

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

BEREICH PALLIATIVMEDIZIN,
2. MEDIZINISCHE KLINIK UND POLIKLINIK

KLINIKDIREKTOR: PROF. DR. MED. CARSTEN BOKEMEYER

Würdeempfinden sterbenskranker Krebspatienten und der Einfluss von Symptomen, Belastung und soziodemographischen Faktoren

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

**Marie Carlotta Wais
aus Horb a.N.
Hamburg 2015**

Angenommen von der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg am: 15.02.2016

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, die Vorsitzende: Prof. Dr. Karin Oechsle

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Martin Härter

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Artikel im Journal of Pain and Symptom Management September 2014	4
Einleitung.....	14
Theoretischer Hintergrund	16
Was ist Palliativmedizin?	16
Grundprinzipien palliativmedizinischer Versorgung	16
Versorgungsformen in Deutschland.....	17
Palliativmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)	18
Was ist Würde?	20
Würde in der Palliativmedizin.....	22
Aktueller Stand der Forschung	24
Das Würdemodell nach Chochinov et al.	24
Würde messbar machen	27
Würdespezifische Therapiemöglichkeiten	30
Würdebewahrende Therapie	31
Psychotherapeutische Ansätze.....	32
Fragestellung und Zielsetzung	34
Material und Methoden	35
Studiendesign.....	35
Stichprobenbeschreibung	35
Die Patientenbefragung.....	36
Erhebung der Symptomlast.....	36
Subjektives Gesamtbefinden.....	37
Psychische Belastung.....	37
Beeinträchtigung des Würdeempfindens	37
Medizinische und soziologische Daten	38
Statistische Auswertung	39
Ergebnisse.....	40
Patientencharakteristik	40

Soziodemographische Parameter	40
Charakteristik der Grunderkrankung.....	40
Komorbiditäten	44
Analyse der Patientenbefragung.....	46
Symptomlast (MSAS).....	46
Subjektives Gesamtbefinden.....	50
Psychische Belastung.....	51
Würdeempfinden von Palliativpatienten (PDI)	52
Einfluss von Patientencharakteristika, Symptomlast, psychischer Belastung und Gesamtbefinden auf das Würdeempfinden der Patienten.....	56
Einfluss der Patientencharakteristika auf das Würdeempfinden	56
Einfluss von subjektivem Gesamtbefinden und psychischer Belastung auf das Würdeempfinden	57
Symptomlast und Würdeempfinden.....	60
Diskussion	77
Das Würdeempfinden der Patienten.....	77
Patientencharakteristik und Würdeempfinden.....	79
Symptomlast und Würdeempfinden	81
Befinden und Belastung und Würdeempfinden.....	89
Bedeutung palliativmedizinischer Behandlung und ihre Besonderheiten im Hinblick auf das Würdeempfinden der Patienten	90
Schwächen der Studie	91
Schlussfolgerung	93
Abkürzungsverzeichnis.....	96
Literaturverzeichnis	97
Anhang	101
Danksagung	130
Lebenslauf.....	131
Eidesstattliche Versicherung	132

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Sterben und Tod sind trotz ihrer Unausweichlichkeit und ihrer Bedeutung für jeden Einzelnen ein gesellschaftlich stark tabuisiertes Thema. Die Angst vor dem Tod ist dennoch groß – wobei hierbei die Angst vor dem Sterben und den Umständen unter denen es geschieht die eigentliche Angstquelle darstellt. In diesem Zusammenhang ist der Begriff Würde von zentraler Bedeutung. Ein Sterben in Würde ist das erklärte Ziel der meisten Menschen, die sich mit diesem Thema befassen. Eine besondere Rolle spielt die Würde der Patienten für die Palliativmedizin. In palliativmedizinischer Behandlung befinden sich zumeist Menschen, die an einer fortgeschrittenen onkologischen Erkrankung leiden. Eine solche Erkrankungssituation birgt eine Vielzahl an potentiellen Einschränkungen des Würdeempfindens. Zudem sind diese Patienten häufig einer hohen Belastung durch körperliche und seelische Symptome ausgesetzt. Zusammenhänge zwischen Einschränkungen des Würdeempfindens und der Symptomlast sind also von höchstem Interesse für eine angemessene, umfassende palliativmedizinische Versorgung. In Anbetracht der Tatsache, dass Würde für Palliativpatienten, deren Angehörige und deren Behandelnde ein zentrales Thema ist und vielleicht das wichtigste Argument, wenn es um weitreichende medizinische und persönliche Entscheidungen geht, sollte dies große Beachtung in der Betreuung Sterbenskranker finden.

In den letzten Jahren hat eine kanadischen Arbeitsgruppe um Chochinov et al. nicht nur ein Modell zur Erfassung Würde beeinflussender Faktoren, sondern auch einen Fragebogen zur Evaluation damit zusammenhängender Belastungen entwickelt. Das Würdemodell sowie der darauf basierende Fragebogen umfassen mehrere Dimensionen, welche sich auf das Würdeempfinden palliativ Erkrankter auswirken: „Symptombelastung“, „Abhängigkeit“, „Existenzielle Belastung“, „Innerer Frieden“ und „Soziale Unterstützung“.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, den Einfluss von Symptomlast, Belastung und Befinden sowie individueller Patientenmerkmale auf das Würdeempfinden von terminal erkrankten Krebspatienten zu untersuchen.

Methoden: In dieser prospektiven Querschnittstudie wurden 61 unheilbar kranke Krebspatienten der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorfs innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme befragt. Die Patienten beantworteten einen validierten Fragebogen zum Würdeempfinden, den Patient Dignity Inventory (PDI); eine modifizierte Version der Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS); das National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer; sowie eine Skala zur Bewertung des subjektiven Gesamtbefindens am Befragungstag. Sozio-demografische und Krankheits-spezifische Faktoren wurden den Patientenakten entnommen.

Ergebnisse: Es zeigte sich insgesamt eine höhere Symptomlast durch körperliche als durch seelische Symptome. Dennoch ließ sich gerade für psychische Symptome ein großer Einfluss auf das Würdeempfinden der Patienten nachweisen. Der Zusammenhang zwischen Würdeempfinden und primär körperlichen Symptomen war weniger ausgeprägt, aber ebenfalls signifikant. Psychische Symptome zeigten insgesamt einen stärkeren Zusammenhang mit den verschiedenen Dimensionen des Würdeempfindens als körperliche Symptome, mit Ausnahme der Dimension „Abhängigkeit“, die am stärksten von körperlichen Symptomen beeinflusst war.

Das Gesamtwürdeempfinden korrelierte am stärksten mit den Symptomen Schwäche ($p < 0,001$), Angstgefühlen ($p < 0,001$), Traurigkeit ($p = 0,002$), Schmerzen ($p = 0,009$), Atemnot ($p = 0,019$), Gereiztheit ($p = 0,023$), Durst ($p = 0,029$) und Müdigkeit ($p = 0,041$).

Körperliche Beschwerden zeigten vor allem einen Zusammenhang mit den würdebeflussenden Aspekten „Symptombelastung“ und „Abhängigkeit“, während psychische Symptome vor allem mit den Dimensionen „Soziale Unterstützung“ und „Innerer Frieden“ korrelierten. Sowohl körperliche als auch psychische Symptome waren signifikant mit „Existentieller Belastung“ assoziiert.

Die Würde-Dimension „Abhängigkeit“ korrelierte mit Schmerzen ($p = 0,003$), Schwäche ($p = 0,004$) und Problemen beim Wasserlassen ($p = 0,044$). „Symptombelastung“ zeigte signifikante Korrelationen mit Schmerzen ($p = 0,003$), Schwäche ($p = 0,002$) und Atemnot ($p = 0,011$), sowie Appetitlosigkeit ($p = 0,036$) und Müdigkeit ($p = 0,027$). Auch mit den psychischen Symptomen Gereiztheit ($p = 0,018$), Angst ($p < 0,001$) und Traurigkeit ($p < 0,001$) ließ sich ein Zusammenhang nachweisen. „Existentielle Belastung“ korrelierte signifikant mit Atemnot ($p = 0,024$), Müdigkeit ($p = 0,044$), Schwäche ($p = 0,001$) und Durst ($p = 0,017$) sowie mit den psychischen Symptomen Gereiztheit ($p = 0,010$), Angst ($p = 0,011$) und Traurigkeit ($p = 0,010$). „Innerer Frieden“ war mit den Symptomen Durst ($p = 0,025$), Angst ($p = 0,008$) und Traurigkeit ($p = 0,004$) assoziiert. „Soziale Unterstützung“ zeigte keine Korrelation mit den abgefragten körperlichen Beschwerden. Dagegen fand sich für alle drei psychischen Symptome (Gereiztheit $p = 0,014$; Angst $p < 0,001$; Traurigkeit $p = 0,001$) eine signifikante Korrelation mit der „Sozialen Unterstützung“.

Körperliche und seelische Symptome unterscheiden sich somit in der Art ihrer Auswirkung auf das Würdeempfinden: Körperliche Symptome wirken sich vor allem auf würdebeflussende Faktoren aus, die direkt auf Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung zurückzuführen sind. Seelische Symptome zeigen dagegen einen starken Zusammenhang mit würdebewahrenden persönlichen und sozialen Ressourcen der Patienten.

Die psychische Belastung der Patienten gemessen mit dem Distress Thermometer korrelierte nicht nur mit dem Gesamtwürdeempfinden ($p < 0,001$), sondern auch mit allen Dimensionen des Würdeempfindens: „Symptombelastung“ ($p < 0,001$), „Existentielle Belastung“ ($p < 0,001$), „Abhängigkeit“ ($p = 0,020$), „Innerer Frieden“ ($p < 0,001$) und „Soziale Unterstützung“ ($p = 0,024$).

Das subjektive Gesamtbefinden der Patienten am Befragungstag korrelierte signifikant mit „Existentieller Belastung“ ($p=0,013$), aber nicht mit „Symptombelastung“, „Abhängigkeit“, „Innerem Frieden“ oder „Sozialer Unterstützung“. Auch eine Korrelation mit dem Gesamtwürdeempfinden zeigte sich nicht.

Der körperliche Gesamtzustand zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Würdedimension „Abhängigkeit“ ($p=0,001$). Weitere Krankheits-spezifische oder soziodemographische Faktoren blieben ohne relevanten Einfluss auf die verschiedenen Dimensionen des Würdeempfindens

Schlussfolgerung: Das Würdeempfinden palliativ erkrankter Krebspatienten weist einen signifikanten Zusammenhang mit körperlichen und psychischen Symptomen, der Belastung, dem Gesamtbefinden und dem körperlichen Zustand auf.

Daher ist eine möglichst umfassende symptomkontrollierende Therapie von großer Bedeutung zur Erhaltung des Würdeempfindens. In Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren zur direkten Beeinflussung des Würdeempfindens sowie unter stärkerer Berücksichtigung psychischer Symptome und der psychosozialen Belastungssituation der Patienten kann das Würdeempfinden sterbenskranker Patienten gewahrt und gestärkt werden.

Im Sinne einer möglichst hohen Lebensqualität in der letzten Phase des Lebens sollte dies zentrales Ziel der Betreuung von Palliativpatienten sein.

2. Artikel im Journal of Pain and Symptom Management September 2014

Original Article

Relationship Between Symptom Burden, Distress, and Sense of Dignity in Terminally Ill Cancer Patients

Karin Oechsle, MD, Marie Carlotta Wais, Sigrun Vehling, PhD,

Carsten Bokemeyer, MD, and Anja Mehnert, PhD

Department of Oncology/Hematology/Bone Marrow Transplantation/Pneumology (K.O., M.C.W., C.B.) and Institute of Medical Psychology (S.V., A.M.), University Medical Center Eppendorf, Hamburg; and Section of Psychosocial Oncology (A.M.), Institute of Medical Psychology and Medical Sociology, University Medical Center Leipzig, Leipzig, Germany

Abstract

Context. Maintaining a sense of dignity in terminally ill patients and enabling a dignified dying are important aims of palliative care.

Objectives. To evaluate the impact of symptom burden, distress, overall condition, and individual patient characteristics on self-perceived dignity in terminally ill cancer patients.

Methods. In this cross-sectional study, 61 patients were recruited through a palliative care inpatient ward within 48 hours after admission. Patients completed the Patient Dignity Inventory, a modified version of the Memorial Symptom Assessment Scale, the National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer, and a single-item scale rating subjective of overall condition. Sociodemographic parameters and performance status were taken from the patients' records.

Results. Dignity total score correlated highest with lack of energy ($P < 0.001$), anxiety ($P < 0.001$), sadness ($P = 0.002$), pain ($P = 0.009$), shortness of breath ($P = 0.019$), irritability ($P = 0.023$), thirst ($P = 0.029$), and tiredness ($P = 0.041$). Psychological symptoms showed more consistent associations with the different dignity dimensions than physical symptoms except for the dependency dimension. Psychological distress correlated with all dignity dimensions: symptom distress ($P < 0.001$), existential distress ($P < 0.001$), dependency ($P = 0.020$), peace of mind ($P < 0.001$), and social support ($P = 0.024$). Overall condition was significantly associated with existential distress ($P = 0.013$), but not with symptom distress, dependency, peace of mind, or social support. Performance status showed significant association with dependency ($P = 0.001$).

Conclusion. Self-perceived dignity in terminally ill cancer patients is significantly associated with physical as well as psychological symptoms, distress, overall condition, performance status, and comorbidities. Knowledge of these specific interactions is essential for adequate, comprehensive palliative

Address correspondence to: Karin Oechsle, MD, Department of Oncology/Hematology/Bone Marrow Transplantation/Pneumology, University Medical

Center Eppendorf, Martinistrasse 52, Hamburg 20246, Germany. E-mail: k.oechsle@uke.de

Accepted for publication: October 10, 2013.

care. *J Pain Symptom Manage* 2014;■:■-■. © 2014 U.S. Cancer Pain Relief Committee. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Key Words

Dignity, self-perceived dignity, dignity-related distress, terminally ill, advanced cancer, palliative care, symptom burden, distress

Introduction

In the palliative care setting, maintaining a sense of dignity is essential for patients and caregivers, given the physical and psychosocial changes involved with illness experience.^{1,2} A growing body of research has conceptualized and investigated the states of psychological and existential distress in patients with severe physical illness to increase our knowledge and ensure comprehensive end-of-life care.³⁻⁹ According to Steinhäuser et al^{10,11} as well as Proulx and Jace-lon,¹² a “good death” is characterized by adequate pain and symptom management, clear decision making, preparation for death, completion, contributing to others, and affirmation of the whole person, as well as to be treated with continuous respect for the patients’ and caregivers’ needs including physical, psychological, social, and spiritual aspects.^{13,14} Allowing the patient to die with dignity is a fundamental value of comprehensive palliative and end-of-life care and contributes to a good death.¹⁵

In contrast to the high relevance of dignity in the individuals’ perspective on their own dying and previous efforts to characterize perceived sense of dignity,^{2,16} there are little empirical data on the perception of dignity among dying patients. Obviously, psychological states such as feelings of help- and hopelessness, despair, and loss of sense of dignity are closely interrelated, yet the association between sense of dignity, demographic factors, and psychosocial factors has been little examined so far in patients with advanced cancer.

In the last decade, Chochinov et al² have systematically analyzed dignity in terminally ill patients. In a cross-sectional study, 50 terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care on an inpatient or outpatient basis were interviewed consecutively over a time period of 15 months. They were asked about their subjective definition of dignity with respect to their disease experience, as well as about the factors or experiences that have

increased or decreased their own perception of dignity.^{16,17} Based on this study, Chochinov et al¹⁶ developed an empirical model of dignity in terminally ill patients including three categories of factors determining dignity, namely: illness-related concerns including the level of independence and physical and psychological symptom distress, dignity-conserving repertoire, and social dignity inventory.^{2,18,19} Based on this model, Chochinov et al²⁰ designed and validated a dignity assessment tool for terminally ill patients, the Patient Dignity Inventory (PDI), and developed a psychotherapeutic intervention, which became to be known as dignity therapy, in terminally ill patients with proven benefit for the patients’ distress and end-of-life experiences.²¹⁻²⁸

The purpose of this study was to analyze the relationship between physical and psychological symptom burden, distress, the patient’s overall medical condition, individual patient characteristics, and the sense of dignity in terminally ill cancer patients. We aim to further elucidate the complex system of individual, disease-related, symptom-related, and psychosocial factors interacting with the patient’s subjective perception of dignity.

Methods

Inclusion Criteria

Patients suffering from incurable and progressive cancer who were admitted to the inpatient palliative care ward of the University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany, were eligible for the study. Admission to the inpatient palliative care ward was possible for incurably ill patients with the presence of significant physical and psychosocial symptoms prohibiting further care at home or in nonspecialized inpatient wards. Patients were excluded if they were delirious or otherwise cognitively impaired (based on clinical consensus) and unable to read or speak

German. Patients were included consecutively from July 2011 to March 2012. All patients had to give written informed consent before study inclusion.

Measurements

Patients were asked to anonymously complete a set of validated questionnaires within 48 hours after admission to the palliative care inpatient ward. The German version of the PDI^{20,26} is a 25-item questionnaire addressing five different dimensions of dignity-related distress derived from a model of dignity in the terminally ill, namely⁹: symptom distress, existential distress, dependency, peace of mind, and social support. All items are rated on a five-point scale (from 1 = not a problem to 5 = an overwhelming problem) resulting in an overall maximum score of 125 points. The threshold for dignity-related problems was three or greater.

We also used the modified German version of the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS).²⁹ Respecting the limited capacities of severely ill patients, the number of symptoms was restricted to 14, with 11 physical (pain, shortness of breath, tiredness, lack of energy, dry mouth, thirst, lack of appetite, nausea, constipation, problems with urination, and difficulty sleeping) and three psychological symptoms (irritability, anxiety, and sadness). We added the category self-perceived treatment requirement ("How important is treatment of this symptom?") in addition to the original three categories, namely symptom frequency ("How often did you have it?"), intensity (How severe was it usually?), and distress ("How much does it distress or bother you?"). Self-perceived treatment requirement is understood as the urgency for symptoms to be treated at this moment. Frequency, intensity, and distress were rated on a scale from zero to four (0 = not at all; 4 = almost constantly/very severe/very much). Treatment requirement was rated from zero to three (0 = not at all; 3 = strongly required). The threshold for high symptom distress was three or greater.

In addition, all patients rated their current overall distress on an 11-point visual analogue scale (ranging from 0 = no distress to 10 = extreme distress), the Distress Thermometer of the National Comprehensive

Cancer Network,^{30,31} and their subjective overall condition on a five-point Likert scale ranging from 1 = very good to 5 = very bad.

Sociodemographic characteristics including gender, age, performance status, duration of malignant disease, kind of malignant disease, extent of metastases, and pre-existing comorbidities were taken from the patients' records after they had provided informed consent. Medical information on the patients' biographical and disease characteristics were taken from the patients' case files.

Statistical Analysis

Questionnaires were completed anonymously. Afterward, all data from the questionnaires and on characteristics were entered into a central EXCEL database pseudonymously. Statistical analyses were conducted using SPSS software version 20 (IBM, Armonk, NY, 2011). Parameters of dignity-related distress were compared with patient characteristics, overall distress, overall condition, and symptom burden. Bivariate associations between variables were calculated using Pearson's product-moment or Spearman's correlation coefficient. Dependent variables were tested for differences using analysis of variance. Two-tailed significance tests were conducted using a significance level of *P*-value lower than 0.05.

Results

Patient Characteristics

In this cross-sectional study, a total of 61 patients with a median age of 64 years (range, 36–85) were included between July 2011 and March 2012. All patients suffered from malignant diseases, with a median previous disease duration of 33 months (range, 1–156). At study inclusion, 23 patients (37%) were still undergoing palliative oncological treatment: chemotherapy in 14 patients, and radiotherapy, targeted treatment, and antihormonal therapy in three patients each. Details on patient characteristics are given in Table 1.

Perceived Sense of Dignity

Mean PDI total score was mean (*M*) = 51.6 points (standard deviation [*SD*] = 16.2;

Table 1
Patient Characteristics

Characteristics	n (%)
Gender	
Female	36 (59)
Male	25 (41)
Performance status	
WHO (median)	3 (0–4)
Karnofsky index (median, %)	50 (20–90)
Malignant disease	
Lung cancer	15 (25)
Urogenital cancer	10 (16)
Gastrointestinal cancer	9 (15)
Gynecologic cancer	7 (11)
Hematologic diseases	7 (11)
Pancreatic cancer	7 (11)
Other	6 (10)
Metastases	
No (locally advanced)	2 (3)
Lymph nodes	40 (66)
Bones	17 (28)
Lungs	17 (28)
Liver	16 (26)
Brain	10 (16)
Other	5 (8)
Comorbidities	
Cardiovascular	27 (44)
Pulmonary	10 (16)
Metabolic	9 (15)
Gastrointestinal	8 (13)
Psychiatric	6 (10)
Endocrine	5 (8)
Neurological	5 (8)
Other	6 (10)

WHO = World Health Organization.

range, 25–110), and the average number of dignity-related problems per patient was $M = 8.7$ ($SD = 5.4$).

In the five dimensions of PDI questionnaires, patients had mean scores of $M = 2.36$ for symptom distress ($SD = 4.65$), $M = 2.12$ for existential distress ($SD = 4.94$), $M = 2.45$ for dependency ($SD = 3.10$), $M = 1.49$ for peace of mind ($SD = 2.20$), and $M = 1.28$ for social support ($SD = 1.93$).

Perceived Distress and Symptom Burden

Patients rated their average overall medical condition as $M = 2.9$ ($SD = .9$). The average distress score was $M = 6.1$ ($SD = 2.6$). All patients suffered from at least one symptom frequently or almost constantly, with an average number of six symptoms (range, 1–13). The most frequent physical symptoms were lack of energy in 95%, tiredness in 89%, dry mouth in 82%, loss of appetite in 79%, and pain in 75%. Sadness occurred in 49%, anxiety in 46%, and irritability in 36% of the

patients. Detailed results of the MSAS analysis are presented in Table 2.

Dignity and Symptom Burden

The PDI total score showed significant correlations with all four categories of the MSAS. The associations were strong to moderate for overall symptom intensity ($r = 0.60$; $P < 0.001$), followed by symptom distress ($r = 0.53$; $P < 0.001$), frequency ($r = 0.46$; $P < 0.001$), and treatment requirement ($r = 0.43$; $P = 0.001$). Concerning the different symptoms, the total score for perceived dignity correlated highest with lack of energy ($r = 0.44$; $P < 0.001$), anxiety ($r = 0.41$; $P < 0.001$), and sadness ($r = 0.39$; $P = 0.002$). Further significant associations were observed for pain ($r = 0.33$; $P = 0.009$), shortness of breath ($r = 0.30$; $P = 0.019$), irritability ($r = 0.29$; $P = 0.023$), thirst ($r = 0.28$; $P = 0.029$), and tiredness ($r = 0.26$; $P = 0.041$). In three of the five dimensions of dignity-related distress (symptom distress, existential distress, and dependency), significant correlations with the four categories of symptom burden could be observed; however, the dimension social support showed no correlation with any category of symptom burden (Table 3).

Correlating the 14 different symptoms with the five dimensions of dignity-related distress, the highest correlations were found between symptoms of anxiety and sadness, symptom distress, and not feeling supported by family and friends. Also, symptoms of anxiety and sadness were modestly correlated with existential distress and lack of inner peace. Not surprisingly, modest correlations also were found between a number of physical symptoms such as lack of energy, shortness of breath and tiredness, symptom distress, and existential distress (Table 4).

Dignity and Overall Condition/Psychological Distress

Existential distress increased significantly with decreasing overall condition ($r = 0.29$; $P = 0.03$). In contrast, no significant association with any of the other dignity dimensions and the total PDI score ($r = 0.17$; $P = 0.18$) on the patients' overall condition was observed. Overall psychological distress assessed by the Distress Thermometer showed significant correlation with the dignity total score ($r = 0.53$; $P < 0.001$) and all five

Table 2
Subjective Symptom Burden and Treatment Requirement (MSAS)

Symptom	Frequency, Mean (SD)	Intensity, Mean (SD)	Distress Mean (SD)	Treatment Requirement, Mean (SD)
Pain	2.43 (1.55)	2.28 (1.50)	2.31 (1.61)	2.02 (1.26)
Shortness of breath	1.56 (1.61)	1.28 (1.31)	1.48 (1.53)	1.15 (1.25)
Tiredness	2.85 (1.26)	2.49 (1.19)	1.93 (1.43)	1.38 (1.07)
Lack of energy	3.20 (1.09)	2.79 (0.99)	2.77 (1.16)	1.98 (1.03)
Dry mouth	2.67 (1.54)	2.44 (1.44)	2.07 (1.54)	1.38 (1.09)
Thirst	1.43 (1.52)	1.31 (1.42)	1.08 (1.45)	0.67 (1.08)
Lack of appetite	2.52 (1.53)	2.28 (1.44)	1.92 (1.43)	1.31 (1.16)
Nausea	1.80 (1.40)	1.77 (1.37)	0.47 (1.02)	1.44 (1.23)
Constipation	1.34 (1.52)	1.44 (1.58)	1.39 (1.62)	1.13 (1.30)
Problems with urination	1.08 (1.42)	1.00 (1.33)	0.87 (1.26)	0.66 (1.05)
Difficulty sleeping	1.77 (1.58)	1.72 (1.52)	1.74 (1.63)	1.25 (1.22)
Irritability	0.87 (1.25)	0.85 (1.24)	0.82 (1.32)	0.45 (0.87)
Anxiety	1.15 (1.43)	1.33 (1.55)	1.26 (1.55)	0.69 (1.03)
Sadness	1.43 (1.57)	1.39 (1.50)	1.33 (1.48)	0.74 (1.02)

MSAS = Memorial Symptom Assessment Scale; SD = standard deviation.

dimensions: symptom distress ($r = 0.53$; $P < 0.001$), existential distress ($r = 0.45$; $P < 0.001$), dependency ($r = 0.42$; $P = 0.001$), peace of mind ($r = 0.32$; $P = 0.01$), and social support ($r = 0.26$; $P = 0.04$).

Dignity and Patient Characteristics

Age was not significantly correlated with any of the dignity-related dimensions, such as symptom distress ($r = -0.02$), existential distress ($r = -0.12$), dependency ($r = -0.05$), peace of mind ($r = -0.23$), social support ($r = -0.08$), and total score ($r = -0.10$; $P \geq 0.07$). Also, no gender differences in dignity-related dimensions were found ($P \geq 0.27$).

A sense of dependency was associated with a lower performance status on the basis of the Karnofsky Performance Status scale ($r = 0.36$; $P = 0.005$) and the World Health Organization scale ($r = 0.25$; $P = 0.05$). Having bone metastases was associated with higher sense of dependency ($r = 0.31$; $P = 0.02$). However, duration of malignant disease or

kind of malignant disease was not significantly associated with any aspect of perceived sense of dignity.

Discussion

The aim of this cross-sectional study was to evaluate the relationship between symptom burden, distress, overall condition, individual characteristics, and self-perceived dignity assessed with the German version of the PDI²⁶ in terminally ill cancer patients. A total of 61 patients with advanced cancer were admitted to a specialized inpatient palliative care ward because significant physical or psychosocial problems were included.

In this study, perceived dignity was strongly to moderately associated with all dimensions of symptom burden assessed by a modified MSAS questionnaire.²⁹ This result was not surprising in general as illness-related concerns represent a basic category in the dignity model

Table 3
Correlation Between Categories of Dignity-Related Distress and the Categories of Symptom Burden (PDI vs. MSAS)

Parameters	PDI Total Score	Dependency (r)	Symptom Distress (r)	Existential Distress (r)	Peace of Mind (r)	Social Support (r)
Frequency	0.46 ^a	0.39 ^b	0.44 ^a	0.41 ^b	0.26 ^c	0.17
Intensity	0.60 ^a	0.50 ^a	0.53 ^a	0.54 ^a	0.36 ^b	0.23
Distress	0.53 ^a	0.34 ^b	0.52 ^a	0.48 ^a	0.33 ^b	0.20
Treatment requirement	0.43 ^b	0.37 ^b	0.40 ^b	0.37 ^b	0.23	0.17

PDI = Patient Dignity Inventory; MSAS = Memorial Symptom Assessment Scale; r = correlation coefficient.

^a $P < 0.001$.

^b $P < 0.01$.

^c $P \leq 0.05$.

Table 4

Correlation Between Dignity-Related Distress and Burden Induced by Different Symptoms (PDI vs. MSAS)

Symptom	PDI Total Score (<i>r</i>)	Dependency (<i>r</i>)	Symptom Distress (<i>r</i>)	Existential Distress (<i>r</i>)	Peace of Mind (<i>r</i>)	Social Support (<i>r</i>)
Pain	0.33^a	0.37^a	0.37^a	0.24	0.06	0.16
Shortness of breath	0.30^b	0.16	0.33^a	0.29^b	0.14	0.14
Tiredness	0.26^b	0.08	0.28^b	0.26^b	0.14	0.01
Lack of energy	0.44^c	0.36^a	0.38^a	0.42^a	0.19	0.02
Dry mouth	0.24	0.24	0.19	0.19	0.09	0.22
Thirst	0.28^b	0.05	0.21	0.30^b	0.29^b	0.10
Lack of appetite	0.18	0.16	0.27^b	0.17	0.01	0.11
Nausea	0.11	0.08	0.15	0.14	0.13	0.02
Constipation	0.20	0.20	0.22	0.13	0.10	0.24
Problems with urination	0.12	0.26^b	0.05	0.12	0.10	0.15
Difficulty sleeping	0.17	0.08	0.16	0.13	0.20	0.05
Irritability	0.29^b	0.05	0.30^b	0.33^b	0.19	0.31^b
Anxiety	0.41^a	0.08	0.52^c	0.32^b	0.34^a	0.45^c
Sadness	0.39^a	0.17	0.45^c	0.33^b	0.36^a	0.41^a

PDI = Patient Dignity Inventory; MSAS = Memorial Symptom Assessment Scale; *r* = correlation coefficient.

^a*P* < 0.01.

^b*P* ≤ 0.05.

^c*P* < 0.001.

of Chochinov et al.^{2,18,19} However, our findings suggest that different symptom patterns may affect different aspects of dignity-related distress. Thus, our data contribute to existing studies showing the need for individualized care delivery.³² The intensity of symptoms and symptom distress were most strongly associated with the perceived sense of dignity, followed by the frequency of symptoms and the perceived treatment requirements.

All four categories of symptom burden assessed by the MSAS showed significant association with the PDI total score and the dignity-determining categories, symptom distress, dependency, and existential distress, but not with social support. Symptom distress and dependency both represent illness-related concerns in the dignity model of Chochinov et al.^{2,18,19} The definition of existential distress includes: feeling how ones' looks has changed, feeling no longer like who you were, not feeling worthwhile or valued, not able to carry out important roles, lack of meaning and purpose, and feeling a burden to others,^{2,18,19} which could intensify with increasing symptom burden. In contrast, social support might be influenced more relevantly by other factors than physical symptoms.

Detailed analysis of the relationship between symptom burden and perceived dignity demonstrated that symptoms with the strongest association were psychological symptoms, especially anxiety and sadness. These symptoms showed high correlations with symptom

distress, existential distress, peace of mind, and social support, but not with dependency. Further correlations with some of the categories of dignity-related distress also could be demonstrated for physical symptoms, but consistency was not as high as for psychological symptoms. These results might demonstrate the high relevance of psychological well-being on the patient's individual dignity perception.^{2,18,19} Interestingly, burden caused by psychological symptoms seems to have no influence on the patient's feeling of dependency. Overall, this cross-sectional study could not definitively clarify whether dignity perception is mainly influenced by psychological symptoms or, conversely, decreased perception of dignity causes an increase of psychological symptoms. In addition, a higher psychological symptom burden also might increase the perception of physical symptom burden.

Psychological distress showed strong-to-moderate correlations with all five dimensions of perceived dignity. Our findings, therefore, strengthen the assumption that perceived sense of dignity and psychological well-being are closely related and need to be addressed within models of palliative care delivery.

Patient gender, age, duration of malignant disease, kind of malignant disease, or extent of metastases showed no significant correlation with any aspect of dignity in this analysis, but relevant impact could be observed for performance status. The patients' objective performance status assessed by the treating

physicians was significantly associated with the patients' perceptions of dependency. In contrast, decreasing subjective overall condition was significantly associated with increasing existential distress. This might demonstrate that the subjective overall condition is more influenced by psychological and existential aspects, whereas the objective performance status is mainly characterized by physical mobility. Subjective overall condition was not associated with dependency and also not with symptom distress, peace of mind, and social support.

In this study, no statistically significant influence of sociodemographic characteristics on self-perceived dignity of terminally ill patients could be observed. This is in contrast to a previous analysis by Albers et al³³ who evaluated the impact of health status and sociodemographic factors on dignity perception within an advance directives cohort study in healthy and ill people. They were able to demonstrate the importance of gender, age, partnership, and religion on people's understanding of dignity. Health status showed only limited impact on overall dignity, with a focus on physical factors.

With respect to further possible limitations of the current version of the PDI, Oosterveld-Vlug et al³⁴ performed a large questionnaire analysis, also within an advance directives cohort study, evaluating 31 items possibly influencing self-perceived dignity. They not only included basic aspects of Chochinov's dignity model but also items on care and ability to communicate. All items could be divided into four categories, namely self in relation to others, functional status, mental stage, and care and situational aspects. After reduction to 26 items and dichotomizing the answers, this new assessment tool was proven to be feasible and valid.³⁵

Overall, our study further elucidates the complex system of self-perceived dignity in terminally ill cancer patients, contributing further relevant associations with psychological distress, overall condition, and performance status. However, this study has some limitations. First, the small sample size did not provide the possibility to perform more detailed statistical subgroup analyses. The cross-sectional design produces a heterogeneous patient cohort, with different tumor diseases being analyzed at different time points of their trajectory, which also limits the statistical

impact of these data. Finally, the exclusively quantitative analysis with lack of any qualitative data on the patients' perspectives on their dignity risked that further unknown aspects of their self-perceived dignity were missed.^{23,34}

In conclusion, self-perceived dignity in terminally ill cancer patients treated on a palliative care inpatient ward is complex and significantly influenced by psychological and physical symptoms. Psychological distress, overall condition, performance status, and comorbidities are the parameters with significant impact. Detailed knowledge of these specific interactions is indispensable for adequate and comprehensive palliative care. Therefore, further longitudinal, prospective studies including qualitative analyses should be performed to further optimize the maintenance of dignity in terminally ill cancer patients in daily practice.

Disclosures and Acknowledgments

No funding was received for this study. The authors declare no financial or personal relationships with individuals, organizations, or companies that might be perceived to bias this work. The authors thank all the patients and their relatives who participated in this trial.

References

1. Street AF, Kissane DW. Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care* 2001;17:93–101.
2. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002;54:433–443.
3. Clarke DM, Kissane DW, Trauer T, Smith GC. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry* 2005; 4:96–105.
4. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006;31: 5–12.
5. Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death. *Arch Intern Med* 2008;168:912.
6. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009;68: 562–569.

7. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:604–618.
8. Vehling S, Koch U, Ladehoff N, et al. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer patients: systematic review of literature and meta-analysis. *Psychother Psych Med* 2012;62:249–258.
9. Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? the role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psychooncology* 2012;21:54–63.
10. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000;132:825–832.
11. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000;284:2476–2482.
12. Proulx K, Jacelon C. Dying with dignity: the good patient versus the good death. *Am J Hosp Palliat Care* 2004;21:116–120.
13. Martin-Moreno J, Harris M, Gorgojo L, et al. Palliative care in the European Union. Brussels: European Parliament, Policy Department, Economic and Scientific Policy, 2008. Available from <http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf>.
14. European Association for Palliative Care (EAPC). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2009;16:e278–e289.
15. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2012;29:632–639.
16. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet* 2002;360:2026–2030.
17. Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, et al. Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology* 2004;13:700–708.
18. Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002;287:2253–2260.
19. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, et al. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med* 2006;9:666–672.
20. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, et al. The Patient Dignity Inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:559–571.
21. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005;23:5520–5525.
22. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011;12:753–762.
23. Chochinov HM, McClement SE, Hack TF, et al. The Patient Dignity Inventory: applications in the oncology setting. *J Palliat Med* 2012;15:998–1005.
24. Hall S, Edmonds P, Harding R, Chochinov H, Higginson IJ. Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: study protocol. *BMC Palliat Care* 2009;8:5.
25. Ripamonti CI, Buonaccorso L, Maruelli A, et al. Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments. *Tumori* 2012;98:491–500.
26. Sautier LP, Vehling S, Mehnert A. Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). *J Pain Symptom Manage* 2014;47:181–188.
27. Hall S, Goddard C, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. "It makes you feel that somebody is out there caring": a qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2013;45:712–725.
28. Hall S, Goddard C, Martin P, Opio D, Speck P. Exploring the impact of dignity therapy on distressed patients with advanced cancer: three case studies. *Psychooncology* 2013;22:1748–1752.
29. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994;30:1326–1336.
30. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. The German Version of the NCCN Distress Thermometer. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Z Psychiatr Psychol Psychother* 2006;54:213–223.
31. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998;82:1904–1908.
32. Kuluski K, Hoang SN, Schaik AK, et al. The care delivery experience of hospitalized patients with complex chronic disease. *Health Expect* 2013;16:e111–e123.
33. Albers G, Pasman HRW, Deliens L, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD. Does health status affect

perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2013;45:1030–1038.

34. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, et al. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a

qualitative interview study. *J Adv Nurs* 2013; [Epub ahead of print].

35. Vlug MG, de Vet HC, Pasman HRW, Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of an instrument to measure factors that influence self-perceived dignity. *J Palliat Med* 2011;14:578–586.

„Niemand weiß, was der Tod ist, ob er nicht für den Menschen das größte ist unter allen Gütern. Sie fürchten ihn aber, als wüssten sie gewiss, dass er das größte Übel ist.“

Aus: Apologie I, 17; Platon, griechischer Philosoph (427 v. Chr. – 347 v. Chr.)

3. Einleitung

Es gibt über sieben Milliarden Menschen auf dieser Welt (UN World Population Prospects 2012). Sie entstammen den verschiedensten Kulturkreisen, leben unter unterschiedlichsten Bedingungen. In all ihrer Vielfalt und in all ihren weltanschaulichen Unterschieden haben sie eines gemeinsam: Sie alle werden eines Tages sterben. Nichts ist in unserem Leben so sicher, so unausweichlich, wie die Tatsache, dass es früher oder später enden wird. Während der Tod über lange Zeiträume innerhalb der Menschheitsgeschichte ständiger Begleiter des Lebens war und Sterben innerhalb der Gemeinschaft stattfand, hat unsere Gesellschaft den Tod mittlerweile so weit aus ihrem Bewusstsein verbannt, dass er vom zentralen Teil des Lebens zu einer dunklen Bedrohung am Rande unserer Wahrnehmung geworden ist (Granda-Cameron und Houldin 2012, Emanuel und Emanuel 1998). Wissenschaft und Medizin haben in den letzten Jahrzehnten eine rasante Entwicklung durchgemacht. Alles schien beherrschbar, jede Krankheit behandelbar, der Sieg über den Tod eine Frage der Zeit. Das Versterben eines Patienten wurde unter diesem Blickwinkel zur ultimativen Niederlage - der Tod zum Gegner, den es aufs Erbittertste zu bekämpfen gilt. Sterben war nicht mehr Teil des Lebens, sondern Ausdruck medizinischen Versagens (Granda-Cameron und Houldin 2012).

Kaum jemand mag sich mehr Gedanken darum machen, wie Tod und Sterben heutzutage aussehen soll. Dabei wird eine stetig größer werdende Bevölkerungsgruppe an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Die deutsche Bevölkerung wird älter, die Anzahl chronisch Kranker nimmt zu (Statistisches Bundesamt Deutschland 2012). Mit ihr steigt auch die Zahl derer, die kaum etwas mehr fürchten als das Sterben – wobei für viele nicht so sehr die Angst vor dem Tod selbst im Vordergrund steht als die Angst vor dem Sterben, den Umständen unter denen es geschehen könnte. Ein zentraler Begriff, der in diesem Zusammenhang immer wieder fällt, ist „Würde“. Die größte Sorge, so scheint es, ist, unter unwürdigen Umständen zu sterben oder Unerträgliches erleiden zu müssen. Der befürchteten Entwürdigung will man auf unterschiedlichste Weise begegnen. Einen Ansatz bietet die Palliativmedizin, die dem Sterben seinen angemessenen Rahmen, dem Sterbenden seine Würde wiedergeben möchte. Auf die Würde des Menschen berufen sich aber auch andere Bewegungen, so zum Beispiel Befürworter von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid (Emanuel et al. 1996, Meier et al. 1998, Sullivan et al. 2000, Ganzini et al. 2000, Loggers et al. 2013). Würde ist ein grundlegender, vielleicht der wichtigste Begriff in der Debatte um das Lebensende. Es ist also unabdingbar, ihn in seinen verschiedenen Facetten zu beleuchten und Zusammenhänge zu anderen Themen zu erkennen.

Eine Haupttodesursache in der westlichen Welt stellen Krebserkrankungen dar (WHO 2012). Der größte Teil palliativmedizinisch betreuter Patienten in Deutschland leiden an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung. Diese Erkrankungen haben für die Patienten eine Vielzahl schwerwiegender Auswirkungen. Neben körperlichen Symptomen führen diese Erkrankungen auch zu psychischen Belastungen. Hinzu kommen Einschränkungen in der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung durch Angehörige und Pflegekräfte. Das Spektrum der Belastungen ist groß. Viele Patienten fühlen sich dadurch in ihrer Würde eingeschränkt. Wollen wir Menschen am Lebensende optimal behandeln und begleiten, so müssen wir unbedingt mehr darüber wissen, in welchen Zusammenhängen sie sich in ihrer Würde besonders häufig verletzt sehen und wie diese in Verbindung zu körperlichen und psychischen Beschwerden stehen.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Belastungsfaktoren, die sich auf das Würdeempfinden schwerstkranker Patienten auswirken können. Auch die Belastung durch häufige Symptome und mögliche Zusammenhänge mit Belastungsfaktoren wurden untersucht.

4. Theoretischer Hintergrund

4.1. Was ist Palliativmedizin?

4.1.1. Grundprinzipien palliativmedizinischer Versorgung

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“ So lautet die Definition von Palliativversorgung der WHO von 2002 (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. DHPV 2012).

Wesentlichen Anteil an der Entwicklung palliativmedizinischer Konzepte hat die moderne Hospizbewegung. Als deren Begründerin gilt Dr. Cicely Saunders, die 1967 in London das erste Hospiz der Neuzeit gründete, um einen Ort zu schaffen, an dem Menschen am Ende ihres Lebens optimal versorgt und begleitet werden und die Möglichkeit erhalten, nach ihren Wünschen Abschied zu nehmen. Von dort aus breitete sich die Hospizbewegung nach Deutschland und in viele andere Länder weltweit aus und schuf damit eine Alternative zum vorherrschenden Umgang mit Tod und Sterben, der vor allem durch Tabuisierung und Vernachlässigung gekennzeichnet war (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. DHPV 2012). Allmählich konnte so ein Umdenken bewirkt und die Behandlung Sterbenskranker verbessert werden – ein Prozess, der bis heute andauert und noch lange nicht abgeschlossen ist.

In einer Arbeit von Campbell und Black (2014) ist die Philosophie der modernen Hospizbewegung in folgenden Grundsätzen zusammengefasst:

1. das Sterben als natürlichen Prozess anzusehen
2. den Sterbeprozess weder hinauszuzögern noch zu beschleunigen
3. die Bereitstellung von Mitteln zur Behandlung von Schmerzen
4. die Beteiligung von Patienten und Angehörigen an Entscheidungen
5. Treue in Bezug auf die Fürsorge dem Patienten gegenüber, welche das Nicht-im-Stich-lassen von Patient und Angehörigen umfasst.

Zielsetzung der Palliativmedizin ist die Behandlung unheilbar erkrankter Patienten. Diese Menschen leiden an Krankheiten, die fortschreiten und letztendlich zum Tode der Erkrankten

führen werden. Zum Zeitpunkt der palliativmedizinischen Betreuung besteht eine begrenzte Lebenserwartung. Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist entsprechend nicht die Heilung des Patienten. Vielmehr geht es darum, seine Lebensqualität zu verbessern, Leiden zu lindern und ihn und sein Umfeld in dieser Lebensphase zu unterstützen. Dies soll erreicht werden durch das frühzeitige Erkennen und Behandeln körperlicher, seelischer und psychosozialer Probleme. Während die Linderung von Leid Ziel jeder ärztlichen Behandlung sein sollte, bezieht sich die Palliativmedizin dabei auch ausdrücklich auf die letzte Lebens- und die Sterbephase. Dabei steht nicht mehr die Lebensverlängerung im Vordergrund. Vielmehr sind Lebensqualität des Patienten sowie ein möglichst hohes Maß an Beschwerdefreiheit der alles überragende Mittelpunkt dieses Fachbereichs und das Ziel jeder Therapiemaßnahme. Symptomkontrolle, das heißt das Lindern von Leid, das Behandeln und Verhindern von Beschwerden, ist hierbei das vielleicht wichtigste Mittel. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind Rehabilitationsmaßnahmen mit der Zielsetzung, dem Patienten eine möglichst uneingeschränkte Lebensführung und einen hohen Grad an Autonomie bis zuletzt zu ermöglichen. Angehörige sollen explizit in die Behandlung mit einbezogen und nach dem Tod der Patienten weiter betreut werden. Palliativmedizinische Versorgung verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz: Sie soll alle Dimensionen des Krankheitserlebens umfassen, das heißt psychische, soziale, spirituelle und seelsorgerische Bedürfnisse genauso wie körperliche. Hierbei spielt eine funktionierende Kommunikation zwischen Patient und Behandlungsteam eine grundlegende Rolle.

