Vorgehen beim Patientenbogen werden an dieser Stelle diejenigen Skalen des Ärzte- und des Pflegebogens mit Skalen des QLQ-C30, des FLZ, der SEL und dem Ge-

samtwert des Hornheider Fragebogens in Kurzform (HF-K) korreliert, die sich in der bisherigen Untersuchungsschritten als zur Skalenbildung geeignet erwiesen haben: (a) die beiden Skalen *Aktive Mitarbeit* und (b) die beiden Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen. Bei der Interpretation der Signifikanzangaben ist zu beachten, dass die Korrelationen der verschiedenen Fragebogenverfahren bei unterschiedlich großen Stichproben durchgeführt wurden; die Angaben wurden bereits berichtet. Die Berechnungen für den QLQ-C30 und die FLZ wurden an großen Stichproben, die für die SEL und den HF-K nur an kleinen Stichproben erhoben.

Die kriteriumsbezogenen Validitätskoeffizienten der beiden Teilskalen des Ärztebogens werden in Tabelle C-10 berichtet. Dabei fällt auf, dass die Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens nur mit einer Skala des QLQ-C30 signifikant korreliert, der Skala *Globale Lebensqualität*. Diese Korrelation ist niedrig ($r = .22$, $p = .00$) ausgeprägt. Die Resultate entsprechen der theoretischen Erwartung und zeigen die inhaltliche Unabhängigkeit der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC korreliert signifikant am höchsten mit den Skalen *Emotionale Funktionsfähigkeit* ($r = .25$) und *Globale Lebensqualität* ($r = .23$). Die Korrelationen sind niedrig ausgeprägt, sie sprechen für eine teilweise gegebene Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen bezüglich der theoretisch erwarteten Aspekte der Lebensqualität.

Die entsprechenden Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens mit Skalen des QLQ-C30 werden in Tabelle C-11 wiedergegeben. Die Skala *Aktive Mitarbeit* korreliert allein mit Skalen, die Aspekte körperlichen Befindens erfassen. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* korreliert signifikant mit den QLQ-C30 Skalen *Schmerz*, *Übelkeit/Erbrechen* und *Globale Lebensqualität*. Keine der signifikanten Korrelationen ist an dieser Stelle größer als $r = .18$. Somit kann hier für die Skalen des Patientenbogens ebenfalls nur festgestellt werden, dass (a) die Skala *Aktive Mitarbeit* erwartungsgemäß nicht mit Aspekten der subjektiven emotionalen Lebensqualität korreliert und (b) die Skala *Emotionale Befindlichkeit* nur teilweise valide bezüglich der globalen Lebensqualität und der körperlichen Befindlichkeit ist.

In Tabelle C-12 werden die Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens mit Skalen des FLZ präsentiert. In diesem Falle resultieren keine signifikanten Zusammenhänge. Bei Betrachtung der entsprechenden Korrelationen zwischen den Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens mit Skalen des FLZ in Tabelle C-13 zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen dem Ärzte- und dem Pflegebogen des KSPC. Während die Teilskalen des Ärztebogens mit keiner Skala des FLZ signifikant korrelieren, gilt dies beim Pflegebogen nur für die Skala *Emotionale Befindlichkeit*. Die Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen korreliert signifikant mit sechs Teilskalen des FLZ und seinen beiden Gesamtwerten. Am höchsten fallen die Korrelationen mit Gesundheits- bzw. symptombezogenen Skalen des FLZ aus. Aus diesen Resultaten kann ge-

geschlossen werden, dass die Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens und die Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens inhaltlich - zumindest teilweise - nicht die gleichen Aspekte erfassen. Der Gesamtwert des HF-K korreliert mit keiner der vier hier untersuchten Fremdbeobachterskalen des KSPC signifikant. Vor dem Hintergrund der hohen Korrelation der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens mit dem Hornheider Fragebogen zeigt dieses Ergebnis, dass die Selbsteinschätzung der emotionalen Befindlichkeit von Patienten valide nur durch die Patienten selbst geschehen kann. Die Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen müssen als nicht ausreichend valide bei der Einschätzung der subjektiven emotionalen Befindlichkeit von Patienten angesehen werden.

Die Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens mit Dimensionen der SEL werden in Tabelle C-14 berichtet. Es resultiert nur eine signifikante Korrelation: Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens korreliert mit der Skala *Allgemeine Lebensqualität* ($r = .41$) aus den SEL.

Tabelle C-15 zeigt die entsprechenden Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens mit Dimensionen der SEL. Im Rahmen dieser Teilanalyse können nur drei signifikante Korrelationen festgestellt werden. Die Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens korreliert signifikant mit der Skala *Objektive Beschwerden* ($r = -.43$) und der Skala *Soziale Integration/Unterstützung* ($r = .40$) in den SEL. Die *Emotionale Befindlichkeit* in der Pflegeeinschätzung korreliert allein mit der Skala *Allgemeine Lebensqualität* ($r = .40$) aus den SEL.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Angaben in den beiden Skalen *Emotionale Befindlichkeit* der Fremdbeobachter (Ärzte- und Pflegebogen) zwar teilweise valide Informationen bezüglich der allgemeinen Lebensqualität enthalten, die Informationen aber durch andere Störvariablen überlagert zu sein scheinen. Über alle Teilskalen hinweg ist zu sagen, dass die Einschätzungen von Ärzten und Pflegepersonal auf den Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des KSPC nur dann teilweise valide sind, solange sie sich auf relativ klar beobachtbare Aspekte der Lebensqualität beziehen. Werden subjektivere Befindlichkeitsaspekte abgefragt, wie dies im FLZ der Fall ist, kann von den Skalen der Fremdbeobachter-Bögen des KSPC keine überzeugende Validität erwartet werden. Die Einschätzungen des Pflegepersonals scheinen valider im Bereich der körperlichen Beschwerden und der sozialen Situation zu sein, die der Ärzte im Bereich der allgemeinen Lebensqualität. Grundsätzlich fallen die Korrelationen der Arzteinschätzungen etwas höher aus als die des Pflegepersonals.

10.5.3 Prädiktive Validität des KSPC

Die prädiktive Validität des untersuchten Screeningverfahrens wurde als Korrelation der jeweiligen Teilskalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens mit neun Skalen des QLQ-C30

zum Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung) und zum Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung) berechnet. Wie bereits angegeben, liegen entsprechende Daten für eine Teilstichprobe der Patienten vor.

In Tabelle C-16 werden die Korrelationskoeffizienten der prädiktiven Validität für die zum Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn) eingeschätzte Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens mit zum Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung) erhobenen Skalen des QLQ-C30 berichtet. Wie bei Zeitpunkt eins sind die Korrelationen mit allen Skalen des QLQ-C30 auch zu diesem Zeitpunkt signifikant. Die höchsten Korrelationen sind bei den QLQ-C30 Skalen *Emotionale Funktionsfähigkeit* ($r = .68$), *Kognitive Leistungsfähigkeit* ($r = .57$), *Körperliche Leistungsfähigkeit* ($r = .56$) und *Fatigue/Erschöpfung* ($r = -.56$) zu finden. Diese Ergebnisse stützen die querschnittlichen Befunde zum Zeitpunkt eins und belegen die Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens. Es kann geschlossen werden, dass diese Skala als valide bezüglich der gesundheitsbezogenen emotionalen Befindlichkeit anzusehen ist, wobei neben der psychischen Befindlichkeit auch Aspekte der körperlichen Befindlichkeit von Patienten eine Rolle bei der Einschätzung spielen.

Die entsprechenden Korrelationen mit zum Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung) erhobenen Skalen des QLQ-C30 sind aus Tabelle C-17 zu ersehen. Bei Zeitpunkt drei sind insbesondere diejenigen vier Korrelationen signifikant, welche auch inhaltlich zum untersuchten Konstrukt der emotionalen Befindlichkeit passen. Die höchsten Korrelationen zeigen sich für die Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* des QLQ-C30 ($r = .50$) und *Fatigue/Erschöpfung* ($r = -.40$).

Signifikante Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen mit für die emotionale Situationen relevanten Teilskalen des QLQ-C30 sind sowohl in der Mitte als auch bei Ende der Behandlung gegeben. Wie theoretisch erwartet, sind die Korrelationen zum Zeitpunkt zwei hoch, zum Zeitpunkt drei etwas niedriger mit einer geringeren Zahl signifikanter Korrelationen. Die Befunde belegen die Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen bezüglich der emotionalen und gesundheitsbezogenen Aspekte der Lebensqualität und die relative Stabilität des Merkmals selbst.

In Tabelle C-18 werden die Korrelationen zwischen den Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens des KSPC mit QLQ-C30-Skalen zum Zeitpunkt zwei präsentiert. Es resultiert nur eine signifikante Korrelation zwischen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen und der QLQ-C30-Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* ($r = .29$).

In Tabelle C-19 werden entsprechende Korrelationen zum Zeitpunkt drei berichtet. Es können zwei signifikante Korrelationen festgestellt werden: zwischen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen einerseits und der QLQ-C30-Skala *Globale Lebensqualität* ($r = .34$) und *Körperliche Funktionsfähigkeit* ($r = .33$) andererseits.

Die Korrelationen zwischen den Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens des KSPC mit QLQ-C30 Skalen zum Zeitpunkt zwei werden in Tabelle C-20 dargestellt. Wiederum korreliert nur die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen sig-

nifikant mit Skalen des QLQ-C30, der *Schmerzbelastung* ($r = -.38$) und der *Emotionalen Funktionsfähigkeit* ($r = .30$). Zum Zeitpunkt drei korrelieren die Skalen *Globale Lebensqualität* ($r = .47$), *Emotionale Funktionsfähigkeit* ($r = .39$) und *Körperlichen Leistungsfähigkeit* ($r = .33$) des QLQ-C30 mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens (s. Tabelle C-21).

Die Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen korrelieren erwartungsgemäß signifikant mit Aspekten der emotionalen Befindlichkeit und körperlichen Befindlichkeitsaspekten, die Korrelationen sind jedoch nicht substantiell. Wie zum Zeitpunkt eins auch, fallen die signifikanten Korrelationen deutlich niedriger aus als beim Patientenbogen. Vergleicht man die Höhe der signifikanten Korrelationen zum Zeitpunkt eins, so bleiben die Relationen über verschiedene Messzeitpunkten gewahrt: Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens korreliert höher mit Skalen des QLQ-C30 als die Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen. Die Skalen *Aktive Mitarbeit* im Ärzte- und Pflegebogen korrelieren nicht mit Skalen des QLQ-C30 zum Zeitpunkt zwei und drei.

Zusammenfassend kann die Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen auch im Sinne der prädiktiven Validität als befriedigend angesehen werden. Die Untersuchungen zur prädiktiven Validität zeigen jedoch auch für die Skalen zur *Emotionalen Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen signifikante Korrelationen, die für eine teilweise, nicht zu vernachlässigende Aussagekraft bei der Erfassung der emotionalen Befindlichkeit sprechen. Die Korrelationen sind zu gering ausgeprägt, um für diese Skalen von ausreichender Validität sprechen zu können.

10.5.4 Aussagekraft des KSPC bezüglich der Krankheitsverarbeitung

Die Krankheitsverarbeitung spielt als psychologisches Konstrukt eine wichtige Rolle beim Verständnis der Selbsthilfemöglichkeiten eines chronisch kranken Patienten. In der vorliegenden Untersuchung wurde diese mit Hilfe verschiedener Techniken erhoben, einerseits mittels eines Fragebogens (Fünf Skalen des FKV-LIS) und andererseits durch ein halbstandardisiertes Interviews. An dieser Stelle sollen zunächst die Zusammenhänge zwischen Skalen des Patient-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC mittels bivariater Korrelationen beleuchtet werden. Die Zusammenhänge spielen eine Rolle bei der Validitätsbestimmung und gehören zum Hypothesenkomplex A4. Regelmäßige Zusammenhänge zwischen Teilskalen des KSPC und bestimmten Coping-Strategien könnten dabei weitere Hinweise auf die inhaltliche Bedeutung der Teilskalen des KSPC geben.

Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens (s. Tabelle 21) korreliert allein mit der FKV-Skala *Depressive Verarbeitung* signifikant ($r = -.60$). Dies ist gleichzeitig die höchste signifikante Korrelation, die zwischen den Skalen des KSPC und Skalen des FKV besteht. Im Sinne eines Multitrait-Multimethod-Zugangs kann diese ausschließliche Korrela-

tion mit einer Skala, welche als einzige ein Coping-Verhalten abfragt, das unmittelbar relevant für die emotionale Befindlichkeit ist, als Beleg für die Validität dieser Teilskala des Patientenbogens gewertet werden.

Bei den Fremdbeobachterskalen (Ärzte- und Pflegebogen) in Tabelle 21 fällt auf, dass die beiden Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und im Pflegebogen mit keiner Skala des FKV signifikant korrelieren. Bei der FKV Skala *Depressive Verarbeitung* hätte - entsprechend der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen - theoretisch eine signifikante Korrelation erwartet werden können. Die fehlenden Korrelationen an dieser Stelle können als weiterer Beleg dafür gewertet werden, dass die beiden genannten Skalen im Ärzte- und Pflegebogen nicht ausreichend valide bei der Messung emotionaler Befindlichkeitsaspekte der Patienten sind.

Tabelle 21: Korrelationen der Skalen aus Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC mit Skalen des FKV

	Skalen des FKV-LIS				
	<i>Depressive Verarbeitung</i>	<i>Aktives, problemorientiertes Coping</i>	<i>Ablenkung und Selbstaufbau</i>	<i>Religiosität und Sinnsuche</i>	<i>Bagatellisierung und Wunschenken</i>
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)	-.60**	-.02	-.08	.11	-.05
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	-.23	.16	.23	-.08	-.28*
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	-.19	-.21	.10	-.05	-.16
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	-.17	.37**	.18	-.05	-.06
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	-.16	.09	.05	.14	-.03

Anmerkungen. $N = 69$, FKV-LIS = Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung - Kurzform.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Hervorzuheben ist die signifikante negative Korrelation zwischen der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens mit der FKV Skala *Bagatellisierung und Wunschenken* ($r = -.28$). Die Korrelation ist wenig substantiell aber inhaltlich von Bedeutung. Diese Skala korreliert über den Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC als einzige Skala signifikant mit der Skala *Ba-*

gatellisierung und Wunschdenken. Somit kann weiter untersucht werden, ob die Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens als Indikator eines verleugnenden Coping-Stils von Patienten einsetzbar ist.

Ähnlich der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens korreliert die Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens nur signifikant mit einer eher dem kognitiven als dem emotionalen Bereich zuzurechnenden Skala des FKV, der Skala *Aktives, problemorientiertes Coping* (s. Tabelle 21). Zusammenfassend liefern die Korrelationen der Skalen des KSPC mit Skalen des FKV weitere Belege für die Validität der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen. Ebenfalls wichtig erscheinen an dieser Stelle die Hinweise auf die inhaltliche Bedeutung der Skalen *Aktive Mitarbeit* im Ärzte- und Pflegebogen. Diese könnten im Pflegebogen Hinweise auf aktive bzw. passive Coping-Strategien liefern, im Ärztebogen auf verleugnendes Bewältigungsverhalten.

10.5.5 Überlebenszeit und prädiktive Validität des KSPC

Die Überlebenszeit spielt bei schweren chronischen somatischen Krankheiten eine wichtige Rolle als objektives Beurteilungskriterium für den medizinischen Therapieerfolg. Es wurde mehrfach versucht, den Einfluss psychologischer Variablen auf dieses Kriterium zu untersuchen, viel diskutiert wurden in diesen Zusammenhang z. B. die Ergebnisse der *Spiegel-Studie* (Spiegel et al., 1989). In dieser kontrollierten Studie konnte für eine Gruppe von Mammakarzinom-Patientinnen, die an regelmäßigen psychologischen Gruppensitzungen teilnahmen, eine längere Überlebenszeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Frauen, die nicht an Gruppensitzungen teilgenommen hatten, nachgewiesen werden. Dieses Resultat musste jedoch relativiert werden, da die Patientinnen der Kontrollgruppe eine im Vergleich zur Referenzpopulation deutlich *verkürzte* Überlebenszeit hatten (Walker et al., 1999).

Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse können einen Beitrag zur prädiktiven Validität des KSPC leisten und sind vom Gliederungsaufbau her dem Thesenkomplex F2 (s. Kapitel 9.4) zuzuordnen. Es wurde theoretisch erwartet, *keine* signifikanten Unterschiede in der Überlebenszeit in Abhängigkeit von der psychosozialen Befindlichkeit, wie sie mittels Skalen des KSPC eingeschätzt wurde, zu registrieren.

Die Ausgangshypothesen der vorliegenden Untersuchung lautete, dass es sich bei den Urteilen aus den drei Beobachterklassen (Patient, Arzt, Pflege) um Einschätzungen über jeweils inhaltlich äquivalente Konstrukte handelt. Folgerichtig müssten die Zusammenhänge zur Überlebenszeit entweder in allen drei Klassen nicht gegeben oder aber in allen drei Klassen gegeben sein.

10.5.5.1 Kaplan-Meier Überlebenszeitanalysen der Skalen des KSPC

Empirische Angaben über die Überlebenszeit von Patienten konnten für $N = 263$ Patienten erhoben werden. Die Berechnungen können an dieser Stelle nicht sinnvoll allein als Korrelation zwischen den Skalen des KSPC und der Überlebenszeit realisiert werden, da dabei nur Patienten berücksichtigt werden könnten, die bereits verstorben waren, als die Überlebenszeitdaten erhoben wurden. Eine adäquate Behandlung von Überlebenszeitdaten kann mittels der Kaplan-Meier Überlebenszeitanalyse durchgeführt werden (Kleinbaum, 1996). Grundsätzliches Ziel der Messverfahren zur Überlebenszeit ist die Berechnung von Überlebenswahrscheinlichkeiten innerhalb sequenzieller Zeitintervalle. Dabei kann ein Bild über die kontinuierlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand nach einer Intervention gewonnen werden. Bei der Berechnung können alle in einem Zeitintervall zur Verfügung stehenden Daten von Patienten berücksichtigt werden, auch wenn nur bekannt ist, dass ein Patient zu einem Zeitpunkt noch nicht verstorben ist (sog. „zensierte“ Fälle). Dabei handelt es sich bei dem Kaplan-Meier-Modell um eine Weiterentwicklung der klassischen Überlebenszeitberechnungsmethoden insofern, als die Breite der Zeitintervalle in Abhängigkeit von den Daten festgelegt wird. Die Verläufe der Kaplan-Meier „Überlebenszeit-Kurven“ können statistisch auf signifikante Differenzen geprüft werden. Am weitesten verbreitet ist dabei der Log-rank Test (Simon, 1997). Es ist evident, dass die längsschnittlich orientierte Betrachtung gegenüber einer rein querschnittlichen Untersuchung deutlich aussagekräftiger ist.

Um die Differenzierungsfähigkeit der einzelnen Skalen der drei Teilbögen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC bezüglich der Überlebenszeit zu prüfen, wurden für jede Teilskala Mediangruppen und Extremgruppen gebildet. Die Extremgruppen wurden aus Einschätzungen gebildet, welche die Personen dem ersten oder dem vierten Quartil zuordneten. Die resultierenden Patientengruppen wurden auf signifikante Unterschiede in der Überlebenszeit geprüft. Es werden die Resultate für jede Skala dargestellt, jedoch aus Platzgründen nur ausgewählte Abbildungen vorgestellt. Die Ergebnisse für die Teilskalen des KSPC werden in Tabelle 22 beschrieben.

Die Ergebnisse in Tabelle 22 weisen auf deutliche Unterschiede zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung in Bezug auf die Überlebenszeit hin. Die drei Teilskalen des Patientenbogens offenbaren keinen signifikanten Zusammenhang zur Überlebenszeitwahrscheinlichkeit der Patienten. Dies gilt auch für alle Skalen zum *Angehörigenkontakt* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen und die Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen. Anders stellt sich das Bild für die beiden Fremdbeurteilerskalen der *Emotionalen Befindlichkeit* des Ärzte- und Pflegebogens, wie auch für die Teilskala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens dar. Sowohl bei der Untersuchung der Mediangruppen als auch bei Betrachtung der Resultate bei den Quartil-Extremgruppen ergeben sich gleichermaßen signifikante Differenzen in der Überlebenszeit der

gebildeten Patientengruppen. Zur Verdeutlichung dieser Differenzen werden Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Extremgruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens in Abbildung 8 wiedergegeben.

Tabelle 22: Skalen des KSPC und Überlebenszeit (ÜZ)

Skala	Signifikanzniveau p (Log-rank Test)		Aussagekraft der Skala bezüglich der ÜZ
	Mediangruppen	Extremgruppen (Quartile)	
Patientenbogen			
<i>Aktive Mitarbeit</i>	.61	.60	kein Zusammenhang
<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	.30	.61	kein Zusammenhang
<i>Angehörigenkontakt</i>	.92	n.b.	kein Zusammenhang
Ärztebogen			
<i>Aktive Mitarbeit</i>	.02	.00	höhere Werte = längere ÜZ
<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	.00	.00	höhere Werte = längere ÜZ
<i>Angehörigenkontakt</i>	.96	.39	kein Zusammenhang
Pflegebogen			
<i>Aktive Mitarbeit</i>	.88	.50	kein Zusammenhang
<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	.03	.00	höhere Werte = längere ÜZ
<i>Angehörigenkontakt</i>	.26	n.b.	kein Zusammenhang

Anmerkungen. Höhere Werte = inhaltlich positivere Ergebnisse der jeweiligen Skala, n.b. = nicht berichtet, da Extremgruppen nicht gebildet werden konnten.

In Abbildung 8 zeigt sich, dass die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit (\hat{u}) von Patienten, die vom behandelnden Arzt auf der Skala *Aktive Mitarbeit* zum Quartil der Patientengruppe mit den höchsten Werten auf dieser Skala zugerechnet werden, etwa bis zur 90. Woche kontinuierlich bis zum Wert von circa $\hat{u} = .65$ absinkt und dann in etwa konstant bleibt. Patienten im Quartil der von den Ärzten auf der Skala *Aktive Mitarbeit* am niedrigsten eingeschätzten Patientengruppe zeigen eine deutlich schneller, kontinuierlich bis zum Wert $\hat{u} = .1$ in der 80. Woche absinkende Überlebenszeitwahrscheinlichkeit.

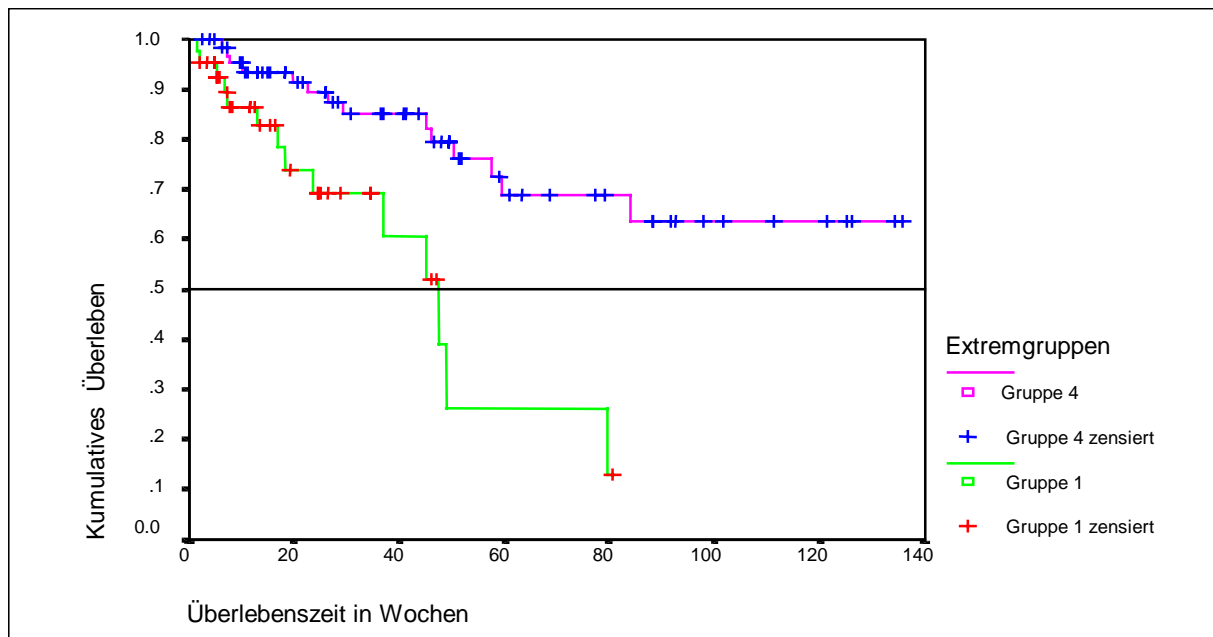


Abbildung 8: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Extremgruppen (1. und 4. Quartil) von Patienten; gebildet anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen

Anmerkungen. Gruppe 1 = niedrigere Werte (entspricht höherer Belastung), Gruppe 4 = höhere Werte (entspricht geringerer Belastung), zensiert = Zeitpunkt der letzten Information bei überlebenden Patienten.

Es handelt sich um einen nicht nur statistisch (Log-Rank-Test, $p = .00$), sondern auch klinisch bedeutsamen und relevanten Unterschied. Die Differenz der Überlebenszeit bleibt auch dann im Log-Rank-Test erhalten ($p = .01$), wenn die Zugehörigkeit zu bestimmten Diagnosegruppen als Kovariate kontrolliert wird. Wird die Belastungseinteilung (entsprechend der WHO/ECOG-Skala) kontrolliert, resultiert ebenfalls ein signifikantes Ergebnis (Log-Rank-Test, $p = .01$). Diese Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass die ärztliche Einschätzung der *Emotionalen Befindlichkeit* stark mit der Einschätzung der medizinischen Situation des Patienten konfundiert sein könnte.

Der Extremgruppenvergleich für die entsprechende Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen wird in Abbildung 9 demonstriert. Für beide Patientengruppen resultiert ein Kurvenverlauf, der eine kontinuierliche Absenkung der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit während der ersten circa 50 Wochen aufzeigt. Ab diesem Zeitpunkt bis zum Ende des Untersuchungszeitraums (etwa 120. Woche) bleiben die Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für beide Gruppen annähernd konstant. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Kurvenverläufen ist statistisch nicht nachweisbar.

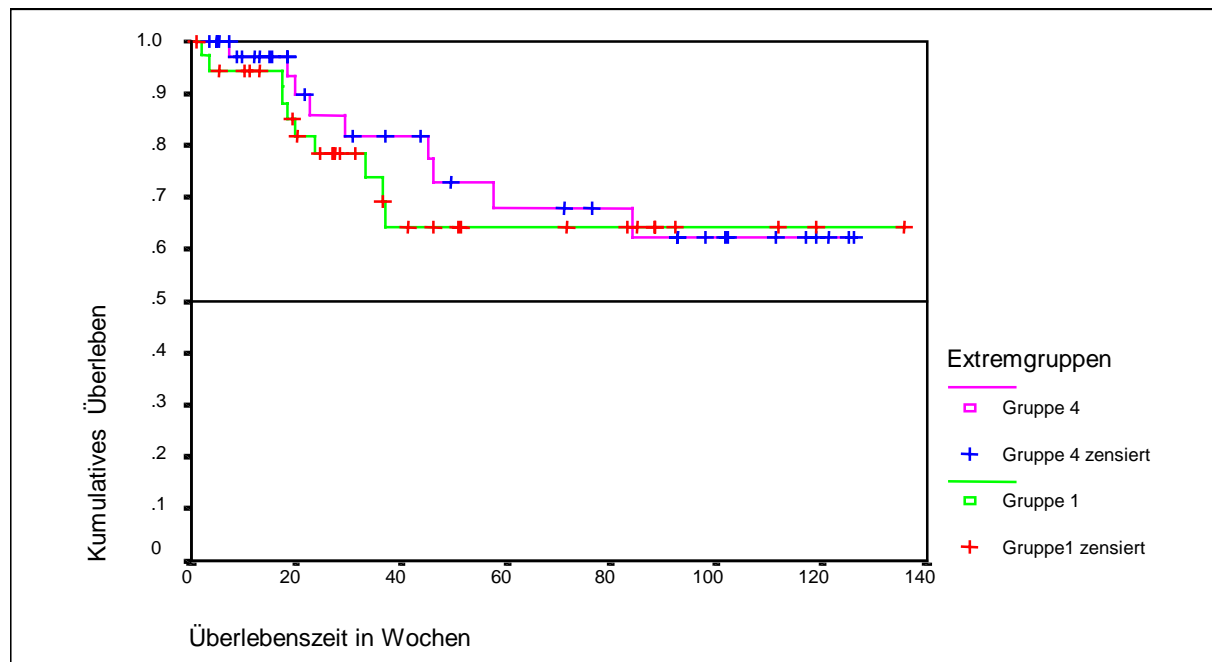


Abbildung 9: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Extremgruppen (1. und 4. Quartil), gebildet anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen

Anmerkungen. Gruppe 1 = niedrigere Werte (entspricht höherer Belastung), Gruppe 4 = höhere Werte (entspricht geringerer Belastung).

Insgesamt sprechen die Ergebnisse erneut gegen die Annahme der Hypothese A2: scheinbar schätzen die Beurteiler aus den drei Beobachterklassen nicht das gleiche Konstrukt ein. Die Urteile der Fremdbeobachter (Arzt- und Pflegebogen) zeigen bedeutsame Zusammenhänge zur Überlebenszeit auf. Für die Patienteneinschätzung trifft dies auf der Betrachtungsebene der Teilskalen nicht zu.

10.5.5.2 Cox-Regression Überlebenszeitanalyse der Teilskalen

Zur genaueren Klärung der Zusammenhänge der Skalen des KSPC mit der Überlebenszeit von Patienten wurde die Cox-Regressions-Methode (basierend auf dem Cox proportional hazard model; Kleinbaum, 1996) verwendet. Die Cox-Regression erlaubt es - entsprechend dem Vorgehen bei der klassischen multiplen Regression - die multivariaten Zusammenhänge einer oder mehrerer unabhängiger Variablen in Bezug auf eine abhängige Variable zu modellieren. Die abhängige Variable wird dabei entsprechend der Kaplan-Meier-Analyse in Form der Überlebenszeit verrechnet, wobei auch hier zensierte Fälle verarbeitet werden können, so dass die Gefahr einer Selektivität der Stichprobe verringert wird. Trotz Ähnlichkeiten folgt die Cox-Regression einem anderen Vorgehen als die Kaplan-Meier-Überlebenszeitanalyse.

Die Cox-Regression eignet sich gut, den Einfluss einer oder mehrerer multivariater unabhängiger Variablen auf die Überlebenszeit zu analysieren.

Tabelle 23: Cox-Regression der Skalen des KSPC zur Vorhersage der Überlebenszeit ($N = 143$)

Skalen des KSPC	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald	<i>df</i>	<i>p</i>	Exp(<i>B</i>)
1. Schritt						
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)	-0.04	0.25	0.02	1	.88	0.96
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	-0.63	0.32	3.87	1	.05	0.53
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	-0.13	0.37	0.12	1	.72	0.88
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	0.34	0.32	1.16	1	.28	1.41
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	-0.64	0.36	3.27	1	.07	0.53
4. (letzter) Schritt						
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	-0.57	0.29	3.84	1	.05	0.56
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	-0.58	0.29	4.04	1	.04	0.56

Anmerkungen. Test der Gesamtlösung bei Schritt vier mit $\chi^2(2, N = 143) = 8.67, p = .01$; KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, *B* = unstandardisierte Beta-Koeffizienten, *SE* = Standardfehler, Wald = Wald-Statistik, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanzniveau der Wald-Statistik, Exp(*B*) = Wahrscheinlichkeitsverhältnis (hazard ratio), ZP1 = Zeitpunkt eins (Beginn der Behandlung).

Mit Hilfe der Cox-Regression soll geprüft werden, ob Skalen des KSPC auch bei multivariater Betrachtung Zusammenhänge zur Überlebenszeit aufweisen. Es geht um die Betrachtung einer multiplen Korrelation zur Überlebenszeit, da kausale Schlussfolgerungen an dieser Stelle theoretisch nicht möglich sind. Alle Skalen des Patienten-, des Ärzte- und des Pflegebogens des KSPC wurden als Kovariate in eine Cox-Reggressionsrechnung eingebracht. Als Regressionsmethode wurde der gemeinsame primäre Einschluss aller unabhängigen Variablen mit anschließender schrittweiser Rückwärtseliminierung von Variablen nach Kriterien der

Likelihood-Quotienten-Statistik verwendet. Dabei resultierte in vier Iterationsschritten eine Gesamtlösung mit $\chi^2(2, N = 143) = 8.67, p = .01$, die im letzten Schritt nur die Skalen *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens beinhaltet (s. Tabelle 23). Im vorletzten Schritt wurde dabei die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen aus der Berechnung eliminiert.

Die hier angewandte Technik eignet sich nur im explorativen Sinne dazu, Aussagen über die relative Bedeutung der prädiktiven Validität der Teilskalen zu treffen. Mit Hilfe einer Exponentialfunktion (e^x ; x = Regressionskoeffizient β) lässt sich das Wahrscheinlichkeitsverhältnis (hazard ratio) für das Versterben in Abhängigkeit von den Werten einer Kovariate mit dem Regressionskoeffizienten β bestimmen. In Tabelle 23 ist dieser Wert aufgeführt. Aus den Daten kann abgelesen werden, dass bei einer multivariaten Betrachtung, bei negativer Einschätzung (= niedrigere Skalenwerte) in einer der beiden Skalen die Überlebenswahrscheinlichkeit ca. um den Faktor 0.4 niedriger ausfällt als bei positiver Einschätzung in einer der beiden Skalen. Dies entspricht verhältnismäßig einer mehr als um die Hälfte höheren Überlebenszeitwahrscheinlichkeit.

