

Aus der Arbeitsgruppe Psychoonkologie  
des Instituts für Medizinische Psychologie  
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Direktor Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

# **Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation mit und ohne Partnerbegleitung**

-

Warum nehmen Patienten mit oder ohne ihren Partner teil  
und welche Gründe haben die begleitenden Partner?

Dissertation  
zur Erlangung der Grades eines Doktors der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Julia Dellbrück  
aus Berlin

Hamburg 2004

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Universität Hamburg am:

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in:

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in:

# Inhalt

Einleitung	7
1 Theoretischer Hintergrund	9
1.1 Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Patienten	9
1.1.1 Krankheitsbewältigung	10
1.1.2 Soziale Unterstützung	11
1.2 Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Partner	14
1.2.1 Risikofaktoren der Belastung bei Partnern	15
1.2.2 Unterstützende Maßnahmen für Partner	19
1.3 Onkologische Rehabilitation	20
1.3.1 Ziele und Aufgaben von Rehabilitation	20
1.3.2 Wirksamkeit von stationärer onkologischer Rehabilitation	23
1.3.3 Daten zur Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation	25
1.4 Inanspruchnahmemodelle	27
1.4.1 Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen	28
1.4.2 Übertragung des Modells	30
1.4.3 Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation	32
1.5 Stationäre onkologische Rehabilitation mit Begleitperson	34
2 Fragestellung und Zielsetzung	36
3 Methodik	38
3.1 Methodische Vorgehensweise und Durchführung	38
3.2 Untersuchungsinstrumente	40
3.2.1 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme für Patienten und Partner in der onkologischen Rehabilitation	40
3.2.2 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Kurzform, F-SOZU-K-22)	41
3.2.3 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Kurzform, FKV-LIS)	42
3.2.4 Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (FBZ) / Dyadic Adjustment Scale (DAS)	43
3.3 Auswertungsstrategien	44

4	Stichprobe	46
4.1	Soziodemographische Variablen	46
4.2	Medizinische Daten	48
4.3	Aussagen zur Rehabilitationsmaßnahme	51
5	Ergebnisse	52
5.1	Die gemeinsame Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation	52
5.1.1	Motive der Patienten mit Partnerbegleitung für einen gemeinsamen Reha-Aufenthalt	52
5.1.2	Zufriedenheit der Patienten und Bereitschaft zum Klinikaufenthalt ohne Partner	54
5.1.3	Motive der Partner für einen gemeinsamen Reha-Aufenthalt	55
5.1.4	Zufriedenheit der Partner und Bereitschaft zu einem erneuten Rehaufenthalt	57
5.1.5	Weitere einflussnehmende Faktoren auf die Inanspruchnahme einer stationären Rehamassnahme	57
5.2	Die alleinige Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation	66
5.2.1	Motive der Patienten ohne Partnerbegleitung für einen alleinigen Reha-Aufenthalt	66
5.2.2	Andere Gründe für den alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik	67
5.2.3	Zufriedenheit mit dem alleinigen Aufenthalt und erfolgte Besuche der Partner	68
5.2.4	Weitere einflussnehmende Faktoren auf eine alleinige Inanspruchnahme an einer Rehamassnahme	69
5.3	Ergebnisse der standardisierten Fragebögen	79
5.3.1	Krankheitsverarbeitung	79
5.3.2	Soziale Unterstützung	81
5.3.3	Qualität der Partnerschaft	82
6	Diskussion	84
6.1	Ergebnisse der Untersuchung	84
6.2	Einordnung der Ergebnisse in das sozial-kognitive Prozessmodell von Schwarzer (1996)	87

6.3	Die Rolle des Partners bei der gemeinsamen Reha- Inanspruchnahme_____	91
6.4	Anmerkungen zur Methodik_____	92
6.5	Schlussfolgerungen und Ausblick_____	93
7	Zusammenfassung_____	96
8	Literatur_____	97
9	Tabellenverzeichnis_____	104
10	Abbildungsverzeichnis_____	105
11	Anhang_____	107
11. A:	Informationsschreiben, Einverständniserklärung_____	108
11. B:	Patienteninterviews_____	110
11. C:	Partnerinterview_____	124

DANKSAGUNG

LEBENS LAUF

ERKLÄRUNG



# Einleitung

Krebs gehört zu eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Schätzungen des Robert-Koch-Instituts zufolge gab es im Jahr 2000 ca. 460.000 Neuerkrankungen, vor allem in der Altersstufe der über 60-Jährigen (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister, 2004). Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der Krebs die zweithäufigste Todesursache (Becker & Wahrendorf, 1998). Diese Zahlen machen deutlich, dass in Deutschland derzeit eine große Anzahl an Menschen von einer Krebserkrankung betroffen ist. Der Umgang mit dem Krebs und dessen Folgen ist Inhalt zahlreicher medizinischer, psycho-sozialer und soziologischer Untersuchungen.