Ein zentraler Eckpfeiler des palliativmedizinischen Konzeptes ist die Akzeptanz des Sterbens als normalen Teil des Lebens. Sterben ist ein natürlicher Prozess und soll weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Aktive Sterbehilfe wird somit eindeutig abgelehnt.

Palliativmedizinische Behandlung ist immer individuell auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten. Dieser soll die Unterstützung erhalten, die er braucht, um auch in der letzten Phase seines Lebens dieses als lebenswert empfinden und es weitestgehend nach seinen Vorstellungen gestalten zu können. Es soll ihm zu einem größtmöglichen Maß an Lebensqualität verholfen werden (Husebo und Klaschik 2009).

Das ist ein großes Ziel, das nur durch eine erfolgreiche Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen sowie eine enge Vernetzung verschiedener stationärer und ambulanter Einrichtungen erreicht werden kann.

4.1.2. Versorgungsformen in Deutschland

In den letzten Jahren haben sich hierzulande verschiedene Versorgungseinrichtungen etabliert, in denen Menschen während ihrer letzten Lebensphase betreut werden. Aktuell gibt es in Deutschland etwa 1500 ambulante Einrichtungen, 214 stationäre Hospize für Erwachsene sowie 14 für Kinder, 250 Palliativstationen und über 270 SAPV-Teams (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. DHPV 2014).

Zunächst wird grundsätzlich eine Versorgung zu Hause angestrebt. Dahinter steht das Prinzip der Palliativmedizin, den Menschen ein Leben im gewünschten Umfeld bis zuletzt zu ermöglichen, und das Wissen darum, dass sich die meisten Menschen ein Sterben Zuhause wünschen. Dies kann seit der gesetzlichen Grundlage von 2007 durch die sogenannte „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) für mehr und auch komplexer kranke Patienten ermöglicht werden. Die allgemeine Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte, Pflegedienste in Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten besteht bereits seit vielen Jahren und ermöglicht Patienten, die keiner spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung bedürfen, eine umfassende Betreuung bis zuletzt im häuslichen Umfeld. Die spezialisierte stationäre Palliativversorgung, also die multidisziplinäre Betreuung von Patienten mit komplexen körperlichen und psychosozialen Problemen, die noch keine ambulante Betreuung möglich machen, findet auf den an Krankenhäuser angegliederten Palliativstationen statt. Ziel der Versorgung auf einer Palliativstation ist die Stabilisierung des Zustandes um, wenn möglich, die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause oder in ein Hospiz zu erreichen. Hospize schließlich bieten die stationäre Versorgung palliativ Erkrankter an, wenn eine Betreuung zu Hause nicht möglich oder gewünscht und ein Krankenhausaufenthalt mit rund um die Uhr verfügbarer ärztlicher Versorgung nicht erforderlich ist. Eine große Rolle in allen Versorgungsformen der Palliativmedizin spielt auch der Einsatz Ehrenamtlicher, die in verschiedenen Bereichen zum Einsatz kommen.

Der palliativmedizinische Ansatz beschränkt sich zwar nicht ausschließlich auf die Therapie von Patienten mit onkologischen Erkrankungen. In der Praxis machen sie jedoch den größten Anteil derer aus, die sich in palliativmedizinischer Behandlung befinden. Das liegt zum einen daran, dass onkologische Erkrankungen eine der Haupttodesursachen innerhalb der westlichen Welt sind (WHO 2012) und häufig mit einer hohen Symptombelastung und starken Einschränkungen einhergehen. Der Diagnose Krebs haftet außerdem nach wie vor das Stigma der tödlichen Erkrankung an, was zu erheblichen Belastungen der Patienten führen kann. Zum anderen haben Gruppen von Patienten mit anderen, zum Beispiel kardiopulmonalen, neurologischen oder geriatrischen, unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen heute in Deutschland häufig keinen Zugang zu palliativmedizinischer Behandlung. Ursächlich dafür ist, dass sich die Zuständigkeit mit anderen Fachbereichen überschneidet. Jedoch hat sich die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Disziplinen in den letzten Jahren entscheidend verbessert und Grundideen der Palliativmedizin kommen mehr und mehr auch in anderen Bereichen zum Tragen (Husebo und Klaschik 2009).

4.1.3. Palliativmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Die Palliativstation ist Teil des Onkologischen Zentrums des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Die erste Palliativeinheit des UKE wurde 2008 eröffnet, sie bot Versorgungsmöglichkeiten für 5 bis 7 Patienten und war auf einem Stationsflur mit einer anderen

onkologischen Station untergebracht. Mit der Neueröffnung der eigenständigen Palliativstation C2B Ende Oktober 2011 vergrößerte sich das palliativmedizinische Versorgungsangebot am UKE. Die Station bietet nun die Möglichkeit, 12 Patienten in Einzelzimmern zu versorgen. Auch eine Unterbringung der Angehörigen im Zimmer des Patienten ist in allen Zimmern möglich. Die Patienten können aus allen Bereichen des UKE auf die Station verlegt werden, aber auch von zu Hause oder aus dem Hospiz aufgenommen werden. Die Versorgung erfolgt in einem multidisziplinären Team, bestehend aus spezialisierten Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Musik- und Kunsttherapeuten, Psychoonkologen, Ernährungsberatern und Sozialarbeitern. Dieses breite Spektrum der in die Betreuung der Patienten involvierten Berufsgruppen gewährleistet eine ganzheitliche Versorgung und macht es möglich, einer großen Vielfalt an Problemen der Patienten und ihres Umfeldes zu begegnen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Die Stationsabläufe sind freier und individueller gestaltbar als auf anderen Stationen. Der Patient kann zum Beispiel seinen Tagesablauf selbst bestimmen und rund um die Uhr von seinen Angehörigen besucht werden.

In der Regel kommen Patienten mit dem Ziel der Stabilisierung ihres Zustandes auf die Station, um eine weitere Versorgung zu Hause oder im Hospiz zu ermöglichen. Gründe für eine Aufnahme sind nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch psychosoziale und seelische Probleme. Eine rasche Rückkehr in die gewohnte Umgebung wird angestrebt. Dies wird unter anderem durch die enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und natürlich den Angehörigen ermöglicht. Eine noch bessere Vernetzung von stationärer und ambulanter Betreuung sowie eine möglichst frühzeitige palliativmedizinische Behandlung werden außerdem durch die Möglichkeit der Betreuung onkologischer Patienten in der Palliativmedizinischen Ambulanz des UKE gewährleistet. Die Mitarbeiter der Palliativmedizinischen Ambulanz stehen Palliativpatienten und deren Angehörigen zur Seite, indem sie bezüglich verschiedener Versorgungsmöglichkeiten, Patientenverfügungen und Vollmachten sowie medizinischer und nicht-medizinischer Maßnahmen beratend tätig sind. Patienten, die sich in ambulanter onkologischer Behandlung befinden, haben mit Hilfe der Ambulanz die Möglichkeit, bereits zu einem frühen Zeitpunkt während ihrer onkologischen Therapie palliativmedizinisch mitbetreut zu werden. So können krankheitsspezifische Belastungen körperlicher und psychosozialer Art früher erkannt und berücksichtigt werden. Eine kontinuierliche Betreuung im weiteren Krankheitsverlauf gewährleistet die Aufrechterhaltung und Optimierung von Symptomkontrolle und psychosozialer Unterstützung. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem Schmerzdienst der Klinik für Anästhesiologie, sodass bei einer exazerbierten Schmerzproblematik auch ambulant schnell und effektiv geholfen werden kann. Durch die Möglichkeit kurzfristiger Unterstützung und Intervention in Krisensituationen kann die Zahl stationärer Aufenthalte verringert werden. Darüber hinaus ist die palliativmedizinische Ambulanz eine wichtige Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Behandlungsumfeld. Sie ist Ansprechpartner für Hausärzte und Pflegedienste und vermittelt Patienten und ihren Angehörigen bei Bedarf weitere Unterstützungsangebote.

UKE-intern besteht über die Behandlung der Patienten auf der Palliativstation hinaus die Möglichkeit der palliativmedizinischen Betreuung im gesamten stationären Bereich des Hauses durch die Konsultätigkeit des ärztlichen Behandlungsteams. Ärzte aus den Fachbereichen Onkologie und Anästhesiologie mit und in palliativmedizinischer Weiterbildung stehen in vierundzwanzigstündiger Rufbereitschaft zur Verfügung, um die Kollegen aller anderen Stationen

des UKEs bei palliativen Fragestellungen zu unterstützen. Hierbei werden Mitarbeiter anderer Berufsgruppen (Pflege, Sozialdienst, Psychologen, Seelsorge, Ernährungsberater, Physio- und Musiktherapeuten) nach individuellem Bedarf einbezogen.

Die Vernetzung der verschiedenen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen am UKE zeigt Abbildung 1.

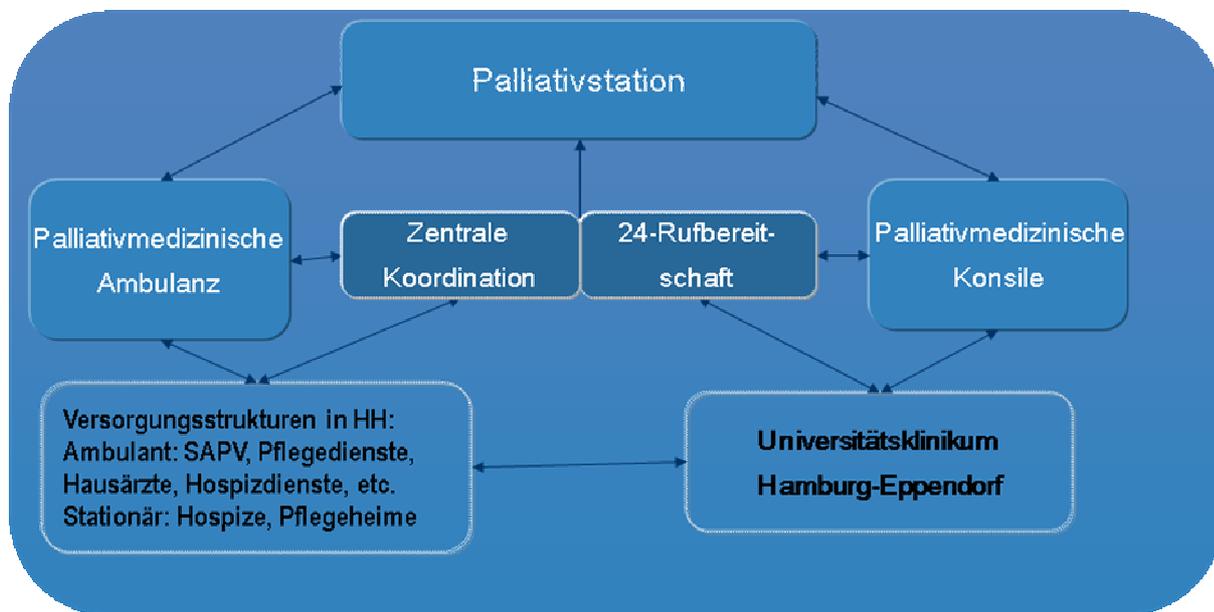


Abbildung 1: Palliativmedizinische Versorgung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

4.2. Was ist Würde?

Der Begriff Würde ist einer der zentralen Angelpunkte des menschlichen Erlebens. Wir gehen ganz selbstverständlich davon aus, dass uns Würde innewohnt, dass uns eine würdevolle Behandlung durch andere zusteht, aber auch, dass andere uns in unserer Würde einschränken können und dass sie uns durch äußere Umstände genommen werden kann. Ein Großteil aller Menschen würde sicherlich ohne zu zögern zustimmen, dass einer der größten Wünsche und eines der höchsten Ziele für jeden einzelnen von uns ist, ein Leben in Würde leben zu können.

Was aber ist Würde? Das lateinische Wort für Würde, „dignitas“, bedeutet zunächst einmal „Wert“ (Allmark 2002, Johnson 1998). In der Antike bezeichnete man damit den Rang und das Ansehen einer Person sowie ihren Verdienst für die Gesellschaft. Mit der Aufklärung veränderte sich die Verwendung des Begriffs hin zu einem abstrakteren moralischen Wert. Der Begriff wurde seitdem komplexer gesehen. Würde bezeichnete eine Eigenschaft, die jedem Menschen innewohnt, gleichzeitig jedoch auch eine Qualität, die menschliches Handeln ausmacht. Kant beschreibt Würde als etwas, das jeder Mensch besitzt, unabhängig von seinen sonstigen Fähigkeiten, moralischen Grundsätzen und Handlungen. Der Mensch besitzt Würde aufgrund der simplen Tatsache, dass er ein autonomes Wesen ist, Vernunft besitzt und sich dadurch ein Gesetz

des moralisch Guten schafft. Er ist in der Lage, eigenständig Entscheidungen zu treffen (Kant 2004).

Der moderne Würdebegriff weist zwei Komponenten auf, die voneinander unterschieden werden können. Die Begriff „Basiswürde“ oder auch „intrinsische Würde“ entspricht etwa der Kant'schen Würdedefinition. Man versteht darunter eine universelle, unveräußerliche Qualität, die jedem Menschen von Geburt an innewohnt. Im Gegensatz dazu ist „persönliche“ oder „extrinsische Würde“ von außen beeinflussbar. Sie ist in hohem Maße abhängig von äußeren Umständen, persönlichen Zielen und Ansprüchen (Pullmann 1996, Pullman 2002, Periyakoil et al. 2010). Diese extrinsische Würdekomponente ist es auch, die in der Diskussion um möglicherweise entwürdigende Umstände am Ende des Lebens zum Tragen kommt.

Würde ist für uns als Gesellschaft ein so zentrales Thema, dass unser Recht darauf, welches gemeinhin als natürlich und unveräußerlich angesehen wird, im ersten Artikel des Grundgesetzes festgeschrieben und zentraler Punkt der deutschen Gesetzgebung ist: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Deutsches Grundgesetz, Art. 1).

Somit wird die Würde des Einzelnen nicht nur zum schützenswerten Gut, sie wird vielmehr zur Handlungsmaxime aller staatlichen Gewalt und aller Rechtsprechung erhoben. Sie ist das Leitmotiv für menschliches Zusammenleben, Maßstab für unser tägliches Handeln und Grundsatz in der Interaktion mit anderen. Jeder von uns kann nachvollziehen, was für eine enorme Beeinträchtigung das Gefühl einer Entwürdigung bedeutet. Ein Leben ohne Würde wird von vielen nicht als lebenswert empfunden. Vieles fühlen wir dabei mehr als dass wir es konkret benennen können: Was genau macht Menschenwürde aus? Kommt Würde aus der Person selbst oder kann sie von anderen gegeben und genommen werden? Wie können wir uns vor einem Verlust unserer Würde schützen, und wie können wir dafür Sorge tragen, dass nicht wir andere in ihrem Würdeempfinden beschneiden?

Das Streben nach einem würdevollen Leben ist zwar eines der wichtigsten Leitmotive unserer Gesellschaft, eine genaue, allgemeingültige Definition von Würde ist jedoch kaum möglich. Nahezu jeder weiß, was gemeint ist, wenn wir von Würde sprechen. Erklären können die meisten den Begriff jedoch nur schwer. Würde ist eine subjektive Empfindung. Vielen fällt es leichter, die Verletzung oder Abwesenheit von Würde zu erkennen und zu formulieren. Ein ganz entscheidender Punkt ist in diesem Zusammenhang dann erreicht, wenn ein Mensch nicht mehr eigenständig in der Lage ist, seine Würde zu wahren, da er zum Beispiel durch Krankheit geschwächt und auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Somit wird das Krankenhaus gewissermaßen zu dem Ort, der enthüllt, wie hoch unsere Gesellschaft Würde wirklich achtet und auch, wie sie sie definiert: Was tun wir, um anderen zu Würde zu verhelfen? Durch welche Art der Behandlung fühlen sich andere gewürdigt beziehungsweise welche Art der Behandlung führt beim Gegenüber zu einem Gefühl der Entwürdigung? Die Art und Weise, wie wir mit den Schwachen unserer Gesellschaft wie zum Beispiel Kranken, Alten und Hilflosen umgehen, macht sichtbar, wie wir Würde wahrnehmen, wie wir sie definieren und welchen Stellenwert wir ihr einräumen.

4.3. Würde in der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin nimmt sich speziell der Menschen an, die als Sterbenskranke in der Wahrnehmung unserer Gesellschaft in der Regel bestenfalls ein Schattendasein führen. Der Tod ist ein Thema mit dem sich die wenigsten Menschen gerne auseinandersetzen und doch spielt er in unserem Leben eine große, vielleicht die wichtigste Rolle. Das Wissen um die eigene Sterblichkeit ist die machtvollste Triebkraft menschlichen Handelns. Umso erstaunlicher ist es, dass wir als Gesellschaft dieses Thema so sehr aus unserer Wahrnehmung verbannt haben, dass sich kaum jemand die Frage stellt: Wie soll Sterben heutzutage aussehen? Wie möchte ich meine letzte Lebensphase verbringen, wie möchte ich, dass meine Angehörigen diese Zeit verbringen? Und vor allem: Wie kann diese Phase so würdevoll wie möglich gestaltet werden?

Die Zeit am Lebensende ist ein ungemein wichtiger Abschnitt unseres Lebens. Sowohl Patienten als auch deren Angehörige haben diese Phase immer wieder als einen entscheidenden Teil des Lebens, als unsagbar wertvolle Erfahrung beschrieben (Husebo und Klaschik 2009). Wenn ein Mensch in die Welt kommt, geboren wird, so wird dieses Ereignis gebührend gewürdigt. Sollte nicht dem Abschied aus dem Leben, der doch einen ebenso gravierenden Einschnitt markiert, genauso viel Raum und Beachtung zugestanden werden? Wer die enorme Wichtigkeit dieser Lebensphase erkennt, der versteht auch, warum es so wichtig ist, einem Menschen in dieser Situation zu helfen, seine Würde zu bewahren. Wenn dies gelingt, kann daraus nicht nur eine wertvolle und prägende Erfahrung für die Angehörigen entstehen, es kann auch dem Sterbenden selbst helfen, seine Situation anzunehmen und seine letzten Tage, Wochen und Monate sinnvoll zu gestalten.

Palliativpatienten gehören zu den verwundbarsten Menschen mit denen Behandelnde im medizinischen Bereich konfrontiert werden. Sie sind schwer krank, häufig pflege- und hilfsbedürftig und von quälenden Symptomen, wie zum Beispiel Schmerzen, geplagt. Die Verarbeitung ihrer Erkrankungssituation verlangt unfassbar viel von ihnen und bringt sie häufig an die Grenzen ihrer psychischen Belastbarkeit. Sie befinden sich in einer Situation, in der sie besonders anfällig sind für eine Einschränkung ihres Würdeempfindens. Darüber hinaus sind sie oft nicht mehr in der Lage, sich selbst zu schützen und ihre Interessen zu vertreten. Es ist ihnen somit häufig nicht mehr möglich, ohne Unterstützung ihre Würde zu wahren. Für jeden, der mit solchen Patienten arbeitet, muss deshalb das Thema Würde einen hohen Stellenwert haben, denn es ist die Aufgabe des palliativmedizinischen Behandlungsteams, jedem Patienten ein Leben und Sterben in Würde zu ermöglichen. Um dies leisten zu können, ist es von zentraler Bedeutung, mehr darüber zu wissen, was das Würdeempfinden von Palliativpatienten ausmacht, welche Faktoren es beeinflussen und wie wir sie vor einer Beeinträchtigung schützen können.

Das ist unter anderem deshalb so wichtig, weil die Sorge um ihre Würde ein wichtiges Leitmotiv für Patienten ist, wenn es darum geht, weitreichende medizinische Entscheidungen zu treffen. Dies reicht vom Verfassen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht über ihre Haltung zu lebensverlängernden Maßnahmen und Reanimation bis hin zu Forderungen nach einer Beschleunigung des Sterbens.

Der Begriff Würde stellt auch ein zentrales Argument in der höchst aktuellen Diskussion um Sterbehilfe dar. Patienten, die um aktive Sterbehilfe oder ärztlich assistierten Suizid ersuchen, geben als Grund häufig die Angst vor einem Verlust ihrer Würde an. So nennt beispielsweise eine jüngst veröffentlichte US-amerikanische Studie die Angst vor einem Verlust von Würde und Autonomie sowie einer verminderten Leistungsfähigkeit als häufigste Begründung für die Teilnahme an einem Projekt in Seattle, welches die Möglichkeit zum assistierten Suizid anbot. Gründe, die im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, wie Angst vor unerträglichen Schmerzen oder anderen Symptomen, rangierten deutlich dahinter (Loggers et al. 2013). Hieran wird deutlich, welchen Stellenwert das Thema Würde für palliativ Erkrankte innehat.

Ein Leben ohne Würde wird von vielen Menschen als nicht lebenswert empfunden. Deshalb führen Befürworter der aktiven Sterbehilfe den subjektiv empfundenen Würdeverlust als Argument ins Feld, diese Menschen von ihrem Leid zu erlösen, indem sie getötet werden (Emanuel et al. 1996, Meier et al. 1998, Sullivan et al. 2000, Ganzini et al. 2000, Back et al. 1996). Ein schneller, schmerzloser Tod ist in ihren Augen einem „Dahinvegetieren in Würdelosigkeit“ vorzuziehen. Jedoch berufen sich neben Verfechtern von aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid gerade auch deren Gegner auf die Wahrung der Würde der Patienten (Pullmann 1996). Die Palliativmedizin lehnt derartige Maßnahmen aus gutem Grund ab. Sie fordert die Erlösung des Patienten vom Leid, nicht die Erlösung vom Leidenden (Granda-Cameron und Houldin 2012, Husebo und Klaschik 2009). Empfindet ein Mensch sein Leben als nicht mehr lebenswert und unwürdig, so kann die Lösung dafür nicht sein, dieses Leben zu beenden. Es gilt vielmehr, nach den Gründen dafür zu suchen, Ängste und Nöte zu erkennen und dem Betroffenen zu neuem Lebenswillen zu verhelfen. Nur so kann ihm die Möglichkeit gegeben werden, in Würde zu leben und zu sterben. Dazu ist aber mehr nötig als eine optimale Symptomkontrolle. Vielmehr muss diesem Menschen das verlorene Gefühl der Würde, der Wertschätzung wiedergegeben werden, sodass er sein Leben wieder als lebenswert empfinden kann. Das erfordert das Wissen darum, wie er seine Würde und seinen Selbstwert definiert und welche Umstände in dieser Hinsicht zu einer Beeinträchtigung führen. Im klinischen Alltag bleibt häufig nicht die Zeit, in aller Ruhe zu eruieren, welche individuellen Faktoren einen einzelnen Patienten beeinträchtigen und welches Verständnis er von einem würdevollen Leben mitbringt. Umso mehr brauchen wir ein grundlegendes Wissen um die häufigsten Faktoren, die sich auf das Würdeempfinden eines Menschen auswirken können und ein wirkungsvolles Instrument, um solche Beeinträchtigungen rasch aufdecken zu können. Auch müssen wir wissen, welche weiteren Aspekte das Würdeempfinden unserer Patienten beeinflussen und wie sich eine Beeinträchtigung der Würde eines Patienten auf sein Befinden und seine Erkrankungssituation auswirkt.

Auch wenn die Forschung zu diesen Themen noch in ihren Anfängen steht und viel weitere Arbeit nötig sein wird, um dieses Gebiet vollständig zu verstehen, so gibt es doch mittlerweile einige Arbeiten, die sich speziell mit dem Würdeempfinden terminal Erkrankter befassen haben. Als Grundlage für die vorliegende Arbeit dienten vor allem die Veröffentlichungen der Forschungsgruppe um den kanadischen Palliativmediziner Dr. Harvey Max Chochinov, deren Arbeit im Folgenden in Grundzügen erläutert wird.

5. Aktueller Stand der Forschung

5.1. Das Würdemodell nach Chochinov et al.

Harvey M. Chochinov und seine Kollegen entwickelten in ihrer Arbeit zum Thema „Würde des unheilbar Erkrankten“ ein Modell zur Wahrnehmung von Würde palliativ Erkrankter (Chochinov et al. 2002a), basierend auf einer 2002 veröffentlichten empirischen Studie (Chochinov et al. 2002b). In einem semi-strukturierten Interview befragten sie im Rahmen dieser Studie 50 stationär und ambulant betreute Patienten eines großen städtischen Krankenhauses, die an einer fortgeschrittenen unheilbaren Tumorerkrankung litten. Der Befragungszeitraum erstreckte sich über 15 Monate. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 69 Jahre. Männer und Frauen waren etwa zu gleichen Teilen vertreten. Zum Zeitpunkt des Interviews befanden sich alle Studienteilnehmer in der terminalen Phase ihrer Erkrankung, das mittlere Überleben nach Befragung betrug 82 Tage. Häufigste Diagnosen waren Bronchialkarzinome, Mammakarzinome und Tumore des Gastrointestinaltraktes.

Innerhalb des Interviews wurden die Patienten zu ihren Vorstellungen von Würde befragt und dazu, welche Bedeutung dieser Begriff für sie hatte. Des Weiteren wurden Faktoren erfasst, die das Empfinden von Würde positiv oder negativ beeinflussen können. Außerdem wurde untersucht, welche Rolle das Thema Würde bei der Abwägung von Maßnahmen spielte, die das Sterben beschleunigen sollten. Daraus entstand ein Modell, in welchem die Eckpfeiler des Würdeempfindens palliativ Erkrankter dargelegt sind. Dieses Modell umfasst mehrere Dimensionen: Es enthält körperliche, psychologische, soziale und existentielle Aspekte. Mit seiner Hilfe konnten erste Einsichten in das Würdeverständnis terminal erkrankter Menschen gewonnen werden und es zeigte Möglichkeiten für eine möglichst würdevolle Behandlung schwer Kranker auf. Dadurch sollte deren Behandlung erleichtert und verbessert sowie ein Bewusstsein geschaffen werden für die Vielzahl an Belastungsquellen, denen die Patienten möglicherweise ausgesetzt sind (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2008, Chochinov et al. 2006, Hack et al. 2004, Mehnert et al. 2006).

Die Würde des terminal Erkrankten

Das von Chochinov et al. entworfene Modell zur Erfassung würderelevanter Aspekte umfasst drei Kategorien: krankheitsbedingte Belastungen, die auf den Patienten einwirken, individuelle Ressourcen, die würdebewahrend wirken, sowie soziale Faktoren, die einem Würdeverlust protektiv entgegen wirken können oder aber eine Einschränkung des Würdeempfindens begünstigen können.

1.: Krankheitsbezogene Belastungen

Diese Kategorie bezieht sich auf Belastungen, die im direkten Zusammenhang mit der Krankheit selbst entstehen. Sie sind krankheitsbedingt und drohen das Würdeempfinden zu beeinträchtigen. Sie lassen sich noch weiter unterteilen:

- **1a) Grad an Unabhängigkeit**
 - **kognitive Leistungsfähigkeit** (Fähigkeit, klar zu denken; „Herr seiner Sinne zu sein“)
 - **körperliche funktionelle Kapazität** (Fähigkeit, Dinge des täglichen Lebens zu verrichten)
- **1b) Symptombelastung:**
 - **körperliche Belastung**
 - **psychische Belastung**
 - **medizinische Unsicherheit**
 - **Todesangst**

2.: Würde bewahrende Ressourcen

sind Eigenschaften, Fähigkeiten und Umstände, die dem Patienten helfen können, ein Gefühl der Würde zu bewahren. Sie umfassen Strategien, die der Patient Belastungen entgegensetzen kann und verleihen ihm eine Resilienz gegenüber würdebekämpfenden Belastungen.

- **2a) unter Würde bewahrenden Perspektiven** versteht man bestimmte Charaktereigenschaften oder bestimmte weltanschauliche Einstellungen, die vor einem Verlust der Würde schützen können. Die Kategorie umfasst folgende Unterpunkte:
 - **Kontinuität/Beständigkeit des Ich** (ein Gefühl des Bestehenbleibens des Kerns des eigenen Wesens, Persistenz früherer Selbstbilder)
 - **Rollenerhaltung** (Fähigkeit, gewohnte Rollen auszuüben und im üblichen sozialen Kontext zu funktionieren, zum Beispiel als Ehepartner oder Elternteil)
 - **Generativität, ein „Erbe“ hinterlassen** (etwas Bleibendes hinterlassen wie zum Beispiel Kinder; das Gefühl, etwas erreicht zu haben, einen Beitrag geleistet zu haben)
 - **Stolz bewahren** (Fähigkeit, sich ein positives Selbstbild/Selbstachtung zu erhalten. Ein Verlust von Stolz wird vor allem in Zusammenhang mit Abhängigkeit beschrieben.)
 - **Hoffnung** (Fähigkeit, im Leben etwas Dauerhaftes zu sehen, beziehungsweise Bedeutung und Sinn finden zu können; Dinge zu haben auf die man sich freuen kann)
 - **Autonomie und Kontrolle** (im Gegensatz zu 1a eher intern beziehungsweise als Standpunkt/Sichtweise zu verstehen; vor allem der Grad an Autonomie, den der Patient FÜHLT – so kann auch ein körperlich schwer eingeschränkter Patient Autonomie und Kontrolle empfinden, wenn er das Gefühl hat, Herr über sein Leben zu sein.)
 - **Akzeptanz** (Annehmen der Erkrankungssituation und der damit verbundenen Einschränkungen und Veränderungen)
 - **Kampfgeist** (Bereitschaft, gegen Krankheitsbelastungen anzukämpfen, beziehungsweise auch für eine Verbesserung der eigenen Lebensumstände zu kämpfen)
- **2b) Würde erhaltende Praktiken** sind Techniken oder Strategien, die Patienten aktiv anwenden um sich vor Würdeverlusten zu schützen. Folgende Praktiken beschreibt das Würdemodell:

- **Im Hier und Jetzt leben** (sich auf aktuelle Belange konzentrieren, um sich nicht um die Zukunft sorgen zu müssen)
- **Normalität bewahren** (eine gewohnte Routine fortführen)
- **Spirituellen Trost suchen** (zum Beispiel in religiösen Praktiken, wie Gebeten oder Meditation)

3.: Soziale Faktoren, die das Würdeempfinden beeinflussen,

sind soziale Belange, oder auch bestimmte Dynamiken innerhalb von Beziehungen, die das Würdeempfinden beeinflussen.

- **3a) Privatsphäre/persönliche Grenzen** (Beeinträchtigung des Würdeempfindens durch Beeinträchtigung der Privatsphäre, zum Beispiel durch Krankenpflege oder Unterstützung bei der Verrichtung intimer Handlungen)
- **3b) soziale Unterstützung** (Erreichbarkeit und Präsenz eines sozialen Netzwerkes als Schutz vor Würdeverlust – eine Abwesenheit des sozialen Netzes kann vom Patienten als Entwürdigung erlebt werden.)
- **3c) Einstellung/Haltung der Pflegenden und Behandelnden** (Haltung Anderer dem Patienten gegenüber – eine wertschätzende Behandlung trägt zum Würdeempfinden des Patienten bei.)
- **3d) Belastung für andere** (Abhängigkeit von anderen; Benötigen von Unterstützung in mehreren Lebensbereichen. Belastung entsteht vor allem aus dem Gefühl heraus, eine Last für Andere zu sein, oder aus der Angst, eine Last für Andere zu werden.)
- **3e) Sorge um Hinterbliebene** (Besorgnis darum, was der eigene Tod für Auswirkungen auf Hinterbliebene haben könnte)

Hierbei werden nicht alle Faktoren von allen Patienten individuell als gleichermaßen entscheidend für ihr Würdeempfinden wahrgenommen. Innerhalb der Faktoren gibt es keine Hierarchie: Für den einen kann ein Aspekt eine große Bedeutung haben, für den anderen kann ein völlig anderer relevant sein (Chochinov et al. 2002a).

In der folgenden Skizze ist der Einfluss der drei Hauptfaktoren auf das Würdeempfinden dargestellt.

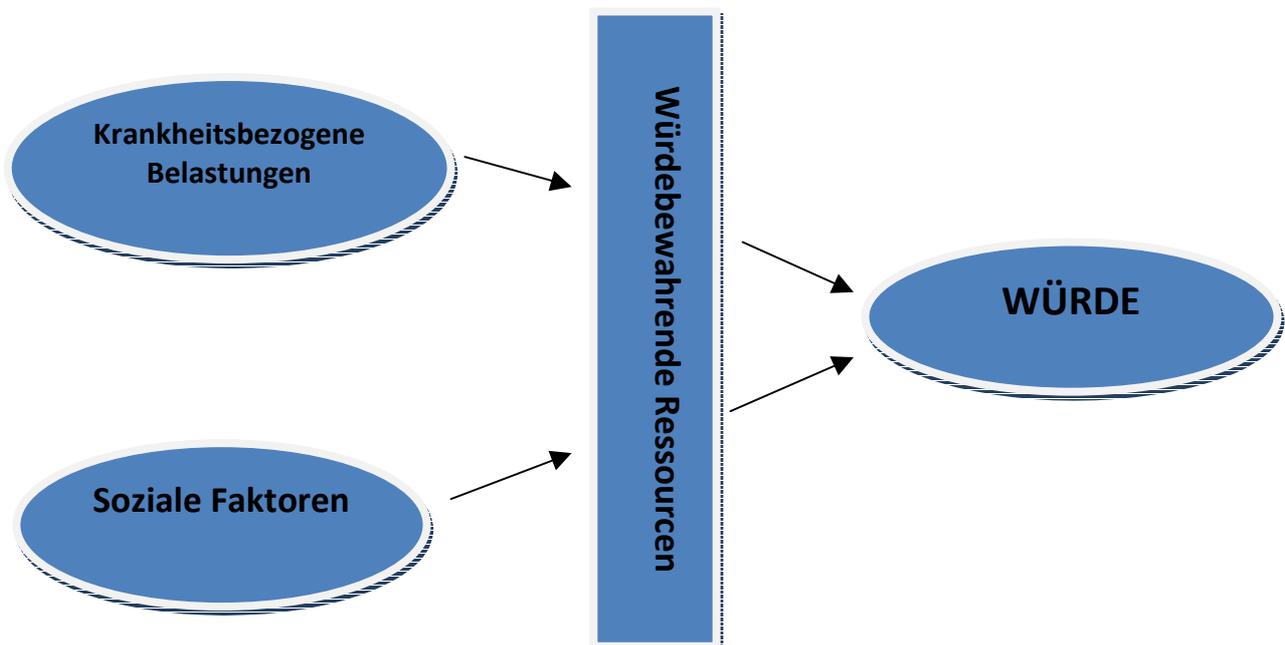


Abbildung 2: Einfluss der drei Hauptfaktoren des Würdemodells auf das Würdeempfinden (Chochinov et al. 2002a).

Ein weiterer interessanter Aspekt, den Chochinov et al. hervorheben, ist auch, dass stationär behandelte Patienten eher angaben, Würde sei etwas Externes, das einem von außen entzogen werden könne. Patienten in ambulanter Behandlung sahen im Begriff der Würde eher etwas Intrinsisches, das von außen wenig beeinflusst werden kann. Daraus leiten die Autoren ab, dass Patienten in stationärem Betreuungsumfeld anfälliger für eine Beeinträchtigung ihres Würdeempfindens sind (Chochinov et al. 2002a).

5.2. Würde messbar machen

Es ist schwierig, Würde zu beschreiben. Umso schwerer ist es, Würde zu quantifizieren und den Grad ihrer Beeinträchtigung zu messen. Um die Versorgung palliativer Patienten zu verbessern, müssen Belastungen im Zusammenhang mit dem Thema Würde aber besser und vor allem rasch und ohne großen Arbeitsaufwand erfasst werden können. Chochinov et al. erkannten dieses Problem und setzten sich zum Ziel, eine Screening-Methode zu entwickeln, die die häufigsten Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit der Würde von Palliativpatienten abfragt. Das Anamnesegespräch ist nach wie vor ein unerlässliches Werkzeug, um die Situation eines Patienten erfassen zu können. Es ist jedoch eine hoch subjektive Methode und hängt stark vom Können und der Erfahrung des Untersuchers ab. Außerdem ist nicht jeder Patient in gleichem Maße gewillt oder in der Lage, derart persönliche Dinge offen zu thematisieren. Ein Fragebogen, der vom Patienten selbst ausgefüllt werden kann und mehrere verschiedene Ursachen für Belastung abfragt, sollte dieses Problem lösen.

Umstände, die zu einer Beeinträchtigung des Würdeempfindens beitragen, sind unterschiedlicher Natur. Mögliche Ursachen können nicht nur körperliche Schwierigkeiten, sondern auch psychosoziale, spirituelle oder existentielle Probleme sein. Besonders häufig liegt eine Mischung dieser Belastungsquellen vor (Chochinov et al. 2008).

Das Modell zur Würde des terminal Erkrankten bietet eine große Bandbreite an Aspekten, die das Würdeempfinden des Patienten beeinträchtigen können. Darum wurde dieses Modell als Grundlage herangezogen für die Entwicklung eines Fragebogens, der diese Aspekte thematisiert und so als Maß für die Belastung des Patienten im Zusammenhang mit einer Einschränkung seines Würdeempfindens verwendet werden kann (Chochinov et al. 2006). Dabei entstanden ist ein Fragebogen zum Würdeempfinden von Palliativpatienten, der „Patient Dignity Inventory“ (PDI) (Chochinov et al. 2008). Er wurde auch in der hier vorliegenden Studie verwendet.

Fragebogen zum Würdeempfinden von Palliativpatienten (PDI)

Der PDI ist ein mehrfach evaluierter Fragebogen. Seine Anwendbarkeit und Validität wurden in verschiedenen Patientenpopulationen aus unterschiedlichen Ländern geprüft, so nicht nur in mehreren Studien mit terminal an Krebs erkrankten Patienten in Kanada (Chochinov et al. 2008, Chochinov et al. 2009), sondern unter anderem auch an Teilnehmern einer niederländischen Studie, die eine Patientenverfügung verfasst hatten (Albers et al. 2011). Eine neuere Studie belegt außerdem die Anwendbarkeit des Fragebogens zur Evaluation würdebezogener Belastungen bei italienischen Tumorpatienten in ambulanter onkologischer Behandlung (Ripamonti et al. 2012). Vor kurzem wurde die Anwendbarkeit der deutschen Version des PDI bei deutschsprachigen Tumorpatienten erprobt und ihre Validität belegt (Sautier et al. 2013).

Die Anwendung des Fragebogens kann Belastungen im Zusammenhang mit der Würde der Patienten aufdecken, die vorher nicht bekannt waren, und damit die Arbeit des Behandlungspersonals deutlich erleichtern.

Die Anwendbarkeit ist nicht auf eine bestimmte Krankheitsphase beschränkt. In der Praxis tendieren Behandelnde aber dazu, den Bogen vor allem bei Patienten in bereits seit längerem laufender onkologischer und palliativer Therapie anzuwenden, seltener nach Neudiagnose oder bei kürzlich diagnostiziertem Rezidiv (Chochinov et al. 2012).

Chochinov et al. entwickelten zunächst einen Prototyp des Fragebogens, indem sie zu den verschiedenen Unterpunkten des Würdemodells entsprechende Fragen entwarfen. Dieser Bogen wurde 18 Patienten des „Winnipeg Regional Health Authority Palliative Care Sub-Programs“ vorgelegt. Diese Patienten erhielten alle eine palliativmedizinische Behandlung und fast alle waren an einer soliden Tumorerkrankung im Endstadium erkrankt. Das mediane Alter war 73 Jahre (47 - 89), das mittlere Überleben betrug 32 Tage (2 – 274). Frauen und Männer waren annähernd gleich häufig vertreten. Dieses Patientenkollektiv wurde gebeten, eine Rückmeldung zu den Fragen des Bogens zu geben, um einige der Formulierungen verbessern zu können. Der 22 Fragen umfassende Prototyp wurde dann 211 Patienten derselben medizinischen Einrichtung vorgelegt. Sie wurden gebeten anzugeben, in welchem Ausmaß der Inhalt der einzelnen Fragen mit ihrem persönlichen Würdeverständnis zusammenhing. Aufgrund dieser ersten Erfahrungen wurden einige Änderungen an dem Fragebogen durchgeführt. Die wichtigste davon war, nicht direkt nach dem gefühlten Zusammenhang mit dem Gefühl der Würde zu fragen, sondern danach, inwieweit die einzelnen Punkte als Problem empfunden wurden. Sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden ist es schließlich sehr viel entscheidender, ob ein bestimmter Faktor als belastend erlebt und nicht, ob er als zusammenhängend mit einem abstrakten Konstrukt verstanden wird. Des Weiteren wurden einige Umformulierungen und Ergänzungen vorgenommen, bis der Bogen letztendlich 25 Fragen beinhaltete.

In der Folge beantworteten 253 Patienten in palliativer Erkrankungssituation aus Kanada und Australien diese neue Version des Fragebogens. Ergänzt wurde er durch verschiedene andere

Messinstrumente, die sich mit Symptomen, Lebenswillen, Depressivität, sozialer Unterstützung und Lebensqualität beschäftigten. Darüber hinaus wurde auch ein Fragebogen zu spirituellem Wohlbefinden und einer zur generellen psychischen Gesundheit und Dysfunktion beantwortet.

Der PDI erreichte eine exzellente interne Konsistenz mit einem Wert für Cronbachs Koeffizient Alpha von 0,93, sowie eine sehr gute Test-Retest-Reliabilität von $r=0,85$.

Die Auswertung der Studie erbrachte außerdem, dass sich die verschiedenen Fragen fünf übergeordneten Dimensionen zuweisen lassen. Dies sind Symptombelastung, Existentielle Belastung, Abhängigkeit, Innerer Frieden und Soziale Unterstützung. Vier Fragen ließen sich keinem der Aspekte zuordnen.

Die Zuteilung der einzelnen Fragen zu den Überbegriffen zeigt die untenstehende Tabelle (Chochinov et al. 2008).

Tabelle 1: Die Fragen des Würdefragebogens und ihre Zuteilung zu den verschiedenen Aspekten

Die verschiedenen Aspekte des PDI
Symptombelastung
Frage 3: Körperlich belastende Symptome zu haben
Frage 5: Sich deprimiert zu fühlen
Frage 6: Sich ängstlich zu fühlen
Frage 7: Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein
Frage 8: Sich Sorgen um die Zukunft zu machen
Frage 9: Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken
Existentielle Belastung
Frage 4: Zu fühlen, dass das eigene Äußere sich für andere stark verändert hat
Frage 11: Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, die man einmal war
Frage 12: Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen
Frage 13: Nicht in der Lage zu sein wichtige Rollen auszuüben
Frage 14: Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat
Frage 18: Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein
Abhängigkeit
Frage 1: Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen
Frage 2: Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern
Frage 20: Das Gefühl zu haben, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit die Privatsphäre beeinträchtigen
Innerer Frieden
Frage 15: Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben
Frage 16: Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind
Frage 17: Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist

Soziale Unterstützung
Frage 21: Sich von Familie und Freunden nicht unterstützt zu fühlen
Frage 22: Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen
Frage 25: Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden
Fragen, die keiner Untergruppe zugeordnet werden konnten:
Frage 10: Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen
Frage 19: Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über mein Leben zu haben
Frage 23: Das Gefühl zu haben, den Anforderungen meiner Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein
Frage 24: Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind

Auch andere Autoren haben sich mit der Frage befasst, mit welchen Methoden das Würdeempfinden von Patienten bemessen werden kann. Zu nennen ist hier zum Beispiel die Arbeit von Periyakoil et al. (Periyakoil et al. 2010), die ein Werkzeug entwickelt haben, mit dem Patienten verschiedene Faktoren entsprechend der Relevanz für ihr persönliches Würdeempfinden in eine Reihenfolge von wichtigster bis am wenigsten wichtiger Faktor bringen können. Auch eine niederländische Arbeitsgruppe (Vlug et al. 2011) stellte einen Fragebogen zum Thema Würdegefühl vor. Dieser fragt im Gegensatz zum PDI nicht nur danach, inwieweit eine Problematik vorhanden ist, sondern auch inwieweit sie das Würdeempfinden des Patienten beeinflusst. In ihren Inhalten überschneiden sich beide Fragebögen in weiten Teilen mit dem PDI.

5.3. Würdespezifische Therapiemöglichkeiten

Es existieren also validierte und anwendbare Screening-Methoden, die es ermöglichen, Einflüsse auf das Würdeempfinden von Patienten zu erkennen. Das hilft Behandelnden, ihre Patienten besser zu verstehen - versetzt sie aber noch nicht unbedingt in die Lage, durch gezielte Therapiemaßnahmen das Würdeempfinden ihrer Patienten zu stärken und zu schützen. Um Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, werden die klassischen Herangehensweisen der Palliativmedizin mit ihrem ganzheitlichen Ansatz benötigt. Optimale Symptomkontrolle sowie die Berücksichtigung psychosozialer, spiritueller und existentieller Aspekte ebenso wie die Unterstützung der Familie legen den Grundstein dafür, dass der Patient sich in seiner ganzen Persönlichkeit wahrgenommen, wertgeschätzt und im wahrsten Sinne des Wortes gewürdigt fühlt. Die Individualität des Patienten und die Einzigartigkeit seiner Krankheitserfahrung werden so entsprechend berücksichtigt. So gesehen ist allein schon eine gute palliativmedizinische Begleitung eine wirksame Therapieform, die viele Aspekte des Würdeempfindens beeinflusst (Cohen et al. 2001).

Eine explizit auf das Würdegefühl des Patienten ausgerichtete Therapie hilft, einen Schritt weiterzugehen und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, nicht mehr nur als Patient, als Kranker wahrgenommen zu werden. Sie gibt ihm und vor allem seinem Umfeld und seiner Familie

Raum, sich wieder im Kontext seines ganzen Lebens und nicht nur der Krankheitsphase zu sehen. Sie würdigt die Person, die Errungenschaften, Träume, das Lebenswerk des Menschen hinter der Krankheit und verhilft ihm im Idealfall zu einem friedlichen, von Patient und Angehörigen als sinnstiftend erlebten Abschied (Chochinov 2002).