Es sei angemerkt, dass im Rahmen eines univariaten Cox-Modells, in das lediglich die Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens eingebracht wurde, ebenfalls ein signifikantes Ergebnis resultiert $\chi^2(1, N = 226) = 8.79, p = .00$. Dagegen resultiert bei keiner der Teilskalen des Patientenbogens ein signifikantes Ergebnis.

Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass es auch bei multivariater Betrachtung nur einige Skalen der Fremdbeurteiler (im Ärzte- und Pflegebogen) sind, welche einen signifikanten Zusammenhang zur Überlebenszeit haben. Die Angaben der Patienten weisen auf Gruppenebene auch bei dem hier angewandten Untersuchungsvorgehen keinerlei Zusammenhang zur Überlebenszeit auf. Die Fremdbeobachterskalen *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen weisen bei multivariater Betrachtung signifikante Zusammenhänge mit der Überlebenszeit auf. Dabei deuten höhere (= inhaltlich positivere) Skalenwerte auf eine erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit hin.

10.6. Multivariate Validitätsuntersuchungen

Die Verwendung mehrerer bivariater Korrelationen zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen komplexen Merkmalen birgt die Gefahr, nur scheinbar signifikante Ergebnisse zu erhalten. Dies ist einerseits auf die Gefahr einer Kumulierung des Alpha-Fehlers zurückzuführen, andererseits werden eventuelle Partialkorrelationen der Untersuchungsvariablen mit konfundierenden Störvariablen nicht beachtet. Multivariate Berechnungen stellen in einem solchen Fall die Methode der Wahl dar. Zunächst soll die kanonische Korrelation dazu eingesetzt werden, jeweils zwei Variablensätze (abhängiger Variablensatz und Prädiktorensatz) multivariat miteinander zu korrelieren. In Kapitel 10.6.1 werden Lebensqualitäts- und Coping-Indizes

mit Teilskalen des KSPC miteinander in Beziehung gesetzt. In Kapitel 10.6.2 wird schließlich versucht, Bedeutungsaspekte der Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC mittels linearer Strukturgleichungsmodelle zu erfassen.

Eine wesentliche Problematik multivariater Verfahren ist die Uneindeutigkeit der Interpretation der jeweils modellierten Zusammenhänge. Schönemann und Borg (1996) weisen auf ein historisch bedeutsames Beispiel aus den Pionierzeiten der Faktorenanalyse hin, gemeint ist Spearmans Zwei-Faktoren-Theorie der Intelligenz (Spearman, 1904). Hier wurde noch fälschlicherweise davon ausgegangen, man könnte mittels des neu entwickelten Verfahrens „wahre“ und eindeutige Strukturzusammenhänge mit einer klar nachweisbaren, „richtigen“ Faktorenanzahl entdecken. Es ist mittlerweile klar, dass dies so nicht gelten kann. Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass verschiedene Modelle, also in diesem Falle verschiedene Zusammensetzungen der Variablensätze, zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, die nicht a priori zutreffender oder gültiger sind als andere Kombinationen. Dieses Problem findet sich bereits auf Ebene der einfachen bivariaten Korrelation, potenziert sich aber beim Gebrauch immer komplexerer Modelle, wie der Faktorenanalyse bzw. anderer komplexer Berechnungsverfahren wie den linearen Strukturgleichungsmodellen (Rietz et al., 1996). Diese Problematik gilt es auch bei Einsatz der kanonischen Korrelation zu beachten. Es wird deutlich, dass nur ein iterativer Ansatz (z. B. MacCallum & Austin, 2000) eingesetzt werden kann, passende Modelle der Zusammenhänge im vorliegenden Datensatz zu entwickeln.

10.6.1 Kanonische Korrelationen der KSPC Skalen

Mittels der kanonischen Korrelationsanalyse (Hotelling, 1936) können zwei Variablensätze miteinander korreliert werden. Das Vorgehen besteht nach Bortz (1993) dabei darin, dass die beiden Variablensätze zunächst getrennt faktorisiert werden. Daraufhin werden die beiden ersten Faktoren der beiden Variablensätze so rotiert, dass die Korrelation zwischen den beiden maximal ist und eine erste kanonische Funktion gebildet wird. Aus der verbleibenden Restvarianz wird entsprechend dem faktorenanalytischen Vorgehen jeweils der zweite Faktor beider Variablensätze gebildet; erneut wird auf maximale Korrelation hin rotiert. Die Anzahl der kanonischen Korrelationen bzw. Funktionen ist bestimmt durch die Anzahl der Variablen im kleineren Variablensatz. Auf diese Art und Weise wird bei der kanonischen Korrelation sukzessiv die maximale Kovarianz erklärt. Neben einer Signifikanzprüfung mittels einer approximativ χ^2 -verteilten Statistik ist inhaltlich - entsprechend den sonst üblichen Determinationskoeffizienten bei der Korrelation und Regression - die Bestimmung der *Redundanzmaße* von Interesse. Die Redundanz beschreibt denjenigen Varianzanteil in einem Datensatz B, welcher durch Kovarianz mit einem Datensatz A erklärbar ist. Es kann das Redundanzmaß des Variablensatzes A bei Bekanntheit des Variablensatzes B und vice versa bestimmt werden. Als Maß zur Kennzeichnung des Gesamtzusammenhanges kann die Set-

Korrelation (Cohen, 1982) verwendet werden. Hinweise auf die relative konstitutive Relevanz einzelner Variablen können - entsprechend der Faktorenanalyse - an den Ladungen der Variablen auf den kanonischen Faktoren im jeweiligen Variablensatz gewonnen werden.

In dieser Arbeit werden aus verschiedenen Teilaspekten zusammengesetzte Konstrukte untersucht. In diesem Falle ist es sinnvoll, die Validität solcher komplexerer Konstrukte untereinander auch multivariat zu prüfen. Zunächst soll untersucht werden, ob bei einer multivariaten Betrachtung ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Skalen des KSPC und Maßen der Lebensqualität gefunden werden kann. Zu diesem Zweck wurden mehrere kanonische Korrelationen durchgeführt. Die Gefahr einer Kumulierung des Alpha-Fehlers musste bei diesem explorativen Vorgehen in Kauf genommen werden. Dabei wurde der Variablensatz der abhängigen Variablen aus verschiedenen Skalen des QLQ-C30, der FLZ, der SEL und des FKV und der Prädiktoren-Variablensatz aus verschiedenen Skalen des KSPC gebildet. Es ist zu beachten, dass die Auswahl der Variablen im jeweiligen Variablensatz einen entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse hat. Dies ist wichtig, da an dieser Stelle nicht alle theoretisch möglichen Kombinationen berechnet werden sollen, auch unter dem Aspekt einer möglichen Kumulierung des Alpha-Fehlers. Es wird davon ausgegangen, dass wesentliche Tendenzen im Datensatz durch die hier referierte selektive Auswahl korrekt erfasst und vermittelt werden können. Es sei darauf hingewiesen dass zur Erleichterung der Berechnungen an dieser Stelle eine neue Variable eingeführt wurde, der *QLQ-C30 Gesamtwert*. Dieser wurde als Mittelwert der neun Teilskalen des QLQ-C30 errechnet. Die Variable erleichtert den Vergleich mit den Gesamtwerten des FLZ und der SEL.

Die Ergebnisse der kanonischen Korrelationen zwischen allen Skalen des KSPC (*Aktive Mitarbeit, Emotionale Befindlichkeit, Angehörigenkontakt* jeweils im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) als Prädiktorensatz und sechs verschiedenen Sätzen von abhängigen Variablen werden in Tabelle 24 gegenüber gestellt, um so die wesentlichen inhaltlichen Resultate dieser multivariaten Untersuchungsaspekte klarer verdeutlichen zu können.

Bei der Interpretation der Set-Korrelationskoeffizienten in Tabelle 24 ist zu beachten, dass eine multiple Korrelation immer mindestens so groß ist, wie die größte Einzelkorrelation. Zudem überschätzt die Set-Korrelation den Zusammenhang zweier Variablensätze bei kleinen Stichproben. Die Ergebnisse der kanonischen Korrelationen zwischen allen neun Skalen des QLQ-C30 (erste Berechnung in Tabelle 24) und allen fünf Skalen des FKV (sechste Berechnung in Tabelle 24) mit jeweils allen neun Skalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC weisen auf eine mögliche (Teil-) Aussagekraft der Fremdbeobachter-Einschätzungen hin. Das Redundanzmaß gibt an dieser Stelle an, dass durch Kenntnis aller neun Skalen des KSPC 15 % der Varianz der neun QLQ-C30-Skalen und 22 % der Varianz der fünf FKV-Skalen aufgeklärt werden können.

Tabelle 24: Kanonische Korrelationen aller Teilskalen des KSPC

Nr.	AVS	PVS	<i>N</i>	<i>p</i>	SET	Redundanz PVS %
1	Alle 9 Teilskalen QLQ-C30	Alle 9 Skalen KSPC	111	.00	.73	15
2	Alle 16 Teilskalen FLZ	Alle 9 Skalen KSPC	33	n.s.		
3	QLQ-C30 Gesamtwert + 2 Gesamtskalen FLZ	Alle 9 Skalen KSPC	27	n.s.		
4	2 Gesamtskalen FLZ	Alle 9 Skalen KSPC	33	n.s.		
5	3 Gesamtskalen SEL	Alle 9 Skalen KSPC	14	n.s.		
6	5 Teilskalen FKV	Alle 9 Skalen KSPC	39	.03	.88	22

Anmerkungen. Nr = Nummer der Berechnung, AVS = abhängiger Variablensatz, PVS = Prädiktorvariablensatz, KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, *p* = Signifikanzniveau Wilks Lambda, SET = unkorrigierte Set Korrelation nach Cohen, Redundanz PVS = aufgeklärter Prozentsatz der AVS-Varianz bei Kenntnis der PVS, n.s. = nicht signifikant.

Wie bereits beschrieben, kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, die Ladungen der einzelnen Variablen auf den kanonischen Funktionen zu betrachten, insbesondere auf dem ersten kanonischen Faktor, da dieser per definitionem die höchste Kovarianzaufklärung zeigt. Untersucht man zunächst den Zusammenhang zwischen allen neun Skalen des QLQ-C30 (erste Berechnung in Tabelle 24) und neun Skalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC, so fällt auf, dass auf Seiten der abhängigen Variablen (Skalen des QLQ-C30) die mit Abstand höchste Ladung ($l = -.92$) bei der Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* des QLQ-C30 zu finden ist. Bei den Prädiktorvariablen (neun Skalen des KSPC) ist das Ergebnis ebenfalls eindeutig. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen spielt mit einer Ladung von $l = .97$ eine wesentliche Rolle bei der Konstitution dieses ersten kanonischen Faktors. Die nächsthöchsten Ladungen finden sich erst bei den Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen ($l = -.45$) und *Angehörigenkontakt* im Patientenbogen ($l = -.45$). Aus diesem Ergebnis kann geschlossen werden, dass es auch bei multivariater Betrachtung die Selbsteinschätzungen des Patienten sind, die die subjektive emotionale Befindlichkeit am zutreffendsten umschreiben.

Eine entsprechende Untersuchung der kanonischen Korrelation zwischen allen fünf Skalen des FKV (sechste Berechnung in Tabelle 24) mit jeweils allen neun Skalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC weist auf Seiten der abhängigen Variablen (Skalen des FKV) der Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* ($l = .74$) eine wesentliche konstituierende Rolle bezüglich der ersten kanonischen Funktion zu. Auf Seiten der Prädiktorvariablen (neun Ska-

len des KSPC) ist die Ladungssituation weniger eindeutig. Die höchsten Ladungen zeigen hier die Skalen *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen ($l = .66$) und *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen ($l = .60$). Die nächsthöchste Ladung zeigt die Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen ($l = .48$). Dieses Ergebnis könnte zwei wichtige Hinweise liefern: (a) Zunächst weist dieses Resultat auf die allgemeine Bedeutung der Skalen *Aktive Mitarbeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC hin. Diese scheinen entsprechend ihrer ursprünglichen inhaltlichen Konzeption signifikante Zusammenhänge zu aktiven Krankheitsverarbeitungsstrategien der Patienten zu zeigen. Dies könnte für die grundsätzliche Validität dieser Skalenkonzeption sprechen. Darüber hinaus ist beachtenswert, dass (b) im Bereich der Coping-Strategien die Aussagekraft der Fremdbeobachter (hier der Ärzte) nicht hinter der Selbstbeschreibung der Patienten zurücksteht. Dieses Ergebnis wäre aus einer univariaten Betrachtung in dieser Form nicht ersichtlich gewesen (vgl. Kapitel 10.5.4).

Zur weiteren Untersuchung der Aussagekraft der Fremdbeobachterskalen (im Ärzte- und Pflegebogen des KSPC) wurden die bereits verwendeten sechs Skalen-, bzw. Variablenkombinationen (s. Tabelle 24) als abhängige Variablensätze jeweils mit nachfolgend beschriebenen drei Prädiktorensätzen korreliert.

Nur signifikante Zusammenhänge werden berichtet, alle nicht berichteten Kombinationen sind nicht signifikant:

1. Alle sechs Fremdbeobachter-Skalen als Prädiktorensatz: Signifikant ist allein die kanonische Korrelation mit den drei Variablen *QLQ-C30 Gesamtwert*, *FLZ Gesamtwert Allgemein* und *FLZ Gesamtwert Gesundheit* als dem abhängigen Variablensatz mit $F(18) = 1.84, p < .05$.
2. Alle drei Fremdbeobachter-Skalen des Ärztebogens als Prädiktorensatz: Signifikant ist nur die kanonische Korrelation mit den fünf FKV Skalen als dem abhängigen Variablensatz mit $F(15) = 2.04, p = .02$.
3. Alle drei Fremdbeobachter-Skalen des Pflegebogens als Prädiktorensatz: Signifikant sind kanonische Korrelationen mit zwei Sätzen von abhängigen Variablen - einerseits mit den drei Variablen *QLQ-C30 Gesamtwert*, *FLZ Gesamtwert Allgemein* und *FLZ Gesamtwert Gesundheit* als abhängigem Variablensatz mit $F(9) = 2.22, p = .03$, andererseits mit einem abhängigen Variablensatz, der die beiden Skalen *FLZ Gesamtwert Allgemein* und *FLZ Gesamtwert Gesundheit* beinhaltet mit $F(6) = 3.04, p = .01$.

In Tabelle 25 werden Skalen des QLQ-C30, des FLZ, der SEL und des FKV in unterschiedlichen Kombinationen (entsprechend der Reihenfolge in Tabelle 24) als abhängige Variablensätze verwendet und mit den drei Teilskalen des Patientenbogens (*Aktive Mitarbeit*, *Emotionale Befindlichkeit*, *Angehörigenkontakt*) als Prädiktorensatz korreliert. Die Einschätzungen der Fremdbeobachter wurden in dieser Tabelle gezielt aus dem Prädiktorensatz herausgelassen, um Unterschiede zu Korrelationen bei Einsatz eines Prädiktorensatzes mit allen neun Skalen des KSPC zu verdeutlichen (s. Tabelle 24).

Die Ergebnisse in Tabelle 24 und in Tabelle 25 sind nur bedingt miteinander vergleichbar, da die Stichproben bei alleiniger Betrachtung der Patientenskalen als Prädiktorensatz (s. Tabelle 25) etwas größer ausfallen. Trotz dieser Einschränkung bei der Vergleichbarkeit wird der Unterschied zwischen den Einschätzungen der Patienten einerseits und den Einschätzungen der Fremdbeobachter und der Patienteneinschätzungen andererseits deutlich.

Tabelle 25: Kanonische Korrelationen der Skalen des Patientenbogens des KSPC

Nr.	AVS	PVS	<i>N</i>	<i>p</i>	SET	Redundanz PVS %
1	Alle 9 Teilskalen QLQ-C30	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	185	.00	.60	24
2	Alle 16 Teilskalen FLZ	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	75	.00	.78	39
3	QLQ-C30 Gesamtwert + 2 Gesamtskalen FLZ	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	63	.00	.63	29
4	2 Gesamtskalen FLZ	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	75	.00	.55	22
5	3 Gesamtskalen SEL	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	28	.00	.80	33
6	5 Teilskalen FKV	Alle 3 Skalen des Patientenbogens	88	.00	.55	24

Anmerkungen. AVS = abhängiger Variablensatz, PVS = Prädiktorvariablensatz, Nr. = Nummer der Berechnung, KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, *p* = Signifikanzniveau Wilks Lambda, SET = unkorrigierte Set Korrelation nach Cohen, Redundanz PVS = aufgeklärter Prozentsatz der AVS-Varianz bei Kenntnis der PVS.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Selbsteinschätzungen der Patienten auf den Skalen *Aktive Mitarbeit*, *Emotionale Befindlichkeit* und *Angehörigenkontakt* im Patientenbogen des KSPC signifikante und bedeutsame multivariate Zusammenhänge mit der Lebensqualität und den Coping-Strategien zeigen. Setzt man diese Resultate in Tabelle 25 in Beziehung zu Untersuchungen mit Prädiktorensätzen, die nur aus Fremdbeobachter-Skalen bzw. aus allen Skalen des KSPC (s. Tabelle 24) gebildet wurden so zeigt sich, dass die Skalen des Patientenbogens deutlich höhere Zusammenhänge zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit aufweisen. Betrachtet man alle neun Teilskalen des KSPC, also Fremd- und Selbsteinschätzungen im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen als gemeinsamen Variablensatz, zeigen

sich nur signifikante multivariate Zusammenhänge mit den QLQ-C30 Skalen und den FKV-Skalen. Beim Konstrukt Lebensqualität scheinen es somit insbesondere - nicht ausschließlich - die subjektiven Patienten-Selbstbeschreibungen auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* zu sein, die Zusammenhänge zu diesen Aspekten zeigen. Dieses Resultat bestätigt die Erkenntnisse aus den univariaten Berechnungen. Darüber hinaus scheinen die stärker kognitiv (bzw. weniger emotional) ausgerichteten Skalen *Aktive Mitarbeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC die deutlichsten Zusammenhänge zu Coping-Strategien aufzuweisen. Angaben der Fremdbeobachter könnten in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen.

Untersucht man die kanonischen Korrelationen weiter allein anhand der Angaben der Fremdbeurteiler, so scheinen die Ergebnisse folgendes Muster nahe zulegen: Die Einschätzungen der Ärzte weisen bedeutsame multivariate Zusammenhänge zu Coping-Strategien der Patienten auf. Die Einschätzungen des Pflegepersonals korrelieren teilweise signifikant mit subjektiver Lebensqualität.

10.6.2 Prüfung der Validität der Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen mittels linearer Strukturgleichungsmodelle

Die Methodenfamilie der linearen Strukturgleichungsmodelle vereint historisch gesehen Ansätze der Pfadanalyse, der konfirmatorischen Faktorenanalyse und der multiplen Regression. Im Rahmen dieses methodischen Ansatzes wird zwischen beobachtbaren (manifesten) und nicht beobachtbaren (latenten) Variablen unterschieden. Der Grundgedanke besteht darin, Zusammenhänge zwischen manifesten (z. B. Pfadanalyse) oder latenten Variablen zu postulieren, d. h. eine Zusammenhängestruktur zu konstruieren (MacCallum & Austin, 2000) und anhand eines empirischen Datensatzes die Passung des Modells zu prüfen.

Die Berechnungsgrundlage bilden Repräsentationen der postulierten Zusammenhänge in linearen Strukturgleichungen (Rietz et al., 1996). Mittels Maximum-Likelihood-Methoden (häufigste Methode) wird anhand einer empirisch gewonnenen Kovarianzmatrix (nicht der Korrelationsmatrix) der Untersuchungsvariablen versucht, die Parameter iterativ so zu schätzen, dass die Zusammenhänge zwischen den Variablen des Datensatzes am treffendsten wiedergegeben werden (Garson, 2001). Mit Parametern sind nicht nur Kovarianz- oder Regressionskoeffizienten gemeint, sondern auch die Varianz oder bei Bedarf auch der Mittelwert der Variablen bzw. Faktoren. Dabei können Parameter nicht nur zahlenmäßig festgelegt werden, sondern auch logisch Relationen zwischen Parametern abgebildet werden (Arbuckle & Wothke, 1999).

Neben der Prüfung einer Reihe von Voraussetzungen (z. B. der Freiheitsgrade) verläuft die statistische Untersuchung eines Modells in zwei Schritten. Im ersten Schritt wird mittels einer χ^2 -Statistik geprüft, ob ein theoretisches Modell an einen gegebenen empirischen Datensatz angepasst werden konnte. Dabei wird umgekehrt verfahren, als es von der Hypothesentestung

her bekannt ist. Nur ein Modell, dessen χ^2 - Wert nicht signifikant ist, also bei üblicher Festlegung $p > .05$ ist, kann als passend angesehen werden. Dies bedeutet keinesfalls, dass das Modell dann automatisch richtig oder allein gültig ist. Dies verdeutlicht die umgekehrte Logik der Signifikanztestung bei diesem Vorgehen. Nicht passende Modelle können ausgeschlossen, passende aber nicht eindeutig bestätigt werden (Rietz et al., 1996). Somit ist die Aussage über die Gültigkeit eines linearen Strukturgleichungsmodells immer eine relationale Aussage im Zusammenhang mit anderen, ähnlichen Modellen. Dies ist auch einer der Gründe, warum die Passung eines Modells mit Indizes beurteilt werden muss. Die Zahl der in der Literatur vorgeschlagenen und verwendeten Passungs-Indizes steigt weiter an (MacCallum & Austin, 2000), wobei auch eine Entwicklung zu besseren, spezifischeren Indizes beobachtbar ist.

Nur wenn ein Modell in diesem Sinne an die Daten angepasst werden kann, ist im zweiten Schritt eine Interpretation der geschätzten Parameter sinnvoll (Rietz et al., 1996). Die unstandardisierten und standardisierten Regressionskoeffizienten, welche die geschätzten Zusammenhänge zwischen Variablen beschreiben, sollten immer mit Vorsicht interpretiert werden, da sie in hohem Maße modellabhängig sind. Im Rahmen eines Modells können die auf den Bereich 0 (*kein Zusammenhang*) bis 1 (*perfekter Zusammenhang*) standardisierten Regressionskoeffizienten verwendet werden.

Der Vorteil linearer Strukturgleichungsmodelle liegt insbesondere in ihrer Flexibilität. So können z. B. Annahmen über Wechselwirkungen zwischen Variablen in messbaren und festlegbaren Größen (Parametern) geprüft werden und der Messfehler kann im Modell dargestellt werden. Andererseits müssen bestimmte Parameter als bekannt angenommen werden (in der Regel werden Regressionskoeffizienten mit eins festgelegt), damit Modelle überhaupt identifizierbar sind. Die Anwendung der linearen Strukturgleichungsmodelle verlangt zudem recht große Stichproben (Richtwert $N > 100$), da die Schätzbarkeit der Parameter nur im Rahmen bestimmter Freiheitsgrade möglich ist. Über die Prüfung von Strukturannahmen hinaus liegen wichtige Anwendungen beim Vergleich faktorieller Invarianz (Rietz, 1996), z. B. zwischen Teilstichproben, oder bei der Modellierung latenter Wachstumskurven (Rudinger & Rietz, 1998). Wie bei der Pfadanalyse, können auch beim linearen Strukturgleichungsmodellen mit latenten Variablen vermutete Kausalitätsrichtungen modelliert werden. Deren Interpretation ist kritisch zu sehen und nur bei einem logisch eindeutigen Untersuchungsdesign wirklich möglich (Rietz et al., 1996).

Die angenommenen Zusammenhänge, Wechselwirkungen bzw. Kausalitäten können, unter Einhaltung bestimmter Konventionen, in graphischen Modellen dargestellt werden. Manifeste Variablen werden häufig in Rechtecken, latente Variablen in Ovalen dargestellt, die Kovarianzannahmen können mittels Linien mit Pfeilen an beiden Enden, Kausalitätsannahmen mit Linien mit Einzelpfeilen in Richtung der beeinflussten Variablen dargestellt werden.

Für die Modellierung der Validität des KSPC ergeben sich bei Einsatz linearer Strukturgleichungen folgende Vorteile: (a) Es können übergeordnete Faktoren identifiziert werden und (b)

Zusammenhänge mit Variablen wie z. B. der Lebensqualität können in einem gemeinsamen multifaktoriellen Modell geschätzt und verglichen werden. Auf diese Art und Weise wird auch die Modellierung komplexer psychologischer Zusammenhänge in einem Modell darstellbar und prüfbar.

10.6.2.1 Skalen des KSPC und Lebensqualität in linearen Strukturgleichungsmodellen

Aufgrund der ausreichend großen Gesamtstichprobe von $N = 404$ können Aspekte der Validität auch mittels linearer Strukturgleichungsmodelle modelliert werden (Rietz et al., 1996). Diese Berechnungen können nur für diejenigen Skalen des KSPC durchgeführt werden, die einen Bezug zur Lebensqualität, wie sie durch den QLQ-C30 repräsentiert wird, aufweisen. Nur hier liegen ausreichend große Teilstichproben vor. Es soll an dieser Stelle versucht werden, Aspekte der inhaltlichen Bedeutung der drei Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen zu modellieren.

Für nachfolgende Berechnungen wurde das Programm AMOS (Version 4.01; Arbuckle & Wothke, 1999) verwendet, welches als Teilprogramm zur Berechnung linearer Strukturgleichungsmodelle mit der aktuellen SPSS Version 10.0 verfügbar ist. Dieses Programm erlaubt die Erstellung von Modellen auf rein graphischer Basis. Die Umwandlung und Berechnung der Annahmen wird programmintern übernommen. Bei den nachfolgenden Ausführungen muss – neben der Stichprobenabhängigkeit – immer auch die Modell- und Parameterabhängigkeit der Resultate betont werden. Das nachfolgend beschriebene Vorgehen ist im Rahmen einer explorativen Vorgehensweise zu verstehen.

Entsprechend den Empfehlungen von Garson (2001) wurde wie folgt vorgegangen. In einem ersten Schritt wurde versucht, latente Faktoren zu modellieren, welche zur weiteren Analyse von Zusammenhängen zwischen latenten Faktoren verwendet werden könnten. Dabei wurden zunächst jeweils für sich ein Patienten-, ein Arzt- und ein Pflegefaktor der emotionalen Befindlichkeit geprüft. Für diese Analyse wurden die drei Teilskalen der *Emotionalen Befindlichkeit* (aus Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC) ausgewählt. In einem ersten Schritt wurde ein latenter Faktor postuliert, welcher als Indikatoren (manifeste Variablen) alle fünf Fragen des Patientenbogens zur emotionalen Befindlichkeit einschloss. Entsprechend wurde mit den Skalen *Emotionale Befindlichkeit* im Ärzte- und Pflegebogen verfahren. Dabei resultierten in drei Modellen (jeweils ein Modell für den Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) durch Reduktion der Items drei anpassbare Modelle mit wiederum jeweils drei Indikatoren. Diese drei Indikatoren bildeten in allen drei Modellen die Fragen sechs, sieben und acht des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens. In einem weiteren Schritt wurde die emotionale Lebensqualität ausgehend von den neun Skalen des QLQ-C30 modelliert. Dabei resultierten beim reduktiven Vorgehen zunächst zwei Faktoren. Letztendlich konnte ein latenter Faktor

der *Emotionalen Befindlichkeit* mit zwei Indikatoren herausgearbeitet werden: (a) der Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* und (b) der Skala *Globale Lebensqualität* im QLQ C-30.

Die vier latenten Faktoren wurden in ein gemeinsames Modell eingebracht. Im Modell wurde festgelegt, dass die drei latenten Faktoren der *Emotionalen Befindlichkeit* miteinander kovariieren. Weiter wurde angenommen, dass diese drei latenten Faktoren jeweils für sich einen Teil der Variation im latenten Faktor der *Emotionalen Lebensqualität* erklären können. Ein nicht signifikanter χ^2 - Wert resultierte erst bei dem in Abbildung 10 dargestellten Modell mit $\chi^2(14) = 18.48$ bei 30 zu schätzenden Parametern, $p = .19$.

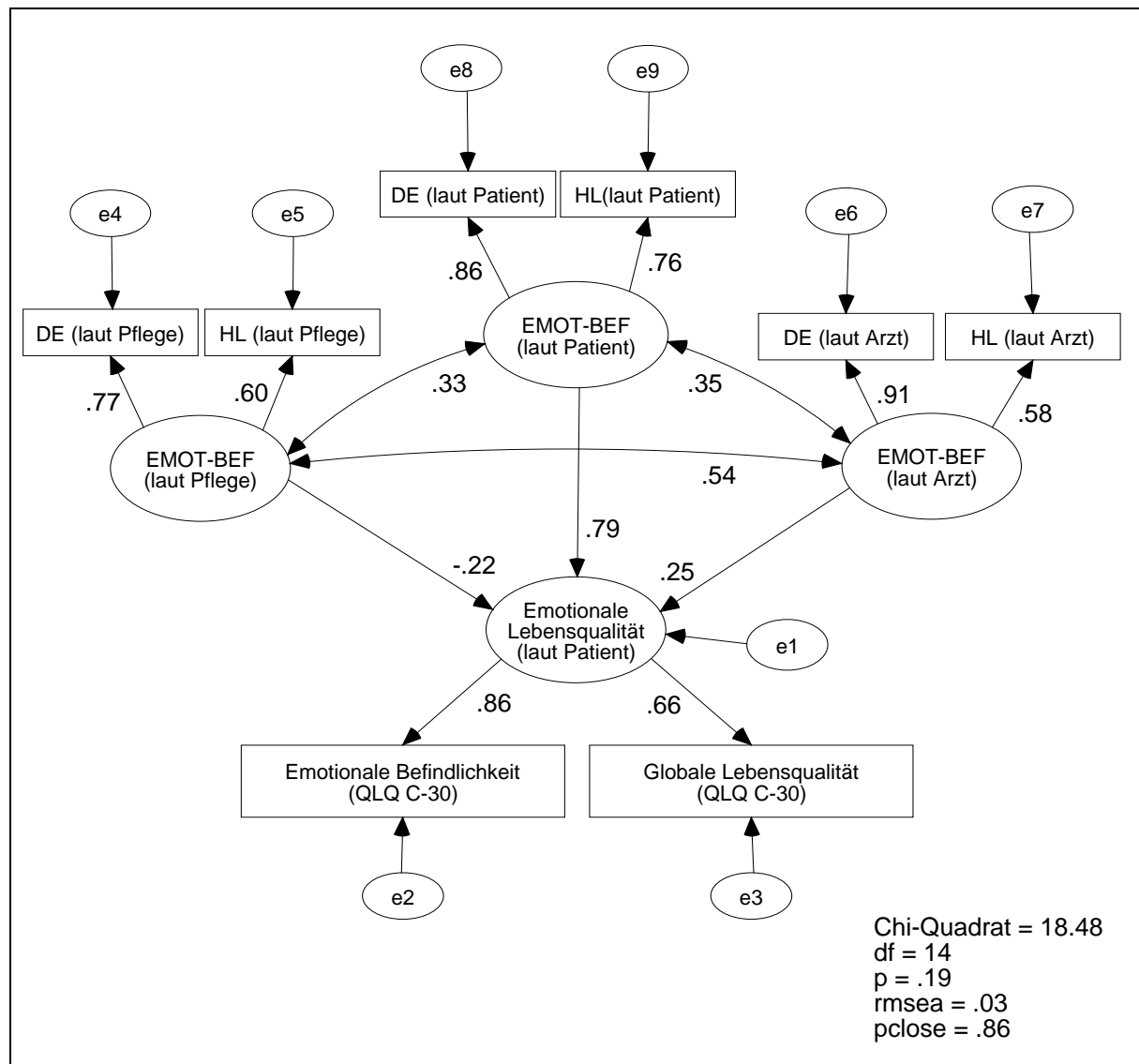


Abbildung 10: Lineares Strukturmodell mit standardisierten Koeffizienten der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der emotionalen Befindlichkeit von Patient, Arzt und Pflegeperson (unter der Annahme unterschiedlicher latenter Konstrukte) und deren Zusammenhänge zur Einschätzung der emotionalen Lebensqualität durch den Patienten

Anmerkungen. DE = Depressivität/ Traurigkeit des Patienten, HL = Hoffnungslosigkeit des Patienten (Frage Nummer sechs bzw. sieben jeweils im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC), EMOT-BEF = emotionale Befindlichkeit des Patienten, QLQ C-30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, e1 - e9 = Messfehler bzw. Residuen, *df* = Freiheitsgrade, *rmsea* = root mean square error of approximation, *pclose* = Irrtumswahrscheinlichkeit *p* beim Testen der Nullhypothese der Populations-RMSEA = < .05, *p* = Wahrscheinlichkeitsniveau der Nullhypothese, dass das theoretische Modell an die empirischen Daten angepasst werden kann.

Im Vergleich zum Ausgangsmodell wurden die Fragen acht jeweils als Indikatoren des Patienten-, Ärzte- und Pflegefaktors entfernt. Im dargestellten Modell sind alle drei Beobachterklassen mit einem eigenen Faktor der *Emotionalen Befindlichkeit* vertreten, die jeweils als manifeste Indikatoren die Fragen sechs (Traurigkeit/Depressivität) und sieben (Hilflosigkeit)

der Teilbögen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC nutzen. Die Regressionskoeffizienten zur Frage sechs wurden dabei jeweils beim Wert eins festgelegt. Entsprechend wurde beim latenten Faktor *Emotionale Lebensqualität* der Regressionskoeffizient zur Skala *Emotionale Funktionsfähigkeit* des QLQ C-30 mit eins festgelegt. Zur Beurteilung der Modellanpassung wird nach Empfehlung von MacCallum und Austin (2000) der Index *root mean square error of approximation* (RMSEA; Browne & Cudeck, 1993) berichtet. Die Faustregel besagt, dass ein Modell als relativ gut angepasst in Relation zu vorhandenen Freiheitsgraden angesehen werden kann, wenn dieser Index bei $RMSEA \leq .05$ liegt. Für das in Abbildung 10 berichtete Modell $RMSEA = .03$. Eine statistische Absicherung des Index' prüft die Nullhypothese, dass in der Population gilt $RMSEA \leq .05$ (PCLOSE, Arbuckle & Wothke, 1999) gilt. Mit $p = .86$ kann diese Nullhypothese beibehalten werden.

