

4. Ergebnisse

4.1 Teilnehmende Patienten und Angehörige und Vollständigkeit des Datenmaterials

Mit 107 Patienten konnten Interviews durchgeführt werden. Kein angesprochener Patient verweigerte seine Teilnahme an der Studie.

Bei den Fragebogen der Angehörigen waren 68 Bogen rückläufig (63,5 Prozent). Die Gründe für die Nichtbeantwortung durch diese Gruppe sind in Tab. 4.1 aufgeführt.

Tab. 4.1: Gründe für die Nichtbeantwortung von Angehörigenbogen (Prozent)

kein Rücklauf	26 (24,3)
allein stehend	5 (4,7)
Mitnahme abgelehnt durch Patient	8 (7,5)
gesamt	39 (36,5)

Vollständigkeit des Datenmaterials

Bei den Fragebogensets der Patienten liegen 107 komplett ausgefüllte Fragebogensets vor. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei bestimmten Themenbereichen wie Grad der Aufklärung der Patient aufgrund der aktuellen Situation während des Interviews bzw. vorheriger Absprache mit dem behandelnden Arzt nicht direkt befragt werden konnte. Hierfür wurde die Kategorie „im Interview nicht möglich“ eingeführt. Von 68 Angehörigen äußerten sich nicht alle zu allen Fragen. Eine ausführliche Darstellung erfolgt im entsprechenden Abschnitt.

Bei beiden Befragungen ist anzumerken, dass auf die Frage nach der Person und Institution, die am besten betreut, in den meisten Fällen Mehrfachnennungen vorgenommen wurden, da sich die Befragten nicht auf eine Person oder Institution festlegen wollten oder konnten.

4.2 Soziodemographische Struktur der Stichprobe

4.2.1 Alter und Geschlecht

Am Interview nahmen 52 Männer (48,6 Prozent) und 55 Frauen (51,4 Prozent) teil. Das **Durchschnittsalter** der Patientenstichprobe beträgt 65,5 Jahre (SD 11,8). Die Frauen haben dabei ein mittleres Alter von 63,2 Jahren (SD 11,17), die Männer von 67,8 Jahren (SD 12,09). (Tab. 4.2). Der Altersunterschied zwischen Männer und Frauen ist signifikant ($p=0,0438$).

Tab. 4.2 : Alter

Alter (in Jahren)	Männer	Frauen	Total
Mittelwert	67,8	63,2	65,5
Median	71,0	64,0	67,0
Spannweite	36-89	39-86	36-89
Standardabweichung	12,09	11,17	11,80

Die **Altersverteilung** für die gesamte Stichprobe in 10-Jahresabständen ergibt sich aus Abb. 4.1.

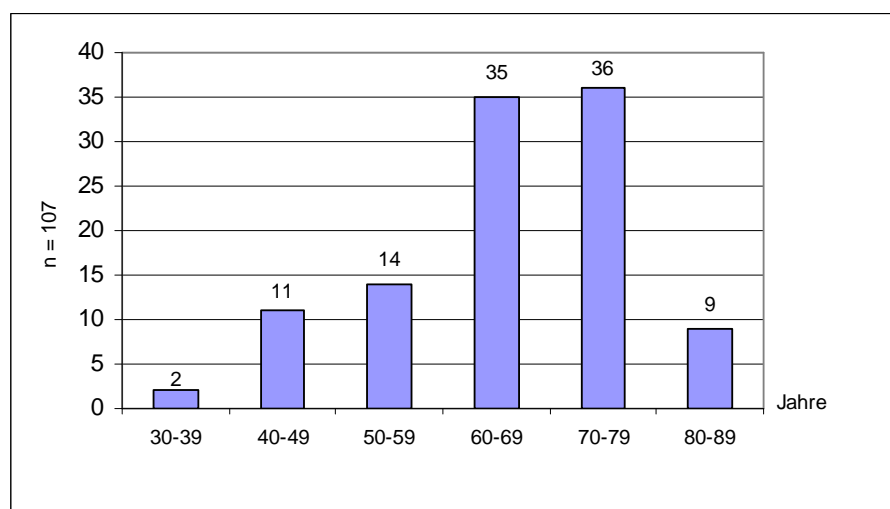


Abb. 4.1: Altersgruppenverteilung

4.2.2 Hauptaufenthaltort, Hauptbezugsperson und Wohnsituation

Der Schwerpunkt des **Hauptaufenthaltortes** der hausärztlich palliativ versorgten Tumorpatienten lag bei $n = 104$ Patienten (97,2 Prozent) zu Hause. Nur $n = 1$ Patient (0,9 Prozent) befand sich im Pflegeheim und $n = 2$ Patienten (1,9 Prozent) in einer Einrichtung des betreuten Wohnens.

Unter dem Punkt **Hauptbezugsperson** wurde nach derjenigen Person gefragt, welche in diesem Krankheitsstadium die größte Stütze und der beste Ansprechpartner für den Patienten ist. Diese Person wurde im Anschluss auch gebeten, den Bogen der nahe stehenden Person auszufüllen (Abb. 4.2)

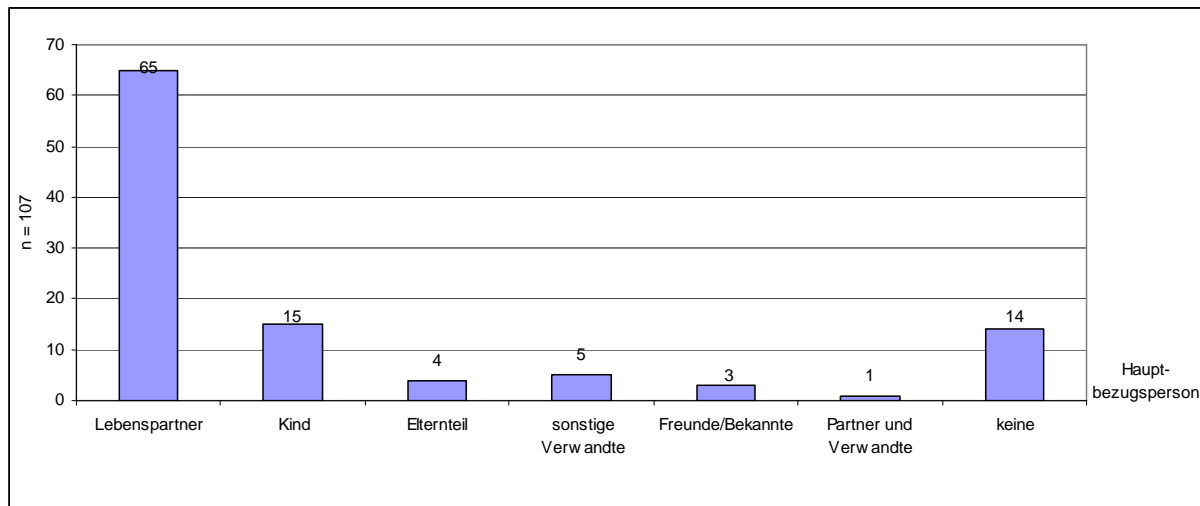


Abb. 4.2: Hauptbezugsperson des Patienten

Zur **Wohnsituation** wurden folgende Angaben gemacht:

die Mehrheit von $n = 79$ der Patienten (73,8 Prozent), lebt mit Angehörigen zusammen, $n = 22$ Patienten (20,6 Prozent) leben alleine und $n = 6$ Patienten (5,6 Prozent) leben in einem Pflegeheim, in einer Einrichtung des betreuten Wohnens und sonstigen Wohnsituationen, d.h. dass sie in einer Wohngemeinschaft oder an mehreren Wohnsitzen leben.

4.3 Medizinische Struktur der Stichprobe

4.3.1 Tumorart und TNM-Klassifikation

Die erfassten Tumorarten sind in Tab. 4.3 dargestellt.

Tab. 4.3 : Tumorart

Tumorhauptgruppe	Unterteilung	Anzahl
Kolon-Ca		22
	Coecum-Ca	2
	Kolon-Ca	10
	Sigma-Ca	1
	Rektum-Ca	9
Mamma-Ca		17
Bronchial-Ca		16
Magen-Ca		11
Plasmozytom		8
Prostata-Ca		7
Pankreas-Ca		6
Sonstige:		20
	Leber-Ca	3
	Hämoblastom	3
	Leiomyosarkom	2
	Lymphom	2
	Ovarial-Ca	2
	CUP-Syndrom	2
	Cholangioläres-Ca	1
	Immunozytom	1
	Thymus-Ca	1
	Uterus-Ca	1
	Oesophagus-Ca	1
	Nieren-Ca	1
Gesamtzahl		107

Die **Verteilung nach Geschlecht** zeigt Abb. 4.3.

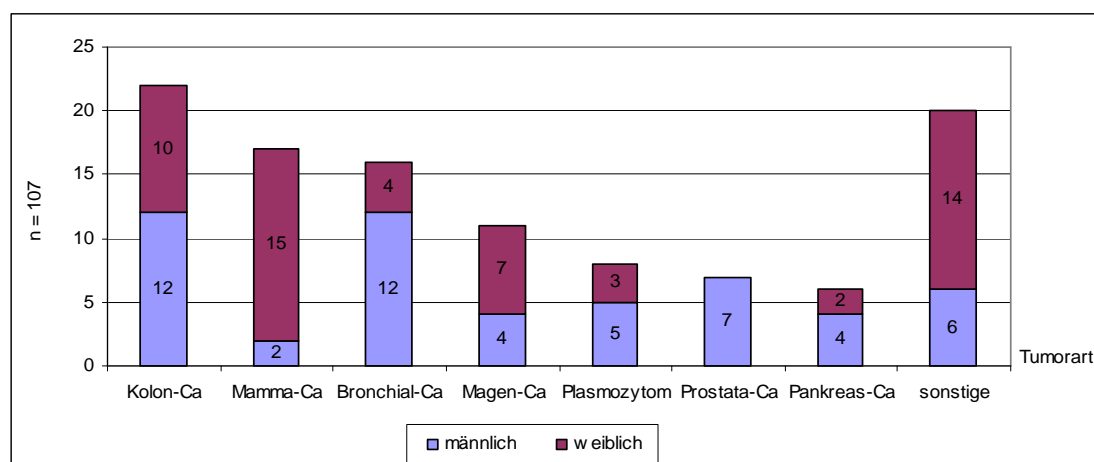


Abb. 4.3: Geschlechtsverteilung der Tumorarten

Zur histopathologischen Differenzierung der malignen Tumore nach den Richtlinien der UICC im Rahmen der TNM-Klassifikation konnte bei einer Gesamtzahl von $n = 45$ vorhandenen TNM-Klassifikationsangaben, in 33 Fällen eine Aussage getroffen werden. Der Hauptanteil lag mit $n = 18$ Patienten im Bereich des Grads 2 (G2 = mäßig differenziert), $n = 14$ Patienten hatten Grad 3 (G3 = schlecht differenziert). Bei einer Person wurde Grad 1 (G1 = gut differenziert) diagnostiziert.

4.3.2 Metastasierung zum Interviewzeitpunkt

Da nur bei $n = 45$ (42,5 Prozent) der Patienten TNM-Klassifikationen zu ermitteln waren, wurde zusätzlich das Vorhandensein von Metastasen zum Interviewdatum dokumentiert, um in diesem Krankheitsstadium eine bessere Einschätzung des Gesundheitszustands abgeben zu können. Hierbei hatten $n = 85$ Patienten (79,4 Prozent) Metastasen, $n = 22$ Patienten (20,6 Prozent) waren im palliativen Behandlungsstadium ohne Metastasen. Die Lokalisation der Metastasen ist in Abb. 4.4 dargestellt.

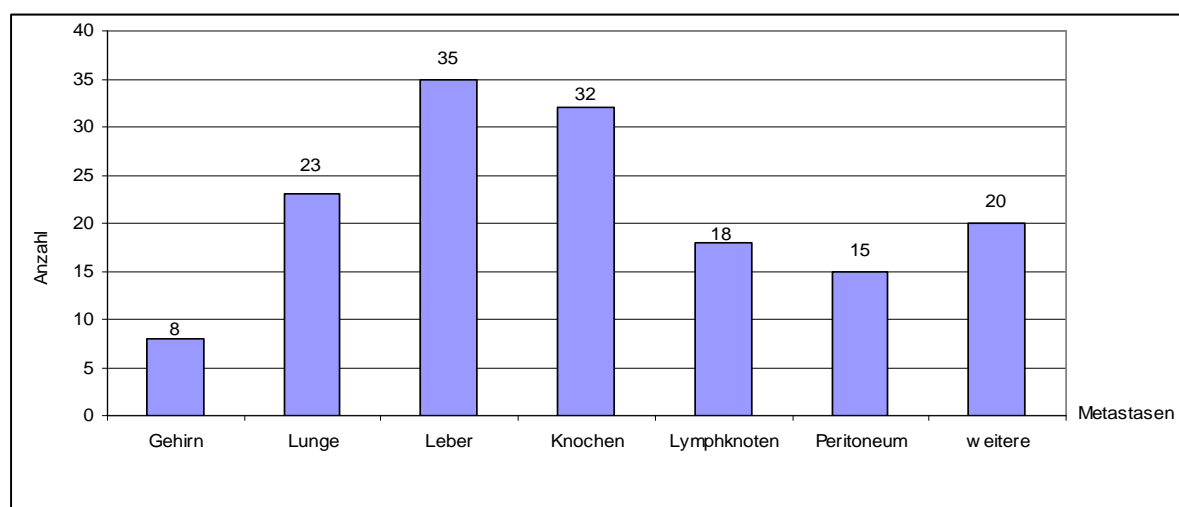


Abb. 4.4: Lokalisation von Metastasen zum Zeitpunkt des Interviews

4.3.3 Behandlungen seit Erstdiagnose und Dauer der Tumorerkrankung

Im Rahmen der Tumorbehandlung wurde nach den erfolgten **operativen, chemotherapeutischen und radiologischen Behandlungen** seit der Erstdiagnose des Tumorleidens gefragt. Operationen wurden bei $n = 63$ Patienten (60 Prozent), Chemotherapien bei $n = 100$ Patienten (93,5 Prozent) und eine Radiatio bei $n = 38$ (35,5 Prozent) durchgeführt.

Die **Dauer der Tumorerkrankung** wird als Zeitspanne der Erstdiagnose bis zum Interviewdatum angegeben. Der Mittelwert der Erkrankungsdauer beträgt 3,5 Jahre (SD 4,3) in Bezug auf die gesamte Stichprobe. Männer haben eine durchschnittliche Erkrankungsdauer von 2,7 Jahren (977 Tage) und Frauen von 4,3 Jahren (1556 Tage). Diese Differenz verfehlt knapp das Signifikanzniveau ($p = 0,0521$). Die Verteilung der Erkrankungsdauer in Einjahresschritten bzw. bis zu 16, 17 und 21 Jahren ist in Abb. 4.5 dargestellt.

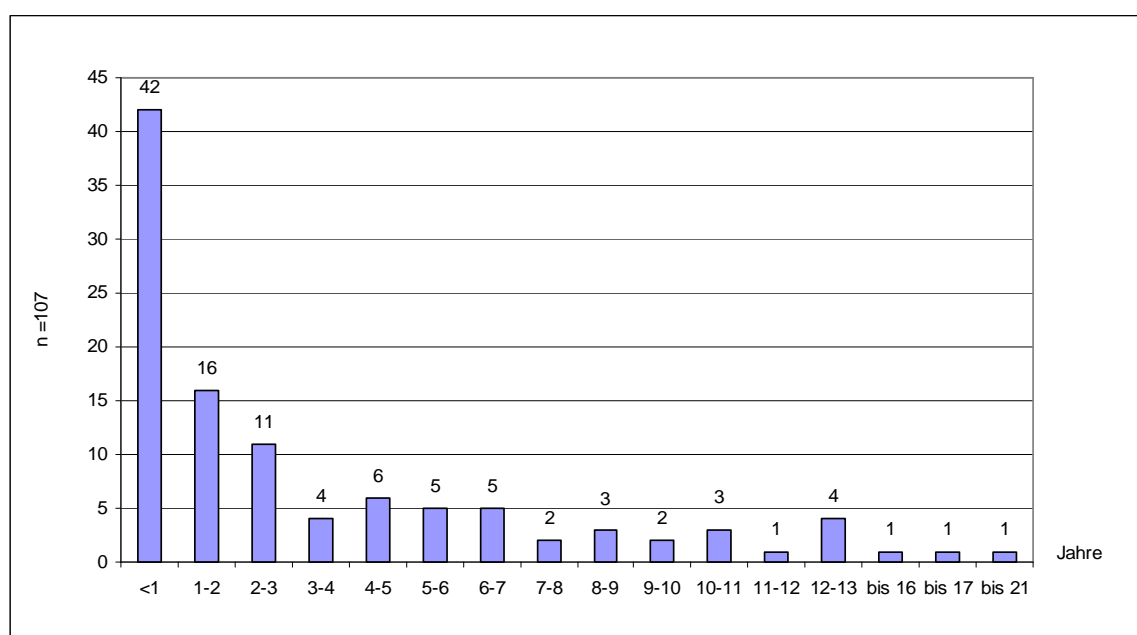


Abb. 4.5: Verteilung der Erkrankungsdauer in Jahren

Bei Betrachtung der kumulativen Häufigkeiten der Erkrankungsdauer sind $n = 42$ (39,3 Prozent) der Patienten bereits innerhalb eines Jahres nach der Erstdiagnose in einer palliativen Behandlungsphase. In $n = 42$ (39,3 Prozent) Fällen ist die palliative Situation in einem Zeitraum nach einem bis 5 Jahren nach Erstdiagnose der Tumorerkrankung eingetreten. Nach 6 bis 10 Jahren Krankheitsdauer ist sie bei $n = 15$ Patienten (14,2 Prozent) festzustellen und bei weiteren $n = 8$ (7,2 Prozent) während einer Erkrankungszeit von 11 bis 21 Jahren.

4.3.4 Sterbedaten, Überlebenskurven

Bis 09. Juli 2006 sind 45 Patienten verstorben. Davon sind 22 Männer und 23 Frauen. In n = 42 Fällen konnte der Sterbeort ermittelt werden (Abb. 4.6).

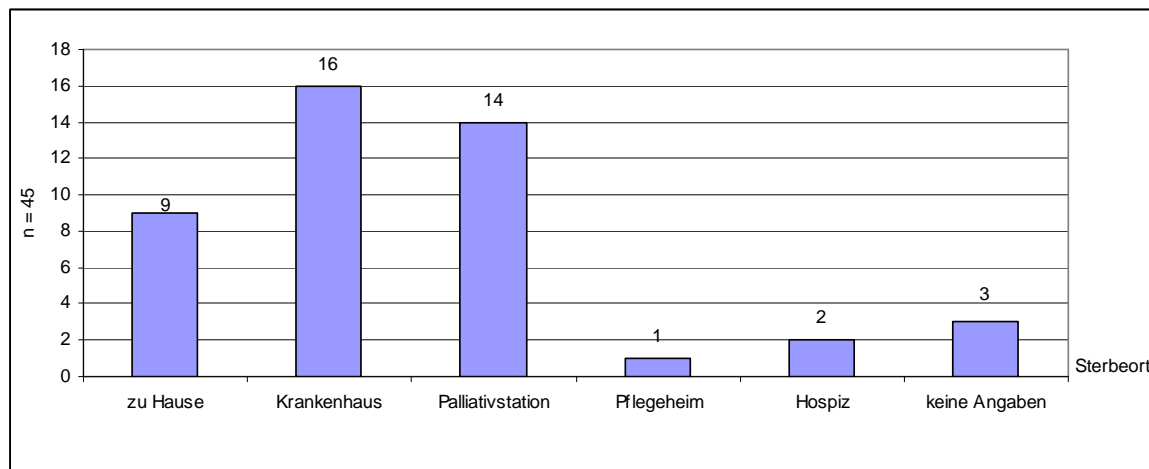


Abb. 4.6: Sterbeorte

In den **Überlebenskurven** (Abb. 4.7) wird dargestellt, nach wie vielen Tagen wie viel Prozent der Patienten überlebt haben. Als Überlebenszeit wird der Zeitraum vom Zeitpunkt des Interviews bis zum Sterbedatum angesetzt. Der Median für alle befragten Patienten liegt bei 344 Tagen. Das Konfidenzintervall hat seine untere Schranke bei 283 Tagen und seine obere bei unendlich. Bei der getrennten Betrachtung beider Geschlechter ergibt sich für die Männer ein Median von 283 und für die Frauen von 320 Tagen.