Basierend auf den gewonnenen Einblicken in das Würdeempfinden von terminal Erkrankten wurden deshalb neue Behandlungsansätze entwickelt, die speziell auf eine Stärkung des Würdegefühls abzielen. Hierbei gibt es ganz unterschiedliche Herangehensweisen, die von einer generellen, wertschätzenden Pflegehaltung (Chochinov 2006) über relativ direkte Handlungsanweisungen bis hin zu spezifischen, auf die Wahrung und Wiederherstellung des Würdeempfindens des Patienten abzielenden Psychotherapieverfahren reichen.

Würdebewahrende Therapie ist nicht nur etwas, was man mit dem Patienten tut. Sie ist vor allem dadurch charakterisiert, wie man den Patienten sieht (Ostlund et al. 2011). Der Grundgedanke hinter diesem Leitsatz ist die Annahme, dass die Selbstwahrnehmung aufs Engste damit verbunden ist, wie der Behandelnde dem Patienten gegenübertritt. Je eher es dem Behandelnden gelingt, dem Patienten ein hohes Maß an Wertschätzung entgegenzubringen, umso eher wird der sein Würdegefühl bewahren können (Chochinov 2007). Daraus wird deutlich, dass es bei guter palliativmedizinischer Begleitung ganz entscheidend auf das Verhalten der Pflegenden ankommt sowie auf die Art und Weise, wie sie ihren Aufgaben nachgehen. Eine Standardisierung der Versorgung von Patienten am Lebensende wird niemals möglich sein. Richtlinien und Hilfestellungen sind jedoch dringend nötig.

Essentiell für eine würdevolle Behandlung des Patienten ist also die Haltung des Behandelnden. Dieser muss dem Patienten mit Offenheit, Respekt und Wertschätzung begegnen, in ihm die Person hinter der Krankheit sehen und anerkennen. Dies setzt unter anderem voraus, die Persönlichkeit des Patienten und seine Wertvorstellungen kennenzulernen und zu berücksichtigen. Dazu gehört aber auch, dem Patienten Hoffnung und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit zu spenden. Dadurch kann der Patient seinen Lebenswillen zurückerlangen und darüber hinaus wirksam bei der Krankheitsverarbeitung unterstützt werden (Chochinov 2002). Der Patient muss ernst genommen werden und die Informationen erhalten, die er wünscht. Auch kleine Gesten können einen großen Einfluss auf die Art und Weise haben, wie ein Patient sich von seinem Umfeld wahrgenommen fühlt. Dazu gehören Praktiken wie die Hand eines Patienten halten, zuhören, lachen, für einen Patienten da sein. Allein das Ansprechen beziehungsweise Anerkennen bestimmter Belastungen kann therapeutisch wirken; vorausgesetzt, Patient und Behandelnder finden eine angemessene Form, sich auszudrücken (Chochinov 2002).

5.3.1. Würdebewahrende Therapie („Dignity conserving care“)

Die Grundvoraussetzungen für eine wertschätzende Pflegehaltung sind in Chochinovs „ABCD der Würdeerhaltenden Therapie“ (Ostlund et al. 2011) einprägsam zusammengefasst. Hierbei stehen die Buchstaben A bis D für „Attitude“ = Einstellung; „Behavior“ = Verhaltensweisen; „Compassion“

= Mitgefühl; „Dialogue“ = Dialog. Behandelnde müssen ihre Einstellung dem Patienten gegenüber reflektieren und hinterfragen, ihre Verhaltensweisen bewusst wahrnehmen und an die Situation des Patienten anpassen, sich in den Patienten einfühlen und Mitgefühl ausdrücken und nicht zuletzt mit dem Patienten auf einer konstruktiven Ebene ins Gespräch kommen.

Das Würdemodell kann als Anleitung benutzt werden für eine würdebewahrende Therapie, die alle Aspekte des Würdeempfindens adressiert (Chochinov 2002, Ostlund et al. 2011). Diese Intervention hilft nicht nur dem Patienten bei der Krankheitsverarbeitung, sondern auch dessen Angehörigen und dem medizinischen Behandlungspersonal. Dem Arzt gibt sie die Möglichkeit, dem Patienten würdig zu begegnen und seinen Bedürfnissen gerecht zu werden und ermöglicht ihm somit, seine eigene Würde als Behandelnder zu wahren (Chochinov 2002). Jeder Unterpunkt des Würdemodells gibt gleichsam einen Hinweis auf mögliche Interventionen und Maßnahmen zur Wahrung der Patientenwürde, so zum Beispiel eine optimale Symptomkontrolle zur Minimierung der Symptombelastung oder auch Physiotherapie zur Erhaltung eines größtmöglichen Maßes an Autonomie. Das Würdemodell zeigt aber auch generelle Verhaltensmaßregeln, wie das Respektieren der Privatsphäre und Berücksichtigen von Gewohnheiten, auf. Es kann schon hilfreich sein, bestimmte Aspekte des Würdemodells anzusprechen, den Patienten beispielsweise nach seinen Gefühlen, Erwartungen, Erlebnissen und Wünschen zu den verschiedenen Punkten zu fragen (Ostlund et al. 2011). Die Würdebewahrende Therapie nach H. M. Chochinov (2002) umfasst folgende Grundpfeiler:

- Symptomkontrolle, das heißt die Behandlung körperlicher und psychischer Beschwerden
- Erhalt eines größtmöglichen Maßes von Unabhängigkeit und Autonomie
- Unterstützung der würdeerhaltenden Strategien des Patienten
- Teilhabe an spirituellen und religiösen Praktiken, seelsorgerische Unterstützung

5.3.2. Psychotherapeutische Ansätze

Es gibt bisher einige wenige psychotherapeutische Therapieansätze, die sich explizit mit dem Thema Würde befassen. Dazu zählen zum Beispiel Gruppentherapien - teils mit religiösem oder spirituellem Fokus (Chochinov 2006).

Wichtig ist eine supportive Therapie, die hilfreiche Coping-Mechanismen fördert, schädliche minimiert und Angst und Sorgen mildert (Chochinov et al. 2004). Viele psychotherapeutische Interventionen sind in ihrer Anwendbarkeit bei sterbenden Patienten eingeschränkt, da sie zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Entscheidend für die Verwendung in der Palliativmedizin ist also, dass ein Verfahren innerhalb kurzer Zeit zu positiven Effekten führt und möglichst am Krankenbett und auch bei stark eingeschränkten Personen einsetzbar ist.

Für viele Menschen liegt der Schlüssel zur Wahrung ihres Würdegefühls darin, sicherzustellen, dass etwas von ihnen den Tod überdauert, dass sie etwas von Bedeutung hinterlassen (Chochinov

2006). Für diese Patienten kann es hilfreich sein, wichtige Dinge schriftlich oder beispielsweise in Form einer Film- oder Tonaufnahme festzuhalten. Dieses Prinzip macht sich die sogenannte „Würdetherapie“ zu Nutze. Sie ist ein ebenfalls von Chochinov et al. entwickeltes Therapieverfahren (2005), bei dem Patienten für sie wichtige Themen und Dinge, von denen sie möchten, dass ihre Hinterbliebenen sie in Erinnerung behalten, besprechen können. Die Therapiesitzungen werden auf Tonband aufgenommen und geben dem Patienten Raum, wichtige Dinge aus seiner Lebensgeschichte zu erzählen und Dinge festzuhalten, welche die Angehörigen über ihn wissen und in Erinnerung behalten sollen. Von den Tonbandaufzeichnungen werden anschließend Abschriften angefertigt und nach den Wünschen des Patienten überarbeitet. Der Patient erhält am Schluss das fertige Dokument und kann es Freunden und Familie hinterlassen. Während der Sitzungen werden verschiedene Themen des Würdemodells adressiert, so die Wahrung von Stolz oder Hoffnung, Sorge um Angehörige oder die Beständigkeit und der Erhalt der eigenen Persönlichkeit und bestimmter sozialer Rollen. Auch kann der Patient Dinge festhalten, die er seinen Angehörigen sagen will, Hoffnungen und Wünsche für sie äußern. Er kann ihnen Ratschläge und sogar Instruktionen für die Zukunft hinterlassen (Chochinov et al. 2005).

Diese Art der Therapie ist eine gute Ergänzung zu herkömmlichen Therapieformen. Die Herangehensweise wurde von den Patienten sehr gut aufgenommen und zeigte deutliche Verbesserungen in vielen für das Erleben eines Palliativpatienten wichtigen Bereichen wie Traurigkeit, Angst, Depression und spirituellem Wohlbefinden sowie Würdeempfinden, Lebensqualität und Lebenswillen; Suizidalität, Todeswunsch und Leiden der Patienten werden verringert (Chochinov et al. 2005, Hall et al. 2009, Houmann et al. 2014, Julião et al. 2014). In dieser Hinsicht ist die Würdetherapie anderen Therapieformen überlegen (Chochinov et al. 2011). Neben dem Patienten profitieren auch dessen Angehörige von ihr (Chochinov et al. 2005, Hall et al. 2009, Houmann et al. 2014). Außerdem ist sie relativ einfach und zeitsparend durchführbar, was eine Grundvoraussetzung zur Anwendbarkeit bei Patienten mit derart begrenzter Lebenserwartung ist (Chochinov et al. 2005, Hall et al. 2009, Chochinov et al. 2011). Vor allem Patienten mit einem hohen Maß an psychosozialer Belastung profitieren von der Therapie. Der Patient wird in die Lage versetzt, aktiv etwas tun zu können, um seinen Angehörigen die Situation zu erleichtern und ihnen, sogar über den eigenen Tod hinaus, helfen zu können. Vielleicht ist das einer der Gründe für die gute Wirksamkeit dieser Therapiemaßnahme (Chochinov et al. 2005). Wesentlicher Bestandteil vieler Transkripte ist die Nennung wichtiger Personen, der Ausdruck von Wünschen an sie und der Dankbarkeit ihnen gegenüber (Hall et al. 2009).

6. Fragestellung und Zielsetzung

Die Forschungsarbeit der letzten Jahre hat viel dazu beigetragen, den Begriff Würde aus der Sicht des terminal erkrankten Patienten zu beleuchten. Auch wenn Würde immer eine subjektive Empfindung bleiben wird und es niemals eine allgemeingültige Definition geben kann, so haben wir doch eine grundlegende Vorstellung davon gewinnen können, welche Faktoren diese entscheidende Empfindung beeinflussen. Bisher wurde jedoch kaum analysiert, inwieweit Würdeempfinden und Symptomlast einander beeinflussen. Bei Palliativpatienten handelt es sich um das Patientenkollektiv, für das sowohl die suffiziente Behandlung von Symptomen als auch die Wahrung von Würde und Lebensqualität die größte Rolle spielen. Symptomkontrolle ist oberstes Gebot der Behandlung Sterbenskranker und die Belastung durch schwerwiegende Symptome ist in der letzten Lebensphase oft immens. Patienten, die besonders unter krankheitsbedingten Beschwerden leiden müssen, haben keine Möglichkeit, diese wichtige Zeit gewinnbringend zu nutzen und erleben eine Vielzahl daraus resultierender psychosozialer Folgebelastungen. Da auch eine Verletzung des Würdeempfindens sich signifikant und in vielerlei Hinsicht auf die Lebensqualität palliativ Erkrankter auswirkt (Chochinov et al. 2002b), ist ein Zusammenhang zwischen beiden Bereichen für die Behandlung dieser Patienten von größter Bedeutung. Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu untersuchen, welche weiteren Faktoren das Würdeempfinden sterbenskranker Krebspatienten beeinflussen können, die in bisherigen Ansätzen noch nicht oder noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dabei soll ein genauer Fokus auf die Intensität und Häufigkeit verschiedener körperlicher und psychischer Symptome sowie die daraus resultierende Belastung für den Patienten gelegt werden. Zudem wird analysiert, wie sich Symptomlast, psychische Belastung, subjektives Gesamtbefinden sowie soziodemographische Faktoren und Krankheit auf das Würdeempfinden auswirken.

7. Material und Methoden

7.1. Studiendesign

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte im Rahmen einer nicht kontrollierten Studie mit quantitativer Patientenbefragung, angelegt als Querschnittstudie.

7.2. Stichprobenbeschreibung

Ziel war es, insgesamt mindestens sechzig Patienten in die Studie einschließen zu können.

Für eine Befragung kamen alle sterbenskranken Patienten in Frage, die auf der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Zeitraum von Juli 2011 bis März 2012 behandelt wurden.

Eingeschlossen werden konnten alle Patienten, die an einer unheilbaren onkologischen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung litten.

Eine Studienteilnahme war nicht möglich bei Vorliegen von mindestens einem der folgenden Aspekte:

- Mangelnde Deutschkenntnisse oder die fehlende Möglichkeit, sich mitzuteilen
- Kognitive Einschränkungen oder Verwirrheitszustände
- Ein körperlicher Zustand, der eine Teilnahme nicht mehr erlaubte.

Das Behandlungspersonal traf zunächst eine Auswahl der in Frage kommenden Patienten anhand der obenstehenden Kriterien. In Frage kommende Patienten wurden ausführlich über die Studie informiert und nach Interesse an einer Teilnahme an der Studie befragt. Die Aufklärung erfolgte sowohl schriftlich in Form eines Informationsblattes, als auch mündlich im Rahmen eines kurzen Aufklärungsgesprächs. Inhalt des Gesprächs waren Ziele, Art und Durchführung der Studie sowie die Freiwilligkeit und das Widerrufsrecht der Studienteilnahme, die Vertraulichkeit der Angaben und weitere Datenschutzrechtliche Aspekte. Entschloss sich der Patient, an der Studie teilzunehmen, so wurde sein Einverständnis schriftlich eingeholt und ein Termin für die Beantwortung des Fragebogens vereinbart. Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung finden sich im Anhang.

Die Patienten hatten die Möglichkeit, den Fragebogen entweder selbständig zu beantworten oder aber die Unterstützung durch wissenschaftliches Personal zu erbitten. Da vielen Patienten die alleinige Beantwortung krankheitsbedingt schwer fiel, nahm die Mehrheit der Patienten (67%) dieses Hilfsangebot in Anspruch. Die geleistete Unterstützung beinhaltete das Vorlesen der Fragen

und Antwortmöglichkeiten sowie das Ankreuzen der vom Patienten angegebenen Antwort. Falls dies vom Patienten gewünscht wurde, konnte bei der Befragung auch ein Angehöriger zugegen sein.

Die Befragung fand in den Räumen der Palliativstation des UKE statt, zumeist in den Einzelzimmern der Patienten.

7.3. Die Patientenbefragung

Die Patientenbefragung erfolgte anhand mehrerer Teilfragebögen (siehe Anhang) zu den unterschiedlichen Bereichen. Verwendet wurde ein standardisierter Fragebogen zum Thema Würdegefühl von Palliativpatienten, die deutschsprachige Version des „Patient Dignity Inventory“ (PDI; Chochinov et al. 2008). Die Erfassung der subjektiven Einschätzung der Häufigkeit und Stärke der wichtigsten physischen und psychischen Symptome, der von ihnen verursachten Belastung und deren Therapiebedürftigkeit erfolgte anhand einer verkürzten Version der „Memorial Symptom Assessment Scale“ (MSAS; Portenoy et al. 1994). Darüber hinaus konnten die Patienten ihre psychosoziale Belastungssituation anhand eines vom „National Comprehensive Cancer Network“ (NCCN) entwickelten Belastungsthermometers einschätzen (Mehnert et al. 2006). Zusätzlich konnten die Patienten ihr Befinden am Befragungstag bewerten. Die Fragebögen werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

7.3.1. Erhebung der Symptomlast

Der erste Teilfragebogen beschäftigte sich mit den Symptomen der palliativ erkrankten Tumorkranken. Verwendet wurde hierfür eine modifizierte deutschsprachige Version der von Portenoy et al. entwickelten „Memorial Symptom Assessment Scale“ (MSAS; Portenoy et al. 1994). Die MSAS ist ein evaluierter, standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Häufigkeit und Intensität von Symptomen bei Krebspatienten, sowie der dadurch entstehenden Belastung. Aufgrund der schwierigen medizinischen Verfassung vieler Palliativpatienten wurde für die vorliegende Studie eine verkürzte Variante der MSAS verwendet. Abgefragt wurden elf körperliche (Schmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Schwäche, Mundtrockenheit, Durst, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Verstopfung, Schlafstörung und Probleme beim Wasserlassen) und drei psychische Symptome (Gereiztheit, Angst und Traurigkeit).

Während die Originalversion der MSAS die drei Dimensionen Häufigkeit, Intensität und Belastung umfasst, wurden diese in der vorliegenden Studie ergänzt durch die Frage nach dem daraus resultierenden Therapiebedarf. Die Patienten konnten jeweils zusätzlich angeben, wie hoch sie selbst subjektiv den Therapiebedarf der einzelnen Symptome einschätzten.

Häufigkeit („Wie häufig trat das Symptom auf?“) und Intensität („Wie stark war es?“) wurden auf einer Skala von 1 („selten“ beziehungsweise „leicht“) bis 4 („nahezu ständig“ beziehungsweise „sehr stark“) angegeben, die subjektive Belastung („Wie sehr belastete Sie es?“) durch das jeweilige Symptom auf einer Skala von 0 („gar nicht“) bis 4 („sehr stark“) und der Therapiebedarf

(„Für wie wichtig halten sie die Therapie dieses Symptoms?“) auf einer Skala von 0 („kein Therapiebedarf“) bis 3 („Therapie dringendst erforderlich“).

Bei der Auswertung der Symptomlast wurden nicht nur die Ergebnisse der einzelnen Fragen berücksichtigt, sondern auch die Gesamtwerte aller Dimensionen eines Symptoms als Gesamtlast der einzelnen Symptome, sowie die Gesamtlast der verschiedenen Dimensionen (Häufigkeit, Intensität, Belastung, Therapiebedarf) errechnet.

7.3.2. Subjektives Gesamtbefinden

Zusätzlich wurde zu Beginn der Befragung das subjektive Gesamtbefinden am Befragungstag insgesamt erfragt, hierbei konnten die Patienten ihr aktuelles Befinden auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ einordnen.

7.3.3. Psychische Belastung

Die psychische Belastung wurde durch die deutsche Version des vom NCCN („National Comprehensive Cancer Network“) entwickelten Distress-Thermometers erfasst. Hierbei handelt es sich dabei um ein validiertes, standardisiertes Screening-Werkzeug zur Erfassung der psychosozialen Belastung von Krebspatienten (Mehnert et al. 2006, Roth et al. 1998). Anhand eines abgebildeten Thermometers können Patienten ihre Gesamtbelastung der letzten Woche auf einer Skala von 0 bis 10 abschätzen. Dabei entspricht der Wert 0 der Aussage „gar nicht belastet“, während 10 „extrem belastet“ bedeutet. Im Allgemeinen gilt ein Wert ab 5 als Indikator dafür, dass ein Patient stark belastet ist und entsprechende Unterstützung benötigt. Im Original wird das Belastungsthermometer ergänzt durch eine Problemliste zur engeren Eingrenzung der Belastungsquellen, hierauf wurde in diesem Fall verzichtet, da die physischen und psychischen Belastungsquellen im MSAS sehr ausführlich erhoben wurden.

7.3.4. Beeinträchtigung des Würdeempfindens (der „Patient Dignity Inventory“)

Der zweite Teilfragebogen erfasste das Würdeempfinden der Patienten. Hierfür wurde eine validierte deutsch-sprachige Version des im Einleitungsteil vorgestellten standardisierten Fragebogens zum Würdeempfinden palliativ Erkrankter verwendet, der „Patient Dignity Inventory“ (PDI; Chochinov et al. 2008, Sautier et al. 2013). Er umfasst Fragen zu mehreren Lebensbereichen, die sich auf das Würdeempfinden der Patienten auswirken können und befasst sich nicht nur mit körperlichen Beeinträchtigungen und Belastungen, sondern auch mit seelischen, sozialen und spirituellen Belangen.

Die Patienten konnten bei jeder der 25 Fragen angeben, inwieweit der darin beschriebene Aspekt in den der Befragung vorausgegangenen Tagen ein Problem für sie dargestellt hatte. Hierbei konnten sie eine Wertung von einem bis hin zu fünf Punkten vergeben, wobei galt:

1: kein Problem

2: ein geringes Problem

3: ein Problem

4: ein großes Problem

5: ein überwältigendes Problem.

Somit waren bei diesem Fragebogen zwischen 25 und 125 Punkte erreichbar.

Nach Chochinov et al. (2008) lassen sich die Fragen fünf Untergruppen zuteilen. Eine Auflistung der PDI-Fragen mit Zuordnung zu den Untergruppen findet sich im Abschnitt „theoretische Grundlagen“ im Einleitungsteil der vorliegenden Arbeit, der verwendete Fragebogen im Anhang.

In der Auswertung des Würdefragebogens fanden PDI-Gesamtwert, Gesamtwerte der PDI-Untergruppen sowie die Ergebnisse der einzelnen Fragen Berücksichtigung.

7.4. Medizinische und soziologische Daten

Wurde ein Patient für die Befragung ausgewählt und erklärte sich mit der Studienteilnahme schriftlich einverstanden, so wurde ergänzend vom ärztlichen Personal ein Bogen mit Fragen zum medizinischen Hintergrund ausgefüllt. Hierbei wurden soziodemographische Patientencharakteristika sowie die wichtigsten Parameter der Erkrankungssituation erhoben, dazu zählten:

- Alter
- Geschlecht
- Art der Erkrankung
- Dauer der Erkrankung beziehungsweise Zeitpunkt der Erstdiagnose
- TNM-Klassifikation bei der Erstdiagnose
- Orte der Metastasierung
- Erkrankungsstadium
- Vorliegen weiterer, nicht onkologischer Erkrankungen
- Onkologische Therapie

- medikamentöse Behandlung
- aktueller Funktionsstatus: WHO-ECOG-Skala
- Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit: Karnofsky-Index.

Der hierzu verwendete Fragebogen findet sich im Anhang.

7.5. Statistische Auswertung

Alle erhobenen Daten wurden zunächst in einer zentralen Excel-Datenbank gesammelt. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) Version 20; IBM 2011, USA. Die Ergebnisse der Fragebögen sowie die ergänzenden medizinischen Daten wurden in eine Datenbank eingegeben und anschließend untersucht. Ergänzend wurden aus den Ergebnissen des Würdefragebogens in Anlehnung an Chochinov et al. (2008) Gesamtwerte für einzelne PDI-Dimensionen errechnet und aus den Einzelergebnissen der Symptome Untergruppen gebildet. Die Parameter zum Würdeempfinden der Patienten wurden auf Korrelationen mit Patientencharakteristik, Ergebnissen des Fragebogens zur Symptomlast, dem subjektiven Gesamtbefinden und der psychischen Belastung untersucht.

Es erfolgte die Untersuchung von Häufigkeitsverteilungen und Unterschiedstestungen, hierbei wurden für nominalskalierte Variablen der Chi²-Test und für ordinalskalierte oder schief verteilte metrische Variablen der U-Test Mann-Whitney bei unabhängigen Stichproben verwendet. Korrelationen erfolgten nach Pearson und Spearman. Gruppenunterschiede bei metrischen Daten wurden mit t-Tests entsprechend für abhängige oder unabhängige Testungen sowie mit varianzanalytischen Verfahren (ANOVA/MANOVA) geprüft. Die Effektgrößen wurden nach Cohen bestimmt. Alle Signifikanztestungen erfolgten zweiseitig auf einem 5-Prozent-Niveau ($p < 0,05$).

8. Ergebnisse

8.1. Patientencharakteristik

8.1.1. Soziodemographische Parameter

Im Zeitraum von Juli 2011 bis März 2012 wurden insgesamt 81 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, angesprochen und um Teilnahme an der Studie gebeten. 17 Patienten lehnten eine Befragung ab, da sie sich aus persönlichen oder gesundheitlichen Gründen nicht dazu in der Lage fühlten oder kein Interesse an einer Teilnahme hatten. Letztendlich beantworteten insgesamt 64 Patienten den Fragebogen. Von diesen 64 Patienten waren zwei aufgrund ihres stark eingeschränkten Zustandes nicht in der Lage, die Befragung zu Ende zu bringen und mussten deshalb rückwirkend aus der Studie ausgeschlossen werden. Eine weitere Patientin litt nicht an einer onkologischen Erkrankung, sodass auch sie nicht in die Auswertung eingeschlossen wurde. Letztendlich umfasste die Stichprobe also 61 Patienten.

Von diesen 61 Patienten waren 36 weiblich (59%) und 25 männlich (41%). Das Alter lag im Mittel bei 64 Jahren, mit einer Standardabweichung von 11,6 Jahren. Der jüngste Patient war 36, der älteste 85 Jahre alt.

8.1.2. Charakteristik der Grunderkrankung

Alle in der Stichprobe enthaltenen Patienten litten an einer unheilbaren, fortgeschrittenen hämatologisch-onkologischen Erkrankung. Bei 54 Patienten (88%) handelte es sich dabei um solide Tumore während die restlichen 7 (11%) an einer malignen hämatologischen Systemerkrankung litten. Der häufigste solide Tumor war mit einem Anteil von 13 Patienten (21%) das Bronchialkarzinom. Vier Patienten (7%) litten an mehr als einer onkologischen Grunderkrankung. Die Häufigkeiten der verschiedenen malignen Grunderkrankungen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Hämatologisch-onkologische Grunderkrankungen der Patienten

Art der Erkrankung	Anzahl betroffener Patienten Anteil an der Anzahl der onkologischen Diagnosen
Hämatologische Erkrankungen	7 11%
Solide Tumore	
Bronchial-Karzinom	13 20%
Pleuramesotheliom	2 3%

Tumore von Pankreas, Leber und Gallenwegen	9	14%
Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes	6	9%
Tumore des unteren Gastrointestinaltraktes	5	8%
Prostata-Karzinom	7	11%
andere urogenitale Tumorerkrankungen	4	6%
Mamma-Karzinom	4	6%
andere gynäkologische Tumorerkrankungen	2	3%
CUP-Syndrom (Krebserkrankung mit unbekanntem Primärtumor)	2	3%
Sonstige (je einmal Weichteilsarkom, Malignes Melanom, Aderhautmelanom, anaplastisches Mischgliom)	4	6%
Solide Tumore gesamt	58	89%
ALLE HÄMATOLOGISCH-ONKOLOGISCHEN DIAGNOSEN GESAMT		65 100%

Die Erkrankungsdauer wies eine große Spannweite auf: sie betrug zwischen einem Monat und 13 Jahren. Im Mittel waren die Patienten zum Befragungszeitpunkt seit 33 Monaten erkrankt, die Standardabweichung betrug 37,7 Monate.

Stadien der Tumorerkrankung

Die genaue **TNM-Klassifikation** der Patienten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose war etwa bei der Hälfte der Patienten in der palliativen Versorgungssituation nicht bekannt (49,2%). Das häufigste T-Stadium war T3, mit 25% der Patienten. Die Stadien 2 und 4 waren mit jeweils 16% gleich häufig vertreten. Gut ein Drittel der Patienten wies zum Zeitpunkt der Erstdiagnose nachweisbare Lymphknotenmetastasen auf.

Bereits ein eindeutiger Nachweis von Fernmetastasen (Stadium M1) und damit eine unheilbare Erkrankungssituation schon zum Zeitpunkt der Erstdiagnose lag bei 14 Patienten (23%) vor, während bei ungefähr einem Drittel der Befragten (27,9%) keine primäre Fernmetastasierung vorlag.

Aktueller Status der Tumorerkrankung

Zum Zeitpunkt der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie litten mit 56 Patienten (92%) der größte Teil der Patienten an einer aktuell progredienten Erkrankung. Zwei Patienten hatten

unter einer palliativen onkologischen Therapie eine noch anhaltende Teilremission erreicht ohne jedoch tumorfrei zu sein (3%). Ein weiterer Patient hatte unter der vorangegangenen Therapie eine Stabilisierung seiner Erkrankung erlangen können (2%). Kein Patient befand sich in einem Zustand der makroskopisch vollständigen Remission. Bei zwei der befragten Patienten (3%) war das Stadium ihrer Erkrankung zum Zeitpunkt der Studie nicht sicher beurteilbar, da auf eine bildgebende Diagnostik unter Berücksichtigung der Gesamtsituation verzichtet worden war. Klinisch war aber auch bei diesen Patienten von einer progredienten Grunderkrankung als Ursache für die zur Aufnahme auf die Palliativstation führenden Symptome auszugehen.

Aktuelle Ausdehnung der Metastasierung

Von den 61 befragten Patienten wiesen zum Zeitpunkt der Studie 54 Metastasen auf (89%). Nur bei zwei Patienten waren keine Metastasen nachweisbar (3%). Ihre Erkrankung war jedoch lokal fortgeschritten und damit unheilbar. Bei den verbleibenden 5 Patienten war die genaue Ausbreitung der Metastasierung nicht beurteilbar (8%).

Einen Überblick über die verschiedenen Lokalisierungen der Metastasierung gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Aktuelle Ausdehnung der Metastasierung

Metastasen	Ja	Nein	Nicht beurteilbar
generell	54 89%	2 3%	5 8%
Hirn	10 16%	47 77%	4 7%
Lunge	17 28%	40 65%	4 7%
Leber	16 26%	41 67%	4 7%
Knochen	17 28%	39 65%	4 7%
sonstige	40 66%	21 34%	0

Aktuelle onkologische Therapie

Da eine parallel zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung noch durchgeführte kausale onkologische Therapie Einfluss auf die Symptome, das Würdeempfinden und alle weiteren im Rahmen dieser Studie erfassten Parameter haben kann, wurde die Art einer möglichen onkologischen Therapie, die die Patienten zum Zeitpunkt der Befragung erhielten bzw. davor erhalten hatten, erhoben. Zudem wurde erfasst, ob zum Zeitpunkt der Befragung eine weitere onkologische Therapie geplant war. Hintergrund hierfür ist, dass das Bewusstsein einer bereits völlig abgeschlossenen kausalen onkologischen Therapie einen anderen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung des Patienten hat als die Perspektive auf eine neue kausale Behandlung und die damit erhoffte Verbesserung der Erkrankungssituation. Die Daten zu möglichen laufenden, abgeschlossenen oder noch geplanten onkologischen Therapien sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Aktuell laufende, abgeschlossene oder geplante onkologische Therapie

	keine	abgeschlossen	laufend	geplant
OP	21 35%	39 65%	0	0
Strahlentherapie	29 48%	26 43%	3 5%	2 3%
Chemotherapie	11 18%	31 51%	14 23%	5 8%
Antihormonelle Therapie	50 82%	8 13%	3 5%	0
Andere Antitumorthherapie	52 82%	8 13%	3 5%	2 3%

Eine operative Tumorthherapie war bei 65% der Patienten durchgeführt worden. Insgesamt 48% der Patienten waren entweder schon strahlentherapeutisch behandelt worden oder wurden es noch. Bei weiteren 2 Patienten war eine palliative Strahlentherapie zum Zeitpunkt der Befragung noch angedacht. Die systemische Chemotherapie war - wie zu erwarten - die Therapieform, die die Patienten am häufigsten erhalten hatten (51%) oder zum Zeitpunkt der Befragung erhielten (23%). Sie waren zudem die am häufigsten noch geplante Therapieform (8%).

Aktueller Funktionsstatus: WHO-Status/ECOG-Skala

Zur Einschätzung des aktuellen Funktionsniveaus der Patienten wurde deren WHO-Performance-Status durch die behandelnden Ärzte entsprechend ihrer persönlichen und fachlichen Einschätzung erhoben. Der auf der ECOG-Skala erreichte Wert der befragten Patienten lag im Mittel bei 2,6. Die Standardabweichung betrug 0,9, das Minimum betrug 1 und das Maximum 4. Einen Wert von 0, der einer normalen Aktivität ohne Einschränkung des Funktionsstatus entspricht, wies also keiner der Patienten auf. Dabei war mit 48% der Patienten die Wertung ECOG 3 der mit Abstand häufigste WHO-Funktionsstatus, bei dem bereits eine erhebliche Einschränkung des Funktionsniveaus besteht. Zur Verteilung der verschiedenen Punktwerte des ECOG-Performance Status siehe Tabelle 5.

Tabelle 5: WHO-Status/ECOG-Skala

Funktionsstatus	Anzahl Patienten	
0 normale Aktivität	0	0%
1 Symptome vorhanden, Patient fast uneingeschränkt gehfähig	8	13%
2 zeitweise Bettruhe, weniger als 50% der Tageszeit	17	28%
3 mehr als 50% der Tageszeit Bettruhe	29	48%
4 ständig bettlägerig	7	12%
gesamt	61	100%

Körperliche Leistungsfähigkeit: Karnofsky-Index

Ergänzend zur ECOG-Skala wurde bei den befragten Patienten auch der Karnofsky-Index als Maß für die körperliche Leistungsfähigkeit erhoben. Dieser lag im Mittelwert bei 52%, die Standardabweichung betrug 16%. Das Minimum, welches von den Patienten mindestens erreicht wurde, betrug 20% (schwerkrank, aktive unterstützende Therapie) und das Maximum 90% (normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome). Einen Karnofsky-Index von 100%, also eine uneingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit ohne Erkrankungszeichen, hatte keiner der Patienten. Ebenso wies auch kein Patient einen Index von 10% auf, da in einem solchen Zustand eine Studienteilnahme nicht mehr möglich gewesen wäre. Die Verteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit gemessen am Karnofsky-Performance-Index zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Karnofsky-Index

Karnofsky-Index		Anteil der Patienten
100 %	Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung	0
90 %	Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome	3 (5%)
80 %	Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome	3 (5%)
70 %	Selbstversorgung, unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit	6 (10%)
60 %	Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehende Selbstversorgung	10 (16%)
50 %	Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich	14 (23%)
40 %	Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich	19 (31%)
30 %	Dauernd bettlägerig, jedoch keine akute Lebensgefahr	4 (7%)
20 %	Schwerkrank, aktive unterstützende Therapie	2 (3%)
10 %	Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung	0

8.1.2. Komorbiditäten

Insgesamt 40 Patienten (66%) litten zusätzlich an insgesamt 76 nicht-malignen Begleiterkrankungen. Von diesen 40 Patienten waren 27 von mehr als einer zusätzlichen nicht-malignen Erkrankung betroffen, 17 von ihnen von mehr als zwei. Nur bei 21 (34%) lagen keine Komorbiditäten vor. Die verschiedenen Nebendiagnosen zeigt, nach Fachbereichen geordnet, Tabelle 7.

Tabelle 7: Nicht-maligne Komorbiditäten

Art der Erkrankung	Anzahl der Komorbiditäten
GESAMT	76
	100%
Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems und der Gefäße	

arterieller Hypertonus	10
Vorhofflimmern	5
periphere arterielle Verschlusskrankheit	3
Pfortaderthrombose	1
KHK	3
Valvuläre Kardiomyopathien	2
Z. n. Lungenembolie	2
Z. n. Insult	1
gesamt	27
	36%
Schilddrüsenerkrankungen	
Hypothyreose	2
Hyperthyreose	3
gesamt	5
	7%
Metabolische Erkrankungen	
Metabolisches Syndrom	1
Diabetes Mellitus	5
Adipositas permagna	3
gesamt	9
	12%
Erkrankungen der Atemwege	
COPD	8
Asthma Bronchiale	2
gesamt	10
	13%
Erkrankungen des Verdauungstraktes	
Achalasie	1
Colitis ulcerosa	1
Gastritis	3
gastroösophagealer Reflux	1
Kolondivertikulose	1
Soorösophagitis	1
gesamt	8
	11%
Psychiatrische Erkrankungen	
Depression	4
Angststörung	1
Z. n. Psychose	1
gesamt	6
	8%
Neurologische Erkrankungen	
spastische Paraparese	1
periphere Polyneuropathie	1
symptomatisches Krampfleiden	1
gesamt	3
	4%
Krankheiten des rheumatischen Formenkreises	
Rheumatoide Arthritis	1
Morbus Bechterew	1
gesamt	2
	3%
Sonstiges	
Faktor-V-Leiden-Mutation	1
Z. n. Nephrektomie	2

Schlafapnoesyndrom	1
Leber- und Nierenversagen	1
Anämie	1
gesamt	6 8%

Begleitmedikation

Die meisten Patienten erhielten zum Zeitpunkt der Befragung verschiedene Medikamente zur Kontrolle ihrer Erkrankungssymptome. Dazu zählen unter anderem Opiode, Antiemetika, Laxanzien und Koanalgetika. Diese wurden zwar detailliert im Rahmen dieser Studie miterfasst, bei fehlender Relevanz der Ergebnisse aber im Folgenden nicht mehr weiter thematisiert.

8.2. Analyse der Patientenbefragung

8.2.1. Symptomlast (MSAS)

Auswertung der einzelnen Fragen zur Symptomlast

Die Symptomlast bewertete der Patient mit der modifizierten Version der „Memorial Symptom Assessment Scale“ (MSAS). Die Punktwerte zu den einzelnen Symptomen beziehungsweise Symptomdimensionen entsprechend der MSAS sind im Folgenden dargestellt (Tabelle 8):

Tabelle 8: Symptomlast der Patienten (MSAS)

	Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Schmerzen Häufigkeit	2,43	3	1,554	0	4
Schmerzen Stärke	2,28	3	1,507	0	4
Schmerzen Belastung	2,31	3	1,608	0	4
Schmerzen Therapie	2,02	3	1,258	0	3
<hr/>					
Atemnot Häufigkeit	1,56	1	1,608	0	4
Atemnot Stärke	1,28	1	1,306	0	4
Atemnot Belastung	1,48	1	1,534	0	4
Atemnot Therapie	1,15	1	1,249	0	3

Müdigkeit Häufigkeit	2,85	3	1,263	0	4
Müdigkeit Stärke	2,49	3	1,192	0	4
Müdigkeit Belastung	1,93	2	1,436	0	4
Müdigkeit Therapie	1,38	1	1,067	0	3
Schwäche Häufigkeit	3,20	4	1,093	0	4
Schwäche Stärke	2,79	3	0,985	0	4
Schwäche Belastung	2,77	3	1,160	0	4
Schwäche Therapie	1,98	2	1,025	0	3
Mundtrockenheit Häufigkeit	2,67	3	1,542	0	4
Mundtrockenheit Stärke	2,44	3	1,444	0	4
Mundtrockenheit Belastung	2,07	2	1,537	0	4
Mundtrockenheit Therapie	1,38	1	1,098	0	3
Durst Häufigkeit	1,43	1	1,522	0	4
Durst Stärke	1,31	1	1,421	0	4
Durst Belastung	1,08	0	1,453	0	4
Durst Therapie	0,67	0	1,076	0	3
Appetitlosigkeit Häufigkeit	2,52	3	1,523	0	4
Appetitlosigkeit Stärke	2,28	3	1,439	0	4
Appetitlosigkeit Belastung	1,92	2	1,429	0	4
Appetitlosigkeit Therapie	1,31	1	1,162	0	3
Übelkeit Häufigkeit	1,80	2	1,400	0	4
Übelkeit Stärke	1,77	2	1,371	0	4
Übelkeit Belastung	0,74	0	1,015	0	3
Übelkeit Therapie	1,44	2	1,232	0	3
Obstipation Häufigkeit	1,34	0	1,515	0	4

Obstipation Stärke	1,44	0	1,576	0	4
Obstipation Belastung	1,39	0	1,615	0	4
Obstipation Therapie	1,13	0	1,297	0	3
<hr/>					
Schlafstörung Häufigkeit	1,77	2	1,575	0	4
Schlafstörung Stärke	1,72	2	1,518	0	4
Schlafstörung Belastung	1,74	2	1,632	0	4
Schlafstörung Therapie	1,25	1	1,220	0	3
<hr/>					
Wasserlassen Häufigkeit	1,08	0	1,418	0	4
Wasserlassen Stärke	1,00	0	1,329	0	4
Wasserlassen Belastung	0,87	0	1,258	0	4
Wasserlassen Therapie	0,66	0	1,047	0	3
<hr/>					
Gereiztheit Häufigkeit	0,87	0	1,245	0	4
Gereiztheit Stärke	0,85	0	1,236	0	4
Gereiztheit Belastung	0,82	0	1,323	0	4
Gereiztheit Therapie	0,44	0	0,866	0	3
<hr/>					
Angst Häufigkeit	1,16	0	1,428	0	4
Angst Stärke	1,33	0	1,546	0	4
Angst Belastung	1,26	0	1,548	0	4
Angst Therapie	0,69	0	1,025	0	3
<hr/>					
Traurigkeit Häufigkeit	1,43	0	1,565	0	4
Traurigkeit Stärke	1,39	0	1,498	0	4
Traurigkeit Belastung	1,33	0	1,480	0	4
Traurigkeit Therapie	0,74	0	1,015	0	3

Den höchsten Durchschnittswert erreichte die Kategorie Häufigkeit beim Symptom Schwäche (3,2). Auch die übrigen Werte fielen für dieses Symptom relativ hoch aus. Vergleichsweise hohe Werte in allen Kategorien wiesen die Symptome Schmerzen, Müdigkeit, Mundtrockenheit und

Appetitlosigkeit auf, wobei sich die mittleren Werte hier meist um einen Bereich zwischen 2 und 3 bewegten. Das körperliche Symptom mit den niedrigsten Werten in allen Kategorien war Probleme beim Wasserlassen. Es spielte also für die Symptomlast der untersuchten Patientengruppe eine deutlich kleinere Rolle als obengenannte Symptome. Niedrigere Ergebnisse erzielte nur das Symptom Gereiztheit, dessen Therapiebedarf mit einem Mittelwert von 0,44 den geringsten Bedarf erbrachte. Aber auch Traurigkeit und Angst wiesen vergleichsweise niedrige Durchschnittswerte auf. Hier zeigt sich, dass die Symptomlast durch psychische Symptome deutlich hinter der durch körperliche zurückblieb.

Gesamtlast der einzelnen Symptome

Aus den Werten der einzelnen Symptomdimensionen Stärke, Häufigkeit, Belastung und Therapiebedarf, wurde ein Gesamtwert entsprechend der Gesamtsymptomlast, die aus allen vier Symptomdimensionen resultiert, für jedes der 14 Symptome berechnet. Erreichbar waren für den Gesamtwert jedes einzelnen Symptoms jeweils 0 bis 15 Punkte. Das Ergebnis dieser Gesamtscore-Berechnung für die einzelnen Symptome ist, nach der Höhe des Mittelwertes geordnet, in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Gesamtlast der einzelnen Symptome

	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Schwäche	10,74	3,768	0	15
Schmerzen	9,03	5,680	0	15
Müdigkeit	8,66	4,316	0	15
Mundtrockenheit	8,56	5,150	0	15
Appetitlosigkeit	8,03	5,033	0	15
Schlafstörung	6,48	5,691	0	15
Atemnot	5,46	5,527	0	15
Obstipation	5,31	5,844	0	15
Übelkeit	4,89	5,367	0	15
Traurigkeit	4,89	5,367	0	15
Durst	4,49	5,124	0	15
Angst	4,44	5,359	0	15
Probleme beim Wasserlassen	3,61	4,800	0	15
Gereiztheit	2,98	4,448	0	15

Die drei Symptome, die über alle erfassten Dimensionen die größte Auswirkung auf die Patienten haben sind dabei Schwäche, Schmerzen und Müdigkeit. Die Tendenz, die sich bereits bei der Untersuchung der Einzelwerte abgezeichnet hatte, fand sich auch hier wieder: psychische Symptome blieben in ihren Gesamtwerten hinter denen der meisten physischen Beschwerden zurück.

Gesamtlast der einzelnen Symptomdimensionen

Zur Evaluation der Bedeutung der einzelnen Symptomdimensionen für die Patienten über alle einzelnen Symptome hinweg wurden die vier Dimensionen Häufigkeit, Stärke, Belastung und Therapiebedarf über alle Symptome aufsummiert.

Die Symptommhäufigkeit wurde im Mittel mit 26,11 Punkten angegeben, die Symptomstärke mit 24,38 und die Belastung mit 22,76. Beim Therapiebedarf wurden im Mittel 16,23 Punkte erreicht.

Bei Häufigkeit, Intensität und Belastung waren jeweils bis zu 56 Punkten erreichbar, in der Kategorie Therapiebedarf dagegen nur 42. Zurückzuführen ist das auf die unterschiedliche Skalierung (0 bis 3 Punkte pro Symptom beim Therapiebedarf im Gegensatz zu 0 bis 4 Punkten bei den übrigen Kategorien). Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse trotz der unterschiedlichen Referenzbereiche wurden deshalb Prozentwerte des jeweils erreichbaren Maximalwertes errechnet. Es ergaben sich 47% für die Gesamthäufigkeit, für die Gesamtstärke der Symptome ein Wert von 44%, für die Gesamtbelastung 41% und für den Gesamttherapiebedarf 39% vom erreichbaren Maximalwert. Es zeigte sich also, dass die Häufigkeit der Symptome von den Patienten als am stärksten ausgeprägt empfunden wurde, während sie die Symptomstärke und daraus resultierende Belastung geringer wahrnahmen. Der Therapiebedarf, der aus allen drei anderen Dimension oder allen gemeinsam resultieren kann, blieb insgesamt hinter den anderen Dimensionen zurück.

8.2.2. Subjektives Gesamtbeefinden

Das subjektive Gesamtbeefinden der Patienten am Befragungstag lag im Mittel bei 3 Punkten auf der vorgegeben Skala von 1 bis 5 („sehr gut“ bis „sehr schlecht“). Die Standardabweichung lag bei 0,9, der Minimalwert betrug 1 und der Maximalwert 5.

Ungefähr 50% der Befragten gaben ein mittleres Befinden (entsprechend einem Punktwert von 3) zum Befragungszeitpunkt an, 28% fühlten sich „gut“ oder „sehr gut“. Ein schlechtes oder sehr schlechtes Befinden lag in 23% der Fälle vor. Die genaue Verteilung der Antworten ist in Tabelle 10 gezeigt.