Eine Krebserkrankung stellt einen großen Einschnitt im Leben des Betroffenen dar. Neben den direkten körperlichen Beschwerden ergeben sich auch eine Reihe von psychischen und sozialen Problemen (Schwibbe 1991). Studien ergaben in diesem Zusammenhang, dass soziale Beziehungen positive Effekte auf den Krankheitsverlauf haben können (Bloom 1996; Aymans 1992). Vor allem die Partnerbeziehung stellt hierbei eine wichtige Ressource für den Patienten<sup>1</sup> dar, welche negative Auswirkungen der Krankheit zu reduzieren vermag (z.B. Baider et al., 1998a). Hierdurch sind häufig auch die Partner starken Belastungen ausgesetzt (Kepplinger 1998). Trotzdem und obwohl sie in großen Einfluss auf die Entwicklung von Therapiekonzepten und deren Durchführung haben (Barth et al., 1991), werden sie jedoch bislang unzureichend im Therapieprozess berücksichtigt.

Neben primären Therapien – wie operative, chemotherapeutische und radiologische Verfahren - werden bei der Versorgung von Krebspatienten zunehmend rehabilitative Verfahren wichtiger. Die stationäre onkologische Rehabilitation hat sich in bezug auf Erholung, körperliche Regeneration aber auch für die konstruktive Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgestörungen als äußerst wichtig erwiesen (s. bei Haaf & Schliehe, 1998). Trotz dieser Erkenntnisse liegt die Inanspruchnahmerate von stationären Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei Neuerkrankten unter 10%, in der Gruppe der über 60-Jährigen ist sie sogar noch niedriger.

Eine gängige Alternative zu der sonst üblichen alleinigen Teilnahme an einer stationären Rehabilitation ist der gemeinsame Aufenthalt von Patienten und Partnern in einer Rehaklinik. An vielen Rehakliniken ist dies derzeit möglich. Warum Patienten und Partner gemeinsam in

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit für Personen - solange nicht extra gekennzeichnet - die männliche Form benutzt.

die Rehaklinik gehen und welchen Einfluss das Mitkommen des Partners auf die generelle Teilnahme des Patienten haben könnte, wurde jedoch bislang noch nicht erforscht.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Gründen und Faktoren, die die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine gemeinsame Teilnahme an einer stationären onkologischen Rehabilitation beeinflussen. Mit Hilfe von Interviews und standardisierten Fragebögen sollen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Patienten mit und ohne Partnerbegleitung ermittelt werden. Darüber hinaus soll herausgefunden werden, welche Rolle der Partner bei der Entscheidung zur gemeinsamen Inanspruchnahme einnimmt. Anhand der Ergebnisse soll außerdem ein Fragebogeninstrument entwickelt werden.

Die vorliegende Studie wurde durch ein Stipendium des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung (NVRF) finanziell gefördert. Sie ist eingebettet in die am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg laufende Studie „Rehabilitation und Partnerschaft“ unter der Leitung von Dr. Welk und Prof. Dr. Koch. In dieser im Jahr 2001 begonnenen explorativen Studie wird die Rolle des Partners bei der Inanspruchnahme und im Verlauf der stationären onkologischen Rehabilitation untersucht, wobei neben Inanspruchnehmerpaaren auch Nicht-Inanspruchnehmer befragt werden sollen.

Im Folgenden wird zunächst ausführlich auf den theoretischen Hintergrund der Arbeit eingegangen, wobei die Themen „Folgen der Krebserkrankung auf Patient und Partner“, „Onkologische Rehabilitation“, „Inanspruchnahme“ und „Gemeinsame Inanspruchnahme“ erörtert werden sollen (Kapitel 1). Kapitel 2 und 3 beschäftigen sich mit der Zielsetzung und den methodischen Vorgehensweisen. In Kapitel 4 wird die Stichprobe dargestellt, Kapitel 5 enthält die Ergebnisse der Untersuchung. In Kapitel 6 findet sich die Diskussion, daran schließt sich die Zusammenfassung (Kapitel 8) an.