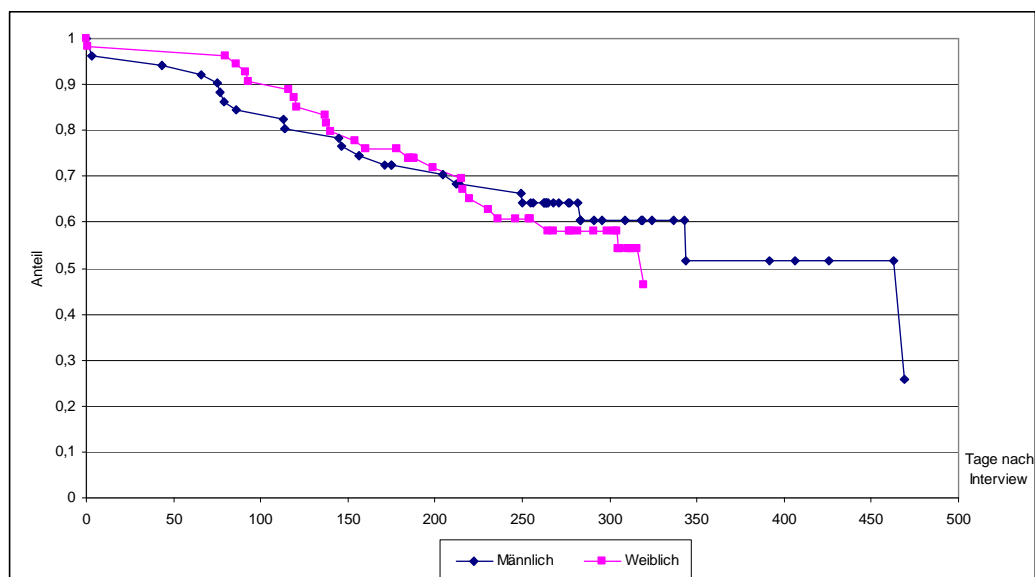


Abb. 4.7: Überlebenskurven nach Geschlecht

4.3.5 Komorbidität

Um ein Gesamtbild des Gesundheitszustandes der Patienten zu erhalten, sind die neben der Tumorerkrankung bestehenden Diagnosen in größeren Einzelgruppen erfasst worden (Abb. 4.8). Insgesamt zeigt sich, dass n = 91 Patienten (85,1 Prozent) eine oder mehrere weitere Diagnosen aufweisen. Bei n = 16 Patienten (14,9 Prozent) bestehen keine weiteren Diagnosen.

Bei vorhandener Komorbidität liegt der Schwerpunkt auf kardio-vaskulären Krankheitsbildern wie Hypertonie oder Herzinsuffizienz, im endokrinologischen Bereich sind Diabetes mellitus und Schilddrüsenerkrankungen zusammengefasst, Erkrankungen auf dem orthopädischen Gebiet sind in der überwiegenden Mehrzahl degenerative Gelenkerkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und der großen Gelenke. Bei nephrologischen Diagnosen ist es vor allem die Niereninsuffizienz. In die Kategorie gastro-intestinale Diagnosen wurden Refluxösophagitis und Ulcerationen aufgenommen, in die des respiratorischen Anteils COPD und Asthma. Unter die psychischen Diagnosen fallen ausschließlich Depressionen. Unter den Anteil der sonstigen Erkrankungen fallen alle Erkrankungen, die nicht in einer statistisch relevanten Häufigkeit aufgetreten sind, wie zum Beispiel Erkrankungen im ophthalmologischen, urologischen oder gynäkologischen Bereich.

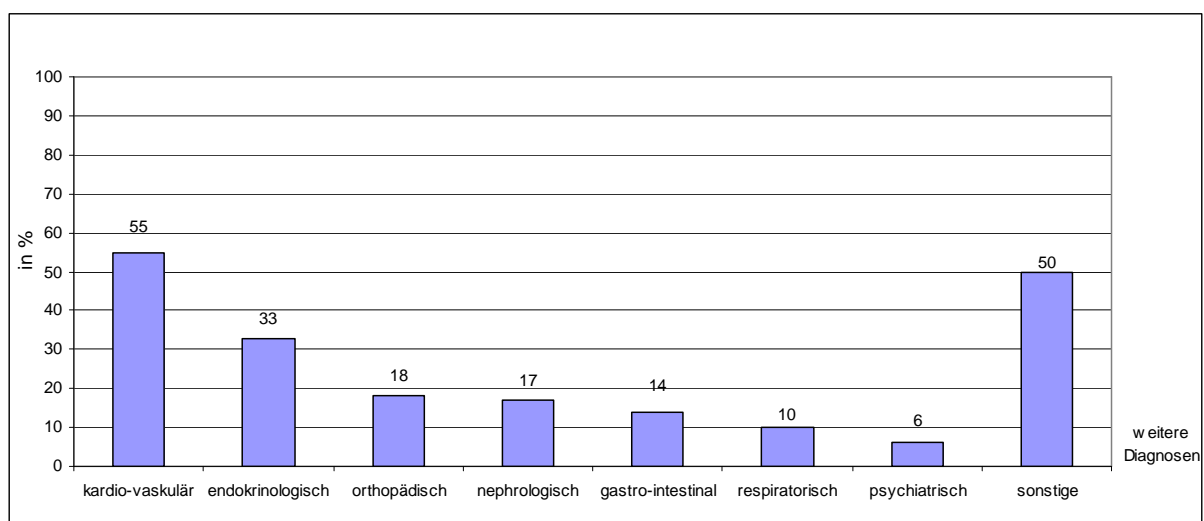


Abb. 4.8: Verteilung der weiteren Diagnosen

4.3.6 Aktivitätsniveau der Patientenstichprobe

4.3.6.1 Pflegestufe und ambulante Hilfsdienste

Eine **Pflegestufe** lag insgesamt bei $n = 12$ Patienten (11,2 Prozent) vor. Der überwiegende Anteil von $n = 95$ Patienten (88,8 Prozent) hatte keine Pflegestufe. Hilfe durch einen **Pflegedienst** erhielten $n = 6$ Patienten (5,5 Prozent), beantragt hatten diese ebenso $n = 6$ Patienten (5,5 Prozent). Die Mehrzahl von $n = 95$ Patienten (89 Prozent) war nicht auf die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst angewiesen. Ein ambulanter **Hospizdienst** war nur in einem Fall beantragt worden und wird sonst von keinem Patienten in Anspruch genommen.

4.3.6.2 Karnofsky-Index

Der Mittelwert des Karnofsky-Index liegt bei 65,42, so dass im Mittel die Patienten nicht arbeitsfähig sind, aber eine weitgehende Selbstversorgung gegeben ist. Männer erreichen einen Mittelwert von 65,0 und Frauen von 65,8 (Tab 4.4).

Tab. 4.4: Karnofsky-Index nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre) n	Männer				Frauen				Total
	unter 60	60 – 69	70 - 89	gesamt	unter 60	60 – 69	70 - 89	gesamt	
	10	13	29	52	17	22	16	55	107
Mittelwert	68	63,1	64,8	65,0	65,9	67,7	63,1	65,8	65,4
Minimum	50	50	30	30	50	50	40	40	30
Maximum	80	80	90	90	90	90	90	90	90
SD	7,9	11,1	16,0	13,5	8,7	10,2	13,0	10,6	12,1

4.3.6.3 Funktionsstatus (ECOG)

Mit Hilfe des Funktionsstatus der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) wird eingeschätzt, wie hilfsbedürftig ein Patient ist (Abb. 4.9).

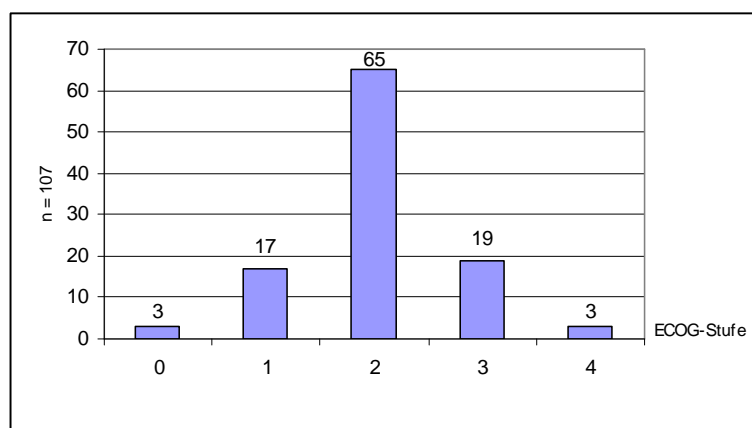


Abb. 4.9: ECOG-Stufeneinteilung

Der Mittelwert der ECOG-Einstufung beträgt 2,0. Somit sind im Mittel die Patienten nicht arbeitsfähig und können mehr als 50 Prozent der Wachzeit aufstehen. Die Gruppe der Männer und Frauen hat jeweils einen Mittelwert von 2,0. Die weitere Untergliederung in Altersgruppen und Geschlecht erfolgt in Tab. 4.5.

Tab. 4.5: ECOG nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre) n	Männer				Frauen				Total
	unter 60	60 - 69	70 - 89	gesamt	unter 60	60 - 69	70 - 89	gesamt	
	10	13	29	52	17	22	16	55	107
Mittelwert	1,9	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	2,3	2,0	2,0
Minimum	3	3	4	4	3	3	4	4	4
Maximum	1	1	0	0	1	0	0	0	0
SD	0,6	0,6	0,9	0,8	0,4	0,8	0,9	0,75	0,8

4.3.7 Medikation

4.3.7.1 Allgemeine Medikation

Bei n = 106 Patienten war eine allgemeine Medikation vorhanden. Ein Patient hatte keinerlei allgemeine Medikation oder Schmerzmedikation. Bei 83,2 Prozent (n = 89) der Patienten wurde das Medikament durch die onkologische Ambulanz oder das zuletzt behandelnde Krankenhaus **verordnet**. An zweiter Stelle stehen die Hausärzte mit 61,7 Prozent. Danach folgt die Verschreibung durch einen Facharzt (4,7 Prozent) und durch die Gruppe „Sonstige“ (2,8 Prozent). Dies sind entweder Selbstmedikationen durch den Patienten oder Verordnungen durch einen Heilpraktiker.

In 53,3 Prozent waren **Änderungen** vorgenommen worden. Bei 42,1 Prozent wurden Änderungen durch das zuletzt behandelnde Krankenhaus bzw. die onkologische Ambulanz durchgeführt. In 10,3 Prozent der Fälle war es der Hausarzt und bei 0,9 Prozent ein weiterer Facharzt bzw. bei 1,9 Prozent eine sonstige Person, wie ein Heilpraktiker oder den Patienten selbst.

Die **Gründe für die Änderung** der Medikation liegen in 4 Bereichen:

- Neu-, Um- oder Absetzen eines Medikaments (21,5 Prozent)
- Unverträglichkeitsreaktionen (10,3 Prozent)
- Dosisänderungen (5,6 Prozent)
- sonstige Gründe (13,1 Prozent) (z.B. Beendigung einer Antibiose, Wegfall eines Medikaments aufgrund Besserung oder Abklingen von Beschwerden oder Einstellung von Quickwerten).

4.3.7.2 Einnahmemodalitäten

Eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten ist bei der überwiegenden Mehrheit von 93,5 Prozent notwendig. Eine Notfallmedikation lag nur bei 5,6 Prozent vor. Von $n = 48$ Personen (44,9 Prozent) wurde eine Bedarfstherapie angegeben.

4.3.7.3 Medikamentengruppen

Die eingenommenen Medikamentengruppen sind in Tab. 4.6 dargestellt.

Tab. 4.6: Medikamentengruppen

Medikamentengruppe	Patientenanzahl
Kardiaka	53
Antiemetika	22
Antidiabetika	20
Diuretika	20
Sedativa/ Anxiolytikum	16
Antidepressiva	12
Kortikosteroide	11
Laxantien	11
Hormontherapie	10
Bisphosphonate	9
Antibiotika	3
Antiepileptika	3
Sonstige	71
Antikoagulantien	
Levothyroxin	
Allopurinol	
Protonenpumpenhemmer	
Beta-Mimetika	
Elektrolyte	
Mineralstoffe	
Vitaminpräparate	
Alternative Medikation	21
Mistel/Thymus	

4.3.8 Schmerzmedikation

Eine Schmerzmedikation ist bei $n = 56$ Personen (52,3 Prozent) angesetzt. In $n = 51$ Fällen (47,7 Prozent) besteht keine Schmerzmedikation.

4.3.8.1 Nichtopioid Analgetika

Bei $n = 44$ Patienten (41,1 Prozent) ist ein nichtopioides Analgetikum eingesetzt. In $n = 2$ Fällen wurde eine **Zeitangabe** zur Einnahme angegeben. Bei $n = 42$ Patienten, die eine solche Schmerzmedikation erhalten, ist eine entsprechende Zeitangabe zur Einnahme nicht vorhanden. Die verwendeten **Substanzen** sind Metamizol, Diclofenac, Ibuprofen, Paracetamol, Acetylsalicylsäure, Celecoxib und Flupirtin. Als regelmäßige Basismedikation sind sie bei $n = 26$ Patienten verordnet. In $n = 21$ Fällen sind sie als reine Bedarfsmedikation oder als Ergänzung zur bestehenden Basismedikation angesetzt und in einem Fall sind sie eine Medikation für den Notfall.

Die **Indikation für eine Schmerztherapie** sind in diesem Bereich in n = 42 Fällen tumorbedingte Schmerzen, bei n = 1 Patient Knochenschmerzen und bei n = 1 Patient Muskelschmerzen.

4.3.8.2 Niedrigpotente Opiode

Bei n = 13 Patienten (12,2 Prozent) ist ein Schmerzmedikament mit niedrigpotenten Opioiden angeordnet. Bei keinem der Patienten wurde ein genaues **Einnahmeschema** nach der Uhrzeit angegeben. Die verwendeten **Substanzen** sind Tramadol und Tilidin. Von n = 8 Patienten werden sie als Basismedikation eingenommen und/oder in n = 8 Fällen sind sie Bedarfsmedikation, die zur Basismedikation höher dosiert werden kann oder alleinige Bedarfsmedikation. Die **Indikation** ist bei allen n = 13 Patienten ein tumorbedingter Schmerz.

4.3.8.3 Hochpotente Opiode

Hochpotente Opiode sind bei n = 26 Patienten (24,3 Prozent) verordnet. Eine genaue Angabe von **Einnahmezeiten** liegt in n = 18 Fällen (75 Prozent) vor. In n = 8 Anordnungen (7,5 Prozent) fehlt sie. Zu den verordneten **Substanzen** gehören Buprenorphin, Fentanyl, Morphin, Hydromorphon und Oxycodon. Bei n = 24 Patienten gehören diese Analgetika zur Basismedikation. Als reine Bedarfsmedikation oder in einer höheren Dosierung bei Bedarf werden sie in n = 5 Fällen eingesetzt und für eine Notfallindikation wurden sie bei n = 2 Patienten angeordnet, in einem Fall ist dies auch eine entsprechend höhere Dosis in Ergänzung zur Bedarfsmedikation und in einem Fall ist es eine reine Medikation für eine Notfallsituation. Die **Indikation** für hochpotente Opiode sind in n = 24 Fällen tumorbedingte Schmerzen, in je einem Fall Knochenschmerzen und Osteoporoseschmerzen.

4.3.8.4 Verordnungskombinationen von nichtopioiden, niedrig- und hochpotenten Opioiden

Mehrere Medikamente der nichtopioiden Analgetika waren in n = 9 Fällen verschrieben. Eine Kombination von nichtopioiden Schmerzmedikamenten mit niedrigpotenten Opioiden wird bei n = 7 (6,5 Prozent) der Patienten eingesetzt. Nichtopioiden Schmerzmedikamente in Kombination mit hochpotenten Opioiden

haben $n = 20$ (18,7 Prozent) der behandelten Patienten. Die gemeinsame Einnahme von niedrig- mit hochpotenten Opioiden ist in $n = 3$ (2,8 Prozent) Fällen angesetzt.

4.3.8.5 Koanalgetika

In 5 Fällen sind Koanalgetika in der Schmerztherapie eingesetzt. Die verwendeten **Substanzen** sind Pregabalin, Dexamethason, Amitryptilin und Prednison. Sie werden alle regelmäßig in der Basismedikation der Patienten eingesetzt. Die **Indikation** ist in allen Fällen ein neuropathischer Schmerz. In allen $n = 5$ Fällen erfolgt der Einsatz des Koanalgetikums in Kombination mit hochpotenten Opioiden.

4.3.8.6 Adjuvantien

Bei $n = 30$ mit Schmerzmedikamenten behandelten Patienten sind Adjuvantien in der Schmerztherapie eingesetzt. Die verwendeten **Substanzen** sind Esomeprazol, Pantoprazol, Omeprazol, Metoclopramid, Lactulose, Bisacodyl, Ranitidin, Haloperidol, Levomepromazin, Planta ovata, Paraffin und Dimeticon. In $n = 29$ Fällen gehören die Adjuvantien zur Basismedikation. Bei $n = 1$ Patienten sind sie als Bedarfsmedikation verordnet. Die **Indikationen** sind Magenschutz, Obstipation, Übelkeit und Diarrhoe.