Tabelle 10: Befinden insgesamt

Befinden insgesamt	1 Sehr gut	2 gut	3 mittel	4 schlecht	5 Sehr schlecht
	3	14	30	11	3
%	4,9	23,0	49,2	18,0	4,9

8.2.3. Psychische Belastung

Die Analyse der Belastungssituation, gemessen mit dem „NCCN Distress Thermometer“ auf einer Skala von 0 („gar nicht belastet“) bis 10 („extrem belastet“), zeigte im Mittel eine Belastung von 6,1 mit einer Standardabweichung von 2,6. Das Minimum betrug 0, das Maximum 10. Die genaue Verteilung der gegebenen Antworten ist in Abbildung 3 graphisch dargestellt:

Belastung Thermometer

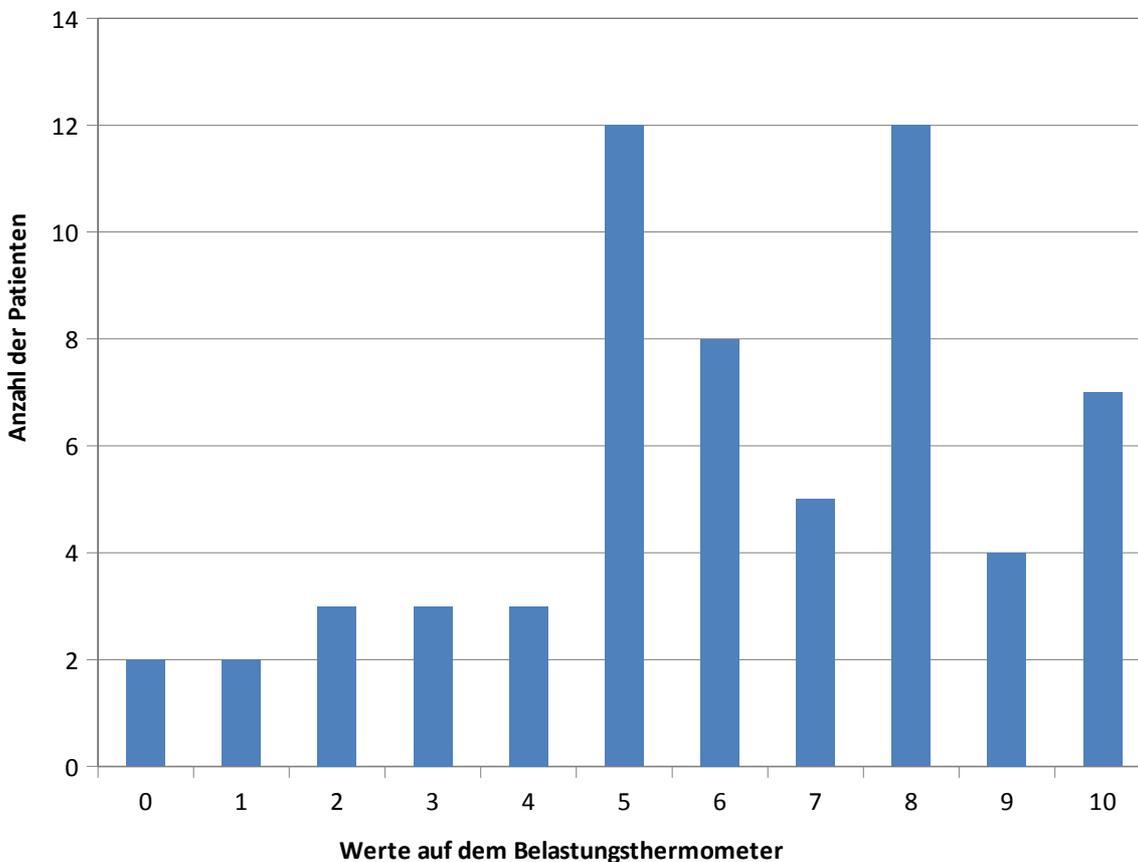


Abbildung 3: Verteilung der Werte zur Gesamtbelastung

8.2.4. Würdeempfinden von Palliativpatienten (PDI)

Analyse des PDI-Gesamtwerts

Der Gesamtwert aller Fragen des PDI ergab bei einer Standardabweichung von 16,2 im Mittel 51 Punkte bei 25 bis 125 erreichbaren Punkten. Der niedrigste erreichte PDI-Gesamtwert betrug 25 Punkte und entsprach damit dem theoretisch erreichbaren Mindestwert, während der höchste erreichte Wert bei 110 Punkten lag und damit nicht den möglichen Maximalwert erreichte.

Insgesamt bildete sich eine tendenziell niedrige Einschränkung des Würdeempfindens ab mit einem Mittelwert, der unterhalb des Mittelwerts der theoretisch möglichen Punktzahl lag. Die Verteilung der erreichten PDI-Werte lag vor allem im niedrigen bis mittleren Punktebereich, wie in Abbildung 4 dargestellt ist.

Nur 7 Patienten (11%) lagen mit PDI-Gesamtwerten über 70 Punkten im oberen Wertebereich, entsprechend einer deutlichen Einschränkung des Würdeempfindens.

Verteilung der PDI-Gesamtwerte

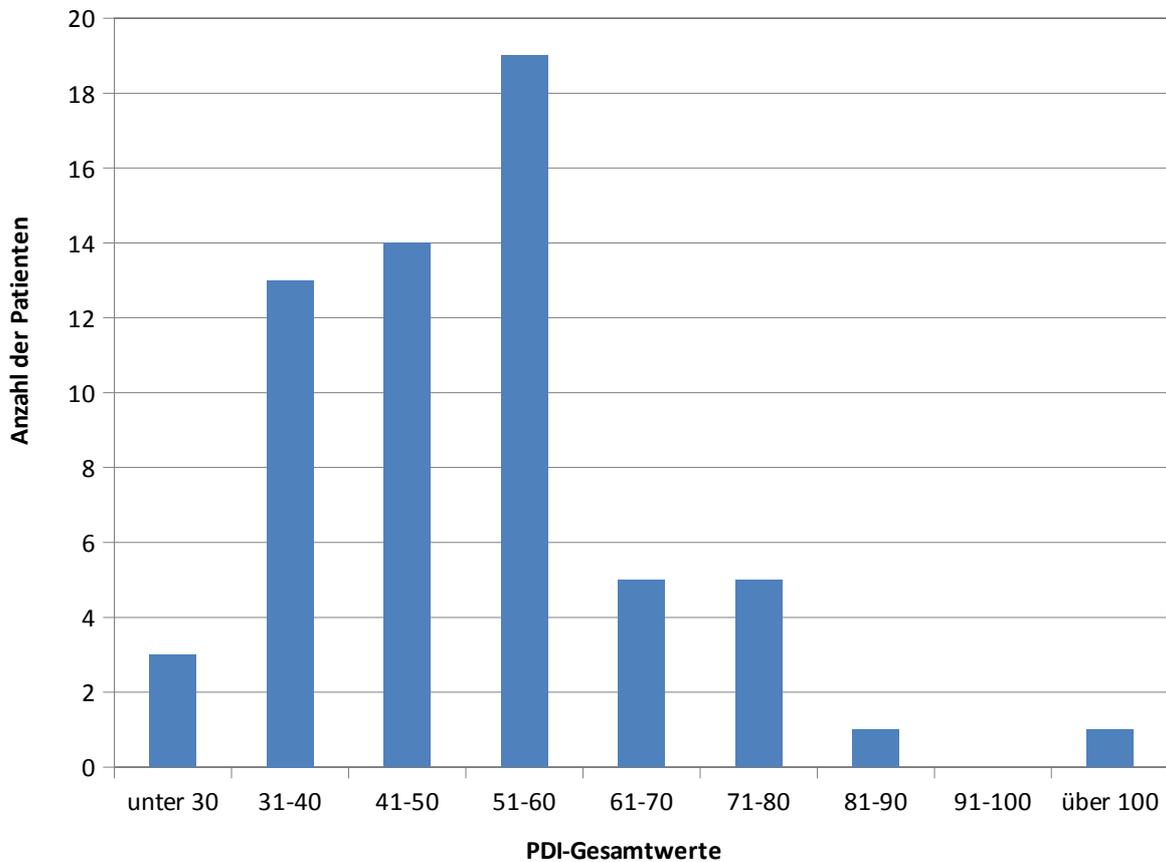


Abbildung 4: Verteilung der PDI-Gesamtwerte

Analyse der PDI-Untergruppen

Die Auswertung der PDI-Untergruppen entsprechend Chochinov et al.²³ zeigt Tabelle 11. Vier Fragen lassen sich nach Chochinov keiner dieser Gruppen zuordnen. Es handelt sich hierbei um die Fragen 23, 24, 10 und 19. Die bei diesen Fragen erreichten Punktwerte folgen in Tabelle 13.

Tabelle 11: Faktoren des Würdeempfindens: die PDI-Untergruppen

	Mittelwert	Standardabweichung	Min.	Max.	Erreichbar
Abhängigkeit	7,36	3,104	3	15	3 – 15
Symptombelastung	14,13	4,646	6	28	6 – 30
Existenzielle Belastung	12,74	4,936	6	27	6 – 30
Innerer Frieden	4,48	2,195	3	14	3 – 15
Soziale Unterstützung	3,85	1,931	3	14	3- 15

Wegen der verschiedenen Referenzbereiche der PDI-Untergruppen ist der direkte Vergleich der einzelnen Werte schwer zu interpretieren. Deshalb wurden im Folgenden die jeweils erreichten Prozent vom entsprechenden Maximalwert berechnet.

Tabelle 12: Würde-Untergruppen korrigiert

	Prozent des max. erreichbaren Wertes
Abhängigkeit	36,33 %
Symptombelastung	33,87 %
Existenzielle Belastung	28,08 %
Innerer Frieden	12,33 %
Soziale Unterstützung	7,08 %

Hier zeigte sich, dass die Patienten in den einzelnen PDI-Untergruppen sehr unterschiedliche Prozentsätze erreichten: Während die Patienten in den Untergruppen Abhängigkeit, Symptombelastung und Existenzielle Belastung ungefähr ein Drittel der maximal erreichbaren Punkte erreichten, waren diese Werte für Innerer Frieden und Soziale Unterstützung deutlich niedriger und lagen nur bei etwa 10% der möglichen Maximalwerte in diesen Untergruppen. Insgesamt schienen sich die Patienten in ihrem Würdeempfinden in den Aspekten der Abhängigkeit, Symptom- und existentieller Belastung deutlicher eingeschränkt zu fühlen als hinsichtlich ihres inneren Friedens und der sozialen Unterstützung.

Analyse der PDI-Einzelfragen

Um die Analyse in ihrer Vollständigkeit zu präsentieren, sind im Folgenden in Tabelle 13 ergänzend zu den Subgruppen auch die erreichten Punktwerte der Antworten auf die einzelnen Fragen des PDI dargestellt. Hierbei sind auch die Fragen mit aufgeführt, die keiner der Untergruppen zugeordnet werden können.

Tabelle 13: Einzelergebnisse der PDI-Fragen

	Mittelwert	Standardabweichung	Min	Max
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	2,85	1,302	1	5
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	2,08	1,320	1	5
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	3,33	1,076	1	5
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	2,03	1,238	1	5
Frage 5	2,10	1,121	1	5

Sich deprimiert zu fühlen				
Frage 6	2,08	1,229	1	5
Sich ängstlich zu fühlen				
Frage 7	2,48	1,178	1	5
Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein				
Frage 8	2,25	1,350	1	5
Sich Sorgen um die Zukunft zu machen				
Frage 9	1,90	1,150	1	5
Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken				
Frage 10	2,74	1,227	1	5
Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen				
Frage 11	2,72	1,227	1	5
Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war				
Frage 12	1,51	0,960	1	4
Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen				
Frage 13	2,20	1,289	1	5
Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben				
Frage 14	1,87	1,271	1	5
Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat				
Frage 15	1,33	0,870	1	5
Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben				
Frage 16	1,74	1,109	1	5
Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (zum Beispiel Dinge ungesagt gelassen zu haben)				
Frage 17	1,41	0,901	1	4
Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist				
Frage 18	2,41	1,359	1	5
Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein				
Frage 19	2,02	1,284	1	5
Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben				
Frage 20	2,43	1,258	1	5
Dass Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen				
Frage 21	1,15	0,601	1	5
Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen				
Frage 22	1,34	0,793	1	4
Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen				
Frage 23	1,85	1,195	1	5
Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein				
Frage 24	1,79	1,082	1	4
Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind				
Frage 25	1,36	0,984	1	5
Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden				

Insgesamt lagen die Mittelwerte eher unter den rechnerisch möglichen erreichbaren Mittelwerten, was auch zum niedrigen mittleren PDI-Gesamtwert passt. Den mit 3,33 im Mittel

deutlich höchsten Punktwert erhielt die Frage nach körperlich belastenden Symptomen. Aber auch einige andere Fragen wiesen vergleichsweise hohe Werte auf, wie beispielsweise der „Hilfsbedarf bei täglichen Aufgaben“ (2,85), „nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen“ (2,74) oder „das Gefühl zu haben, nicht mehr die Person zu sein, die man früher einmal war“ (2,72).

Den niedrigsten mittleren Punktwert erzielte hingegen die Frage nach „mangelnder Unterstützung durch Freunde und Familie“ (1,15), gefolgt von dem Wert für „mangelnde Unterstützung durch das Behandlungsteam“. Dieser lag mit 1,34 nur wenig über der der Fragen nach der Unterstützung durch Angehörige. Ein ebenfalls niedriges Ergebnis erzielte die Frage danach, ob man „das Gefühl habe, keinen bleibenden Beitrag geleistet zu haben“ (1,33).

8.3. Einfluss von Patientencharakteristika, Symptomlast, psychischer Belastung und Gesamtbefinden auf das Würdeempfinden der Patienten

8.3.1. Einfluss der Patientencharakteristika auf das Würdeempfinden

Weder das Geschlecht der Patienten noch die Erkrankungsdauer bis zum Erhebungszeitpunkt, das Erkrankungsstadium zum Zeitpunkt der Befragung oder das Vorliegen von Metastasen zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit dem Würdeempfinden der Patienten. Dabei wurden sowohl die Gesamtwerte des PDI als auch die einzelnen PDI-Untergruppen mit diesen Daten korreliert. Eine Auflistung der detaillierten Ergebnisse findet sich im Anhang. Das Alter der Patienten zeigte keinen signifikanten Einfluss auf den Gesamt-PDI oder die PDI-Untergruppen. Dagegen korrelierte es signifikant mit der Frage, ob man „das Gefühl habe, keine Kontrolle über sein Leben zu haben“ ($r=-0,317$; $p=0,013$) sowie mit der Frage nach unerledigten Dingen ($r=-0,388$; $p=0,002$). Beide Fragen wurden von jüngeren Patienten eher als Problem empfunden als von älteren.

Ob ein Patient an weiteren, nichtonkologischen Komorbiditäten litt, korrelierte weder mit dem Gesamtwert des PDI, noch mit seinen Untergruppen. Im Vergleich mit Einzelfragen fand sich aber eine signifikante Korrelation mit der Frage, ob man „Schwierigkeiten habe, noch einen Sinn oder ein Ziel im Leben zu sehen“ ($r=0,271$; $p=0,035$). Hier gaben Patienten, die an mindestens einer weiteren Erkrankung zusätzlich zur onkologischen Grunderkrankung litten, eine erhöhte Problembelastung an als Patienten ohne Komorbidität.

Eine signifikante Korrelation mit dem Gesamtwürdeempfinden der Patienten, also den Gesamtwerten des PDI, ließ sich weder für den WHO-Status der Patienten ($r=0,095$, $p=0,469$), noch für ihren Karnofsky-Index ($r=0,145$, $p=0,266$) zeigen.

Beim Vergleich mit den verschiedenen Untergruppen des PDI (Abhängigkeit, Symptombelastung, Existentielle Belastung, Innerer Frieden und Soziale Unterstützung) zeigte sich für beide Parameter des Gesamtzustandes des Patienten eine signifikante Korrelation der PDI-Untergruppe Abhängigkeit (WHO-Status: $r=0,312$, $p=0,014$; Karnofsky: $r=-0,414$, $p=0,001$).

Bei der Analyse der Einzelfragen des PDI konnten für beide Parameter, den WHO-Status und den Karnofsky-Index, signifikante Korrelationen mit den Fragen 1 und 2 des PDI belegt werden. Beide Fragen nehmen Bezug auf die Autonomie des Patienten und fragen nach Hilfsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei Körperfunktionen, wie dem Toilettengang. Patienten, die hier hohe Punktwerte vergeben hatten, hatten ebenfalls signifikant höhere Werte auf der ECOG-Skala und einen signifikant niedrigeren Karnofsky-Index.

Frage 1: Hilfsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Korrelation mit WHO-Status: $r=0,298$, $p=0,020$

Korrelation mit Karnofsky-Index $r= - 0,392$, $p=0,002$

Frage 2: Hilfsbedarf beim Kümmern um Körperfunktionen

WHO-Status $r=0,287$, $p=0,025$

Karnofsky-Index $r= - 0,382$, $p=0,002$

Des Weiteren korrelierte der Karnofsky-Index signifikant mit der Frage nach „mangelnder Unterstützung durch Freunde oder Familie“ ($r=0,290$, $p=0,023$) wobei die positive Korrelation zeigte, dass sich interessanterweise Patienten mit besserem Funktionsstatus häufiger und stärker über eine mangelnde Unterstützung aus dem privaten Umfeld beklagten.

8.3.2. Einfluss von subjektivem Gesamtbefinden und psychischer Belastung auf das Würdeempfinden

Subjektives Gesamtbefinden

Eine signifikante Korrelation des subjektiven Gesamtbefindens am Befragungstag mit den Gesamtwerten des PDI war nicht nachzuweisen ($r=0,193$; $p=0,136$). Beim Vergleich des Gesamtbefindens mit den verschiedenen Dimensionen des PDI fand sich einzig bei der PDI-

Untergruppe Existentielle Belastung ein signifikanter Zusammenhang mit einer Korrelation von $r=0,318$ mit einem p-Wert von 0,013. Ebenso zeigten zwei Einzelfragen dieser PDI-Kategorie einen signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtbefinden der Patienten: „Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war“ ($r=0,262$; $p=0,041$), sowie „Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein“ ($r=0,305$; $p=0,017$). Die übrigen PDI-Untergruppen sowie die entsprechenden Einzelfragen korrelierten nicht mit dem subjektiven Gesamtbefinden der Patienten.

Psychische Belastung

Beim Vergleich der psychischen Belastung der Patienten (gemessen mit dem elfstufigen NCCN-Distress-Thermometer) mit den Gesamtwerten des PDI, zeigte sich eine hoch signifikante Korrelation von $r=0,544$ mit einem p-Wert von $<0,001$.

Auch für die fünf PDI-Untergruppen und die nicht den Untergruppen zuordenbaren Einzelfragen 10, 19, 23 und 24 ließen sich signifikante Zusammenhänge mit der psychischen Belastung zeigen, dargestellt in Tabelle 14:

Tabelle 14: Korrelation von psychischer Belastung und PDI-Untergruppen

PDI-Untergruppen	Korrelation mit psychischer Belastung
Abhängigkeit	$r=0,298$ $p=0,020$
Symptombelastung	$r=0,544$ $p<0,001$
Existentielle Belastung	$r=0,508$ $p<0,001$
Innerer Frieden	$r=0,346$ $p=0,006$
Soziale Unterstützung	$r=0,288$ $p=0,024$
Frage 23	$r=0,279$ $p=0,029$
Frage 24	$r=0,419$ $p=0,001$
Frage 10	$r=0,454$ $p<0,001$
Frage 19	$r=0,364$ $p=0,004$

Der Vergleich der PDI-Einzelfragen mit der psychischen Belastung zeigte eine Vielzahl signifikanter Zusammenhänge, die in Tabelle 15 ausführlich dargestellt sind.

Tabelle 15: Subjektive Belastung und Einzelfragen des PDI

	Korrelation mit psychischer Belastung
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	$r=0,349$ $p=0,006$
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	$r=0,163$ $p=0,209$
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	$r=0,550$ $p<0,001$
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	$r=0,373$ $p=0,003$
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	$r=0,395$ $p=0,002$
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	$r=0,402$ $p=0,001$
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	$r=0,274$ $p=0,033$
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	$r=0,297$ $p=0,020$
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	$r=0,307$ $p=0,016$
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	$r=0,454$ $p<0,001$
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	$r=0,478$ $p<0,001$
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	$r=0,095$ $p=0,468$
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	$r=0,478$ $p<0,001$
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	$r=0,314$ $p=0,014$
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	$r=0,228$ $p=0,078$
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (zum Beispiel Dinge ungesagt gelassen zu haben)	$r=0,342$ $p=0,007$
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	$r=0,210$ $p=0,104$
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	$r=0,137$ $p=0,294$
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	$r=0,364$ $p=0,004$
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	$r=0,153$ $p=0,238$
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	$r=0,189$ $p=0,144$
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	$r=0,191$ $p=0,141$
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	$r=0,279$ $p=0,029$
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	$r=0,419$ $p=0,001$

8.3.3. Symptomlast und Würdeempfinden

PDI-Gesamtwert und Symptomlast

Alle vier Dimensionen der modifizierten MSAS, Häufigkeit, Intensität, Belastung und Therapiebedarf der Symptome, zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit dem PDI-Gesamtwert. Je höher die Symptomlast in den einzelnen Symptomdimensionen, umso höher war dabei die Einschränkung des Würdeempfindens. Am deutlichsten war der Zusammenhang des Würdeempfindens mit der Gesamtstärke der Symptome ($r=0,596$; $p<0,001$), gefolgt von der Gesamtsymptombelastung ($r=0,530$; $p<0,001$). Aber auch für Symptommhäufigkeit ($r=0,459$; $p<0,001$) und Therapiebedarf ($r=0,426$; $p=0,001$) wurden hochsignifikante Werte erreicht.

Auch die Gesamtlast der einzelnen Symptome zeigte in der Mehrheit der Fälle eine signifikante Korrelation mit dem Würdeempfinden der Patienten gemessen am PDI-Gesamtwert. Diese sind detailliert in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Korrelation von PDI-Gesamtwerten und der Gesamtlast der einzelnen Symptome

	PDI gesamt
Schmerzen gesamt	$r=0,332$ $p=0,009$
Atemnot gesamt	$r=0,301$ $p=0,019$
Müdigkeit gesamt	$r=0,262$ $p=0,041$
Schwäche gesamt	$r=0,436$ $p<0,001$
Mundtrockenheit gesamt	$r=0,243$ $p=0,059$
Durst gesamt	$r=0,280$ $p=0,029$
Appetitlosigkeit gesamt	$r=0,183$ $p=0,157$
Übelkeit gesamt	$r=0,110$ $p=0,397$
Obstipation gesamt	$r=0,195$ $p=0,132$
Schlafstörung gesamt	$r=0,165$ $p=0,203$
Probleme beim Wasserlassen gesamt	$r=0,117$ $p=0,368$
Gereiztheit gesamt	$r=0,291$ $p=0,023$
Angst gesamt	$r=0,414$ $p=0,001$

Traurigkeit gesamt	<i>r=0,394</i> <i>p=0,002</i>
--------------------	----------------------------------

PDI-Untergruppen und Gesamtlast der einzelnen Symptome

Im Folgenden sind die Korrelationen zwischen der Gesamtlast der einzelnen Symptome mit den aus den Fragen des PDI gebildeten Untergruppen tabellarisch dargestellt:

Tabelle 17: Korrelation von PDI-Untergruppen und Gesamtlast der einzelnen Symptome

	Abhängigkeit	Symptom- belastung	Existentielle Belastung	Innerer Frieden	Soziale Unterstützung
Schmerzen gesamt	<i>r=0,370</i> <i>p=0,003</i>	<i>r=0,373</i> <i>p=0,003</i>	r=0,239 p=0,064	r=0,064 p=0,622	r=0,164 p=0,206
Atemnot gesamt	r=0,164 p=0,207	<i>r=0,325</i> <i>p=0,011</i>	<i>r=0,289</i> <i>p=0,024</i>	r=0,137 p=0,293	r=0,142 p=0,276
Müdigkeit gesamt	r=0,075 p=0,568	<i>r=0,283</i> <i>p=0,027</i>	<i>r=0,259</i> <i>p=0,044</i>	r=0,139 p=0,284	r=0,002 p=0,991
Schwäche gesamt	<i>r=0,364</i> <i>p=0,004</i>	<i>r=0,384</i> <i>p=0,002</i>	<i>r=0,419</i> <i>p=0,001</i>	r=0,188 p=0,146	r=0,015 p=0,906
Mund- trockenheit gesamt	r=0,240 p=0,063	r=0,190 p=0,143	r=0,192 p=0,138	r=0,087 p=0,503	r=-0,217 p=0,093
Durst gesamt	r=0,052 p=0,693	r=0,207 p=0,110	<i>r=0,304</i> <i>p=0,017</i>	<i>r=0,286</i> <i>p=0,025</i>	r=0,102 p=0,432
Appetit- losigkeit gesamt	r=0,161 p=0,215	<i>r=0,269</i> <i>p=0,036</i>	r=0,165 p=0,203	r=0,009 p=0,944	r=-0,106 p=0,417
Übelkeit gesamt	r=0,078 p=0,548	r=0,145 p=0,264	r=0,140 p=0,283	r=0,134 p=0,302	r=-0,020 p=0,876
Obstipation gesamt	r=0,201 p=0,120	r=0,217 p=0,093	r=0,127 p=0,328	r=0,102 p=0,436	r=0,236 p=0,068
Schlafstörung gesamt	r=0,078 p=0,548	r=0,158 p=0,223	r=0,133 p=0,306	r=0,204 p=0,114	r=0,047 p=0,722
Wasserlassen gesamt	<i>r=0,259</i> <i>p=0,044</i>	r=-0,054 p=0,677	r=0,120 p=0,358	r=0,097 p=0,459	r=0,154 p=0,237
Gereiztheit gesamt	r=0,053 p=0,688	<i>r=0,303</i> <i>p=0,018</i>	<i>r=0,328</i> <i>p=0,010</i>	r=0,186 p=0,150	<i>r=0,313</i> <i>p=0,014</i>
Angst gesamt	r=0,080 p=0,541	<i>r=0,516</i> <i>p<0,001</i>	<i>r=0,324</i> <i>p=0,011</i>	<i>r=0,337</i> <i>p=0,008</i>	<i>r=0,445</i> <i>p<0,001</i>
Traurigkeit gesamt	r=0,173 p=0,182	<i>r=0,446</i> <i>p<0,001</i>	<i>r=0,328</i> <i>p=0,010</i>	<i>r=0,360</i> <i>p=0,004</i>	<i>r=0,408</i> <i>p=0,001</i>

Die PDI-Untergruppe Abhängigkeit korrelierte signifikant mit den Symptomen Schmerzen, Schwäche und Problemen beim Wasserlassen. Für die restlichen körperlichen Symptomen sowie die psychischen Beschwerden Gereiztheit, Angst und Traurigkeit ließ sich kein signifikanter Zusammenhang mit dieser Untergruppe des Gesamtwürdeempfindens zeigen.

Die PDI-Untergruppe Symptombelastung zeigte erwartungsgemäß die meisten Korrelationen mit den einzelnen Symptomen. Signifikante Korrelationen lagen vor bei Schmerzen, Schwäche und

Atemnot, sowie Appetitlosigkeit und Müdigkeit. Auch mit den psychischen Symptomen Gereiztheit, Angst und Traurigkeit ließ sich ein Zusammenhang nachweisen. Keine Korrelation zeigte sich dagegen beispielsweise mit Übelkeit, Obstipation und Schlafstörungen.

Die Untergruppe Existentielle Belastung korrelierte signifikant mit Atemnot, Müdigkeit, Schwäche und Durst sowie mit den psychischen Symptomen Gereiztheit, Angst und Traurigkeit.

Deutlich weniger Zusammenhänge mit den Gesamtwerten der einzelnen Symptome zeigte die PDI-Untergruppe Innerer Frieden: sie korrelierte lediglich mit den Symptomen Durst, Angst und Traurigkeit.

Besonders interessant waren die Ergebnisse des Vergleichs der einzelnen Symptome mit der Untergruppe Soziale Unterstützung. Hier zeigte sich nämlich keinerlei Korrelation mit den abgefragten körperlichen Beschwerden. Dagegen fand sich für alle drei psychischen Symptome eine signifikante Korrelation. Als einzige Untergruppe des PDI stand die Soziale Unterstützung isoliert nur mit psychischen, nicht aber mit körperlichen Beschwerden im Zusammenhang.

Betrachtete man die Ergebnisse vom Blick auf die Symptome aus, so zeigten sich einige weitere interessante Aspekte: Zum einen fiel auf, dass, teilt man die Symptome in körperliche und psychische Beschwerden auf, bei der Gruppe der psychischen Symptome insgesamt mehr Zusammenhänge mit den Untergruppen des PDI bestehen: Bis auf Abhängigkeit korrelierten alle PDI-Untergruppen signifikant mit den Gesamtwerten von Angst und Traurigkeit und mit Ausnahme der Abhängigkeit und dem Innerem Frieden auch mit dem Symptom Gereiztheit. Zudem gab es unter den physischen Symptomen einige, die mit mehreren PDI-Untergruppen korrelierten, vor allem Schwäche, Schmerzen, Atemnot, Müdigkeit und Durst, während für andere der abgefragten Symptome keine Korrelation mit einer der PDI-Untergruppen beobachtet werden konnte. Diese sind die Symptome Mundtrockenheit, Übelkeit, Obstipation und Schlafstörung. Interessant war, dass es sich dabei nicht um Symptome handelte, die besonders häufig oder besonders selten genannt wurden, sondern sich hier eine große Spannungsbreite zeigte.

Die weitaus meisten signifikanten Korrelationen mit den verschiedenen Aspekten des PDI ließen sich bei den Gesamtwerten zu Angst und Traurigkeit finden. Sie scheinen einen besonders engen Zusammenhang mit würdespezifischen Belastungen aufzuweisen.

Körperliche Beschwerden wirkten sich vor allem auf die würdebeflussenden Aspekte Symptombelastung, Existentielle Belastung und Abhängigkeit aus, während psychische Symptome vor allem einen Einfluss auf Soziale Unterstützung, Inneren Frieden und Existentielle Belastung hatten.

PDI-Untergruppen und Gesamtlast der Symptomdimensionen

Im Vergleich der verschiedenen Untergruppen des PDI mit der Häufigkeit und Stärke aller Symptome, der Gesamtbelastung durch Symptome sowie des resultierenden Therapiebedarfs zeigte sich für die meisten PDI-Untergruppen ein deutlicher Zusammenhang mit den Symptomdimensionen.

Die PDI-Untergruppen Abhängigkeit, Symptombelastung und Existentielle Belastung korrelierten hochsignifikant mit allen vier Symptomdimensionen. Für die Untergruppe Innerer Frieden fand sich eine Korrelation mit der Häufigkeit, Stärke und Belastung durch die Symptome, nicht jedoch mit dem resultierenden Therapiebedarf. Besonders bemerkenswert war die Tatsache, dass sich für die PDI-Untergruppe Soziale Unterstützung mit keiner dieser Symptomdimensionen ein signifikanter Zusammenhang zeigen ließ, obwohl dies bei Gesamtwerten einzelner Symptome (Gereiztheit, Angst und Traurigkeit) durchaus der Fall war. Dieser Aspekt des Würdeempfindens schien also als einziger unbeeinflusst von den vier Dimensionen der Symptomlast zu sein. Die einzelnen Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt:

Tabelle 18: Korrelation von PDI-Untergruppen und Gesamtwerten der Symptomdimensionen

	Abhängigkeit	Symptom- belastung	Existentielle Belastung	Innerer Frieden	Soziale Unterstützung
Häufigkeit gesamt	$r=0,368$ $p=0,004$	$r=0,435$ $p<0,001$	$r=0,405$ $p=0,001$	$r=0,258$ $p=0,045$	$r=0,173$ $p=0,182$
Stärke gesamt	$r=0,496$ $p<0,001$	$r=0,527$ $p<0,001$	$r=0,536$ $p<0,001$	$r=0,364$ $p=0,004$	$r=0,227$ $p=0,079$
Belastung gesamt	$r=0,344$ $p=0,007$	$r=0,515$ $p<0,001$	$r=0,478$ $p<0,001$	$r=0,331$ $p=0,009$	$r=0,195$ $p=0,131$
Therapie gesamt	$r=0,374$ $p=0,003$	$r=0,400$ $p=0,001$	$r=0,374$ $p=0,003$	$r=0,230$ $p=0,074$	$r=0,174$ $p=0,179$

Die einzelnen PDI-Fragen und die Symptomlast

Abschließend wurden die Antworten auf die Einzelfragen des PDI mit der Symptomlast korreliert und dabei sowohl die verschiedenen Symptome als auch die vier Dimensionen der Symptomlast berücksichtigt. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit werden im Nachfolgenden nur die Ergebnisse beschrieben, bei denen sich signifikante Ergebnisse ergaben. Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse findet sich im Anhang.

Frage 1: Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen

Bei dieser Frage fanden sich signifikante Korrelationen mit den Gesamtwerten der Symptomdimensionen Häufigkeit ($r=0,354$, $p=0,005$), Stärke ($r=0,468$, $p<0,001$), Belastung ($r=0,375$, $p=0,003$) und Therapiebedarf ($r=0,386$, $p=0,002$). Bei Betrachtung der einzelnen Symptome konnten Korrelationen mit jeweils mehreren Dimensionen von Schmerzen, Schwäche, Mundtrockenheit und Übelkeit nachgewiesen werden. Das Symptom Appetitlosigkeit zeigte den geringsten Einfluss auf die Beantwortung der Frage 1 des PDI. Lediglich die Stärke hatte signifikanten Einfluss. Ein Zusammenhang mit den erhobenen psychischen Symptomen konnte für diese Frage nicht nachgewiesen werden. Der Hilfsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens schien also von einer Vielzahl körperlicher, nicht aber von psychischen Beschwerden beeinflusst zu sein.

Tabelle 19: Korrelationen der Symptomlast mit Frage 1

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,242$ $p=0,060$	$r=0,339$ $p=0,008$	$r=0,276$ $p=0,031$	$r=0,309$ $p=0,016$	$r=0,275$ $p=0,032$
Schwäche	$r=0,319$ $p=0,012$	$r=0,244$ $p=0,058$	$r=0,302$ $p=0,018$	$r=0,305$ $p=0,017$	$r=0,359$ $p=0,004$
Mundtrockenheit	$r=0,226$ $p=0,079$	$r=0,344$ $p=0,007$	$r=0,310$ $p=0,015$	$r=0,331$ $p=0,009$	$r=0,327$ $p=0,010$
Appetitlosigkeit	$r=0,105$ $p=0,419$	$r=0,303$ $p=0,018$	$r=0,194$ $p=0,134$	$r=0,160$ $p=0,218$	$r=0,204$ $p=0,114$
Übelkeit	$r=0,218$ $p=0,092$	$r=0,255$ $p=0,047$	$r=0,256$ $p=0,047$	$r=0,310$ $p=0,015$	$r=0,251$ $p=0,051$

Frage 2: Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern

Für diese Frage ließ sich ein Zusammenhang mit allen vier Symptomdimensionen zeigen: Häufigkeit ($r=0,279$, $p=0,020$), Stärke ($r=0,368$, $p=0,004$), Belastung ($r=0,275$, $p=0,032$) und Therapiebedarf ($r=0,321$, $p=0,012$). Patienten mit höherer Symptomlast hatten also auch eher Schwierigkeiten, für ihre Körperfunktionen Sorge zu tragen wie beispielsweise beim selbständigen Gang zur Toilette. Das Symptom Schmerzen zeigte signifikante Korrelationen in allen Unterpunkten, während dies bei Schwäche und Problemen beim Wasserlassen lediglich in einzelnen Teilbereichen der Fall war (Details siehe Tabelle 20).

Für die Fähigkeit, sich um körperliche Bedürfnisse zu kümmern, war es also entscheidend, wie sehr die Patienten durch die Symptomlast insgesamt, die körperliche Schwäche, aber vor allem durch Schmerzen eingeschränkt waren. Zudem war sie auch dann beeinträchtigt, wenn Patienten unter therapiebedürftigen Schwierigkeiten beim Wasserlassen litten.

Tabelle 20: Korrelation der Symptomlast mit Frage 2

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,275$ $p=0,033$	$r=0,360$ $p=0,004$	$r=0,294$ $p=0,022$	$r=0,344$ $p=0,007$	$r=0,294$ $p=0,021$
Schwäche	$r=0,319$ $p=0,012$	$r=0,198$ $p=0,126$	$r=0,190$ $p=0,142$	$r=0,195$ $p=0,131$	$r=0,273$ $p=0,033$
Probleme beim Wasserlassen	$r=0,229$ $p=0,076$	$r=0,249$ $p=0,053$	$r=0,209$ $p=0,106$	$r=0,311$ $p=0,015$	$r=0,251$ $p=0,051$

Frage 3: Körperlich belastende Symptome zu haben

Die PDI-Frage nach dem Vorliegen von körperlich belastenden Symptomen zeigte erwartungsgemäß eine Korrelation mit einem Großteil der erhobenen Symptome, sowohl körperlicher als auch psychischer Natur. Keine signifikanten Werte ergaben sich lediglich für Probleme beim Wasserlassen, Schlafstörungen und Obstipation. In allen anderen Fällen korrelierte diese Frage in mindestens einem Unterpunkt (vergleiche Tabelle 21). Für Gesamthäufigkeit ($r=0,532$, $p=0,000$), -stärke ($r=0,566$, $p=0,000$), -belastung ($r=0,592$, $p=0,000$) und -therapiebedarf ($r=0,493$, $p=0,000$) ließ sich eine besonders starke Korrelation bestimmen.

Tabelle 21: Korrelation der Symptomlast mit Frage 3

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,465$ $p<0,001$	$r=0,387$ $p<0,001$	$r=0,544$ $p<0,001$	$r=0,447$ $p<0,001$	$r=0,577$ $p<0,001$
Atemnot	$r=0,472$ $p<0,001$	$r=0,474$ $p<0,001$	$r=0,507$ $p<0,001$	$r=0,380$ $p=0,003$	$r=0,468$ $p<0,001$
Müdigkeit	$r=0,189$ $p=0,144$	$r=0,227$ $p=0,078$	$r=0,349$ $p=0,006$	$r=0,338$ $p=0,008$	$r=0,350$ $p=0,006$
Schwäche	$r=0,192$ $p=0,139$	$r=0,233$ $p=0,070$	$r=0,274$ $p=0,032$	$r=0,290$ $p=0,023$	$r=0,312$ $p=0,014$
Mundtrockenheit	$r=0,270$ $p=0,035$	$r=0,232$ $p=0,072$	$r=0,323$ $p=0,011$	$r=0,331$ $p=0,009$	$r=0,305$ $p=0,017$
Durst	$r=0,154$ $p=0,237$	$r=0,253$ $p=0,049$	$r=0,266$ $p=0,038$	$r=0,272$ $p=0,034$	$r=0,235$ $p=0,068$
Appetitlosigkeit	$r=0,145$ $p=0,265$	$r=0,160$ $p=0,218$	$r=0,302$ $p=0,018$	$r=0,257$ $p=0,046$	$r=0,273$ $p=0,033$
Übelkeit	$r=0,407$ $p=0,001$	$r=0,404$ $p=0,001$	$r=0,442$ $p<0,001$	$r=0,476$ $p<0,001$	$r=0,449$ $p<0,001$
Gereiztheit	$r=0,266$ $p=0,038$	$r=0,243$ $p=0,060$	$r=0,232$ $p=0,072$	$r=0,119$ $p=0,361$	$r=0,246$ $p=0,056$
Angst	$r=0,287$ $p=0,025$	$r=0,268$ $p=0,037$	$r=0,243$ $p=0,059$	$r=0,226$ $p=0,079$	$r=0,280$ $p=0,029$
Traurigkeit	$r=0,220$ $p=0,088$	$r=0,266$ $p=0,038$	$r=0,249$ $p=0,053$	$r=0,190$ $p=0,143$	$r=0,245$ $p=0,057$

Frage 4: Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat

Für diese Frage konnten signifikante Korrelationswerte mit der Gesamtstärke ($r=0,313$, $p=0,014$), der Gesamtbelastung ($r=0,282$, $p=0,027$) sowie dem Gesamttherapiebedarf ($r=0,361$, $p=0,004$) ermittelt werden, jedoch nicht mit der Gesamthäufigkeit ($r=0,246$, $p=0,056$) der Symptome. Signifikante Einflüsse auf die Antworten auf diese Frage konnten für die Belastung durch Atemnot sowie Belastung durch Schwäche und deren Therapiebedarf gezeigt werden. Auch für Übelkeit zeigte sich ein Einfluss hinsichtlich der aus ihr resultierenden Belastung, dem Therapiebedarf sowie der Gesamtsymptomlast.

Traurigkeit wies die meisten Zusammenhänge mit dieser Frage auf. Zwar ließ sich kein signifikanter Wert für ihre Häufigkeit, jedoch aber für ihre Stärke, die resultierende Belastung, den Therapiebedarf und den Gesamtwert ermitteln.

Patienten, die eine starke Veränderung ihres Aussehens wahrnahmen, litten stärker unter Schwäche, Übelkeit und Atemnot. Vor allem aber zeigte sich hier, wie deutlich sich diese Problematik auf die Traurigkeit der Patienten auswirkte.

Tabelle 22: Korrelation der Symptomlast mit Frage 4

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Atemnot	r=0,209 p=0,107	r=0,245 p=0,057	r=0,258 p=0,045	r=0,251 p=0,051	r=0,233 p=0,071
Schwäche	r=0,094 p=0,473	r=0,156 p=0,229	r=0,281 p=0,029	r=0,261 p=0,042	r=0,249 p=0,053
Übelkeit	r=0,238 p=0,064	r=0,249 p=0,053	r=0,302 p=0,018	r=0,279 p=0,029	r=0,297 p=0,020
Traurigkeit	r=0,244 p=0,058	r=0,272 p=0,034	r=0,284 p=0,027	r=0,286 p=0,025	r=0,286 p=0,026

Frage 5: Sich deprimiert zu fühlen

Auch die Antwort auf die Frage nach einem deprimierten Gefühl zeigte sich signifikant beeinflusst durch alle Dimensionen der Symptomlast: Häufigkeit (r=0,288, p=0,025), Stärke (r=0,367, p=0,004), Belastung (r=0,356, p=0,005) und Therapiebedarf (r=0,276, p=0,031).

Gereiztheit und Traurigkeit korrelierten in allen vier Dimensionen sowie ihren Gesamtwerten mit dieser Frage. Bei Angst war dies für Häufigkeit, Stärke, Belastung und den Gesamtwert der Fall, jedoch nicht für ihren Therapiebedarf.

Zwei der körperlichen Symptome zeigten zumindest in Unterdimensionen Zusammenhänge mit einem deprimierten Gefühl: die Häufigkeit der Atemnot, die Belastung durch Schwäche und deren Therapiebedarf. Insgesamt dominierte jedoch der Einfluss der psychischen Symptomatik auf diesen Aspekt des Würdeempfindens.

Tabelle 23: Korrelation der Symptomlast mit Frage 5

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Atemnot	r=0,254 p=0,049	r=0,213 p=0,099	r=0,236 p=0,067	r=0,198 p=0,126	r=0,226 p=0,080
Schwäche	r=0,062 p=0,635	r=0,138 p=0,290	r=0,291 p=0,023	r=0,269 p=0,036	r=0,249 p=0,053
Angst	r=0,281 p=0,028	r=0,345 p=0,006	r=0,297 p=0,020	r=0,19 p=0,131	r=0,296 p=0,020
Gereiztheit	r=0,257 p=0,046	r=0,296 p=0,021	r=0,304 p=0,017	r=0,327 p=0,010	r=0,309 p=0,016
Traurigkeit	r=0,312 p=0,014	r=0,341 p=0,007	r=0,388 p=0,002	r=0,429 p=0,001	r=0,388 p=0,002

Frage 6: Sich ängstlich zu fühlen

Ob sich Patienten in letzter Zeit verstärkt ängstlich gefühlt habe, wies einen Zusammenhang mit der Häufigkeit (r=0,296, p=0,021), der Stärke (r=0,367, p=0,004), der Belastung (r=0,407, p=0,001) und dem Therapiebedarf (r=0,272, p=0,034) der Symptome auf.