Betrachtet man die standardisierten Koeffizienten (SK) in Abbildung 10, so wird deutlich, dass es der latente Faktor *Emotionale Befindlichkeit* laut Selbstauskunft des Patienten ist, welcher den deutlichsten Zusammenhang ($SK = .79$) zum latenten Faktor *Emotionale Lebensqualität* des Patienten aufweist. Die latenten Faktoren *Emotionale Befindlichkeit* laut Pflege bzw. *Emotionale Befindlichkeit* laut Arzt zeigen nur einen schwachen Zusammenhang zum Faktor *Emotionale Lebensqualität* des Patienten ($SK = -.22$ bzw. $SK = .25$). Die Zusammenhänge zwischen den beiden latenten Fremdbeobachter-Faktoren (*Emotionale Befindlichkeit* laut Pflege bzw. *Emotionale Befindlichkeit* laut Arzt) einerseits und dem Faktor *Emotionale Befindlichkeit* laut Patient andererseits, zeigen sich ebenfalls als relativ gering ausgeprägt ($SK = .33$ bzw. $SK = .35$). Dagegen ist der wechselseitige Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der beiden Fremdbeobachterklassen (*Emotionale Befindlichkeit* laut Arzt versus *Emotionale Befindlichkeit* laut Pflege) höher ($SK = .54$).

Die Resultate in Abbildung 10 stützen weiter die These, dass die emotionale Befindlichkeit von Patienten am validesten durch die Betroffenen selbst eingeschätzt werden kann. Die Einschätzungen der Ärzte und des Pflegepersonals kovariieren in einem deutlich geringeren Ausmaß mit der emotionalen Lebensqualität der Patienten. Die Befunde sprechen gegen die Annahme, dass Fremdbeobachter und Patienten das gleiche Konstrukt beurteilen, wenn sie die emotionale Befindlichkeit des Patienten einschätzen.

10.6.2.2 Lineare Strukturgleichungsmodelle und Beobachterübereinstimmung

Da es sich bei den hier berichteten Ergebnissen nicht um eine Prüfung der Beobachterübereinstimmung handelt, sind diese Resultate nur indirekt mit den Werten zur Beobachterübereinstimmung in Kapitel 10.3.1 vergleichbar. Dort wurde mit verschiedenen Methoden die durchschnittliche Übereinstimmung von Einzelurteilen von Personen berechnet. Der hier vorgestellte Ansatz ist vielmehr als Fortsetzung des faktorenanalytischen Vorgehens in Kapitel 10.3.2 zu verstehen. Es wurde dort geprüft, in wie weit sich alle 27 Items des KSPC zu Fakto-

ren zusammenfassen lassen. Dort resultierten verschiedene Faktoren für die emotionale Befindlichkeit im Patienten-, Ärzte-, und Pflegebogen.

Andererseits lassen die Resultate in Abbildung 10 durchaus den Schluss zu, dass die durch Ärzte und Pflegepersonen eingeschätzten Konstrukte untereinander höher kovariieren. Somit sind diese Konstrukte untereinander ähnlicher, als die der Patienteneinschätzung zugrunde liegenden Konstrukte. Dies kann als ein weiterer indirekter Beleg dafür gewertet werden, dass die Fremdbeurteiler ein ähnliches Konstrukt der *Emotionale Befindlichkeit* einschätzen, welches jedoch nicht mit dem Konstrukt der *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens identisch ist.

Zur Verdeutlichung wird nachfolgend ein alternatives Modell beschrieben, welches anstatt von drei Faktoren einen gemeinsamen Gruppenfaktor der emotionalen Befindlichkeit postuliert. Dieses Modell nutzt als Indikatoren die sechs genannten Items der Teilbögen des KSPC (Item sechs und sieben im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen), entspricht aber ansonsten dem in Abbildung 10 beschriebenen Modell. Ein solches Alternativmodell musste mit $\chi^2(21) = 216.58$ bei 23 zu schätzenden Parametern und $p = .00$ verworfen werden. Die Voraussetzungen für grundsätzliche Modellidentifizierbarkeit waren auch bei diesem Modell gegeben. Das Modell wird in Abbildung B-2 dargestellt.

Die Ergebnisse sind so interpretierbar, dass die inhaltliche Bedeutung der drei Skalen zur *Emotionalen Befindlichkeit* im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen nicht identisch ist. Während die Patienten in ihrer Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen die emotionale Lebensqualität beschreiben, scheinen die Fremdbeobachter in ihren Skalen der *Emotionalen Befindlichkeit* eine andere Bedeutung wiederzugeben.

11. Ergebnisse zu diagnostischen Anwendungen des KSPC

In den nachfolgenden Kapiteln des Ergebnisteils werden auf empirischer Grundlage diagnostische Anwendungsmöglichkeiten des KSPC erarbeitet. War der bisherige Untersuchungsfokus auf die Validierung des neuen Gesamtverfahrens gerichtet, soll nachfolgend der diagnostische Nutzen bei der Identifikation von Patientengruppen beleuchtet werden. Insbesondere geht es dabei um die Nutzungsmöglichkeiten der interdisziplinären Teilskalen bei der Identifikation von Subgruppen von Patienten mit unterschiedlicher emotionaler bzw. körperlicher Befindlichkeit und unterschiedlichem Krankheitsverhaltensverhalten. Dies geschieht im Hinblick auf die Ermittlung der psychologischen Betreuungsbedürftigkeit von verschiedenen Patientensubgruppen.

11.1. Identifikation von Patientensubgruppen mittels des KSPC

Die Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich auf den dritten Hypothesenkomplex dieser Arbeit (s. Kapitel 9.5). Der Hypothesenkomplex S für die Subgruppenanalyse formuliert einen Satz von Hypothesen zum Einsatz des KSPC als interdisziplinäres diagnostisches Mittel bei der Identifikation von Patientensubgruppen. Entsprechend dem Grundgedanken dieser Arbeit soll die interdisziplinäre Perspektive eine mehrdimensionale Beurteilung von wichtigen Teilaspekten der psycho-bio-sozialen Befindlichkeit des Patienten liefern. Es war der Grundgedanke des ursprünglichen theoretischen Entwurfs, die erhobenen emotionalen, kognitiven und sozialen Aspekte der Patientenbefindlichkeit über die Beobachterklassen hinweg additiv zu verknüpfen (s. Ausgangshypothesen A, Kapitel 9.3).

Die empirischen Resultate bezüglich der Ausgangshypothesen führten zu einem zweiten, korrigierten Folgehypothesensatz F. Es wurde deutlich, dass die Beobachterübereinstimmung zwischen Beobachterklassen (Patienten, Ärzte und Pflegepersonen) zu gering war, um davon ausgehen zu können, dass die Einschätzungen über Beobachterklassen hinweg einen identischen inhaltlichen Bedeutungsbezug widerspiegeln. Diese Erkenntnis machte eine Veränderung der ursprünglichen Konzeption notwendig. Da die verschiedenen Beobachter ihren Einschätzungen offenbar unterschiedliche Inhalte zugrunde legen, erscheint es möglich, die psychologische Situation der Patienten auf zusätzlichen inhaltlichen Dimensionen einzuschätzen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn geklärt werden kann, welche inhaltlichen Aspekte tatsächlich eingeschätzt werden. Eine solche empirische Validierung - insbesondere der Einschätzungen der Fremdbeurteiler - wurde teilweise schon in den Kapiteln 10.5 und 10.6 geleistet. Die Analyse von Patientensubgruppen kann hierbei weitere wichtige Hinweise liefern, wobei der Krankheitsverarbeitung der Patienten als einer aktiven Handlungskomponente besonderes Augenmerk gewidmet wird.

Während die bisher vorgestellten Ergebnisse zur Konstruktion des KSPC bzw. seiner Teilbögen oder -skalen auf der Auflösungsebene der Gesamtstichprobe stattfanden, wird nachfolgend auf Unterschiede zwischen Teilgruppen der untersuchten Population fokussiert. Die Resultate der nachgeordneten Analysen haben jedoch auch Implikationen für die bereits untersuchten Aspekte des KSPC. So werden neue Aspekte vorgestellt, die eine weitere empirische Klärung der Validität der Urteile aus den verschiedenen Beobachterklassen erlauben und so auch genauere Rückschlüsse zur Beobachterübereinstimmung (s. a. Kapitel 10.3.1) ermöglichen.

11.1.1 Bezugsstichproben der Subgruppenanalyse, fehlende Daten und Teststärke

Die Bezugsstichprobe der bisherigen Untersuchungen stellte im Wesentlichen die Gesamtstichprobe der untersuchten Patienten dar ($N = 404$). Bei der Subgruppenidentifikation mittels des KSPC müssen Teilstichproben der Gesamtgruppe als Bezugsstichproben zugrunde gelegt werden, da nicht in jedem Falle alle Variablen erhoben wurden. Die gewählten Teilstichproben sind dabei jeweils ein konsekutiver Teil der Gesamtstichprobe, es handelt sich also nicht primär um eine Selektion von Datensätzen in Bezug auf fehlende Werte. So wurden Angaben zur Krankheitsverarbeitung erst ab dem 181. Untersuchungspatienten der Gesamtstichprobe erhoben, jedoch gab es auch ab diesem Zeitpunkt Patienten, die keine Angaben gemacht haben. Selektionseffekte können - trotz diesbezüglicher Untersuchungen - nicht gänzlich ausgeschlossen werden, offensichtliche Hinweise auf einen systematischen Datenausfall gab es dagegen nicht.

Entsprechendes gilt insbesondere auch für Berechnungen, die eine Betrachtung der Überlebenszeit beinhalten. Dies führt bei einigen Variablenkombinationen zu einer weiteren Erhöhung des Anteils fehlender Daten. Jedoch ist auch hier kein Anlass erkennbar, warum der Datenausfall systematisch sein könnte.

Die teilweise unterschiedliche Stichprobengröße führt zudem zu einer unterschiedlich hohen Teststärke (*Power* bzw. $1-\beta$ beim statistischen Hypothesentesten). Eine kleinere Stichprobe erhöht die Gefahr einer zu kleinen Teststärke, d.h. die gesuchten wahren Mittelwertsdifferenzen müssten in der Population bei kleineren Stichproben größer sein, damit sie zu einem signifikanten Ergebnis führen können und somit überhaupt eine Chance haben, entdeckt zu werden.

11.1.2 Ziele und Konzept der Subgruppenanalyse

Ging es bei bisherigen Untersuchungen um eine Außenvalidierung des KSPC bzw. seiner Teilskalen an anderen Verfahren, soll nachfolgend untersucht werden, wie der KSPC diagnostisch eingesetzt werden kann, um Patienten mit unterschiedlichem psychologischen Be-

lastungsniveau voneinander abzugrenzen. Die Selbst- und Fremdeinschätzungen mittels der Teilskalen des KSPC sollten es ermöglichen, Patientengruppen zu identifizieren, deren emotionale Befindlichkeit signifikant und klinisch relevant differieren. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse legen dabei den Schluss nahe, dass mittels der Skalen des KSPC im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen auch andere Aspekte der psycho-bio-sozialen Befindlichkeit erfasst werden, welche wiederum diagnostisch genutzt werden können. So scheinen die Fremdbeurteilereinschätzungen, insbesondere die der Ärzte, neben Informationen über die emotionale Befindlichkeit zusätzliche Informationskomponenten in Bezug auf die körperliche Befindlichkeit bzw. Lebensqualität und die Krankheitsverarbeitung zu beinhalten. Es sind teilweise Informationen, welche über die reinen Selbsteinschätzungen der Patienten hinausgehen und relevant für die psychologische Einschätzung der Patientensituation sind.

Die enthaltenen Informationskomponenten sind dann von praktischem diagnostischem Nutzen für den klinischen Alltag, wenn es gelingt zu zeigen, dass mittels der Teilskalen des KSPC Teilgruppen der Patientenpopulation identifiziert werden können, welche sich signifikant in folgenden Dimensionen unterscheiden:

1. Emotionale Befindlichkeit
2. Körperliche Befindlichkeit
3. Krankheitsverarbeitung

Die Subgruppenanalyse kann unterschiedlich konzipiert werden. Patienten können anhand (a) der interessierenden abhängigen Variablen, oder (b) anhand der Teilskalen des diagnostischen Verfahrens gruppiert werden. Die Gruppierung kann dabei (a) mittels Bildung von Patientengruppen nach der Ausprägung auf einer Variablen, z. B. in Form von Median- oder Extremgruppen, oder (b) anhand einer gleichzeitig die Ausprägungen mehrerer Variablen einbeziehenden Gruppenbildung durchgeführt werden.

Das Ziel der vorliegenden Analyse ist in erster Linie die Feststellung des diagnostischen Nutzens der Teilskalen des KSPC. Aus diesem Grund werden zunächst Patientengruppen anhand der einzelnen Skalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens des KSPC gebildet. Dabei erscheint die Bildung von Mediangruppen grundsätzlich sinnvoller als die Verwendung des Mittelwertes oder von Extremgruppen, da bei dieser Untersuchungsart alle Patienten entsprechend ihrer Ausprägung auf der jeweiligen Teilskala einbezogen werden.

Methodisch betrachtet können die Ausprägungen der interessierenden abhängigen Variablen zwischen den Mediangruppen der jeweiligen Skala mittels univariater *t*-Tests auf statistisch signifikante Differenzen geprüft werden. Die Problematik der Alpha-Fehler Kumulierung und die Notwendigkeit einer multivariaten Analyse aufgrund mehrerer interkorrelierter abhängiger Variablen lassen an dieser Stelle die multivariate (Ko-)Varianzanalyse bzw. die Diskriminanzanalyse als eine sinnvolle Alternative zu univariaten Analysen erscheinen. Univariete Analysen könnten sogar zu falschen Schlüssen über die Bedeutung einzelner abhängiger Variablen führen, wenn eventuelle Suppressionseffekte nicht beachtet würden (Bortz, 1993).

Alle Mediengruppen der Teilskalen des KSPC wurden mittels der Funktion *Variablen kategorisieren* im Programm SPSS für Windows (Version 10.0.7, SPSS, 2000) gebildet. Dabei wurden alle für die jeweilige Skala zur Verfügung stehenden Werte der Gesamtstichprobe zur Bestimmung des Mediansplits herangezogen.

Anhand der Ergebnisse zur inneren Konsistenz der Skalen des KSPC in Kapitel 10.4.2 wurden nur diejenigen Skalen in die Untersuchung einbezogen, die mindestens ein Cronbachs Alpha von $\alpha \geq .7$ aufweisen. In Tabelle 26 werden die aufgenommenen Skalen aus Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC mit dem Median-Schwellenwert präsentiert.

Tabelle 26: Medianwerte Skalen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC

Skalen des KSPC	Median	N
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen)	2.0	234
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen)	2.0	325
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen)	1.8	325
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen)	2.5	372
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen)	2.0	234

Anmerkungen. KSPC = Kurzfragebogens zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken.

Besonderes Interesse gilt bei der Subgruppenanalyse den Fremdbeobachterskalen, da die Validität und somit Aussagekraft der Selbsteinschätzungen einerseits relativ eindeutig geklärt worden ist, andererseits eine zentrale These dieser Forschungsarbeit lautet, dass durch die Hinzunahme der Fremdbeobachterperspektive zusätzliche diagnostische Hinweise auf die psychologische Situation von Patienten gewonnen werden können.

11.1.3 Multivariate Varianzanalyse bzw. Diskriminanzanalyse von KSPC-Subgruppen

Die multivariate Varianzanalyse (multivariate analysis of variance, MANOVA) dient zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen Gruppen von Versuchspersonen unter gleichzeitiger Beachtung mehrerer abhängiger Variablen. Analog zur univariaten Varianzanalyse besteht das Vorgehen in der Zerlegung der totalen Quadratsumme in eine Fehlerquadratsumme und eine Wirkungsquadratsumme. Die im univariaten Fall gültigen Quadratsummen werden allerdings durch Vektoren ersetzt, welche zusätzlich die Kovarianzen zwischen den einzelnen abhängigen Variablen abbilden (Andres, 1996). Kovariate können mit in die Berechnungen eingeführt werden um zu prüfen, ob Mittelwertsdifferenzen auch unter Konstanthaltung des Einflusses der Kovariate(n) in gleicher Weise bestehen bleiben. Mittels einer partiellen ϵ^2 -Statistik kann - entsprechend dem unkorrigierten R^2 bei der Regression - der Anteil der Ge-

samtvariabilität in den abhängigen Variablen eingeschätzt werden, der einem Faktor zugeschrieben werden kann. Zur Signifikanztestung können mehrere multivariate Teststatistiken herangezogen werden. Als einheitliche Teststatistik wurde hier Wilks Lambda gewählt, d.h. nachfolgend ist immer dieser Test gemeint, wenn von multivariaten Tests allgemein geschrieben wird.

Die Diskriminanzanalyse ermöglicht darüber hinaus Aussagen über die (relative) Bedeutung einzelner abhängiger Variablen für die Unterscheidung von Subgruppen (Andres, 1996). Die Gruppenzuordnung wird dabei vorgegeben. Anders als bei der Faktorenanalyse werden Diskriminanzfaktoren bzw. eine Diskriminanzfunktionen gesucht, welche Unterschiede zwischen den vorgegebenen Gruppen anhand verschiedener Kriterien, welche die Abstände zwischen den abhängigen Variablen berücksichtigen, maximieren. Prinzipiell können auch mehrere Diskriminanzfunktionen resultieren. Die Ladungen der einzelnen Variablen auf dieser Diskriminanzfunktion bzw. ihre Korrelationen mit dieser, geben die relative Bedeutung der einzelnen abhängigen Variablen bei der Unterscheidung der vorgegebenen Gruppen an. Die abhängigen Variablen können alle gleichzeitig in die Berechnung eingegeben werden oder entsprechend einem aus der multiplen Regressionsanalyse bekannten Vorgehen der schrittweisen Aufnahme bzw. rückwärtigen Eliminierung von Variablen. Dabei muss ein multivariates Auswahlkriterium (hier: Minimierung des gesamten Wilks Lambda) festgelegt werden.

Nachfolgend werden jeweils für jede der untersuchten Skalen des KSPC eigene Unterkapitel vorgestellt. Die Skalen des KSPC stellen die unabhängigen Gruppierungsvariablen dar. Entsprechend dem Vorgehen bei der kanonischen Korrelationsanalyse werden die Skalen jeweils mit mehreren Variablensätzen in Beziehung gesetzt. Die Variablensätze repräsentieren als abhängige Variablen die in Kapitel 11.1.2 herausgestellten Dimensionen, bezüglich derer der KSPC eine Aussagekraft besitzt: Lebensqualität (Skalen des QLQ-C30 bzw. des FLZ), Krankheitsverarbeitung (Skalen des FKV) und Körperliche Befindlichkeit, deren Aspekte einerseits in den körperbezogenen Skalen des QLQ-C30 abgebildet sind, andererseits am Außenkriterium der Überlebenszeit gemessen werden können.

11.1.4 Subgruppen der Skalen des Ärztebogens des KSPC

An dieser Stelle werden Subgruppen anhand der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens gebildet. Die Patientengruppen werden bezüglich Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit verglichen.

11.1.4.1 Aussagekraft der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens bezüglich Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung

Die Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens des KSPC wurde theoretisch konzipiert, um Aspekte im aktiven, kognitiven Handlungsbereich zu erfassen. In den bisherigen Validitätsuntersuchungen konnten dementsprechend erwartungsgemäß keine beachtenswerten empirischen Zusammenhänge zu Aspekten der emotionalen Lebensqualität von Patienten nachgewiesen werden. Aufgezeigt werden konnte dagegen, dass die Patienten auf Ebene der Gesamtstichprobe anhand dieser Skala in Gruppen mit signifikant unterschiedlicher Überlebenszeit getrennt werden können. Diese Skala korreliert darüber hinaus - als einzige Skala des KSPC - signifikant mit der Skala *Bagatellisierung und Wunschenken* im FKV (s. Tabelle 21). Könnte in der nachfolgenden Analyse nachgewiesen werden, dass diese Skala von diagnostischer Bedeutung bei der Identifikation von Patienten ist, welche signifikant stärker zur Bagatellisierung ihrer Situation neigen, so wäre dies ein wichtiges Ergebnis. Ein wesentlicher Grund dafür, die Fremdbeobachterperspektive bei der Konzeption des KSPC miteinzubeziehen, war die Beobachtung, dass im täglichen Klinikablauf immer wieder Patienten beobachtet werden, die ihre Belastung nicht zeigen wollen oder nicht können (Faller, 1998). Es wäre hilfreich, die Selbsteinschätzungen der Lebensqualität von Patienten mit der Zusatzinformation über das Ausmaß der Bagatellisierungstendenz des Patienten kombinieren zu können. Ausgehend von der eher auf aktive kognitive Handlungskomponenten ausgerichteten theoretischen Konzeption der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen kann ein solcher Zusammenhang durchaus erwartet werden. Die gewonnene Information wäre entsprechend der Mediangruppenanalyse binärer Art, es könnten also nur eine Grobeinteilung der Patienten vorgenommen werden. Ein Vorteil bei der Nutzung von Fremdbeobachterinformationen wäre es, dass die Gefahr von im Sinne sozialer Erwünschtheit verzerrten Informationen reduziert werden könnte. Möglicherweise könnte auf eine explizite Befragung des Patienten zum Thema Bagatellisierung bzw. Verleugnung ganz verzichtet werden.

Die Quelle der Variation wurde in nachfolgenden Berechnungen durch einen anhand der Skala *Aktive Mitarbeit* gebildeten Faktor der Zugehörigkeit zu Mediangruppen gestellt. Im ersten Schritt wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse über alle neun Skalen des QLQ-C30 als abhängigem Variablensatz berechnet. Mit $F(9,108) = 1.21$, $p = .30$ konnten keine signifikanten Differenzen festgestellt werden. Bei einer entsprechenden multivariaten Varianzanalyse mit 16 Skalen des FLZ als abhängigem Variablensatz resultiert mit $F(16,26) = 0.61$, $p = .85$ ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis.

Anders stellt sich die Ergebnislage bei den Coping-Strategien dar. Die multivariate Varianzanalyse mit fünf Skalen des FKV als abhängigen Variablen führt mit $F(5,38) = 3.71$, $p = .01$ zu einem signifikanten Ergebnis. Die multivariaten Tests zeigen - trotz der vermutlich aufgrund einer kleinen Stichprobe geringen Power - eine signifikante Gruppendifferenz an.

Nachgeordnete univariate Analysen zeigten nur für die Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* des FKV mit $F(1,42) = 9.41, p = .00$ eine signifikante Gruppendifferenz, mit $\epsilon^2 = .18$. Der Mittelwert der Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* für die gesamte untersuchte Stichprobe ($N = 44$) beträgt $M = 2.11$ bei einer Standardabweichung von $SD = 0.97$. Die Mediengruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Ärztebogen > 2.0 ($n = 19$) zeigt einen Mittelwert von $M = 1.64$ bei einer Standardabweichung von $SD = 0.67$. Die Mediengruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Ärztebogen < 2.0 ($n = 25$) hat einen Mittelwert von $M = 2.47$ bei einer Standardabweichung von $SD = 1.01$. Inhaltlich bedeuten die Ergebnisse, dass Patienten, die vom behandelnden Arzt auf der Skala *Aktive Mitarbeit* unterhalb des Medianwertes $Mdn = 2.0$ eingeschätzt werden, eine deutlich höher ausgeprägte Bagatellisierungstendenz haben als Patienten, die oberhalb des Medianwertes eingeschätzt werden.

Dieses Ergebnis bedarf einer weiteren Untermauerung mittels einer diskriminanzanalytischen Untersuchung, da aus einer multivariaten Varianzanalyse der relative Anteil der einzelnen Variablen am multivariaten Ergebnis nicht korrekt abgeschätzt werden kann. In die Diskriminanzanalyse mit Mediengruppenzugehörigkeit anhand der Skala *Aktive Mitarbeit* als Gruppierungsvariablen wurden alle fünf FKV-Skalen und die Variablen *Alter*, *WHO/ECOG-Status* und *Dauer der Diagnose* als abhängige Variablen in die Analyse eingebracht. Die Untersuchung beinhaltete eine schrittweise rückwärtige Eliminierung von Variablen bei Unterschreitung eines F -Wertes von $F = 2.71$. Eine solche kanonische Diskriminanzfunktion erweist sich als multivariat signifikant mit $F(1,31) = 19.11, p = .00$. In einer Strukturmatrix kann die Korrelationen der einzelnen abhängigen Variablen mit der gewonnenen Diskriminanzfunktion abgelesen werden. An der Höhe der Korrelationen kann die relative Bedeutung derjenigen abhängigen Variablen für die Diskriminanzfunktion abgelesen werden, die zur Bildung der Diskriminanzfunktion herangezogen wurden. Die Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* korreliert mit $r = 1.00$ mit der Diskriminanzfunktion, die nächsthöchste Korrelation beträgt $r = -.20$ für die FKV-Skala *Religiosität und Sinnsuche*. Die Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* trägt bei den Coping-Skalen den größten Anteil an der Entstehung der Differenz zwischen den Mediengruppen.

11.1.4.2 Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen, Bagatellisierung und Überlebenszeit

Wie kann erklärt werden, dass anhand der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen gebildete Mediengruppen eine signifikant unterschiedliche Überlebenszeit aufweisen (s. Tabelle 22)? Wie hängt diese Beobachtung mit der körperbezogenen Lebensqualität einerseits und den signifikanten Differenzen bei der Bagatellisierung im Zusammenhang mit dieser Skala des KSPC zusammen? Aus den bisherigen Ergebnissen ließe sich schließen, dass die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen einerseits als Indikator für eine Bagatellisierungstendenz von Patienten dienen kann: Hohe Werte in der Skala weisen auf niedrige Ausprägung der Coping-

Strategie Bagatellisierung hin. Bereits bekannt ist ebenfalls, dass hohe Werte in dieser Skala gleichzeitig mit höherer Überlebenszeit von Patienten einhergehen. Der Schluss scheint nahe zu liegen, dass es auch einen Zusammenhang zwischen niedriger Bagatellisierung und höherer Überlebenszeit geben könnte.

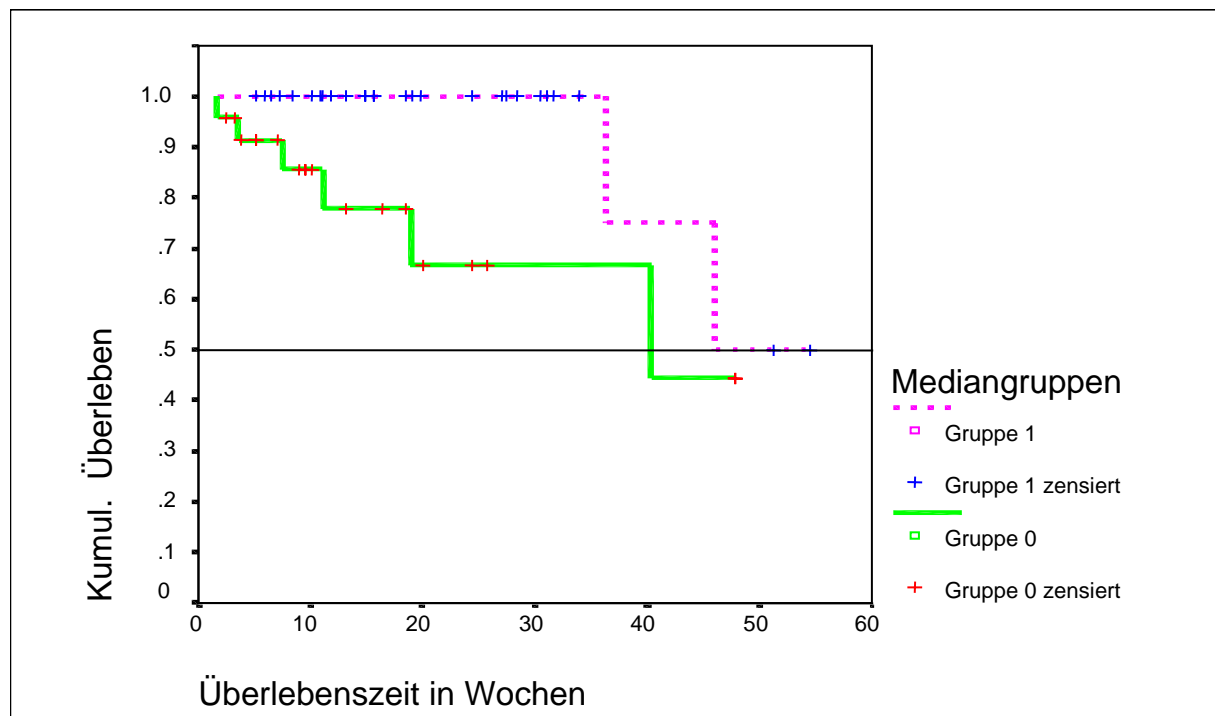


Abbildung 11: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Patientengruppen, gebildet anhand der Skala *Bagatellisierung und Wunschenken* des FKV ($N = 53$)

Anmerkungen. Gruppe 1 = höhere Bagatellisierung und Wunschenken, $n = 29$; Gruppe 0 = geringere Bagatellisierung und Wunschenken $n = 24$; Kumul. Überleben = kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeit.

Die empirische Betrachtung dieser Frage führt zu einer scheinbar paradoxen Feststellung: Nicht nur, dass der Zusammenhang *geringe Bagatellisierung = höhere Überlebenszeit* nicht nachgewiesen werden kann. Im Gegenteil stellt sich der Zusammenhang genau entgegengesetzt der Erwartung dar. Es lohnt sich, die zwei Kaplan-Meier Überlebenszeit-Kurven für die beiden Mediengruppen der FKV-Skala *Bagatellisierung und Wunschenken* diesbezüglich zu vergleichen (s. Abbildung 11). Entsprechend dem Vorgehen bei der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen, wo Mediengruppen gebildet wurden, wurden hier Mediengruppen anhand der Variablen *Bagatellisierung und Wunschenken* im FKV gebildet.

Aus Abbildung 11 wird ersichtlich, dass die Überlebenszeit von Patienten mit *höheren* Bagatellisierungswerten eine längere Überlebenszeit in den ersten 30 Wochen nach Therapiebeginn aufweisen. Diese Differenz scheint sich nach 30 Wochen anzugleichen. Diese Differenz ist statistisch signifikant mit Log Rank ($1, N = 53$) = 3.90, $p < .05$. Bei einer rein

querschnittlichen Betrachtung der medianen Überlebenszeit allein wäre hier keine signifikante Differenz ersichtlich gewesen.

Das Paradoxon muss zunächst an Stichproben-Selektionseffekten relativiert werden. Wie bereits beschrieben, liegen nur für $N = 91$ Patienten verfügbare Daten zum Coping-Verhalten vor, nur für insgesamt $N = 53$ liegen Daten zum Coping-Verhalten *und* zur Überlebenszeit vor. Bei der Betrachtung der Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen liegen dagegen Daten für $N = 226$ Patienten vor. Es muss geprüft werden, ob sich Überlebenszeitdifferenzen auch in der kleineren Stichprobe nachweisen lassen, anhand derer die Berechnungen für die in Abbildung 11 berichteten Kurven stattgefunden haben. Es wurde die oben beschriebene Stichprobe von $N = 53$ Patienten zugrunde gelegt. Hier zeigte sich, dass die Erklärung des Paradoxons in unterschiedlichen Ergebnissen bei der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen zu suchen ist. Hier ist ein stichprobenabhängiger Effekt zu beobachten. Innerhalb der hier ausgewählten Teilstichprobe ($N = 53$) lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen bezüglich der Überlebenszeit nachweisen. Ein entsprechendes Phänomen lässt sich für alle Fremdbeobachterskalen, die auf der Betrachtungsebene der Gesamtstichprobe klar bezüglich der Überlebenszeit differenzieren, nachweisen. Allein die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen zeigt auch bei dieser Stichprobe ($N = 53$) ein genau der Gesamtstichprobe entsprechendes Ergebnis (s. a. Kapitel 11.1.4.3) und scheint somit die Referenzskala in Hinsicht auf die Überlebenszeit zu sein.

Entscheidend ist an dieser Stelle, dass der Zusammenhang zwischen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen und der Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* des FKV auch dann erhalten bleibt, wenn Mediengruppen der Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* als unabhängiger Faktor mit zwei Stufen und die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen als abhängige Variable in eine einfaktorielle Varianzanalyse eingegeben werden. Die Mittelwertsdifferenz bleibt erhalten, $F(1,39) = 9.016$, $p = .01$, und bestätigt auch bei dieser Prüfung den Zusammenhang geringe *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen = hohe *Bagatellisierung* und umgekehrt. Der Zusammenhang zwischen Mediengruppen der beiden Skalen kann auch mittels einer Kreuztabelle geprüft werden, welche jeweils die Mediengruppen gegeneinander auflistet. Mit $\chi^2(1, N = 41) = 8.64$, $p = .00$ resultiert auch hier eine signifikante Differenz, die kategorialen Variablen scheinen nicht unabhängig voneinander zu sein.

Es bleibt zu klären, welche eventuellen Drittvariablen den Effekt der Coping-Strategie *Bagatellisierung und Wunschdenken* auf die Überlebenszeit vermitteln könnten. Mittels χ^2 -Tests wurden Zusammenhänge zwischen Mediengruppen der Skala und einigen kategorialen (ordinalen und nominalen) Variablen geprüft. Die Ergebnisse diese werden in Tabelle 27 präsentiert. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Variablen.