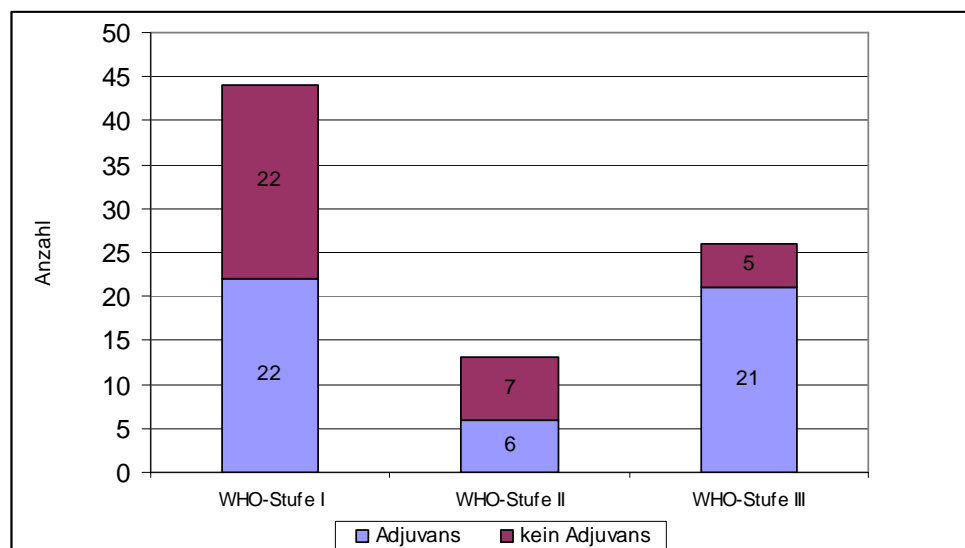


Abb. 4.10: Kombination mit Adjuvantien in den einzelnen WHO-Stufen

Die Verordnung der Adjuvantien geschieht in der Gruppe der nichtopioiden Analgetika in $n = 22$ Fällen (20,6 Prozent insgesamt) von $n = 44$ Fällen, die eine derartige Schmerzmedikation erhalten. Wenn ein niedrigpotentes Opioid verordnet wurde, ist in $n = 6$ von $n = 13$ Fällen ein Adjuvans mit angesetzt. Bei der Gabe eines

hochpotenten Opioids zur Schmerzmedikation sind $n = 21$ der $n = 26$ Patienten, die ein solches benötigen, mit einer adjuvanten Medikation ausgestattet (Abb. 4.10).

4.3.8.7 Verordnung und Änderung der Schmerzmedikation

In jeweils $n = 30$ Fällen wurde die Schmerzmedikation durch den Hausarzt bzw. die Klinik oder onkologische Ambulanz verordnet. Bei $n = 3$ Patienten wurde sie durch einen weiteren Facharzt und in $n = 2$ Fällen durch eine sonstige Stelle angesetzt. In manchen Fällen wurden die Analgetika von Hausarzt und Klinik/Ambulanz verordnet.

In den 6 Monaten vor dem Interview mussten bei $n = 17$ (30 Prozent) der Patienten **Änderungen** in der Schmerzmedikation durchgeführt werden. Diese wurden in $n = 4$ Fällen (7 Prozent) durch den Hausarzt ausgeführt, in $n = 12$ Fällen (21,5 Prozent) durch die zuvor behandelnde Klinik bzw. die onkologische Ambulanz. In einem Fall war es eine sonstige Stelle.

Die **Gründe für eine Änderung** der Schmerzmedikation gliedern sich in die Bereiche Höherdosierung und Ansetzen eines neuen Medikaments. In $n = 16$ Fällen war eine Dosiserhöhung alleine oder in Kombination mit dem Neuansetzen eines Schmerzmedikaments erforderlich. Ein Neuansetzen als alleinige Maßnahme oder in Kombination mit der Neuverordnung eines Schmerzmedikaments war in $n = 9$ Fällen notwendig.

4.3.9 Medikation bei Angst und Depressivität

Ein Anxiolytikum bzw. Sedativum (Benzodiazepine, Baldrian und Chlordiazepoxid) wird bei $n = 16$ Patienten eingesetzt. In $n = 11$ Fällen ist die Indikation Unruhe bzw. Angst. In $n = 5$ Fällen besteht die Indikation aufgrund von Schlafstörungen. Antidepressiva (Amitryptilin, Citalopram, Moclobemid, Zopiclon) sind bei $n = 12$ Patienten verordnet. Bei $n = 11$ Patienten aufgrund einer Depression und bei $n = 1$ Patienten aufgrund eines Tinnitus.

4.3.10 Palliative Chemotherapie und Radiatio

Eine palliative **Chemotherapie** wird bei einer Anzahl von 82 Patienten (76,4 Prozent) durchgeführt, $n = 25$ Patienten (23,4 Prozent) erhalten keine palliative Chemotherapie. Bei 12,2 Prozent der Patienten erfolgte eine Umstellung der Chemotherapie in den letzten 6 Monaten vor dem Interview. Eine

Antikörpertherapie erhalten n = 14 Patienten. Eine palliative **Radiatio** wird bzw. wurde bei n = 9 Patienten (8,4 Prozent) angewandt.

4.3.11 Weitere Therapien

4.3.11.1 Alternative Behandlungen

Unter dem Abschnitt alternative Behandlungen wurde gefragt, ob die Patienten neben der medizinischen Versorgung noch weitere Therapien z.B. bei einem Heilpraktiker oder einer anthroposophischen Einrichtung erhalten.

In n = 24 (22,4 Prozent) Fällen besteht eine weitere Betreuung neben der reinen schulmedizinischen Versorgung. N = 83 (77,7 Prozent) der Patienten waren in rein schulmedizinischen Behandlung. Innerhalb der Gruppe der alternativ mitbehandelten Patienten wurden n = 17 (15,9 Prozent) mit Mistelspritzen behandelt und n = 7 waren in einer sonstigen Behandlung bei einem Heilpraktiker.

4.3.11.2 Anwendung alternativer Therapieverfahren

In n = 7 Fällen wurden Naturheilverfahren eingesetzt, Homöopathie kommt bei n = 5 Patienten zum Einsatz. Akupunktur und sonstige Verfahren zur Stimulation des Immunsystems wurden von jeweils n = 2 Patienten genannt. Osteopathie wurde nicht genannt.

4.3.11.3 Physiotherapie und Massagebehandlung

Bei n = 14 (13,1 Prozent) Patienten wurde Physiotherapie genannt, bei n = 6 (5,1 Prozent) wurde Massage angegeben. Ergotherapie und Logopädie wurden nicht durchgeführt.

4.3.12 Mitbehandelnde weitere Fachärzte

In der Befragung geben $n = 13$ Patienten an, durch ihren Hausarzt alleine medizinisch versorgt zu werden. Bei $n = 94$ Patienten gibt es außer der Betreuung durch den Hausarzt noch weitere Fachkollegen, die in die Behandlung involviert sind. Die Übersicht der mitbehandelnden Ärzte wurde nach Fachgebieten untergliedert. (Abb. 4.11)

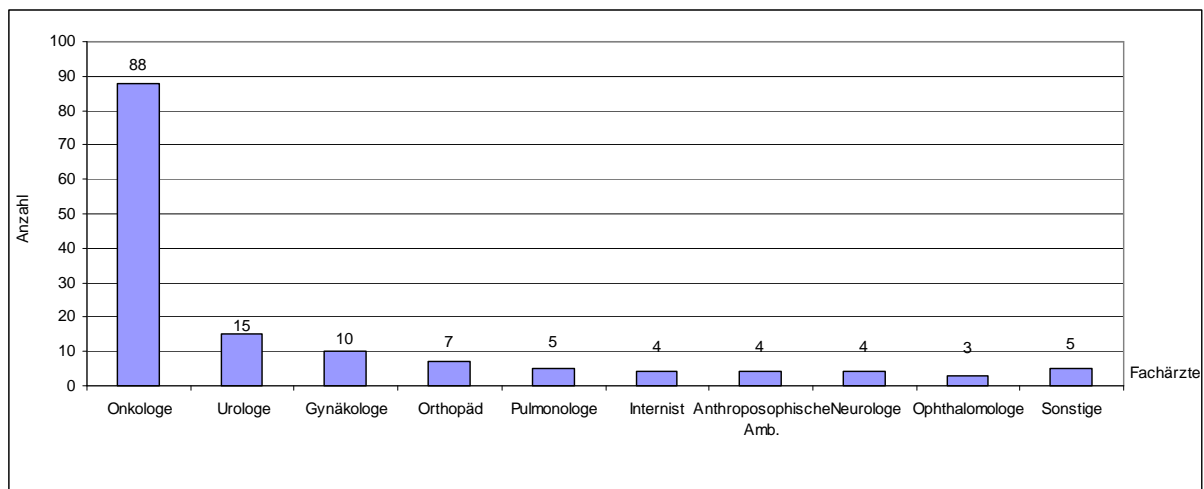


Abb. 4.11: An Behandlung beteiligte Fachärzte

Eine Mehrheit von $n = 88$ (82,2 Prozent) der Patienten wird durch einen Onkologen mitbehandelt. Der vergleichsweise hohe Anteil an Urologen ($n = 15$) und Gynäkologen ($n=10$) im Vergleich zu den folgend aufgeführten Fachärzten ist durch die Mammakarzinom- und Prostatakarzinomerkrankungen zu erklären. Die anthroposophische Ambulanz wurde mit aufgenommen, da es im Raum Pforzheim eine anthroposophische Spezialklinik mit onkologischer Ambulanz gibt.

4.3.13 Psychoonkologische Betreuung

Auf dem Gebiet der **psychoonkologischen Betreuung** hatten $n = 10$ (9,4 Prozent) Patienten Unterstützung. In $n = 97$ (90,6 Prozent) Fällen lag keine Unterstützung vor.

4.3.14 Spirituelle Betreuung

Bei dem Punkt **spirituelle Betreuung** wurden die Patienten gefragt, in wie weit sie von einer kirchlichen Institution oder religiösen Gemeinschaft in ihrer derzeitigen Situation begleitet oder unterstützt werden. $N = 11$ Patienten (10,3 Prozent) gaben an, von dieser Seite Unterstützung zu erhalten. Eine solche Begleitung lag bei $n = 96$ (89,7 Prozent) nicht vor. Der Wunsch nach einer solchen Begleitung oder Religiosität wurde hier nicht explizit erfragt.

4.3.15 Krankenhausaufenthalte

In $n = 85$ Fällen (79,4 Prozent) waren einer oder mehrerer Krankenhausaufenthalte in den letzten 6 Monaten vor der Befragung notwendig. Bei $n = 22$ Patienten (20,6 Prozent) mussten keine stationären Behandlungen in dieser Zeit erfolgen.

Die **Gründe der stationären Behandlung** sind in Abb. 4.12 dargestellt. Unter „sonstige Gründe“ fallen erlittene Myokardinfarkte, Blutdruck- und Diabetesentgleisungen, erneutes Staging, Wechsel von Splinten und Operationen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem bestehenden Tumorleiden stehen.

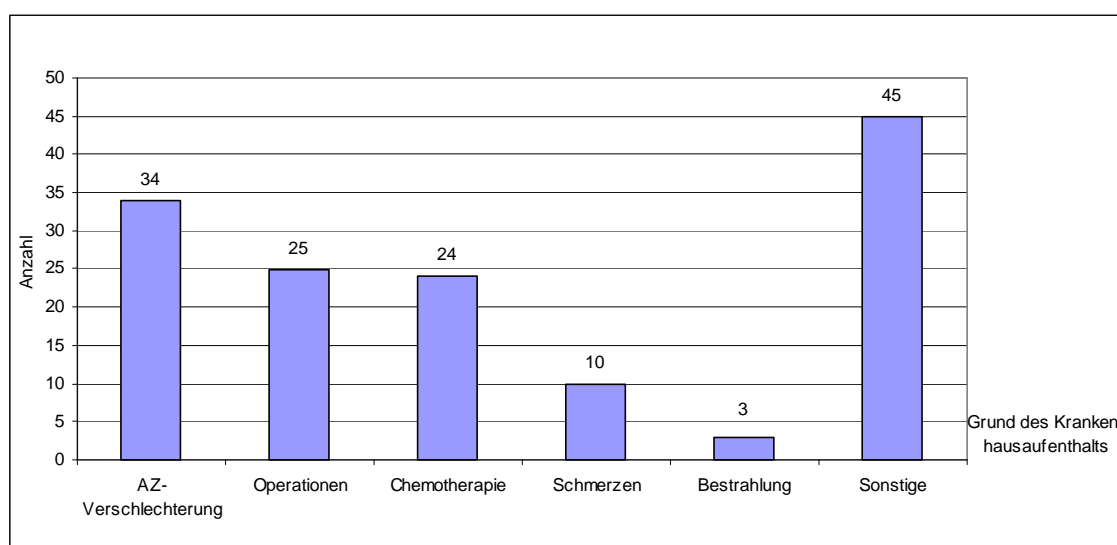


Abb. 4.12: Grund des stationären Krankenhausaufenthalts

Im Durchschnitt lag die stationäre **Aufenthaltsdauer** im letzten halben Jahr bei 12 Tagen. Für die einzelnen Einweisungsgründe ergibt sich die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer aus Abb. 4.13.

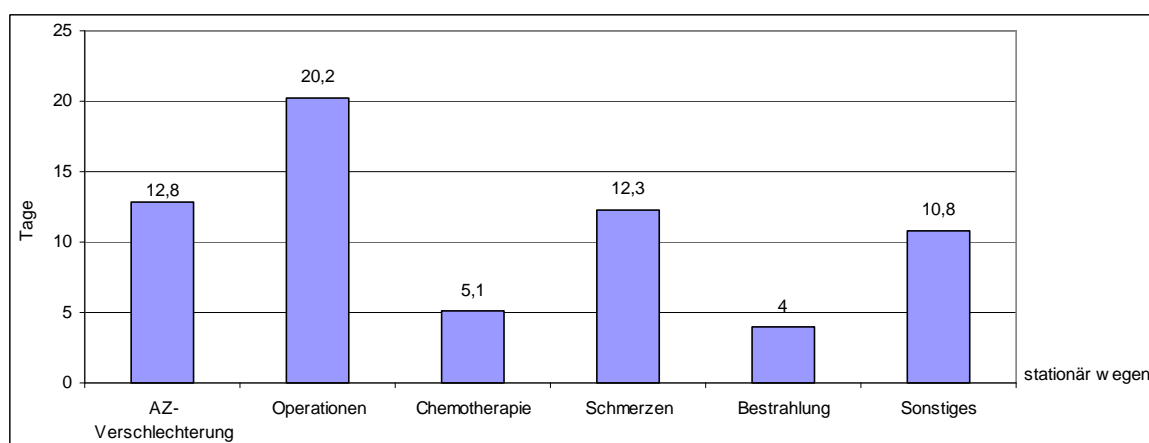


Abb. 4.13: Dauer der stationären Aufenthalte

Eingewiesen wurden die Patienten durch den Hausarzt, Onkologen oder Notarzt bzw. eine Rehabilitationsklinik und einen sonstigen Facharzt. Des Weiteren sind die Patienten als Notfall durch Ambulanzen von Krankenhäusern stationär aufgenommen worden. Nach den oben genannten Einweisungsgründen sieht die Verteilung der jeweils einweisenden Stelle wie folgt aus (Abb. 4.14).

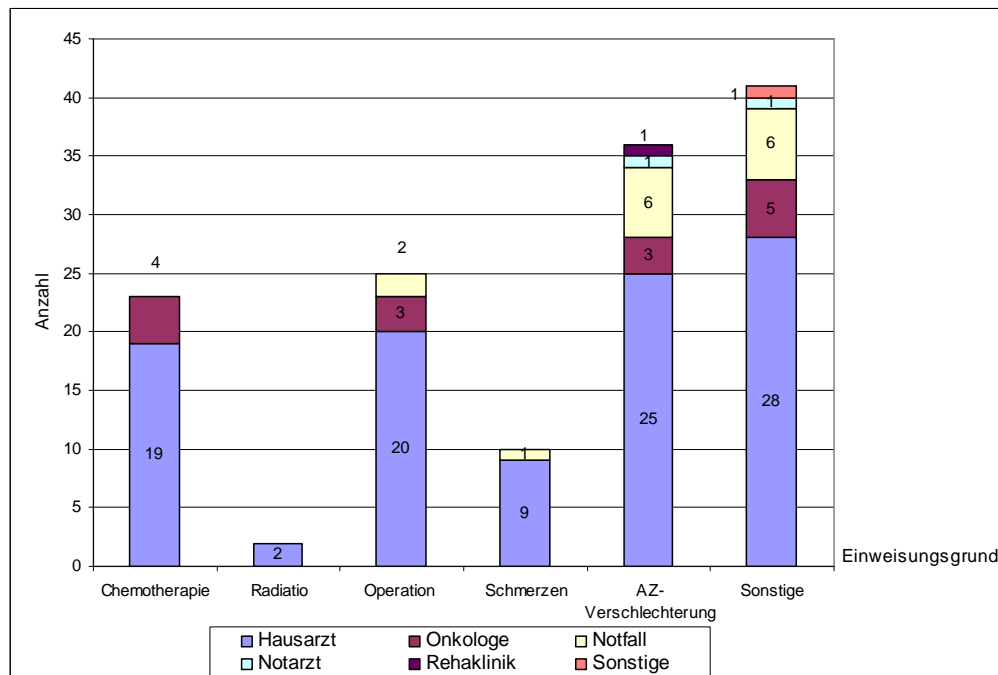


Abb. 4.14: Einweisender Arzt bei stationären Aufenthalten

4.3.16 Nahrungsaufnahme

Bei $n = 104$ Patienten (97,2 Prozent) erfolgt die Nahrungsaufnahme auf oralem Weg, wobei bei $n = 5$ Patienten eine zusätzliche Zufuhr über den Port erfolgt. In einem Fall erfolgt sie komplett über ein Portsystem, in einem weiteren Fall über einen anderen venösen Zugang und in einem Fall über eine PEG-Sonde.

4.3.17 Hilfsmittel

Insgesamt haben $n = 77$ Patienten (72 Prozent) ein oder mehrere Hilfsmittel, $n = 30$ (28 Prozent) benötigen keines. Im Einzelnen ist die Versorgung mit Hilfsmitteln Abb. 4.15 zu entnehmen.

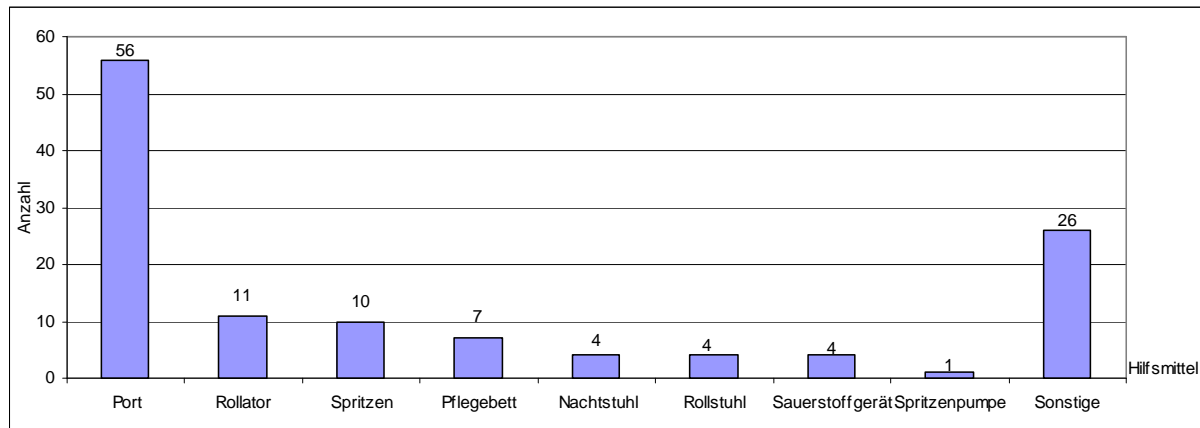


Abb. 4.15: Art des Hilfsmittels

Unter den Bereich der sonst erfassten Hilfsmittel sind Kompressionsstrümpfe, Anziehhilfen, Bade- und Duschhilfen, Inhalatoren und Beinprothesen zusammengefasst.

4.3.18 Stomaversorgung

Im palliativen Behandlungsstadium waren $n = 10$ Patienten mit einem Stoma versorgt. Bei $n = 8$ Patienten ist ein Kolostoma angelegt. Jeweils bei einem Patienten ist ein Ileostoma bzw. Nephrostoma vorhanden.