# 1 Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Patienten

Krebspatienten sind im Laufe ihrer Erkrankung einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Negative Folgen einer Krebserkrankung konnten gegenüber Normstichproben in Form von *körperlichen Belastungen* wie allgemeiner körperlicher Schwäche, Funktionseinschränkungen einzelner Organe oder ganzer Organsysteme oder (chronischer) Schmerzen nachgewiesen werden (Schwibbe 1991; Teichmann 2002; Uhlemann & Biskup, 1998). Aber auch *psychische Belastungen* können in Form von Ängsten und Depressionen häufig auf auftreten (Schwibbe 1991; Krischke & Petermann, 2000; Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994), nicht zuletzt als Folge der dauerhaften Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf. Auch eine Verminderung der Lebensqualität durch die Belastungen einer Krebserkrankung wurde festgestellt (Welk, Koch & Bergelt, 2001), was häufig mit dem Ausmaß an psychischen Belastungen korrelierte (Krischke & Petermann, 2000). Im Verlauf können außerdem ein verringertes Selbstwertgefühl, Interesselosigkeit, suizidale Gedanken, sozialer Rückzug, Schlaflosigkeit und psychomotorische Verlangsamung, verstärkte Aggressivität sowie psychosomatische Reaktionen auftreten (Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994; Wellisch et al., 1983). Des Weiteren werden mangelndes sexuelles Interesse sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Partners als belastend erlebt (Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994). Zur Zeit wird außerdem kritisch diskutiert, ob eine Krebserkrankung einen solch einschneidenden Charakter haben kann, dass ein Posttraumatisches Stress-Syndrom (PTSD) ausgelöst wird. Für Krebspatienten konnten bisher in Studien heterogene Prävalenzraten von 0-32%, eine PTSD zu entwickeln, nachgewiesen werden (Koopman, Angell, Turner-Cobb et al., 2001). Eine neuere Studie an 127 Brustkrebspatientinnen zeigt, dass neben der Ausbildung einer PTSD außerdem akute Stress-Störungen und Anpassungsstörungen nachgewiesen werden konnten (Mehnert, Müller & Koch, 2003).

Die durch die Erkrankung teilweise herbeigeführten Rollenveränderungen, die Verminderung gemeinsamer Aktivitäten und die häufige Abwesenheit des Patienten durch Krankenhausaufenthalte sowie u.U. durch den Ausfall des Verdienstes herbeigeführte finanzielle Einbußen führen bei einem Teil der Patienten zu *partnerschaftlichen* und *familiären Problemen*, auf die später noch näher eingegangen werden soll (Kapitel 1.2; als

Übersicht s.a. Kepplinger 1995).

Auch *soziale Auswirkungen* der Erkrankung, die den Beruf oder die Freizeit betreffen, stellen sich für einige Patienten als problematisch dar. Wieder in den Beruf eintretende Patienten sehen sich teilweise mit Vorurteilen von Seiten des Arbeitgebers bzw. der Kollegen konfrontiert. Aber auch bei einer vorzeitigen Berentung kommt es häufig zu einem Verlust von entscheidenden sozialen Beziehungen. Nicht selten auftretende stigmatisierende Reaktionen können zu einem sozialen Rückzug im Bekanntenkreis und insgesamt zu einem Rückgang der Freizeitaktivitäten des Patienten führen (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982, zitiert nach Koch & Beutel, 1988).

Eine Zusammenfassung von körperlichen bzw. psychischen, familiären und allgemein sozialen Beeinträchtigungen findet sich bei Schliehe & Haaf (1996) und Koch & Beutel (1988).

### **1.1.1 Krankheitsbewältigung**

Erkrankungen stellen Individuen vor die Aufgabe, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Krankheitsbewältigung (engl. *Coping*) ist definiert als der „kognitiv-emotionale Umgang mit körperlichen oder seelischen Schwierigkeiten, Krisen und Krankheiten oder Behinderungen“ (Brockhaus Psychologie 2001).