Tabelle 27: χ^2 -Tests zwischen Mediengruppen der FKV-Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort

Variable	χ^2 (Pearson)	<i>N</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
WHO/ECOG-Status	2.31	42	3	.51
Geschlecht	0.23	53	1	.63
Grobd Diagnose	2.57	53	3	.46
Krankheitsunabh. Belastungen	1.04	49	2	.60
Befragungsort	0.63	53	3	.89

Anmerkungen. ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group, Krankheitsunabh. = Krankheitsunabhängige, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Wahrscheinlichkeitsniveau der Nullhypothese, dass die jeweilige Variable keinen signifikanten Zusammenhang zur Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* aufweist.

Ebenso ergab eine multivariate Varianzanalyse mit den Mediengruppen der Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* und allen neun Skalen des QLQ-C30 bzw. Alter und Diagnose-dauer keine signifikanten Differenzen $F(1,37) = 0.28$, $p = .98$. In einem weiteren Schritt wurden die beiden Gruppen der Bronchialkarzinompatienten und der Lymphompatienten direkt miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass diese beiden Patientengruppen unabhängig von der zugrunde liegenden Stichprobe immer eine signifikant unterschiedliche Überlebenszeit zeigen. Der Einfluss der Diagnosegruppe kann ausgeschlossen werden. Unabhängig von der gewählten Teilstichprobe ist der Anteil der Patienten mit beiden Diagnose in den Mediengruppen der FKV- Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* nahezu identisch.

Aus diesen Ergebnissen kann der Schluss gezogen werden, dass es - zumindest für die vorliegende Stichprobe - Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsverarbeitungsstrategie *Bagatellisierung und Wunschdenken* und der Überlebenszeit der Patienten gibt. Dieses Ergebnis müsste an einer größeren Untersuchungsstichprobe repliziert werden, soll jedoch in seiner Bedeutung auch nicht unterschätzt werden. Ähnliche Zusammenhänge wurden bereits mehrfach in empirischen Untersuchungen berichtet (Cohen & Herbert, 1996; Greer, 1991; Heim, 1998).

Für die diagnostische Nutzung der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen kann aufgrund der vorliegenden Resultate der Schluss gezogen werden, dass der Zusammenhang zur Coping-Strategie *Bagatellisierung und Wunschdenken* als gut gesichert gelten kann. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf einen überzufälligen Zusammenhang zwischen dieser Coping-Strategie und der Überlebenszeit chronisch somatisch Kranker. Die empirische Datenlage zur Aussagekraft der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen bezüglich der Überlebenszeit ist dagegen nicht eindeutig.

11.1.4.3 Subgruppen der Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen

Entsprechend dem Vorgehen bei der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen wurden auch für die Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens Mediengruppen gebildet. Auch diese Skala trennt auf der Betrachtungsebene einer größeren Stichprobe ($N = 226$) signifikant zwischen Gruppen mit unterschiedlicher Überlebenszeit (s. Tabelle 22). Im Gegensatz zu allen anderen KSPC Teilskalen kann dieses Ergebnis auch in der Teilstichprobe ($N = 53$) repliziert werden, für die Coping-Daten und Überlebenszeitangaben vorliegen. Andererseits korreliert die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen am höchsten von allen Fremdbeobachterskalen mit Angaben zur Lebensqualität (s. Tabelle C-10) und weiter signifikant mit der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen. Diese Vorabinformationen lassen vermuten, dass die einschätzenden Ärzte ihrem Urteil auf dieser Skala des KSPC mehrere unterschiedliche Aspekte zugrunde legen. So scheinen einerseits Angaben zur subjektiven Lebensqualität bzw. emotionalen Befindlichkeit aber auch in hohem Maße Informationen zur körperlichen Befindlichkeit des Patienten im Urteil zusammenzufließen. Die nachfolgenden Untersuchungen könnten Hinweise auf die relativen Anteile der genannten Aspekte beim ärztlichen Urteil auf dieser Skala liefern.

Nachfolgend wurden mehrere multivariate Varianzanalysen durchgeführt, die Mediengruppenzugehörigkeit anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens diente als unabhängige Variable bzw. binärer Faktor. In einer ersten Untersuchung wurden alle neun Skalen des QLQ-C30 als abhängiger Variablensatz in eine multivariate Varianzanalyse eingebracht. Mit $F(9,108) = 2.16$, $p = .03$ resultierte nur bei diesem abhängigen Variablensatz ein signifikantes Ergebnis. Für Skalen der Lebenszufriedenheit als abhängigem Variablensatz konnte mit $F(16,26) = 0.89$, $p = .59$ ebenso wenig ein signifikantes Ergebnis registriert werden wie für die Coping-Skalen des FKV als abhängigem Variablensatz in einer multivariaten Varianzanalyse mit $F(5,38) = 0.61$, $p = .69$.

Eine weiterführende Diskriminanzanalyse wurde mit allen QLQ-C30 Skalen zusammen mit den Kovariaten *Alter*, *WHO/ECOG-Status* und *Diagnosedauer* als abhängigen Variablen durchgeführt. Diese Analyse wurde entsprechend dem bisherigen Vorgehen durchgeführt und resultiert in einem signifikanten Ergebnis, $F(5,45) = 4.89$, $p = .00$. Bei diesem Vorgehen wird eine Diskriminanzfunktion identifiziert, welche insbesondere auf folgenden Skalen basiert (in Klammern werden die Korrelationen der Skalen mit der Diskriminanzfunktion berichtet): *Globale Lebensqualität* ($r_d = -.58$), *Übelkeit/Erbrechen* ($r_d = .53$), *WHO/ECOG-Status* ($r_d = .35$), *Alter* ($r_d = -.21$) und *Rollenerfüllung* ($r_d = -.01$). Es sind somit insbesondere Aspekte der globalen Lebensqualität und der körperlichen Befindlichkeit, welche die Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen unterscheiden.

Wie berichtet, zeigen die beiden Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen auch bei der kleineren Stichprobe von Patienten ($N = 53$) eine signifikant unterschiedliche Überlebenszeit (Log Rank Test, $p = .04$). Die Form des Ergebnisses entspricht dem der Gesamtstichprobe ($N = 226$): Patienten der Mediengruppe mit den höheren Skalenwerten (> 1.80) auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens zeigen eine deutlich höhere Überlebenszeit.

Die Ergebnisse können so interpretiert werden, dass Patienten, die anhand des Medians der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen ($Mdn = 1.80$) in zwei Gruppen eingeteilt werden, sich signifikant insbesondere in ihrer globalen Lebensqualität, dem Ausmaß von Belastung durch Übelkeit und Erbrechen und der Überlebenszeit unterscheiden. Höhere Skalenwerte gehen mit höherer globaler Lebensqualität, weniger Übelkeit und Erbrechen und einer deutlich höheren Überlebenszeit einher. Auch die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit zu Beginn der Behandlung (Variable WHO/ECOG-Status) scheint zu einem kleineren Anteil in das ärztliche Urteil einzugehen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass der Anteil der körperlichen Befindlichkeit der Patienten zu einem großen Teil in die ärztliche Einschätzung auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC eingeht. Aspekte emotionaler subjektiver Befindlichkeit sind eindeutig im Urteil enthalten, sie scheinen jedoch nicht eine zentrale Rolle zu spielen. Die Krankheitsverarbeitungsstrategien der Patienten gehen nicht in die Beurteilung auf dieser Teilskala ein.

11.1.5 Subgruppen der Skalen des Pflegebogens des KSPC

In diesem Kapitel werden entsprechend dem methodischen Vorgehen bei Skalen des Ärztebogens Analysen anhand der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* des Pflegebogens berichtet.

11.1.5.1 Subgruppen der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen

Die Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens korreliert in Tabelle C-11 signifikant mit einigen körperbezogenen Skalen des QLQ-C30. Stärker als alle anderen Fremdbeurteilerskalen korreliert diese Skala mit den gesundheitsbezogenen Skalen des FLZ (s. Tabelle C-13). Die Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens zeigt auf Gesamtgruppenebene keine Zusammenhänge zur Überlebenszeit der Patienten (s. Tabelle 22).

Die Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen wurden als unabhängiger Faktor mit drei Variablensätzen im Rahmen dreier multivariater Varianzanalysen eingesetzt. Für den abhängigen Variablensatz der neun QLQ-C30 Skalen konnten mit $F(9,117) = 1.49$, $p = .16$ keine signifikanten Gruppendifferenzen festgestellt werden. Entsprechendes gilt mit $F(16,31) = 1.38$, $p = .21$ für Gruppendifferenzen bezüglich der Skalen des FLZ. Dagegen un-

terscheiden sich anhand der Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens des KSPC gebildete Mediengruppen mit $F(5,43) = 2.64$, $p = .04$ signifikant in Bezug auf Skalen des FKV.

In einer nachgeordnete Diskriminanzanalyse wurde entsprechend dem bisherigen Vorgehen verfahren. Ziel der Analyse ist auch an dieser Stelle, die relative Bedeutung einzelner Variablen bzw. Skalen des FKV bei der Differenzierung der beiden Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* des Pflegebogens einzuschätzen. Nach der Rückwärtseliminierung resultiert eine auf zwei Variablen basierende signifikante Diskriminanzfunktion mit $F(2,35) = 4.56$, $p = .02$. Die Korrelationen der beiden FKV-Skalen mit der Diskriminanzfunktion beträgt für die Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* $r_d = .64$ und für die Skala *Depressive Verarbeitung* $r_d = -.59$. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es die Coping-Strategien *Ablenkung und Selbstaufbau* und *Depressive Verarbeitung* zu sein scheinen, die zur signifikanten Differenz zwischen den Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen bezüglich der Krankheitsverarbeitungsstrategien führen.

Prüft man weiter anhand der bereits beschriebenen Teilstichprobe ($N = 53$) die Überlebenszeitunterschiede zwischen den beiden Mediengruppen dieser Skala, so resultiert keine statistisch signifikante Differenz (Log Rank Test, $p = .88$), ein Ergebnis, das auch bei Betrachtung der Gesamtgruppe ($N = 248$) resultierte.

Tabelle 28: χ^2 -Tests zwischen Mediengruppen der FKV-Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort

Variable	χ^2 (Pearson)	N	df	p
WHO/ECOG-Status	8.43	57	3	.04
Geschlecht	0.46	87	1	.50
Grobdiagnose	5.03	77	3	.17
Krankheitsunabh. Belastungen	1.59	73	2	.45
Befragungsort	4.23	87	3	.24

Anmerkungen. ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group, Krankheitsunabh. = Krankheitsunabhängige, df = Freiheitsgrade, p = Wahrscheinlichkeitsniveau der Nullhypothese, dass die jeweilige Variable keinen signifikanten Zusammenhang zur Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* aufweist.

Zum Abschluss soll geprüft werden, ob Dritt- bzw. Störvariablen einen Zusammenhang zur Coping-Strategie *Ablenkung und Selbstaufbau* zeigen. Zu diesem Zweck wurden zwischen der Variablen Mediengruppen der FKV-Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* und den Variablen WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängige Belastungen und Befragungsort jeweils ein χ^2 -Test berechnet (s. Tabelle 28).

In Tabelle 28 resultiert nur ein signifikantes Ergebnis, nämlich bei der Variablen WHO/ECOG-Status. Patienten der Mediangruppe mit niedrigen Werten für die Coping-Strategie *Ablenkung und Selbstaufbau* scheinen sich zu Beginn der Behandlung in einem überzufällig schlechterem Gesundheitszustand zu befinden. Dies mindert in keiner Weise die Aussagekraft der Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen bezüglich der Coping-Strategie *Ablenkung und Selbstaufbau*. Das Ergebnis zeigt aber, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Ablenkung und Selbstaufbau als Coping-Strategie und dem aktuellen körperlichen Zustand der Patienten geben könnte. Über Kausalitäten können dagegen an dieser Stelle nur Vermutungen angestellt werden. Beide Kausalitätsrichtungen hätten einen gewissen Plausibilitätswert.

In Tabelle 29 werden die entsprechenden Zusammenhänge für die FKV-Skala *Depressive Verarbeitung* geprüft. Die Ergebnisse in Tabelle 29 lassen keinen überzufälligen Zusammenhang der Coping-Strategie *Depressive Verarbeitung* mit den Drittvariablen WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort erkennen.

Tabelle 29: χ^2 -Tests zwischen Mediangruppen der FKV-Skala *Depressive Verarbeitung* und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort

Variable	χ^2 (Pearson)	<i>N</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
WHO/ECOG-Status	2.43	58	3	.49
Geschlecht	0.87	87	1	.35
Grobd Diagnose	5.28	78	3	.15
Krankheitsunabhängige Belastungen	2.11	74	2	.35
Befragungsort	0.48	87	3	.92

Anmerkungen. ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Wahrscheinlichkeitsniveau der Nullhypothese, dass die jeweilige Variable keinen signifikanten Zusammenhang zur Skala *Depressive Verarbeitung* aufweist.

Der Mittelwert der Skala *Ablenkung und Selbstaufbau* für die gesamte untersuchte Stichprobe (*N* = 49) beträgt *M* = 3.04 bei einer Standardabweichung von *SD* = 0.76. Die Mediangruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Pflegebogen > 2.5 (*n* = 26) zeigt einen Mittelwert von *M* = 3.23 bei einer Standardabweichung von *SD* = 0.78. Die Mediangruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Pflegebogen < 2.5 (*n* = 23) hat einen Mittelwert von *M* = 2.82 bei einer Standardabweichung von *SD* = 0.69. Inhaltlich bedeuten die Ergebnisse, dass Patienten, die vom Pflegepersonal auf der Skala *Aktive Mitarbeit* oberhalb des Medianwertes *Mdn* = 2.5

eingeschätzt werden, in deutlich höherem Maße die Coping-Strategie *Ablenkung und Selbstaufbau* anwenden als Patienten, die unterhalb des Medianwertes eingeschätzt werden.

Der Mittelwert der Skala *Depressive Verarbeitung* für die gesamte untersuchte Stichprobe ($N = 49$) beträgt $M = 2.05$ bei einer Standardabweichung von $SD = 0.89$. Die Mediengruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Pflegebogen > 2.5 ($n = 26$) hat einen Mittelwert von $M = 1.80$ bei einer Standardabweichung von $SD = 0.67$. Die Mediengruppe mit Werten der *Aktiven Mitarbeit* im Pflegebogen < 2.5 ($n = 23$) hat auf dieser Skala des FKV einen Mittelwert von $M = 2.33$ bei einer Standardabweichung von $SD = 1.03$. Die Resultate bedeuten inhaltlich, dass Patienten, die vom Pflegepersonal auf der Skala *Aktive Mitarbeit* unterhalb des Medianwertes $Mdn = 2.5$ eingeschätzt werden, eine höher ausgeprägte depressive Verarbeitung zeigen als Patienten, die oberhalb des Medianwertes eingeschätzt werden.

Insgesamt unterscheiden sich die anhand der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen gebildeten Patientengruppen weder in ihrer Überlebenszeit noch in ihrer subjektiven Lebensqualität. Dagegen zeigen sich für Patienten der Mediengruppe mit höheren Werten auf der Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen ($Mdn > 2.50$) überzufällig höhere Werte bei der Krankheitsverarbeitungsstrategie *Ablenkung und Selbstaufbau* und niedrigere Werte für die Krankheitsverarbeitungsstrategie *Depressive Verarbeitung*. Es ist wichtig anzumerken, dass die beiden Coping-Strategien als unabhängig von der Coping-Skala *Bagatellisierung und Wunschdenken* im FKV konzipiert sind. Dies trifft auch empirisch für die Stichprobe dieser Untersuchung zu. Die FKV-Skalen *Ablenkung und Selbstaufbau*, *Depressive Verarbeitung* und *Bagatellisierung und Wunschdenken* sind untereinander nicht signifikant korreliert.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass sowohl die Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen, als auch die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen jeweils signifikante Zusammenhänge zur Krankheitsverarbeitung von Patienten besitzen. Insgesamt kann diese Gemeinsamkeit dieser beiden kognitiv ausgerichteten Fremdbeobachterskalen des KSPC zur *Aktiven Mitarbeit* als Hinweis interpretiert werden, dass diese Skalen Informationen über bestimmte Aspekte des Krankheitsverhaltens von Patienten valide erfassen können. Die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Stichprobeneffekts verringert sich aufgrund dieser übereinstimmenden Befunde. Für die Skalen *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen und *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen kann festgehalten werden, dass sie zwei voneinander unabhängige Aspekte des Krankheitsverhaltens diagnostizieren können.

Bei der inhaltlichen Bewertung der Angemessenheit von Coping-Strategien muss vorsichtig vorgegangen werden. Es erscheint jedoch gerechtfertigt zu sagen, dass höhere Werte auf beiden Skalen *Aktive Mitarbeit* im Ärzte- und im Pflegebogen mit günstigeren Coping-Strategien von Patienten einhergehen: Höhere Werte weisen (a) auf weniger Bagatellisierungstendenzen hin (Ärztebogen), (b) auf mehr aktive Strategien wie Ablenkung und Selbstaufbau (Pflegebogen) und (c) auf weniger depressive Coping-Strategien (Pflegebogen).

11.1.5.2 Subgruppen der Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen

Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen zeigt auf Gesamtgruppenebene nur leichte Zusammenhänge zur subjektiven Lebensqualität (s. Tabelle C-11) bzw. deren körperlichen Aspekten. Anhand dieser Skala gebildete Mediengruppen von Patienten zeigen eine signifikant unterschiedliche Überlebenszeit (s. Tabelle 22).

Die Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen führen als unabhängiger Faktor einer multivariaten Varianzanalyse bezüglich des abhängigen Variablensatzes der neun QLQ-C30 Skalen zu keinem signifikanten Ergebnis, $F(9,117) = 0.98$, $p = .98$. Entsprechend sind bei einer multivariaten Varianzanalyse mit 16 Skalen des FLZ nicht signifikante Mediengruppenunterschiede zu finden, $F(16,31) = 0.60$, $p = .25$. Ebenso zeigen sich in einer multivariaten Varianzanalyse mit fünf Skalen des FKV mit $F(5,43) = 0.99$, $p = .98$ keine signifikanten Differenzen.

Die anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen gebildeten Mediengruppen unterscheiden sich weder signifikant in ihrer Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit, noch in ihrem Krankheitsverhaltensverhalten. Bezogen auf die Referenzstichprobe ($N = 53$) der Patienten mit Angaben zum Krankheitsverhaltensverhalten zeigen sich keine signifikanten Differenzen in der Überlebenszeit (Log Rank Test, $p = .91$).

Insgesamt kann für die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen keine diagnostische Relevanz bezüglich der Identifikation von Patientensubgruppen festgestellt werden.

11.1.6 Subgruppen der Skalen des Patientenbogens des KSPC

Die diagnostische Bedeutung der Patientenskalen des KSPC kann teilweise bereits anhand der Validitätsuntersuchungen (s. Kapitel 10.5.1) beurteilt werden. Die bivariaten Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen mit Skalen des QLQ-C30, des FLZ und den SEL sind vielfach signifikant und klinisch bedeutsam. Nachfolgend werden die beiden in diese Analyse einbezogenen Skalen des Patientenbogens dem bisherigen Vorgehen entsprechend untersucht. Die Skala *Aktive Mitarbeit* des Patientenbogens wird mituntersucht, obwohl sie die Testgütekriterien nicht erfüllen kann. Die Ergebnisse können helfen, Unterschiede zu den beiden Skalen der *Aktiven Mitarbeit* des Ärzte- und Pflegebogens aufzuzeigen.

11.1.6.1 Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen, Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit

Zur Verdeutlichung wird die Skala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen an dieser Stelle in die Subgruppenanalyse aufgenommen, obwohl sie bereits als testtheoretisch nicht brauchbar eingestuft wurde (s. Kapitel 10.4.4).

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse für die anhand der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen des KSPC gebildeten Mediengruppen führen weder bezüglich der Skalen des QLQ-C30 mit $F(9,124) = 0.87, p = .56$, noch für Skalen des FLZ, $F(16,36) = 0.41, p = .97$, noch bezüglich der Skalen des FKV mit $F(5,49) = 2.11, p = .08$, zu einem signifikanten Ergebnis. Die anhand dieser Skala gebildeten Mediengruppen von Patienten zeigen somit keine Differenzen bei multivariater Betrachtung der Lebensqualität bzw. der Lebenszufriedenheit. Bezüglich der Krankheitsverarbeitung können ebenfalls keine multivariat relevanten Ergebnisse referiert werden. Bei univariater Betrachtung zeigt sich mit $t(53) = -3.02, p = .00$ ausschließlich eine signifikante Differenzen bei der FKV-Skala *Ablenkung und Selbstaufbau*.

Bezogen auf die Referenz-Teilstichprobe ($N = 53$) der Patienten mit Angaben zum Krankheitsverhaltensverhalten zeigen sich keine signifikanten Differenzen in der Überlebenszeit (Log Rank Test, $p = .70$).

Die Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Patientenbogen erscheint somit, bei diagnostischem Einsatz in Form eines Mediansplits, wenig hilfreich bei der Suche nach signifikanten Differenzen zwischen den Patientengruppen in der Lebensqualität oder der Überlebenszeit. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass univariate Zusammenhänge zwischen der Mediengruppenzuteilung anhand dieser Skala der *Aktiven Mitarbeit* des Patientenbogens und der Krankheitsverarbeitung von Patienten aufgezeigt werden können. Dieses Resultat kann als Beleg dafür interpretiert werden, dass (a) die Skalen *Aktive Mitarbeit* grundsätzlich einen Zusammenhang zur Krankheitsverarbeitung zeigen und (b) dieser Zusammenhang bei multivariater Betrachtung nur bei den Fremdbeobachterskalen diagnostisch bedeutsam ist.

11.1.6.2 Subgruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC

Bei der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen wird erwartet, dass diese Skala als einzige Patientengruppen mit unterschiedlich hoher Lebensqualität trennen kann. Sie korreliert signifikant mit allen neun Skalen des QLQ-C30 (s. Tabelle 18). Anhand dieser Skala gebildete Mediengruppen unterscheiden sich nicht in ihrer Überlebenszeitwahrscheinlichkeit (s. Tabelle 22).

Der anhand der Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* gebildete Faktor wurde auch an dieser Stelle als unabhängige Variable in drei eigenständige multivariate Varianzanalysen eingebracht. In einer multivariaten Varianzanalyse mit neun Skalen des QLQ-C30 als abhängigen Variablen resultierte mit $F(9,124) = 7.33, p = .00$ ein signifikantes Ergebnis. Ebenso ist die multivariate Subgruppendifferenz in den Skalen des FLZ mit $F(16,36) = 3.23,$

$p = .00$ signifikant. Die anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen gebildeten Mediangruppen führen in einer multivariaten Varianzanalyse mit fünf Skalen des FKV als dem abhängigen Variablensatz zu keinem signifikanten Ergebnis, $F(5,49) = 2.26$, $p = .63$. Die Ergebnisse zeigen wie erwartet einen ausgeprägten Bezug der Subgruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* zur subjektiven Lebensqualität der Patienten. Die partielle ϵ^2 -Statistik beträgt im Falle der multivariaten Varianzanalyse mit neun QLQ-C30 Skalen als abhängigem Variablensatz $\epsilon^2 = .35$, was an dieser Stelle als ein hohes Maß an Varianzaufklärung interpretiert wird.

Signifikante multivariate Differenzen bezüglich der Krankheitsverarbeitung können nicht nachgewiesen werden. Auch an dieser Stelle sei jedoch unter Berücksichtigung der nicht idealen Power bei dieser Berechnung darauf hingewiesen, dass bei univariater Analyse signifikante Subgruppendifferenzen mit $t(53) = 2.56$, $p = .01$ allein bei der FKV-Skala *Depressive Verarbeitung* nachgewiesen werden können.

Eine weitergehende Analyse der signifikanten Lebensqualitätsdifferenzen wurde mittels einer Diskriminanzanalyse durchgeführt. Die Mediangruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* dienten dabei als vorgegebener Gruppierungsfaktor. Neben neun Skalen des QLQ-C30 wurden die Kovariate *Alter*, *WHO/ECOG-Status* und *Diagnosedauer* in die Berechnung aufgenommen. In 21 Berechnungsschritten resultierte eine signifikante Diskriminanzfunktion mit $F(3,59) = 7.10$, $p = .00$. Die Diskriminanzfunktion wurde basierend auf drei Variablen gebildet. Die Korrelationen dieser dreier QLQ-C30 Skalen mit der Diskriminanzfunktion beträgt für die Skala *Globale Lebensqualität* $r_d = .85$, für die Skala *Rollenerfüllung* $r_d = .54$ und die Skala *Körperliche Leistungsfähigkeit* $r_d = .18$. Auch bei Variation der in die Berechnung eingebrachten Kovariaten fallen die Ergebnisse nur geringfügig unterschiedlich aus, die Skala *Globale Lebensqualität* des QLQ-C30 resultiert als die wesentliche Konstituente der Diskriminanzfunktion.

Eine weitere Klärung der Aussagekraft der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen konnte von der diskriminanzanalytischen Untersuchung der Subgruppenunterschiede bezüglich der Skalen des FLZ erwartet werden. Die Diskriminanzanalyse wurde entsprechend dem bisherigen Vorgehen durchgeführt, wiederum wurden die drei Kovariaten *Alter*, *WHO/ECOG-Status*, und *Diagnosedauer* in die Berechnung miteinbezogen. Es resultiert eine signifikante Diskriminanzfunktion mit $F(9,30) = 4.12$, $p = .00$. Die Diskriminanzfunktion wurde basierend auf neun Variablen gebildet, die drei Variablen mit dem höchsten Anteil an der Bildung der Diskriminanzfunktion werden in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Diskriminanzfunktion wiedergegeben: *Körperliche Leistungsfähigkeit*, *Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege*, *Gesundheit*. Die Korrelationen der Skala *Körperliche Leistungsfähigkeit* mit der Diskriminanzfunktion beträgt $r_d = .49$. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Skalen des FLZ aus dem Bereich der gesundheits- bzw. körperbezogenen Befindlichkeit hoch mit der Diskriminanzfunktion korrelieren.

Untersuchungen zur Überlebenszeit zeigen für Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC keine signifikanten Differenzen in der Überlebenszeit (Log Rank Test, $p = .37$).

Insgesamt wird die erwartete hohe Aussagekraft der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC bezüglich der subjektiven Lebensqualität bestätigt. Subjektive Einschätzungen der körperlichen Aspekte der Lebensqualität haben bei der Gruppierung der Patienten anhand dieser Teilskala eine wichtige Bedeutung. Die subjektive Einschätzung der eigenen körperlichen Situation prägt das Bild der subjektiven Lebensqualität von Patienten mit chronischen körperlichen Krankheiten stark. Demgegenüber spielen objektive Aspekte der körperlichen Situation, wie sie sich in der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit widerspiegeln, keine Rolle bei der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität.

11.1.7 Zusammenfassende Betrachtung der Resultate zur Subgruppenanalyse

Ausgangsüberlegung der Subgruppenanalyse war die Frage nach der diagnostischen Verwendbarkeit der KSPC-Skalen des Patienten-, Ärzte- und Pflegebogens. Zur Klärung dieser Frage wurden anhand des Medianwertes pro Skala des KSPC jeweils zwei Subgruppen von Patienten gebildet. Die Bildung mehrerer Gruppen (z. B. Extremgruppen) wurde hier nicht versucht, da (a) die untersuchten Stichproben zu klein geworden wären und (b) das gröbere Auflösungslevel eines Screenings eine differenziertere diagnostische Gruppierung nicht sinnvoll erscheinen lässt. Die jeweiligen Patientengruppen wurden in Bezug auf Mittelwerte der Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und des Krankheitsverhaltens verglichen. Einer multivariaten Analyse folgte im Falle signifikanter Gruppenunterschiede eine genauere Untersuchung mittels Diskriminanzanalyse. Diese Analysen sollten Aufschlüsse über die relative Bedeutung von Variablen bzw. Skalen für das Zustandekommen von Subgruppendifferenzen geben. Eine Reihe von möglichen Dritt- bzw. Störvariablen wurde dabei in die Betrachtung mit einbezogen.

Wesentliche Ergebnisse zur Subgruppenanalyse werden in Tabelle 30 zusammenfassend dargestellt. Dabei werden nur Ergebnisse für Skalen berichtet, welche grundlegenden Forderungen an Item- und Testgütekriterien entsprechen.

Die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen (s. Tabelle 30) trennt Mediengruppen von Patienten mit signifikant unterschiedlichen Ausprägungen der Coping-Strategie Bagatellisierung und Wunschenken: Patienten mit höheren Skalenwerten haben eine geringere Bagatellisierungstendenz. Andere signifikante Zusammenhänge können für diese Skala nicht festgestellt werden. Höhere Skalenwerte bei der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens gehen mit höherer globaler Lebensqualität und weniger Übelkeit und Erbrechen bei Patienten einher. Gleichzeitig ist die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit für Patienten mit höheren Skalenwerten

bei der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Ärztebogens signifikant höher im Vergleich zu Patienten mit niedrigeren Skalenwerten.

Tabelle 30: Zusammenfassende Übersicht der Aussagekraft von Skalen des KSPC bei der Subgruppenanalyse

Skala des KSPC	Aussagekraft der Skala (in Klammern Ursprungsfragebogen) bezüglich:			
	Lebensqualität (QLQ-C30)	Lebenszufriedenheit (FLZ)	Krankheitsverarbeitung (FKV)	Überlebenszeit
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen)	n.s.	n.s.	Bagatellisierung und Wunschdenken	n.s.
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen)	Globale LQ, Übelkeit/ Erbrechen	n.s.	n.s.	ÜZ
<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen)	n.s.	n.s.	Ablenkung und Selbstaufbau, Depressive Verarbeitung	n.s.
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen)	Globale LQ, Rollenerfüllung	Körperliche Leistungsfähigkeit, Energie/ Lebensfreude	n.s.	n.s.

Anmerkungen. LQ = Lebensqualität, ÜZ = Überlebenszeit, KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FKV = Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, n.s. = keine signifikanten Zusammenhänge.

Patienten mit höheren Skalenwerten auf der Skala *Aktive Mitarbeit* des Pfelegebogens (s. Tabelle 30) haben signifikant höhere Ausprägungen bei der Coping-Strategie Ablenkung und Selbstaufbau und niedrigere Werte bei der depressiven Verarbeitung. Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* zeigt keine diagnostische Aussagekraft bezüglich Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit.

Höhere Werte auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens gehen mit höherer globaler Lebensqualität und höherer Rollenerfüllung sowie mit einer höheren körperlichen Leistungsfähigkeit und mehr Energie und Lebensfreude einher.

Die Übersicht in Tabelle 30 macht deutlich, dass einige der Fremdbeobachterskalen diagnostisch nicht nur sinnvoll eingesetzt werden können, sondern darüber hinaus Hinweise auf As-

pekte des Patientenbefindens bzw. -verhaltens liefern können, welche bei alleiniger Betrachtung der Patientenskalen des KSPC nicht ermittelt worden wären.

In Bezug auf die emotionale Befindlichkeit werden die bisherigen Ergebnisse weitgehend bestätigt. Dieser Aspekt kann vom Patienten selbst am zutreffendsten eingeschätzt werden. Die Fremdbeobachter legen ihrem Urteil offenbar andere Schwerpunkte zugrunde bzw. beziehen bei ihrer Beurteilung der emotionalen Befindlichkeit andere Aspekte mit ein als die Patienten selbst. In Urteilen von Ärzten und Pflegepersonal scheinen in diesem Bereich neben der subjektiven Lebensqualität der Patienten auch weitgehend Aspekte des objektiven körperlichen Befindens einzufließen.

Im eher kognitiven Verhaltensbereich der Patienten dagegen scheinen die Einschätzungen der Ärzte und des Pflegeteams deutlich in Beziehung mit bestimmten Krankheitsverarbeitungsstrategien der Patienten zu stehen. Diese Beobachtung ist umso bedeutsamer, als dass die Selbsteinschätzung der Patienten in diesem Bereich wenig aussagekräftig wirkt. So erscheint es möglich, mit Hilfe der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen Patienten mit erhöhter Verleugnungstendenz zu identifizieren. Entsprechend könnten mit Hilfe der Skala *Aktive Mitarbeit* im Pflegebogen Patienten in Bezug auf Ablenkungs- sowie Selbstaufbautendenzen und die depressive Verarbeitung eingeschätzt werden.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass beim Screening der psychologischen Situation von Patienten mittels des KSPC Fremdbeobachter wichtige zusätzliche diagnostische Informationen bezüglich des Krankheitsverhaltens und der objektiven Krankheitssituation liefern.

11.2. Reaktionshierarchien von KSPC - Subgruppen

An dieser Stelle sollen Krankheitsverarbeitungsstrategien bzw. Reaktionsformen (Thomae, 1996) untersucht werden, die im Rahmen des Halbstandardisierten Interviews für chronisch kranke Patienten (HIP, s. Kapitel 8.2) erfasst wurden. Die bevorzugten Reaktionsformen der Patienten auf ihre Erkrankung wurden in Form einer offen gestellten Frage erhoben. Zwecks besserer Vergleichbarkeit mit den Fragebogenergebnissen wurden die Reaktionsformen nach Experteneinschätzung fünf Gruppen (vergleichbar den Skalen der FKV-Kurzform) zugeordnet.

Nachfolgend soll untersucht werden, ob und in welcher Form sich die Mediengruppen von Patienten, die anhand von KSPC-Skalen gebildet wurden, in Bezug auf die Reaktionshierarchien unterscheiden. Ziel dieser Analysen ist zu prüfen, ob auch bei Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden Differenzen zwischen den Subgruppen gefunden werden können, die den bisherigen Resultaten entsprechen. So ist es von Interesse, ob sich Patienten der Mediengruppen der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen auch an dieser Stelle bezüglich ihrer Bagatellisierungstendenz unterscheiden.

11.2.1 Reaktionsformen der Gesamtstichprobe

Zunächst wurden die Reaktionsformen der gesamten Stichprobe der befragten Patienten ihrer Häufigkeit nach in einer Reaktionshierarchie geordnet. Pro Patient wurde jeweils nur eine Reaktionsform erhoben, so dass die Zahl der Patienten, die eine bestimmte Reaktionsform genannt haben, deren relative Bedeutung direkt widerspiegelt.