4.4 Beschreibung der Stichprobe der betreuenden Hausärzte

4.4.1 Anzahl der erfassten Hausärzte

Es wurden 76 verschiedene Hausärzte in der Befragung erfasst. Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte $n = 95$ (88,79 Prozent) ist männlich. $N = 12$ (11,21 Prozent) Hausärzte sind weiblich. Mit 59 Praxen (55,1 Prozent) ist der größere Anteil auf dem Land angesiedelt. Im städtischen Bereich liegen 48 (44,9 Prozent) der Praxen. Von einer Praxis wurden maximal 3 Patienten befragt. Aufgrund der fehlenden statistischen Relevanz dieser Häufigkeit in Bezug auf Vergleichsmöglichkeiten der Behandlung der Patienten durch einen bestimmten Hausarzt, wird der Hausarzt als

zum jeweiligen Patient gehörig gesehen. Somit immer einzeln in Bezug auf den jeweiligen Patienten.

4.4.2 Tätigkeitsbereich des Hausarztes

Im Rahmen des Interviews wurden die Patienten gebeten, die einzelnen Tätigkeiten ihres Hausarztes in ihrer jetzigen Situation zu schildern. Somit sind diese Angaben alle aus der Patientensicht zu sehen. Die Tätigkeiten des Hausarztes im Rahmen der Patientenbetreuung wurden in 7 Hauptfelder geteilt. Die Koordination der kompletten Behandlung der Tumorerkrankung lag bei $n = 29$ Hausärzten (27,1 Prozent). Ein Schwerpunkt der hausärztlichen Behandlung liegt bei der Erstellung von Überweisungen und Rezepten ($n = 100$, 93,5 Prozent) und von Verlaufskontrollen (Bsp.: Blutbildkontrollen vor Chemotherapie) bei $n = 75$ Patienten (70,1 Prozent). Die Betreuung des familiären Umfelds des Patienten wird durch $n = 42$ (39,3 Prozent) der Hausärzte geleistet. Federführend im Bereich der Schmerztherapie sind $n = 25$ (23,4 Prozent) Hausärzte. Bei der Koordination von ambulanten Hilfen wie Pflegediensten sind $n = 12$ (11,2 Prozent) Hausärzte involviert. Die sonstigen Tätigkeiten des Hausarztes umfassen Blutdruckmessungen, Blutzuckermessungen, Ausstellen von Attesten etc. Sie wurden in $n = 23$ Fällen (21,5 Prozent) genannt.

4.4.3 Ort der Behandlung

Bei der Frage nach dem Behandlungsort waren Mehrfachnennungen möglich. In der Hausarztpraxis werden 70,1 Prozent der Behandlungen durchgeführt. Hausbesuche sind in 35,4 Prozent der Fälle notwendig (33,6 Prozent eigene Wohnung, 0,9 Prozent bei Angehörigen und 0,9 Prozent im betreuten Wohnen). Bei 64,5 Prozent werden zusätzlich Behandlungen in einer onkologischen Ambulanz durchgeführt. Stationäre Behandlungen benötigen 30,8 Prozent der Befragten.

4.4.4 Wechsel des Hausarztes

Zu einem Wechsel des Hausarztes kam es in 10 Fällen (9,4 Prozent). Die angegebenen Gründe für den Wechsel lagen bei 9 Patienten in einer als falsch empfundenen Behandlung durch den Hausarzt. In einem Fall lag ein verkehrstechnischer Grund vor (Tab. 4.7).

Tab. 4.7: Gründe für den Wechsel des Hausarztes

Grund	Anzahl
Diagnoseverzögerung	3
Inkompetenz auf dem Gebiet von Tumorerkrankungen	2
Unzufriedenheit	2
Überforderung des Hausarztes	1
Vertrauensverlust	1
Praxis schwer zu erreichen	1
gesamt	10

4.5 Lebensqualität

4.5.1 Krankheitsspezifische Einzelwerte und Einschätzung der Lebensqualität

Die Abbildungen der Einzelwerte des EORTC der gesamten Stichprobe sind in Anhang A2 (S. 163) dargestellt.

Bei Betrachtung der Einzelwerte der gesamten Stichprobe ist zu erwähnen, dass für die Funktionsskala Körperliche Funktion von n = 81 Patienten überhaupt keine Hilfe im Alltag (ADL's = activities of daily living) benötigt wird, allerdings ist körperliche Anstrengung für fast 50 Prozent der Patienten eine sehr große Schwierigkeit. In Bezug auf die Skala Rollenfunktion fühlen sich nur 14 bis 17 Prozent der Patienten in ihren Hobbies oder ihrer täglichen Arbeit nicht eingeschränkt. Die Skala Lebensqualität führt die Teilbereiche Einschätzung des Gesundheitszustands und der Lebensqualität zusammen. Ein Wert von 1 bedeutet „sehr schlecht“, Werte zwischen 3 und 5 gelten als mittlerer Bereich und Werte von 6 und 7 sind ausgezeichnet.

Knapp 20 Prozent der Patienten schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht (Werte von 1-2) ein und knapp 25 Prozent sehen ihre Lebensqualität in einem sehr schlechten Bereich (Abb. 4.16 und Abb. 4.17).

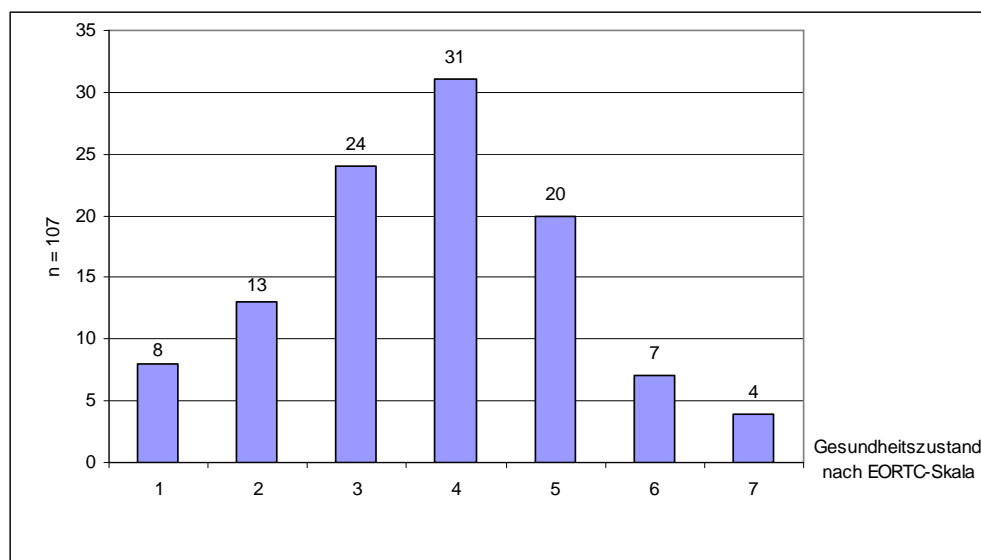


Abb. 4.16: Einschätzung des Gesundheitszustands der gesamten Stichprobe gemäß EORTC-Skala Frage 29 (1=sehr schlecht, 7=ausgezeichnet)

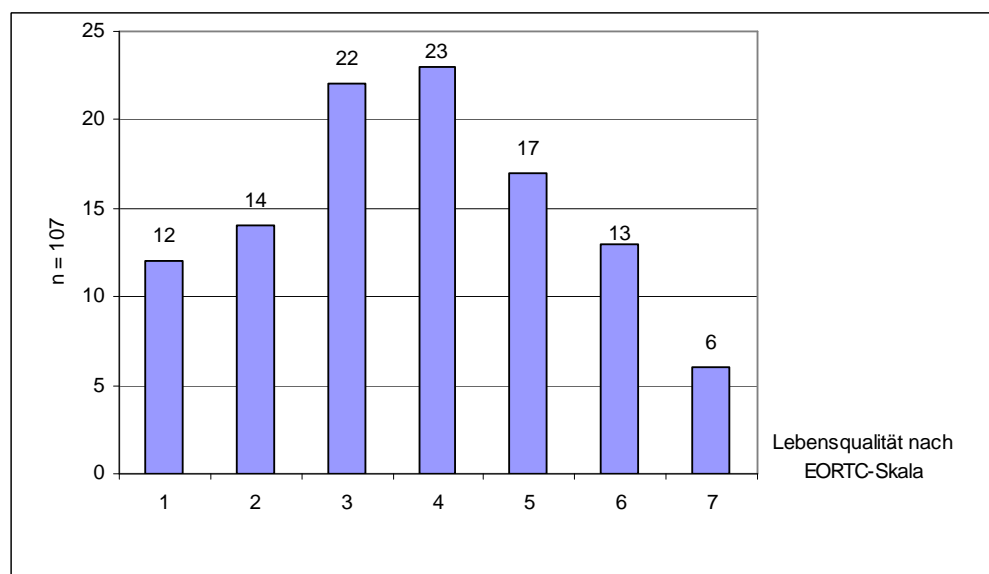


Abb. 4.17: Einschätzung der Lebensqualität der gesamten Stichprobe gemäß der EORTC-Skala Frage 30 (1=sehr schlecht, 7=ausgezeichnet)

4.5.2 Mittelwerte des EORTC der Stichprobe

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Stichprobe sind nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt sowie für die gesamte Stichprobe im Anhang A3, S. 163 aufgeführt. Bei Betrachtung der Mittelwerte ist zu beachten, dass hohe Werte im Bereich der Funktionsskalen und der Lebensqualitätsskala gute Ergebnisse darstellen. Bei den Symptomskalen und Einzelitems sind hohe Mittelwerte jedoch als belastende Werte für den Patienten anzusehen (siehe Material und Methodik S. 34).

4.5.2.1 Mittelwerte nach Geschlecht

Beim Vergleich der Gruppe von männlichen und weiblichen Patienten konnte in allen Bereichen des EORTC kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Ergebnisse nachgewiesen werden. Bei näherer Betrachtung ist jedoch auffällig, dass bei allen Funktionsskalen und dem globalen Gesundheitszustand die Frauen tendenziell schlechter abschneiden. Die größte Differenz mit 6,8 liegt im emotionalen Bereich und die kleinste im Bereich der kognitiven Funktion mit 0,1 jeweils zu Gunsten der Männer.

4.5.2.2 Mittelwerte nach Altersgruppen

Beim Vergleich der 3 Alterklassen der untersuchten Patienten ist im Bereich der Funktionsskalen (Abb. 4.18) die soziale Funktion auffällig. Für sie ergibt sich $p = 0,0042$. Dies bedeutet, dass zwischen den 3 Altersklassen signifikante Unterschiede bestehen, die beispielsweise beim Vergleich der Altersgruppe bis 59 Jahre mit derjenigen ab 70 Jahre in der jüngsten Altersklasse ein um knapp 24 Punkte schlechteres Ergebnis zeigen. Ein weiterer Einfluss des Alters auf das Ergebnis der anderen Funktionsskalen bzw. den globalen Gesundheitszustand und die Lebensqualität konnte nicht nachgewiesen werden.

Auffällig im Profil der Altersgruppen ist dennoch, dass die Altersklasse ab 70 Jahren in allen Funktionsskalen bis auf die körperliche Funktion die höchsten Werte erzielt.

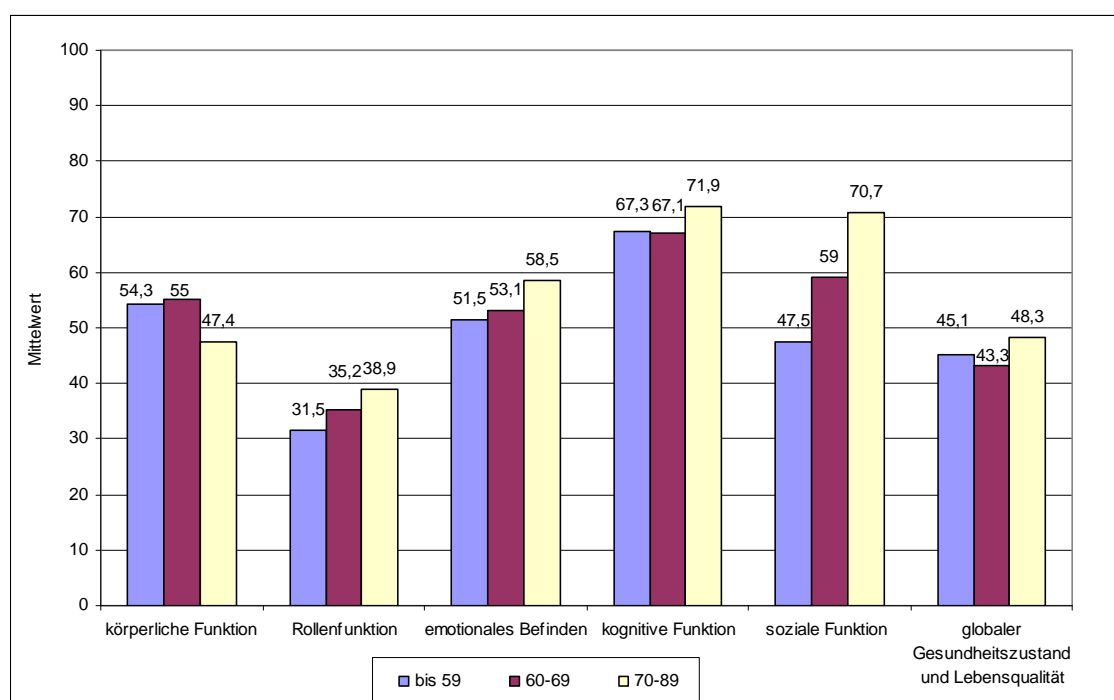


Abb. 4.18: Vergleich der Mittelwerte der Funktionsskalen, des Gesundheitszustands und der Lebensqualität nach Altersgruppen

Bei den Symptomskalen und Einzelsymptomen (Abb. 4.19) konnte kein Einfluss des Alters auf die Ergebnisse nachgewiesen werden.

Im Fall der finanziellen Lage ergibt sich $p = 0,0130$ und damit ein signifikantes Ergebnis. Je jünger die Patienten sind, umso schlechter schätzen sie ihre finanzielle Lage ein.

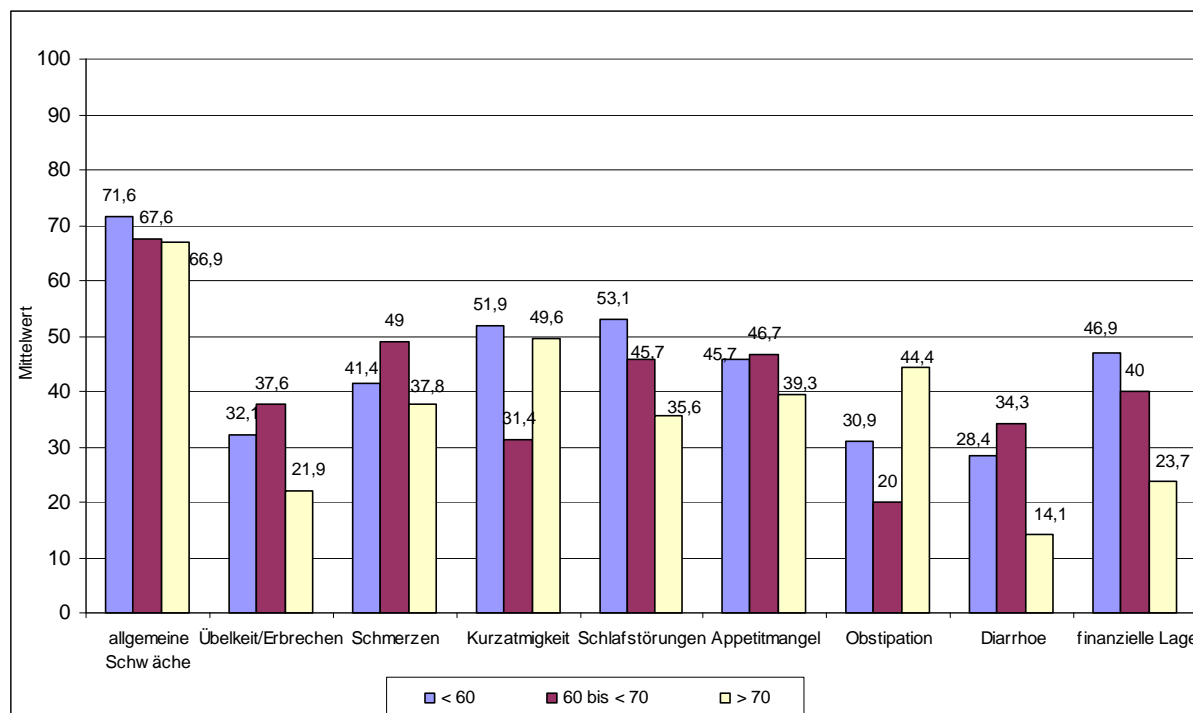


Abb. 4.19: Vergleich der Mittelwerte der Symptomskalen und finanziellen Lage nach Altersgruppen

4.5.2.3 Mittelwerte nach Altersgruppen und Geschlecht

Der Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht innerhalb der Stichprobe zeigt dieselben Ergebnisse wie bereits zuvor beschrieben. Die soziale Rolle und die finanzielle Lage sind signifikant. In allen anderen Fällen konnte ein Einfluss von Alter oder Geschlecht auf die Ergebnisse nicht nachgewiesen werden.

4.5.3 Die Lebensqualität im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung

4.5.3.1 Vergleich der Mittelwerte der Stichprobe mit der deutschen Allgemeinbevölkerung

Insgesamt erreichen die Palliativpatienten in allen Bereichen hoch signifikant schlechtere Werte ($p < 0,0001$) (Abb. 4.20 und Abb. 4.21).

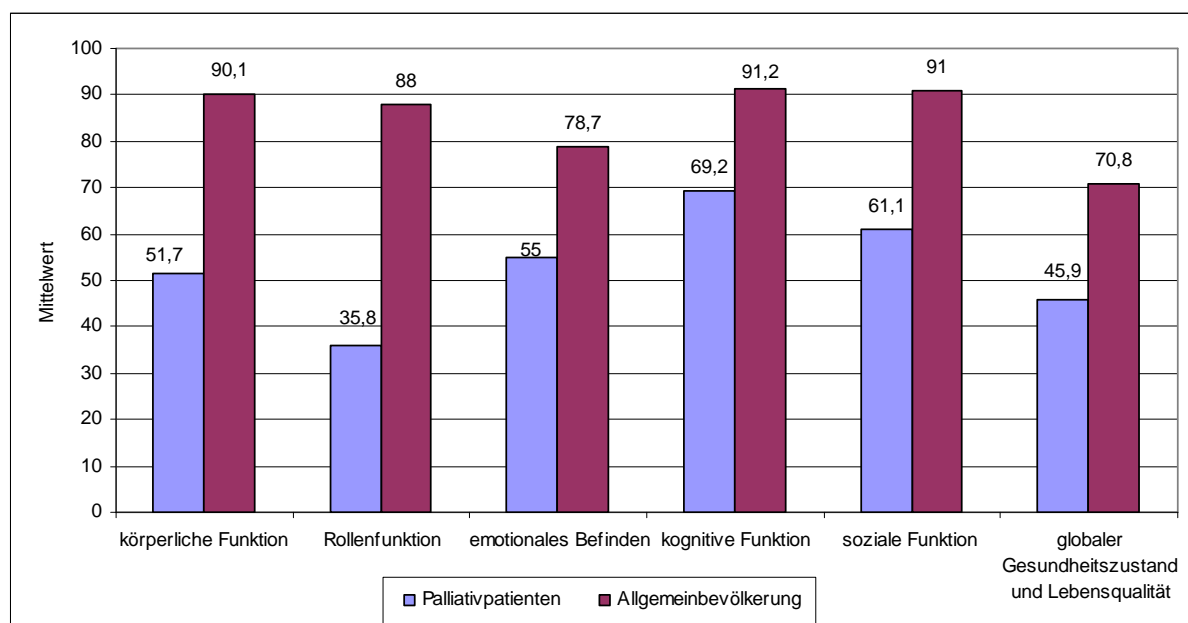


Abb. 4.20: Mittelwerte der Gesamtstichprobe für Funktionsskalen, globaler Gesundheitszustand und Lebensqualität mit Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (für alle Funktionen besteht ein hoch signifikanter Unterschied)

Bei den einzelnen häufig auftretenden Krankheitssymptomen und Symptomskalen schneiden die Palliativpatienten in allen Bereichen signifikant schlechter ab ($p < 0,0001$). Die größte Einschränkung der Palliativpatienten liegt in der allgemeinen Schwäche (Mittelwert 68,3) (Abb. 4.20 und 4.21).