Die psychischen Symptome Angst und Traurigkeit hatten über alle ihre Dimensionen signifikanten Einfluss auf die Beantwortung dieser Frage, ebenso die Belastung durch Gereiztheit. Auch körperliche Symptome, wie Schmerzen, Schwäche und Appetitlosigkeit, zeigten in verschiedenen Dimension ebenfalls signifikante Effekte (vergleiche Tabelle 24):

Tabelle 24: Korrelation der Symptomlast mit Frage 6

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,167 p=0,198	r=0,231 p=0,074	r=0,286 p=0,026	r=0,203 p=0,116	r=0,271 p=0,035
Schwäche	r=0,127 p=0,328	r=0,346 p=0,006	r=0,348 p=0,006	r=0,275 p=0,032	r=0,354 p=0,005
Appetitlosigkeit	r=0,367 p=0,004	r=0,298 p=0,020	r=0,404 p=0,001	r=0,168 p=0,197	r=0,371 p=0,003
Probleme beim Wasserlassen	r= - 0,252 p=0,050	r=-0,207 p=0,110	r=-0,241 p=0,062	r=-0,252 p=0,050	r=-0,230 p=0,074
Gereiztheit	r=0,211 p=0,103	r=0,231 p=0,073	r=0,276 p=0,033	r=0,245 p=0,058	r=0,246 p=0,056
Angst	r=0,688 p<0,001	r=0,716 p<0,001	r=0,710 p<0,001	r=0,614 p<0,001	r=0,694 p<0,001
Traurigkeit	r=0,392 p=0,002	r=0,390 p=0,002	r=0,469 p<0,001	r=0,549 p<0,001	r=0,461 p<0,001

Frage 7: Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein

Die Frage, ob Patienten unter Unsicherheit in Bezug auf ihre Krankheit und deren medizinische Behandlung litten, zeigte keinerlei Korrelationen mit Parametern der Symptomlast insgesamt oder mit körperlichen Symptomen. Lediglich die psychischen Symptome Gereiztheit, Angst und Traurigkeit zeigten Zusammenhänge mit der Antwort auf diese Frage. Im Detail sind sie in Tabelle 25 dargestellt:

Tabelle 25: Korrelation der Symptomlast mit Frage 7

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Gereiztheit	r=0,187 p=0,149	r=0,214 p=0,099	r=0,259 p=0,044	r=0,271 p=0,035	r=0,224 p=0,082
Angst	r=0,387 p=0,002	r=0,382 p=0,002	r=0,362 p=0,004	r=0,342 p=0,007	r=0,369 p=0,003
Traurigkeit	r=0,212 p=0,101	r=0,179 p=0,168	r=0,263 p=0,041	r=0,357 p=0,005	r=0,268 p=0,037

Frage 8: Sich Sorgen um die Zukunft zu machen

Wie sehr sich Patienten Sorgen um ihre Zukunft machten, wurde durch die Gesamthäufigkeit (r=0,263; p=0,040) und Gesamtstärke (r=0,305, p=0,017) der Symptome, nicht jedoch die Belastung (r=0,252, p=0,050) oder den Therapiebedarf (r=0,158, p=0,223) beeinflusst.

Ebenso konnte ein Zusammenhang der Antwort auf diese Frage mit der Schmerzstärke, den Schmerzen insgesamt, mit der Belastung durch Atemnot und der Stärke von Schlafstörungen nachgewiesen werden.

Besonders deutlich war auch ein Zusammenhang mit den Symptomen Angst und Traurigkeit, wie Tabelle 26 zeigt:

Tabelle 26: Korrelation der Symptomlast mit Frage 8

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,172 p=0,186	r=0,294 p=0,022	r=0,222 p=0,086	r=0,226 p=0,080	r=0,267 p=0,038
Atemnot	r=0,193 p=0,136	r=0,210 p=0,104	r=0,269 p=0,036	r=0,187 p=0,148	r=0,225 p=0,082
Schlafstörungen	r=0,201 p=0,120	r=0,275 p=0,032	r=0,196 p=0,130	r=0,113 p=0,385	r=0,238 p=0,065
Angst	r=0,290 p=0,023	r=0,286 p=0,025	r=0,294 p=0,021	r=0,239 p=0,063	r=0,286 p=0,026
Traurigkeit	r=0,287 p=0,025	r=0,306 p=0,016	r=0,366 p=0,004	r=0,427 p=0,001	r=0,346 p=0,006

Frage 9: Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken

Auch die Antworten auf diese Frage zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit allen Dimensionen der Symptomlast: Häufigkeit (r=0,325; p=0,011), Stärke (r=0,376; p=0,003), Belastung (r=0,346; p=0,006) und Therapiebedarf (r=0,384; p=0,002).

Während für eine Vielzahl körperlicher Symptome wie Schmerzen, Atemnot und Mundtrockenheit eine Korrelation nachgewiesen werden konnte (siehe Tabelle 27), erreichten psychische Symptome jedoch keine signifikanten Werte.

Die Einschränkung des Würdeempfindens durch das Gefühl, nicht mehr klar denken zu können, wurde also primär von einer Vielzahl an physischen, nicht jedoch von psychischen Symptomen beeinflusst.

Tabelle 27: Korrelation der Symptomlast mit Frage 9

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,272 p=0,034	r=0,372 p=0,003	r=0,277 p=0,031	r=0,250 p=0,052	r=0,323 p=0,011
Atemnot	r=0,256 p=0,046	r=0,298 p=0,020	r=0,287 p=0,025	r=0,222 p=0,085	r=0,275 p=0,032
Müdigkeit	r=0,216 p=0,095	r=0,232 p=0,072	r=0,217 p=0,093	r=0,266 p=0,038	r=0,271 p=0,035
Schwäche	r=0,185 p=0,155	r=0,100 p=0,443	r=0,301 p=0,018	r=0,230 p=0,075	r=0,266 p=0,038
Mundtrockenheit	r=0,202 p=0,118	r=0,283 p=0,027	r=0,289 p=0,025	r=0,291 p=0,023	r=0,301 p=0,018
Durst	r=0,155 p=0,234	r=0,258 p=0,045	r=0,200 p=0,121	r=0,236 p=0,067	r=0,217 p=0,092
Probleme beim Wasserlassen	r=0,286 p=0,025	r=0,310 p=0,015	r=0,223 p=0,085	r=0,200 p=0,122	r=0,280 p=0,029

Frage 10: Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen

Patienten, die sich nicht in der Lage fühlten, ihre Alltagsangelegenheiten fortzuführen, erzielten signifikant erhöhte Werte für Häufigkeit ($r=0,397$; $p=0,002$), Stärke ($r=0,460$; $p<0,001$) und Belastung ($r=0,388$; $p=0,002$) von Symptomen, aber nicht für den resultierenden Therapiebedarf ($r=0,242$, $p=0,061$). Den stärksten Einfluss auf das Gefühl, nicht mehr in der Lage zu sein, die eigenen Alltagsangelegenheiten zu bewältigen hatten die Symptome Angst und Traurigkeit. Außerdem war auch für einzelne Teilaspekte von Schmerzen, Atemnot, Müdigkeit und Schwäche eine Korrelation nachweisbar.

Tabelle 28: Korrelation der Symptomlast mit Frage 10

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,250$ $p=0,052$	$r=0,282$ $p=0,027$	$r=0,215$ $p=0,095$	$r=0,183$ $p=0,159$	$r=0,254$ $p=0,048$
Atemnot	$r=0,235$ $p=0,068$	$r=0,258$ $p=0,045$	$r=0,191$ $p=0,140$	$r=0,086$ $p=0,508$	$r=0,194$ $p=0,134$
Müdigkeit	$r=0,212$ $p=0,101$	$r=0,272$ $p=0,034$	$r=0,201$ $p=0,121$	$r=0,066$ $p=0,615$	$r=0,211$ $p=0,102$
Schwäche	$r=0,206$ $p=0,111$	$r=0,241$ $p=0,062$	$r=0,296$ $p=0,020$	$r=0,196$ $p=0,131$	$r=0,298$ $p=0,020$
Angst	$r=0,286$ $p=0,025$	$r=0,310$ $p=0,015$	$r=0,300$ $p=0,019$	$r=0,183$ $p=0,158$	$r=0,293$ $p=0,022$
Traurigkeit	$r=0,238$ $p=0,064$	$r=0,286$ $p=0,026$	$r=0,303$ $p=0,018$	$r=0,363$ $p=0,004$	$r=0,286$ $p=0,025$

Frage 11: Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war

Die Frage nach der Persistenz des eigenen Ichs, dem Verständnis davon, was die eigene Person ausmacht, korrelierte signifikant mit allen Dimensionen der Symptomlast: Häufigkeit ($r=0,328$; $p=0,010$), Stärke ($r=0,383$; $p=0,002$), Belastung ($r=0,381$; $p=0,002$) und Therapiebedarf ($r=0,320$; $p=0,012$).

Patienten, für die dieser Aspekt ein größeres Problem darstellte, erzielten bei allen Teilaspekten des Symptoms Gereiztheit signifikant höhere Werte: Häufigkeit, Stärke, Belastung, Therapiebedarf und Gesamtwert. Für die beiden anderen psychischen Symptome Angst und Traurigkeit ließ sich hingegen keine signifikante Korrelation zeigen. Auch mit einigen körperlichen Symptomen konnten Zusammenhänge nachgewiesen werden, so litten Patienten mit höheren Werten bei dieser Frage unter stärkeren Schmerzen als andere, sowie unter einem stärkeren Durstgefühl. Bei Mundtrockenheit, Atemnot und Schwäche hatte nicht nur die Stärke, sondern auch die resultierende Belastung einen Einfluss auf die Beantwortung der Frage. Bei Atemnot galt dies auch für die Häufigkeit, bei der Schwäche für den Therapiebedarf (Details siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Korrelation der Symptomlast mit Frage 11

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,127$ $p=0,330$	$r=0,267$ $p=0,037$	$r=0,145$ $p=0,266$	$r=0,157$ $p=0,226$	$r=0,198$ $p=0,125$
Atemnot	$r=0,322$ $p=0,011$	$r=0,291$ $p=0,023$	$r=0,297$ $p=0,020$	$r=0,210$ $p=0,105$	$r=0,288$ $p=0,024$
Schwäche	$r=0,243$ $p=0,059$	$r=0,291$ $p=0,023$	$r=0,457$ $p<0,001$	$r=0,379$ $p=0,003$	$r=0,418$ $p=0,001$

Durstgefühl	r=0,169 p=0,192	r=0,275 p=0,032	r=0,206 p=0,111	r=0,169 p=0,193	r=0,218 p=0,092
Mundtrockenheit	r=0,211 p=0,103	r=0,291 p=0,023	r=0,270 p=0,035	r=0,134 p=0,303	r=0,249 p=0,053
Gereiztheit	r=0,306 p=0,016	r=0,332 p=0,009	r=0,345 p=0,007	r=0,277 p=0,031	r=0,340 p=0,007
Angst	r=0,133 p=0,306	r=0,155 p=0,234	r=0,147 p=0,257	r=0,085 p=0,517	r=0,140 p=0,283
Traurigkeit	r=0,052 p=0,692	r=0,102 p=0,434	r=0,159 p=0,220	r=0,193 p=0,137	r=0,123 p=0,345

Frage 12: Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen

Fühlte ein Patient sich nicht wertgeschätzt, so litt er unter einer signifikant höheren Gesamtstärke ($r=0,343$; $p=0,007$) und Gesamtbelastung ($r=0,306$; $p=0,017$) der Symptome. Häufigkeit und Therapiebedarf waren jedoch nicht signifikant erhöht im Vergleich zu den übrigen Patienten ($r=0,186$; $p=0,151$, beziehungsweise $r=0,241$; $p=0,0619$).

Die körperlichen Symptome Durst und Obstipation korrelierten ebenfalls in der Mehrzahl ihrer Teilbereiche signifikant mit dieser Frage, sodass davon auszugehen ist, dass Patienten, die sich nicht wertgeschätzt fühlten, tendenziell mehr mit diesen Symptomen zu kämpfen hatten.

Außerdem konnte gezeigt werden, dass diese Patienten das Symptom Angst signifikant stärker und belastender empfanden.

Ein enger Zusammenhang zeigte sich mit Traurigkeit. Sie korrelierte zwar nicht in Häufigkeit, jedoch in Stärke, Belastung, Therapiebedarf und Gesamtwert mit dieser Fragestellung.

Tabelle 30: Korrelation der Symptomlast mit Frage 12

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Durst	r=0,317 p=0,013	r=0,369 p=0,003	r=0,290 p=0,023	r=0,166 p=0,200	r=0,328 p=0,010
Obstipation	r=0,216 p=0,095	r=0,318 p=0,013	r=0,312 p=0,014	r=0,322 p=0,011	r=0,307 p=0,016
Angst	r=0,210 p=0,105	r=0,271 p=0,035	r=0,254 p=0,048	r=0,136 p=0,295	r=0,247 p=0,055
Traurigkeit	r=0,190 p=0,141	r=0,268 p=0,037	r=0,291 p=0,023	r=0,318 p=0,013	r=0,291 p=0,023

Frage 13: Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben

Patienten, die sich nicht mehr in der Lage fühlten, bestimmte soziale Rollen auszuüben, zeigten signifikant höhere Werte bei Häufigkeit ($r=0,313$; $p=0,014$), Stärke ($r=0,418$; $p=0,001$) und Belastung ($r=0,380$; $p=0,002$) der Symptome insgesamt, jedoch nicht bei deren Therapiebedarf ($r=0,231$, $p=0,073$).

Sie litten außerdem unter einer größeren Schmerzstärke, häufigerer Müdigkeit, einem stärker ausgeprägten Schwächegefühl und einer größeren Belastung durch Appetitlosigkeit.

In Bezug auf psychische Symptome konnten ebenfalls einige Zusammenhänge gefunden werden, so zum Beispiel mit der Stärke der Gereiztheit, die die Patienten empfanden, und dem Belastungsgrad durch Traurigkeit. Die meisten Zusammenhänge zeigte das Symptom Angst. Hier erzielten Patienten mit einem größeren Problem in puncto Rollenpersistenz in beinahe allen Teilbereichen höhere Werte. Lediglich der Therapiebedarf korrelierte nicht signifikant mit dieser Frage.

Tabelle 31: Korrelation der Symptomlast mit Frage 13

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,104 p=0,425	r=0,259 p=0,044	r=0,201 p=0,121	r=0,136 p=0,296	r=0,206 p=0,111
Müdigkeit	r=0,257 p=0,045	r=0,237 p=0,066	r=0,187 p=0,149	r=0,120 p=0,357	r=0,215 p=0,095
Schwäche	r=0,215 p=0,097	r=0,367 p=0,004	r=0,245 p=0,057	r=0,213 p=0,100	r=0,305 p=0,017
Appetitlosigkeit	r=0,118 p=0,366	r=0,233 p=0,071	r=0,277 p=0,031	r=0,095 p=0,464	r=0,203 p=0,116
Gereiztheit	r=0,241 p=0,061	r=0,259 p=0,043	r=0,182 p=0,161	r=0,076 p=0,560	r=0,234 p=0,069
Angst	r=0,357 p=0,005	r=0,405 p=0,001	r=0,345 p=0,006	r=0,197 p=0,127	r=0,356 p=0,005
Traurigkeit	r=0,115 p=0,378	r=0,218 p=0,091	r=0,272 p=0,034	r=0,188 p=0,147	r=0,213 p=0,099

Frage 14: Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat

Patienten, die vermehrt Schwierigkeiten hatten, in ihrem Leben Sinn zu finden, litten insgesamt signifikant häufiger an stärkeren ($r=0,267$; $p=0,037$) und stärker belastenden Symptomen ($r=0,253$; $p=0,050$). Häufigkeit und Therapiebedarf der Beschwerden zeigten dagegen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Antwort auf diese Frage ($r=0,207$; $p=0,110$ und $r=0,147$; $p=0,258$).

Betroffene Patienten litten zudem unter stärkeren Schmerzen ($r=0,285$; $p=0,026$), einer erhöhten Belastung ($r=0,318$; $p=0,013$) bzw. einem erhöhten Therapiebedarf ($r=0,261$; $p=0,042$) von Schwäche und daraus resultierend einem höheren Schwächegesamtwert ($r=0,287$; $p=0,025$). Auch die Häufigkeit von Gereiztheit ($r=0,262$; $p=0,041$) und die Belastung durch Traurigkeit ($r=0,252$; $p=0,050$) zeigten einen signifikanten Zusammenhang.

Frage 15: Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben

Die Patienten, die das Gefühl hatten, sie hätten keinen bedeutsamen Beitrag während ihres Lebens geleistet, litten signifikant häufiger ($r=0,400$; $p=0,001$) und stärker ($r=0,440$; $p<0,001$) an Symptomen. Sie fühlten sich dadurch mehr belastet ($r=0,430$; $p=0,001$) und empfanden einen höheren Gesamttherapiebedarf ($r=0,417$; $p=0,001$).

Die Bandbreite der körperlichen Symptome, die sich auf die Beantwortung dieser Frage auswirkten, war groß. Zu nennen sind vor allem Schmerzen und Durst: Sie wiesen in all ihren Teilbereichen eine signifikante Korrelation mit Frage 15 auf.

Ebenso wurden bei einer Reihe weiterer körperlicher Symptome signifikant höhere Werte vergeben. Dazu zählten unter anderem Probleme beim Wasserlassen, Müdigkeit und Schwäche, Mundtrockenheit, Obstipation und Schlafstörungen. Detaillierte Ergebnisse siehe Tabelle 32.

Auch mit den erfragten psychischen Beschwerden zeigte sich in allen Fällen ein Zusammenhang. Besonders auffällig war, dass das Symptom Angst in allen untersuchten Teilfragen signifikant korrelierte, aber auch Traurigkeit und Gereiztheit wiesen eine Vielzahl von Zusammenhängen auf. Das Gefühl, keinen bleibenden Beitrag geleistet zu haben, wirkt sich demnach entscheidend auf das psychische Befinden der Patienten aus.

Tabelle 32: Korrelation der Symptomlast mit Frage 15

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	$r=0,314$ $p=0,014$	$r=0,303$ $p=0,018$	$r=0,274$ $p=0,033$	$r=0,269$ $p=0,036$	$r=0,307$ $p=0,016$
Durst	$r=0,318$ $p=0,013$	$r=0,395$ $p=0,002$	$r=0,252$ $p=0,050$	$r=0,274$ $p=0,032$	$r=0,339$ $p=0,008$
Müdigkeit	$r=0,142$ $p=0,278$	$r=0,225$ $p=0,081$	$r=0,361$ $p=0,004$	$r=0,342$ $p=0,007$	$r=0,331$ $p=0,009$
Schwäche	$r=0,101$ $p=0,436$	$r=0,183$ $p=0,159$	$r=0,299$ $p=0,019$	$r=0,272$ $p=0,034$	$r=0,260$ $p=0,043$
Mundtrockenheit	$r=0,063$ $p=0,632$	$r=0,199$ $p=0,124$	$r=0,331$ $p=0,009$	$r=0,237$ $p=0,065$	$r=0,243$ $p=0,059$
Obstipation	$r=0,239$ $p=0,064$	$r=0,249$ $p=0,053$	$r=0,276$ $p=0,031$	$r=0,294$ $p=0,021$	$r=0,286$ $p=0,026$
Schlafstörung	$r=0,200$ $p=0,123$	$r=0,251$ $p=0,051$	$r=0,303$ $p=0,018$	$r=0,342$ $p=0,007$	$r=0,290$ $p=0,023$
Probleme beim Wasserlassen	$r=0,299$ $p=0,019$	$r=0,326$ $p=0,010$	$r=0,322$ $p=0,011$	$r=0,212$ $p=0,101$	$r=0,291$ $p=0,023$
Gereiztheit	$r=0,248$ $p=0,054$	$r=0,258$ $p=0,045$	$r=0,308$ $p=0,016$	$r=0,271$ $p=0,035$	$r=0,268$ $p=0,037$
Angst	$r=0,309$ $p=0,015$	$r=0,280$ $p=0,029$	$r=0,290$ $p=0,023$	$r=0,318$ $p=0,013$	$r=0,319$ $p=0,012$
Traurigkeit	$r=0,245$ $p=0,057$	$r=0,236$ $p=0,068$	$r=0,281$ $p=0,028$	$r=0,365$ $p=0,004$	$r=0,306$ $p=0,016$

Frage 16: Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind

Die Frage nach unerledigten Dingen, dem Gefühl des Unfertigen korrelierte zwar signifikant mit der Gesamtstärke der Symptome ($r=0,315$; $p=0,013$), ein Zusammenhang mit Gesamthäufigkeit ($r=0,224$; $p=0,082$), -belastung ($r=0,251$; $p=0,051$) und -therapiebedarf ($r=0,133$; $p=0,307$) war jedoch nicht nachweisbar.

Außerdem litten von dieser Problematik betroffene Patienten häufiger und verstärkt an Angst und Traurigkeit und waren dadurch vermehrt belastet. Ein erhöhter subjektiver Therapiebedarf bestand aber nur bei Traurigkeit (siehe Tabelle 33).

Für körperliche Symptome fand sich keinerlei signifikante Korrelation mit dem Gefühl, bestimmte Dinge nicht abgeschlossen zu haben.

Tabelle 33: Korrelation der Symptomlast mit Frage 16

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Angst	$r=0,358$ $p=0,005$	$r=0,357$ $p=0,005$	$r=0,349$ $p=0,006$	0,227 0,078	$r=0,352$ $p=0,005$
Traurigkeit	$r=0,269$ $p=0,036$	$r=0,333$ $p=0,009$	$r=0,396$ $p=0,002$	$r=0,379$ $p=0,003$	$r=0,361$ $p=0,004$

Frage 17: Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist

Weder körperliche noch psychische Symptome wiesen in einem ihrer Teilbereiche oder auch in den errechneten Gesamtwerten eine signifikante Korrelation mit dieser Frage auf. Dieser Aspekt blieb also durch die Symptomlast unbeeinflusst.

Frage 18: Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein

Patienten, die sich selbst als Belastung für andere empfanden, berichteten über eine erhöhte Gesamthäufigkeit ($r=0,252$; $p=0,050$) und Gesamtstärke ($r=0,310$; $p=0,015$) ihrer Symptome.

Außerdem waren signifikante Zusammenhänge mit Teildimensionen des Durstgefühls, Schlafstörungen, Problemen beim Wasserlassen, Angst und Traurigkeit nachweisbar:

Tabelle 34: Korrelation der Symptomlast mit Frage 18

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Durst	$r=0,307$ $p=0,016$	$r=0,342$ $p=0,007$	$r=0,326$ $p=0,010$	$r=0,209$ $p=0,106$	$r=0,325$ $p=0,011$
Schlafstörung	$r=0,311$ $p=0,015$	$r=0,284$ $p=0,027$	$r=0,223$ $p=0,085$	$r=0,237$ $p=0,066$	$r=0,277$ $p=0,031$
Probleme beim Wasserlassen	$r=0,237$ $p=0,066$	$r=0,288$ $p=0,024$	$r=0,188$ $p=0,146$	$r=0,190$ $p=0,142$	$r=0,252$ $p=0,050$
Angst	$r=0,243$ $p=0,060$	$r=0,305$ $p=0,017$	$r=0,244$ $p=0,059$	$r=0,190$ $p=0,143$	$r=0,270$ $p=0,035$
Traurigkeit	$r=0,156$ $p=0,231$	$r=0,182$ $p=0,161$	$r=0,263$ $p=0,041$	$r=0,291$ $p=0,023$	$r=0,221$ $p=0,087$

Frage 19: Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben

Probleme, die mit einem Gefühl des Kontrollverlustes zusammenhängen, korrelierten signifikant mit Häufigkeit ($r=0,313$; $p=0,014$), Stärke ($r=0,453$; $p<0,001$), Belastung ($r=0,438$; $p<0,001$) und Therapiebedarf ($r=0,254$; $p=0,048$) der Symptome.

Die Symptome Schlafstörungen, Schwäche, Durstgefühl, Angst und Traurigkeit zeigten ebenfalls in verschiedenen Dimensionen Zusammenhänge mit dieser Frage, wie in Tabelle 35 dargestellt. Interessant ist dabei, dass hinsichtlich der Beantwortung dieser Frage der subjektive Therapiebedarf bei keinem Symptom von relevanter Bedeutung war.

Tabelle 35: Korrelation der Symptomlast mit Frage 19

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schwäche	$r=0,111$ $p=0,395$	$r=0,260$ $p=0,043$	$r=0,347$ $p=0,006$	$r=0,228$ $p=0,078$	$r=0,285$ $p=0,026$
Durst	$r=0,264$ $p=0,040$	$r=0,356$ $p=0,005$	$r=0,329$ $p=0,010$	$r=0,235$ $p=0,068$	$r=0,322$ $p=0,011$
Schlafstörungen	$r=0,273$ $p=0,033$	$r=0,207$ $p=0,110$	$r=0,241$ $p=0,062$	$r=0,175$ $p=0,176$	$r=0,245$ $p=0,057$
Angst	$r=0,355$ $p=0,005$	$r=0,403$ $p=0,001$	$r=0,368$ $p=0,004$	$r=0,220$ $p=0,089$	$r=0,361$ $p=0,004$
Traurigkeit	$r=0,172$ $p=0,185$	$r=0,240$ $p=0,063$	$r=0,309$ $p=0,015$	$r=0,245$ $p=0,057$	$r=0,257$ $p=0,046$

Frage 20: Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte keinerlei Zusammenhang zwischen der körperlichen und psychischen Symptomlast und einem Gefühl der Einschränkung in der eigenen Privatsphäre gefunden werden.

Frage 21: Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen

Die Frage nach einem mangelnden Gefühl der Unterstützung durch Angehörige zeigte keinen Zusammenhang mit den Gesamtdimensionen der Symptomlast oder körperlichen Symptomen.

Dagegen fanden sich für die psychischen Symptome Gereiztheit und Angst signifikante Korrelationen: Gereiztheit korrelierte in Häufigkeit ($r=0,274$; $p=0,033$), Stärke ($r=0,320$; $p=0,012$) und dem Gesamtwert ($r=0,284$; $p=0,027$), während dies bei Angst neben Stärke ($r=0,314$; $p=0,014$) und dem Gesamtwert ($r=0,273$; $p=0,033$) auch bei der Häufigkeit ($r=0,288$; $p=0,024$) der Fall war.

Frage 22: Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen

Erlebten Patienten einen Mangel an Unterstützung durch das Behandlungsteam, so litten sie signifikant häufiger ($r=0,261$; $p=0,041$) und stärker ($r=0,282$; $p=0,028$) unter Angst, was auch zu einer signifikanten Korrelation mit dem Gesamtwert führte ($r=0,263$; $p=0,041$). Angst blieb aber das einzige Symptom, das einen Zusammenhang mit dieser Frage aufwies.

Frage 23: Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein

Patienten, die sich von ihrer Erkrankungssituation überfordert fühlten, wiesen eine höhere Gesamt-Symptomstärke auf ($r=0,300$; $p=0,019$). Weitere signifikante Ergebnisse erbrachte die Korrelation mit Teilaspekten von Schmerzen und Schwäche. Bei der Beantwortung dieser Frage

spielten aber vor allem Angstgefühle und Traurigkeit eine große Rolle, wie an den in Tabelle 36 dargestellten Ergebnissen deutlich zu erkennen ist.

Tabelle 36: Korrelation der Symptomlast mit Frage 23

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,098 p=0,455	r=0,256 p=0,046	r=0,259 p=0,044	r=0,154 p=0,236	0,229 0,076
Schwäche	r=0,163 p=0,208	r=0,249 p=0,053	r=0,257 p=0,046	r=0,141 p=0,279	r=0,255 p=0,047
Angst	r=0,339 p=0,008	r=0,397 p=0,002	r=0,376 p=0,003	r=0,329 p=0,010	r=0,355 p=0,005
Traurigkeit	r=0,224 p=0,082	r=0,241 p=0,061	r=0,274 p=0,033	r=0,266 p=0,038	r=0,267 p=0,037

Frage 24: Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind

Patienten, die ein Problem damit hatten, ihre Situation zu akzeptieren und anzunehmen, wiesen signifikante Korrelationen in der Antwort dieser Frage mit der Gesamthäufigkeit (r=0,297; p=0,020), Gesamtstärke (r=0,347; p=0,006) und Gesamtbelastung (r=0,316; p=0,013) der Symptome, nicht jedoch mit dem Gesamttherapiebedarf (r=0,199, p=0,124) auf.

Weiterhin korrelierte dieser Aspekt mit Schwäche und Appetitlosigkeit, vor allem aber mit den Symptomen Angst und Traurigkeit:

Tabelle 37: Korrelation der Symptomlast mit Frage 24

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schwäche	r=0,222 p=0,085	r=0,264 p=0,040	r=0,297 p=0,020	r=0,225 p=0,081	r=0,298 p=0,020
Appetitlosigkeit	r=0,243 p=0,059	r=0,271 p=0,035	r=0,281 p=0,028	r=0,153 p=0,240	r=0,280 p=0,029
Angst	r=0,373 p=0,003	r=0,387 p=0,002	r=0,396 p=0,002	r=0,318 p=0,013	r=0,377 p=0,003
Traurigkeit	r=0,355 p=0,005	r=0,376 p=0,003	r=0,436 p<0,001	r=0,463 p<0,001	r=0,437 p<0,001

Frage 25: Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden

Die letzte Frage des PDI beschäftigte sich damit, ob die Patienten das Gefühl hatten, dass andere ihnen ohne Respekt und Verständnis begegneten.

Das einzige körperliche Symptom, für welches sich hier ein Zusammenhang aufzeigen ließ, waren Schmerzen. Betrachtete man aber die psychischen Symptome, so wurde deutlich, dass ein Gefühl mangelnder Akzeptanz durch Andere vornehmlich vom psychischen Empfinden der Patienten beeinflusst wird:

Tabelle 38: Korrelation der Symptomlast mit Frage 25

	Häufigkeit	Stärke	Belastung	Therapiebedarf	gesamt
Schmerzen	r=0,084 p=0,520	r=0,261 p=0,042	r=0,249 p=0,053	r=0,293 p=0,022	r=0,246 p=0,056
Gereiztheit	r=0,245 p=0,057	r=0,252 p=0,050	r=0,207 p=0,109	r=0,215 p=0,096	r=0,254 p=0,048

Angst	<i>r=0,398</i> <i>p=0,001</i>	<i>r=0,451</i> <i>p<0,001</i>	<i>r=0,412</i> <i>p=0,001</i>	<i>r=0,320</i> <i>p=0,012</i>	<i>r=0,409</i> <i>p=0,001</i>
Traurigkeit	r=0,248 p=0,054	<i>r=0,272</i> <i>p=0,034</i>	<i>r=0,354</i> <i>p=0,005</i>	<i>r=0,413</i> <i>p=0,001</i>	<i>r=0,356</i> <i>p=0,005</i>

9. Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Einfluss körperlicher und psychischer Symptome, Befinden und Belastung sowie soziodemographischer Faktoren auf das Würdeempfinden von Krebspatienten in palliativer Erkrankungssituation zu untersuchen. Hierzu waren 61 Patienten mit einer fortgeschrittenen, progredienten onkologischen Erkrankung zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes auf der Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf befragt worden.

9.1. Das Würdeempfinden der Patienten

Das untersuchte Patientenkollektiv wies insgesamt eine geringgradige Einschränkung des Würdeempfindens auf. Nur 11% der Patienten lagen mit über 70 Punkten in einem Wertebereich, ab dem eine mäßige bis starke Beeinträchtigung des Würdeempfindens anzunehmen ist. Nahezu alle Teilaspekte, mit Ausnahme von „körperlich belastenden Schmerzen“, lagen unterhalb des Wertes 3. Ab diesem Wert wird ein Aspekt vom Patienten als „ein Problem darstellend“ interpretiert. Somit ist von einer geringen Belastung durch Probleme, die im Zusammenhang mit Würde entstehen können, auszugehen.

Auch in der Literatur finden sich Belege dafür, dass eine starke Einschränkung des Würdeempfindens unter Patienten in kompetenter palliativmedizinischer Betreuung eher selten ist. So stellten Chochinov et al. 2002 eine Studie zum Würdeempfinden von Palliativpatienten vor, im Rahmen derer die Studienteilnehmer ihr Würdeempfinden auf einer fünfwertigen Skala bewerten konnten. Nur 8% der Patienten gaben einen deutlichen oder starken Verlust der Würde an. Über die Hälfte der Patienten hatte ein völlig intaktes Würdeempfinden (Chochinov et al. 2002b). Die in der hier vorliegenden Studie ermittelten niedrigen PDI-Gesamtwerte von durchschnittlich 51 Punkten als Merkmal eines weitgehend intakten Würdegefühls stehen also im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen, eine starke Einschränkung des Würdeempfindens terminal Erkrankter in palliativmedizinischer Versorgung ist erfreulicherweise selten. Einer 2014 veröffentlichten Studie zufolge sind die Gegebenheiten auf Palliativstationen deutlich angemessener, um sterbende Patienten würdevoll zu betreuen als auf anderen Krankenhausstationen (Jors et al. 2014). Es ist also gut vorstellbar, dass bei palliativ erkrankten Patienten, die auf anderen Stationen betreut werden, eine höhere diesbezügliche Belastung vorliegt.

Dennoch ist unbedingt zu beachten, dass neben vielen Patienten, die Werte im niedrigen Punktebereich erzielten, immerhin 9% mit 60 bis 70 Punkten eine leichte bis mäßige und 11% mit über 70 Punkten eine starke Belastung ihrer Würde erfuhren. Es gab also durchaus auch Patienten, die unter einer ausgeprägten Einschränkung ihrer Würde litten. In Anbetracht der Vielzahl an negativen Auswirkungen, auf die in der Folge noch eingegangen wird, darf dies nicht vernachlässigt werden.

Die höchste Belastung durch darin beinhaltete Probleme und somit größte Einschränkung des Würdeempfindens zeigte der würdebeeinflussende Aspekt Abhängigkeit, gefolgt von Symptombelastung, Existentieller Belastung, Innerem Frieden und zuletzt Sozialer Unterstützung.

Aus der Literatur ist bekannt, dass Probleme, die mit einem hohen Maß an Abhängigkeit assoziiert sind, unter Patienten mit einer ernsten Erkrankung und insbesondere in stationärer Versorgung generell verbreitet sind. Eine Befragung niederländischer Patienten, die eine Patientenverfügung verfasst hatten, ergab bei einem Großteil der Befragten eine Belastung durch einen eingeschränkten Funktionsstatus. Der Funktionsstatus war in dieser Studie in zehn Unterpunkten erfasst worden, bei denen 13 bis 91 % der Studienteilnehmer Probleme beklagten (Vlug et al. 2011). Eine hohe Belastung im Bereich Abhängigkeit bei den im Rahmen des vorliegenden Projektes befragten schwerkranken Patienten kann demnach kaum verwundern.

Die Extremsituation, in der sich Palliativpatienten ohnehin befinden, ist in der Regel zum Zeitpunkt einer stationären Aufnahme durch eine akute Problematik, wie starke Krankheitssymptome oder eine psychosoziale Krisensituation, noch verschärft. In Anbetracht dessen sind die vorliegenden vergleichsweise hohen Werte bei den würdebeeinflussenden Aspekten Symptombelastung und Existentielle Belastung stimmig und zu Teilen sicher als Ausdruck der akuten Situation und damit verbundenen Belastung zu sehen. Auch frühere Untersuchungen haben eine hohe Prävalenz von Belastungen durch körperliche Beschwerden aufgezeigt, so zum Beispiel eine Studie von Chochinov et al., in der sie mit 48% zu den Aspekten gehörten, die die befragten Patienten am häufigsten als problematisch schilderten (2009). Existentielle Belastung beinhaltet darüber hinaus zahlreiche Probleme, die mit einer Anpassung an die veränderte Lebenssituation der Patienten einhergehen – zum Beispiel bestimmte Rollen nicht mehr erfüllen zu können und das Gefühl zu haben, nicht mehr die Person zu sein, die man einmal war. Ein wichtiger Bestandteil dieses würdebeeinflussenden Aspekts ist sicher auch „das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein“. Eine diesbezügliche Belastung wirkt sich nicht nur negativ auf das Würdeempfinden und die Lebensqualität eines Palliativpatienten aus, sondern hat auch einen Einfluss auf Suizidalität und Todeswunsch (Chochinov 2006, Singer 1999). Unter Patienten, die um Sterbehilfe oder assistierten Suizid bitten, ist diese Problematik überdurchschnittlich häufig vertreten. In einer Studie aus Oregon gab ein Drittel der Patienten, die um assistierten Suizid ersuchten, an, sich als Last zu empfinden (Ganzini et al. 2000). Eine andere Untersuchung zu assistiertem Suizid und Sterbehilfe in Washington zeigte bei 50 % der Patienten, die Sterbehilfe erhielten, diesbezügliche Probleme auf (Back et al. 1996). Palliativpatienten, die sich tatsächlich das Leben nehmen, nehmen sich nahezu alle als Last wahr. Oft wird das Gefühl, eine Belastung für Mitmenschen zu sein, sogar gleichgesetzt mit einem „schlechten Tod“ (Chochinov 2006). Ein hoher Wert bei dieser Frage sollte also als Warnsignal für eine hohe psychische Belastung verstanden werden, welche im

schlimmsten Fall zum Suizid des Betroffenen führen kann. Chochinov et al. zeigten in einer 2007 veröffentlichten Studie, dass diese Problematik unter terminal Erkrankten weit verbreitet ist und zu einer Vielzahl sekundärer Belastungen führt: Etwa die Hälfte der befragten Patienten gab eine relevante Beeinträchtigung dadurch an, sich als Last zu empfinden (Chochinov et al. 2007). Auch Wilson et al. wiesen nach, dass es unter Palliativpatienten nur sehr wenige gibt, die davon überhaupt nicht betroffen sind. In einer Studie mit Patienten, die an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung litten, gaben nur 23% an, mit dieser Thematik keine Probleme zu haben (Wilson et al. 2005). Mit einem mittleren Wert von 2,4 stellte dieser Aspekt auch in der vorliegenden Studie innerhalb der Gruppe der Befragten ein spürbares Problem dar.

Die niedrigen Werte der würdebeflussenden Aspekte Innerer Frieden und Soziale Unterstützung sprechen für eine gute soziale Einbindung und ein stabiles soziales Umfeld beziehungsweise eine gute psychosoziale Betreuung der Patienten. Besonders deutlich wird dies an den niedrigen Werten bei den Fragen nach mangelnder Unterstützung, sowohl durch Angehörige als auch durch das Behandlungsteam. Auch in anderen Studien wurden in diesen Bereichen vergleichsweise niedrige Punktwerte erzielt. In einer 2009 von Chochinov et al. publizierten Studie gaben nur 2% der befragten Patienten an, sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen. Ebenso wenige beklagten eine mangelnde Unterstützung durch Angehörige (Chochinov et al. 2009). Die generell niedrige Belastung in den Bereichen Soziale Unterstützung und Innerer Frieden ist sicher auch im Zusammenhang mit der hohen Qualität spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung und der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte zu sehen, die diese Patienten erfahren haben. Es ist denkbar, dass gerade diese Komponenten von Patienten, die in anderen Fachbereichen behandelt werden, weniger gut bewertet werden. Eine vergleichbare Analyse an unheilbar kranken Krebspatienten, die sich nicht in spezialisierter palliativmedizinischer Behandlung befinden, könnte in Bezug auf diese Fragestellung interessant sein.

9.2. Patientencharakteristik und Würdeempfinden

Zwischen krankheitsspezifischen Daten und dem Würdeempfinden der Patienten ließen sich in der vorliegenden Untersuchung kaum Zusammenhänge nachweisen. Jedoch muss erwähnt werden, dass bei manchen Aspekten wie dem Erkrankungsstatus die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt war. So befanden sich nahezu alle Patienten im Stadium des Krankheitsprogresses. Es gab also keine Kontrollgruppe, sodass sich mögliche Auswirkungen des Erkrankungsstatus auf das Würdeempfinden nicht untersuchen ließen. Dasselbe gilt für den Metastasierungsstatus – der größte Teil der Befragten hatte zum Studienzeitpunkt zahlreiche nachgewiesene Metastasen.

Eine Untersuchung an niederländischen Patienten hat erbracht, dass Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand bestimmte Aspekte häufiger als würdebeflussend empfinden als andere, und zwar „körperlich belastende Symptome zu haben“, „nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben“, und „nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen“ (Albers et al. 2012). Wenn sich also Patienten mit unterschiedlichem Erkrankungsstatus darin unterscheiden,

wie sie Würde definieren, so wäre es denkbar, dass sie sich auch darin unterscheiden, in welchem Maße sie sich in ihrer Würde eingeschränkt fühlen. Diesbezügliche Unterschiede könnte eine weiterführende Studie aufzeigen.

Auch ein Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten konnte in der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden. In der Literatur finden sich Hinweise, dass Männer und Frauen verschiedene würdebeflussende Aspekte unterschiedlich bewerten; und zwar in dem Sinne, dass sie ihren Einfluss auf das Würdeempfinden unterschiedlich hoch einschätzen (Chochinov et al. 2006). In der vorliegenden Studie wurde aber danach gefragt, wie stark die verschiedenen Aspekte ein Problem darstellten. Es wurde also nicht nach dem subjektiv wahrgenommenen Zusammenhang mit dem eigenen Würdeempfinden gefragt, sondern einzig nach dem Vorliegen eines bestimmten Problems. Diesbezüglich scheinen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zu bestehen.

Das Alter der Patienten hingegen spielte für einige wenige Einflussfaktoren auf das Würdeempfinden eine Rolle, so gaben jüngere Patienten signifikant mehr Schwierigkeiten an mit einem Gefühl des Kontrollverlusts und der Sorge, Dinge unerledigt gelassen zu haben. Vergleichbare Studien bestätigen diese Beobachtung (Chochinov et al. 2009). Dass diese Aspekte für einen jungen Menschen, der sein Leben vor sich, Pläne und vielleicht eine Familie mit kleinen Kindern hat, ein größeres Problem darstellen ist nachvollziehbar. Ein junger Mensch wird von einer lebensterminierenden Diagnose mitten aus dem Leben gerissen, muss unter Umständen Menschen zurücklassen, die sich auf ihn verlassen haben und ihn brauchen. In der Literatur zeigt sich, dass jüngere Patienten generell gefährdeter sind, unter einem Verlust ihres Würdeempfindens zu leiden: Im Gegensatz dazu entwickeln ältere Krebspatienten seltener depressive Störungen und leiden seltener unter psychischen Belastungen als jüngere (Chochinov et al. 2002b). Auch die Wahrnehmung von Würde jüngerer Patienten unterscheidet sich von der älterer, sie empfinden andere Aspekte als entscheidender, wobei vor allem Probleme mit Autonomie und Akzeptanz der Situation im Vordergrund stehen (Chochinov et al. 2006).

Es wäre interessant gewesen, weitere soziologische Informationen zu erheben wie Bildungsstand, Religiosität und Ähnliches, da auch diese Rahmenbedingungen einen Einfluss darauf haben, welche Faktoren als relevant für die eigene Würde erlebt werden (Chochinov et al. 2006). In der vorliegenden Arbeit wurde das aber nicht berücksichtigt.

Zwischen WHO-Status beziehungsweise Karnofsky-Index und den Fragen zum Thema Abhängigkeit bestand ein eindeutiger Zusammenhang, während kein Zusammenhang mit dem Gesamtwürdeempfinden oder anderen Faktoren nachgewiesen werden konnte.

Es liegt in der Natur der Sache, dass Patienten mit eingeschränktem Funktionsstatus und schlechteren Werten auf der ECOG-Skala einen erhöhten Hilfsbedarf haben und dementsprechend in höherem Maße abhängig von anderen sind. In Übereinstimmung dazu finden sich in der Literatur Belege dafür, dass ein erhöhter Hilfsbedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens sich negativ auf das Würdegefühl auswirkt, so zeigten zum Beispiel Chochinov et al., dass Patienten mit beeinträchtigtem Würdeempfinden deutlich mehr Hilfe bei Körperpflege und Ernährung benötigten als Patienten mit intaktem Würdegefühl. Die Verrichtungen des alltäglichen Lebens mit dem größten Einfluss auf das Würdegefühl waren Hilfe beim Waschen (93% der Patienten mit

eingeschränktem Würdeempfinden hatten hier Hilfsbedarf gegenüber 62% der Patienten mit intaktem Würdeempfinden), Anziehen (67% gegenüber 42%), Inkontinenz (53% gegenüber 25%) und Toilettengang (40% gegenüber 35). Auch beim Transfer hatten Patienten mit eingeschränktem Würdegefühl einen erhöhten Hilfsbedarf (47%) gegenüber anderen (34%). Weniger deutlich war der Unterschied beim Thema Nahrungsaufnahme; hier hatten 7% der Patienten mit eingeschränktem Würdeempfinden Unterstützungsbedarf und 6% derer mit intaktem Würdegefühl (Chochinov et al. 2002b).

Der in der vorliegenden Studie nachgewiesene Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und WHO-Funktionsstatus beziehungsweise Karnofsky-Index ist deutlich. Dennoch empfinden nicht alle Patienten einen erhöhten Hilfsbedarf in gleichem Maße als problematisch. Es ist vorstellbar, dass Patienten mit geringem Hilfsbedarf, die bis vor Kurzem völlig selbständig waren, größere Schwierigkeiten haben, dies zu akzeptieren, als solche die schon sehr lange pflegebedürftig und es somit gewohnt sind, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch eine charakterliche Komponente mag von Bedeutung sein: Ein Mensch, für den es von großer Bedeutung für sein Selbstwertgefühl ist, möglichst autark zu sein, wird größere Schwierigkeiten haben, eine Beschneidung seiner Selbständigkeit zu tolerieren. Vorstellbar ist vor allem auch ein Zusammenhang mit der Haltung des medizinischen Personals – der Pflegenden hat durch einen wertschätzenden Umgang mit dem Patienten die Möglichkeit, ihm trotz erhöhten Hilfsbedarfes ein Gefühl der Autonomie zu geben und ihn seinen Bedarf an Unterstützung nicht als entwürdigend oder als Hilflosigkeit erleben zu lassen (Chochinov 2002, Chochinov 2006). Kompetentes palliativmedizinisch ausgebildetes Pflegepersonal praktiziert in diesem Sinne bereits eine Art der würdeerhaltenden Therapie (Cohen et al. 2001). Patienten, die in anderen Fachbereichen versorgt werden, würden hier unter Umständen noch höhere Werte aufweisen.

9.3. Symptomlast und Würdeempfinden

Die verschiedenen Dimensionen der Symptomlast und ihr Einfluss auf das Würdeempfinden

Hohe Gesamtwerte (in Relation zum erreichbaren Maximalwert) wurden vor allem in der Kategorie Symptommhäufigkeit vergeben, gefolgt von Symptomstärke, dann Symptombelastung. Die niedrigsten Werte wurden schließlich in der Kategorie Behandlungsbedarf erreicht.

Allein dass ein Symptom häufig auftritt oder auch sehr stark ist, heißt also noch nicht, dass auch Belastung und Therapiebedarf besonders hoch sind. Alle vier Symptomlastdimensionen zeigten allerdings einen hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Würdeempfinden.