Tabelle 31: Häufigkeit der Nennungen von Reaktionsformen im Interview für die gesamte Stichprobe (N = 213)

Rangplatz	Reaktionsform (Interview)	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen
1	Ablenkung und Selbstaufbau	89	42
2	Aktives, problemorientiertes Coping	81	38
3	Depressive Verarbeitung	23	11
4	Bagatellisierung und Wunschdenken	13	6
5	Religiosität und Sinnsuche	7	3
	Gesamt	213	100

Die Häufigkeit der Nennungen von Reaktionsformen im Interview wird in Tabelle 31 berichtet. Die Reaktionshierarchie der Gesamtstichprobe ($N = 213$) zeigt, dass *Ablenkung und Selbstaufbau* (42 %) und *Aktives, problemorientiertes Coping* (38 %) deutlich häufiger genannt werden als andere Reaktionsformen. *Depressive Verarbeitung* stellt mit 11 % der Nennungen die nächst häufige Reaktionsform, gefolgt von *Bagatellisierung und Wunschdenken* (6 %) bzw. *Religiosität und Sinnsuche* mit 3 % der Nennungen.

In einem weiteren Schritt wurden die im Interview erfragten Reaktionsformen den Angaben zu Coping-Strategien im Fragebogen (FKV) gegenüber gestellt (s. Tabelle C-22). Die Interviewangaben der Patienten wurden auch hier anhand der Coping-Strategien, die in der FKV-Kurzform verwendet werden, klassifiziert. Auf Seiten der Interviewgruppen werden hier nur drei Gruppen verwendet, da bei dieser Analyse für die Patientengruppen mit den Reaktionsformen *Bagatellisierung und Wunschdenken* und *Religiosität und Sinnsuche* nicht genügend Versuchspersonen vorlagen. Hier offenbart sich ein Problem des gewählten Vorgehens. Die „kritischen“ Reaktionsformen wie *Bagatellisierung und Wunschdenken* werden im Interview deutlich seltener genannt als eher sozial erwünschte Strategien. Möglicherweise fällt es Patienten schwer, sozial unerwünschte Reaktionsformen anzugeben.

Die Ergebnisse wurden an dieser Stelle nur insofern statistisch verglichen, als dass für jede Skala des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung eine univariate Varianzanalyse mit einem unabhängigen, dreistufigen Faktor durchgeführt wurde. Dieser Faktor repräsentiert die Patientengruppen mit unterschiedlichen Coping-Strategien im Interview. So sollte geprüft werden, ob sich diese Patientengruppen signifikant bezüglich ihrer Angaben im Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung unterscheiden. Dabei konnten keine signifikanten Differenzen festgestellt werden (s. Tabelle C-23). Die Interviewangaben und die Fragebogeneinschätzung entsprechen sich nicht eindeutig. Patienten, die im Interview *Depressive Verarbeitung* als hauptsächliche Reaktionsform berichten, haben im Fragebogen einen nur mittelhohen Wert für *Depressive Verarbeitung*. Patienten, die sich im Interview der Reaktionsform *Ablenkung und Selbstaufbau* zuordnen, zeigen noch höhere Mittelwerte für *Depressive Verarbeitung* im Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Es kann gefolgert werden, dass sich die Einschätzungen aus dem Interview und dem Fragebogen nicht eindeutig entsprechen, in der Tendenz jedoch ähnlich ausfallen.

11.2.2 Reaktionshierarchien bei Subgruppen von Patienten

An dieser Stelle sollen die Reaktionshierarchien ausgewählter Subgruppen von Patienten gegenübergestellt werden. Zur Subgruppenbildung wurden diejenigen Skalen des KSPC herangezogen, welche sich bei der bisherigen Subgruppenanalyse als interessante Indikatoren herausgestellt hatten. Der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen, die signifikante Subgruppenunterschiede für Aspekte des emotionalen Befindens (nicht aber für das Krankheitsverhaltensverhalten) zeigt, wird die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztbogen gegenübergestellt, die als einzige Subgruppen mit signifikant unterschiedlichem Ausmaß an *Bagatellisierung und Wunschenken* trennt.

11.2.2.1 Reaktionshierarchien bei der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen

Die Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC stellt nach bisherigen Ergebnissen die Referenzskala für die subjektive emotionale Befindlichkeit von Patienten dar. Bislang konnten bei Subgruppenanalysen keine Zusammenhänge zum Coping-Verhalten aufgezeigt werden.

In Tabelle 32 wird die Reaktionshierarchie für die Patienten der Mediangruppe mit niedrigeren Skalenwerten auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* dargestellt. In Tabelle 33 können die entsprechenden Angaben für die Mediangruppe mit höheren Skalenwerten abgelesen werden. Die jeweils resultierende Zahl der untersuchten Personen, für die alle erforderlichen Angaben vorlagen, ist den Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 32: Reaktionshierarchie bei Patienten mit niedrigen Werten auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens

Rangplatz	Reaktionsform (Interview)	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen
1	Aktives, problemorientiertes Coping	19	40
2	Ablenkung und Selbstaufbau	16	33
3	Depressive Verarbeitung	6	13
4	Religiosität und Sinnsuche	4	8
5	Bagatellisierung und Wunschdenken	3	6
	Gesamt	48	100

Die Reaktionsform *Aktives, problemorientiertes Coping* wird von Patienten mit niedrigeren Werten auf der Teilskala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen (s. Tabelle 32) am häufigsten genannt (40 %), gefolgt von *Ablenkung und Selbstaufbau* (33 %) und *Depressive Verarbeitung* (13 %).

Die in Tabelle 33 dargestellte Reaktionshierarchie für Patienten der Mediengruppe mit höheren Werten auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens zeigt kaum Unterschiede gegenüber der Mediengruppe von Patienten mit niedrigeren Skalenwerten (s. Tabelle 32). Auch hier sind es die beiden Reaktionsformen *Ablenkung und Selbstaufbau* mit 44 % und *Aktives, problemorientiertes Coping* mit 37 %, die am häufigsten genannt werden. Die Prozentangaben für die Reaktionsform *Bagatellisierung und Wunschdenken* sind mit 10 % gegenüber der Vergleichsgruppe mit niedrigeren Skalenwerten in Tabelle 32 (6 %) etwas höher. Zur statistischen Absicherung wurden die Häufigkeitsverteilungen der beiden Subgruppen mittels eines χ^2 -Tests miteinander verglichen. Die Interviewkategorien *Religiosität und Sinnsuche* und *Bagatellisierung und Wunschdenken* wurden aufgrund zu kleiner Teilstichproben ausgelassen. Mit $\chi^2(1, N = 77) = 1.27, p = .53$ resultiert kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 33: Reaktionshierarchie bei Patienten mit höheren Werten auf der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens

Rangplatz	Reaktionsform (Interview)	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen
1	Ablenkung und Selbstaufbau	18	44
2	Aktives, problemorientiertes Coping	15	37
3	Bagatellisierung und Wunschdenken	4	10
4	Depressive Verarbeitung	3	7
5	Religiosität und Sinnsuche	1	2
	Gesamt	41	100

Insgesamt kann keine signifikante Differenz in den Reaktionshierarchien konstatiert werden. Beide Subgruppen zeigen in ihren Reaktionshierarchien Ähnlichkeiten zur Gesamtgruppe aller Patienten. Diese Ergebnisse stützen bisherige Resultate, die keine Unterschiede in Coping-Strategien zwischen Mediengruppen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens des KSPC aufgezeigt hatten. Dass 13 % der Patienten mit niedrigeren Werten auf dieser Skala (s. Tabelle 32) depressive Reaktionsformen einsetzen, wogegen Patienten der Mediengruppe mit höheren Werten der *Emotionalen Befindlichkeit* im Patientenbogen nur in 7 % der Fälle zu dieser Reaktionsform greifen, kann als zusätzlicher positiver Validitätshinweis für diese Skala des KSPC interpretiert werden.

11.2.2.2 Reaktionshierarchien bei der Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen

Die Skala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen hat sich in den bisherigen Subgruppenanalysen als ein reliabler und spezifischer Indikator bei der Unterscheidung von Median-Subgruppen von Patienten bezüglich ihrer Bagatellisierungstendenzen herausgestellt. Nachfolgend werden die Reaktionshierarchien der anhand dieser Teilskala gebildeten Mediengruppen verglichen.

In Tabelle 34 wird die Reaktionshierarchie für die Mediengruppe mit niedrigeren Werten auf der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen des KSPC berichtet.

Die Ergebnisse in Tabelle 34 zeigen die Reaktionsform *Ablenkung und Selbstaufbau* für diese Mediengruppe an oberster Stelle, mit einem hohen prozentualen Anteil von 44 %. An zweiter Stelle wird *Aktives, problemorientiertes Coping* berichtet (32 %) und an dritter Stelle *Depressive Verarbeitung* (14 %). Die Reaktionsform *Bagatellisierung und Wunschdenken* folgt erst an vierter Stelle mit 7 %.

Tabelle 34: Reaktionshierarchie bei Patienten mit niedrigeren Werten auf der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens

Rangplatz	Reaktionsform (Interview)	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen
1	Ablenkung und Selbstaufbau	32	44
2	Aktives, problemorientiertes Coping	23	32
3	Depressive Verarbeitung	10	14
4	Bagatellisierung und Wunschdenken	5	7
5	Religiosität und Sinnsuche	3	4
	Gesamt	73	100

Die Reaktionshierarchie der Subgruppe mit entsprechend höheren Skalenwerten (s. Tabelle 35) zeigt ein nur leicht differierendes Bild. Die Reaktionsform *Aktives, problemorientiertes Coping* steht hier an erster Stelle, ebenfalls mit einem hohen Prozentanteil (47 %). Die Reaktionsform *Ablenkung und Selbstaufbau* wird mit 37 % an zweiter Stelle genannt. Die Reaktionsform *Depressive Verarbeitung* steht auch hier an dritter Stelle, jedoch mit einem geringeren Prozentanteil (7 %) gegenüber der Vergleichsgruppe. Die Reaktionsform *Bagatellisierung und Wunschdenken* wird zusammen mit *Religiosität und Sinnsuche* mit 5 % am seltensten genannt.

Tabelle 35: Reaktionshierarchie bei Patienten mit höheren Werten auf der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens

Rangplatz	Reaktionsform (Interview)	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen
1	Aktives, problemorientiertes Coping	20	47
2	Ablenkung und Selbstaufbau	16	37
3	Depressive Verarbeitung	3	7
4	Bagatellisierung und Wunschdenken	2	5
5	Religiosität und Sinnsuche	2	5
	Gesamt	43	100

Die Überprüfung von Subgruppendifferenzen mittels χ^2 -Test führte mit $\chi^2(1, N = 104) = 3.00$, $p = .23$ zu keinem signifikanten Resultat. Die Interviewkategorien *Religiosität und Sinnsuche*

und *Bagatellisierung und Wunschdenken* wurden aufgrund zu kleiner Teilstichproben ausgelassen. Die Ergebnisse unterstreichen somit nur in ihrer Tendenz die diagnostische Aussagekraft der Teilskala *Aktive Mitarbeit* im Ärztebogen des KSPC. Die Patienten der Mediangruppe mit niedrigeren Ausprägungen auf dieser Fremdbeobachterskala nennen die Reaktionsform *Ablenkung und Selbstaufbau* als häufigste Reaktionsform. Zudem berichten sie etwas häufiger die Reaktionsform *Bagatellisierung und Wunschdenken* und geben dieser Reaktionsform einen höheren Stellenwert. Auffällig ist auch die - relativ zur Vergleichs- und Gesamtgruppe - größere Bedeutung der Reaktionsform *Depressive Verarbeitung* in dieser Mediangruppe.

11.2.3 Schlussfolgerungen zu Reaktionshierarchien bei anhand von KSPC gebildeten Subgruppen

Die im Interview erfragten Reaktionshierarchien unterscheiden sich weder zwischen Mediangruppen, die anhand der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens gebildet wurden, noch zwischen anhand der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens des KSPC gebildeten Mediangruppen signifikant.

Bei der Skala *Emotionale Befindlichkeit* des Patientenbogens wurden bisher keine signifikanten Zusammenhänge zu Krankheitsverarbeitungsstrategien gefunden. Somit stützen die an dieser Stelle gewonnenen Resultate die bisherigen Ergebnisse. Zudem belegen tendenzielle, nicht signifikante Unterschiede zwischen den Mediangruppen die grundsätzliche Validität dieser Skala.

Bei der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens des KSPC verwundert das nicht signifikante Resultat nicht. In Frage stand hier, ob sich Subgruppen bezüglich ihrer Bagatellisierungs- bzw. Verleugnungstendenz unterscheiden lassen, andere Differenzen wurden nicht erwartet. Bei den Reaktionsformen *Bagatellisierung und Wunschdenken* und *Religiosität und Sinnsuche* zeigen sich jedoch die Grenzen des Erhebungsansatzes, wie er an dieser Stelle operationalisiert wurde. Nur wenige Befragte gaben an, primär diese Reaktionsformen einzusetzen, so dass eine statistische Beurteilung von Subgruppendifferenzen bezüglich dieser Skalen nicht möglich ist. In zukünftigen Untersuchungen sollten Reaktionsformen immer mehrdimensional abgefragt werden, wie dies bei der Befragung mittels des Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung auch realisiert worden ist. Die dargestellten nicht signifikanten Resultate widersprechen nicht der Hypothese, dass mit Hilfe der Skala *Aktive Mitarbeit* des Ärztebogens in valider Form Subgruppen von Patienten bezüglich ihrer Bagatellisierungstendenz unterschieden werden können.

12. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zur Verbesserung der Diagnostik der psychologischen Situation chronisch somatisch kranker Patienten zu leisten. Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung diskutiert.

12.1. Theoretische Konzeption

Zur Einordnung der Befunde soll das Problemfeld der psychologischen Diagnostik bei chronisch somatisch Kranken kurz skizziert werden. Chronische körperliche Krankheiten gehen mit spezifischen Anforderungen für die betroffenen Patienten einher (Faller, 1998). Gelingt die psychologische Krankheitsverarbeitung zeitweise nicht, können für die Patienten hohe emotionale Belastungen resultieren (Massie & Popkin, 1998). Solche Beeinträchtigungen des seelischen Gleichgewichts haben Auswirkungen auf notwendige medizinische Behandlungsschritte (Kunkel et al., 1997), beispielsweise in Form einer herabgesetzten Compliance (Richardson & Sanchez, 1998). Psychologische Interventionen haben sich in solchen Fällen bei einer Reihe von chronischen Krankheiten empirisch als effektive Unterstützungsmaßnahmen erwiesen, insbesondere auf dem Gebiet der Onkologie (Fawzy, 1999; Larbig, 1998; Meyer & Mark, 1995). Um psychosozial belasteten Patienten gezielte, adäquate Interventionsangebote unterbreiten zu können, wurden diagnostische Screening-Prozeduren zur Identifikation dieser betreuungsbedürftigen Patienten entwickelt (Herrmann et al., 1999; Pannig, 2000).

In der psychoonkologischen Forschung wurden Teilaspekte der genannten Problemstellung bislang nur vereinzelt untersucht. So geschieht die Wahl der Konstrukte für Screening-Prozeduren bislang weitgehend atheoretisch und uneinheitlich (Zabora, 1998). Es bleibt zu erforschen, wie ein Screening mit möglichst geringem Aufwand für Betroffene, z. B. anhand eines kurzen Fragebogens, aber dennoch effektiv durchgeführt werden kann. In diesem Rahmen ist zu klären, welche Bedeutung häufig beobachteten Verleugnungs- bzw. Bagatellisierungstendenzen (z. B. Kreitler, 1999; Moyer & Levine, 1998) für den diagnostischen Prozess zukommt. Ferner stellt sich die Frage, ob die Einbeziehung von Fremdbeurteilern beim Screening der psychologischen Situation Betroffener sinnvoll ist bzw. in welcher Form solche Angaben genutzt werden können.

Mehrere Aspekte legten die Entwicklung eines Screening-Konzepts unter Nutzung verschiedener Beobachterquellen nahe. Es konnte vermutet werden, dass zusätzliche Angaben grundsätzlich zu einer Erweiterung der Informationsbasis führen und somit die Reliabilität des diagnostischen Urteils erhöhen (Faller et al., 1998). Bei Nutzung mehrerer Beobachterquellen kann ferner die Belastung der Patienten durch die Befragung reduziert werden, da ein Teil der

notwendigen diagnostischen Informationen von Fremdbeobachtern, hier Ärzten und Pflegekräften, erhoben wird. Zugrunde liegende Annahme eines solchen interdisziplinären Vorgehens war, dass Selbst- und Fremdbeurteiler in der Lage sind, die gleichen psychologischen Konstrukte einzuschätzen. Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, Antworten auf zwei zentrale Fragen zu erarbeiten:

1. Kann die behandlungsrelevante psychologische Situation chronisch somatisch kranker Patienten mittels kurzer Fragebögen im Rahmen eines Routine-Screenings erfasst werden?
2. Können die Perspektiven mehrerer Fremdbeurteiler aus verschiedenen Disziplinen diesen Beurteilungsprozess sinnvoll ergänzen?

Bei der Erforschung von Screening-Methoden mit mehreren Beobachtern muss auch zukünftig beachtet werden, dass im Vergleich zu reinen Selbstbefragungen zusätzliche konzeptionelle Fragen aufgeworfen werden. So ist zu klären, ob die Urteile der Fremdbeurteiler reliabel sind und wie valide ihr Urteil ausfällt: Zusätzliche Beobachter stellen auch zusätzliche potenzielle Fehlerquellen dar. Auch bei Zutreffen der geforderten Grundvoraussetzungen ist ferner zu analysieren, welche Bedeutung der Übereinstimmung, insbesondere aber der Abweichung von Urteilen zuzuschreiben ist: Handelt es sich um zufällige Messfehler oder sind beobachter-spezifische Störvariablen (z. B. Verleugnung des Patienten, unterschiedliches Konstruktverständnis seitens der Beobachter) der Grund für die Differenzen zwischen den Urteilen (McCrae et al., 1998)? Darüber hinaus ist die inhaltliche Interpretation der Angaben verschiedener Beobachter festzulegen (McCrae, 1994). Mit steigender Zahl von Beobachtern nimmt auch die Zahl möglicher Kombinationen der Einschätzungen zu. Der sich eröffnende Interpretationsspielraum bedarf einer sorgfältigen empirischen Klärung.

12.2. Empirische Indikatoren der psychologischen Situation und der Beobachterperspektiven

Eine Reihenuntersuchung aller Patienten in Form eines Screenings erfordert eine Beschränkung der Zahl der zu untersuchenden psychologischen Konstrukte (Zabora, 1998). Da in dieser Arbeit neben emotionalen auch kognitive Aspekte der psychologischen Situation berücksichtigt wurden, kann insgesamt von einem multimodalen Vorgehen (z. B. Sprangers et al., 1998) gesprochen werden.

Gemäß dem theoretischen Forschungsstand wurde die *emotionale Befindlichkeit* als ein wesentlicher Indikator für die affektive Situation von Patienten ausgewählt (Fahrenberg et al., 2000). Dieser Begriff beinhaltet Aspekte klinisch-psychologischer Konstrukte (z. B. Depressivität, Angst, etc.), erlaubt aber auch die Einschätzung subklinisch belasteter Patienten. Die Validierung des Konstrukts geschah anhand mehrerer eingeführter Fragebogenverfahren, insbesondere des empirisch gut validierten Quality of Life Questionnaire der

European Organization for Research and Treatment of Cancer (King, 1996). Es erscheint sinnvoll, die emotionale Befindlichkeit in zukünftigen Studien zusätzlich anhand ausführlicher Interviews zu validieren.

Die Qualität des Kontakts zu Angehörigen sollte im Rahmen des Screening-Prozesses als ein Indikator für soziale Unterstützung untersucht werden. Dieses Konstrukt spielt eine Rolle für die emotionale Befindlichkeit bei verschiedenen chronischen körperlichen Erkrankungen (De Leeuw et al., 2000). Eine Inhaltsvalidierung eines solchen Screening-Konstrukts sollte die Befragung von Angehörigen miteinbeziehen. Die abschließende Beurteilung seiner Bedeutung im Rahmen von Screening-Prozeduren muss zukünftigen Untersuchungen überlassen werden. Es zeigte sich, dass seine Erfassung anhand mehrerer Items geschehen muss, da sonst Minimalanforderungen an Testgütekriterien nicht eingehalten werden.

Zu einer psychologischen Konzeption der psychosozialen Situation chronisch somatisch Kranker gehört es, neben der emotionalen Befindlichkeit auch die Bewältigungsressourcen des Patienten zu beachten (Weis, 1998). Dies wurde hier durch Betrachtung der anforderungsbezogenen aktiven Mitarbeit und der Krankheitsverarbeitung umgesetzt. Die aktive Mitarbeit wurde im Sinne eines motivierten, lösungsorientierten Verhaltens des Patienten definiert (Adherence; Svarstad et al., 1999). Eine anhand weniger Items gebildete Skala scheint - bei Betrachtung der Resultate dieser Arbeit - für solche Selbstbeschreibungen jedoch nicht ausreichend reliabel zu sein. Dagegen haben sich die entsprechenden Skalen für die Einschätzungen von Ärzten und Pflegepersonal als reliabel erwiesen. Dieser Unterschied zeigt, dass diese Skalenproblematik eher auf inhaltliche Aspekte zurückzuführen ist. Die Beurteilung der Compliance bzw. Adherence beinhaltet eine Wertung, was die Selbsteinschätzung auf dieser Dimension besonders anfällig für soziale Erwünschtheit machen könnte. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass dieser Aspekt der psychologischen Situation Betroffener durch Fremdbeobachter eingeschätzt werden sollte.

Die Rolle der Krankheitsverarbeitung chronisch Kranker ist im Rahmen der psychoonkologischen Forschung bereits intensiv gewürdigt worden (Heim, 1998; Schüssler, 1993; Watson & Greer, 1998). Für die vorliegende Untersuchung wurden aktive, passive und auf Verleugnung bzw. Bagatellisierung abzielende Strategien unterschieden (Heim, 1998). Neben Fragebögen wurden auch Interviews zur Einschätzung der Krankheitsverarbeitungsstrategien eingesetzt. Dabei stellte sich heraus, dass die Angaben aus dem Interview und den Fragebögen nur schwer vergleichbar waren, was teilweise durch die Form der Erhebung bedingt ist. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, sollte in zukünftigen Untersuchungen darauf geachtet werden, dass sich die im Fragebogen und Interview erfragten Ausschnitte des Coping-Verhaltens möglichst genau decken. Dies scheint nur in Interviews möglich, die Dimensionen der Krankheitsverarbeitung zur Beurteilung vorgeben.

12.3. Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung

Nach bisherigem Forschungsstand musste von Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der psychologischen Situation chronisch Kranker sowohl im emotionalen (Fitzsimmons et al., 1999; Middelboe, Ovesen, Mortensen & Bech, 1995) wie auch im kognitiven Bereich (Merluzzi & Martinez-Sanchez, 1997) ausgegangen werden. In der Regel liegt der Unterschied darin, dass die Patienten sich selbst vergleichsweise als weniger belastet einschätzen. Faller (1998) kritisiert, dass diese Differenz bisher nur als Verleugnung auf Seiten der Patienten erklärt wurde. Alternativ könnte es sich um eine Überschätzung der Belastung von Betroffenen durch die Fremdbeobachter handeln.

Die Einschätzungen der psychologischen Situation chronisch somatisch Kranker auf der Basis eines interdisziplinären Kurzfragebogens durch Patienten einerseits und Ärzte bzw. Pfleger andererseits, so ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit, stimmen nur in einem geringen Maße überein. Die Beobachterübereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeobachtern fällt so gering aus, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Beurteiler ihren Einschätzungen jeweils die gleichen Konstrukte zugrunde legen. Somit ist eine Zusammenfassung der Einschätzungen verschiedener Beurteiler, wie dies unter dem Aspekt der Reliabilitätsförderung des diagnostischen Urteils wünschenswert wäre, nicht gerechtfertigt. Die Urteile müssen einzeln für sich betrachtet werden. Aufgrund der Tatsache, dass unterschiedliche Sachverhalte beurteilt werden, ergibt sich dabei die Möglichkeit einer Nutzung zusätzlicher Informationen für den diagnostischen Prozess.

Bezogen auf die Differenzen zwischen den Einschätzungen verschiedener Beobachter stehen die Resultate dieser Arbeit im Einklang mit aktuellen Forschungsergebnissen (z. B. Middelboe et al., 1995; Newell et al., 1998). Die psychoonkologische Forschung geht - meist implizit - davon aus, dass Selbst- und Fremdbeurteiler die Ausprägungen der psychischen Befindlichkeit chronisch somatisch Kranker zwar unterschiedlich einschätzen, jedoch prinzipiell von dem gleichen inhaltlichen Konstrukt ausgehen (Eapen et al., 1999; Faller et al., 1998). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen diesbezüglich in eine andere Richtung: Validierungen mittels subjektiver Angaben zur Lebensqualität und objektiver Parameter der Überlebenszeit zeigten, dass der Selbsteinschätzung und den Fremdbeurteilungen größtenteils unterschiedliche Konstrukte zugrunde liegen. Übereinstimmende Befunde für verschiedene Fremdbeobachtergruppen untermauerten die Ergebnisse. Die abschließende Klärung der Frage, ob diese Befunde auch in vollem Ausmaß für die kognitiven Aspekte der psychologischen Situation von Betroffenen gelten können, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Die Ähnlichkeit der kognitiven Konstrukte, die den Urteilen verschiedener Beobachter zugrunde liegen, fällt etwas größer aus als die Ähnlichkeit der Konstrukte im emotionalen Bereich.

Bei der Befragung mehrerer Beurteiler bezüglich der psychologischen Situation chronisch Kranker sind - insbesondere bei Kopplung von Selbst- und Fremdurteilen - somit zwei wesentliche Aspekte zu berücksichtigen: Es muss (a) vorab geklärt werden, welche Konstrukte die verschiedenen Beurteiler tatsächlich meinen bzw. inwieweit sich innere Schemata der untersuchten Konstrukte aus den unterschiedlichen Perspektiven der Beurteiler überschneiden. Ist die Einschätzung des gleichen Konstrukts gewollt, sollten (b) die Konstrukte bei der Befragung stärker expliziert bzw. eindeutig formuliert werden. Für die psychologische Diagnostik der Situation chronisch Kranker bedeutet dies, dass ohne ausführlichen Austausch über die unterschiedlichen Sichtweisen kaum erwartet werden kann, dass Patienten, Ärzte und Pflegepersonal die gleichen Inhalte meinen, wenn sie Aspekte der Lebensqualität von Patienten einschätzen.

Erklärungsversuche des beobachteten Phänomens könnten vor dem Hintergrund sozialpsychologischer Forschungsergebnisse zu Differenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung ansetzen. Eine mehrfach replizierte Beobachtung zeigt, dass Akteure selbst die Ursachen ihres Handelns mehr im Lichte der situationalen Gegebenheiten interpretieren, wogegen Fremdbeobachter die Ursachen der Handlungen eines Akteurs grundsätzlich eher auf seine Persönlichkeitseigenschaften attribuieren (Funder & Colvin, 1997). Patienten mit chronischen somatischen Krankheiten sind angesichts eventuell lebensbedrohlicher Situationen gezwungen, mit Hilfe innerer Coping-Prozesse zu reagieren. Die Selbstwahrnehmung ihrer Befindlichkeit ist somit bedingt durch die wahrgenommenen und bewerteten situationalen Anforderungen einerseits und durch Resultate der psychischen Verarbeitung andererseits. Die Behandler, Ärzte wie Pflegepersonal, können die resultierenden subjektiven Belastungsausmaße höchstwahrscheinlich nur insoweit einschätzen, wie sie Betroffene gezielt und intensiv danach befragen. Dies kann im Rahmen der Behandlungsroutine eines Akutkrankenhauses nicht bei jedem Patienten geleistet werden. Welche Informationsquellen stehen Fremdbeurteilern außerdem zur Verfügung? Sie sind möglicherweise darauf angewiesen, indirekt nach Patientenmerkmalen zu suchen, die Hinweise auf die in Frage stehenden Konstrukte geben. Dabei scheint die Krankheitsdiagnose im Sinne einer zentralen Eigenschaft (Asch, 1946) andere Aspekte der Persönlichkeit eines Patienten in den Hintergrund zu drängen. Dies ist umso wahrscheinlicher, als das andere Persönlichkeitsmerkmale der Patienten aufgrund ihrer begrenzten Aufenthaltsdauer vom Behandlungsteam kaum kennengelernt werden können. Ferner mögen bei der Arbeit mit schwer kranken Tumorkranken psychische Schutzmechanismen auf Seiten der Ärzte und der Pflegepersonen eine Rolle dabei spielen, dass Informationen über die emotionale Befindlichkeit von Patienten nur im begrenzten Ausmaß eingeholt werden (Schwarz, 1995). Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die ärztliche und pflegerische Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit von Patienten in hohem Maße mit der Prognose der jeweiligen Erkrankung konfundiert ist. Es kann vermutet werden, dass Fremdbeurteiler indirekt von der - ihnen aufgrund des fachlichen Hintergrundwissens bekannten - Prognose einer Er-

krankung auf die emotionale Befindlichkeit schließen: Patienten mit einer schlechteren Prognose in Bezug auf die Überlebenszeit wird demnach eine höhere emotionale Belastung zugeschrieben.

Merluzzi und Sanchez-Martinez (1997) kommen anhand empirischer Untersuchungen zum Coping-Verhalten von Krebspatienten zu einem ähnlichen Schluss: Die Autoren gehen davon aus, dass Differenzen zwischen Einschätzungen von Patienten und Ärzten darin begründet liegen, dass diese ihren Urteilen jeweils ein unterschiedliches psychologisches Konstrukt bzw. inneres Schema des Krankheitsverarbeitungsprozesses zugrunde legen. Während Patienten im Rahmen ihrer Krankheitsverarbeitung zu positiven Illusionen neigen, unterschätzen Ärzte die grundsätzliche Bedeutung der Krankheitsverarbeitung von Patienten und überschätzen infolge dessen die Bedeutung objektiver Krankheitsgegebenheiten und somit die resultierende emotionale Belastung der Patienten.

Die körperliche Befindlichkeit hat sich in der vorliegenden Untersuchung als ein wichtiger Aspekt der subjektiven Befindlichkeit von Patienten herausgestellt. Dies verwundert vor dem Hintergrund schwerwiegender körperlicher Krankheiten kaum, weist aber auf Unterschiede zu Populationen der Normalbevölkerung hin, wo selbst im höheren Alter der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand keine wesentliche Rolle für die Lebenszufriedenheit spielt (Rudinger et al., 1997). Objektive Merkmale einer Erkrankung (z. B. die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit bzw. Prognose) gehen allein in das Screening-Urteil von Ärzten bzw. Pflegekräften ein. Dies kann bedeuten, dass die Patienten entweder (a) ihren objektiven somatischen Krankheitszustand nicht genau einschätzen können, oder dass (b) diese objektive körperliche Situation sich von der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Befindlichkeit unterscheidet und aus Sicht der Patienten keine wesentliche Bedeutung für die eigene emotionale Befindlichkeit besitzt. Die zweite Erklärung scheint einen übergeordneten Stellenwert zu haben, denn die Unkenntnis der Krankheitsprognose ist möglicherweise Folge eines verleugnenden Coping-Verhaltens. Die geringe Bedeutung der objektiven Krankheitsprognose für die emotionale Befindlichkeit von Patienten kann als Beleg für die Bedeutung psychischer Krankheitsverarbeitungsmechanismen beim Umgang mit chronischen somatischen Krankheiten gewertet werden und deckt sich mit Befunden der Coping-Forschung in diesem Bereich (Maes et al., 1996).

Für zukünftige Untersuchungen bleibt zu klären, ob die gefundenen Differenzen auch beim Einsatz ausführlicherer Fragebogentechniken bzw. von Interviewtechniken bestätigt werden können. Eine wichtige Rolle ist ferner den Validierungskriterien zuzuweisen. Sinnvoll wäre es, zur Validierung der Selbstbeschreibungen von Patienten im Screening-Instrument beispielsweise Experteninterviews durch psychologisches bzw. psychiatrisches Fachpersonal oder Befragungen von Angehörigen einzusetzen (Gotay & Stern, 1995). Denn obwohl die emotionale Befindlichkeit nur durch einen Selbstbeobachter erfahren werden kann, mag es Erkrankungsphasen geben, in denen Angehörige die Situation eines bekannten Menschen kla-

rer bzw. schneller erkennen als der Betroffene selbst. Dies trifft vermutlich sowohl für emotionale wie auch für kognitive Aspekte zu. Ihre Einschätzung dürfte auch weniger anfällig für Verleugnungstendenzen sein als die Patientenselbstbeschreibung. Angehörige beobachten den Patienten meist über einen kontinuierlichen und längeren Zeitraum als andere Fremdbeobachter, so dass ihr Urteil reliabler ausfallen sollte. Externe professionelle Beobachter dagegen sollten - bei entsprechender Schulung bzw. Erfahrung - besser in der Lage, die Patientensituation ohne innere Involviertheit zu betrachten (Yarnold, Bryant, Nightingale & Martin, 1996). Selbstbeschreibungen von Patienten können infolge der Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu liefern, verzerrt sein (Rathner et al., 1998). Auch um dieses Phänomen in Befragungen zu kontrollieren, kann die Erhebung von Fremdeinschätzungen sinnvoll sein (Piedmont et al., 2000). Dies erscheint nur dann angemessen, wenn Reliabilität und Validität der Fremdurteile sichergestellt sind. Für zukünftige Untersuchungen wird der Einsatz von Fragebögen zur Messung der sozialen Erwünschtheit von Patientenantworten empfohlen. Nur dann können die beiden genannten Einflussgrößen auf die Selbsteinschätzung (soziale Erwünschtheit versus beeinträchtigte Selbstwahrnehmung) in ihrer relativen Bedeutung unterschieden werden. Inhaltlich gesehen ist für kommende Studien von großem Interesse, ob die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeobachtern bzw. zwischen mehreren Fremdbeobachtern durch entsprechende Instruierung bzw. Schulung der Beobachter erhöht werden kann. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die ärztliche Kommunikation mit Patienten und das Verständnis ihrer Situation durch gezielte Schulungen verbessert werden können (Rutter, Iconomou & Quine, 1996). Ob durch ein solches Beobachtertraining auch eine Annäherung der inneren Konzepte oder Schemata des Zielkonstrukts (z. B. der emotionalen Befindlichkeit) erreicht werden kann, ist an anderer Stelle zu prüfen. Ebenso sollten die Begleitumstände der Beurteilung, so z. B. die Dauer, Intensität und andere Aspekte des Kontakts zwischen Patient und Behandlern, eine stärkere Beachtung finden. Es zeigen sich z. B. höhere Übereinstimmungswerte in der Einschätzung der Lebensqualität von Krebspatienten, wenn Patient und Beurteiler derselben Generation entstammen (Deschler, Walsh, Friedmann & Hayden, 1999). Für die Anwendungspraxis des psychologischen Screenings bedeuten die Befunde keinesfalls, dass auf die Urteile von Außenstehenden verzichtet werden sollte. Im Gegenteil kann angenommen werden, dass Fremdbeurteiler *andere* diagnostische Aspekte über die Situation eines Patienten in den diagnostischen Prozess einbringen als der Patient selbst. Welche Zusatzinformationen dies genau sind - so kann aus den Ergebnissen geschlossen werden - ist bei zukünftigen Untersuchungen jeweils genau zu klären. Es muss überprüft werden, welche subjektiven Schemata Beobachter bezüglich der eingesetzten Untersuchungskonstrukte heranziehen. Erst dann kann konkret ausgesagt werden, welche anderen bzw. zusätzlichen Aspekte Fremdbeobachter bei der Einschätzung von Konstrukten in ihr Urteil einfließen lassen.