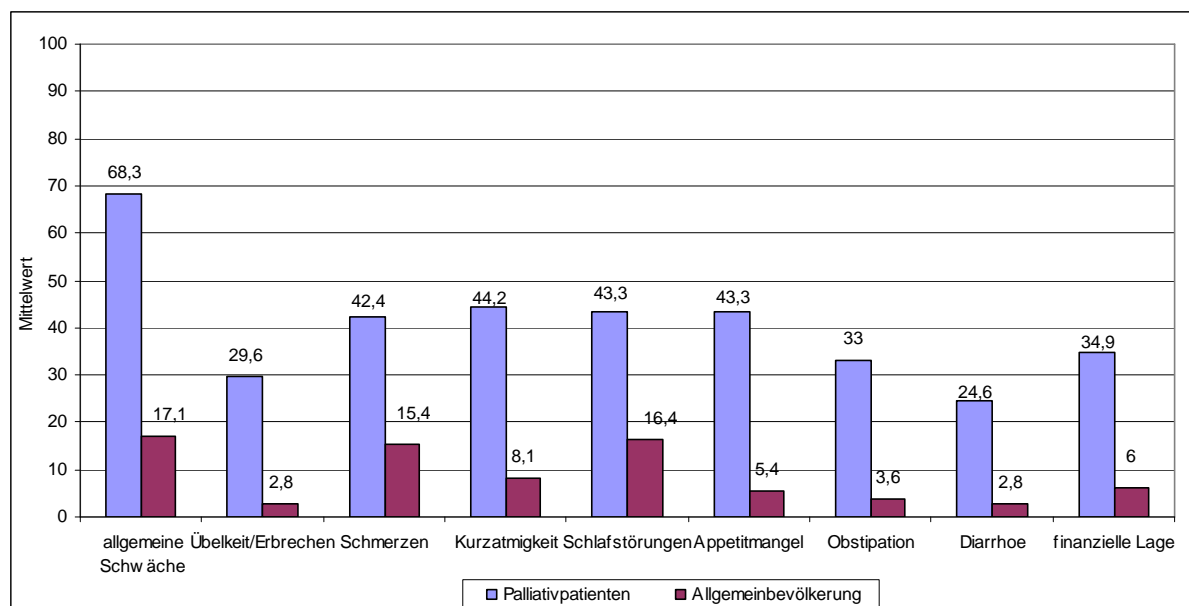


Abb. 4.21: Mittelwert der Symptomskalen und finanziellen Lage im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (für alle Symptomskalen und die finanzielle Lage besteht ein hochsignifikanter Unterschied)

4.5.3.2 Vergleich nach Altersgruppen und Geschlecht

Alle Vergleiche ergeben ein hoch signifikantes Ergebnis von $p < 0,0001$.

Die Symptomskalen und Einzelitems erreichen bei den Palliativpatienten bereits in der jüngsten Altersgruppe deutlich höhere Werte als sie von der ältesten Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung überhaupt erreicht werden.

4.6 Problemerkfassung in der Patientenstichprobe

4.6.1 Allgemeine Schwäche

Die Schwäche aufgrund der Erkrankung bzw. Therapie wird von der Mehrheit der Patienten ($n = 73$) als mittel ($n = 60$, 56,1 Prozent) bis stark ($n = 13$, 12,2 Prozent) angegeben. Sie sind in ihrem Alltag eingeschränkt. Keine Schwäche geben $n = 13$ Patienten (11,1 Prozent) an und $n = 21$ Patienten (19,6 Prozent) geben eine leichte Schwäche an, so dass in diesen Fällen von einer leichten bis keinen Einschränkung im Alltag ausgegangen werden kann.

4.6.2 Pflegeprobleme

Nur bei $n = 15$ Patienten (14 Prozent) lagen Pflegeprobleme vor. Die Mehrheit von $n = 92$ Patienten (86 Prozent) hatte keinerlei Pflegeprobleme zu beklagen.

4.6.3 Organisationsprobleme

Auf dem Gebiet der Organisation der Versorgung wurden nur bei $n = 10$ Personen (9,4 Prozent) mittlere Probleme beschrieben. Bei den restlichen $n = 97$ Patienten (90,6 Prozent) lagen keine ($n = 82$) oder nur leichte ($n = 15$) Organisationsprobleme vor.

4.6.4 Überforderung der Familie

Abb. 4.22 zeigt, dass sich etwa ein Drittel der Familien zumindest mittelgradig mit der Betreuungssituation überfordert sehen.

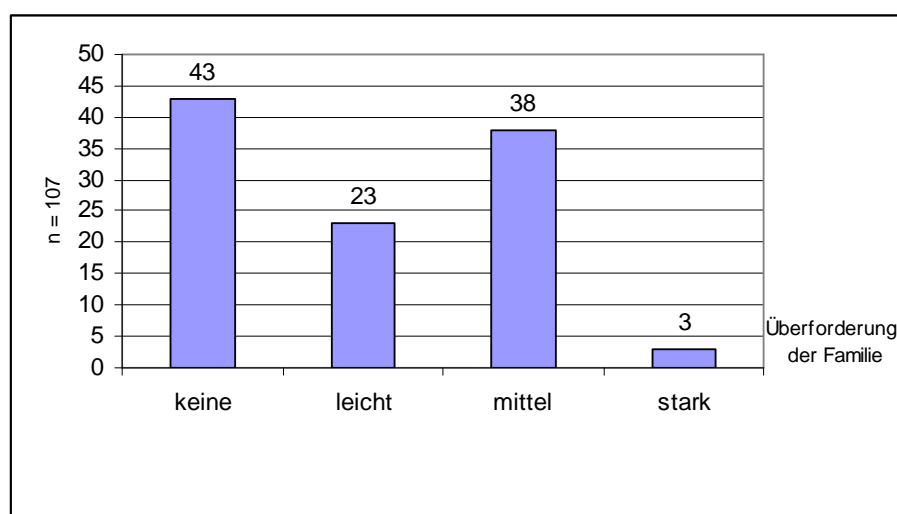


Abb. 4.22: Einschätzung der Überforderung der Familie

4.6.5 Spezielle Problembereiche

Die genannten allgemeinen Probleme konnten durch 9 weitere spezifische und einen sonstigen Bereich ergänzt werden. In diesem Teil gaben $n = 28$ (26,2 Prozent) der Befragten an, dass keine besonderen Probleme bestehen würden. Bei $n = 79$ (73,8 Prozent) wurden spezielle Probleme geschildert (Abb. 4.23).

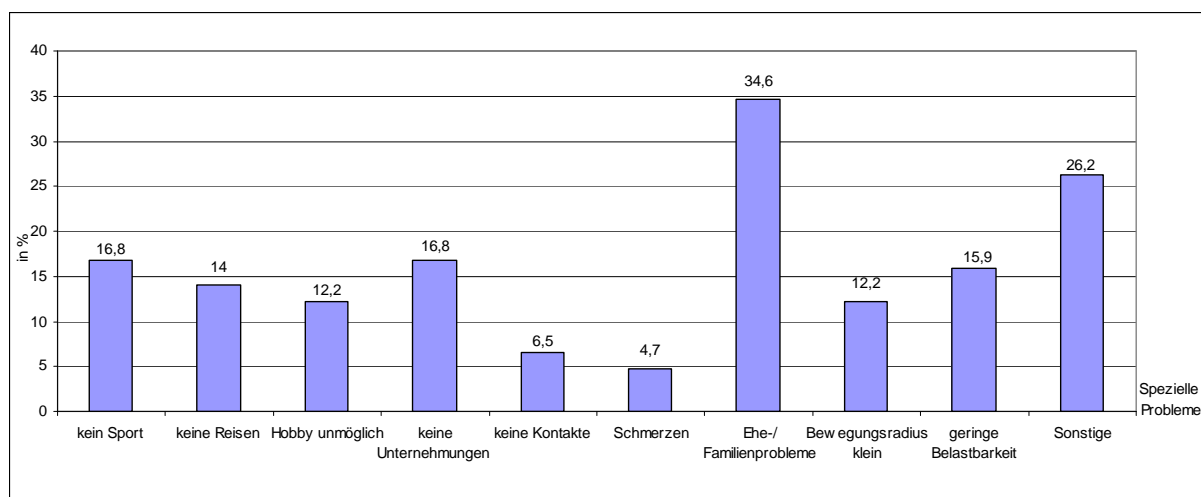


Abb. 4.23: Spezielle Problembereiche

Eine ausführliche Darstellung der Ehe- und Familienprobleme sowie der sonstigen speziellen Probleme findet sich im Anhang A4 und A5, S. 164.

4.7 Angst und Depressivität

In Tab. 4.8 sind die Gesamtwerte der Stichprobe für den Bereich Angst und Depressivität aufgeführt.

Tab. 4.8: HADS-D-Werte nach Alter und Geschlecht

Kennz.	Männer				Frauen				Total
	bis 59	60 – 69	70 – 89	gesamt	bis 59	60 – 69	70 – 89	gesamt	
Alter (in Jahren) n	10	13	29	52	17	22	16	55	107
HADS-D-Angst									
Mittelwert	5,3	8,3	6,1	6,5	8,1	6,7	6,2	7,0	6,8
SD	2,0	5,3	4,0	4,2	3,5	3,6	4,1	3,7	3,9
HADS-D-Depression									
Mittelwert	6,3	9,3	7,9	7,9	8,2	5,8	7,1	6,9	7,4
SD	3,3	5,3	5,1	4,9	5,0	4,2	3,7	4,4	4,7

4.7.1 Angst

4.7.1.1 HADS-D-Angstwerteskala

In der **gesamten Stichprobe** sind $n = 69$ Patienten (64,5 Prozent) als unauffällig in Bezug auf Symptome von Angst einzustufen. In einem grenzwertigen Bereich, in dem Anzeichen einer Belastung durch Angst zu finden sind, befinden sich $n = 18$

Patienten (16,8 Prozent). In die Kategorie auffälliger Patienten, die Angst haben, fallen n = 20 Patienten (18,7 Prozent). Tab. 4.9 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

Tab. 4.9: Verteilung der Patientenzahl nach Alter und Geschlecht in der HADS-D-A-Skala

Alter (in Jahren)	Männer				Frauen			
	auffällig	grenzwertig	unauffällig	gesamt	auffällig	grenzwertig	unauffällig	gesamt
bis 59	0	2	8	10	4	6	7	17
60-69	5	2	6	13	3	1	18	22
70-89	5	4	20	29	3	3	10	16
gesamt	10	8	34	52	10	10	35	55

Für die HADS-D-Angstwerte war keine signifikante Korrelation mit dem Alter nachweisbar ($p = 0,36$). Eine Geschlechtsspezifität besteht nicht ($\chi^2 = 0,0194$; $p = 0,89$).

4.7.1.2 Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung

Der Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung wurde mit den Daten von Hinz und Schwarz (2001) durchgeführt. Hierbei wurde aus den altersspezifischen Werten der Wert ermittelt, der sich für einen Teil der Gesamtbevölkerung ergäbe, wenn dieser Teil sich altersgemäß so zusammensetzt, wie die hier untersuchte Stichprobe.

Sowohl für die Gruppe der Männer als auch der Frauen ergeben sich hoch signifikante Werte mit $p < 0,0001$. In beiden Gruppen schneiden die erfassten Tumorpatienten signifikant schlechter ab, wenn es um die Selbsteinschätzung des Vorhandenseins von Symptomen der Angst geht (Abb. 4.24).

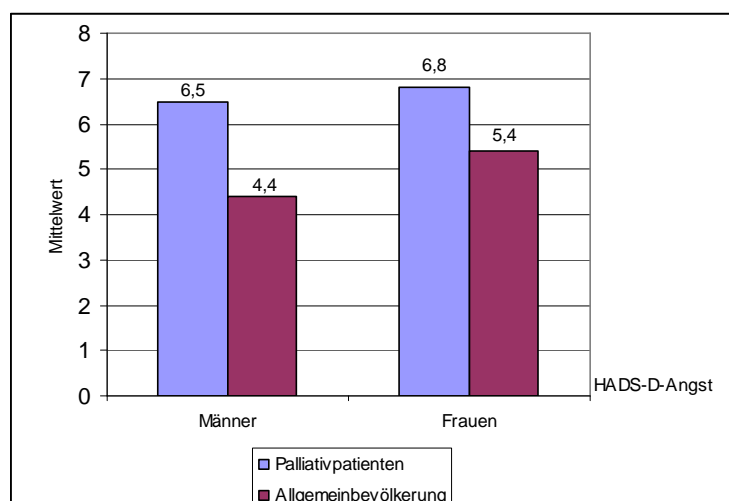


Abb. 4.24: Vergleich der Mittelwerte der HADS-D-Angst der Stichprobe mit der Allgemeinbevölkerung

4.7.2 Depressivität

4.7.2.1 HADS-D-Depressionswerteskala

Bei Betrachtung der **Gesamtzahl** sind n = 63 Patienten (58,9 Prozent) nicht auffällig hinsichtlich Depressivität. Als grenzwertig müssen n = 16 Patienten (14,9 Prozent) angesehen werden. Bei n = 28 Patienten (26,2 Prozent) wird ein auffälliger Depressionswert festgestellt. Die weiteren Ergebnisse zeigt Tab. 4.10.

Tab. 4.10: Verteilung der Patientenzahl nach Alter und Geschlecht in der HADS-D-D-Skala

Alter (in Jahren)	Männer				Frauen			
	auffällig	grenzwertig	unauffällig	gesamt	auffällig	grenzwertig	unauffällig	gesamt
bis 59	2	2	6	10	6	2	9	17
60-69	6	3	4	13	3	2	17	22
70-89	8	3	18	29	3	4	9	16
gesamt	16	8	28	52	12	8	35	55

Der Korrelationskoeffizient für das Alter ist 0,028 und es besteht keine signifikante Korrelation mit dem Alter (0,78). Eine Geschlechtsspezifität wurde nicht festgestellt ($\chi^2 = 1,1084$; $p = 0,29$).

4.7.2.2 Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung

Der Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung wurde mit den Daten von Hinz und Schwarz (Hinz u. Schwarz 2001) durchgeführt. Hierbei wurde aus den altersspezifischen Werten der Wert ermittelt, der sich für einen Teil der Gesamtbevölkerung ergäbe, wenn dieser Teil sich altersgemäß so zusammensetzte wie die hier untersuchte Stichprobe. Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (Abb. 4.25) haben die palliativbetreuten Tumorpatienten in beiden Geschlechtergruppen hoch signifikante Werte mit $p < 0,0001$. Dies bedeutet, dass die palliativ versorgten Patienten stärker durch Depressivität belastet sind.

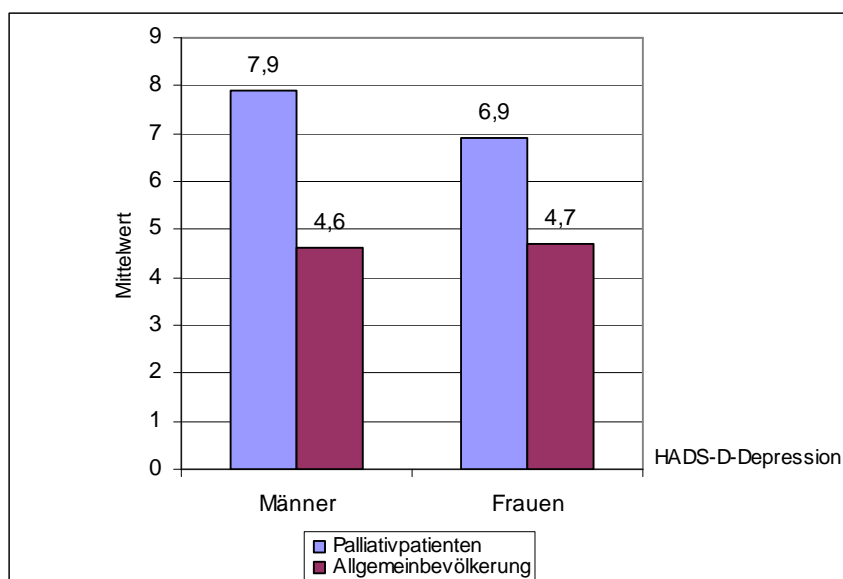


Abb. 4.25: Vergleich der Palliativpatienten mit der Allgemeinbevölkerung

4.7.3 Angst, Depressivität und Lebensqualität

4.7.3.1 Angst und Lebensqualität

Zur Einschätzung der Lebensqualität von solchen Patienten, die einen auffälligen Angstwert erreicht haben, wird der Mittelwert der Skala Lebensqualität und globaler Gesundheitszustand des EORTC insgesamt verwendet. Als auffällig sind $n = 20$ Patienten einzustufen. Die als grenzwertig einzustufenden Patienten wurden nicht berücksichtigt.

Beim Vergleich der Skala Lebensqualität und globaler Gesundheitszustand von Patienten, die Symptome von Angst zeigen, zeigt sich eine Differenz von 22,6 (Abb. 4.26). Dies bedeutet, dass die Patienten, die nicht unter Angst leiden, eine signifikant ($p = 0,0002$) bessere Lebensqualität angeben.

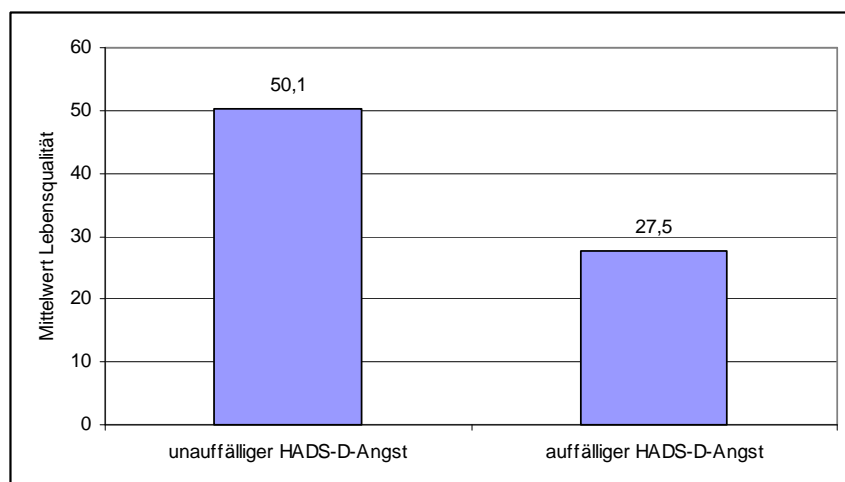


Abb. 4.26: Angst und Lebensqualität (n = 20 Patienten haben auffällige HADS-D-Angst-Werte (> 10), p = 0,0002)

Auf der Ebene der einzelnen Items betrachtet sind nur bei 4 Einzelitems (Kurzatmigkeit, Appetitlosigkeit, Obstipation und Diarrhoe) keine signifikanten Werte zu sehen. In allen anderen Funktionsskalen, Symptomskalen und den restlichen Einzelsymptomen ergeben sich hoch signifikante Ergebnisse, welche mit Stern in den Abb. 4.27 und Abb. 4.28 gekennzeichnet sind. Somit hat das Symptom Angst einen deutlichen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten.