Die stärkste Korrelation mit dem Gesamtwürdeempfinden wies die Stärke der Symptome auf, gefolgt von Belastung, dann Häufigkeit, schließlich Therapiebedarf. Seltener, starke Symptome haben also einen größeren Einfluss auf das Würdeempfinden eines Patienten als häufige, mildere. Ein Patient, der über einen längeren Zeitraum hinweg unter gering ausgeprägten, konstant

vorhandenen Beschwerden leidet, scheint zum Beispiel demnach weniger Gefahr zu laufen, eine Beeinträchtigung seines Würdeempfindens zu erfahren als ein Patient, der weitgehend beschwerdefrei ist und nur gelegentlich eine massive Exazerbation seiner Symptome erlebt.

Für die würdeerhaltende Therapie Sterbenskranker bedeutet das, dass es von enormer Bedeutung ist, nicht nur für eine dauerhaft suffiziente Symptomkontrolle zu sorgen. Darüber hinaus muss stets dafür Sorge getragen werden, dass bei einer plötzlichen Zunahme der Beschwerden schnell gehandelt werden kann. Eine vorausschauende Behandlung, angemessene Bedarfsmedikation und schnelle Verfügbarkeit eines entsprechenden Spezialisten sind hierfür unerlässlich. Einmal mehr zeigt sich hier die Notwendigkeit einer engmaschigen Anbindung Sterbenskranker an spezialisierte palliativmedizinische Therapieeinrichtungen, die in der Lage sind, dies zu leisten.

Die verschiedenen Dimensionen der Gesamtsymptomlast korrelierten nicht mit allen würdebeeinflussenden Aspekten gleich stark. Vor allem mit Symptombelastung, Abhängigkeit und Existentieller Belastung bestand ein enger Zusammenhang. Symptombelastung und Abhängigkeit stellen innerhalb des Würdemodells Würdebeeinflussende Faktoren im Zusammenhang mit der Erkrankungssituation der Patienten dar (Chochinov et al. 2002a). Beide Aspekte beschäftigen sich unmittelbar mit krankheitsbedingten Beschwerden und ihre Auswirkungen auf seelisches Befinden und Autonomie der Patienten. Dass sich eine vermehrte Symptomlast in erhöhten Werten der beiden würdebeeinflussenden Aspekte niederschlägt, ist also schlüssig. Existentielle Belastung schließlich wurde von Chochinov et al. als psychologische Belastung und Todesangst definiert (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2006, Chochinov 2002). Ein Anstieg der diesbezüglichen Belastung mit zunehmender Symptomatik erscheint ebenfalls stimmig. Ein Zusammenhang mit der Symptomlast mit den drei PDI-Untergruppen bestätigt die Annahme, dass eine ausgeprägte Krankheitssymptomatik für das Würdeempfinden der Patienten eine wichtige Rolle spielt und belegt die Validität der deutschen Fassung des PDI.

Die vier Dimensionen der Symptomlast zeigten keinen Einfluss auf die Fragenblöcke Innerer Frieden und Soziale Unterstützung, die innerhalb des Würdemodells Würdebewahrende Ressourcen und Soziale Faktoren, welche das Würdeempfinden beeinflussen, repräsentieren (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2006, Chochinov 2002). Dies stellt eine neue Erkenntnis dar: Eine hohe generelle Symptomlast alleine scheint nicht auszureichen, um die persönlichen und sozialen Fähigkeiten eines Patienten zur Einschränkung seines Würdeempfindens zu beeinflussen.

Während eine hohe allgemeine Symptomlast sich also durchaus in einer Beeinträchtigung des Würdeempfindens niederschlägt, so vermag sie dabei wenig Einfluss zu nehmen auf die individuellen Kompetenzen des Patienten, seine persönlichen Mechanismen zum Schutz seiner Würde. Man könnte auch sagen: eine erhöhte Symptomlast wirkt sich deutlich auf diejenige Komponente des Würdeempfindens aus, die durch äußere Umstände modulierbar ist. Die persönlichen Ressourcen eines Menschen, die ihm durch eigene charakterliche Eigenschaften oder durch ein stabiles soziales Umfeld zur Verfügung stehen, bleiben davon jedoch weitgehend unbeeinflusst.

Daraus lassen sich zwei Schlüsse ableiten: Eine wichtige Teilkomponente menschlichen Würdeempfindens wird durch die Gesamtsymptomlast, das heißt Häufigkeit, Stärke, Belastung und Therapiebedarf der Symptome beeinflusst. Kompetente palliativmedizinische Betreuung und exzellente Symptomkontrolle sind somit essentiell für eine würdevolle Behandlung Sterbenskranker. Auf einen anderen wesentlichen Aspekt wirkt sich die Gesamtheit der Symptome jedoch kaum aus. Es handelt sich dabei um persönliche und soziale Ressourcen und Fähigkeiten, die zum Erhalt des Würdeempfindens eines Menschen in palliativer Erkrankungssituation beitragen können. Um einen Patienten wirksam in der Wahrung seiner Würde unterstützen zu können, braucht es zusätzlich andere Therapiekonzepte, die über alleinige Symptomkontrolle hinausgehen. Erforderlich sind beispielsweise eine persönliche Betreuung zur Förderung der eigenen Ressourcen sowie eine Unterstützung des sozialen Umfeldes.

Es gibt jedoch bestimmte Symptome, die sich, anders als die allgemeine Symptomlast, auch und ganz besonders auf die persönlichen und sozialen würdeerhaltenden Ressourcen der Patienten auswirken. Auf sie wird in der Folge noch eingegangen werden.

Die einzelnen Symptome und ihr Einfluss auf das Würdeempfinden

Bei der Erfassung der einzelnen Symptome zeigte sich vor allem eine hohe Symptomlast durch körperliche Beschwerden. Die Werte der psychischen Symptome lagen deutlich niedriger.

Die höchsten Werte wurden für das Symptom Schwäche erzielt, gefolgt von Schmerzen, Müdigkeit, Mundtrockenheit und Appetitlosigkeit. Das körperliche Symptom mit den geringsten Werten war Probleme beim Wasserlassen. Die niedrigsten Werte überhaupt erzielte Gereiztheit, aber auch die beiden übrigen erfragten psychischen Symptome Angst und Traurigkeit lagen in allen Kategorien im unteren Wertebereich.

Hierbei finden sich Parallelen zur Literatur, so zählen zum Beispiel Emanuel und Emanuel in einer 1998 veröffentlichten Publikation Schmerzen, Müdigkeit, Schläfrigkeit und Appetitlosigkeit zu den häufigsten Symptomen palliativ Erkrankter. Sie zeigten auch auf, dass Schmerzen bei Palliativpatienten in 20 – 70% der Fälle nicht ausreichend therapiert werden (Emanuel und Emanuel 1998).

Es ist wenig überraschend, dass Symptome wie Schmerzen und Schwäche, die unter Palliativpatienten sehr häufig sind und die den normalen Tagesablauf eines Menschen erheblich einschränken können, derart im Vordergrund stehen. Ein höheres Maß an psychischen Symptomen wäre jedoch zu erwarten gewesen, da es sich bei den befragten Patienten immerhin um Menschen handelte, die sich in einer dramatischen und höchst belastenden Lebenssituation befanden. In der Literatur finden sich zudem Belege für eine höhere Prävalenz psychischer Symptome im Vergleich zu körperlichen (Portenoy et al. 1994). Emanuel und Emanuel geben in ihrer Arbeit hohe Werte zum Vorkommen psychischer Beschwerden an, so leiden ihnen zufolge

über ein Drittel aller sterbenden Patienten unter Depressionen, mehr als die Hälfte unter Traurigkeit, Gereiztheit und Angst (1998).

Eine mögliche Erklärung der in der vorliegenden Studie erzielten verhältnismäßig niedrigen Werte bietet die meist akute Situation der Patienten – leidet jemand beispielsweise unter stärksten Schmerzen, so ist anzunehmen, dass andere Befindlichkeiten in seiner Wahrnehmung vorübergehend in den Hintergrund treten. Psychische Symptome können so maskiert worden sein. Außerdem ist zu bedenken, dass sich die Patienten in einem hoch professionellen Setting befanden und ihnen neben Ärzten und Pflegeern auch eine Betreuung durch Psychoonkologen, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten zur Verfügung stand, die psychische Beschwerden auffangen und lindern können.

Emanuel und Emanuel weisen darauf hin, dass psychische Probleme unter Krebspatienten weit verbreitet sind, aber zu selten diagnostiziert werden (1998). Sie führen das auf ein gewisses Unbehagen zurück, derartige Themen anzusprechen, sowie die fälschliche Annahme, Depression sei „normal“ für einen Sterbenden. Die Unterscheidung zwischen Trauer oder Angst als normaler Reaktion auf eine unheilbare Erkrankungssituation und einer pathologischen psychischen Belastung im Sinne eines Krankheitssymptoms ist sicher schwierig. Dies mag zu einer gewissen Dunkelziffer im Bereich der psychischen Symptome geführt haben.

Die Gesamtwerte der einzelnen Symptome zeigten eine Reihe von Zusammenhängen mit dem PDI-Gesamtwert. Hierbei spielte es keine Rolle, ob ein Symptom hohe oder niedrige Gesamtwerte erzielt hatte. Entscheidend für die Beeinflussung des Würdeempfindens ist also die Natur eines Symptoms und nicht, wie häufig, stark oder belastend es ist.

Gerade die psychischen Symptome wiesen trotz der insgesamt geringer bewerteten Belastung durch die Patienten eindeutige Zusammenhänge mit den Gesamtergebnissen des Würdefragebogens auf.

Symptome mit dem größten Einfluss auf den PDI-Gesamtwert waren Schwäche, Angst, Gereiztheit und Traurigkeit. Letztere gehören zur Gruppe der psychischen Symptome, aber auch Schwäche beinhaltet eine starke psychoaffektive Komponente. Der Zusammenhang zwischen Würdeempfinden und primär körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Durst und Müdigkeit war weniger ausgeprägt, aber ebenfalls signifikant. Psychische Beschwerden spielen im Zusammenhang mit dem Würdeempfinden palliativ Erkrankter also eine größere Rolle als körperliche, und das unabhängig von ihrer Prävalenz.

Der Zusammenhang zwischen Würdeempfinden und Depressivität und Suizidalität (also einer massiven psychischen Belastung) ist in der Literatur vielfach belegt und wurde bereits erwähnt, ebenso der Einfluss eines eingeschränkten Würdeempfindens auf Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Angstgefühle (Chochinov et al. 2002b, Pullmann 2002). Dass sich also eine hohe Beeinträchtigung des Würdeempfindens in einer vermehrten Beeinträchtigung durch psychische Symptome niederschlägt, erscheint konsequent und belegt erneut die Validität des PDI.

Würdebeeinflussende Faktoren und Symptome

Der PDI-Fragenkomplex Symptombelastung zeigte, wie zu erwarten, die meisten Korrelationen mit den untersuchten Symptomen. Neben einer großen Anzahl körperlicher Beschwerden wiesen auch alle psychischen Symptome einen signifikanten Zusammenhang mit ihm auf. Dieser würdebeeinflussende Aspekt umfasst also nicht nur die direkte Belastung durch körperliche Symptome. Auch Faktoren wie Ängstlichkeit, Unsicherheit und Sorgen um die Zukunft sowie die Unfähigkeit, klar zu denken kommen hier zum Tragen. Signifikante Korrelationen mit einer großen Bandbreite körperlicher und psychischer Symptome waren also zu erwarten. Allein das isolierte Vorhandensein eines Symptoms und die daraus resultierende Beeinträchtigung reichten jedoch nicht aus, um auch zu einer entsprechenden Beeinflussung dieses Aspektes des Würdeempfindens zu führen, wie sich daran zeigte, dass nicht mit allen Symptomen ein Zusammenhang bestand.

Der Aspekt Abhängigkeit korrelierte signifikant mit den Symptomen Schmerzen, Schwäche und Problemen beim Wasserlassen. Es handelte sich dabei spezifisch um Symptome, die die Funktionsfähigkeit der Patienten einschränkten und zu einer gesteigerten Hilfsbedürftigkeit führten.

Existenzielle Belastung thematisiert das Verhältnis des Patienten zu seinem Umfeld, aber auch zu sich selbst im Sinne seiner Selbstwahrnehmung und seines Selbstwertgefühls. Ein Zusammenhang bestand vor allem mit allen psychischen Beschwerden, aber auch einigen körperlichen: Schwäche, Müdigkeit, Atemnot und Durst. Gerade die ersten beiden schränken einen Menschen stark in seiner gewohnten Lebensführung ein und können es unmöglich machen, soziale Rollen oder gewohnte Aufgaben zu erfüllen. Dadurch fällt es dem Patienten schwerer, sich als wertvollen Teil der Gesellschaft wahrzunehmen. Ein Gefühl der Schwäche kann leicht zu einem Gefühl der Ohnmacht, der Hilflosigkeit führen. Autonomie ist für viele Menschen ein wichtiger Bestandteil ihrer Identität und gehört untrennbar zu ihrem Selbstbild. Ihr Verlust, zum Beispiel durch körperliche Schwäche, bedroht Menschen somit existenziell, greift ihre Persönlichkeit, den Kern ihres Wesens an (Chochinov 2006).

Chochinov et al. haben existenzielle Belastung als psychologische Belastung und Todesangst definiert (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2006, Chochinov 2002). Die engen Korrelationen mit allen im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen psychischen Symptomen bestätigen das eindrucksvoll und zeigen, wie massiv sich existenzielle Belastung und eine damit zusammenhängende Beeinträchtigung des Würdeempfindens auf das Erleben der Patienten auswirken kann. Ähnliche Erkenntnisse finden sich auch in der Literatur, so ist zum Beispiel in einer Untersuchung von McGrath dargelegt, dass sich eine Belastung durch existenzielle, ebenso wie durch spirituelle Belange körperlich (nicht in den Griff zu kriegende Schmerzen) oder psychisch (Angst, Depression) manifestieren kann. Diese Faktoren können sich aber auch religiös (Glaubenskrise) oder sozial (Zerfall von Beziehungen) äußern. Am häufigsten ist eine Kombination dieser Symptome (Mc Grath 2002). Spezifische Maßnahmen zur Reduktion existenzieller Belastung könnten also nicht nur Ängste und andere psychische Symptome lindern, sondern unter Umständen auch zu einer Besserung körperlicher Beschwerden führen.

Die würdebefördernden Aspekte Innerer Frieden und Soziale Unterstützung bilden die Grundlage für würdebewahrende persönliche und soziale Ressourcen der Patienten (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2006, Chochinov 2002). Sie zeigten deutlich weniger Korrelationen mit Symptomen als die anderen Fragenkomplexe. Interessant ist, dass in beiden Fällen kaum Zusammenhänge mit körperlichen Beschwerden nachweisbar waren. Ein enger Zusammenhang bestand hingegen mit dem psychischen Wohlbefinden der Patienten. In der Literatur finden sich im Gegensatz dazu Belege, dass sich zum Beispiel spirituelles Leid ähnlich wie Existentielle Belastung nicht nur durch seelische, sondern auch durch körperliche, religiöse oder soziale Symptome äußern kann (Mc Grath 2002, Albers et al. 2012).

Innerer Frieden beinhaltet bestimmte Aspekte des Erlebens Schwerstkranker, die sich darauf auswirken können, ob der Betreffende mit sich selbst und seinem Leben im Reinen ist. Sie beschäftigt sich damit, ob die Befragten das Gefühl haben, etwas geleistet zu haben beziehungsweise etwas zu hinterlassen, oder ob sie im Gegenteil das Gefühl haben, dass Dinge noch nicht abgeschlossen oder unfertig sind. Die meisten Menschen streben danach, nach ihrem Tod etwas zu hinterlassen, ihr Leben so zu gestalten, dass es sinnhaft ist und von Bedeutung für andere (Frankl 1985). Nimmt ein Mensch das eigene Leben als bedeutungslos wahr, so hat das vor allem im Angesicht des nahen Todes eine zutiefst beängstigende Wirkung. Patienten, die in diesem Bereich eine hohe Belastung angeben, brauchen Unterstützung um ihre Existenz wieder als sinn- und wertvoll empfinden zu können. Diese Themen müssen adressiert werden und der Patient die Möglichkeit erhalten, sein Leben in anderem Licht zu sehen. Mit bestimmten Therapieformen wie der von Chochinov et al. vorgestellten „Würdetherapie“ kann hier gezielt eingegriffen werden (Chochinov et al. 2005, Chochinov et al. 2011, Hall et al. 2009, Hack et al. 2010, Houmann et al. 2014).

Interessanterweise zeigte der Teilaspekt „bleibender Beitrag“ für sich betrachtet deutlich mehr Zusammenhänge als der gesamte Aspekt Innerer Frieden – signifikante Korrelationen fanden sich nicht nur mit Unterpunkten aller psychischen, sondern auch mit dem Großteil der körperlichen Beschwerden. Dieser Punkt scheint eine zentrale Bedeutung für das Krankheitserleben und zahlreiche Einflüsse auf die Symptombelastung der Patienten zu haben. Die Palette an Beschwerden, die Korrelationen mit dem Aspekt „bleibender Beitrag“ zeigen, ist auffallend breit und deckt einen großen Teil der Beschwerden ab, die unter terminal Erkrankten besonders häufig sind. In dieser Hinsicht scheint dieser Teilaspekt eine Sonderrolle zu spielen. Der hier gefundene Zusammenhang mit der Belastung durch diverse psychische und körperliche Symptome spricht dafür, dass eine Verbesserung diesbezüglicher Belastung unter Umständen sogar eine Reduktion der Symptomlast bewirken könnte. Chochinovs im Einleitungsteil vorgestellte „Würdetherapie“ (Chochinov et al. 2005, Chochinov et al. 2011, Hall et al. 2009, Houmann et al. 2014) setzt genau hier an. Eine weiterführende Untersuchung müsste den diesbezüglichen Nutzen erhellen.

Der Aspekt Soziale Unterstützung blieb von körperlichen Beschwerden völlig unbeeinflusst, zeigte jedoch einen eindrucksvollen Zusammenhang mit den Gesamtwerten aller erhobenen psychischen Symptome. Die zugehörigen Komponenten wie fehlende Unterstützung durch das Umfeld sowie Mangel an Respekt und Verständnis können mit Sicherheit zu einer starken psychischen Belastung

führen. Ein Patient, der sich nicht ausreichend unterstützt und respektiert fühlt, hat ein größeres Risiko, unter Angst und Traurigkeit zu leiden oder mit Gereiztheit zu reagieren. Jedoch ist auch ein entgegengesetzter Zusammenhang durchaus vorstellbar: Patienten, die reizbar sind oder unter starken Ängsten und Traurigkeit bis hin zu Angststörungen und Depressionen leiden, erfahren unter Umständen weniger Unterstützung und Verständnis durch ihr Umfeld oder sind nicht in der Lage, selbige zu erkennen und anzunehmen. In jedem Fall ist eine besondere Unterstützung der Betroffenen nötig, sei es durch eine respektvolle, wertschätzende Grundhaltung in der Versorgung (Chochinov 2006, Ostlund et al. 2011, Chochinov 2007), eine Organisation des sozialen Umfelds, eine Unterstützung oder Vermittlung im Kontakt zu Angehörigen oder auch durch fachkundige Therapie von psychischen Symptomen bis hin zu depressiven Verstimmungen.

Hervorzuheben sind in der Zusammenschau der Ergebnisse vor allem die Unterschiede, die sich zwischen psychischen und körperlichen Symptomen bezüglich ihres Einflusses auf das Würdeempfinden abzeichnen. Körperliche Symptome wirkten sich vor allem auf die Aspekte Symptombelastung, Existentielle Belastung und Abhängigkeit aus, weniger auf Soziale Unterstützung und Inneren Frieden. Das ist analog zu den Ergebnissen für die Gesamtsymptomlast der Patienten, welche ebenfalls einen stärkeren Zusammenhang mit den ersten drei genannten Kategorien aufwies, und mag darauf zurückzuführen sein, dass innerhalb des MSAS-Fragebogens körperliche Symptome gegenüber psychischen deutlich in der Mehrzahl waren.

Psychische Symptome hingegen zeigten vor allem mit den Teilbereichen Soziale Unterstützung, Innerer Frieden und Existentielle Belastung einen signifikanten Zusammenhang, während der Einfluss auf Symptombelastung geringer war und für Abhängigkeit völlig fehlte. Hieran zeigt sich die enorme Relevanz seelischen Wohlbefindens für individuelle würdebewahrende Fähigkeiten der Patienten und würdebeeinflussende soziale Faktoren, wie sie im Würdemodell beschrieben wurden (Chochinov et al. 2002a, Chochinov et al. 2006, Chochinov 2002). Während körperliche Beschwerden sich vor allem auf diejenigen Aspekte des Würdeempfindens auswirken, die direkt durch die Erkrankungssituation der Patienten beeinflusst sind, hängen ihre persönlichen und sozialen Ressourcen zur Wahrung ihrer Würde vor allem mit dem psychischen Befinden zusammen.

Bedeutung der Zusammenhänge von Symptomlast und Würde für Palliativpatienten

Die Symptomlast eines Palliativpatienten wirkt sich also in vielerlei Hinsicht auf sein Würdeempfinden aus. Wenn man bedenkt, welche verheerende Folgen das haben kann, wird die Tragweite deutlich: Patienten mit einer Beeinträchtigung ihres Würdegefühls geben häufiger an, einen starken Todeswunsch zu verspüren oder ihren Lebenswillen verloren zu haben und leiden häufiger unter Depressionen, Hoffnungslosigkeit oder Angstgefühlen (Chochinov et al. 2002b). Depressionen und Hoffnungslosigkeit wurden in Studien als Risikofaktoren für den Wunsch, zu Sterben und Suizidalität identifiziert (Chochinov et al. 1998). All das passt zu häufig zitierten

Aussagen von Patienten und Ärzten, die einen Verlust der Würde als Grund angeben, Sterbehilfe zu wünschen oder zu leisten (Ganzini et al. 2000, Back et al. 1996, Chochinov 2006).

Chochinov et al. sehen eine Kombination aus Einschränkung des Würdeempfindens, Depressivität und Hoffnungslosigkeit als in hohem Maße gefährlich für den Lebenswillen palliativer Patienten an (Chochinov et al. 2002b). Selbige Studie belegt auch einen engen Zusammenhang des Würdeempfindens mit der Lebensqualität palliativ Erkrankter. Das erklärte Ziel jeder palliativmedizinischen Versorgung ist, dem Patienten ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu bieten. Im Zentrum palliativmedizinischer Behandlungsgrundsätze stehen Wohlbefinden und Lebenswillen des Patienten. Im Angesicht eines nahen Todes mag der Begriff Lebenswille vielleicht paradox erscheinen, aber entscheidend für eine gelungene Begleitung der letzten Lebensphase ist, dem Patienten zu ermöglichen, zu leben – so zu leben, wie er es möchte und wie er es für lebenswert hält. Dieser Anspruch geht weit über das alleinige Befreien von Leid hinaus. Soll dieses Ziel erreicht werden, muss also unter allen Umständen ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit auf die Würde der Patienten und mögliche Einschränkungen derselben gerichtet werden.

9.4. Befinden und Belastung und Würdeempfinden

Die Patienten gaben im Schnitt mit einem Wert von 3 ein mittleres Befinden am Befragungstag an. Die mit dem NCCN Distress-Thermometer gemessene subjektive Gesamtbelastung wurde durchschnittlich mit 6,13 auf der Skala von 0 bis 10 angegeben.

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass ein Wert von fünf und höher auf dem Belastungsthermometer als Indikator für eine interventionsbedürftige Belastungssituation anzusehen ist (Mehnert et al. 2006). 79% der Patienten lagen also mit einem Belastungswert von über fünf in einem als kritisch anzusehenden Bereich. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass Patienten, die auf die Palliativstation des UKE aufgenommen werden, in der Regel zur Krisenintervention dort sind, etwa bei einer Dekompensation der häuslichen Versorgung oder Symptom-Exazerbation. Wenn eine erhöhte Belastung den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt, können hohe Werte in diesem Bereich nicht überraschen – insbesondere, da sich die Frage explizit auf den Zeitraum der vergangenen Tage bezog. Interessant wäre es, zu erheben, inwiefern sich die Belastungssituation der Patienten über den Zeitraum ihres Aufenthaltes verändert. Eine deutliche Reduktion zum Ende der stationären Behandlung wäre wünschenswert. Eine weiterführende Untersuchung könnte um diesen Aspekt erweitert werden, indem sie die Gesamtbelastung longitudinal zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung evaluiert.

Bemerkenswert ist, dass das Befinden zum Befragungszeitpunkt einen vergleichsweise geringen Einfluss auf das Würdeempfinden der Patienten zu haben schien, während die subjektive Gesamtbelastungssituation einen hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtwürdeempfinden und allen fünf würdebeflussenden Faktoren zeigte.

Patienten mit hoher Symptomlast und starker Beeinträchtigung des Würdeempfindens zeigen insgesamt eine höhere, über einen längeren Zeitraum stabile Gesamtbelastung. Das aktuelle Befinden scheint relativ unabhängig davon von Tag zu Tag zu schwanken. Die Frage „Wie geht es ihnen heute?“ gibt also noch keine konkreten Hinweise auf eine mögliche Einschränkung des Würdeempfindens des Patienten. Hingegen kann mit Hilfe der einfachen Frage nach der Belastung im Zeitraum der letzten Woche schon eine Ersteinschätzung erfolgen: Gibt ein Patient einen hohen Belastungswert an, so ist es wahrscheinlich, dass er nicht nur durch Symptome belastet ist, sondern auch Gefahr läuft, eine Beeinträchtigung seines Würdeempfindens zu erleben. In Situationen, die eine rasche Einschätzung der Situation eines Patienten erforderlich machen, und die keine Zeit für eine detaillierte Anamneseerhebung lassen, kann dieses Wissen von Nutzen sein. In der Literatur finden sich darüber hinaus Belege für einen hochsignifikanten Zusammenhang hoher Werte auf der Belastungsskala mit Depression und Angst (Mehnert et al. 2006).

Eine Einschränkung des Würdeempfindens eines Patienten führt demnach zu einer erhöhten subjektiv wahrgenommenen Belastung. Für eine Verbesserung der Belastungssituation palliativ Erkrankter ist die Wahrung ihres Würdeempfindens von entscheidender Bedeutung.

9.5. Bedeutung palliativmedizinischer Behandlung und ihre Besonderheiten im Hinblick auf das Würdeempfinden der Patienten

Wie entscheidend eine würdebewahrende und –fördernde Therapie für palliativ Erkrankte ist, ist also offensichtlich. Die Frage ist jedoch, wie das genau aussehen soll.

Der enge Zusammenhang mit Häufigkeit, Intensität, Belastung und Therapiebedarf der untersuchten Beschwerden zeigt auf, wie essentiell wichtig eine optimale Behandlung der Symptome für den Erhalt des Würdeempfindens, den Lebenswillen und die Lebensqualität Sterbenskranker ist. Wollen Behandelnde ihre Patienten vor einem Verlust ihrer Würde bewahren, so ist eine möglichst umfassende Symptomkontrolle eine grundlegende Voraussetzung (Chochinov 2002, Ostlund et al. 2011). Optimierte Symptomkontrolle ist bereits fester grundlegender Bestandteil palliativmedizinischer Therapiekonzepte. Erfasst werden davon zumeist körperliche Symptome. Durch ihre Behandlung kann einer Beeinträchtigung des Würdeempfindens vor allem durch äußere Faktoren, wie sie im Würdemodell unter Symptombelastung, Existentieller Belastung und Abhängigkeit genannt werden, vorgebeugt werden. Eine kompetent ausgeführte Therapie der Symptome ist unerlässlich, um einem Patienten in palliativer Erkrankungssituation die Wahrung seiner Würde zu ermöglichen.

Eine große Rolle spielen jedoch auch wie zuvor dargelegt psychische Symptome. Ihr Zusammenhang insbesondere mit würdebewahrenden persönlichen und sozialen Ressourcen ist nicht zu unterschätzen und muss in der Behandlung Sterbenskranker größere Beachtung finden. Wenn dieser Teilbereich des Würdemodells also zwar nicht, wie zuvor beschrieben, durch eine Reduzierung der Gesamtsymptomlast beeinflusst werden kann, so jedoch unter Umständen durch spezifische Interventionen zur Verbesserung des seelischen Wohlbefindens. Umgekehrt sind Patienten, die unter psychischen Symptomen leiden, anfälliger für eine Beeinträchtigung ihres Würdeempfindens und verfügen über weniger persönliche und soziale Ressourcen, die sie zu dessen Schutz aktivieren können. Die Therapie psychischer Symptome muss also in der Behandlung sterbenskranker Patienten eine zentrale Rolle spielen. Der Einsatz von speziellen Therapieformen wie Psychoonkologie, Seelsorge, Kunst- und Musiktherapie ist bereits Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung und kann demnach ein wirkungsvolles Instrument zur Wahrung der Würde eines Patienten darstellen.

Eine wichtige Komponente der hier dargestellten Ergebnisse ist also die Bedeutung der Behandlung körperlicher und psychischer Symptome für das Würdeempfinden der Patienten. Umgekehrt könnte eine Förderung persönlicher und sozialer würdebewahrender Ressourcen der Patienten zur Reduktion von Ängsten, Trauer und Gereiztheit führen. Denkbar ist also, dass Therapieformen, deren erklärtes Ziel die Wahrung und Stärkung der Würde eines Palliativpatienten ist, einen positiven Effekt auf die psychische Symptomlast der Patienten haben. Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Therapieformen wie zum Beispiel die „Würdetherapie“ nach Chochinov et al. vorgestellt. Sie besitzt nachweislich auch einen Effekt auf das psychische Wohlbefinden der Patienten (Chochinov et al. 2005, Chochinov et al. 2011, Hall et

al. 2009, Houmann et al. 2014, Julião et al. 2014). Eine Besonderheit der Würdetherapie ist außerdem, dass sie spezifisch diejenigen Aspekte des Würdeempfindens beeinflusst, die sonst von außen kaum modulierbar sind und die in hohem Maße mit dem psychischen Wohlbefinden der Patienten korrelieren: Würdewahrende persönliche Ressourcen und soziale Faktoren. Ein breiterer Einsatz derartiger Therapiemethoden könnte also eine Verbesserung sowohl des Würdeempfindens, der Symptomlast und der Lebensqualität von Palliativpatienten bewirken. Eine weiterführende Studie könnte den Nutzen insbesondere für die Symptomlast weiter erhellen.

Auch der enge Zusammenhang des Würdeempfindens mit der Gesamtbelastung der Patienten ist interessant – eine Stärkung des Würdeempfindens kann also auch zur Verbesserung der Belastungssituation eines Patienten führen. Ein Wert von über 5 auf der elfstufigen NCCN-Belastungsskala wird als interventionsbedürftig angesehen (Mehnert et al. 2006, Roth et al. 1998). Es wäre interessant zu untersuchen, ob eine auf die Wahrung der Würde des Patienten ausgelegte Therapie zu einer Verbesserung der longitudinal erfassten Belastung führen kann.

9.6. Schwächen der Studie

Die Patienten der vorliegenden Studie entstammen einem sehr spezifisch definierten Kollektiv: Zum Zeitpunkt der Befragung war ihre onkologische Erkrankung bereits weit fortgeschritten und sie befanden sich in stationärer spezialisierter palliativmedizinischer Behandlung. Während die dargestellten eindrucksvollen Effekte mit hoher Wahrscheinlichkeit für ähnliche Patientenkollektive reproduzierbar sind, kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse auch auf Patienten mit einer anderen Grunderkrankung oder auch in einem anderen Betreuungsumfeld übertragbar sind. Weitere Studien an anderen Patientenpopulationen könnten zeigen, inwieweit diese Ergebnisse auch für Patienten gelten, die zum Beispiel an einer anderen palliativen Grunderkrankung leiden oder in anderen Fachbereichen behandelt werden, sich also nicht in spezialisierter Palliativversorgung befinden.

Wir haben in unserer Befragung keine Daten zu Religiosität, sozialem Umfeld, Bildungsstandard und ähnlichem erhoben. Eine weiterführende Studie sollte diese Faktoren mit einbeziehen, da andere Untersuchungen gezeigt haben, dass diese einen signifikanten Einfluss auf das Würdeempfinden beziehungsweise bestimmte Aspekte des Würdemodells haben können (Chochinov et al. 2006).

Eine mögliche Schwäche des PDI selbst ist, dass er zwar abfragt, inwieweit ein bestimmter Aspekt ein Problem für den Patienten darstellt; jedoch nicht, inwieweit der Patient diesen als würdebeeinflussend empfindet (Vlug et al. 2011). Würde ist etwas hoch Subjektives. Wie sie wahrgenommen und definiert wird kann von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Der PDI kann zwar eine Abschätzung ermöglichen, inwieweit ein Patient Gefahr läuft, eine Beeinträchtigung seiner Würde zu erleiden. Er kann aber nichts darüber aussagen, ob der Patient dies tatsächlich auch so empfindet. Eine weiterführende Studie, die etwa eine mehrwertige Skala

als zusätzliches Maß für die subjektiv empfundene Beeinträchtigung des Würdeempfindens hinzugefügt, würde diesen Mangel beheben. Eine solche Skala wurde zum Beispiel von der Arbeitsgruppe um H. M. Chochinov bereits entwickelt (Chochinov et al. 2002b).

10. Schlussfolgerung

Die erhobenen Daten belegen die Validität der deutschen Version des PDI und unterstreichen den engen Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Symptomen sowie der Belastung mit dem Würdeempfinden sterbenskranker Krebspatienten.

Würde ist ein Thema von besonderer Wichtigkeit für Menschen, die sich in palliativmedizinischer Behandlung befinden. Die subjektive Gesamtbelastung der Patienten zeigte in der vorliegenden Studie einen engen Zusammenhang mit dem Würdeempfinden der Patienten. Eine Einschränkung des Würdeempfindens wirkt sich massiv auf die allgemeine Belastungssituation eines Patienten aus. Sie kann zu weitreichenden Konsequenzen führen, indem sie Entscheidungen von großer Tragweite, zum Beispiel beim Thema Patientenverfügung, lebenserhaltende Maßnahmen oder Sterbehilfe, beeinflusst. Um etwas über das Würdeempfinden eines Patienten und mögliche Beeinträchtigungen des selbigen zu erfahren, bietet sich der PDI als mehrfach validierter, gut und rasch anwendbarer Fragebogen an. Mit seiner Hilfe kann auch direkt aufgezeigt werden, in welchen Bereichen Probleme bestehen und ein Patient kann so rasch und gezielt die Unterstützung erhalten, die er benötigt.

Die in der vorliegenden Studie dargelegten vielfältigen Korrelationen zwischen Würdeempfinden und Symptomen unterschiedlichster Art zeigen, dass sich die Symptomatik eines terminal Erkrankten signifikant auf sein Würdeempfinden auswirken kann und somit zu vielfältigen Einschränkungen und Belastungen führt. Starke Symptome haben hierbei einen größeren Einfluss auf das Würdeempfinden eines Patienten als häufige, mildere Beschwerden, auch wenn sie nur selten auftreten.

Es zeigte sich vor allem eine hohe Symptomlast durch körperliche Beschwerden, die Werte der psychischen Symptome lagen deutlich niedriger. Dennoch ließ sich gerade für psychische Symptome ein großer Einfluss auf das Würdeempfinden der befragten Patienten nachweisen. Der Zusammenhang zwischen Würdeempfinden und primär körperlichen Symptomen war weniger ausgeprägt, aber ebenfalls signifikant. Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Würdeempfinden wirken sich also bevorzugt auf das psychische Befinden der Patienten aus. Auch frühere Studien haben ähnliche Ergebnisse erbracht. Der Einfluss körperlicher Beschwerden auf das Würdeempfinden und umgekehrt war bisher noch wenig untersucht. Die vorliegende Studie zeigt auf, wie eng beide Dimensionen zusammenhängen. Körperliche Symptome wirkten sich vor allem auf die würdebeeinflussenden Aspekte Symptombelastung, Existentielle Belastung und Abhängigkeit aus. Sie stehen in engem Zusammenhang mit würdebeeinträchtigenden Faktoren, die direkt auf Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung zurückzuführen sind. Psychische Symptome hingegen hängen vor allem mit individuellen würdebewahrenden Ressourcen und sozialen Faktoren zusammen. Hieran zeigt sich die enorme Relevanz seelischen Wohlbefindens für individuelle Fähigkeiten des Patienten, seine persönlichen und sozialen Mechanismen zum Schutz seiner Würde.

Strebt man die bestmögliche Versorgung von Palliativpatienten unter Wahrung ihrer Würde an, so bedeutet dies zwei Dinge.

Erstens: eine optimale Symptomkontrolle ist essentiell, nicht nur zur Linderung direkt aus der Symptomatik resultierender Beschwerden, sondern auch zur Verhütung sekundärer, durch Symptome hervorgerufene oder verstärkte Belastungen, die letztlich zu einer Würdeeingchränkung führen können. Hierbei müssen auch psychische Symptome mehr Beachtung finden, da sie sich in hohem Maße auf diese Faktoren auswirken können. Entscheidend ist außerdem nicht nur die dauerhaft ausreichende Therapie bestehender Symptome, sondern auch eine vorausschauende Behandlung. Symptom-Exazerbationen mit seltenen, aber besonders starken Symptomen sollten so vermieden werden.

Zweitens: neue Therapieansätze, die besonders auf die Wahrung und Unterstützung des Würdeempfindens von Palliativpatienten Einfluss nehmen, sollten eine breitere Anwendung erfahren. Beispiele für solche Behandlungsformen sind zum Beispiel von Ostlund et al. zusammenfassend vorgestellt worden (2011). Eine Sonderform mit vielversprechenden Möglichkeiten stellt die sogenannte „Würdetherapie“ dar (Chochinov et al. 2005, Chochinov et al. 2011, Hall et al. 2009, Houmann et al. 2014). Durch diese würdebeflussenden Therapieansätze können Belastungen, die im Zusammenhang mit Würde entstehen, direkter angegangen werden als mit den Methoden, die bisher genutzt werden. Dadurch könnten nicht nur Beeinträchtigungen der Würde der Patienten verhindert und gelindert werden. Auch einer daraus folgenden Verstärkung von Symptomen würde hiermit vorgebeugt: Besonders psychische Symptome wie Angst, Traurigkeit und Gereiztheit ließen sich so beeinflussen. Möglicherweise ließe sich sogar die Symptombelastung durch körperliche Beschwerden verringern. Hierzu sollten dringend weitere Untersuchungen folgen.

Therapieformen, die sich auf das Würdeempfinden der Patienten beziehen, haben gegenüber konventioneller psychotherapeutischer Methoden den entscheidenden Vorteil, dass sie speziell auf die Anwendung bei Palliativpatienten zugeschnitten sind. Sie sind einfach und in einer kurzen Zeitspanne durchführbar, was unabdingbar ist, um in der Behandlung todkranker Menschen praktikabel zu sein (Chochinov et al. 2005, Chochinov et al. 2011, Hall et al. 2009). Auch wenn wir an manchen Problemen, die im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung auftreten können, kausal wenig zu verändern vermögen, wie etwa an einem zunehmenden Maß an Abhängigkeit von anderen bei körperlicher Schwäche, können wir durch gezielte Maßnahmen und eine entsprechende wertschätzende Pflegehaltung doch dafür sorgen, den Umgang mit dieser Problematik zu verbessern und den Betroffenen diese Situation zu erleichtern (Chochinov 2002, Chochinov 2006, Ostlund et al. 2011, Chochinov 2007). Viele Therapiegrundsätze, wie beispielsweise ein wertschätzender, respektvoller Umgang mit den Patienten, finden bereits Anwendung in der Palliativmedizin und gehören zu ihren Grundprinzipien (Cohen et al. 2001). Vielleicht ist dies eine Ursache für die im Schnitt recht geringe Belastung im Zusammenhang mit der Würde der hier befragten Patienten. Auf jeden Fall bekräftigt die vorliegende Studie aufs Neue die Bedeutung dieser Prinzipien für die Behandlung von Palliativpatienten. Möchten wir sie in unserer Obhut optimal versorgt und möglichst beschwerdefrei wissen, so ist es unabdingbar, ihre

Würde zum zentralen Anliegen unserer Versorgung zu machen. Auch wenn wir bereits einiges darüber wissen, wie Menschen in dieser besonderen Situation zum Thema Würde stehen und welche Faktoren sich darauf auswirken können, so ist doch noch viel Forschung auf diesem Gebiet nötig; nicht nur um unsere Kenntnisse der Thematik zu vertiefen, sondern auch, um den Behandelnden konkrete Therapiehinweise an die Hand geben, damit sie ihre Patienten optimal unterstützen können.

11. Abkürzungsverzeichnis

UN	United Nations (Vereinte Nationen)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
PDI	Patient Dignity Inventory (Fragebogen zum Würdeempfinden von Palliativpatienten)
MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale (Fragebogen zur Erhebung der Symptombelastung)
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
ECOG-Skala	ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; Performance-Status bzw. Index zur Erfassung der Lebensqualität bei Tumorpatienten

12. Literaturverzeichnis

Albers G., Pasman H.R., Rurup M.L., de Vet H.C., Onwuteaka-Philipsen B.D. (2011) Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes* 19 (9): 45.

Albers G., Pasman R.W., Deliens L., de Vet H.C., Onwuteaka-Philipsen B.D. (2012) Does Health Status Affect Perceptions of Factors Influencing Dignity at the End of Life? *Journal of Pain and Symptom Management*, epub.

Allmark P. (2002) Death with dignity. *Journal of Medical Ethics* 28: 255-257.

Back A.L., Wallace J.I., Starks H.E., Pearlman R.A. (1996) Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State: Patient requests and physician responses. *Journal of the American Medical Association* 275 (12): 919-925.

Campbell C.S., Black M.A. (2014) Dignity, Death, and Dilemmas: A Study of Washington Hospices and Physician-Assisted Death. *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (1): 137-153.

Chochinov H.M. (2002) Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 287: 2253-2260.

Chochinov H.M. (2006) Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 56: 84-103.

Chochinov H.M. (2007) Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 335: 184-187.

Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S. (1998) Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 39: 366-370.

Chochinov H.M., Hack T., McClement S., Kristjanson L., Harlos M. (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine* 54: 433-443.

Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M. (2002) Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet* 360: 2026-2030.

Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M. (2004) Dignity and psychotherapeutic considerations. *Journal of Palliative Care* 20 (3): 134-142.

Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S., Harlos M. (2005) Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*. 23: 5520-5525.

Chochinov H.M., Kristjanson L.J., Hack T.F., Hassard T., McClement S., Harlos M. (2006) Dignity in the terminally ill: revisited. *Journal of Palliative Medicine* 9: 666-672.

- Chochinov H.M., Kristjanson L.J., Hack T., Hassard T., McClement S., Harlos M. (2007) Burden to Others and the Terminally Ill. *Journal of Pain and Symptom Management* 34 (5): 463-471.
- Chochinov H.M., Hassard T., McClement S., Hack T., Kristjanson L.J., Harlos M., Sinclair S., Murray A. (2008) The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 36: 559-571.
- Chochinov H.M., Hassard T., McClement S., Hack T., Kristjanson L.J., Harlos M., Sinclair S., Murray A. (2009) The landscape of distress in the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management* 38: 641-649.
- Chochinov H.M., Kristjanson L.J., Breitbart W., McClement S., Hack T.F., Hassard T., Harlos M. (2011) Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology* 12: 753-762.
- Chochinov H.M., McClement S., Hack T., McKeen N., Rach A., Gagnon P., Sinclair S., Taylor-Brown J. (2012) The Patient Dignity Inventory: Applications in the Oncology Setting. *Journal of Palliative Medicine* 15, 9.
- Cohen S.R., Boston P., Mount B.M., Porterfield P. (2001) Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine* 15 (5): 363-371.
- Deutsches Grundgesetz, Art. 1
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2012): <http://www.dhpv.de/index.html>; <http://www.dhpv.de/themen>; http://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ.html (Stand 11.04.2015, 15:00 Uhr)
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1998). The promise of a good death. *Lancet* 351, [Suppl 2]: SII 21-SII 29.
- Emanuel E.J., Fairclough D.L., Daniels E.R., Clarridge B.R. (1996) Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet* 347: 1805-1810.
- Frankl V.F. (1985) *Man's search for meaning*, 1. Auflage, Washington Square Press, New York.
- Ganzini L., Nelson H.D., Schmidt T.A., Kraemer D.F., Delrit M.A., Lee M.A. (2000) Physicians's experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New England Journal of Medicine* 342: 598-604.
- Granda-Cameron C., Houldin A. (2012) Concept Analysis of Good Death in Terminally Ill Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, epub.
- Hack T.F., Chochinov H.M., Hassard T., Kristjanson L.J., McClement S, Harlos M. (2004) Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology* 13: 700-708.
- Hack T.F., McClement S.E., Chochinov H.M., Cann B.J., Hassard T.H., Kristjanson L.J., Harlos M. (2010) Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy. *Palliative Medicine* 24: 715-723.