12.4. Aussagekraft der Screeningdaten

Ein wichtiges Resultat dieser Arbeit besteht im Nachweis der Möglichkeit, die emotionale Befindlichkeit von Betroffenen mittels Kurzfragebögen valide erfassen zu können. Da deutlich wurde, dass die Fremdbeurteiler nicht zu einer gültigen Einschätzung dieses Aspekts gelangen, ist es umso wichtiger, dass eine valide Patientenselbstbeurteilung auch anhand kurzer Fragebögen möglich ist.

Das psychologische Forschungsinteresse im Bereich somatischer Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren besonders den Möglichkeiten zugewandt, derartige Kurzfragebögen zur Messung der Befindlichkeit von Patienten zu konstruieren (Carrol et al., 1993; Pannig, 2000). Diese Verfahren beinhalten deutlich weniger Fragen als ausführliche psychologische Fragebogeninventare. Es mag grundsätzlich sinnvoll erscheinen, psychologische Konstrukte möglichst anhand einer größeren Fragenzahl zu operationalisieren (Lienert & Raatz, 1994). Die Behandlungssituation von chronisch somatisch Kranken macht es aber erforderlich, zusätzliche Belastungen zu reduzieren und deshalb kurze, schnell zu bearbeitende Fragebögen einzusetzen. Die Bereitschaft zu psychologischen Befragungen kann deutlich gemindert sein, da für Patienten phasenweise krankheitsbezogene, somatische Aspekte von überragender subjektiver Bedeutung sind (Aulbert & Zech, 1997; van-den-Brink-Muinen et al., 2000). Würden Betroffene aufgrund zu starker Belastungen durch die Gesamtsituation eine Befragung ablehnen, so bedeutete dies bei einem Screening-Konzept einen systematischen Datenverlust genau bei der Zielpopulation.

Die vorgelegten Ergebnisse stützen die These, dass die zentralen in dieser Arbeit untersuchten Konstrukte - emotionale Befindlichkeit und aktive Mitarbeit - auch mittels Skalen gültig erfasst werden können, die anhand weniger Items gebildet wurden. Ebenfalls bestätigt werden konnte die Annahme, dass die emotionale Befindlichkeit ein psychologisches Konstrukt darstellt, welches weitgehende Überschneidungen mit dem Konstrukt der Lebensqualität bzw. der Lebenszufriedenheit zeigt (Fahrenberg et al., 2000).

Ein wichtiges Teilresultat der Studie demonstriert die begrenzte Zeitstabilität eines solchen Screening-Urteils. Kurze, im Routineablauf von Krankenhäusern eingesetzte Screening-Prozeduren der psychischen Befindlichkeit bzw. Lebensqualität von chronisch Kranken reflektieren einerseits die tatsächliche, hohe Variabilität des Merkmals Befindlichkeit (Detmar & Aaronson, 1998), andererseits kann von Fragebögen mit einer geringen Itemzahl keine hohe Testwiederholungsreliabilität erwartet werden (Lienert & Raatz, 1994). Aus dieser Beobachtung ist die Forderung abzuleiten, dass Screening-Untersuchungen wiederholt durchgeführt werden sollten, um verlässliche Aussagen über die psychologischen Situation von Patienten treffen zu können. Doch auch wenn Wiederholungsmessungen möglich sind, ersetzen Screening-Prozeduren nicht eine ausführliche psychologische Diagnostik. Obwohl in dieser Arbeit aufgezeigt werden konnte, dass die Reliabilität der Selbsteinschätzung von Patienten in Hin-

sicht auf ihre emotionale Befindlichkeit über mehrere Wochen gegeben ist, muss bei so einschneidenden Lebensereignissen wie einer chronischen körperlichen Erkrankung (z. B. im Zusammenhang mit Prognosemitteilungen) immer mit plötzlichen Änderungen der Befindlichkeit gerechnet werden (Heim et al., 1997).

Bei der Auswahl der Screening-Konstrukte wurde in dieser Untersuchung versucht, einen Kompromiss zwischen Spezifität und Allgemeingültigkeit zu finden. Die Ergebnisse der Arbeit stützen die gewählte Konstruktwahl: Es konnte gezeigt werden, dass die emotionale Befindlichkeit einen validen Überblick hinsichtlich der aktuellen Lebensqualität liefert. Ebenfalls als adäquat erwies sich das Auflösungs-niveau, auf dem die Krankheitsverarbeitung betrachtet wurde: In dieser Studie konnten diagnostisch relevante Differenzen im Krankheitsverhaltensverhalten von Patientengruppen gefunden werden.

Diese Ergebnisse führen zu wichtigen Implikationen für die zukünftige Messung der Lebensqualität. So scheint der häufig vertretene Ansatz der modularen Messung der Lebensqualität (Sprangers et al., 1998) zunächst von hoher Plausibilität zu sein. Dabei wird versucht, verschiedene Aspekte der Lebensqualität abzugrenzen. Die Bereiche bzw. Dimensionen - so z. B. im Quality of Life Questionnaire Core 30 - werden nach *objektiven* Kriterien unterschieden. Empirische Ergebnisse, die eine häufige Interkorrelation der so gewonnenen Dimensionen (Aaronson et al., 1993) belegen, wurden in dieser Arbeit repliziert. Die Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass die individuelle, *subjektive* affektive Bewertung der eigenen Situation von somatisch chronisch kranken Patienten nicht getrennt nach vorgegebenen objektiven Bereichen entsteht, sondern dass ein individuelles, aus unterschiedlich gewichteten Aspekten entstandenes Gesamturteil generiert wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen die Forderung an zukünftige Konzepte, die Modularität der Lebensqualität in einem subjektiveren Sinne auf der Ebene psychologischer Konstrukte (z. B. der emotionalen Befindlichkeit, der Krankheitsverarbeitung, der sozialen Unterstützung, etc.) zu suchen.

Grundsätzlich bleibt für die Screening-Praxis zu diskutieren, ob es sinnvoll ist, mittels mehrdimensionaler Fragebögen ein umfassendes Bild der Lebensqualität chronisch Kranker zu erheben. Vor dem Hintergrund der durch diese Arbeit gewonnenen Hinweise erscheint es angemessener, sich im Rahmen von Screening-Prozeduren auf aktuelle subjektive Befindlichkeitsaspekte und Kennzeichen der Krankheitsverarbeitung zu konzentrieren. Eine umfassende Einschätzung der psychosozialen Situation von Patienten erscheint zutreffender anhand von Interviewtechniken erreichbar. Forschungsvorhaben zur Klärung der relativen Aussagekraft von Kurzfragebogen- und Interviewtechniken bei der Diagnostik der psychosozialen Belastung onkologischer Patienten wurden bereits initiiert (Wollenschein, 2001). Während Angaben von Selbst- und Fremdbeurteilern differieren (Middelboe et al., 1995), fand Faller (1995) bei der Krankheitsverarbeitung von onkologischen Patienten eine befriedigende Übereinstimmung zwischen Fragebogen- und Interviewangaben innerhalb der Beobachterklassen.

Eine weitere zukünftige Aufgabe stellt die Erforschung von Schwellenwerten für Skalen des eingesetzten Kurzfragebogens dar. Es ist wichtig zu beachten, dass solche Schwellenwerte populationspezifisch sein müssen (Gotay & Stern, 1995). Dies erschwert die Validierung an den Schwellenwerten etablierter Fragebögen, da diese meist für Populationen von somatisch Gesunden entwickelt werden.

Die Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Effektivität des hier untersuchten psychologischen Screenings anhand des entwickelten Kurzfragebogens in Bezug auf die Betreuungsbedürftigkeit von Patienten sollte in nachfolgenden Untersuchungen auch im Rahmen von Interventionsstudien weiter geprüft werden. Auf der Basis eines solchen Studiendesigns könnten durch das Kurzfragebogen-Screening als besonders belastet eingestufte Patienten ermittelt und ihnen bekanntermaßen effektive Interventionen (Fawzy, 1999; Fawzy et al., 1995; Larbig, 1998) angeboten werden. Die Zuteilung zur Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe sollte dabei aus ethischen, aber auch aus inhaltlichen Gründen anhand des Belastungsgrads und nicht durch Randomisation erfolgen (Goodare, 1994). In Form eines quasi-experimentellen *Regressions-Diskontinuitätsplans* (Bierhoff & Rudinger, 1996; Cappelleri & Trochim, 1995) oder mittels verwandter Techniken (Ross, 1995) wäre dann zu untersuchen, ob die Interventionen zu einer Reduktion von Belastungen in der Behandlungsgruppe führen. Sollte dies zutreffen und wären gleichzeitig die Patienten der Kontrollgruppe auch bei Abschluss der Untersuchung wenig belastet, könnte geschlossen werden, dass im initialen Screening die tatsächlich betreuungsbedürftigen Patienten identifiziert worden sind. Diese - etwas indirekte - Prüfung der auf einem Screening-Urteil basierenden Indikationsentscheidung erscheint als Beleg für die grundsätzliche Effektivität von Screening-Ansätzen dringend geboten. Weitere Hinweise könnten sich durch Vergleiche zwischen dem skizzierten und dem Standardvorgehen (Liaisondienst) ergeben.

12.5. Diagnostische Nutzung von Fremdeinschätzungen

Die berichtete Beobachtung unterschiedlicher Urteilskonstrukte bei Patienten und Fremdbeobachtern führt zu der Frage, in welcher Form die Angaben von Fremdbeurteilern im diagnostischen Prozess nutzbar sind. Diese hier gewonnenen Resultate legen es nahe, dass die Einschätzungen von Fremdbeurteilern zusätzliche Informationen über die Krankheitsverarbeitungsstrategien von Betroffenen liefern können (z. B. Pinquart, 1998; Röthlisberger, 1993). Strittmatter (1997) weist mit seinem Screening-Konzept für stationäre Hauttumorpatienten auf eine Einsatzmöglichkeit der Urteile von Außenstehenden hin, die die Annahme gleicher Konstrukte bei Selbst- und Fremdurteilen *nicht* voraussetzt. Er geht dabei davon aus, dass ein behandelnder Arzt a priori nach anderen wichtigen Aspekten der Patientensituation (z. B. nonverbale Anzeichen der Nervosität oder geringe Gesprächsbereitschaft des Patienten) befragt werden sollte als der Patient selbst.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit zeigt, dass die Einschätzung der aktiven Mitarbeit von Patienten durch Ärzte die Identifikation von Patienten mit Verleugnungs- bzw. Bagatellisierungstendenzen erlaubt. Je eher Betroffene zur Verleugnung bzw. Bagatellisierung ihrer Krankheitssituation neigen, desto weniger aktiv mitwirkend werden sie aus der Sicht der behandelnden Ärzte wahrgenommen. Die Fremdeinschätzungen durch Ärzte im interdisziplinären Kurzfragebogen könnten also dazu verwendet werden, solche Patienten zu identifizieren. Das Ergebnis ist umso interessanter, als dass im Rahmen der hier untersuchten Screening-Prozedur allein die ärztliche Einschätzung solche Hinweise liefert. Hingegen kann nur aus dem Screening-Urteil des Pflegepersonals auf die Krankheitsverarbeitungsstrategien der aktiven Problemlösung und der depressiven Verarbeitung geschlossen werden: Je aktiver die Patienten durch das Pflegepersonal eingeschätzt werden, desto mehr aktive Problemlösungsstrategien und desto weniger depressive Verarbeitungsstrategien berichten auch die Betroffenen selbst.

Eine Erklärung für diese Beobachtungen könnte sein, dass die behandelnden Ärzte in der Regel intensiv mit Patienten über die sachlichen Aspekte der Erkrankungssituation sprechen. Hierbei gewinnen sie direkte Einblicke in offene und subtile Reaktionen von Patienten in Bezug auf bedrohliche Gesprächsinhalte. Dem entspricht auch das Teilergebnis, dass die Pflegekräfte Verleugnungstendenzen von Patienten im Rahmen eines Screenings nicht empirisch nachweisbar erfassen können. Das Pflegepersonal hat zwar häufigen persönlichen Kontakt zu Betroffenen, doch behandeln die Gesprächsinhalte weniger gezielt kritische, belastende Aspekte der Erkrankung. Diese Aufgabe kommt somit im Wesentlichen den behandelnden Ärzten zu. Die Konzeption der auf kognitive Inhalte zielenden Skala des eingesetzten Screening-Instruments begünstigt eine verhaltensnahe, auf Informationssuche und aktive Mitarbeit abzielende Einschätzung der Patientensituation. Es erscheint folglich naheliegend, dass die Ärzte Verleugnungstendenzen von Patienten als wichtigen Aspekt der aktiven Mitarbeit ansehen und in ihr Screening-Urteil einfließen lassen. Demgegenüber können aktive bzw. passiv-depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien leichter aus dem beobachteten Verhalten der Betroffenen geschlossen werden, so dass diese Aspekte die Einschätzung der Pflegepersonen über die aktive Mitarbeit des Patienten prägen.

Die Befunde der vorliegenden Arbeit stützen damit den Ansatz von Strittmatter (1997). Es zeigt sich sogar, dass die behandelnden Ärzte in der Lage sind, über rein deskriptive Darstellungen des Patientenverhaltens hinaus Krankheitsverarbeitungsstrategien diagnostisch relevant einzuschätzen. Hiermit wird die Notwendigkeit der empirischen Klärung von eingesetzten Untersuchungskonstrukten unterstrichen.

Der Vergleich von Fragebogen- und Interviewangaben zur Krankheitsverarbeitung erbrachte nur tendenzielle Übereinstimmungen zwischen Einschätzungen aus beiden Verfahren. Aus Sicht des Patienten stimmen die Ergebnisse überein: Weder bei Interview- noch bei Fragebogenangaben zur Krankheitsverarbeitung finden sich Zusammenhänge zu Patientenskalen des

entwickelten Screening-Fragebogens. Für die Interviewangaben zeigen sich keine Differenzen in den Reaktionshierarchien: Von den Ärzten als weniger aktiv mitarbeitend eingeschätzte Patienten berichten Verleugnungstendenzen nicht häufiger als aktiv eingeschätzte Patienten. Die Resultate sind aber nur eingeschränkt vergleichbar, da Patienten sich im Interview auf eine wesentliche Coping-Strategie festlegen mussten, während der Fragebogen eine mehrdimensionale Einschätzung ermöglichte. Auf Ebene der Gesamtgruppe wurde die Coping-Strategie Verleugnung im Interview grundsätzlich selten genannt, so dass fehlende Gruppendifferenzen auch die Folge eines statistischen Bodeneffekts sein könnten. Die seltene Nennung der Verleugnung bzw. Bagatellisierung mag auch im Zusammenhang mit der geringen sozialen Akzeptanz bzw. Erwünschtheit solcher Coping-Strategien stehen. Sollte sich diese letzte These in zukünftigen Studien belegen lassen, wäre dies ein weiterer Hinweis auf die Nützlichkeit der Fremdbeurteilung von Krankheitsverarbeitungsstrategien.

Für die zukünftige psychoonkologische Forschung bedeuten diese Befunde, dass die diagnostischen Möglichkeiten behandelnder Ärzte und des Pflegepersonals bei der Beurteilung der psychologischen Situation chronisch körperlich kranker Patienten genauer zu beleuchten sind. Die Untersuchungen sollten dabei weniger die Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit von Betroffenen fokussieren. Vielmehr sollte die diagnostische Kompetenz der Fremdbeobachter bei der Beurteilung von Krankheitsverarbeitungsstrategien eingehender erforscht werden. Es bleibt beispielsweise zu klären, welche Aspekte des Coping-Verhaltens jeweils durch welche Fremdbeobachter (Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige) mit wie großer Reliabilität und Validität eingeschätzt werden können. Zu untersuchen wäre, wie die diagnostische Situation beschaffen sein muss (z. B. Dauer des Kontakts zwischen Beurteilern und Patienten, etc.) bzw. welche Eigenschaften von Beurteilern förderlich sind (z. B. Arbeitserfahrung, etc.), damit eine zutreffende Beurteilung stattfinden kann.

Für die Anwendungspraxis bedeutet das erzielte Ergebnis, dass die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal als wichtige Informationsquellen im Rahmen der Diagnostik der Krankheitsverarbeitungsprozesse von Patienten herangezogen werden können und sollten. Dieser Ansatz könnte sich besonders bei der Einschätzung von Krankheitsverarbeitungsstrategien auf einer übergeordneten Ebene als hilfreich erweisen. So kann es eine wichtige Information für den psychologischen Diagnostiker bzw. Behandler sein, wie Patienten aus Sicht des Behandlungsteams hinsichtlich der Dimensionen *aktive*, *passive* und *verleugnende* Krankheitsverarbeitung eingeschätzt werden (Faller, 1995). Piedmont et al. (2000) prüften an großen Stichproben, ob die Validität von Selbstbeschreibungen mittels Fragebogentechniken erfasst werden kann. Aufgrund ihrer Analysen ziehen die Autoren den Schluss, dass solche Skalen kaum Aussagekraft besitzen und fordern grundsätzlich die zusätzliche Einschätzung von Persönlichkeitseigenschaften durch Fremdbeobachter. Diese Befunde sprechen für ein Screening-Konzept, bei dem außenstehende Beobachter zur Beurteilung derjenigen Aspekte der Patien-

tensituation eingesetzt werden, die bei der Selbstbeschreibung Verzerrungstendenzen (z. B. Verleugnungs- bzw. Bagatellisierungstendenzen) unterliegen.

Die angesprochene Konfundierung der Beurteilungen der emotionalen Befindlichkeit durch Ärzte und Pfleger mit der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit von Patienten weist auf ihre hohe Kompetenz bei der *prospektiven* Einschätzung der objektiven prognostischen Krankheitssituation onkologischer Patienten hin. Diese Kompetenz kann im Screening-Prozess genutzt werden, um notwendige Hintergrundinformationen über objektive Determinanten der psychologischen Lage chronisch Kranker zu gewinnen. In der psychologischen Grundlagenforschung wird die ärztliche Einschätzung als Indikator des objektiven Gesundheitszustands seit längerer Zeit genutzt (z. B. Rudinger & Minnemann, 1997). Zukünftige Weiterentwicklungen der Screening-Prozedur sollten Behandler direkt nach objektiven Krankheitsmerkmalen befragen und gezielt dazu auffordern, psychologische Aspekte unabhängig von diesen Merkmalen einzuschätzen.

Es erscheint für den psychologischen Diagnostiker ferner wichtig zu reflektieren, auf welche Weise durch Fremdeinschätzung gewonnene Informationen über einen Patienten, die dieser Außenstehenden nicht mitteilt bzw. eventuell nicht mitteilen will, in die Interaktion mit ihm selbst einfließen können. Es besteht die Gefahr, dass Patienten sich bevormundet oder gar kontrolliert fühlen, wenn sie mit anderslautenden Fremdbeobachterangaben über ihre Situation konfrontiert würden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Krankheitsverarbeitungsstrategien eines Betroffenen zunächst als gegeben zu akzeptieren und nicht in Frage zu stellen, da die Adaptivität von Krankheitsverarbeitungsstrategien kaum allgemein zu bewerten ist (Lazarus, 1993; Schwarz, 1995). Wie hilfreich ein Coping-Verhalten für einen Betroffenen ist, hängt von subjektiven und situationalen Gegebenheiten ab. Bezogen auf die Coping-Strategie Verleugnung stellen Matt, Sementilli und Burish (1988) fest, dass sie bei Krebspatienten potentiell verschiedene positive psychologische Effekte haben kann. Kreidler (1999) zieht den Schluss, dass die Adaptivität dieser Coping-Strategie abhängig von der Krankheitsphase ist: In bestimmten Krankheitsphasen (Diagnosemitteilung, terminale Phase) ist Verleugnung offenbar hilfreich bei der Angstbewältigung. Unabhängig von der Bewertung bestimmter Krankheitsverarbeitungsstrategien können Zusatzinformationen die Indikationsentscheidungen des Behandlers zu präzisieren helfen und sind deshalb diagnostisch relevant. Als Beispiel hierfür kann eine empirische Untersuchung von Shaw, Cohen, Doyle und Palesky (1995) angeführt werden, die feststellten, dass Herzinfarktpatienten mit höherer Verleugnung weniger Informationen aufnehmen und einen geringeren Rehabilitationserfolg erreichen. Diese Befunde zeigen, dass das Wissen um Verleugnungstendenzen von Patienten nicht nur für die psychologische Betreuung, sondern auch für den Erfolg medizinischer Behandlungsmaßnahmen wichtig sein kann.

12.6. Krankheitsverarbeitung und Überlebenszeit

Die Zusammenhänge zwischen psychologischen Variablen und der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit von Patienten werden in der Literatur sehr kontrovers diskutiert. Während in einigen Arbeiten empirisch ermittelte Beziehungen referiert werden (Faller, Bulzebruck, Drings & Lang, 1999; Walker, 1999), weisen andere Autoren psychologischen Variablen keine kausale Rolle bei der Beeinflussung der körperlichen Krankheitssituation zu (Schwarz, 1995).

In dieser Arbeit konnten bedeutsame, überzufällige Differenzen in der Überlebenszeitwahrscheinlichkeit von Patientensubgruppen im Zusammenhang mit einem auf Bagatellisierung und Wunschenken ausgerichteten Krankheitsverarbeitungsstil ermittelt werden. Patienten mit stärkerer Bagatellisierung bzw. Verleugnung zeigten dabei sieben Monaten nach Behandlungsbeginn eine gleichbleibend hohe Überlebenszeitwahrscheinlichkeit, während Patienten mit geringerer Bagatellisierung eine kontinuierliche Abnahme zeigten. Nach etwa acht Monaten sank die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit der Gruppe mit höherer Verleugnung plötzlich wieder ab, die Wahrscheinlichkeiten näherten sich an. Dieses Ergebnis scheint nicht durch Unterschiede in körperlichem Zustand, das Geschlecht, die Krankheitsdiagnose oder psychische Vorerkrankungen vermittelt zu sein.

Da es sich hier um einen retrospektiv erhobenen Befund handelt, verbieten sich kausale Interpretationen (Simon, 1997). Es könnte geschlossen werden, dass die Coping-Strategie Bagatellisierung und Wunschenken bzw. Verleugnung für einen kurzen Zeitraum ab Beginn der Behandlung dazu beiträgt, die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit onkologischer Patienten zu erhöhen. Solche Interpretationen sind vor dem Hintergrund neuerer Befunde der Psychoneuroimmunologie hinsichtlich der Beziehungen zwischen psychologischen Variablen und körperlichen Funktionen nicht auszuschließen. So zeigen sich Zusammenhänge zwischen einem repressiven, verleugnenden Coping-Stil und einem höheren autonomen Erregungsniveau bei Stress (Cohen & Herbert, 1996). In einer viel diskutierten Studie konnte Greer (1991) für Patientinnen mit Mamma- bzw. Zervixkarzinomen eine höhere Überlebenszeit und eine geringere Rezidivquote bei vorherrschender Coping-Strategien Kampfgeist (fighting spirit) und Verleugnung (denial) nachweisen. Im Rahmen psychologischer Interventionsstrategien ergaben sich über die Verleugnung hinaus eine Reihe bedeutsamer Zusammenhänge zwischen psychologischen Variablen und Immunfunktionen wie z. B. der Aktivität natürlicher Killerzellen (Greer, 1999; Kreidler, 1999).

Alternativ könnte aus den Ergebnissen im Umkehrschluss gefolgert werden, dass der bagatellisierende Coping-Stil die Folge bzw. ein Epiphänomen eines besseren körperlichen Zustandes ist. Für beide Erklärungen erscheinen weitere Untersuchungen dieses Effekts lohnenswert. Prospektive Studien für Patienten mit gleicher Diagnose und ähnlichem Krankheitsstadium sollten dabei auf eine genaue Definition und Operationalisierung des Konstrukts Bagatellisie-

rung bzw. Verleugnung achten. Ebenso vielfältig wie die Ergebnisse zur Adaptivität dieser Coping-Strategie erscheinen ihre Konzeptionen und Operationalisierungen. Es muss zukünftig unterschieden werden, ob eine überdauernde Persönlichkeitseigenschaft oder ein situationsgebundenes Verhalten gemeint ist und welche Indikatoren zweifelsfrei ein solches Verhalten repräsentieren. Die Unterschiede zwischen der Verleugnung als einem innerpsychischen, möglicherweise unreflektierten Coping-Mechanismus und einer absichtsvollen verleugnenden Handlung in sozialen Interaktionen müssen berücksichtigt werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte Unterschieden im Coping in Abhängigkeit von Krankheitsphasen geschenkt werden (Heim et al., 1997).

Die Befunde zu Verleugnung und Überlebenszeit in dieser Arbeit können als eine Bestätigung der situationsabhängigen Bedeutung der auf Verleugnung abzielenden Krankheitsverarbeitungsstrategien verstanden werden. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Strategie phasengebundene positive Auswirkungen auf die Überlebenszeitwahrscheinlichkeit von onkologischen Patienten hat.

12.7. Fazit

Die wesentlichen Erkenntnisse dieser Arbeit bezüglich eines interdisziplinären Screenings bei chronisch somatisch Kranken lassen sich in sechs Punkten zusammenfassen:

1. Die Einschätzungen der emotionalen und kognitiven Aspekte der Patientenbefindlichkeit durch Patienten, Ärzte und Pflegepersonal stimmen nur in geringem Maße überein.
2. Es gibt Hinweise dafür, dass Patienten und Behandler ihren Urteilen unterschiedliche innere Schemata zugrunde legen, obwohl identische Screening-Fragen gestellt werden. Während sich die Betroffenen auf die eigene emotionale Situation beschränken, lassen die Behandler prognostische Aspekte der körperlichen Situation von Patienten in ihr Screening-Urteil einfließen.
3. Es kann als erwiesen angesehen werden, dass die affektive Situation von Patienten nur durch diese selbst valide mittels eines Kurzfragebogens eingeschätzt werden kann.
4. Die Angaben der Ärzte können sinnvoll zur Einschätzung kognitiver psychologischer Aspekte, insbesondere eines verleugnenden Krankheitsverarbeitungsstils, genutzt werden. Das Pflegepersonal kann hilfreiche Hinweise zu aktiven und depressiven Coping-Strategien liefern.
5. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen, dass die Befindlichkeit von Patienten nur in einem indirekten, über subjektive Wahrnehmungen vermittelten Zusammenhang mit der objektiven körperlichen Situation in Beziehung steht.

6. Ein auf Bagatellisierung bzw. Verleugnung ausgerichteter Coping-Stil geht über den Zeitraum mehrerer Monate mit einer erhöhten Überlebenszeitwahrscheinlichkeit einher.

Der Ansatz, die psychologische Situation aller Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen im Rahmen eines Routine-Screenings unter Einbeziehung von Fremdbeobachterinformationen zu diagnostizieren, kann grundsätzlich als erfolgversprechend beurteilt werden.

Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B. & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-76.
- Agresti, A. (1988). A Model for Agreement Between Ratings on an ordinal Scale. *Biometrics*, 44, 539-548.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Andres, J. (1996). Multivariate Verfahren. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Arbuckle, J. L. & Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 Users' Guide*. Chicago: SmallWaters.
- Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 258-290.
- Aulbert, E. & Zech, D. (Eds.). (1997). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Averbeck, M., Leiberich, P., Grote-Kusch, M. T., Olbrich, E., Schroeder, A., Brieger, M. & Schumacher, K. (1997). *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität - Sel. Manual*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Beitz, J., Gnecco, C. & Justice, R. (1996). Quality-of-Life End Points in Cancer Clinical Trials: The U.S. Food and Drug Administration Perspective. *Journal of the National Cancer Institute - Monographs*, 20, 7-9.
- Benninghaus, H. (1998). *Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse*. München: Oldenbourg Verlag.
- Bentler, P. M. (1989). *EQS Structural Equation Program Manual*. Los Angeles: BMDP Statistical Software, Inc.
- Bierhoff, H.-W. & Rudinger, G. (1996). Quasi-experimentelle Untersuchungsmethoden. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bönisch, E. (1993). Die behandlungsbedürftige Depression beim Krebspatienten. In H. J. Staab & M. Ludwig (Eds.), *Depression bei Tumorpatienten* (Vol. 2, pp. 8-15). Stuttgart: Thieme.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

- Bortz, J. (1996). Nichtparametrische Statistik. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bortz, J. & Döring, J. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. (Vol. 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bredenkamp, J. (1996). Grundlagen experimenteller Methoden. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-161). Newbury Park, CA: Sage.
- Buchborn, E. (1993). Probleme der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. In C. Hammer & V. Schubert (Eds.), *Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*. Starnberg: Verlag R. S. Schulz.
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. *Psychological Bulletin*, 103, 276-279.
- Cappelleri, J. C. & Trochim, W. M. K. (1995). Ethical and Scientific Features of Cutoff-Based Designs of Clinical-Trials - a Simulation Study. *Medical Decision Making*, 15(4), 387-394.
- Carrol, B. T., Kanthol, R. G., Noyes, R., Wald, T. & Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
- Cicchetti, D. V. (1976). Assessing Inter-Rater Reliability for Rating Scales: Resolving some Basic Issues. *British Journal of Psychiatry*, 129, 452-456.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scale disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Cohen, J. (1982). Set correlation as a general multivariate data-analytic method. *Multivariate behavioral research*, 17, 301-341.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

- Dahl, G. (1971). Zur Berechnung des Schwierigkeitsindex bei quantitativ abgestufter Aufgabenbewertung. *Diagnostica*, 17, 139-142.
- De Leeuw, J. R. J., De Graeff, A., Ros, W. J. G., Hordijk, G. J., Blijham, G. H. & Winnubst, J. A. M. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 9(1), 20-28.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R. & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Deschler, D. G., Walsh, K. A., Friedmann, S. & Hayden, R. E. (1999). Quality of life assessment in patients undergoing head and neck surgery as evaluated by lay caregivers. *Laryngoscope*, 109, 42-46.
- Detmar, S. B. & Aaronson, N. K. (1998). Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study. *European Journal of Cancer*, 34(8), 1181-1186.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. (2., korr. Aufl.). Bern: Huber.
- Dreesen, L. & Arntz, A. (1998). Short-Interval Test-Retest Interrater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) in Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 138-148.
- Durdiak, I., Kusch, M., Bode, U., Vetter, H. & Ko, Y. (1998, 25. - 28. 10.). *Clinical practice guidelines of psychosocial care in oncology: Validation of the Physician-Nurse-Patient Short Screening Questionnaire (PNP-SQ)*. Paper presented at the Jahrestagung DÖGHO, Frankfurt.
- Eapen, V., Revesz, T., Mpofu, C. & Daradkeh, T. (1999). Self-perception profile in children with cancer: Self vs parent report. *Psychological Reports*, 84, 427-432.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1995). Zur multimodalen Erfassung von Coping. Vergleich von Interview und Fragebogen in Selbst- und Fremdeinschätzung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4(1), 37-46.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P. & Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 756-62.
- Faller, H., Bulzebruck, H., Schilling, S., Drings, P. & Lang, H. (1997). Beeinflussen psychologische Faktoren die Überlebenszeit bei Krebskranken? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47(6), 206-18.

- Faller, H., Lang, H. & Schilling, S. (1998). Coping bei Bronchialkrebs - Der Mehrebenenansatz. In U. Koch & J. Weis (Eds.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.
- Farmer, K. C. (1999). Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6), 1074-1090.
- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung: Eine Einführung in Methodologie und Praxis*. München: Reinhardt.
- Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Fawzy, I. F., Fawzy, N., Arndt, L. & Pasnau, R. (1995). Critical Review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-113.
- Fiegl, J., Langer, M. & Ringler, M. (1986). Zur Akzeptanz psychoonkologischer Nachsorgeeinrichtungen. In O. Frischenschlager (Ed.), *Beiträge zur Psychoonkologie*. Wien: Facultas.
- Filipp, S.-H. (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fisseni, H.-J. (1998). *Persönlichkeitspsychologie*. (4., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Fitzsimmons, D., George, S., Payne, S. & Johnson, C. D. (1999). Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 135-143.
- Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76, 378-382.
- Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth Press.
- Frischenschlager, O., Brömmel, B. & Russinger, U. (1992). Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker - Eine methodenkritische Literaturübersicht. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 42, 206-213.
- Funder, D. C. & Colvin, C. R. (1997). Congruence of Others' and Self-Judgements of Personality. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology*. San Diego: Academic Press.
- Garson, G. D. (2001). *Structural Equation Modelling*, [Hypertext]. Available: <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/structur.htm> [2001, 02.01.2001].
- Goodare, H. (1994). Counseling people with cancer: Questions and possibilities. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 10(2), 5-17.

- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R. & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on the stage, treatment and survivor of cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 258, 3125-3130.
- Gotay, C. C. & Stern, J. D. (1995). Assessment of psychological functioning in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 123-160.
- Grassi, L. & Rosti, G. (1996). Psychosocial Morbidity and Adjustment to Illness Among Long-Term Cancer Survivors. *Psychosomatics*, 37, 523-532.
- Greer, S. (1984). The Psychological Dimension in Cancer Treatment. *Social Science and Medicine*, 4, 345-349.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21(1), 43-49.
- Greer, S. (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind Body Medicine*, 15(4), 236-244.
- Hall, J. N. (1974). Inter-rater Reliability of Ward Rating Scales. *British Journal of Psychiatry*, 125, 248-255.
- Hammer, C. & Schubert, V. (1993). *Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*. Starnberg: Verlag R. S. Schulz.
- Hays, W. L. (1988). *Statistics*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Heidemann, E., Käsberger, J., Herschbach, P. & Sellschopp, A. (1991). Graduated WHO analogue and satisfaction scales for the assessment of quality of life in clinical trials in cancer patients. *Onkologie - Zeitschrift für Krebsforschung und Behandlung*, 14(5), 419-426.
- Heim, E. (1998). Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 321-337.
- Heim, E. & Perrez, M. (1994). *Krankheitsverarbeitung*. (Vol. 10). Göttingen: Hogrefe.
- Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.
- Henderson, P. A. (1997). Psychosocial adjustment for adult cancer survivors: Their needs and counselor interventions. *Journal of Counseling and Development*, 75(3), 188-194.
- Henrich, G. & Herrschbach, P. (1998). Objektive Bedingungen subjektiver Lebensqualität. In U. Koch & J. Weis (Eds.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.

- Herrmann, C., Kaminsky, B., Rueger, U. & Kreuzer, H. (1999). Praktikabilität und klinische Relevanz eines routinemässigen psychologischen Screenings von Patienten internistischer Allgemeinstationen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, Medizinische-Psychologie*.
- Herschbach, P. & Henrich, G. (1991). Der Fragebogen als methodischer Zugang zur Erfassung von "Lebensqualität" in der Onkologie. In R. Schwarz, J. Bernhard, H. Flechtner, T. Küchler & C. Hürny (Eds.), *Lebensqualität in der Onkologie* (pp. 34-46). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauss, B. & Wirsching, M. (1998). Psy-BaDo. *Psychotherapeut*, 43(1), 48-52.
- Hofstätter, P. R. & Wendt, D. (1974). *Quantitative Methoden der Psychologie (Band 1): Deskriptive, Inferenz- und Korrelationsstatistik*. (4., neubearbeitete Auflage). Frankfurt a/M: Johann Ambrosius Barth.
- Hotelling, H. (1936). Relations between two sets of variates. *Biometrika*, 28, 321-377.
- Husebo, S. & Klaschik, E. (1998). *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*. Berlin: Springer-Verlag.
- Jäger, R. S. (1990). *Diagnostik von Belastung und Bewältigung*. Stuttgart: Thieme.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change: A textbook of methods*. (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Kendall, M. G. (1963). *Rank Correlation Methods*. (3rd ed.). London: Griffin.
- King, M. T. (1996). The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5(6), 555-67.
- Kleinbaum, D. G. (1996). *Survival Analysis: a self-learning text*. New York: Springer.
- Koller, M. (1998). Über den Umgang mit körperlichen Symptomen: Berichten versus Verschweigen. In S. Albert (Ed.), *Geheimnis und Geheimhaltung. Erscheinungsformen, Funktionen, Konsequenzen* (pp. 267-279). Göttingen: Hogrefe.
- Koran, L. M. (1975). The Reliability of Clinical Methods, Data and Judgements (First of two parts). *The New England Journal of Medicine*, 293(13), 642-646.
- Kraemer, H. C. (Ed.). (1982). *Kappa coefficient*. New York: John Wiley and Sons.
- Kreitler, S. (1999). Denial in cancer patients. *Cancer Investigation*, 17(7), 514-534.
- Kübler-Ross, E. (1973). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Küchler, T., Rappat, S., Holst, K., Graul, J., Wood-Dauphine, S., Henne-Bruns, D. & H.-W., S. (1998). Zum Einfluß psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren - eine prospektive randomisierte Studie. In U. Koch & J. Weis (Eds.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.

- Küchler, T., Rappat, S., Holst, K., Graul, J., Wood-Duaphine, S., Henne-Bruns, D. & Schreiber, H.-W. (1996). Zum Einfluß psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. *Forum der deutschen Krebsgesellschaft*, 11, 452-458.
- Küchler, T. & Schreiber, H. W. (1989). Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie - Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung. *Hamburger Ärzteblatt*, 246-259.
- Kunkel, E. J. S., Woods, C. M., Rodgers, C. & Myers, R. E. (1997). Consultations for "maladaptive denial of illness" in patients with cancer: Psychiatric disorders that result in noncompliance. *Psycho-Oncology*, 6(2), 139-149.
- Kusch, M., Labouvie, H., Kanth, E., Bode, U., Jaeger, R. S., Durdiak, I., Vetter, H., Podeswik, A., Fischbach, S., Topf, R. & Schmidt Birk, A. (1997). *Kosten und Nutzen psychosozialer Gesundheitsversorgung im Krankenhaus: I. Entwicklungen im amerikanischen Gesundheitssystem*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Kusch, M., Labouvie, K., Fleischhack, G. & Bode, U. (1996). *Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Larbig, W. (1998). Psychoonkologische Interventionen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 381-389.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Le Fevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S. M. & Cornbleet, M. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: A comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13(5), 399-407.
- Leiberich, P., Averbek, M., Grote Kusch, M., Schroeder, A., Olbrich, E. & Kalden, J. R. (1993). Lebensqualität von Tumorkranken als multidimensionales Konzept. *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39(1), 26-37.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. (5. völlig neubearb. erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Light, R. J. (1971). Measures of response agreement for qualitative data - some generalizations and alternatives. *Psychological Bulletin*, 76, 365-374.
- Lord, F. M. & Novick, M. R. (1968). *Statistical Theories of mental test scores*. Reading, Mess.: Addison-Wesley.
- MacCallum, R. C. & Austin, J. T. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.

- Maes, S., Leventhal, H. & de-Ridder, T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). New York: John Wiley & Sons.
- Massie, M. J. & Popkin, M. K. (1998). Depressive Disorders. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Matt, D. A., Sementilli, M. E. & Burish, T. G. (1988). Denial as a Strategy for Coping with Cancer. *Journal of Mental Health Counseling*, 10(2), 136-144.
- McCrae, R. R. (1994). The counterpoint of personality assessment: Self-reports and observer ratings. *Assessment*, 1(2), 159-172.
- McCrae, R. R., Stone, S. V., Fagan, P. J. & Costa, P. T., Jr. (1998). Identifying causes of disagreement between self-reports and spouse ratings of personality. *Journal of Personality*, 66(3), 285-313.
- Meade, T. W., Gardner, M. J. & Cannon, P. (1968). Observer variability in observing in recording the peripheral pulses. *British Heart Journal*, 30, 661-668.
- Merluzzi, T. V. & Martinez-Sanchez, M. A. (1997). Perceptions of coping behavior by persons with cancer and health care providers. *Psycho-Oncology*, 6, 197-203.
- Meyer, T. J. & Mark, M. M. (1995). Effects of Psychosocial Interventions with Adult Cancer Patients. *Health Psychology*, 14 (2), 101-108.
- Middelboe, T., Ovesen, L., Mortensen, E. L. & Bech, P. (1995). The relationship between self-reported general health and observed depression and anxiety in cancer patients during chemotherapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(1), 25-31.
- Moyer, A. & Levine, E. G. (1998). Clarification and conceptualisation and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 149-160.
- Muthny, F. A. (1988). Einschätzung der Krankheitsverarbeitung durch Patienten, Ärzte und Personal - Gemeinsamkeiten, Diskrepanzen und ihre mögliche Bedeutung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17(4), 319-333.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung - FKV*. Weinheim: Beltz.
- Muthny, F. A. (1996). Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). *Die Rehabilitation*, 35(2), IX-XVI.
- Muthny, F. A. & Koch, U. (1998). Spezifität der Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In U. Koch & J. Weis (Eds.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.
- Nelson, D. V., Friedman, L. C., Baer, P. E., Lane, M. & et al. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 127-141.

- Newell, S., Sanson-Fisher, R. W., Girgis, A. & Bonaventura, A. (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer*, 83(8), 1640-51.
- O'Malley, P. G., Wong, P. W. K., Kroenke, K., Roy, M. J. & Wong, R. K. H. (1998). The value of screening for psychiatric disorders prior to upper endoscopy. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(2), 279-287.
- Pannig, S. (2000). Psychologisches Screening in der orthopädischen Rehabilitation. Erfahrungen mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). In S. R. Casper, M. R. Dorn, K. W. R. Höffler, I. R. König & J. R. Scharnhorst (Eds.), *Kompetenz und Qualität der Klinischen Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (pp. 14-27). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Pattison, E. M. (1977). *The Experience of dying*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Pellicer, X., Salvador, L., Canet, J. & Sole, L. A. (1993). Desarrollo de un cuestionario de detección y prevalencia de la disforia anticipatoria asociada a la quimioterapia del cancer. / Development of a brief questionnaire for the screening of anticipatory dysphoria associated to cancer chemotherapy. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20(5), 145-162.
- Piedmont, R. L., McCrae, R. R., Riemann, R. & Angleitner, A. (2000). On the invalidity of validity scales: Evidence from self-reports and observer ratings in volunteer samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 582-593.
- Pinquart, M. (1998). Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen auf das Befinden und das Selbstkonzept im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie*, 31(2), 120-126.
- Popkin, M. K. & Tucker, G. J. (1992). "Secondary" and drug induced mood, anxiety, psychotic, catatonic and personality disorder: a review of the literature. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 4, 369-385.
- Preiß, J., Dornhoff, W., Hagmann, F. G. & Schmieder, A. (1998). *Onkologie 1998/1999: Empfehlungen zur Therapie*. (9. Aufl.). Saarbrücken: Onkologische Arbeitsgemeinschaft Saar-Pfalz-Mosel e.V.
- Pschyrembel. (1998). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. (258., neu bearb. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Pukrop, R., Möller, H.-J., Saß, H., Sauer, H., Klosterkötter, J., Czernik, A., Krausz, M., Stieglitz, R.-D., Lambert, M., Matthies, H., Schaub, A., Woschnik, M., Wulfinghoff, F. & Steinmeyer, E. M. (1999). Das Konstrukt Lebensqualität. *Der Nervenarzt*, 70, 41-53.
- Rathner, G., Zangerle, M., Rainer, B. & Dunkel, D. (1998). Alltagsprobleme und belastende Lebensereignisse: Bewertung, Bewaeltigung und soziale Erwuenschtigkeit. / Appraisal,

- coping and social desirability: Daily hassles and major events in community subjects. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 46(1), 29-46.
- Richardson, J. L. & Sanchez, K. (1998). Compliance with cancer treatment. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Rietz, C. (1996). *Faktorielle Invarianz. Die inferenzstatistische Absicherung von Faktorstrukturvergleichen*. Bonn: PACE.
- Rietz, C., Rudinger, G. & Andres, J. (1996). Lineare Strukturgleichungsmodelle. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ross, D. C. (1995). Using Severity Rather Than Randomization For Assignment in Clinical-Trials - Monte-Carlo Tests and Practical Illustrations of the Robbins-Zhang Method. *Journal of Psychiatric Research*, 29(4), 315-332.
- Röthlisberger, C. (1993). Krankheitsverarbeitung bei Dialyse- und Tumorpatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik*, 41, 87-103.
- Rudinger, G. & Dommel, N. (1985). *An example of convergent and discriminant validation of personality questionnaires*. Bonner Methodenberichte 18, Psychologisches Institut, Abteilung Methodenlehre, Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn.
- Rudinger, G. & Minnemann, E. (1997). Die Lebenssituation von älteren Frauen und Männern in Ost- und Westdeutschland. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10(4), 205-212.
- Rudinger, G. & Rietz, C. (1998). *The neglected time dimension? Introducing a longitudinal model testing latent growth curves, stability, and reliability as time bound process*. Available: <http://www.pabst-publishers.de/mpr/issue5/art8>.
- Rudinger, G., Rietz, C. & Schiffhorst, G. (1997). Aspekte der subjektiven und objektiven Lebensqualität: Zufriedenheit und Kompetenz im Rahmen interdisziplinärer Modelle. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10(4), 259-275.
- Rudinger, G. & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 265-295). Cambridge: University Press.
- Rutter, D. R., Iconomou, G. & Quine, L. (1996). Doctor-patient communication in cancer patients: An intervention. *Psychology and Health*, 12(1), 57-71.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Stolbach, L. L. & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationship among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 69-77.

- Schönemann, P. H. & Borg, I. (1996). Von der Faktorenanalyse zu den Strukturgleichungsmodellen. In E. Erdfelder, R. Mausfeld, T. Meiser & G. Rudinger (Eds.), *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schumacher, J. & Reschke, K. (1994). Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung. In V. D. Versicherungsträger (Ed.), *Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik* (Vol. 6,). Frankfurt a/M: VdR.
- Schüssler, G. (1993). *Bewältigung chronischer Krankheiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwarz, R. (1994). *Die Krebspersönlichkeit: Mythos und klinische Realität*. Stuttgart: Schattauer.
- Schwarz, R. (1995). Psychotherapeutische Grundlagen der psychosozialen Onkologie. *Psychotherapeut*, 40, 313-323.
- Sellick, S. M. & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology*, 8, 315-333.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shaw, R. E., Cohen, F., Doyle, B. & Palesky, J. (1995). The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients. In A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health: A reader*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Siegel, S. & Castellen, J. N. (1988). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. (2nd edition). New York: McGraw-Hill.
- Simon, R. M. (1997). Design and Analysis of Clinical Trials. In V. T. DeVita, S. Hellman & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: principles and practice of oncology* (5th ed., pp. 513-527). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Slaughter, J. R., Jain, A., Holmes, S., Reid, J. C., Bobo, W. & Sherrod, N. (2000). Panic disorders in hospitalized cancer patients. *Psycho-oncology*, 9, 253-258.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C. & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*, 8(6), 521-37.
- Spearman, C. (1904). General Intelligence, objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 13, 888-891.

- Sprangers, M. A., Cull, A., Groenvold, M., Bjordal, K., Blazeby, J. & Aaronson, N. K. (1998). The European Organization for Research and Treatment, of Cancer approach to developing questionnaire modules: An update and review. *Quality of Life Research*, 7(4), 291-300.
- SPSS. (2000). SPSS für Windows (Version 10.0.7). Chicago: SPSS Inc.
- Stricker, G. & Tierweiler, S. J. (1995). The local scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, 50, 995-1002.
- Strittmatter, G. (1997). *Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie: Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten*. Münster: Waxmann.
- Strittmatter, G., Mawick, R. & Tilkorn, M. (1998). [Need for psychosocial management of facial and skin tumor patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(9-10), 349-57.
- Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L. & Claesson, C. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37, 113-124.
- Thomae, H. (1951). *Persönlichkeit - eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*. (3. erw. verb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H., Lehr, U. & Weinert, F. E. (Eds.). (1985). *Dynamik des menschlichen Handelns. Ausgewählte Schriften zur Psychologie 1944-1984*. Bonn: Bouvier.
- Uebersax, J. (2000, 10.9.2000). *Statistical Methods for Rater Agreement*, [Internet-Hypertext]. Available: <http://ourworld.compuserve.com/homepages/jsuebersax/agree.htm> [2000, 14.10.2000].
- Uebersax, J. S. (1988). Validity inferences from interobserver agreement. *Psychological Bulletin*, 104, 405-416.
- van-den-Brink-Muinen, A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., Leiva, F., Mead, N., Messerli, V., Oppizzi, L., Peltenburg, M. & Perez, A. (2000). Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. Special Issue: Communication in health care. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 115-127.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W. & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-93.
- Walker, L. G. (1999). Psychological intervention, host defenses and survival. *Advances in Mind Body Medicine*, 15(4), 273-275.
- Walker, L. G., Heys, S. D. & Eremin, O. (1999). Surviving cancer: Do psychosocial factors count? *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 497-503.

- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and Coping. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Weis, J. (1998). Krankheitsverarbeitung und subjektive Krankheitstheorien - Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In U. Koch & J. Weis (Eds.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"*. Stuttgart: Schattauer.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.
- Weisman, A. D. (1972). *On Dying and Denying - A Psychiatric Study of Terminality*. New York: Behavioral Publications.
- Wittkowski, J. (1990). *Psychologie des Todes*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Wollenschein, M. (2001). *Validierung eines Screening-Instrumentes zur Erfassung psychischer Belastung im Kontext kritischer Lebensereignisse. Diagnostik der psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit onkologischer Patienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn.
- Yarnold, P. R., Bryant, F. B., Nightingale, S. D. & Martin, G. J. (1996). Assessing physician empathy using the Interpersonal Reactivity Index: A measurement model and cross-sectional analysis. *Psychology, Health and Medicine*, 1(2), 207-221.
- Zabora, J. R. (1998). Screening Procedures for Psychosocial Distress. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Zabora, J. R., Smith Wilson, R., Fetting, J. H. & Enterline, J. P. (1990). An efficient method for psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics*, 31(2), 192-196.

Anhang A - Untersuchungsverfahren

Anhang A-1 WHO/ECOG-Skala: Kriterien für den Allgemeinzustand von Patienten (im Vergleich mit dem Karnofsky-Index)

WHO/ECOG	Karnofsky-Index	
0	volle Aktivität, normales Leben möglich	100 % Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung
		90 % Normale Leistungsfähigkeit, minimale Krankheitssymptome
1	Eingeschränkte Aktivität, aber noch leichte Arbeit möglich	80 % Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung, geringe Krankheitssymptome
		70 % Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich selbst versorgen
2	Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, muß sich weniger als 50 % der Tageszeit hinlegen/ruhen; nicht bettlägerig	60 % Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, braucht gelegentlich fremde Hilfe
		50 % Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, braucht krankenpflegerische und häufige ärztliche Betreuung, nicht dauernd bettlägerig
3	Selbstversorgung sehr eingeschränkt; mehr als 50 % der Tageszeit ruhebedürftig (Bett/Sessel); Pflege/Hilfe notwendig	40 % Patient bettlägerig, braucht spezielle Pflege
		30 % Patient ist schwerkrank, Krankenhauspflege ist notwendig
4	bettlägerig und völlig pflegebedürftig	20 % Patient ist schwerkrank, Krankenhauspflege und supportive Therapie erforderlich
		10 % Patient ist moribund, Krankheit schreitet rasch fort
		0 % Patient ist tot

Anhang A-3 Interdisziplinärer Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken (KSPC) – Ärzte- bzw. Pflegebogen

Psychoonkologischer Funktionsbereich an der Medizinischen Univ.-Poliklinik Bonn Prof. Dr. med. H. Vetter PD Dr. med. Y. Ko Dipl.-Psych. I. Durdiak

A Pf

Mittels dieses Kurzfragebogens möchten wir eine grobe Einschätzung des Informationsstandes, der Mitarbeit und der emotionalen Befindlichkeit des betreffenden Patienten gewinnen und zwar zu jedem dieser Zeitpunkte sowohl durch die behandelnden Ärzte, und durch den Patienten. Es geht uns um Ihren persönlichen Eindruck, weniger um objektive Fakten. Danke für Ihre Mitarbeit!

Datum:

Behandlungsphase: 1 Beginn 2 Mitte 3 Ende

Diagnose:..... Behandlung:

Der Patient: O Herr O Frau (Name) (Bitte zutreffendes ankreuzen) überhaupt nicht wenig häufiger sehr/ viel

- 1. stellt Fragen zur Behandlung 2. versteht, was ihm gesagt wird 3. arbeitet bei der Behandlung/Pflege mit 4. ist gut gelaunt 5. ist wegen Nebensächlichkeiten verärgert 6. erscheint zuweilen traurig/depressiv 7. ist manchmal hilflos 8. erscheint manchmal unruhig/gehetzt 9. hat meist guten Kontakt zu Angehörigen.....

eingeschätzt durch: O Arzt: O

(Auswertung durch psychologischen Dienst)

Anmerkungen:

Anhang A-4 Gesprächsmitschrift Halb standardisiertes Interview für onkologische Patienten (HIP)

OnkoAmb | Krause | Siebeck | Bürger

Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geb.: _____ Alter: _____

aus: _____ Geb.-Ort: _____

Ausbild.: _____ Beruf: _____

Vorerkr./-behandlgn.: _____

Diagnose: _____ Erst-Diag.: _____

(Rezidiv ?) _____ Bewertung: _____

Behandlung: _____ Karnofsky: _____

Angehörige: _____ Bewertung: _____

Kinder: _____

Soz.-Kontakt: _____

Med-Bezugspers: _____ Versorg. zu Hause: _____

Hobbies/Ressourcen: _____

Coping jetzt: _____

ICD-10 (Psych. Vorbelast.): _____

Z-Kod.: _____

Belastungen (letzte 5 Jahre):

Intervention: Standard I II III

Psych-Interv.-Wunsch: ja |-----| nein

Zusatzinfo:

	A	Pf	PP
IS			
IV			
MB			
GL			
ÄR			
DE			
HI			
UN			
KA			
Psychopharmaka			

Anhang A-5 Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) der EORTC



EORTC QLQ-C30 (version 2.0)

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

Bitte tragen Sie Ihre Initialen ein:

Ihr Geburtstag (Tag, Monat, Jahr):

Das heutige Datum (Tag, Monat, Jahr):

	Nein	Ja
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	1	2
2. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen <u>längeren</u> Spaziergang zu machen?	1	2
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine <u>kurze</u> Strecke außer Haus zu gehen?	1	2
4. Müssen Sie den größten Teil des Tages im Bett oder in einem Sessel verbringen?	1	2
5. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2

Während der letzten Woche:

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
6. Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
8. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mußten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4

Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) der EORTC (Fortsetzung)

Während der letzten Woche:	überhaupt			
	nicht	wenig	mäßig	sehr
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4
16. Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4
17. Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4
18. Waren Sie müde?	1	2	3	4
19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	1	2	3	4
20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitunglesen oder das Fernsehen?	1	2	3	4
21. Fühlten Sie sich angespannt?	1	2	3	4
22. Haben Sie sich Sorgen gemacht?	1	2	3	4
23. Waren Sie reizbar?	1	2	3	4
24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	1	2	3	4
25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	1	2	3	4
26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Familienleben</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr <u>Zusammensein</u> oder Ihre <u>gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen</u> beeinträchtigt?	1	2	3	4
28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	1	2	3	4

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

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

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet

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

1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet

Anhang A-6 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

<p>FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit _____ 1. Allgemeiner Teil</p> <p>Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben und mit einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind. Außerdem sollen Sie angeben, wie wichtig einzelne Lebensbereiche (z.B. Beruf oder Freizeit) für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind.</p> <p>Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch diejenigen, die scheinbar nicht auf Sie zutreffen: Wenn Sie z.B. keinen Partner haben, können Sie bei der Frage nach der "Partnerschaft" trotzdem angeben, wie wichtig Ihnen das wäre und wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Situation (ohne Partner) sind.</p> <p>Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten vier Wochen zu berücksichtigen.</p> <p>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.</p> <p>Wie wichtig ist (sind) für Sie ...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">nicht wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">etwas wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ziemlich wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr wichtig</td> </tr> <tr> <td>1. Freunde / Bekannte _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Gesundheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Beruf / Arbeit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Wohnsituation _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Familienleben / Kinder _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Partnerschaft / Sexualität _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Bitte kreuzen Sie nun an, wie zufrieden Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.</p> <p>Wie zufrieden sind Sie mit ...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">un- zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">eher un- zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">eher zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ziemlich zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr zufrieden</td> </tr> <tr> <td>1. Freunde / Bekannte _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Gesundheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Beruf / Arbeit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Wohnsituation _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Familienleben / Kinder _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Partnerschaft / Sexualität _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt, wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen? _____ <input type="checkbox"/></p>		nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig	1. Freunde / Bekannte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden	1. Freunde / Bekannte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit _____ 2. Gesundheit</p> <p>Im folgenden ist der Bereich "Gesundheit" in verschiedene Aspekte unterteilt. Sie sollen auch hier wieder angeben, wie wichtig Ihnen einzelne Aspekte sind, und wie zufrieden Sie damit sind.</p> <p>Bitte beantworten Sie alle Fragen. Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten vier Wochen zu berücksichtigen.</p> <p>Bitte kreuzen Sie zunächst an, wie wichtig jeder einzelne Aspekt für Ihre Gesundheit ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Aspekte an.</p> <p>Wie wichtig ist (sind) für Sie ...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">nicht wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">etwas wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ziemlich wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr wichtig</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr wichtig</td> </tr> <tr> <td>1. Körperliche Leistungsfähigkeit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Energie / Lebensfreude _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Seh- und Hörvermögen _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Angestrengtheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Beschwerde- und Schmerzfreiheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Bitte kreuzen Sie nun an, wie zufrieden Sie mit den einzelnen Aspekten sind.</p> <p>Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer (Ihrem) ...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">un- zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">eher un- zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">eher zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ziemlich zufrieden</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">sehr zufrieden</td> </tr> <tr> <td>1. Körperlichen Leistungsfähigkeit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Energie / Lebensfreude _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Seh- und Hörvermögen _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Ausmaß von Angst _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig	1. Körperliche Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Angestrengtheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Beschwerde- und Schmerzfreiheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden	1. Körperlichen Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ausmaß von Angst _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig																																																																																																																																																																																																																				
1. Freunde / Bekannte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
	un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden																																																																																																																																																																																																																				
1. Freunde / Bekannte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
2. Freizeitgestaltung / Hobbies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
3. Gesundheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
4. Einkommen / finanzielle Sicherheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
5. Beruf / Arbeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
6. Wohnsituation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
7. Familienleben / Kinder _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
8. Partnerschaft / Sexualität _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
	nicht wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	sehr wichtig																																																																																																																																																																																																																				
1. Körperliche Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
6. Angestrengtheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
7. Beschwerde- und Schmerzfreiheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
	un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden																																																																																																																																																																																																																				
1. Körperlichen Leistungsfähigkeit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
3. Energie / Lebensfreude _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
5. Seh- und Hörvermögen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
6. Ausmaß von Angst _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
7. Ausmaß von Beschwerden und Schmerzen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				
8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																				

© Ina Hehl München 1990

© Ina Hehl München 1990

Anhang A-7 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung Kurzform (FKV-LIS-SE)

Bitte kreuzen Sie für **jeden** der folgenden Begriffe an, wie stark er für Ihre in der Instruktion beschriebene Situation zutrifft.

Wie stark trifft diese Aussage für Sie zu?

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen	1	2	3	4	5
2. Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite	1	2	3	4	5
4. Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung	1	2	3	4	5
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen intensiver zu leben	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5
19. Sich abzulenken versuchen	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, daß es andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen	1	2	3	4	5
29. Den Ärzten mißtrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen	1	2	3	4	5

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

Bitte tragen Sie die Nummern der entsprechenden Begriffe ein (nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung für Sie persönlich, d.h. auf Platz 1 das, was Ihnen am meisten geholfen hat, usw.):

1. Nr. _____ 2. Nr. _____ 3. Nr. _____

Anhang A-8 Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL)

**SKALEN ZUR ERFASSUNG
DER LEBENSQUALITÄT****S E L****Kurzform**

Name: _____

Vorname: _____

Diagnose: _____

Datum: _____

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie der Reihe nach die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage eine Antwortmöglichkeit an. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Stimmungen

In diesem Fragebogen zur Lebensqualität geben wir Ihnen zuerst eine Liste mit Wörtern vor, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt.

Gehen Sie bitte die Liste der Wörter durch und schätzen Sie ein, wie Sie sich heute fühlen. Sie können jeweils zwischen 5 Antwortmöglichkeiten auswählen.

- 1 bedeutet: trifft für mein augenblickliches Befinden **gar nicht** zu.
 2 bedeutet: trifft für mein augenblickliches Befinden **wenig** zu.
 3 bedeutet: trifft für mein augenblickliches Befinden **in einem mittleren Maß** zu.
 4 bedeutet: trifft für mein augenblickliches Befinden **ziemlich stark** zu.
 5 bedeutet: trifft für mein augenblickliches Befinden **sehr stark** zu.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel

freudig	①	②	③	④	⑤
	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich stark	sehr stark

Wenn Sie sich heute zum Beispiel **gar nicht** freudig fühlen, dann kreuzen Sie 1 an.
 Wenn Sie sich in einem durchschnittlichen oder **mittleren** Maß freudig fühlen, dann kreuzen Sie die 3 an.
 Wenn Sie sich sehr deutlich oder **sehr stark** freudig fühlen, dann kreuzen Sie bitte die 5 an.
 Die 2 oder 4 würden Sie ankreuzen, wenn Sie sich etwas oder **wenig** (2) oder wenn Sie sich ziemlich deutlich oder **ziemlich stark** (4) freudig fühlen würden.

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------|---|---|---|------------|
| 1. entspannt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| | gar nicht | | | | sehr stark |
| 2. gedrückt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| | gar nicht | | | | sehr stark |
| 3. aktiv | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| | gar nicht | | | | sehr stark |
| 4. energieelos | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| | gar nicht | | | | sehr stark |

Im folgenden Teil geht es um Ihre **körperlichen Beschwerden**. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie die genannten Beschwerden oder Veränderungen in den letzten 2-3 Monaten beobachtet haben.

1 bedeutet „kommt nie vor und/oder ist nicht vorhanden.“

5 bedeutet „ist immer und/oder sehr stark vorhanden.“

2, 3 und 4 stehen für den Zwischenbereich.

Nehmen Sie zum Beispiel Beschwerden durch Kopfschmerzen oder Veränderungen wegen des schmerzenden Kopfes

①	②	③	④	⑤
nie/nicht	selten	manchmal	häufig	immer/stark

1 würden Sie ankreuzen, wenn solche Beschwerden/Veränderungen **nie** vorkommen oder **nicht** vorhanden sind

2 wäre anzukreuzen, wenn die Beschwerden oder Veränderungen **selten** auftreten.

3 würde bedeuten, daß die Beschwerden **manchmal** auftreten.

4 wäre anzukreuzen, wenn die Beschwerden oder Veränderungen **häufig** auftreten.

5 würden Sie ankreuzen, wenn Sie solche Beschwerden/Veränderungen **immer sehr stark** verspüren.

Ich habe Beschwerden oder beobachte Veränderungen ...

5. im Bereich von Mund und Rachen (z.B. Schluckbeschwerden, Geschmack, Soor)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

6. mit meiner Haut (z.B. Hautausschläge, Juckreiz, Rötungen)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

7. mit Körperregulation und Körperfunktion (z.B. Fieber, Schüttelfrost, Atemnot, Schlaflosigkeit)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

8. im Bereich des Magens und Darms (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

9. im Bereich meiner körperlichen Empfindungen (Kopfschmerzen, Taubheitsgefühle, diffuse Schmerzen)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

10. in meinem allgemeinen körperlichen Zustand (z.B. Mattigkeit, Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit oder anderes)

①	②	③	④	⑤
nie/nicht				immer/stark

Anhang A-9 Hornheider Fragebogen Kurzform (HF-K)

Hornheider Fragebogen

(Fachklinik Hornheide, Münster)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

eine schwere Erkrankung kann Sorgen und Belastungen mit sich bringen. Wir möchten Ihnen dabei helfen, mögliche Belastungen erträglicher zu machen. Dazu soll dieser Fragebogen beitragen. Bei den folgenden Aussagen kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Ihr Ambulanzteam

Code:

Datum:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die letzte Woche!