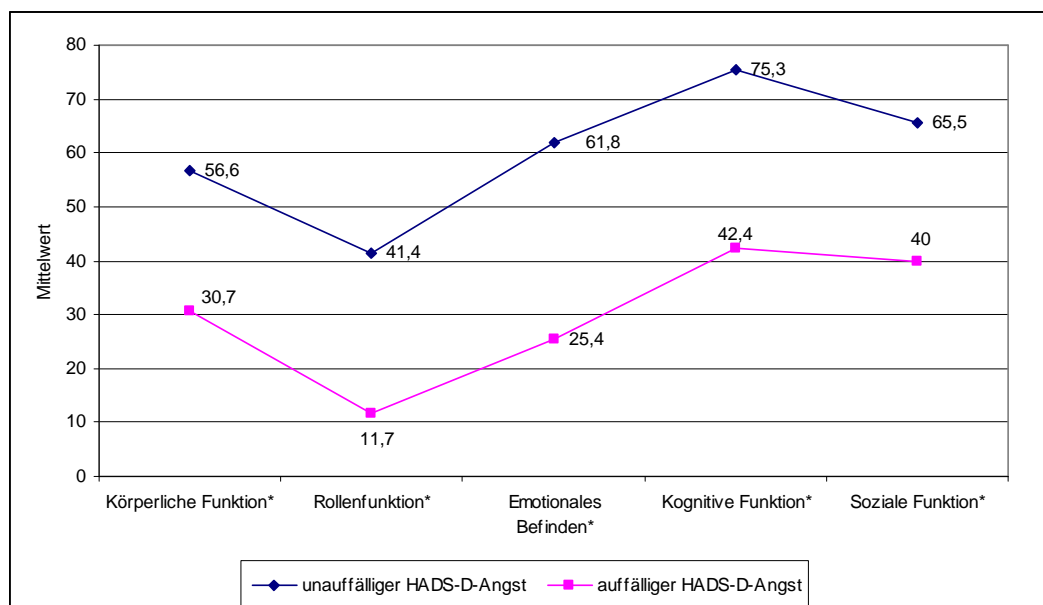


Abb. 4.27: Angst und Funktionsskalen (mit Stern markierte Funktionen sind signifikant, n = 20 Patienten sind auffällig, HADS-D-Angstwert > 10)

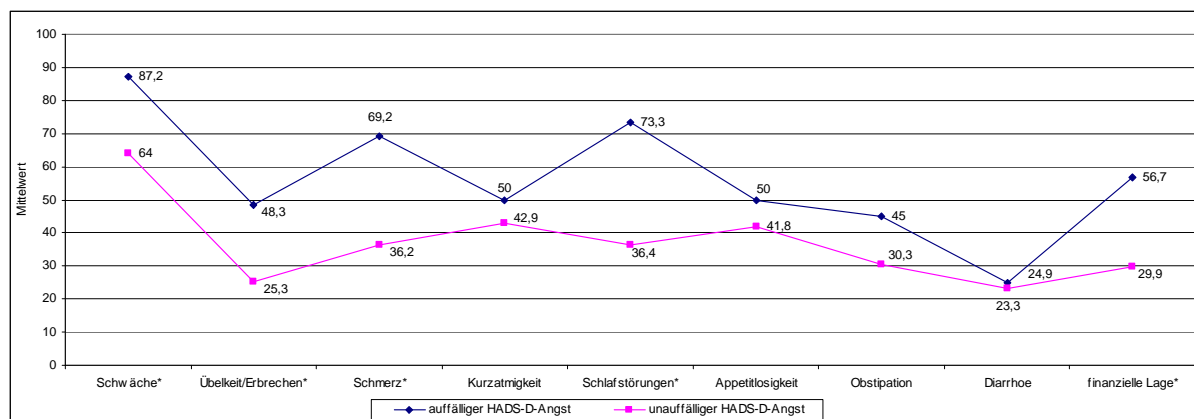


Abb. 4.28: Angst und Symptomskalen und Einzelitems (mit Stern markierte Skalen und Einzelitems sind signifikant, n = 20 Patienten sind auffällig, HADS-D-Angstwert > 10)

4.7.3.2 Depressivität und Lebensqualität

Zum Vergleich der Lebensqualität von den als depressiv einzuschätzenden n = 28 Patienten (HADS-D-Depressionswert >10) und nicht depressiven Patienten (n = 79), wurde der Mittelwert der Skala Lebensqualität und globaler Gesundheitszustand des EORTC der jeweiligen Gruppe verwendet. Die als grenzwertig einzustufenden Patienten wurden hier nicht mit einbezogen. (Abb. 4.29)

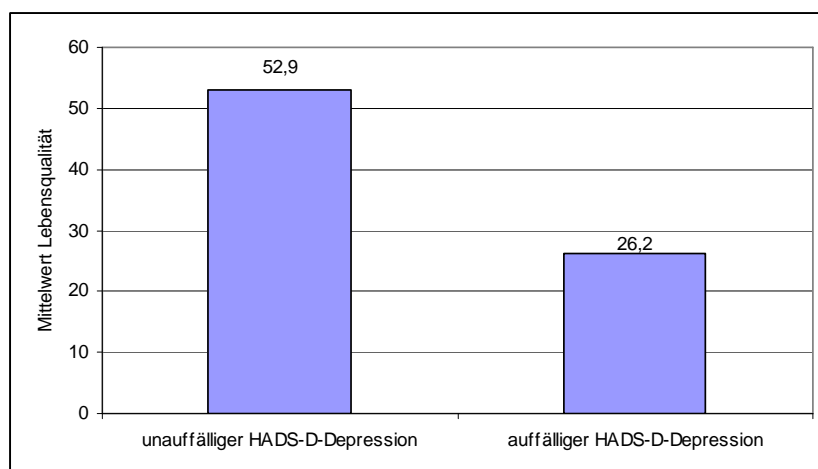


Abb. 4.29: Depressivität und Lebensqualität (n = 28 Patienten sind auffällig, HADS-D-Depressionswert > 10, p<0,0001)

Dies ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis mit $p < 0,0001$. Die Signifikanzprüfung auf diesem Gebiet ergibt ein ähnliches Bild wie das beim Vergleich von Patienten mit Angst und ohne Angst. Die weiteren Ergebnisse für die Funktions- und Symptomskalen sowie Einzelsymptome sind in Abb. 4.30 und Abb. 4.31 dargestellt.

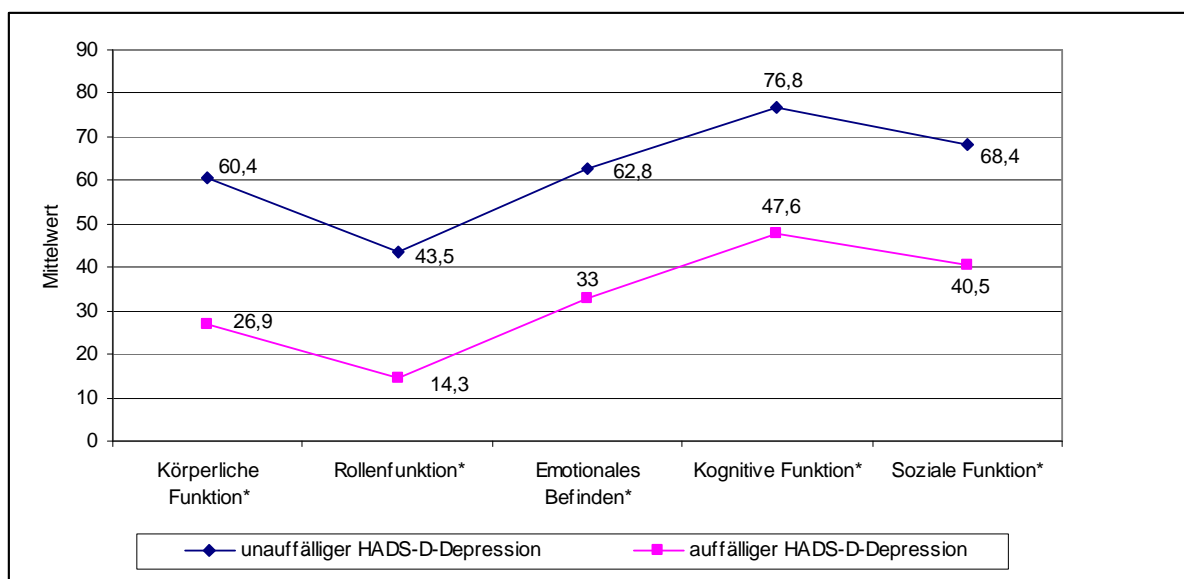


Abb. 4.30: Depressivität und Funktionsskalen (mit Stern markierte Funktionsskalen sind signifikant, n = 28 Patienten sind auffällig, HADS-D-Depressionswert >10)

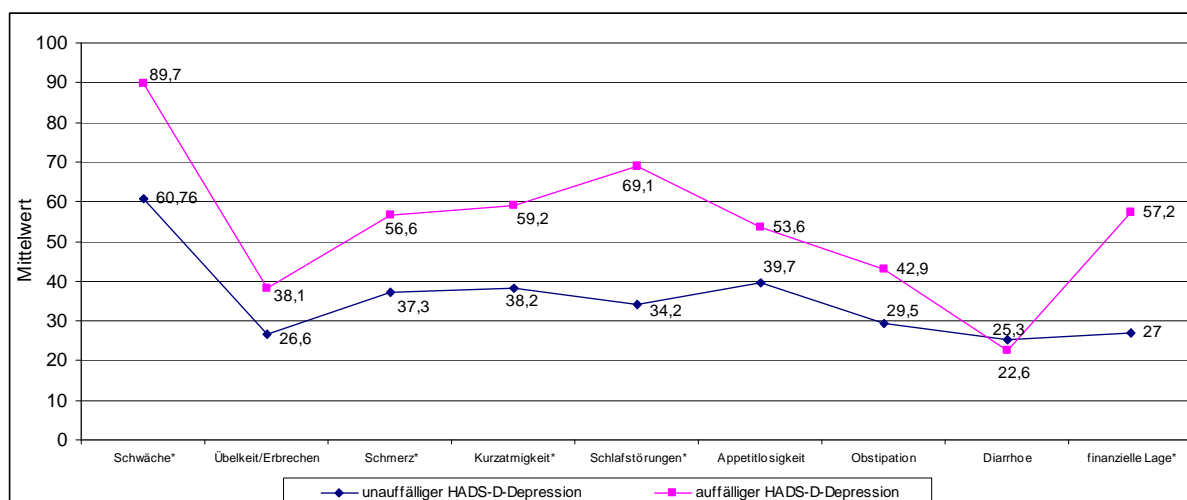


Abb. 4.31: Depressivität und Symptomskalen und Einzelitems (mit Stern markierte Symptomskalen und Einzelitems sind signifikant, n = 28 Patienten sind auffällig, HADS-D-Depressionswert > 10)

4.7.4 Klinische Diagnose Depression und Fragebogenwerte

Bei n = 6 Patienten (9,3 Prozent) wurde laut den vorliegenden Krankenakten die Diagnose Depression gestellt. Von diesen n = 6 Patienten sind in dieser Untersuchung n = 2 Patienten mit Depressionswerten auffällig, n = 2 Patienten fallen durch Angst auf. Als ängstlich und depressiv gilt n = 1 Patient. Keiner der n = 6 Patienten, bei dem eine Depression diagnostiziert wurde, hat psychoonkologische Unterstützung. Antidepressiva sind n = 5 Patienten verordnet. Hiervon ist ein Patient anhand der HADS-D als depressiv einzuschätzen. In n = 1 der n = 6 Fälle besteht die Diagnose Depression, jedoch ist dieser Patient nicht als depressiv einzuschätzen und hat keine Antidepressiva oder psychoonkologische Unterstützung.

4.7.5 Psychoonkologische/spirituelle Betreuung und psychische Komorbidität

Von den n = 10 Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung erhalten, sind 2 nach HADS-D als depressiv einzuordnen. Insgesamt erhalten 26 von 28 der nach den Fragebogenwerten als depressiv einzuschätzenden Patienten keine psychoonkologische Unterstützung.

Unter Symptomen von **Angst** leiden 3 Patienten der insgesamt n = 10 Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung erhalten. Von den 11 Patienten, die eine **spirituelle Begleitung** haben, haben 3 Symptome von **Angst** und 2 Patienten sind als **depressiv** einzustufen.

4.8 Schmerz

Zur Einschätzung der Schmerzintensität durch den Patienten selbst wurde die Visuelle Analogskala (VAS) verwandt. Die Auswertung der VAS erfolgt zur besseren Vergleichbarkeit nach 5 Graden (Mantyselka et al. 2001). VAS-Grad 1 entsprechen die Werte 0,5 bis 2,4, dies sind milde Schmerzen. VAS-Grad 2 entsprechen die Werte 2,5 bis 4,4, die als mäßige Schmerzen gelten. VAS-Grad 3 umfasst die Werte 4,5 bis 6,4 und gibt starke Schmerzen an. Die Werte 6,5 bis 8,4 bilden den VAS-Grad 4 und stellen sehr starke Schmerzen dar. Einen stärksten vorstellbaren Schmerz bilden die Werte 8,5 bis 10 ab, die den VAS-Grad 5 bilden. Die Angabe 0 auf der VAS bedeutet, dass keine Schmerzen vorhanden sind.

Der **Mittelwert** der angegebenen Schmerzintensitäten liegt bei 3,6 für die gesamte Stichprobe (SD 3,04). Bei Patienten, die eine Schmerzmedikation erhalten, liegt der Mittelwert bei 5,2 (SD 2,70; Spannweite 0-8,1). Diejenigen Patienten, die keine Schmerzmedikation haben, erreichen einen Mittelwert von 1,9 (SD 2,3; Spannweite 0-10) auf der VAS.

Die im Zusammenhang mit der im EORTC erhobenen Einschätzung der Schmerzintensität durch die Patienten differiert zu den oben gemachten Angaben. Beispielsweise geben im Bereich des EORTC n = 36 Patienten an, keine Schmerzen zu haben, wobei in der VAS n = 22 Patienten keine Schmerzen angeben. Es ist davon auszugehen, dass durch die weiter gefasste VAS eine bessere Differenzierung der Schmerzen durch den Patient erfolgen kann und somit die z.B.

unter milde Schmerzen fallenden Patienten beim VAS-Grad 1 in ihrer Einschätzung im EORTC keine Schmerzen angegeben haben. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,74 und zeigt eine signifikante ($p < 0,0001$) Korrelation zwischen der Schmerzintensitätsangabe der Patienten auf der VAS und der Frage 9 des EORTC nach Schmerzen. In Tab. 4.11 wird die Verteilung der VAS-Grade in Bezug auf die Frage nach Schmerz im EORTC dargestellt sowie in Abb. 4.32 die Verteilung der Patienten über die einzelnen VAS-Grade.

Tab. 4.11: Korrelation Schmerzangabe VAS und EORTC-Frage 9 (Schmerz)

VAS-Grad	EORTC-Frage 9 (Schmerz)			
	1 (überhaupt nicht)	2 (wenig)	3 (mäßig)	4 (sehr)
0	19	1	0	0
1	15	6	2	2
2	2	5	11	2
3	0	3	15	3
4	0	1	16	4
5	0	0	2	6

Bei allen Fragestellungen zum Thema Schmerz wird die VAS-Einteilung verwendet, wenn nicht ausdrücklich etwas anderes vermerkt wurde.

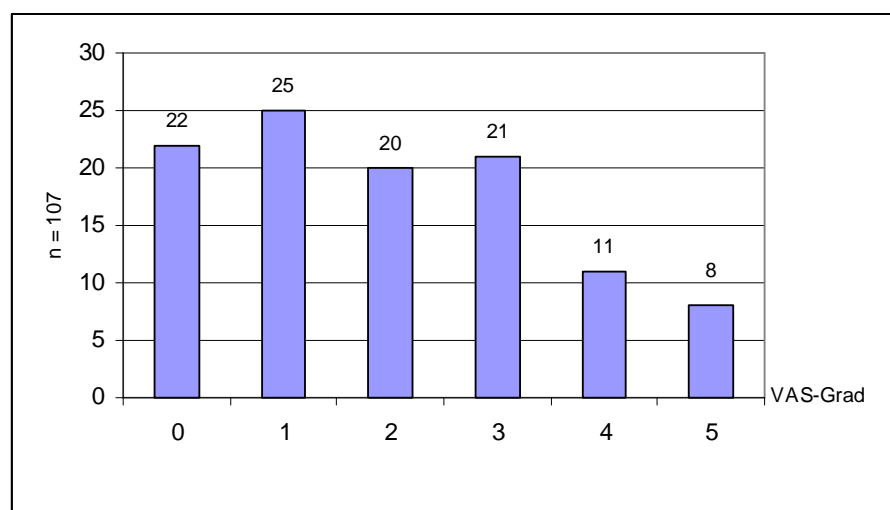


Abb. 4.32: Verteilung der VAS-Grade und des Wertes 0 (keine Schmerzen)

4.8.1 Schmerz und Angst

Die $n = 20$ Patienten, die unter Angst leiden, sind auf alle 5 Stufen der möglichen Schmerzgrade verteilt. Ein fünftel dieser Patienten hat milde Schmerzen (VAS-Grad 1). In je 30 Prozent der mit Angst behafteten Patienten haben diese starke (VAS-Grad 3) bzw. stärkste vorstellbare Schmerzen (VAS-Grad 5). Die Korrelation

zwischen Schmerz (VAS) und dem HADS-D-Angstwert beträgt 0,44 und ist mit $p < 0,0001$ hochgradig signifikant.

4.8.2 Schmerz und Depressivität

Bei der Verteilung der als depressiv einzustufenden Patienten auf die einzelnen Grade der VAS wird deutlich, dass sich die $n = 28$ Patienten, die als depressiv zu werten sind, auf alle Stufen der Schmerzstärke verteilen. Die meisten depressiven Patienten befinden sich in der Gruppe VAS-Grad 1 (milder Schmerz) und VAS-Grad 5 (stärkster vorstellbarer Schmerz) mit $n = 7$ bzw. $n = 6$ Patienten. Die Korrelation zwischen Schmerz (VAS) und HADS-D-Depressionswert beträgt 0,30 und ist mit $p < 0,0001$ hochsignifikant.

4.8.3 Schmerz und Lebensqualität

Bei Betrachtung der Schmerzstärke auf der VAS und der Lebensqualität wurde als Vergleichswert für die Lebensqualität der Mittelwert der Skala Lebensqualität und globaler Gesundheitszustand des EORTC für den jeweiligen VAS-Grad verwendet.