Dem Modell von Lazarus (1966) zufolge liegt der Krankheitsbewältigung ein stufenweiser, prozesshafter Vorgang zugrunde. Der Ablauf und das Ergebnis der Bewältigung einer Erkrankung werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst: Neben der *Erkrankung* selbst bzw. deren Behandlung und Folgen sind dies *individuelle Faktoren* (Bewältigungsstile, Adaptation und Persönlichkeitsfaktoren), *medizinische Faktoren* (krankheitsbezogenes Verhalten, Arzt-Patienten-Beziehung, Behandlungsumfeld) und *soziale Faktoren* (Familie und Freunde, Lebensumfeld, kulturelle Zugehörigkeit) sowie Belastungen, die unabhängig von der Krebserkrankung vorhanden sind (andere Erkrankungen, Verluste) (Holland 2002, zitiert nach Müller 2003).

Auch die Salutogenese befasst sich mit der Erforschung von Faktoren, die Individuen bei der Konfrontation mit belastenden Ereignissen widerstandsfähiger machen und einen positiven Einfluss auf das seelische und körperliche Befinden haben. Antonovsky (1987) zufolge werden sie als *Ressourcen* bezeichnet und in personale und soziale Ressourcen unterteilt. Zu den *personalen Ressourcen* können Bewältigungsstrategien wie eine konstruktiv-aktive Herangehensweise an eine Erkrankung gezählt werden. Darunter sind die aktive Suche nach Behandlungsmöglichkeiten, eine offene Auseinandersetzung mit der Erkrankung sowie das Äußern von belastenden Gefühlen und Wünschen nach Hilfe zu verstehen. Bei den *sozialen Ressourcen*

cen ist die soziale Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld von zentraler Bedeutung (Wortman 1984).

### 1.1.2 Soziale Unterstützung

Unter *sozialer Unterstützung* wird allgemein das „Ausmaß an Unterstützung, das einem Individuum zur Verfügung gestellt wird [...], von Personen, mit denen man in Verbindung steht“ verstanden (Pfungstmann & Baumann, 1987, S. 75). Schulz et al. (1998) sehen die Schwerpunkte zum einen in der ‚Sozialen Integration‘, welche auf die Bedeutung von Quantität und Art sozialer Beziehungen fokussiert, und zum anderen in ‚Sozialer Interaktion‘, die die Frage nach der Qualität, dem Inhalt und der Bedeutung in den Mittelpunkt stellt. Nach Rowland (1989) kann soziale Unterstützung mittels fünf Kriterien operationalisiert werden:

1. nach der *Art* der geleisteten Unterstützung: Zu unterscheiden sind hierbei *emotional support* (das Gefühl, geschätzt und akzeptiert zu werden), *informational support* (Hilfeleistungen, die das Verstehen der Erkrankung fördern), *instrumental support* (finanzielle, materielle und praktische Unterstützung), *social companionship* (Zeit, die in Muße in der Gesellschaft anderer verbracht wird) (Cohen & Wills, 1985, zitiert nach Plaß 1998).
2. nach der *Quelle* der Unterstützung: Übereinstimmend nimmt hier der Lebenspartner eine besondere Bedeutung ein, für Kinder die Eltern und für ältere Menschen die Kinder. Aber auch Freunde, Kollegen sowie professionelle Helfer sind wichtige Unterstützer (vgl. Bloom 2000).
3. nach der *Quantität und Verfügbarkeit* der Unterstützung, beispielsweise mit Hilfe von objektiv erfassbaren Aspekten der sozialen Situation einer Person (z.B. Familienstand, Anzahl sozialer Kontakte etc.) (Rowland 1989). Darüber hinaus spielt die *Wahrnehmung* von sozialer Unterstützung eine Rolle: Nicht jede erhaltene Unterstützung wird auch als solche wahrgenommen.
4. nach der *Qualität und dem Inhalt* der Unterstützung: Diese sind abhängig von der jeweiligen Quelle der Unterstützung. *Emotionale Unterstützung* erfolgt häufig durch Ehepartner, Familie und Freunde (Dakof & Taylor, 1990), während *informationelle Unterstützung* häufig von Ärzten und professionellen Helfern erwartet und als hilfreich erfahren wird (Dunkel-Schetter 1984).
5. sowie nach dem *wahrgenommenen Bedarf* des Empfängers. Die hierzu vorliegenden Ergebnisse sind sehr unterschiedlich. Während in einer Studie von Peters-Golden nur 50% der befragten Brustkrebspatientinnen das Ausmaß an erfahrener Unterstützung

als ausreichend empfanden, waren in einer Studie von Dunkel-Schetter 95% der befragten Krebspatienten damit zufrieden (Dunkel-Schetter 1984; Peters-Golden 1982, zitiert aus Plaß1998).