- Hall S., Edmonds P., Harding R., Chochinov H.M., Higginson I.J. (2009) Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: Study protocol. *BMC Palliative Care* 16; 8-5.
- Houmann L.J., Chochinov H.M., Kristjanson L.J., Petersen M.A., Groenvold M. (2014): A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine* 28 (5): 449-458.
- Husebo S., Klaschik E. (2009) *Palliativmedizin*. 5.Auflage, Springer-Verlag, Berlin.
- Johnson P.R. (1998) An analysis of dignity. *Theoretical Medicine and Bioethics* 19: 337-352.
- Jors K., Adami S., Xander C., Meffert C., Gaertner J., Bardenheuer H., Buchheidt D., Mayer-Steinacker R., Viehrig M., George W., Becker G. (2014): Dying in Cancer Centers: Do the Circumstances Allow for a Dignified Death? *Cancer* 15.10.14: 3254-3260.
- Julião M., Oliveira F., Nunes B., Vaz Carneiro A., Barbosa A. (2014) Efficacy of Dignity Therapy on Depression and Anxiety in Portuguese Terminally Ill Patients: A Phase II Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine* 17 (6): 688-695.
- Kant I. (2004). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. In: Timmermann J. (Hrsg.) *Sammlung Philosophie* 3. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Immanuel Kant: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hrsg., eingel. und erl. von Jens Timmermann. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Loggers E.T., Starks H., Shannon-Dudley M., Back A.L. (2013) Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center. *New England Journal of Medicine* 368; 15.
- Mc Grath P. (2002) Creating a language for „spiritual pain” through research: a beginning. *Supportive Care in Cancer* 10: 637-646.
- Mehnert A., Müller D., Lehmann C., Koch U. (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 54 (3): 213–223.
- Meier D.E., Emmons C.A., Wallenstein S., Quill T., Morrison R.S., Cassel C.K. (1998) A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine* 338: 1193-1201.
- Ostlund U., Brown H., Johnston B. (2011) Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*; epub.
- Periyakoil V.S., Noda A.M., Kraemer H.C. (2010) Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *Journal of Palliative Medicine* 13: 495-500.

- Portenoy R.K., Thaler H.T., Kornblith A.B., et al. (1994) The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics, and distress. *European Journal of Cancer* 30A: 1326-1336.
- Pullmann D. (1996) Dying with dignity and the death of dignity. *Health Law Journal* 4: 197-219.
- Pullmann D. (2002) Human dignity and the ethics and esthetics of pain and suffering. *Theoretical Medicine and Bioethics* 23: 75-94.
- Ripamonti C.I., Buonaccorso L., Maruelli A., Bandieri E., Pessi M.A., Boldini S., Primi C., Miccinesi G. (2012) Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments. *Tumori* 98(4): 491-500.
- Roth A.J., Kornblith A.B., Batel-Cooper L., Peabody E., Scher H.I., Holland J.C. (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82:1904–1908.
- Sautier L.P., Vehling S., Mehnert A. (2013) Assessment of Patients' Dignity in Cancer Care: Preliminary Psychometrics of the German Version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013 Jul 3. doi:pii: S0885-3924(13)00246-7.
- Singer P.A., Martin D.K., Kelner M. (1999) Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 281: 163-168.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2012). Bevölkerungsentwicklung: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html> (Stand 11.04.2015, 15:00 Uhr)
- Sullivan A.D., Hedberg K., Fleming D.W. (2000) Legalized physician-assisted suicide in Oregon—The second year. *New England Journal of Medicine* 342 (8): 598-604.
- UN World Population Prospects (2011) Entwicklung der Weltbevölkerung bis 2010 (World Population Prospects, the 2010 Revision): <http://esa.un.org/wpp/> (Stand 11.04.2015, 15:00 Uhr)
- Vlug MG, de Vet HC, Pasman HR, Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD. (2011) The development of an instrument to measure factors that influence self-perceived dignity. *J Palliat Med* 14: 578-86.
- WHO (2012): Global Health Observatory (GHO). Causes of death in 2008. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death_2008/en/index.html (Stand 11.04.2015, 15:00 Uhr)
- Wilson K.G., Curran D., McPherson C.J. (2005) A burden to others: a common source of distress in the terminally ill. *Cognitive Behavioral Therapy* 34: 115-123.

13. Anhang

- **Patienteninformation und Einverständniserklärung**
- **Fragebogen für das ärztliche Personal zur Erfassung der Patientendaten und Erkrankungscharakteristika**
- **Fragebogen für die Patienten mit den einzelnen Teilfragebögen zu Würdeempfinden, Symptomlast, Befinden und Belastung**
- **Detaillierte Studienergebnisse**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Onkologisches Zentrum

II. Medizinische Klinik und
Poliklinik

Prof. Dr. Carsten Bokemeyer
Direktor

Bereich Palliativmedizin

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-23051
Telefax: (040) 7410-56532
palliativcareteam@uke.de
www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik – Palliativmedizin

Ärztliche Leiterin Palliativmedizin

PD Dr. med. Karin Oechsle

INFORMATIONEN ZUR STUDIE

Studie zum Würdegefühl von Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung
und seine Auswirkung auf körperliche Symptome und die psychische Belastung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Angehörige,

fortgeschrittene Tumorerkrankungen haben für die Patienten eine Vielzahl schwerwiegender Auswirkungen. Neben körperlichen Symptomen und Einschränkungen führen diese Erkrankungen auch zu psychischen Belastungen. Für viele Patienten sind auch die Einschränkung in der Selbstständigkeit und die Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung durch Angehörige und Pflegekräften sehr belastend. Viele Patienten fühlen sich dadurch auch in ihrer menschlichen Würde eingeschränkt, die sich aus unserer Sicht in vielen verschiedenen Aspekten äußern kann.

Um besser verstehen zu können, welche Faktoren im Zusammenhang mit der Würde eines Patienten besonders häufig und für die Patienten belastend sind, führen wir zurzeit eine wissenschaftliche Erhebung durch. Ein weiteres Ziel ist es zu untersuchen, wie sich diese Faktoren auch auf das Wohlbefinden der Patienten und ihre psychischen, sowie körperlichen Symptomen auswirkt.

Während Ihres Aufenthalts auf der Palliativstation möchten wir Sie deshalb anhand eines Fragebogens nach Ihrer eignen Einschätzung von Faktoren bitten, die sich auf ihre persönliche Würde auswirken können. Zudem möchten wir sie bitten, einen Fragebogen zum Ausmaß ihrer aktuellen Beschwerden bitten.

Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Die Zustimmung zur Studie kann jederzeit widerrufen werden. Eine Nichtteilnahme hat für Sie keinerlei Auswirkungen auf die aktuelle oder künftige medizinische Behandlung. Nach gesetzlichen Bestimmungen setzt die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien Ihre schriftliche Einverständniserklärung voraus. Sie erhalten daher das entsprechende Formular in zweifacher Ausfertigung.

Sie können sicher sein, dass alle von Ihnen im Rahmen der Studie gemachten Angaben nach dem Landesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt werden. Nach Abschluss der Datenerhebung werden alle personenbezogenen Angaben vernichtet, so dass eine persönliche Identifizierung Ihrer Angaben im Nachhinein ausgeschlossen ist. Alle an der Studie beteiligten Mitarbeiter/innen verpflichten sich zur Wahrung des Datengeheimnisses und der Schweigepflicht.

Wir möchten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit an dieser wichtigen Studie bitten.

Bei Rückfragen stehen Ihnen als Ansprechpartnerinnen Frau Carlotta Wais, Oberärztin PD Dr. K. Oechsle und das gesamte Team der Palliativstation gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Onkologisches Zentrum

II. Medizinische Klinik und
Poliklinik

Prof. Dr. Carsten Bokemeyer
Direktor

Bereich Palliativmedizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-23051
Telefax: (040) 7410-56532
palliativcareteam@uke.de
www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinstraße 52 20246 Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik – Palliativmedizin

Ärztliche Leiterin Palliativmedizin

PD Dr. med. Karin Oechsle

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

Studie zum Würdegefühl von Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung
und seine Auswirkung auf körperliche Symptome und die psychische Belastung

Ich habe das Merkblatt „Informationen zur Studie“ mit der Aufklärung über Hintergrund, Zielsetzungen, Datenschutz und die Beteiligten erhalten und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Einfluss auf die weitere ärztliche und Nachsorge-Behandlung widerrufen kann.

Ich bin unterrichtet, dass alle beteiligten Institutionen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Datengeheimnis und der Schweigepflicht verpflichtet sind. Eine unbefugte Weitergabe oder Veröffentlichung meiner persönlichen Daten ist nicht zulässig.

Ich dokumentiere hiermit meine Entscheidung, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen medizinischen Daten und Fragebogendaten aufgezeichnet und ohne Namensnennung in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch einen Nummerncode) projektgebunden wissenschaftlich ausgewertet werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

Medizinische Daten aus den Krankenakten

Tumor- Diagnose:

Zeitpunkt der Erstdiagnose:

Monat		Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

nicht bekannt

TNM-Schlüssel bei Erstdiagnose:

T: N: M:

nicht beurteilbar

Aktueller Krankheitsstatus:

- Remission/tumorfrei Teilremission/nicht tumorfrei
 Progress Stabile Erkrankung nicht beurteilbar

Aktuelle Metastasierung:

- ja nein nicht beurteilbar
 Hirn Lunge Leber Knochen
 sonstige _____

Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)

- ₀ Normale Aktivität
 ₁ Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig
 ₂ Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit
 ₃ Patient muss mehr als 50% der normalen Zeit im Bett verbringen
 ₄ Patient ist ständig bettlägerig

Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Karnofsky-Index)

Normal, keine Beschwerden, kein Hinweis auf eine Erkrankung	<input type="radio"/> 100%
Normale Aktivität möglich, geringe Krankheitssymptome	<input type="radio"/> 90%
Normale Aktivität nur mit Anstrengung, mäßige Krankheitssymptome	<input type="radio"/> 80%
Selbstversorgung, aber unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit	<input type="radio"/> 70%
Gelegentliche Hilfe, aber noch weitgehende Selbstversorgung	<input type="radio"/> 60%
Häufige Unterstützung und medizinische Versorgung erforderlich	<input type="radio"/> 50%
Überwiegend bettlägerig, spezielle Hilfe und Pflege erforderlich	<input type="radio"/> 40%
Dauernd bettlägerig, jedoch keine akute Lebensgefahr	<input type="radio"/> 30%
Schwerkrank, aktive unterstützende Therapie	<input type="radio"/> 20%
Moribund, rasches Fortschreiten der Erkrankung	<input type="radio"/> 10%

Aktuelle Therapie:

abgeschlossen

laufend

geplant

Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strahlentherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antihormonelle Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Antitumorthherapie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rein supportive Therapie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikation bis heute:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Nichtopioide | <input type="radio"/> Sedativa / Anxiolytika |
| <input type="radio"/> Opioide WHO-Stufe 2 | <input type="radio"/> Magenschutz |
| <input type="radio"/> Opioide WHO-Stufe 3 | <input type="radio"/> Laxanzien |
| <input type="radio"/> Koanalgetika | <input type="radio"/> Antibiotika |
| <input type="radio"/> Kortikosteroide | <input type="radio"/> Diuretika |
| <input type="radio"/> Antidepressiva | <input type="radio"/> Kardiaka / Antihypertensiva |
| <input type="radio"/> Antiemetika | <input type="radio"/> Sonstige: |
| <input type="radio"/> Neuroleptika | |

Weitere relevante - nicht onkologische – somatische Diagnosen:



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Onkologisches Zentrum

II. Medizinische Klinik und
Poliklinik

Prof. Dr. Carsten Bokemeyer
Direktor

Bereich Palliativmedizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-23051
Telefax: (040) 7410-56532
palliativcareteam@uke.de
www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinstraße 52 20246 Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik – Palliativmedizin

Ärztliche Leiterin Palliativmedizin
PD Dr. med. Karin Oechsle

Fragebogen für Patienten

Studie zum Würdegefühl von Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung
und seine Auswirkung auf körperliche Symptome und die psychische Belastung

Name: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Vorname: _____

Heutiges Datum: ____ . ____ . ____

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf diesem Fragebogen sind 15 Symptome aufgeführt. Bitte lesen Sie sich diese genau durch und beschreiben Sie Ihre Beschwerden und Ihr Befinden der letzten sieben Tage.

Wenn Sie nicht unter dem jeweiligen Symptom litten oder leiden, markieren Sie bitte das Feld ‚NEIN‘.

Wenn Sie das genannte Symptom während der vergangenen Woche bei sich festgestellt haben, kreuzen Sie bitte an, wie häufig und in welcher Stärke es auftrat und wie sehr Sie dieses belastete.

Kreuzen Sie bitte auch an, für wie wichtig Sie die Behandlung dieses Symptoms halten.

Bitte markieren Sie das Feld, welches Ihrem Befinden heute am ehesten entspricht:.

Befinden insgesamt: sehr gut gut mittel schlecht sehr schlecht

Hatten Sie in der <u>letzten Woche</u> das folgende Symptom?	NEIN	<u>Wenn JA</u> Wie <u>häufig</u> trat es auf?				<u>Wenn JA</u> Wie <u>stark</u> war es?				<u>Wenn JA</u> Wie sehr <u>belastete</u> Sie es?				<u>Wenn JA</u> Für wie wichtig halten Sie die <u>Behandlung</u> dieses Symptoms?				
		Selten	Manchmal	Regelmäßig	Nahezu ständig	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	Gar nicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	keine Therapie	Therapie möglich	erforderlich	dringendst erforderlich
		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Schmerzen		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Atemnot		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Müdigkeit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Schwäche		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Mundtrockenheit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Durst		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Appetitlosigkeit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Übelkeit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Verstopfung		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Schlafstörung		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Probleme beim Wasserlassen		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Gereiztheit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Angst		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3
Traurigkeit		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



BITTE GEBEN SIE für jede Aussage an, ob und wie sehr diese in den letzten Tagen ein Problem für Sie war.

1. Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen (z.B. mich zu waschen, mich anzuziehen).

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

2. Nicht in der Lage zu sein, mich um meine Körperfunktionen selbständig zu kümmern (z.B. Hilfe beim Toilettengang zu benötigen).

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

3. Körperlich belastende Symptome zu haben (z.B. Schmerzen, Kurzatmigkeit, Übelkeit).

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

4. Zu fühlen, dass mein Äußeres sich für andere stark verändert hat.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

5. Mich deprimiert zu fühlen.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

6. Mich ängstlich zu fühlen.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

7. Unsicher bezüglich meiner Krankheit und Behandlung zu sein.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

BITTE GEBEN SIE für jede Aussage an, ob und wie sehr diese in den letzten Tagen ein Problem für Sie war.

8. Mir Sorgen um meine Zukunft zu machen.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

9. Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

10. Nicht in der Lage zu sein, meine Alltagsangelegenheiten fortzuführen.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

11. Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die ich einmal war.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

12. Mich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

13. Nicht in der Lage zu sein wichtige Rollen auszuüben (Ehepartner, Elternteil).

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

14. Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

15. Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während meines bisherigen Lebens geleistet zu haben.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

16. Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben).

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

17. Bedenken, dass mein geistiges Leben bedeutungslos ist.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

18. Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein.

1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

19. Das Gefühl zu haben, dass ich keine Kontrolle über mein Leben habe.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

20. Das Gefühl zu haben, dass meine Krankheit (und meine Pflegebedürftigkeit) meine Privatsphäre beeinträchtigt.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

BITTE GEBEN SIE für jede Aussage an, ob und wie sehr diese in den letzten Tagen ein Problem für Sie war.

21. Mich von meinen Freunden und meiner Familie nicht unterstützt zu fühlen.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

22. Mich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

23. Das Gefühl zu haben, den Anforderungen meiner Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

24. Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren so wie sie sind.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

25. Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden.

- 1 kein Problem 2 ein geringes Problem 3 ein Problem 4 ein großes Problem 5 ein überwältigendes Problem

Detallierte Studienergebnisse

Korrelationen des PDI-Gesamtwerts mit Patientencharakteristik und Symptomgesamtwerten

	PDI gesamt
Alter	r=-0,010 p=0,937
Geschlecht	r=0,049 p=0,706
Erkrankungsdauer	r=-0,039 p=0,768
Aktueller Krankheitsstatuts	r=-0,091 p=0,485
Metastasierung Ja/nein	r=-0,092 p=0,481
WHO-Status	r=0,095 p=0,469
Karnofsky	r=0,145 p=0,266
Weitere Diagnosen ja/nein	r=0,122 p=0,350
Schmerzen gesamt	r=0,332 p=0,009
Atemnot gesamt	r=0,301 p=0,019
Müdigkeit gesamt	r=0,262 p=0,041
Schwäche gesamt	r=0,436 p=0,000
Mundtrockenheit gesamt	r=0,243 p=0,059
Durst gesamt	r=0,280 p=0,029
Appetitlosigkeit gesamt	r=0,183 p=0,157
Übelkeit gesamt	r=0,110 p=0,397
Obstipation gesamt	r=0,195 p=0,132
Schlafstörung gesamt	r=0,165 p=0,203
Wasserlassen gesamt	r=0,117 p=0,368
Gereiztheit gesamt	r=0,291 p=0,023
Angst gesamt	r=0,414 p=0,001
Traurigkeit gesamt	r=0,394 p=0,002
Symptomhäufigkeit gesamt	r=0,459 p=0,000
Symptomstärke gesamt	r=0,596 p=0,000
Symptombelastung gesamt	r=0,530 p=0,000
Therapiebedarf gesamt	r=0,426 p=0,001

Korrelationen der PDI-Untergruppen mit Patientencharakteristik und Symptomgesamtwerten

	Abhängigkeit	Symptombelastung	Existenzielle Belastung	Innerer Frieden	Soziale Unterstützung
Geschlecht	r=-0,128 p=0,327	r=0,151 p=0,245	r=0,147 p=0,258	r=-0,089 p=0,497	r=-0,072 p=0,582
Erkrankungsdauer	r=0,084 p=0,518	r=-0,027 p=0,838	r=0,014 p=0,914	r=0,027 p=0,835	r=-0,152 p=0,243
Aktueller Krankheitsstatus	r=-0,178 p=0,171	r=0,042 p=0,750	r=-0,092 p=0,479	r=-0,058 p=0,659	r=-0,037 p=0,780
Alter	r=0,048 p=0,716	r=0,008 p=0,950	r=-0,082 p=0,529	r=-0,186 p=0,151	r=0,006 p=0,962
Metastasierung ja/nein	r=-0,041 p=0,752	r=-0,020 p=0,881	r=-0,103 p=0,431	r=-0,230 p=0,074	r=-0,094 p=0,470
WHO-Status	r=0,312 p=0,014	r=0,037 p=0,777	r=-0,022 p=0,867	r=0,098 p=0,450	r=-0,023 p=0,857
Karnofsky	r=0,414 p=0,001	r=0,010 p=0,938	r=0,015 p=0,908	r=0,086 p=0,511	r=-0,099 p=0,448
Weitere Diagnosen ja/nein	r=0,020 p=0,880	r=0,153 p=0,240	r=0,203 p=0,118	r=-0,137 p=0,294	r=0,066 p=0,615
Obstipation gesamt	r=0,201 p=0,120	r=0,217 p=0,093	r=0,127 p=0,328	r=0,102 p=0,436	r=0,236 p=0,068
Schlafstörung gesamt	r=0,078 p=0,548	r=0,158 p=0,223	r=0,133 p=0,306	r=0,204 p=0,114	r=0,047 p=0,722
Wasserlassen gesamt	r=0,259 p=0,044	r=-0,054 p=0,677	r=0,120 p=0,358	r=0,097 p=0,459	r=0,154 p=0,237
Gereiztheit gesamt	r=0,053 p=0,688	r=0,303 p=0,018	r=0,328 p=0,010	r=0,186 p=0,150	r=0,313 p=0,014
Angst gesamt	r=0,080 p=0,541	r=0,516 p=0,000	r=0,324 p=0,011	r=0,337 p=0,008	r=0,445 p=0,000
Traurigkeit gesamt	r=0,173 p=0,182	r=0,446 p=0,000	r=0,328 p=0,010	r=0,360 p=0,004	r=0,408 p=0,001
Symptom-häufigkeit gesamt	r=0,368 p=0,004	r=0,435 p=0,000	r=0,405 p=0,001	r=0,258 p=0,045	r=0,173 p=0,182
Symptomstärke gesamt	r=0,496 p=0,000	r=0,527 p=0,000	r=0,536 p=0,000	r=0,364 p=0,004	r=0,227 p=0,079
Symptom-belastung gesamt	r=0,344 p=0,007	r=0,515 p=0,000	r=0,478 p=0,000	r=0,331 p=0,009	r=0,195 p=0,131
Therapiebedarf gesamt	r=0,374 p=0,003	r=0,400 p=0,001	r=0,374 p=0,003	r=0,230 p=0,074	r=0,174 p=0,179

Korrelationen der PDI-Untergruppen mit den Symptomen im Detail

	Abhängigkeit	Symptombelastung	Existenzielle Belastung	Innerer Frieden	Soziale Unterstützung
Schmerzen Häufigkeit	r=0,343; p=0,007	r=0,205; p=0,113	r=0,120; p=0,359	r=-0,016; p=0,905	r=0,093; p=0,476
Schmerzen Stärke	r=0,430; p=0,001	r=0,414; p=0,001	r=0,329; p=0,010	r=0,143; p=0,273	r=0,166; p=0,202
Schmerzen Belastung	r=0,354; p=0,005	r=0,348; p=0,006	r=0,191; p=0,139	r=0,067; p=0,607	r=0,146; p=0,262
Schmerzen Therapie	r=0,391; p=0,002	r=0,301; p=0,019	r=0,234; p=0,070	r=0,063; p=0,630	r=0,279; p=0,029
Atemnot Häufigkeit	r=0,158; p=0,224	r=0,345; p=0,006	r=0,309; p=0,015	r=0,150; p=0,250	r=0,111; p=0,394
Atemnot Stärke	r=0,201; p=0,121	r=0,353; p=0,005	r=0,295; p=0,021	r=0,177; p=0,172	r=0,145; p=0,264
Atemnot Belastung	r=0,197; p=0,128	r=0,355; p=0,005	r=0,290; p=0,023	r=0,133; p=0,307	r=0,162; p=0,211
Atemnot Therapie	r=0,142; p=0,275	r=0,260; p=0,043	r=0,207; p=0,110	r=0,105; p=0,419	r=0,142; p=0,275
Müdigkeit Häufigkeit	r=0,132; p=0,310	r=0,204; p=0,115	r=0,260; p=0,043	r=0,058; p=0,654	r=0,015; p=0,908
Müdigkeit Stärke	r=0,173; p=0,181	r=0,224; p=0,082	r=0,289; p=0,024	r=0,045; p=0,730	r=0,031; p=0,814
Müdigkeit Belastung	r=0,016; p=0,904	r=0,255; p=0,047	r=0,200; p=0,122	r=0,212; p=0,101	r=-0,012; p=0,929
Müdigkeit Therapie	r=-0,022; p=0,865	r=0,262; p=0,041	r=0,206; p=0,111	r=0,148; p=0,255	r=-0,042; p=0,749
Schwäche Häufigkeit	r=0,386; p=0,002	r=0,155; p=0,234	r=0,234; p=0,069	r=0,050; p=0,702	r=0,039; p=0,768
Schwäche Stärke	r=0,284; p=0,026	r=0,282; p=0,027	r=0,365; p=0,004	r=0,203; p=0,117	r=-0,082; p=0,529
Schwäche Belastung	r=0,250; p=0,052	r=0,394; p=0,002	r=0,441; p=0,000	r=0,233; p=0,071	r=0,027; p=0,839
Schwäche Therapie	r=0,292; p=0,022	r=0,330; p=0,006	r=0,330; p=0,009	r=0,150; p=0,249	r=0,052; p=0,693
Mundtrockenheit Häufigkeit	r=0,180; p=0,165	r=0,128; p=0,326	r=0,050; p=0,700	r=-0,072; p=0,580	r=-0,244; p=0,058
Mundtrockenheit Stärke	r=0,264; p=0,040	r=0,148; p=0,254	r=0,228; p=0,078	r=0,057; p=0,665	r=-0,259; p=0,044
Mundtrockenheit Belastung	r=0,217; p=0,093	r=0,238; p=0,065	r=0,262; p=0,041	r=0,196; p=0,130	r=-0,117; p=0,369
Mundtrockenheit Therapie	r=0,271; p=0,034	r=0,174; p=0,180	r=0,153; p=0,240	r=0,084; p=0,519	r=-0,130; p=0,316
Durst Häufigkeit	r=-0,041; p=0,754	r=0,104; p=0,424	r=0,240; p=0,062	r=0,288; p=0,024	r=0,118; p=0,365
Durst Stärke	r=0,050; p=0,703	r=0,264; p=0,040	r=0,345; p=0,006	r=0,299; p=0,019	r=0,127; p=0,328
Durst Belastung	r=0,132; p=0,310	r=0,200; p=0,121	r=0,323; p=0,011	r=0,268; p=0,037	r=0,067; p=0,610
Durst Therapie	r=0,102; p=0,435	r=0,211; p=0,103	r=0,200; p=0,122	r=0,197; p=0,129	r=0,020; p=0,880
Appetitlosigkeit Häufigkeit	r=0,041; p=0,754	r=0,211; p=0,103	r=0,085; p=0,516	r=-0,083; p=0,525	r=-0,137; p=0,291
Appetitlosigkeit Stärke	r=0,278; p=0,030	r=0,179; p=0,167	r=0,148; p=0,255	r=-0,020; p=0,878	r=-0,097; p=0,457
Appetitlosigkeit Belastung	r=0,158; p=0,224	r=0,302; p=0,018	r=0,223; p=0,083	r=0,014; p=0,917	r=-0,091; p=0,488
Appetitlosigkeit Therapie	r=0,148; p=0,254	r=0,137; p=0,291	r=0,095; p=0,468	r=0,010; p=0,942	r=-0,059; p=0,654
Übelkeit Häufigkeit	r=0,055; p=0,676	r=0,078; p=0,550	r=0,059; p=0,649	r=0,042; p=0,747	r=-0,111; p=0,395
Übelkeit Stärke	r=0,079; p=0,544	r=0,167; p=0,199	r=0,148; p=0,254	r=0,193; p=0,136	r=0,016; p=0,902
Übelkeit Belastung	r=0,105; p=0,421	r=0,155; p=0,232	r=0,144; p=0,268	r=0,166; p=0,201	r=-0,003; p=0,980
Übelkeit Therapie	r=0,171; p=0,189	r=0,126; p=0,334	r=0,152; p=0,242	r=0,133; p=0,306	r=0,056; p=0,669
Obstipation Häufigkeit	r=0,128; p=0,326	r=0,180; p=0,164	r=0,058; p=0,658	r=0,037; p=0,780	r=0,181; p=0,163
Obstipation Stärke	r=0,221; p=0,087	r=0,196; p=0,130	r=0,134; p=0,302	r=0,098; p=0,454	r=0,257; p=0,045
Obstipation Belastung	r=0,200; p=0,122	r=0,233; p=0,071	r=0,139; p=0,284	r=0,126; p=0,332	r=0,256; p=0,047
Obstipation Therapie	r=0,208; p=0,107	r=0,231; p=0,074	r=0,147; p=0,258	r=0,145; p=0,265	r=0,244; p=0,058
Schlafstörung Häufigkeit	r=0,129; p=0,323	r=0,176; p=0,174	r=0,157; p=0,226	r=0,172; p=0,186	r=0,122; p=0,349
Schlafstörung Stärke	r=0,059; p=0,653	r=0,161; p=0,214	r=0,105; p=0,421	r=0,189; p=0,146	r=0,029; p=0,822
Schlafstörung Belastung	r=0,044; p=0,734	r=0,126; p=0,334	r=0,090; p=0,492	r=0,190; p=0,142	r=0,023; p=0,859
Schlafstörung Therapie	r=0,063; p=0,627	r=0,089; p=0,497	r=0,142; p=0,274	r=0,211; p=0,103	r=0,041; p=0,752
Wasserlassen Häufigkeit	r=0,245; p=0,057	r=-0,034; p=0,796	r=0,130; p=0,319	r=0,114; p=0,381	r=0,160; p=0,218
Wasserlassen Stärke	r=0,260; p=0,043	r=-0,007; p=0,960	r=0,168; p=0,194	r=0,129; p=0,321	r=0,198; p=0,126
Wasserlassen Belastung	r=0,185; p=0,154	r=-0,110; p=0,400	r=0,051; p=0,699	r=0,065; p=0,618	r=0,117; p=0,371
Wasserlassen Therapie	r=0,280; p=0,029	r=-0,116; p=0,374	r=0,068; p=0,603	r=0,051; p=0,695	r=0,062; p=0,637
Gereiztheit Häufigkeit	r=0,083; p=0,527	r=0,275; p=0,032	r=0,304; p=0,017	r=0,178; p=0,169	r=0,271; p=0,034
Gereiztheit Stärke	r=0,051; p=0,696	r=0,291; p=0,023	r=0,324; p=0,011	r=0,195; p=0,132	r=0,328; p=0,010
Gereiztheit Belastung	r=-0,041; p=0,756	r=0,301; p=0,018	r=0,287; p=0,025	r=0,157; p=0,227	r=0,255; p=0,048
Gereiztheit Therapie	r=-0,044; p=0,735	r=0,271; p=0,035	r=0,235; p=0,068	r=0,104; p=0,423	r=0,256; p=0,047
Angst Häufigkeit	r=0,097; p=0,456	r=0,519; p=0,000	r=0,309; p=0,015	r=0,360; p=0,004	r=0,453; p=0,000
Angst Stärke	r=0,089; p=0,493	r=0,532; p=0,000	r=0,362; p=0,004	r=0,330; p=0,009	r=0,472; p=0,000
Angst Belastung	r=0,048; p=0,712	r=0,513; p=0,000	r=0,313; p=0,014	r=0,320; p=0,012	r=0,421; p=0,001
Angst Therapie	r=0,010; p=0,936	r=0,437; p=0,000	r=0,190; p=0,143	r=0,222; p=0,085	r=0,335; p=0,008
Traurigkeit Häufigkeit	r=0,195; p=0,131	r=0,368; p=0,004	r=0,228; p=0,078	r=0,290; p=0,023	r=0,321; p=0,012
Traurigkeit Stärke	r=0,202; p=0,118	r=0,383; p=0,002	r=0,302; p=0,018	r=0,350; p=0,006	r=0,354; p=0,005
Traurigkeit Belastung	r=0,163; p=0,208	r=0,443; p=0,000	r=0,371; p=0,003	r=0,393; p=0,002	r=0,430; p=0,001
Traurigkeit Therapie	r=0,081; p=0,534	r=0,538; p=0,000	r=0,367; p=0,004	r=0,381; p=0,002	r=0,400; p=0,001

Korrelationen der einzelnen PDI-Fragen mit den Gesamtwerten der Symptomdimensionen

	Symptom- häufigkeit gesamt	Symptom- stärke gesamt	Symptom- belastung gesamt	Therapie- bedarf gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	$r=0,354$ $p=0,005$	$r=0,468$ $p=0,000$	$r=0,375$ $p=0,003$	$r=0,386$ $p=0,002$
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	$r=0,297$ $p=0,020$	$r=0,368$ $p=0,004$	$r=0,275$ $p=0,032$	$r=0,321$ $p=0,012$
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	$r=0,532$ $p=0,000$	$r=0,566$ $p=0,000$	$r=0,592$ $p=0,000$	$r=0,493$ $p=0,000$
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	$r=0,246$ $p=0,056$	$r=0,313$ $p=0,014$	$r=0,282$ $p=0,027$	$r=0,361$ $p=0,004$
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	$r=0,288$ $p=0,025$	$r=0,367$ $p=0,004$	$r=0,356$ $p=0,005$	$r=0,276$ $p=0,031$
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	$r=0,296$ $p=0,021$	$r=0,367$ $p=0,004$	$r=0,407$ $p=0,001$	$r=0,272$ $p=0,034$
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	$r=0,180$ $p=0,164$	$r=0,235$ $p=0,068$	$r=0,238$ $p=0,064$	$r=0,180$ $p=0,165$
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	$r=0,263$ $p=0,040$	$r=0,305$ $p=0,017$	$r=0,252$ $p=0,050$	$r=0,158$ $p=0,223$
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	$r=0,325$ $p=0,011$	$r=0,376$ $p=0,003$	$r=0,346$ $p=0,006$	$r=0,384$ $p=0,002$
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	$r=0,397$ $p=0,002$	$r=0,460$ $p=0,000$	$r=0,388$ $p=0,002$	$r=0,242$ $p=0,061$
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	$r=0,328$ $p=0,010$	$r=0,383$ $p=0,002$	$r=0,381$ $p=0,002$	$r=0,320$ $p=0,012$
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	$r=0,186$ $p=0,151$	$r=0,343$ $p=0,007$	$r=0,306$ $p=0,017$	$r=0,241$ $p=0,061$
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	$r=0,313$ $p=0,014$	$r=0,418$ $p=0,001$	$r=0,380$ $p=0,002$	$r=0,231$ $p=0,073$
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	$r=0,207$ $p=0,110$	$r=0,267$ $p=0,037$	$r=0,253$ $p=0,050$	$r=0,147$ $p=0,258$
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	$r=0,400$ $p=0,001$	$r=0,440$ $p=0,000$	$r=0,430$ $p=0,001$	$r=0,417$ $p=0,001$
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	$r=0,224$ $p=0,082$	$r=0,315$ $p=0,013$	$r=0,251$ $p=0,051$	$r=0,133$ $p=0,307$
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	$r=0,075$ $p=0,563$	$r=0,159$ $p=0,220$	$r=0,172$ $p=0,184$	$r=0,106$ $p=0,415$
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	$r=0,252$ $p=0,050$	$r=0,310$ $p=0,015$	$r=0,231$ $p=0,073$	$r=0,157$ $p=0,227$
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	$r=0,313$ $p=0,014$	$r=0,453$ $p=0,000$	$r=0,438$ $p=0,000$	$r=0,254$ $p=0,048$
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	$r=0,110$ $p=0,399$	$r=0,177$ $p=0,172$	$r=0,069$ $p=0,599$	$r=0,092$ $p=0,479$
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	$r=0,063$ $p=0,628$	$r=0,116$ $p=0,372$	$r=0,134$ $p=0,303$	$r=0,020$ $p=0,881$
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	$r=0,059$ $p=0,653$	$r=0,078$ $p=0,551$	$r=0,057$ $p=0,665$	$r=0,097$ $p=0,457$
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	$r=0,216$ $p=0,094$	$r=0,300$ $p=0,019$	$r=0,249$ $p=0,053$	$r=0,130$ $p=0,319$
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	$r=0,297$ $p=0,020$	$r=0,347$ $p=0,006$	$r=0,316$ $p=0,013$	$r=0,199$ $p=0,124$
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	$r=0,188$ $p=0,148$	$r=0,248$ $p=0,054$	$r=0,196$ $p=0,130$	$r=0,115$ $p=0,378$

Korrelationen der einzelnen PDI-Fragen mit den Symptomen im Detail

Schmerzen

	Schmerzen Häufigkeit	Schmerzen Stärke	Schmerzen Belastung	Schmerzen Therapie- bedarf	Schmerzen gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,242 p=0,060	r=0,339 p=0,008	r=0,276 p=0,031	r=0,309 p=0,016	r=0,275 p=0,032
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,274 p=0,033	r=0,360 p=0,004	r=0,294 p=0,022	r=0,344 p=0,007	r=0,294 p=0,021
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,465 p=0,000	r=0,387 p=0,000	r=0,544 p=0,000	r=0,447 p=0,000	r=0,577 p=0,000
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,125 p=0,335	r=0,220 p=0,089	r=0,117 p=0,367	r=0,246 p=0,056	r=0,181 p=0,163
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=-0,119 p=0,361	r=0,123 p=0,347	r=0,048 p=0,713	r=0,113 p=0,387	r=0,060 p=0,648
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,167 p=0,198	r=0,231 p=0,074	r=0,286 p=0,026	r=0,203 p=0,116	r=0,271 p=0,035
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=-0,019 p=0,882	r=0,154 p=0,237	r=0,138 p=0,288	r=0,102 p=0,433	r=0,129 p=0,324
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,172 p=0,186	r=0,294 p=0,022	r=0,222 p=0,086	r=0,226 p=0,080	r=0,267 p=0,038
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,272 p=0,034	r=0,372 p=0,003	r=0,277 p=0,031	r=0,250 p=0,052	r=0,323 p=0,011
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,187 p=0,150	r=0,282 p=0,027	r=0,215 p=0,095	r=0,183 p=0,159	r=0,254 p=0,048
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,127 p=0,330	r=0,267 p=0,037	r=0,145 p=0,266	r=0,157 p=0,226	r=0,198 p=0,125
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,105 p=0,419	r=0,224 p=0,082	r=0,160 p=0,218	r=0,204 p=0,114	r=0,171 p=0,188
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,104 p=0,425	r=0,259 p=0,044	r=0,201 p=0,121	r=0,136 p=0,296	r=0,206 p=0,111
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,080 p=0,542	r=0,285 p=0,026	r=0,160 p=0,218	r=0,180 p=0,164	r=0,208 p=0,108
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,314 p=0,014	r=0,303 p=0,018	r=0,274 p=0,033	r=0,269 p=0,036	r=0,307 p=0,016
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=-0,108 p=0,405	r=0,093 p=0,476	r=0,011 p=0,933	r=0,025 p=0,846	r=0,025 p=0,850
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,104 p=0,424	r=0,155 p=0,232	r=0,121 p=0,351	r=0,030 p=0,816	r=0,119 p=0,360
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,109 p=0,401	r=0,102 p=0,435	r=0,058 p=0,655	r=0,111 p=0,393	r=0,095 p=0,466
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=-0,076 p=0,558	r=0,167 p=0,197	r=0,103 p=0,429	r=0,049 p=0,706	r=0,063 p=0,631
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,228 p=0,077	r=0,250 p=0,052	r=0,195 p=0,133	r=0,215 p=0,096	r=0,226 p=0,080
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,005 p=0,970	r=0,021 p=0,872	r=-0,009 p=0,947	r=-0,015 p=0,909	r=0,035 p=0,790
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,155 p=0,233	r=0,090 p=0,490	r=0,090 p=0,490	r=0,227 p=0,078	r=0,126 p=0,332
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,098 p=0,455	r=0,256 p=0,046	r=0,259 p=0,044	0,154 0,236	r=0,229 p=0,076
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,081 p=0,533	r=0,091 p=0,486	r=0,010 p=0,941	r=0,060 p=0,648	r=0,056 p=0,669
Frage 25	r=0,084	r=0,261	r=0,249	r=0,293	r=0,246

Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	p=0,520	p=0,042	p=0,053	p=0,022	p=0,056
--	---------	----------------	---------	----------------	---------

Atemnot

	Atemnot Häufigkeit	Atemnot Stärke	Atemnot Belastung	Atemnot Therapie- bedarf	Atemnot gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,151 p=0,244	r=0,220 p=0,088	r=0,203 p=0,116	r=0,184 p=0,155	r=0,180 p=0,165
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,091 p=0,485	r=0,166 p=0,200	r=0,166 p=0,202	r=0,146 p=0,261	r=0,122 p=0,349
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,472 p=0,000	r=0,474 p=0,000	r=0,507 p=0,000	r=0,380 p=0,003	r=0,468 p=0,000
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,209 p=0,107	r=0,245 p=0,057	r=0,258 p=0,045	r=0,251 p=0,051	r=0,233 p=0,071
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,254 p=0,049	r=0,213 p=0,099	r=0,236 p=0,067	r=0,198 p=0,126	r=0,226 p=0,080
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,188 p=0,146	r=0,209 p=0,106	r=0,181 p=0,162	r=0,141 p=0,279	r=0,177 p=0,171
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,147 p=0,260	r=0,107 p=0,413	r=0,054 p=0,677	r=0,030 p=0,819	r=0,076 p=0,561
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,193 p=0,136	r=0,210 p=0,104	r=0,269 p=0,036	r=0,187 p=0,148	r=0,225 p=0,082
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,256 p=0,046	r=0,298 p=0,020	r=0,287 p=0,025	r=0,222 p=0,085	r=0,275 p=0,032
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,235 p=0,068	r=0,258 p=0,045	r=0,191 p=0,140	r=0,086 p=0,508	r=0,194 p=0,134
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,322 p=0,011	r=0,291 p=0,023	r=0,297 p=0,020	r=0,210 p=0,105	r=0,288 p=0,024
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,112 p=0,390	r=0,105 p=0,422	r=0,098 p=0,451	r=0,100 p=0,442	r=0,119 p=0,362
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,204 p=0,116	r=0,162 p=0,211	r=0,116 p=0,373	r=0,060 p=0,648	r=0,136 p=0,295
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,247 p=0,054	r=0,204 p=0,115	r=0,221 p=0,087	r=0,144 p=0,267	r=0,219 p=0,090
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,156 p=0,229	r=0,137 p=0,292	r=0,158 p=0,225	r=0,120 p=0,359	r=0,169 p=0,193
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,097 p=0,458	r=0,125 p=0,338	r=0,096 p=0,460	r=0,049 p=0,706	r=0,104 p=0,424
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,178 p=0,170	r=0,199 p=0,124	r=0,155 p=0,233	r=0,115 p=0,378	r=0,138 p=0,290
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,097 p=0,457	r=0,116 p=0,371	r=0,115 p=0,376	r=0,059 p=0,653	r=0,121 p=0,352
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,152 p=0,241	r=0,170 p=0,191	r=0,204 p=0,115	r=0,125 p=0,338	r=0,153 p=0,238
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,035 p=0,787	r=0,023 p=0,859	r=0,043 p=0,744	r=-0,036 p=0,782	r=0,013 p=0,924
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,153 p=0,239	r=0,180 p=0,164	r=0,179 p=0,167	r=0,093 p=0,477	r=0,151 p=0,246
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,047 p=0,718	r=0,106 p=0,415	r=0,095 p=0,465	r=0,062 p=0,637	r=0,089 p=0,495
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,241 p=0,061	r=0,230 p=0,074	r=0,209 p=0,106	r=0,121 p=0,354	r=0,207 p=0,110
Frage 24	r=0,221	r=0,233	r=0,168	r=0,151	r=0,187

Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	p=0,086	p=0,071	p=0,196	p=0,246	p=0,149
Frage 25	r=0,053	r=0,078	r=0,140	r=0,096	r=0,098
Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	p=0,684	p=0,548	p=0,282	p=0,461	p=0,452

Müdigkeit

	Müdigkeit Häufigkeit	Müdigkeit Stärke	Müdigkeit Belastung	Müdigkeit Therapiebedarf	Müdigkeit gesamt
Frage 1	r=0,062	r=0,173	r=-0,020	r=-0,029	r=0,049
Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	p=0,637	p=0,181	p=0,876	p=0,824	p=0,706
Frage 2	r=-0,001	r=-0,023	r=-0,120	r=-0,112	r=-0,086
Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	p=0,993	p=0,863	p=0,357	p=0,389	p=0,512
Frage 3	r=0,189	r=0,227	r=0,349	r=0,338	r=0,350
Körperlich belastende Symptome zu haben	p=0,144	p=0,078	p=0,006	p=0,008	p=0,006
Frage 4	r=0,103	r=0,128	r=0,016	r=0,155	r=0,095
Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	p=0,429	p=0,325	p=0,900	p=0,234	p=0,467
Frage 5	r=0,194	r=0,224	r=0,134	r=0,181	r=0,199
Sich deprimiert zu fühlen	p=0,135	p=0,082	p=0,302	p=0,162	p=0,125
Frage 6	r=0,047	r=0,093	r=0,161	r=0,114	r=0,146
Sich ängstlich zu fühlen	p=0,719	p=0,474	p=0,215	p=0,381	p=0,271
Frage 7	r=0,185	r=0,153	r=0,094	r=0,061	r=0,139
Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	p=0,152	p=0,239	p=0,470	p=0,641	p=0,286
Frage 8	r=-0,027	r=0,005	r=0,159	r=0,136	r=0,099
Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	p=0,835	p=0,968	p=0,220	p=0,296	p=0,450
Frage 9	r=0,216	r=0,232	r=0,217	r=0,266	r=0,271
Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	p=0,095	p=0,072	p=0,093	p=0,038	p=0,035
Frage 10	r=0,212	r=0,272	r=0,201	r=0,066	r=0,211
Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	p=0,101	p=0,034	p=0,121	p=0,615	p=0,102
Frage 11	r=0,134	r=0,196	r=0,129	r=0,206	r=0,184
Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	p=0,302	p=0,129	p=0,320	p=0,111	p=0,156
Frage 12	r=0,040	r=0,168	r=0,166	r=0,141	r=0,157
Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	p=0,760	p=0,194	p=0,202	p=0,278	p=0,228
Frage 13	r=0,257	r=0,237	r=0,187	r=0,120	r=0,215
Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	p=0,045	p=0,066	p=0,149	p=0,357	p=0,095
Frage 14	r=0,141	r=0,213	r=0,178	r=0,154	r=0,193
Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	p=0,278	p=0,100	p=0,171	p=0,237	p=0,137
Frage 15	r=0,142	r=0,225	r=0,361	r=0,342	r=0,331
Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	p=0,278	p=0,081	p=0,004	p=0,007	p=0,009
Frage 16	r=-0,014	r=0,001	r=0,107	r=0,069	r=0,040
Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	p=0,913	p=0,994	p=0,411	p=0,599	p=0,757
Frage 17	r=-0,079	r=-0,085	r=0,067	r=-0,075	r=-0,045
Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	p=0,543	p=0,515	p=0,607	p=0,565	p=0,733
Frage 18	r=0,219	r=0,091	r=0,114	r=0,010	r=0,102
Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	p=0,090	p=0,488	p=0,382	p=0,937	p=0,432
Frage 19	r=0,053	r=0,195	r=0,214	r=0,105	r=0,171
Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	p=0,686	p=0,132	p=0,098	p=0,419	p=0,187
Frage 20	r=0,197	r=0,190	r=0,083	r=0,005	r=0,115
Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	p=0,129	p=0,142	p=0,522	p=0,969	p=0,380
Frage 21	r=-0,032	r=0,006	r=-0,017	r=-0,102	r=-0,032
Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	p=0,804	p=0,966	p=0,899	p=0,434	p=0,806
Frage 22	r=-0,026	r=-0,083	r=-0,129	r=-0,133	r=-0,100
Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	p=0,843	p=0,524	p=0,322	p=0,305	p=0,445
Frage 23	r=0,124	r=0,148	r=0,116	r=-0,037	r=0,103

Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	p=0,340	p=0,256	p=0,372	p=0,776	p=0,429
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=-0,044 p=0,735	r=0,104 p=0,424	r=0,128 p=0,324	r=-0,008 p=0,948	r=0,062 p=0,636
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,043 p=0,741	r=0,178 p=0,169	r=0,081 p=0,536	r=0,006 p=0,962	r=0,088 p=0,500