Die Lebensqualität der Patienten sinkt kontinuierlich mit Zunahme der Schmerzintensität. Bei Patienten, die keine Schmerzen zu beklagen haben, beträgt der Mittelwert der Skala Lebensqualität und globaler Gesundheitszustand 57,6. Wenn Patienten angeben, dass sie unter den stärksten vorstellbaren Schmerzen leiden, erreichen diese gerade noch einen Mittelwert in Höhe von 9,4. Der Verlauf der Kurve der abnehmenden Lebensqualität wie sie in der Abb. 4.33 dargestellt ist, zeigt für die VAS-Grade 1 bis 4 einen relativ linearen Abfall. Allerdings kommt es zu einer nochmals drastischen Verschlechterung beim Übergang von VAS-Grad 4 auf VAS-Grad 5 mit einer Differenz von 30.

Der Korrelationskoeffizient beträgt $-0,44858$ ($p < 0,0001$). Es besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang von Schmerz und Lebensqualität. Je geringer die Schmerzausprägung ist desto höher ist die Lebensqualität.

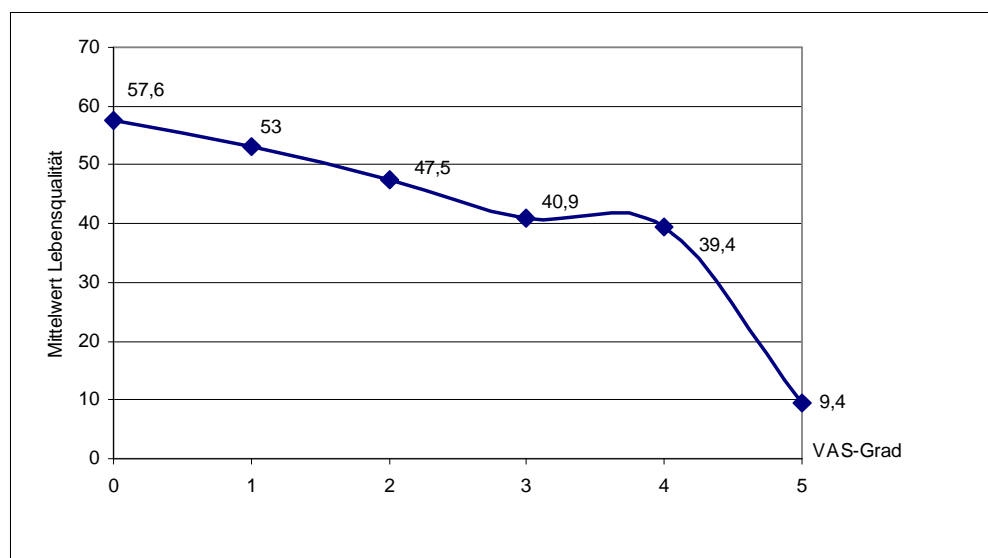


Abb. 4.33: VAS-Grad 1 bis 5 und 0 und Lebensqualität

4.8.4 Schmerz und Schmerzmedikation

Bei denjenigen Patienten, welche eine Schmerzintensität von VAS-Grad 4 und 5 angaben ($n = 19$ Patienten), wird die Schmerzmedikation näher betrachtet. In 3 Fällen liegt keine Schmerzmedikation bei den Patienten vor. Opioide der Stufe 3 sind bei 10 Patienten eingesetzt, wobei in 3 Fällen eine Zeitangabe zur Einnahme fehlt. Von 4 Patienten werden Opioide der Stufe 2 eingenommen. Hier fehlt bei allen Verordnungen eine entsprechende Angabe zur Zeitangabe. Bei 2 Patienten sind lediglich Nichtopioide angesetzt ohne Zeitangabe.

4.9 Aufklärung der Patienten

4.9.1 Aufklärung über die Diagnose Krebs und das derzeitige Stadium der Erkrankung

Nur in $n = 5$ Fällen (4,7 Prozent) waren die betroffenen Patienten nicht über ihre Tumordiagnose in vollem Umfang aufgeklärt. Bei $n = 102$ Patienten (95,3 Prozent) war eine Aufklärung über die Tumordiagnose in vollem Umfang erfolgt. $N = 81$ Patienten (75,7 Prozent) sind darüber in vollem Umfang aufgeklärt, in welchem Stadium ihrer Erkrankung sie sich befinden. Bei $n = 26$ Patienten (24,3 Prozent) wurde diese Aufklärung nicht vorgenommen.

4.9.2 Aufklärung über die Prognose der Tumorerkrankung

Die Aufklärung über die Prognose der Tumorerkrankung wurde in n = 39 Fällen (36,5 Prozent) in vollem Umfang vorgenommen. Bei n = 68 Patienten (63,6 Prozent) wurde dies nicht gemacht.

4.10 Willenserklärungen

4.10.1 Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung wurde von n = 22 Patienten (20,6 Prozent) erstellt, diskutiert wird sie von n = 31 Patienten (29 Prozent) und keine Überlegungen zu diesem Thema haben n = 54 Patienten (50,4 Prozent) angestellt.

Wenn Patienten eine Patientenverfügung diskutiert oder erstellt haben, wurden sie gebeten, die für sie darin wichtigsten Aussagen zu nennen (siehe Anhang A6, S. 164). Die Mehrheit der Patienten wollte keine lebensverlängernden Maßnahmen bzw. keine Intensivmedizin in einer ausweglosen Situation (n = 14).

In den Fällen, in denen eine Patientenverfügung zur Diskussion steht oder erstellt ist, wurde erfasst, ob der Hausarzt oder ein Notar in die Vorbereitung oder Erstellung der Patientenverfügung involviert ist bzw. war. In n = 11 Fällen war der Hausarzt und in n = 5 Fällen ein Notar mit einbezogen.

4.10.2 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Bestellung eines Bevollmächtigten

Die Mehrheit der Patienten von n = 62 (57,9 Prozent) hat keine **Vorsorgevollmacht** erstellt. Bei n = 18 Patienten (16,8 Prozent) ist sie vorhanden und n = 27 Patienten (16,8 Prozent) überlegen die Erteilung einer solchen. Beim Vorhandensein einer **Betreuungsverfügung** verhält sich das Verhältnis ähnlich wie bei den Vorsorgevollmachten. Mehr als die Hälfte der Patienten (n = 71; 66,4 Prozent) hat keine Betreuungsverfügung, bei n = 13 der Patienten (12,2 Prozent) ist sie vorhanden und von n = 23 Patienten (21,5 Prozent) wird sie diskutiert. In der Mehrzahl der Fälle von n = 79 (73,8 Prozent) haben die Patienten keine **bevollmächtigte Person**. Wenn ein Bevollmächtigter eingesetzt ist, ist dies in 9,4 Prozent der Ehegatte bzw. Lebenspartner, in 7,5 Prozent eine sonstige Person wie Schwiegerkinder oder Freunde, in 4,7 Prozent ein Kind des Patienten, in 3,7 Prozent

die Kombination von Kind und Ehegatte bzw. Lebenspartner und einem Fall der Partner mit einer sonstigen Person.

4.11 Beurteilung der Versorgung und Behandlung durch den Patienten

Die dabei verwendeten Zufriedenheitsskalen sind in 5 Stufen unterteilt. Stufe 1 (null – 2) völlig unzufrieden, Stufe 2 (3 – 4) sehr unzufrieden, Stufe 3 (5 – 6) unzufrieden, Stufe 4 (7 – 8) zufrieden und Stufe 5 (9 – 10) sehr zufrieden. Bei allen Betrachtungen und Vergleichen der beiden Zufriedenheitsskalen werden die Stufen 1 bis 3 als unzufrieden und die Stufen 4 und 5 als zufrieden gewertet.

4.11.1 Zufriedenheit mit der Schmerztherapie

Von $n = 83$ Patienten wurde eine Bewertung ihrer Schmerztherapie vorgenommen. Von $n = 24$ Patienten wurden keine Angaben gemacht, da sie nach eigener Aussage aufgrund einer fehlenden Schmerzmedikation keine Angaben machen wollten. Die Verteilung der Einzelwerte auf der Zufriedenheitsskala ist in Abb. 4.34 dargestellt. Die im Folgenden genannten Prozentzahlen beziehen sich auf die $n = 83$ Patienten, die Angaben zur Zufriedenheit gemacht haben.

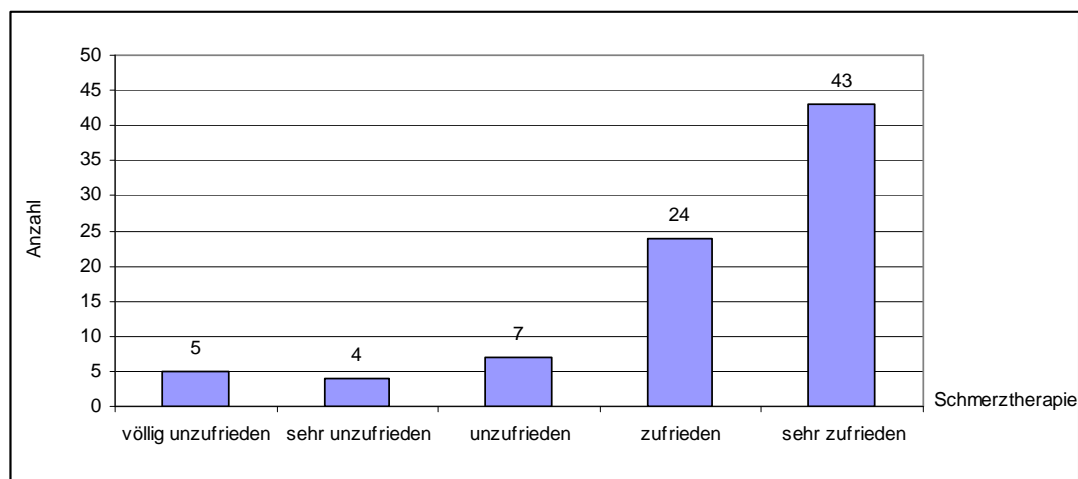


Abb. 4.34: Verteilung der Zufriedenheitsstufen mit der Schmerztherapie

Im Mittel wird ein Zufriedenheitswert von 8,1 erreicht. Diejenigen Patienten, die eine Schmerzintensität von VAS-Grad 3 bis 5 angegeben haben, haben einen mittleren Zufriedenheitswert von 6,5. Der Mittelwert bei Patienten ohne Schmerzen bzw. VAS-Grad 1 und 2 ist 8,4.

4.11.2 Zufriedenheit mit der Versorgung durch den Hausarzt

Die Bewertung der Zufriedenheit mit der Versorgung und Behandlung durch den Hausarzt wurde von allen $n = 107$ Patienten vorgenommen. Der Mittelwert der Zufriedenheit mit der Versorgung durch den Hausarzt ist 8,4 (Abb. 4.35).

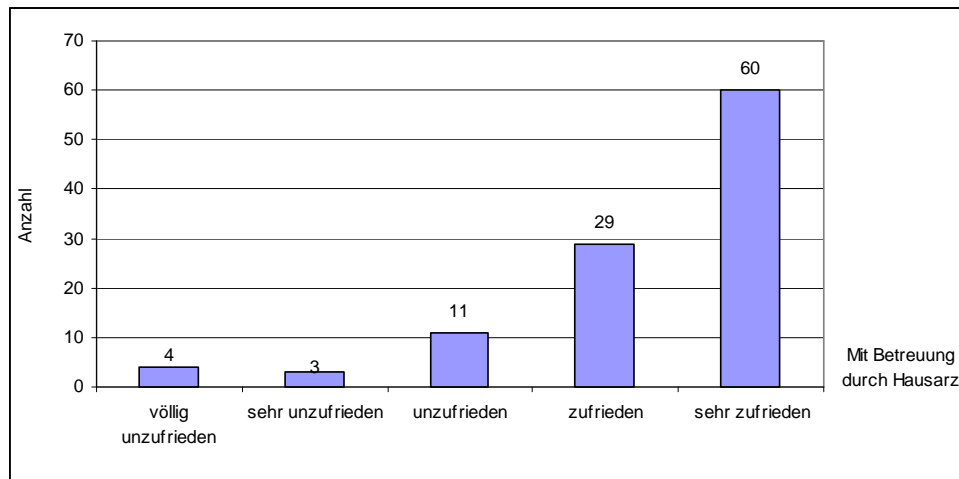


Abb. 4.35: Verteilung der Zufriedenheitsstufen mit der Betreuung durch den Hausarzt

4.11.3 Betrachtung der Zufriedenheit mit der Schmerztherapie und Versorgung durch den Hausarzt

Ein Vergleich der Zufriedenheit in diesen beiden Bereichen war in $n = 82$ Fällen möglich, da nicht bei allen Patienten eine Einschätzung der Schmerztherapie vorlag. Von den befragten Patienten zeigen sich $n = 57$ sowohl mit der Schmerztherapie als auch der Versorgung durch den Hausarzt zufrieden. Unzufrieden mit beiden Bereichen sind $n = 4$ Patienten. Zufrieden mit der Betreuung durch den Hausarzt, aber unzufrieden mit ihrer Schmerztherapie sind $n = 11$ Patienten. Dass die Patienten mit ihrer Schmerztherapie zufrieden sind, jedoch nicht mit der Behandlung durch ihren Hausarzt, kommt in $n = 10$ Fällen vor.

Zur Berechnung der Korrelation der Zufriedenheit mit der hausärztlichen und schmerztherapeutischen Versorgung wurde Fisher's Exact Test angewandt, da bei der Testung nach χ^2 , die erwarteten Zellhäufigkeiten zu klein sind. Dieser ergibt 0,0051 und ist damit hochsignifikant.

4.11.4 Zufriedenheit mit der Versorgung durch den Pflegedienst

Die Beurteilung konnte von $n = 6$ Patienten vorgenommen werden, in allen anderen Fällen ($n = 101$) war kein Pflegedienst im Einsatz. Insgesamt sind alle $n = 6$

Patienten mit der Versorgung durch den Pflegedienst zufrieden. Auf der Zufriedenheitsskala wurden die Werte 9 und 10 angegeben.

4.11.5 Person, die Patienten am besten betreut

In den meisten Fällen konnten und wollten die Patienten sich nicht auf eine Person festlegen, so dass Mehrfachnennungen zugelassen wurden. Die Mehrzahl der Befragten fühlt sich durch ihre Angehörigen am besten betreut $n = 95$ (88,8 Prozent) (Abb. 4.36).

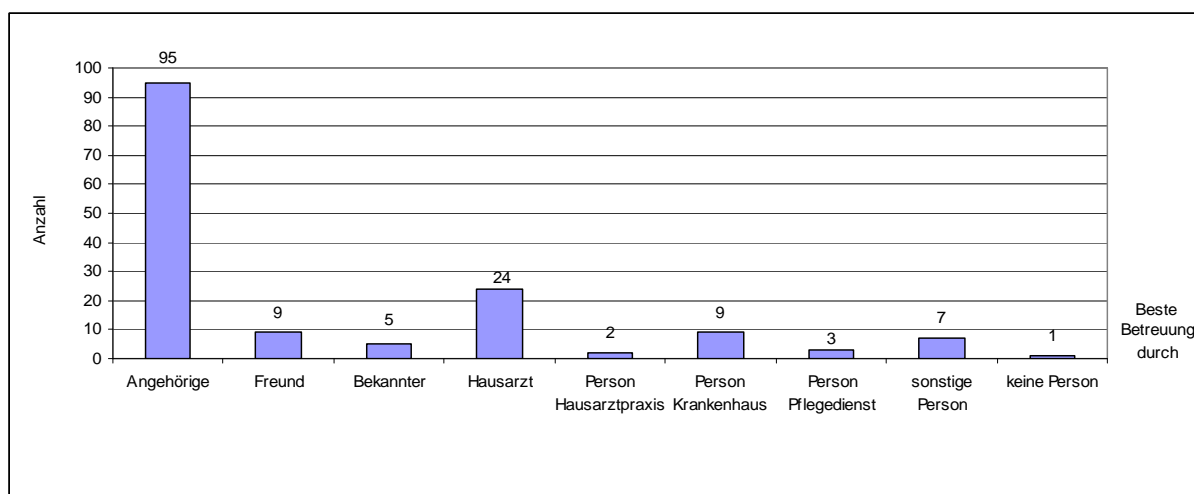


Abb. 4.36: Person, die Patienten am besten betreut

4.11.6 Institution, die Patienten am besten betreut

Auch hier haben die Patienten keine einzelne Institution, sondern mehrere Institutionen genannt, von denen sie sich in ihrer momentanen Lage am besten betreut fühlen (Abb. 4.37).

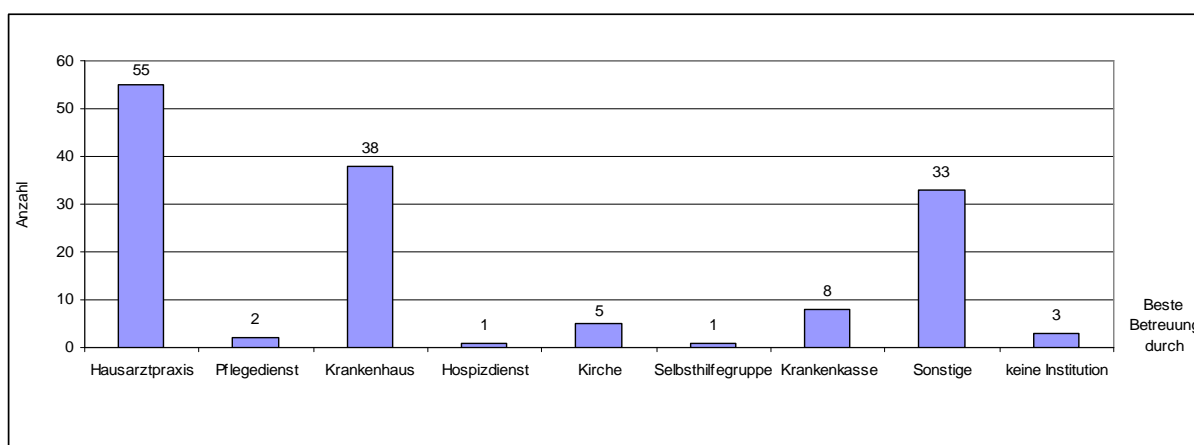


Abb. 4.37: Institution, die Patienten am besten betreut

Bei der Gruppe der unter sonstigen genannten Institutionen $n = 33$ (30,8 Prozent) handelt es sich um die Nachbarschaft, Arbeitskollegen und Vereine, in denen der Patient aktiv (gewesen) ist. Von keiner Institution am besten betreut sehen sich $n = 3$ (2,7 Prozent) der Patienten.

4.11.7 Kritikpunkte der Patienten an ihrer Betreuung

In $n = 46$ der Interviews (43 Prozent) hatten die Patienten keine Kritik an ihrer Betreuung zu üben. In $n = 61$ Fällen (57 Prozent) wurden Kritikpunkte genannt.

Die genannten Kritikpunkte sind in Tab. 4.12 nach Themenschwerpunkten aufgelistet.