- | | | trifft
nicht
zu | kaum | trifft zu und belastet mich | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|------|-----------------------------|---|---------------|--|
| | | | | | | sehr
stark | |
| 1. Ich mache mir häufig Sorgen | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 2. Ich kann nicht entspannen und zur Ruhe kommen | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 3. Ich habe Angst vor dem Leben mit der Krankheit | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 4. Ich traue mir nicht zu, meine gewohnte Arbeit wieder aufzunehmen bzw. ihr nachzugehen | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 5. Ich fühle mich körperlich weniger leistungsfähig als vor der Erkrankung | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 6. Der Gedanke, daß der Tumor weitergehen könnte, macht mir Angst | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 7. Ich befürchte, daß andere Menschen mich aufgrund des veränderten Aussehens ablehnen könnten | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 8. Es fällt mir schwer, mit meinen nächsten Angehörigen über meine Sorgen und Ängste zu sprechen | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 9. Ich fühle mich über Krankheit und Behandlung nicht ausreichend informiert | <input type="radio"/> | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| | | | | | | | |
| | | | | sehr gut - sehr schlecht | | | |
| 10. Ich fühle mich körperlich in den letzten drei Tagen: | | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 11. Ich fühle mich seelisch in den letzten drei Tagen: | | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | |
| 12. Wenn Sie eine Mitteilung zu Ihrer derzeitigen Behandlung oder zur Praxis allgemein machen wollen oder einen Veränderungswunsch haben, besteht hier die Möglichkeit dazu: | | | | | | | |

Anhang B - Im Text nicht dargestellte Abbildungen

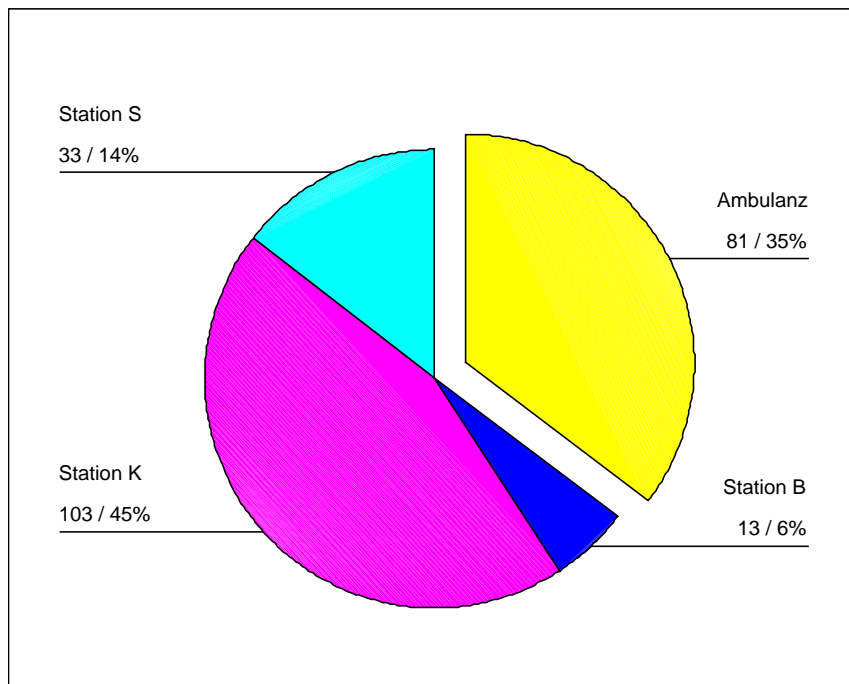


Abbildung B-1: Häufigkeiten der Befragungen pro Befragungsort ($N = 230$)

Anmerkung. Die Zahlen unterhalb der Beschriftungen geben Anzahl / Prozentsatz an.

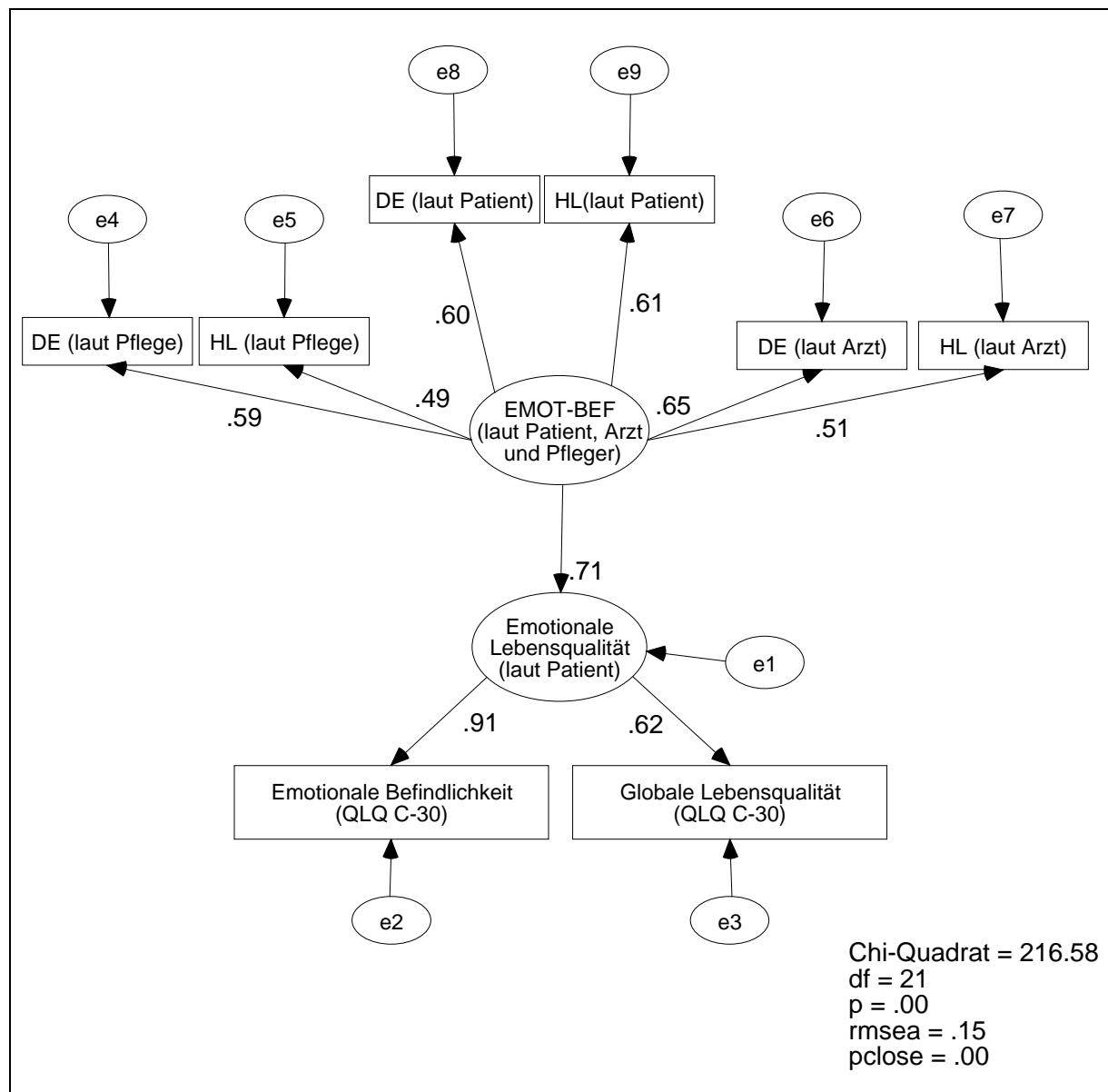


Abbildung B-2: Nicht passendes lineares Strukturmodell des Zusammenhangs zwischen den zusammengefassten Einschätzungen der emotionalen Befindlichkeit von Patient, Arzt und Pflegeperson einerseits und der Einschätzung der emotionalen Lebensqualität durch den Patienten andererseits

Anmerkungen. DE = Depressivität/ Traurigkeit des Patienten, HL = Hoffnungslosigkeit des Patienten (Frage Nummer sechs bzw. sieben jeweils im Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des interdisziplinären Kurzfragebogens zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, KSPC), EMOT-BEF = emotionale Befindlichkeit des Patienten, QLQ C-30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, e1 - e9 = Messfehler bzw. Residuen, df = Freiheitsgrade, rmsea = root mean square error of approximation, pclose = Irrtumswahrscheinlichkeit p beim Testen der Nullhypothese der Populations-RMSEA $\leq .05$, p = Wahrscheinlichkeit der Nullhypothese, dass das theoretische Modell an die empirischen Daten angepasst werden kann.

Anhang C - Im Text nicht dargestellte Tabellen

Tabelle C-1: Schwierigkeitsindizes (SI) der Fragen des Ärztebogens des KSPC

Fragennummer	Frage des Ärztebogens	<i>N</i>	SI
1	Fragen stellen	321	.45
2	Info verständlich	324	.58
3	Mitarbeit	311	.62
4	Gute Laune	323	.41
5	Verärgert (umgepolt)	322	.15 (.56)
6	Traurig (umgepolt)	323	.28 (.36)
7	Hilflos (umgepolt)	324	.23 (.39)
8	Beunruhigt (umgepolt)	324	.14 (.56)
9	Kontakt zu Angehörigen	271	.61

Tabelle C-2: Schwierigkeitsindizes (SI) der Fragen des Pflegebogens des KSPC

Fragennummer	Frage des Ärztebogens	<i>N</i>	SI
1	Fragen stellen	372	.36
2	Info verständlich	369	.63
3	Mitarbeit	369	.69
4	Gute Laune	363	.43
5	Verärgert (umgepolt)	370	.11 (.62)
6	Traurig (umgepolt)	371	.25 (.43)
7	Hilflos (umgepolt)	371	.19 (.50)
8	Beunruhigt (umgepolt)	372	.11 (.66)
9	Kontakt zu Angehörigen	292	.76

Tabelle C-3: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen des Ärztebogens

Frage Nr.	Fragen des Ärztebogens des KSPC	Skalen des Ärztebogens		Gesamtrohwert
		<i>Aktive Mitarbeit</i>	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	<i>SARZT</i>
1	Fragen stellen	.78**	.09	.43**
2	Information verständlich	.82**	.35**	.67**
3	Mitarbeit bei der Behandlung	.81**	.45**	.69**
4	Gute Laune	.32**	.75**	.70**
5	Verärgert (umgepolt)	.17**	.60**	.52**
6	Traurig (umgepolt)	.11	.76**	.59**
7	Hilflos (umgepolt)	.35**	.78**	.72**
8	Beunruhigt (umgepolt)	.09	.63**	.46**
9	Kontakt zu Angehörigen	.31**	.15*	.48**

Anmerkungen. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, SARZT = Gesamtrohwert des Ärztebogens des KSPC, Nr. = Nummer.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-4: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen des Pflegebogens

Frage Nr.	Fragen des Pflegebogens des KSPC	Skalen des Pflegebogens		Gesamtrohwert
		<i>Aktive Mitarbeit</i>	<i>Emotionale Befindlichkeit</i>	<i>SPFLEG</i>
1	Fragen stellen	.30**	.02	.26**
2	Information verständlich	.91**	.33**	.57**
3	Mitarbeit bei der Behandlung	.89**	.37**	.63**
4	Gute Laune	.24**	.75**	.63**
5	Verärgert (umgepolt)	.32**	.41**	.55**
6	Traurig (umgepolt)	.18**	.84**	.66**
7	Hilflos (umgepolt)	.48**	.76**	.72**
8	Beunruhigt (umgepolt)	.23**	.68**	.60**
9	Kontakt zu Angehörigen	.27**	.02**	.44**

Anmerkungen. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, SPFLEG = Gesamtrohwert des Pflegebogens des KSPC, Nr. = Nummer.

** $p < .01$.

Tabelle C-5: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Ärztebogens

	Info ver- ständlich	Mitarbeit	Gute Laune	Verärgert (umgepolt)	Traurig (umgepolt)	Hilflos (umgepolt)	Beunruhigt (umgepolt)	Kontakt zu Angehörigen
Fragen stellen	.40**	.40**	.17**	-.08	.00	.12*	-.10	.23**
Info verständlich	-	.63**	.28**	.27**	.12*	.39**	.16**	.27**
Mitarbeit		-	.42**	.28**	.17**	.41**	.23**	.24**
Gute Laune			-	.23**	.55**	.50**	.29**	.13*
Verärgert (umgepolt)				-	.26**	.34**	.36**	.28**
Traurig (umgepolt)					-	.54**	.34**	.04
Hilflos (umgepolt)						-	.36**	.16**
Beunruhigt (umgepolt)							-	-.01

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-6: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Pflegebogens

	Info ver- ständlich	Mitarbeit	Gute Laune	Verärgert (umgepolt)	Traurig (umgepolt)	Hilflos (umgepolt)	Beunruhigt (umgepolt)	Kontakt zu Angehörigen
Fragen stellen	.30**	.25**	.07	-.02	-.01	.08	-.12*	.08
Info verständlich	-	.64**	.17**	.21**	.14**	.49**	.18**	.21**
Mitarbeit		-	.28**	.38**	.20**	.38**	.24**	.29**
Gute Laune			-	.31**	.70**	.39**	.29**	.18**
Verärgert (umgepolt)				-	.28**	.25**	.42**	.28**
Traurig (umgepolt)					-	.47**	.42**	.14*
Hilflos (umgepolt)						-	.43**	.16**
Beunruhigt (umgepolt)							-	.15**

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-7: Komponenten der rotierten Faktorenlösung für Fragen des Ärztebogens

Frage Nr.	Fragen des Ärztebogens des KSPC	Komponenten der rotierten Faktorenlösung		
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Fragen stellen		.85	
2	Information verständlich		.70	-.36
3	Mitarbeit bei der Behandlung	-.34	.68	-.31
4	Gute Laune	-.73	.31	
5	Verärgert	.32		.81
6	Traurig	.82		
7	Hilflos	.74	-.24	
8	Beunruhigt	.62		.34
9	Kontakt zu Angehörigen		.37	-.62

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, Faktorenladungen $\leq .20$ wurden ausgelassen.

Tabelle C-8: Komponenten der rotierten Faktorenlösung für Fragen des Pflegebogens

Frage Nr.	Fragen des Pflegebogens des KSPC	Komponenten der rotierten Faktorenlösung		
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Fragen stellen		.74	.24
2	Information verständlich		.77	-.28
3	Mitarbeit bei der Behandlung		.69	-.46
4	Gute Laune	-.82		
5	Verärgert	.23		.75
6	Traurig	.90		
7	Hilflos	.64	-.35	.22
8	Beunruhigt	.48		.57
9	Kontakt zu Angehörigen		.20	-.63

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, Faktorenladungen $\leq .20$ wurden ausgelassen.

Tabelle C-9: Faktorenbildung über alle 27 Items des KSPC

Einzelfragen der Teilbögen des KSPC	Komponenten der rotierten Faktorenlösung							
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7	Faktor 8
Patientenbogen								
Fragen stellen							.67	
Information verständlich							.79	
Mitarbeit bei Behandlung							.51	
Gute Laune	-.67							
Verärgert	.62							
Traurig	.83							
Hilflos	.81							
Beunruhigt	.85							
Kontakt zu Angehörigen								-.45
Ärztebogen								
Fragen stellen					.65			.42
Information verständlich					.73			
Mitarbeit bei Behandlung					.76			
Gute Laune		-.46	-.54					
Verärgert			.49					
Traurig		.46	.63					
Hilflos			.72					
Beunruhigt			.77					
Kontakt zu Angehörigen					.41	.69		
Pflegebogen								
Fragen stellen								.70
Information verständlich				.78				
Mitarbeit bei Behandlung				.78				
Gute Laune		-.77						
Verärgert				-.42				.47
Traurig		.83						
Hilflos		.51		-.52				
Beunruhigt		.44		-.36				.42
Kontakt zu Angehörigen						.64		

Anmerkung. KSPC = Kurzfragebogen zum Screening psychosozialer Befindlichkeit von chronisch Kranken, Faktorenladungen < .35 werden nicht dargestellt.

Tabelle C-10: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP1)</i>	.13	.13
<i>Rollenerfüllung (ZP1)</i>	.02	.12
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP1)</i>	.07	.25**
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP1)</i>	.11	.20*
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP1)</i>	.04	.18*
<i>Globale Lebensqualität (ZP1)</i>	.22**	.23**
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP1)</i>	-.13	-.18*
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP1)</i>	.00	-.07
<i>Schmerz (ZP1)</i>	-.13	-.17*

Anmerkungen. $N = 162$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn).

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-11: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP1)</i>	.17*	.04
<i>Rollenerfüllung (ZP1)</i>	-.03	.02
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP1)</i>	.09	.14
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP1)</i>	.12	.09
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP1)</i>	-.02	.15
<i>Globale Lebensqualität (ZP1)</i>	.07	.15*
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP1)</i>	-.15*	-.09
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP1)</i>	-.18*	-.16*
<i>Schmerz (ZP1)</i>	-.14	-.17*

Anmerkungen. $N = 177$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn).

* $p < .05$.

Tabelle C-12: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Skalen des FLZ	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)
<i>Freunde</i>	-.01	-.12
<i>Hobbies</i>	.00	-.01
<i>Gesundheit</i>	.11	.18
<i>Einkommen</i>	.08	.03
<i>Beruf</i>	.04	.12
<i>Wohnsituation</i>	.05	.16
<i>Familienleben</i>	.07	.07
<i>Partnerschaft/Sexualität</i>	.16	.04
<i>FLZ - Allgemeiner Summenwert</i>	.11	.11
<i>Körperliche Leistungsfähigkeit</i>	.09	-.01
<i>Entspannung/Ausgeglichenheit</i>	.06	.02
<i>Energie/Lebensfreude</i>	.07	-.11
<i>Fortbewegungsfähigkeit</i>	.04	.10
<i>Seh-/Hörvermögen</i>	.18	.07
<i>Angstfreiheit</i>	.10	-.12
<i>Beschwerde-/Schmerzfrei</i>	.11	.05
<i>Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege</i>	-.03	.01
<i>FLZ - Gesundheits-Summenwert</i>	.09	.01

Anmerkungen. $N = 59$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *FLZ-Allgemein* und *FLZ-Gesundheit* sind lineare Kombinationen vorangehender Skalen.

Tabelle C-13: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Skalen des FLZ	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)
<i>Freunde</i>	.14	-.09
<i>Hobbies</i>	-.22	-.19
<i>Gesundheit</i>	.16	.13
<i>Einkommen</i>	.25*	.01
<i>Beruf</i>	.21	.00
<i>Wohnsituation</i>	.25*	.04
<i>Familienleben</i>	.21	.02
<i>Partnerschaft/Sexualität</i>	.11	.23
<i>FLZ - Allgemeiner Summenwert</i>	.25*	.02
<i>Körperliche Leistungsfähigkeit</i>	.35**	.14
<i>Entspannung/Ausgeglichenheit</i>	.17	-.05
<i>Energie/Lebensfreude</i>	.13	.04
<i>Fortbewegungsfähigkeit</i>	.22	.05
<i>Seh-/Hörvermögen</i>	.31*	.18
<i>Angstfreiheit</i>	.26*	.05
<i>Beschwerde-/Schmerzfrei</i>	.32**	-.05
<i>Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege</i>	.13	-.05
<i>FLZ - Gesundheits-Summenwert</i>	.29*	.04

Anmerkungen. $N = 67$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *FLZ-Allgemein* und *FLZ-Gesundheit* sind lineare Kombinationen vorangehender Skalen.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-14: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)

Skalen SEL	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)
<i>Stimmung</i>	-.04	.34
<i>Objektive Beschwerden</i>	-.24	.15
<i>Subjektive Beschwerden</i>	.21	.01
<i>Grundstimmung</i>	-.28	-.01
<i>Soziale Integration/Unterstützung</i>	.18	.07
<i>Lebensorientierung</i>	-.09	.08
<i>Körperlicher Zustand insgesamt</i>	.15	.02
<i>Lebensqualität allgemein</i>	.00	.41*
<i>Körperliche Verfassung</i>	-.19	.17
<i>Kognitiv-emotionale Befindlichkeit</i>	-.21	.15
<i>Gesamtwert SEL Kurzform</i>	-.20	.24

Anmerkungen. $N = 24$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *Kognitiv-emotionale Befindlichkeit*, *Körperliche Verfassung* und *Gesamtwert SEL Kurzform* sind lineare Summenwerte vorangehender Skalen.

* $p < .05$.

Tabelle C-15: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)

Skalen SEL	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Stimmung</i>	-.14	.09
<i>Objektive Beschwerden</i>	-.43*	.15
<i>Subjektive Beschwerden</i>	.33	-.04
<i>Grundstimmung</i>	-.32	.33
<i>Soziale Integration/Unterstützung</i>	.40*	.04
<i>Lebensorientierung</i>	-.02	.32
<i>Körperlicher Zustand insgesamt</i>	-.13	.07
<i>Lebensqualität allgemein</i>	.17	.40*
<i>Körperliche Verfassung</i>	-.33	.14
<i>Kognitiv-emotionale Befindlichkeit</i>	-.24	.32
<i>Gesamtwert SEL Kurzform</i>	-.22	.37

Anmerkungen. $N = 26$, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn). Die Skalen *Kognitiv-emotionale Befindlichkeit*, *Körperliche Verfassung* und *Gesamtwert SEL Kurzform* sind lineare Summenwerte vorangehender Skalen.

* $p < .05$.

Tabelle C-16: Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC zu Beginn der Behandlung mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung

Skalen des QLQ-C30 (ZP2)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.56**
<i>Rollenerfüllung (ZP2)</i>	.46**
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	.68**
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.57**
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	.54**
<i>Globale Lebensqualität (ZP2)</i>	.35*
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP2)</i>	-.56**
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP2)</i>	-.20
<i>Schmerz (ZP2)</i>	-.43**

Anmerkungen. $N = 49$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP2 = Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung).

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-17: Korrelationen der Skala *Emotionale Befindlichkeit* im Patientenbogen des KSPC zu Beginn der Behandlung mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung

Skalen des QLQ-C30 (ZP3)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Patientenbogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	.24
<i>Rollenerfüllung (ZP3)</i>	.31
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.50**
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	.20
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.39*
<i>Globale Lebensqualität (ZP3)</i>	.37*
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP3)</i>	-.40*
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP3)</i>	.05
<i>Schmerz (ZP3)</i>	-.32

Anmerkungen. $N = 49$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP3 = Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle C-18: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.05	.22
<i>Rollenerfüllung (ZP2)</i>	.21	.10
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	.01	.29*
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.07	.24
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	-.11	.15
<i>Globale Lebensqualität (ZP2)</i>	.10	.12
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP2)</i>	-.03	-.17
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP2)</i>	.01	.08
<i>Schmerz (ZP2)</i>	-.17	-.22

Anmerkungen. $N = 47$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP2 = Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung).

* $p < .05$.

Tabelle C-19: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Ärztebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Ärztebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Ärztebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	-.01	.33*
<i>Rollenerfüllung (ZP3)</i>	.05	.07
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.06	.29
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	-.01	-.04
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.18	.29
<i>Globale Lebensqualität (ZP3)</i>	.15	.34*
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP3)</i>	.08	-.21
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP3)</i>	-.02	.25
<i>Schmerz (ZP3)</i>	-.24	-.28

Anmerkungen. $N = 36$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP3 = Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

* $p < .05$.

Tabelle C-20: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.19	.21
<i>Rollenerfüllung (ZP2)</i>	.26	.20
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	.09	.30*
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP2)</i>	.01	.11
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP2)</i>	-.17	.09
<i>Globale Lebensqualität (ZP2)</i>	.16	.15
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP2)</i>	-.01	-.17
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP2)</i>	-.05	.17
<i>Schmerz (ZP2)</i>	-.18	-.38*

Anmerkungen. $N = 48$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP2 = Zeitpunkt zwei (Mitte der Behandlung).

* $p < .05$.

Tabelle C-21: Korrelationen der Skalen *Aktive Mitarbeit* und *Emotionale Befindlichkeit* im Pflegebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung

Skalen des QLQ-C30	<i>Aktive Mitarbeit</i> (Pflegebogen, ZP1)	<i>Emotionale Befindlichkeit</i> (Pflegebogen, ZP1)
<i>Körperl. Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	.20	.33*
<i>Rollenerfüllung (ZP3)</i>	.13	.28
<i>Emotionale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.32	.39*
<i>Kognitive Leistungsfähigkeit (ZP3)</i>	-.08	-.07
<i>Soziale Funktionsfähigkeit (ZP3)</i>	.09	.29
<i>Globale Lebensqualität (ZP3)</i>	.29	.47*
<i>Fatigue/Erschöpfung (ZP3)</i>	.01	-.29
<i>Übelkeit/Erbrechen (ZP3)</i>	-.10	.06
<i>Schmerz (ZP3)</i>	-.20	-.30

Anmerkungen. $N = 38$, QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30, ZP1 = Zeitpunkt eins (Behandlungsbeginn), ZP3 = Zeitpunkt drei (Ende der Behandlung).

* $p < .05$.

Tabelle C-22: Vergleich von Angaben zur Krankheitverarbeitung im Interview und im Fragebogen

Mittelwerte der Skalen des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (Standardabweichung in Klammern)					
Reaktionsformen (Interview)	Depressive Verarbeitung	Aktives probl.-orient. Coping	Ablenkung und Selbstaufbau	Religiosität und Sinnsuche	Bagatelli- sierung und Wunsch- denken
Depress. Verarbeitung	2.11 (0.76)	2.91 (0.88)	2.82 (0.82)	2.29 (0.56)	2.19 (0.85)
Aktiv. probl.-orient. Coping	1.83 (0.61)	3.29 (0.64)	3.17 (0.63)	2.41 (0.77)	1.94 (0.80)
Ablenk./Selbstaufbau	2.21 (1.04)	3.32 (0.57)	2.99 (0.80)	2.43 (0.62)	2.22 (0.97)
Insgesamt	2.03 (0.85)	3.25 (0.66)	3.05 (0.73)	2.40 (0.67)	2.09 (0.88)

Anmerkungen. Depress = Depressive, probl.orient. = problemorientiert, Ablenk. = Ablenkung.

Tabelle C-23: Univariate Varianzanalysen für Coping-Strategien im Interview bezüglich Coping-Strategien im Fragebogen

Abhängige Variablen (Skalen des FKV)	df^a	df^b	F	p
Ablenkung und Selbstaufbau	2	61	1.50	.23
Aktives, problemorientiertes Coping	2	62	1.43	.25
Depressive Verarbeitung	2	61	.89	.42
Bagatellisierung und Wunschdenken	2	61	.14	.87
Religiosität und Sinnsuche	2	62	.79	.46

Anmerkungen. FKV = Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, df = Freiheitsgrade, F = F -Statistik, p = Wahrscheinlichkeitsniveau der F -Statistik.

^a = Freiheitsgrade zwischen den Gruppen, ^b = Freiheitsgrade innerhalb der Gruppen.

Tabellenverzeichnis

Tabellen im Text:

Tabelle 1: Psychologische Kurzfragebögen in der somatischen Medizin (dt. Sprachraum)	33
Tabelle 2: Verfahren zur Bestimmung der Beobachterübereinstimmung	43
Tabelle 3: Inhaltliche Interpretation der Kappa-Statistik	45
Tabelle 4: Allgemeinzustand der Patienten zum Befragungszeitpunkt	60
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen bei der onkologischen Stichprobe	60
Tabelle 6: Häufigkeit und subjektiv erlebte Qualität sozialer Kontakte	64
Tabelle 7: Schwierigkeitsindizes (SI) der Items des Patientenbogens des KSPC	85
Tabelle 8: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen im Patientenbogen	87
Tabelle 9: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Patientenbogens	89
Tabelle 10: Faktorenladungen der Items des Patientenbogens - Drei-Faktoren-Lösung	92
Tabelle 11: Beobachterübereinstimmung (BÜ) bei Einzelitems bei drei Beobachtern	98
Tabelle 12: Schätzung der Beobachterübereinstimmung zwischen Beobachterklassen mittels Ein-Faktoren-Faktorenanalyse	99
Tabelle 13: Schätzung der Beobachterübereinstimmung innerhalb von Beobachterklassen mittels einfaktorieller Faktorenanalyse	99
Tabelle 14: Beobachterübereinstimmung (BÜ) über Einzelitems bei Paaren von Beobachtern	101
Tabelle 15: Innere Konsistenz der Teilskalen des KSPC	107
Tabelle 16: Retest-Reliabilität der Skalen des Patientenbogens	109
Tabelle 17: Retest-Reliabilität der Skalen der Fremdbeurteiler-Bögen (Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC	110
Tabelle 18: Korrelationen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30	113
Tabelle 19: Korrelationen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)	114
Tabelle 20: Korrelationen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)	115
Tabelle 21: Korrelationen der Skalen aus Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen des KSPC mit Skalen des FKV	120
Tabelle 22: Skalen des KSPC und Überlebenszeit (ÜZ)	123
Tabelle 23: Cox-Regression der Skalen des KSPC zur Vorhersage der Überlebenszeit (N = 143)	126

Tabelle 24: Kanonische Korrelationen aller Teilskalen des KSPC	130
Tabelle 25: Kanonische Korrelationen der Skalen des Patientenbogens des KSPC	132
Tabelle 26: Medianwerte Skalen (Patienten-, Ärzte- und Pflegebogen) des KSPC	143
Tabelle 27: χ^2-Tests zwischen Mediengruppen der FKV-Skala <i>Bagatellisierung und Wunschenken</i> und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort	149
Tabelle 28: χ^2-Tests zwischen Mediengruppen der FKV-Skala <i>Ablenkung und Selbstaufbau</i> und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort	152
Tabelle 29: χ^2-Tests zwischen Mediengruppen der FKV-Skala <i>Depressive Verarbeitung</i> und WHO/ECOG-Status, Geschlecht, Diagnosegruppe, krankheitsunabhängigen Belastungen und Befragungsort	153
Tabelle 30: Zusammenfassende Übersicht der Aussagekraft von Skalen des KSPC bei der Subgruppenanalyse	159
Tabelle 31: Häufigkeit der Nennungen von Reaktionsformen im Interview für die gesamte Stichprobe (N = 213)	161
Tabelle 32: Reaktionshierarchie bei Patienten mit niedrigen Werten auf der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> des Patientenbogens	163
Tabelle 33: Reaktionshierarchie bei Patienten mit höheren Werten auf der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> des Patientenbogens	164
Tabelle 34: Reaktionshierarchie bei Patienten mit niedrigeren Werten auf der Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> des Ärztebogens	165
Tabelle 35: Reaktionshierarchie bei Patienten mit höheren Werten auf der Skala <i>Aktive Mitarbeit</i> des Ärztebogens	165
 Tabellen im Anhang:	
Tabelle C-1: Schwierigkeitsindizes (SI) der Fragen des Ärztebogens des KSPC	216
Tabelle C-2: Schwierigkeitsindizes (SI) der Fragen des Pflegebogens des KSPC	217
Tabelle C-3: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen des Ärztebogens	218
Tabelle C-4: Konvergente und diskriminante Trennschärfekoeffizienten der Fragen des Pflegebogens	219
Tabelle C-5: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Ärztebogens	220
Tabelle C-6: Homogenität als Item-Interkorrelation der Items des Pflegebogens	221
Tabelle C-7: Komponenten der rotierten Faktorenlösung für Fragen des Ärztebogens	222

<u>Tabelle C-8: Komponenten der rotierten Faktorenlösung für Fragen des Pflegebogens</u>	223
<u>Tabelle C-9: Faktorenbildung über alle 27 Items des KSPC</u>	224
<u>Tabelle C-10: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30</u>	225
<u>Tabelle C-11: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen des KSPC mit Skalen des QLQ-C30</u>	226
<u>Tabelle C-12: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)</u>	227
<u>Tabelle C-13: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen des KSPC mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit (FLZ)</u>	228
<u>Tabelle C-14: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)</u>	229
<u>Tabelle C-15: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen des KSPC mit Dimensionen der Skalen zur Lebenszufriedenheit (SEL)</u>	230
<u>Tabelle C-16: Korrelationen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC zu Beginn der Behandlung mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung</u>	231
<u>Tabelle C-17: Korrelationen der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen des KSPC zu Beginn der Behandlung mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung</u>	232
<u>Tabelle C-18: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung</u>	233
<u>Tabelle C-19: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung</u>	234
<u>Tabelle C-20: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Mitte der Behandlung</u>	235
<u>Tabelle C-21: Korrelationen der Skalen <i>Aktive Mitarbeit</i> und <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Pflegebogen des KSPC zu Behandlungsbeginn mit Skalen des QLQ-C30 bei Ende der Behandlung</u>	236
<u>Tabelle C-22: Vergleich von Angaben zur Krankheitverarbeitung im Interview und im Fragebogen</u>	237
<u>Tabelle C-23: Univariate Varianzanalysen für Coping-Strategien im Interview bezüglich Coping-Strategien im Fragebogen</u>	238

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen im Text:

<u>Abbildung 1: Vier Dimensionen der Lebensqualität nach Küchler: Erlebensdimension, Zeitdimension, Bezugsdimension und Beobachterperspektive</u>	15
<u>Abbildung 2: Lineares Strukturmodell des Zusammenhangs zwischen den latenten Konstrukten Coping-Stil und Psychologische Anpassung bei einer Stichprobe von Brustkrebspatientinnen (N = 100)</u>	26
<u>Abbildung 3: Ablaufschema der Patientenbefragung und der Patienteneinteilung beim psychosozialen Screening-Programm am John Hopkins Hospital in Baltimore, MD, USA</u>	34
<u>Abbildung 4: Altersverteilung der Gesamtstichprobe (N = 400) in 10-Jahres-Intervallen</u>	59
<u>Abbildung 5: Patientenzahlen gemäß dem zeitlichen Abstand zwischen Erstdiagnose und Behandlungsbeginn in Monaten (N = 253)</u>	61
<u>Abbildung 6: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Patientengruppen mit den Diagnosen Bronchialkarzinom, Lymphom, Kopf-Hals-Tumor und anderen Karzinomen</u>	62
<u>Abbildung 7: Vier-Felder-Schema möglicher Kombinationen der diagnostischen Urteile bei der Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit durch den Patienten und den behandelnden Arzt mit Hilfe des KSPC</u>	81
<u>Abbildung 8: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Extremgruppen (1. und 4. Quartil) von Patienten; gebildet anhand der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Ärztebogen</u>	124
<u>Abbildung 9: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Extremgruppen (1. und 4. Quartil), gebildet anhand der Skala <i>Emotionale Befindlichkeit</i> im Patientenbogen</u>	125
<u>Abbildung 10: Lineares Strukturmodell mit standardisierten Koeffizienten der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der emotionalen Befindlichkeit von Patient, Arzt und Pflegeperson (unter der Annahme unterschiedlicher latenter Konstrukte) und deren Zusammenhänge zur Einschätzung der emotionalen Lebensqualität durch den Patienten</u>	137
<u>Abbildung 11: Kumulative Überlebenszeitwahrscheinlichkeiten für Patientengruppen, gebildet anhand der Skala <i>Bagatellisierung und Wunschdenken</i> des FKV (N = 53)</u>	147

Abbildungen im Anhang:

<u>Abbildung B-1: Häufigkeiten der Befragungen pro Befragungsort (N = 230)</u>	213
<u>Abbildung B-2: Nicht passendes lineares Strukturmodell des Zusammenhangs zwischen den zusammengefassten Einschätzungen der emotionalen Befindlichkeit von Patient, Arzt und Pflegeperson einerseits und der Einschätzung der emotionalen Lebensqualität durch den Patienten andererseits</u>	214