Schwäche

	Schwäche Häufigkeit	Schwäche Stärke	Schwäche Belastung	Schwäche Therapiebedarf	Schwäche gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,319 p=0,012	r=0,244 p=0,058	r=0,302 p=0,018	r=0,305 p=0,017	r=0,359 p=0,004
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,319 p=0,012	r=0,198 p=0,126	r=0,190 p=0,142	r=0,195 p=0,131	r=0,273 p=0,033
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,192 p=0,139	r=0,233 p=0,070	r=0,274 p=0,032	r=0,290 p=0,023	r=0,312 p=0,014
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,094 p=0,473	r=0,156 p=0,229	r=0,281 p=0,029	r=0,261 p=0,042	r=0,249 p=0,053
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,062 p=0,635	r=0,138 p=0,290	r=0,291 p=0,023	r=0,269 p=0,036	r=0,249 p=0,053
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,127 p=0,328	r=0,346 p=0,006	r=0,348 p=0,006	r=0,275 p=0,032	r=0,354 p=0,005
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=-0,001 p=0,993	r=0,169 p=0,193	r=0,216 p=0,094	r=0,143 p=0,273	r=0,180 p=0,165
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,029 p=0,827	r=0,116 p=0,371	r=0,186 p=0,151	r=0,221 p=0,087	r=0,179 p=0,167
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,185 p=0,155	r=0,100 p=0,443	r=0,301 p=0,018	r=0,230 p=0,075	r=0,266 p=0,038
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,206 p=0,111	r=0,241 p=0,062	r=0,296 p=0,020	r=0,196 p=0,131	r=0,298 p=0,020
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,243 p=0,059	r=0,291 p=0,023	r=0,457 p=0,000	r=0,379 p=0,003	r=0,418 p=0,001
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=-0,049 p=0,707	r=0,118 p=0,367	r=0,230 p=0,075	r=0,211 p=0,103	r=0,151 p=0,246
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,215 p=0,097	r=0,367 p=0,004	r=0,245 p=0,057	r=0,213 p=0,100	r=0,305 p=0,017
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,172 p=0,184	r=0,185 p=0,153	r=0,318 p=0,013	r=0,261 p=0,042	r=0,287 p=0,025
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,101 p=0,436	r=0,183 p=0,159	r=0,299 p=0,019	r=0,272 p=0,034	r=0,260 p=0,043
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,083 p=0,526	r=0,199 p=0,124	r=0,169 p=0,192	r=0,090 p=0,492	r=0,143 p=0,270
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=-0,110 p=0,398	r=0,005 p=0,967	r=0,129 p=0,323	r=0,075 p=0,565	r=0,044 p=0,734
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,084 p=0,520	r=0,090 p=0,491	r=0,136 p=0,294	r=-0,021 p=0,870	r=0,094 p=0,469
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,111 p=0,395	r=0,260 p=0,043	r=0,347 p=0,006	r=0,228 p=0,078	r=0,285 p=0,026
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,210 p=0,103	r=0,147 p=0,259	r=0,045 p=0,730	r=0,140 p=0,280	r=0,158 p=0,224
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,050 p=0,701	r=-0,101 p=0,439	r=0,108 p=0,407	r=0,023 p=0,859	r=0,025 p=0,849

Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,057 p=0,662	r=-0,196 p=0,129	r=-0,108 p=0,405	r=-0,081 p=0,535	r=-0,131 p=0,313
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,163 p=0,208	r=0,249 p=0,053	r=0,257 p=0,046	r=0,141 p=0,279	r=0,255 p=0,047
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,222 p=0,085	r=0,264 p=0,040	r=0,297 p=0,020	r=0,225 p=0,081	r=0,298 p=0,020
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=-0,018 p=0,982	r=-0,015 p=0,909	r=0,115 p=0,376	r=0,046 p=0,725	r=0,048 p=0,716

Mundtrockenheit

	Mund- trockenheit Häufigkeit	Mund- trockenheit Stärke	Mund- trockenheit Belastung	Mund- trockenheit Therapie- bedarf	Mund- trockenheit gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,226 p=0,079	r=0,344 p=0,007	r=0,310 p=0,015	r=0,331 p=0,009	r=0,327 p=0,010
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,146 p=0,262	r=0,139 p=0,286	r=0,165 p=0,203	r=0,178 p=0,170	r=0,173 p=0,182
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,270 p=0,035	r=0,232 p=0,072	r=0,323 p=0,011	r=0,331 p=0,009	r=0,305 p=0,017
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,124 p=0,340	r=0,215 p=0,097	r=0,218 p=0,091	r=0,239 p=0,063	r=0,209 p=0,106
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,004 p=0,976	r=0,096 p=0,462	r=0,166 p=0,202	r=0,048 p=0,711	r=0,087 p=0,504
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=-0,086 p=0,509	r=-0,111 p=0,396	r=0,085 p=0,514	r=0,002 p=0,985	r=-0,024 p=0,854
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=-0,060 p=0,645	r=-0,023 p=0,862	r=0,118 p=0,365	r=0,055 p=0,671	r=0,027 p=0,833
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,118 p=0,366	r=0,095 p=0,468	r=0,070 p=0,591	r=0,000 p=0,999	r=0,070 p=0,594
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,202 p=0,118	r=0,283 p=0,027	r=0,289 p=0,025	r=0,291 p=0,023	r=0,301 p=0,018
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,204 p=0,115	r=0,236 p=0,067	r=0,185 p=0,155	r=0,134 p=0,303	r=0,201 p=0,121
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,211 p=0,103	r=0,291 p=0,023	r=0,270 p=0,035	r=0,134 p=0,303	r=0,249 p=0,053
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=-0,067 p=0,606	r=0,147 p=0,257	r=0,158 p=0,225	r=0,061 p=0,640	r=0,088 p=0,499
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=-0,084 p=0,517	r=0,035 p=0,787	r=0,121 p=0,354	r=0,066 p=0,611	r=0,029 p=0,826
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=-0,129 p=0,322	r=0,027 p=0,834	r=0,167 p=0,200	r=-0,054 p=0,678	r=0,015 p=0,911
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,063 p=0,632	r=0,199 p=0,124	r=0,331 p=0,009	r=0,237 p=0,065	r=0,243 p=0,059
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=-0,193 p=0,135	r=-0,041 p=0,753	r=0,083 p=0,523	r=-0,030 p=0,820	r=-0,038 p=0,770
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=-0,112 p=0,388	r=-0,082 p=0,531	r=-0,068 p=0,602	r=-0,092 p=0,481	r=-0,102 p=0,434
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=-0,108 p=0,407	r=0,005 p=0,970	r=0,054 p=0,682	r=-0,020 p=0,879	r=-0,025 p=0,848
Frage 19	r=-0,039	r=0,104	r=0,164	r=0,023	r=0,084

Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	p=0,766	p=0,424	p=0,208	p=0,858	p=0,520
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=-0,012 p=0,929	r=0,110 p=0,400	r=-0,018 p=0,889	r=0,069 p=0,595	r=0,011 p=0,933
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,251 p=0,051	r=-0,186 p=0,151	r=-0,118 p=0,366	r=-0,157 p=0,228	r=-0,207 p=0,109
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,191 p=0,142	r=-0,216 p=0,094	r=-0,105 p=0,420	r=-0,079 p=0,545	r=-0,186 p=0,151
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,022 p=0,867	r=-0,004 p=0,975	r=0,052 p=0,688	r=0,033 p=0,803	r=0,019 p=0,885
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,008 p=0,951	r=0,009 p=0,946	r=0,128 p=0,326	r=0,032 p=0,806	r=0,048 p=0,711
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=-0,085 p=0,513	r=-0,154 p=0,236	r=-0,021 p=0,871	r=-0,087 p=0,505	r=-0,110 p=0,398

Durst

	Durst Häufigkeit	Durst Stärke	Durst Belastung	Durst Therapiebedarf	Durst gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,012 p=0,925	r=0,096 p=0,462	r=0,171 p=0,188	r=0,126 p=0,333	r=0,102 p=0,434
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,038 p=0,774	r=0,118 p=0,364	r=0,166 p=0,200	r=0,161 p=0,216	r=0,120 p=0,357
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,154 p=0,237	r=0,253 p=0,049	r=0,266 p=0,038	r=0,272 p=0,034	r=0,235 p=0,068
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,062 p=0,634	r=0,160 p=0,217	r=0,105 p=0,419	r=0,093 p=0,475	r=0,114 p=0,382
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,139 p=0,287	r=0,251 p=0,051	r=0,162 p=0,214	r=0,132 p=0,312	r=0,191 p=0,139
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,043 p=0,741	r=0,137 p=0,294	r=0,096 p=0,464	r=0,112 p=0,388	r=0,109 p=0,401
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,033 p=0,802	r=0,189 p=0,144	r=0,126 p=0,335	r=0,153 p=0,239	r=0,137 p=0,294
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,115 p=0,377	r=0,125 p=0,339	r=0,045 p=0,733	r=-0,005 p=0,972	r=0,085 p=0,514
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,155 p=0,234	r=0,258 p=0,045	r=0,200 p=0,121	r=0,236 p=0,067	r=0,217 p=0,092
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,171 p=0,189	r=0,237 p=0,065	r=0,241 p=0,062	r=0,144 p=0,267	r=0,217 p=0,092
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,169 p=0,192	r=0,275 p=0,032	r=0,206 p=0,111	r=0,169 p=0,193	r=0,218 p=0,092
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,317 p=0,013	r=0,369 p=0,003	r=0,290 p=0,023	r=0,166 p=0,200	r=0,328 p=0,010
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,081 p=0,535	r=0,147 p=0,257	r=0,171 p=0,188	r=0,035 p=0,787	r=0,128 p=0,327
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=-0,001 p=0,996	r=0,038 p=0,770	r=-0,031 p=0,814	r=-0,092 p=0,482	r=-0,014 p=0,914
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,318 p=0,013	r=0,395 p=0,002	r=0,252 p=0,050	r=0,274 p=0,032	r=0,339 p=0,008
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,244 p=0,058	r=0,212 p=0,102	r=0,180 p=0,165	r=0,099 p=0,450	r=0,206 p=0,111
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,091 p=0,487	r=0,145 p=0,264	r=0,023 p=0,861	r=0,010 p=0,938	r=0,084 p=0,518
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,307 p=0,016	r=0,342 p=0,007	r=0,326 p=0,010	r=0,209 p=0,106	r=0,325 p=0,011

Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,264 p=0,040	r=0,356 p=0,005	r=0,329 p=0,010	r=0,235 p=0,068	r=0,322 p=0,011
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=-0,216 p=0,095	r=0,159 p=0,222	r=-0,092 p=0,479	r=-0,125 p=0,336	r=-0,166 p=0,202
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,031 p=0,814	r=0,023 p=0,860	r=-0,038 p=0,770	r=-0,106 p=0,416	r=-0,007 p=0,960
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,063 p=0,627	r=0,054 p=0,681	r=0,029 p=0,821	r=0,031 p=0,813	r=0,050 p=0,702
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=-0,009 p=0,946	r=0,120 p=0,358	r=0,045 p=0,731	r=0,100 p=0,443	r=0,066 p=0,611
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,086 p=0,510	r=0,181 p=0,164	r=0,118 p=0,364	r=0,078 p=0,550	r=0,132 p=0,309
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,168 p=0,197	r=0,200 p=0,121	r=0,097 p=0,456	r=0,061 p=0,640	r=0,158 p=0,223

Appetitlosigkeit

	Appetit- losigkeit Häufigkeit	Appetit- losigkeit Stärke	Appetit- losigkeit Belastung	Appetit- losigkeit Therapie- bedarf	Appetit- losigkeit gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,105 p=0,419	r=0,303 p=0,018	r=0,194 p=0,134	r=0,160 p=0,218	r=0,204 p=0,114
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,001 p=0,996	r=0,173 p=0,182	r=0,037 p=0,779	r=0,025 p=0,849	r=0,051 p=0,697
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,145 p=0,265	r=0,160 p=0,218	r=0,302 p=0,018	r=0,257 p=0,046	r=0,273 p=0,033
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,200 p=0,122	r=0,244 p=0,058	r=0,213 p=0,099	r=0,185 p=0,153	r=0,251 p=0,051
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,229 p=0,076	r=0,138 p=0,287	r=0,244 p=0,058	r=0,090 p=0,490	r=0,217 p=0,093
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,367 p=0,004	r=0,298 p=0,020	r=0,404 p=0,001	r=0,168 p=0,197	r=0,371 p=0,003
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,067 p=0,610	r=0,013 p=0,919	r=0,116 p=0,372	r=0,059 p=0,649	r=0,105 p=0,419
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,027 p=0,838	r=0,057 p=0,661	r=0,060 p=0,645	r=-0,078 p=0,548	r=0,031 p=0,814
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=-0,009 p=0,944	r=0,037 p=0,777	r=0,134 p=0,304	r=0,190 p=0,142	r=0,139 p=0,286
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,205 p=0,113	r=0,137 p=0,292	r=0,222 p=0,086	r=0,133 p=0,307	r=0,183 p=0,158
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,027 p=0,838	r=0,004 p=0,977	r=0,237 p=0,066	r=0,152 p=0,243	r=0,159 p=0,222
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,060 p=0,648	r=0,119 p=0,362	r=0,122 p=0,349	r=0,105 p=0,420	r=0,115 p=0,377
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,118 p=0,366	r=0,233 p=0,071	r=0,277 p=0,031	r=0,095 p=0,464	r=0,203 p=0,116
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=-0,004 p=0,973	r=0,123 p=0,343	r=0,206 p=0,111	r=0,045 p=0,733	r=0,122 p=0,348
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,095 p=0,465	r=0,055 p=0,675	r=0,136 p=0,295	r=0,226 p=0,081	r=0,178 p=0,171
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,066 p=0,615	r=0,093 p=0,476	r=0,079 p=0,543	r=0,009 p=0,945	r=0,069 p=0,595
Frage 17	r=-0,229	r=-0,072	r=-0,028	r=0,036	r=-0,042

Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	p=0,076	p=0,582	p=0,828	p=0,784	p=0,747
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=-0,141 p=0,280	r=-0,099 p=0,446	r=-0,115 p=0,377	r=-0,161 p=0,214	r=-0,150 p=0,249
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,083 p=0,523	r=0,184 p=0,157	r=0,126 p=0,335	r=-0,011 p=0,931	r=0,105 p=0,422
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=-0,076 p=0,559	r=0,149 p=0,252	r=0,052 p=0,693	r=0,063 p=0,632	r=0,038 p=0,772
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,108 p=0,408	r=-0,002 p=0,985	r=0,066 p=0,614	r=0,072 p=0,579	r=0,018 p=0,893
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,220 p=0,088	r=-0,213 p=0,100	r=-0,220 p=0,088	r=-0,071 p=0,588	r=-0,190 p=0,143
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,092 p=0,480	r=0,121 p=0,352	r=0,132 p=0,311	r=0,029 p=0,824	r=0,121 p=0,354
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,243 p=0,059	r=0,271 p=0,035	r=0,281 p=0,028	r=0,153 p=0,240	r=0,280 p=0,029
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,020 p=0,877	r=-0,019 p=0,882	r=0,008 p=0,952	r=-0,105 p=0,421	r=-0,037 p=0,780

Übelkeit

	Übelkeit Häufigkeit	Übelkeit Stärke	Übelkeit Belastung	Übelkeit Therapie- bedarf	Übelkeit gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,218 p=0,092	r=0,255 p=0,047	r=0,256 p=0,047	r=0,310 p=0,015	r=0,251 p=0,051
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,080 p=0,540	r=-0,005 p=0,967	r=-0,003 p=0,984	r=0,065 p=0,620	r=0,015 p=0,906
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,407 p=0,001	r=0,404 p=0,001	r=0,442 p=0,000	r=0,476 p=0,000	r=0,449 p=0,000
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,238 p=0,064	r=0,249 p=0,053	r=0,302 p=0,018	r=0,279 p=0,029	r=0,297 p=0,020
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,066 p=0,616	r=0,105 p=0,420	r=0,076 p=0,559	r=0,056 p=0,669	r=0,097 p=0,456
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=-0,012 p=0,925	r=0,048 p=0,716	r=0,059 p=0,651	r=0,044 p=0,734	r=0,063 p=0,629
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=-0,069 p=0,598	r=0,005 p=0,972	r=-0,029 p=0,824	r=0,001 p=0,996	r=-0,005 p=0,968
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=-0,109 p=0,404	r=0,021 p=0,873	r=0,020 p=0,876	r=-0,063 p=0,632	r=-0,027 p=0,838
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,205 p=0,113	r=0,180 p=0,166	r=0,168 p=0,195	r=0,150 p=0,248	r=0,160 p=0,217
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,199 p=0,123	r=0,204 p=0,115	r=0,204 p=0,114	r=0,170 p=0,190	r=0,221 p=0,088
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,166 p=0,201	r=0,164 p=0,207	r=0,173 p=0,183	r=0,147 p=0,258	r=0,167 p=0,197
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=-0,070 p=0,593	r=0,147 p=0,258	r=0,176 p=0,175	r=0,094 p=0,471	r=0,116 p=0,371
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,022 p=0,869	r=0,134 p=0,303	r=0,147 p=0,259	r=0,196 p=0,130	r=0,132 p=0,309
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=-0,163 p=0,208	r=-0,119 p=0,360	r=-0,086 p=0,508	r=-0,101 p=0,437	r=-0,113 p=0,388
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,055 p=0,676	r=0,161 p=0,214	r=0,131 p=0,316	r=0,109 p=0,401	r=0,141 p=0,278
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,106 p=0,416	r=0,212 p=0,927	r=0,191 p=0,141	r=0,154 p=0,236	r=0,170 p=0,190

Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=-0,038 p=0,771	r=0,012 p=0,927	r=0,016 p=0,901	r=-0,005 p=0,969	r=0,003 p=0,980
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=-0,057 p=0,662	r=-0,048 p=0,713	r=-0,131 p=0,313	r=-0,085 p=0,515	r=-0,077 p=0,553
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,005 p=0,972	r=0,049 p=0,707	r=0,051 p=0,699	r=0,058 p=0,657	r=0,044 p=0,734
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=-0,231 p=0,074	r=-0,142 p=0,273	r=-0,084 p=0,518	r=-0,054 p=0,682	r=-0,158 p=0,223
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,035 p=0,789	r=-0,026 p=0,841	r=0,048 p=0,712	r=0,045 p=0,733	r=0,011 p=0,930
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=-0,005 p=0,968	r=0,068 p=0,603	r=0,044 p=0,736	r=0,131 p=0,315	r=0,050 p=0,701
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=-0,134 p=0,305	r=-0,016 p=0,902	r=-0,075 p=0,568	r=-0,063 p=0,631	r=-0,063 p=0,631
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,015 p=0,910	r=0,210 p=0,105	r=0,175 p=0,177	r=0,166 p=0,201	r=0,168 p=0,195
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=-0,077 p=0,553	r=0,046 p=0,724	r=0,017 p=0,897	r=0,039 p=0,764	r=0,009 p=0,947

Obstipation

	Obstipation Häufigkeit	Obstipation Stärke	Obstipation Belastung	Obstipation Therapie- bedarf	Obstipation gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,125 p=0,339	r=0,206 p=0,111	r=0,146 p=0,261	r=0,170 p=0,190	r=0,170 p=0,190
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,039 p=0,765	r=0,115 p=0,377	r=0,120 p=0,358	r=0,127 p=0,331	r=0,108 p=0,406
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,181 p=0,163	r=0,228 p=0,077	r=0,239 p=0,064	r=0,236 p=0,068	r=0,236 p=0,067
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=-0,139 p=0,284	r=-0,090 p=0,488	r=-0,090 p=0,492	r=-0,059 p=0,651	r=-0,096 p=0,460
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,128 p=0,325	r=0,138 p=0,290	r=0,150 p=0,248	r=0,164 p=0,205	r=0,143 p=0,272
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,011 p=0,932	r=-0,013 p=0,923	r=0,059 p=0,654	r=0,038 p=0,771	r=0,037 p=0,780
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,079 p=0,546	r=0,021 p=0,875	r=0,072 p=0,579	r=0,054 p=0,680	r=0,059 p=0,650
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,245 p=0,057	r=0,215 p=0,096	r=0,217 p=0,094	r=0,215 p=0,095	r=0,236 p=0,067
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,163 p=0,210	r=0,244 p=0,058	r=0,218 p=0,091	r=0,236 p=0,067	r=0,208 p=0,109
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=-0,054 p=0,677	r=-0,003 p=0,985	r=-0,001 p=0,992	r=0,027 p=0,834	r=-0,012 p=0,930
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,154 p=0,237	r=0,177 p=0,172	r=0,181 p=0,162	r=0,182 p=0,162	r=0,184 p=0,157
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,216 p=0,095	r=0,318 p=0,013	r=0,312 p=0,014	r=0,322 p=0,011	r=0,307 p=0,016
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,112 p=0,389	r=0,161 p=0,216	r=0,176 p=0,175	r=0,182 p=0,160	r=0,161 p=0,216
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,032 p=0,804	r=0,017 p=0,895	r=0,003 p=0,984	r=0,001 p=0,993	r=0,032 p=0,809
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,239 p=0,064	r=0,249 p=0,053	r=0,276 p=0,031	r=0,294 p=0,021	r=0,286 p=0,026

Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,023 p=0,858	r=0,073 p=0,575	r=0,059 p=0,650	r=0,053 p=0,685	r=0,046 p=0,727
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,034 p=0,792	r=0,079 p=0,546	r=0,113 p=0,387	r=0,173 p=0,183	r=0,095 p=0,466
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=-0,020 p=0,877	r=0,034 p=0,792	r=0,042 p=0,746	r=0,050 p=0,701	r=0,025 p=0,848
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,095 p=0,464	r=0,156 p=0,230	r=0,160 p=0,219	r=0,210 p=0,105	r=0,148 p=0,255
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,033 p=0,803	r=0,105 p=0,419	r=0,123 p=0,346	r=0,132 p=0,312	r=0,104 p=0,425
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,012 p=0,929	r=0,070 p=0,591	r=0,076 p=0,563	r=0,103 p=0,427	r=0,054 p=0,678
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,145 p=0,266	r=0,208 p=0,108	r=0,217 p=0,094	r=0,203 p=0,117	r=0,191 p=0,139
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,093 p=0,477	r=0,109 p=0,403	r=0,126 p=0,332	r=0,113 p=0,385	r=0,134 p=0,303
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,003 p=0,984	r=0,016 p=0,900	r=0,010 p=0,940	r=0,018 p=0,888	r=0,032 p=0,804
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,104 p=0,423	r=0,153 p=0,238	r=0,128 p=0,325	r=0,135 p=0,300	r=0,130 p=0,318

Schlafstörungen

	Schlaf- störung Häufigkeit	Schlaf- störung Stärke	Schlaf- störung Belastung	Schlaf- störung Therapie- bedarf	Schlaf- störung gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,129 p=0,322	r=0,074 p=0,571	r=0,117 p=0,371	r=0,091 p=0,486	r=0,116 p=0,373
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,135 p=0,300	r=0,106 p=0,415	r=0,059 p=0,654	r=0,095 p=0,465	r=0,100 p=0,445
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,105 p=0,421	r=0,088 p=0,499	r=0,072 p=0,581	r=0,070 p=0,591	r=0,097 p=0,457
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,084 p=0,518	r=-0,007 p=0,957	r=0,019 p=0,887	r=0,093 p=0,478	r=0,042 p=0,751
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,113 p=0,387	r=0,071 p=0,587	r=0,094 p=0,473	r=0,108 p=0,409	r=0,087 p=0,504
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,078 p=0,549	r=0,039 p=0,763	r=0,025 p=0,851	r=-0,019 p=0,881	r=0,049 p=0,709
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,122 p=0,349	r=0,083 p=0,524	r=0,074 p=0,569	r=0,002 p=0,985	r=0,079 p=0,547
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,201 p=0,120	r=0,275 p=0,032	r=0,196 p=0,130	r=0,113 p=0,385	r=0,238 p=0,065
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,090 p=0,490	r=0,074 p=0,570	r=0,128 p=0,327	r=0,181 p=0,164	r=0,120 p=0,356
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,155 p=0,232	r=0,145 p=0,264	r=0,153 p=0,240	r=0,112 p=0,389	r=0,171 p=0,189
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,054 p=0,680	r=0,021 p=0,873	r=0,083 p=0,527	r=0,116 p=0,372	r=0,083 p=0,527
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=-0,037 p=0,776	r=-0,012 p=0,929	r=0,017 p=0,898	r=0,085 p=0,516	r=0,020 p=0,877
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,063 p=0,629	r=-0,008 p=0,950	r=-0,016 p=0,903	r=0,023 p=0,861	r=0,025 p=0,850
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,056 p=0,670	r=0,064 p=0,623	r=0,042 p=0,750	r=0,058 p=0,656	r=0,051 p=0,694

Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,200 p=0,123	r=0,251 p=0,051	r=0,303 p=0,018	r=0,342 p=0,007	r=0,290 p=0,023
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,158 p=0,223	r=0,183 p=0,159	r=0,120 p=0,356	r=0,112 p=0,388	r=0,165 p=0,205
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,045 p=0,731	r=-0,048 p=0,715	r=0,082 p=0,529	r=0,109 p=0,402	r=0,029 p=0,823
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,311 p=0,015	r=0,284 p=0,027	r=0,223 p=0,085	r=0,237 p=0,066	r=0,277 p=0,031
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,273 p=0,033	r=0,207 p=0,110	r=0,241 p=0,062	r=0,175 p=0,176	r=0,245 p=0,057
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,039 p=0,763	r=-0,051 p=0,695	r=-0,106 p=0,417	r=-0,059 p=0,651	r=-0,056 p=0,667
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,057 p=0,661	r=-0,019 p=0,883	r=0,068 p=0,603	r=0,092 p=0,483	r=0,021 p=0,873
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,102 p=0,433	r=0,032 p=0,809	r=0,052 p=0,688	r=0,088 p=0,498	r=0,057 p=0,662
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,059 p=0,654	r=-0,033 p=0,800	r=-0,026 p=0,840	r=-0,091 p=0,486	r=-0,028 p=0,831
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,136 p=0,295	r=0,089 p=0,497	r=0,113 p=0,387	r=0,046 p=0,726	r=0,108 p=0,405
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,051 p=0,695	r=-0,041 p=0,753	r=-0,061 p=0,640	r=-0,152 p=0,242	r=-0,049 p=0,707

Probleme beim Wasserlassen

	Probleme beim Wasserlassen Häufigkeit	Probleme beim Wasserlassen Stärke	Probleme beim Wasserlassen Belastung	Probleme beim Wasserlassen Therapiebedarf	Probleme beim Wasserlassen gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,079 p=0,457	r=0,123 p=0,344	r=0,079 p=0,543	r=0,151 p=0,244	r=0,120 p=0,357
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,229 p=0,076	r=0,249 p=0,053	r=0,209 p=0,106	r=0,311 p=0,015	r=0,251 p=0,051
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,012 p=0,928	r=0,000 p=0,999	r=-0,051 p=0,695	r=-0,057 p=0,661	r=-0,011 p=0,935
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,055 p=0,674	r=0,097 p=0,459	r=0,036 p=0,782	r=0,092 p=0,482	r=0,061 p=0,641
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=-0,054 p=0,681	r=-0,035 p=0,789	r=-0,084 p=0,519	r=-0,095 p=0,468	r=-0,080 p=0,538
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=-0,252 p=0,050	r=-0,207 p=0,110	r=-0,241 p=0,062	r=-0,252 p=0,050	r=-0,230 p=0,074
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,028 p=0,831	r=0,051 p=0,694	r=-0,004 p=0,979	r=-0,017 p=0,897	r=0,001 p=0,997
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,054 p=0,677	r=0,049 p=0,705	r=-0,025 p=0,849	r=-0,075 p=0,566	r=0,028 p=0,829
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,286 p=0,025	r=0,310 p=0,015	r=0,223 p=0,085	r=0,200 p=0,122	r=0,280 p=0,029
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,085 p=0,517	r=0,064 p=0,622	r=-0,011 p=0,934	r=-0,010 p=0,937	r=0,045 p=0,733
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,051 p=0,697	r=0,068 p=0,602	r=-0,012 p=0,929	r=-0,019 p=0,883	r=0,034 p=0,797
Frage 12	r=0,141	r=0,163	r=0,092	r=0,020	r=0,119

Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	p=0,279	p=0,209	p=0,480	p=0,878	p=0,362
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=-0,062 p=0,636	r=-0,023 p=0,860	r=-0,099 p=0,447	r=-0,085 p=0,513	r=-0,047 p=0,720
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,147 p=0,259	r=0,138 p=0,290	r=0,089 p=0,497	r=0,049 p=0,708	r=0,109 p=0,405
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,299 p=0,019	r=0,326 p=0,010	r=0,322 p=0,011	r=0,212 p=0,101	r=0,291 p=0,023
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,043 p=0,741	r=0,060 p=0,648	r=-0,017 p=0,897	r=-0,030 p=0,820	r=0,033 p=0,801
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,052 p=0,693	r=0,062 p=0,636	r=0,041 p=0,754	r=-0,011 p=0,935	r=0,027 p=0,836
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,237 p=0,066	r=0,288 p=0,024	r=0,188 p=0,146	r=0,190 p=0,142	r=0,252 p=0,050
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,003 p=0,980	r=0,031 p=0,811	r=-0,033 p=0,801	r=-0,022 p=0,864	r=0,004 p=0,975
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,230 p=0,075	r=0,224 p=0,082	r=0,130 p=0,317	r=0,197 p=0,128	r=0,221 p=0,087
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,077 p=0,554	r=0,070 p=0,592	r=0,082 p=0,529	r=-0,056 p=0,668	r=0,070 p=0,593
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,221 p=0,087	r=0,233 p=0,071	r=0,206 p=0,112	r=0,121 p=0,354	r=0,201 p=0,120
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=-0,034 p=0,796	r=-0,029 p=0,823	r=-0,104 p=0,423	r=-0,119 p=0,361	r=-0,081 p=0,534
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=-0,039 p=0,763	r=-0,019 p=0,887	r=-0,107 p=0,412	r=-0,131 p=0,313	r=-0,073 p=0,574
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,076 p=0,559	r=0,126 p=0,332	r=0,015 p=0,906	r=-0,030 p=0,818	r=0,073 p=0,574

Gereiztheit

	Gereiztheit Häufigkeit	Gereiztheit Stärke	Gereiztheit Belastung	Gereiztheit Therapiebedarf	Gereiztheit gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,050 p=0,704	r=0,029 p=0,824	r=-0,028 p=0,829	r=-0,039 p=0,764	r=0,038 p=0,770
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=-0,093 p=0,474	r=-0,130 p=0,316	r=-0,200 p=0,123	r=-0,145 p=0,265	r=-0,117 p=0,370
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,266 p=0,038	r=0,243 p=0,060	r=0,232 p=0,072	r=0,119 p=0,361	r=0,246 p=0,056
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,155 p=0,233	r=0,152 p=0,242	r=0,170 p=0,191	r=0,201 p=0,120	r=0,190 p=0,143
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,257 p=0,046	r=0,296 p=0,021	r=0,304 p=0,017	r=0,327 p=0,010	r=0,309 p=0,016
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,211 p=0,103	r=0,231 p=0,073	r=0,276 p=0,033	r=0,245 p=0,058	r=0,246 p=0,056
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,187 p=0,149	r=0,214 p=0,099	r=0,259 p=0,044	r=0,271 p=0,035	r=0,224 p=0,082
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,170 p=0,191	r=0,172 p=0,186	r=0,124 p=0,340	r=0,141 p=0,280	r=0,165 p=0,203
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,155 p=0,232	r=0,149 p=0,252	r=0,161 p=0,214	r=0,159 p=0,221	r=0,173 p=0,184
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,171 p=0,186	r=0,170 p=0,191	r=0,195 p=0,133	r=0,124 p=0,343	r=0,183 p=0,159

Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	<i>r=0,306</i> <i>p=0,016</i>	<i>r=0,332</i> <i>p=0,009</i>	<i>r=0,345</i> <i>p=0,007</i>	<i>r=0,277</i> <i>p=0,031</i>	<i>r=0,340</i> <i>p=0,007</i>
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,175 p=0,179	r=0,198 p=0,126	r=0,144 p=0,269	r=0,124 p=0,342	r=0,193 p=0,137
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,241 p=0,061	<i>r=0,259</i> <i>p=0,043</i>	r=0,182 p=0,161	r=0,076 p=0,560	r=0,234 p=0,069
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	<i>r=0,262</i> <i>p=0,041</i>	r=0,236 p=0,067	r=0,187 p=0,149	r=0,234 p=0,070	r=0,250 p=0,052
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,248 p=0,054	<i>r=0,258</i> <i>p=0,045</i>	<i>r=0,308</i> <i>p=0,016</i>	<i>r=0,271</i> <i>p=0,035</i>	<i>r=0,268</i> <i>p=0,037</i>
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,231 p=0,073	r=0,235 p=0,069	r=0,180 p=0,165	r=0,107 p=0,413	r=0,226 p=0,080
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,151 p=0,246	r=0,183 p=0,158	r=0,144 p=0,267	r=0,124 p=0,340	r=0,163 p=0,208
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,173 p=0,182	r=0,210 p=0,103	r=0,179 p=0,167	r=0,151 p=0,245	r=0,195 p=0,131
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,152 p=0,242	r=0,166 p=0,200	r=0,123 p=0,345	r=0,086 p=0,509	r=0,156 p=0,230
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,167 p=0,198	r=0,144 p=0,267	r=0,041 p=0,753	r=0,039 p=0,768	r=0,130 p=0,318
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	<i>r=0,274</i> <i>p=0,033</i>	<i>r=0,320</i> <i>p=0,012</i>	r=0,232 p=0,073	r=0,145 p=0,264	<i>r=0,284</i> <i>p=0,027</i>
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,131 p=0,315	r=0,182 p=0,161	r=0,154 p=0,236	r=0,129 p=0,322	r=0,165 p=0,203
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,169 p=0,193	r=0,171 p=0,188	r=0,157 p=0,228	r=0,139 p=0,285	r=0,158 p=0,225
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,154 p=0,235	r=0,175 p=0,178	r=0,183 p=0,157	r=0,190 p=0,144	r=0,181 p=0,163
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,245 p=0,057	<i>r=0,252</i> <i>p=0,050</i>	r=0,207 p=0,109	r=0,215 p=0,096	<i>r=0,254</i> <i>p=0,048</i>

Angst

	Angst Häufigkeit	Angst Stärke	Angst Belastun- g	Angst Therapie- bedarf	Angst gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,091 p=0,486	r=0,091 p=0,483	r=0,051 p=0,697	r=-0,001 p=0,993	r=0,079 p=0,543
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,109 p=0,402	r=0,084 p=0,518	r=0,044 p=0,737	r=0,013 p=0,922	r=0,075 p=0,568
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	<i>r=0,287</i> <i>p=0,025</i>	<i>r=0,268</i> <i>p=0,037</i>	r=0,243 p=0,059	r=0,226 p=0,079	<i>r=0,280</i> <i>p=0,029</i>
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,160 p=0,219	r=0,146 p=0,262	r=0,116 p=0,372	r=0,116 p=0,372	r=0,154 p=0,237
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	<i>r=0,281</i> <i>p=0,028</i>	<i>r=0,345</i> <i>p=0,006</i>	<i>r=0,297</i> <i>p=0,020</i>	r=0,195 p=0,131	<i>r=0,296</i> <i>p=0,020</i>
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	<i>r=0,688</i> <i>p=0,000</i>	<i>r=0,716</i> <i>p=0,000</i>	<i>r=0,710</i> <i>p=0,000</i>	<i>r=0,614</i> <i>p=0,000</i>	<i>r=0,694</i> <i>p=0,000</i>
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	<i>r=0,387</i> <i>p=0,002</i>	<i>r=0,382</i> <i>p=0,002</i>	<i>r=0,362</i> <i>p=0,004</i>	<i>r=0,342</i> <i>p=0,007</i>	<i>r=0,369</i> <i>p=0,003</i>
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	<i>r=0,290</i> <i>p=0,023</i>	<i>r=0,286</i> <i>p=0,025</i>	<i>r=0,294</i> <i>p=0,021</i>	r=0,239 p=0,063	<i>r=0,286</i> <i>p=0,026</i>
Frage 9 Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	r=0,159 p=0,222	r=0,129 p=0,321	r=0,120 p=0,356	r=0,131 p=0,315	r=0,155 p=0,234
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	<i>r=0,286</i> <i>p=0,025</i>	<i>r=0,310</i> <i>p=0,015</i>	<i>r=0,300</i> <i>p=0,019</i>	r=0,183 p=0,158	<i>r=0,293</i> <i>p=0,022</i>

Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,133 p=0,306	r=0,155 p=0,234	r=0,147 p=0,257	r=0,085 p=0,517	r=0,140 p=0,283
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,210 p=0,105	r=0,271 p=0,035	r=0,254 p=0,048	r=0,136 p=0,295	r=0,247 p=0,055
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,357 p=0,005	r=0,405 p=0,001	r=0,345 p=0,006	r=0,197 p=0,127	r=0,356 p=0,005
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,154 p=0,236	r=0,177 p=0,172	r=0,179 p=0,168	r=0,062 p=0,636	r=0,152 p=0,244
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,309 p=0,015	r=0,280 p=0,029	r=0,290 p=0,023	r=0,318 p=0,013	r=0,319 p=0,012
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,358 p=0,005	r=0,357 p=0,005	r=0,349 p=0,006	r=0,227 p=0,078	r=0,352 p=0,005
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,222 p=0,085	r=0,194 p=0,135	r=0,147 p=0,258	r=0,106 p=0,418	r=0,185 p=0,153
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,243 p=0,060	r=0,305 p=0,017	r=0,244 p=0,059	r=0,190 p=0,143	r=0,270 p=0,035
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,355 p=0,005	r=0,403 p=0,001	r=0,368 p=0,004	r=0,220 p=0,089	r=0,361 p=0,004
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=-0,002 p=0,989	r=0,016 p=0,902	r=-0,006 p=0,963	r=-0,024 p=0,853	r=0,007 p=0,958
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,288 p=0,024	r=0,314 p=0,014	r=0,227 p=0,079	r=0,125 p=0,336	r=0,273 p=0,033
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,261 p=0,042	r=0,282 p=0,028	r=0,231 p=0,073	r=0,198 p=0,126	r=0,263 p=0,041
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,339 p=0,008	r=0,397 p=0,002	r=0,376 p=0,003	r=0,329 p=0,010	r=0,355 p=0,005
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,373 p=0,003	r=0,387 p=0,002	r=0,396 p=0,002	r=0,318 p=0,013	r=0,377 p=0,003
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,398 p=0,001	r=0,451 p=0,000	r=0,412 p=0,001	r=0,320 p=0,012	r=0,409 p=0,001

Traurigkeit

	Traurigkeit Häufigkeit	Traurigkeit Stärke	Traurigkeit Belastung	Traurigkeit Therapiebedarf	Traurigkeit gesamt
Frage 1 Nicht in der Lage zu sein, Aufgaben des täglichen Lebens zu erledigen	r=0,173 p=0,182	r=0,179 p=0,166	r=0,156 p=0,230	r=0,085 p=0,516	r=0,166 p=0,201
Frage 2 Nicht in der Lage zu sein, sich um Körperfunktionen selbständig zu kümmern	r=0,151 p=0,245	r=0,130 p=0,317	r=0,079 p=0,546	r=0,020 p=0,877	r=0,097 p=0,458
Frage 3 Körperlich belastende Symptome zu haben	r=0,220 p=0,088	r=0,266 p=0,038	r=0,249 p=0,053	r=0,190 p=0,143	r=0,245 p=0,057
Frage 4 Zu fühlen, dass das Äußere sich für andere stark verändert hat	r=0,244 p=0,058	r=0,272 p=0,034	r=0,284 p=0,027	r=0,286 p=0,025	r=0,286 p=0,026
Frage 5 Sich deprimiert zu fühlen	r=0,312 p=0,014	r=0,341 p=0,007	r=0,388 p=0,002	r=0,429 p=0,001	r=0,388 p=0,002
Frage 6 Sich ängstlich zu fühlen	r=0,392 p=0,002	r=0,390 p=0,002	r=0,469 p=0,000	r=0,549 p=0,000	r=0,461 p=0,000
Frage 7 Unsicher bezüglich Krankheit und Behandlung zu sein	r=0,212 p=0,101	r=0,179 p=0,168	r=0,263 p=0,041	r=0,357 p=0,005	r=0,268 p=0,037
Frage 8 Sich Sorgen um die Zukunft zu machen	r=0,287 p=0,025	r=0,306 p=0,016	r=0,366 p=0,004	r=0,427 p=0,001	r=0,346 p=0,006
Frage 9	r=0,027	r=0,064	r=0,064	r=0,167	r=0,077

Nicht in der Lage zu sein, klar zu denken	p=0,838	p=0,624	p=0,623	p=0,198	p=0,557
Frage 10 Nicht in der Lage zu sein, Alltagsangelegenheiten fortzuführen	r=0,238 p=0,064	r=0,286 p=0,026	r=0,303 p=0,018	r=0,363 p=0,004	r=0,286 p=0,025
Frage 11 Das Gefühl zu haben, nicht mehr der/diejenige zu sein, der/die man einmal war	r=0,052 p=0,692	r=0,102 p=0,434	r=0,159 p=0,220	r=0,193 p=0,137	r=0,123 p=0,345
Frage 12 Sich nicht wertvoll oder geschätzt zu fühlen	r=0,190 p=0,141	r=0,268 p=0,037	r=0,291 p=0,023	r=0,318 p=0,013	r=0,291 p=0,023
Frage 13 Nicht in der Lage zu sein, wichtige Rollen auszuüben	r=0,115 p=0,378	r=0,218 p=0,091	r=0,272 p=0,034	r=0,188 p=0,147	r=0,213 p=0,099
Frage 14 Das Gefühl zu haben, dass das Leben keinen Sinn oder kein Ziel hat	r=0,182 p=0,160	r=0,210 p=0,104	r=0,252 p=0,050	r=0,247 p=0,055	r=0,243 p=0,059
Frage 15 Das Gefühl zu haben, keinen bedeutsamen bleibenden Beitrag während des bisherigen Lebens geleistet zu haben	r=0,245 p=0,057	r=0,236 p=0,068	r=0,281 p=0,028	r=0,365 p=0,004	r=0,306 p=0,016
Frage 16 Das Gefühl zu haben, dass Dinge nicht erledigt sind (z.B. Dinge ungesagt gelassen zu haben)	r=0,269 p=0,036	r=0,333 p=0,009	r=0,396 p=0,002	r=0,379 p=0,003	r=0,361 p=0,004
Frage 17 Bedenken, dass das geistige Leben bedeutungslos ist	r=0,142 p=0,275	r=0,214 p=0,098	r=0,207 p=0,110	r=0,131 p=0,313	r=0,179 p=0,168
Frage 18 Das Gefühl zu haben, eine Belastung für andere zu sein	r=0,156 p=0,231	r=0,182 p=0,161	r=0,263 p=0,041	r=0,291 p=0,023	r=0,221 p=0,087
Frage 19 Das Gefühl zu haben, keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben	r=0,172 p=0,185	r=0,240 p=0,063	r=0,309 p=0,015	r=0,245 p=0,057	r=0,257 p=0,046
Frage 20 Das Gefühl zu haben, dass Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) die Privatsphäre beeinträchtigen	r=0,151 p=0,246	r=0,172 p=0,184	r=0,153 p=0,239	r=0,080 p=0,542	r=0,152 p=0,242
Frage 21 Sich von Freunden und Familie nicht unterstützt zu fühlen	r=0,144 p=0,267	r=0,200 p=0,121	r=0,214 p=0,098	r=0,133 p=0,306	r=0,191 p=0,141
Frage 22 Sich vom Behandlungsteam nicht unterstützt zu fühlen	r=0,183 p=0,158	r=0,197 p=0,129	r=0,250 p=0,052	r=0,210 p=0,104	r=0,231 p=0,073
Frage 23 Das Gefühl zu haben, den Anforderungen der Krankheit psychisch nicht länger gewachsen zu sein	r=0,224 p=0,082	r=0,241 p=0,061	r=0,274 p=0,033	r=0,266 p=0,038	r=0,267 p=0,037
Frage 24 Nicht in der Lage zu sein, die Dinge zu akzeptieren wie sie sind	r=0,355 p=0,005	r=0,376 p=0,003	r=0,436 p=0,000	r=0,463 p=0,000	r=0,437 p=0,000
Frage 25 Von anderen ohne Respekt und Verständnis behandelt zu werden	r=0,248 p=0,054	r=0,272 p=0,034	r=0,354 p=0,005	r=0,413 p=0,001	r=0,356 p=0,005

14. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer danke ich für die Überlassung des Themas.

Frau PD Dr. med. Karin Oechsle danke ich für die wissenschaftliche Betreuung, die unermüdliche, tatkräftige Unterstützung, die geduldige Beantwortung all meiner Fragen und die gute Zusammenarbeit.

Frau Prof. Dr. Anja Mehnert und Frau Sigrun Vehling danke ich für die Beratung bezüglich Durchführung und Auswertung der Arbeit.

Den Ärzten und Pflegekräften der Palliativstation des Universitätsklinikums Eppendorf danke ich für ihre Unterstützung bei der Durchführung der Patientenbefragung sowie bei der Erhebung der medizinischen Patientendaten.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Patienten der Palliativstation und ihren Angehörigen. Ohne ihre Mitarbeit wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen. Ich danke ihnen nicht nur für die Teilnahme an der vorliegenden Studie, ihre Offenheit und bereitwillige Beantwortung meiner Fragen, sondern auch für viele Gespräche, die mich und meine Arbeit weit über die Fertigstellung meiner Promotion hinaus beeinflusst haben.

15. Lebenslauf

entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

16. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