Tab. 4.12: Kritikpunkte der Patienten an ihrer Betreuung

Kritikpunkt	Anzahl
Fehlende Menschlichkeit, Würde und Respekt von Seiten der Ärzte gegenüber dem Patienten	14
Mangelhafte diagnostische und therapeutische Betreuung durch den Hausarzt	14
Mangelnde Aufklärung und Information	13
Struktur bedingte Probleme im Krankenhaus bzw. den onkologischen Ambulanzen	11
Bürokratie	9
schlechte Kommunikation mit Ärzten	8
Struktur bedingte Probleme bei den Hausärzten	7
unzureichende Symptomkontrolle durch die behandelnden Ärzte	6
Probleme mit der Krankenkasse	5
Mangelhafte diagnostische und therapeutische Betreuung durch Krankenhäuser	4
Versorgung als allein stehende Person schwierig	2
Schulmedizin lässt keinen Raum für alternative Therapien	1

4.11.8 Verbesserungsvorschläge der Patienten zu ihrer Betreuung

Von $n = 35$ Patienten (32,7 Prozent) wurden Verbesserungsvorschläge zu ihrer derzeitigen Betreuung gemacht. Bei $n = 72$ Patienten (67,3 Prozent) waren keine Verbesserungsvorschläge geäußert worden. Die geäußerten Verbesserungsvorschläge sind in Hauptgruppen zusammengefasst in Tab. 4.13 aufgelistet.

Tab. 4.13: Verbesserungsvorschläge der Patienten zu ihrer Betreuung

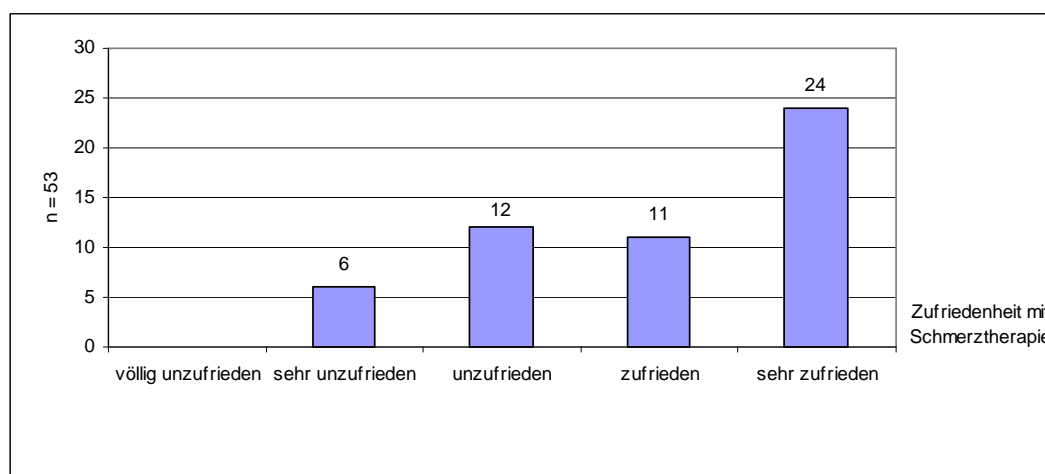
Verbesserungsvorschlag	Anzahl
Bessere Koordination und Organisation der Behandlungen	13
Mehr Eingehen auf und mehr Zeit für den Patient	6
Bessere Aufklärung und Information	5
Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient	4
Vereinfachung der Bürokratie	4
Bessere Ausbildung der Ärzte im Umgang mit Schwerkranken	2
Bessere psychologische Betreuung	2
Mehr Personal in den onkologischen Ambulanzen	2
spirituelle Betreuung verbessern	1
Bessere Schmerztherapie	1
Bessere Bezahlung von pflegenden Angehörigen	1
Ruhigeres Ambiente im Krankenhaus	1

4.12 Befragung der Angehörigen

Wie bereits ausgeführt, war die Befragung von $n = 68$ nahe stehenden Personen möglich. Die Beurteilung nach zufrieden und unzufrieden mit der Betreuung des Patienten erfolgt in den Stufen 1 bis 5 wie bei der Bewertung durch die Patienten selbst.

4.12.1 Zufriedenheit mit der Schmerztherapie des Patienten

Bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit der Schmerztherapie des Patienten haben $n = 53$ Angehörige Angaben gemacht. Keine Angaben machten $n = 15$ Angehörige. Die Ergebnisse zeigt Abb. 4.38. Im Mittel wird ein Zufriedenheitswert von 7,6 erreicht.

**Abb. 4.38: Verteilung der Zufriedenheitsstufen mit der Schmerztherapie des Patienten**

4.12.2 Zufriedenheit mit der Versorgung des Patienten durch den Hausarzt

Zu diesem Punkt äußerten sich 67 der 68 erfassten Angehörigen. Die Ergebnisse sind in Abb. 4.39 aufgezeigt. Das Mittel des Zufriedenheitswertes beträgt 7,6.

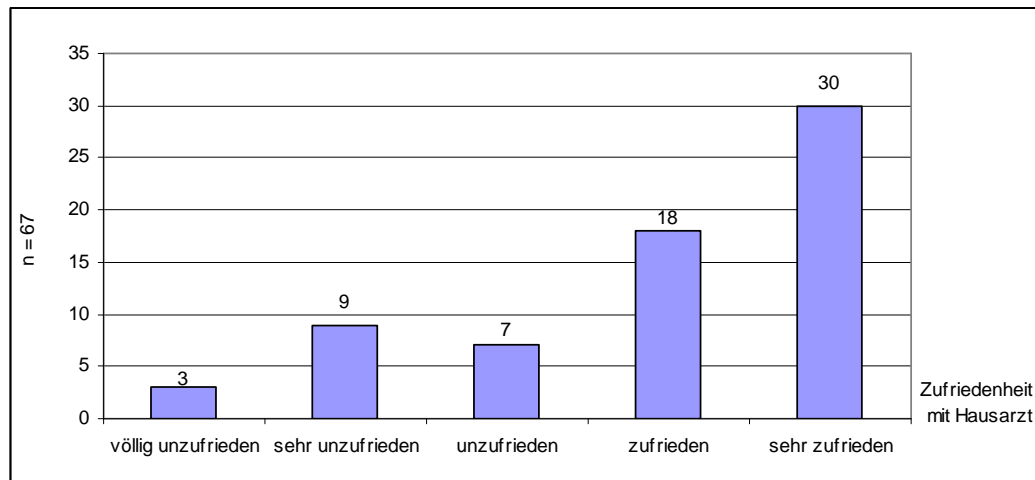


Abb. 4.39: Verteilung der Zufriedenheitsstufen mit der Betreuung durch den Hausarzt

4.12.3 Zufriedenheit mit der Versorgung durch den Pflegedienst

Hierzu wurden von $n = 3$ Angehörigen Angaben gemacht. Ein Angehöriger war unzufrieden und $n = 2$ Angehörige waren zufrieden mit der Versorgung des Patienten durch den Pflegedienst.

4.12.4 Person, die Angehörigen am besten betreut

Die Angehörigen nahmen auch Mehrfachnennungen bei dieser Frage vor.

Siehe Abb. 4.40 nächste Seite.

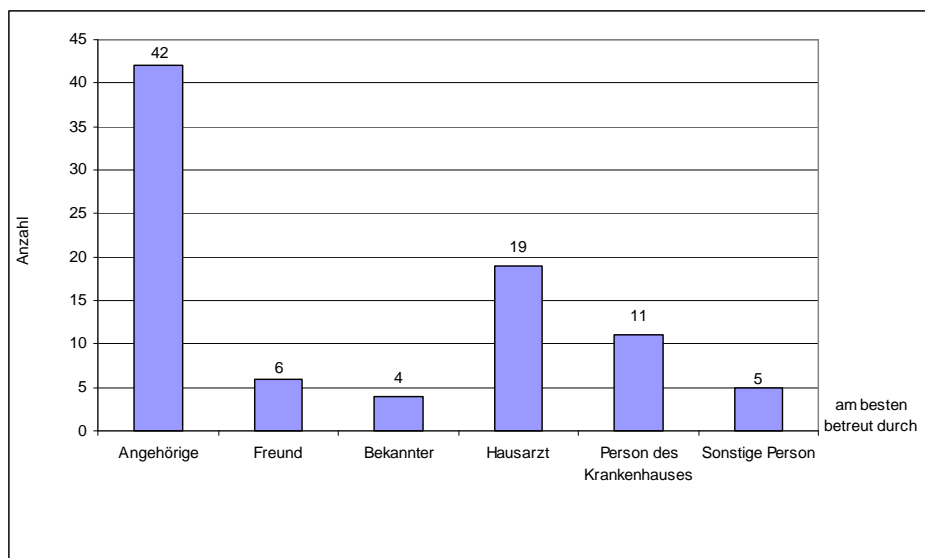


Abb. 4.40: Person, die Angehörigen am besten betreut

In der Mehrheit ($n = 42$; 62 Prozent) gaben die Angehörigen an, von anderen Familienmitgliedern am besten betreut und unterstützt zu werden. Die sonstigen Personen sind in $n = 4$ Fällen Arbeitskollegen und Nachbarn der betroffenen Angehörigen bzw. in einem Fall „Gott“, die in $n = 5$ Fällen (7,5 Prozent) genannt wurden. Personen des Pflege- oder Hospizdienstes wurden nicht genannt.

4.12.5 Institution, die Angehörigen am besten betreut

Hier wurden auch Mehrfachnennungen vorgenommen. (Abb. 4.41)

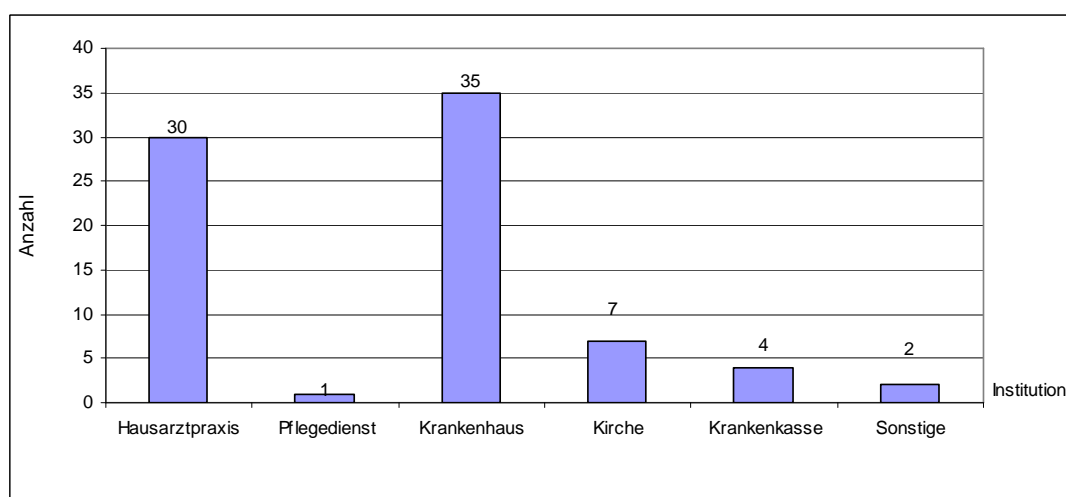


Abb. 4.41: Institution, die Angehörige am besten betreut

4.12.6 Kritikpunkte der Angehörigen an der Betreuung

Kritikpunkte wurden von n = 29 Angehörigen geäußert. Keine Kritik gaben n = 39 Angehörige an. Die durch Angehörige geäußerten Kritikpunkte an der Betreuung sind in Hauptgruppen in Tab. 4.14 dargestellt.

Tab. 4.14: Kritikpunkte der Angehörigen an der Betreuung

Kritikpunkt	Anzahl
Zu wenig Aufklärung und Information	9
Fehlende Betreuung der Angehörigen	8
Mangelnde ärztliche Betreuung des Patienten	6
Schlechte Behandlung des Patienten im Krankenhaus	5
Schlechte Kommunikation	3
Lange Wartezeiten	3
Fehlende Menschlichkeit und Respekt gegenüber dem Patienten	2
Mangelnde Kompetenz der Ärzte	2
Bürokratie	2
Zu wenig Pflegegeld	1
Familiäre Kommunikationsschwierigkeiten	1

4.12.7 Verbesserungsvorschläge der Angehörigen zur Versorgung

Von den Angehörigen wurden in n = 23 Fällen Verbesserungsvorschläge angegeben. Keine wurden in n = 45 Fällen geäußert. Die genannten Verbesserungsvorschläge zur Betreuung sind in Tab. 4.15 abgebildet.

Tab. 4.15: Verbesserungsvorschläge der Angehörigen zur Betreuung

Verbesserungsvorschlag	Anzahl
Bessere Kommunikation und Organisation der Ärzte untereinander	6
Bessere Aufklärung und Information	5
Bessere Betreuung des Patienten durch die behandelnden Ärzte	5
Bessere psychische Betreuung der Angehörigen	4
Bessere Kommunikation mit den Angehörigen	2
Bessere Schulung des Krankenhauspersonals	1
Verbesserte Therapien	1
Keine Scheuklappen bei der Behandlung durch Ärzte	1
Niveau der Therapie halten	1

4.13 Vergleich der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

4.13.1 Zufriedenheit mit der Schmerztherapie

Bei den Aussagen zur Zufriedenheit mit der Schmerztherapie konnte in n = 50 Fällen ein Vergleich durchgeführt werden (Tab. 4.16). Die Mittelwerte für die entsprechende Patientengruppe ist hier 8,6 und für die Angehörigen wieder 7,6.

Tab. 4.16: Zufriedenheit mit der Schmerztherapie von Patienten und Angehörigen

	Schmerztherapie (Angehörige)		gesamt
	unzufrieden	zufrieden	
Schmerztherapie (Patienten)			
unzufrieden	5	2	7
zufrieden	13	30	43
gesamt	18	32	50

Da die erwarteten Zellhäufigkeiten zu klein sind, wurde Fisher's-Exact-Test angewandt. Dies ergibt ein signifikantes Ergebnis von $p = 0,049$. Somit geben die Patienten höhere Zufriedenheitswerte an als ihre Angehörigen.

4.13.2 Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung

In $n = 67$ Fällen war ein Vergleich der Einschätzung von Patienten und Angehörigen möglich (Tab. 4.17).

Tab. 4.17: Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung von Patienten und Angehörigen

	hausärztliche Versorgung (Angehörige)		gesamt
	unzufrieden	zufrieden	
hausärztliche Versorgung (Patienten)			
unzufrieden	6	2	8
zufrieden	13	46	59
gesamt	19	48	67

Der Vergleich der entsprechenden Mittelwerte ergibt für die Angehörigen einen Wert von 7,6 und für die Patienten einen Wert von 8,3. Da die erwarteten Zellhäufigkeiten zu klein sind, wurde Fisher's-Exact-Test angewandt. Dies ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis mit $p = 0,0015$ und einer von Korrelation von $r = 0,38104$.

4.14 Multivariate Analyse der Lebensqualität

Um Prädiktoren der Lebensqualität bei den palliativmedizinisch betreuten Patienten zu ermitteln, wurde abschließend eine multivariate Analyse durchgeführt. Hierbei wurden folgende Variablen einbezogen (Tab. 4.18).

Die abhängige Variable „Lebensqualität“ wird aus dem Wert der Skala globaler Gesundheitszustand und Lebensqualität gebildet.

Tab. 4.18: Variablen der Regressionsanalyse

-
- Körperliche Funktion
 - Rollenfunktion
 - Emotionale Rolle
 - Kognitive Funktion
 - Soziale Funktion
 - Finanzielle Lage
 - Alter
 - Geschlecht
 - Schmerz (VAS-Skala)
 - Dauer der Erkrankung (in Tagen)
 - HADS-D-Angstwert
 - HADS-D-Depressionswert
-

4.14.1 Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ist in Tab. 4.19 dargestellt.

Tab. 4.19: Varianzanalyse

Quelle	Freiheitsgrade	Quadratsumme	Mittlere Quadratsumme	F-Wert	p-Wert
Modell	12	34711	2892,5	8,80	< 0,0001*
Fehler	94	30897	328,7		
korrigiertes Fehlerquadrat	106	65607			

*hochsignifikant

Alle oben genannten Variablen der Regressionsanalyse zusammen haben einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten ($p < 0,0001$).

4.14.2 Parameterschätzung auf die Lebensqualität bezogen

Das Ergebnis für die einzelnen Variablen der Regressionsanalyse ist in Tab. 4.20 dargestellt.

Tab. 4.20: Einzelergebnisse der Regressionsanalyse

Einflussvariable	Betagewichte	Standardfehler	t-Wert	p-Wert
Körperliche Funktion	0,06502	0,10552	0,62	0,5393
Rollenfunktion*	0,16897	0,07644	2,21	0,0295*
Emotionale Rolle	0,08513	0,10787	0,79	0,4320
Kognitive Funktion	-0,00438	0,08229	-0,05	0,9577
Soziale Funktion	0,05726	0,06417	0,89	0,3745
Finanzielle Lage	-0,06822	0,05177	-1,32	0,1908
Alter	-0,03940	0,17633	-0,22	0,8237
Geschlecht	5,27788	3,90877	1,35	0,1802
Schmerz (VAS-Skala)*	-1,62292	0,07392	-2,41	0,0180*
Erkrankungsdauer**	0,00098033	0,00122	0,80	0,4250
HADS-D-Angstwert	0,73416	0,70603	1,04	0,3011
HADS-D-Depressionswert*	-1,72752	0,67194	-2,57	0,0117*

* Werte sind signifikant, ** in Tagen

Die Variablen Rollenfunktion ($p=0,0295$), Schmerzintensität nach der VAS-Skala ($p=0,0180$) und HADS-D-Depressionswert ($p=0,0117$) haben in der Parameterschätzung einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Für die Variable Geschlecht gilt, dass Männer eine höhere Lebensqualität als Frauen haben. Dieses Ergebnis ist allerdings nicht abgesichert.

Bei der Zunahme der Rollenfunktion um einen Punkt beträgt der Zuwachs der Lebensqualität das 0,17 fache (Betagewicht 0,16897). Die Abnahme der Lebensqualität bei steigender Schmerzintensität beträgt das -1,6 fache (Betagewicht -1,62292). Bei steigenden HADS-D-Depressionswerten zeigt sich eine Abnahme der Lebensqualität um das -1,7 fache (Betagewicht -1,72752).

Die Höhe der Lebensqualität kann durch Einsetzen der entsprechenden Skalenwerte für den EORTC, der HADS-D- Angst- und Depressivitätswerte, des Alters in Jahren, des Geschlechts (1= männlich, 0= weiblich), der Erkrankungsdauer in Tagen und des Wertes auf der VAS in der unten genannten Formel berechnet werden. Die verwendeten Abkürzungen sind in Tab. 4.21 dargestellt.

$$lq = 43,5 + (pf \cdot 0,06502 + rf \cdot 0,16897 + ef \cdot 0,08513 + cf \cdot (-0,00438) + sf \cdot 0,05726 + fi \cdot (-0,06822) + a \cdot -0,03940 + g \cdot 5,27788 + vas \cdot (-1,62292) + ed \cdot 0,00098 + angst \cdot 0,73416 + depress \cdot (-1,72752))$$

Tab. 4.21: Abkürzungen

lq	Lebensqualität
pf	Körperliche Funktion
rf	Rollenfunktion
ef	Emotionale Rolle
cf	Kognitive Funktion
sf	Soziale Funktion
fi	Finanzielle Lage
a	Alter
g	Geschlecht
vas	Schmerz (VAS-Skala)
ed	Erkrankungsdauer (in Tagen)
angst	HADS-D-Angstwert
depress	HADS-D-Depressionswert