Eine vollständige Erklärung der **Wirkweise sozialer Unterstützung** liegt bislang nicht vor. Ansätze hierzu wurden zum einen mit Hilfe des *additive* oder *direct-effect model* (Haupteffekt-Modell) gemacht, welches soziale Unterstützung als von bedrohlichen Lebensereignissen unabhängig wirkend beschreibt (Cohen & Syme, 1985). Dagegen weist das *buffering model* (Puffer-Modell) sozialer Unterstützung eine „abpuffernde“ Wirkung zu, die nur unter dem Einfluss von stressverursachenden Situationen wirken kann (Thoits 1982, zitiert aus Kornblith et al., 2001). In neuerer Zeit liegt die Betonung auf dem Interaktionszusammenhang von hilfreichen Sozialbeziehungen mit Interesse an dauerhaften, engen Beziehungen wie z.B. zwischen Ehepartnern (Schwarzer 1996). Soziale Unterstützung wird hier als „Prozess, der auch auf Gegenseitigkeit beruht“ begriffen, der davon abhängt, wie Krankheitssymptome oder Behinderungen kommuniziert werden, Unterstützung angenommen wird und dem Helfer Dankbarkeit entgegengebracht wird (Schwarzer 1996, S.174).

Die **Wirkungen sozialer Unterstützung** auf den Verlauf und die Lebensqualität der Krebserkrankung wurden in zahlreichen Studien untersucht. In der Mehrheit konnten hierbei *positive Auswirkungen* auf das Erleben von Stress und kritischen Lebensereignissen beschrieben werden. Soziale Beziehungen gewähren emotionalen Rückhalt und können im Sinne einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit wirksam sein (Bloom 1996). Emotionale Unterstützung wird als protektiv für den Erhalt des Lebens gesehen (Ell et al., 1992). Sammarco fand in ihrer Untersuchung junger Brustkrebspatientinnen eine positive Korrelation zwischen hoher wahrgenommener Unterstützung und Lebensqualität (Sammarco 2001). Verheiratete Krebspatienten mit hohen Werten für soziale Unterstützung wiesen in Untersuchungen signifikant höhere Überlebensraten auf als unverheiratete Patienten (Goodwin et al., 1987, zitiert nach Tschuschke 2002). Umgekehrt führt soziale Isolierung bei einer Reihe von Erkrankungen zu einem erhöhten Sterberisiko (House et al., 1988). Schwarzer & Leppin (1989) fanden in einer Übersichtsstudie heraus, dass soziale Unterstützung negativ mit der Höhe von Depression korreliert. Für die Krankheitsverarbeitung konnte festgestellt werden, dass soziale Unterstützung als zentrale Ressource für die Bewältigung schwerer lebensbedrohlicher Krankheiten, insbesondere Krebserkrankungen, fungiert und den Verlauf einer Tumorerkrankung

kung günstig beeinflussen kann (Aymans 1992; Ell et al., 1992). Dies wird möglicherweise durch psychoimmunologische Bindeglieder vermittelt (Levy et al., 1990, zitiert nach Kepplinger 1998).

Neben diesen positiven Aspekten belegen Studien, dass soziale Unterstützung auch eine negative Seite haben kann (Faller, Lang, Schilling & Otteni, 1998). Faller und Mitarbeiter replizierten die Ergebnisse der Studien von Neuser (1989) und Revenson et al. (1983), die hohe Werte sozialer Unterstützung in Verbindung mit negativem Empfinden bzw. mit reduziertem Selbstwertgefühl, negativem Affekt und eingeschränktem Kompetenzerleben fanden. Auch bei Aymans (1992) finden sich Hinweise darauf, dass soziale Unterstützung gerade bei besonders hoher Belastung nicht unbedingt - wie angenommen - protektiv wirke. Bloom spricht in diesem Zusammenhang gar von „negative support“ (Bloom 2000, S.59).

Die Gründe für das *negative Erleben* von sozialer Unterstützung sowohl für den Unterstützungsnehmer als auch für den -Geber liegen möglicherweise in der unterschiedlichen Auffassung darüber, was als hilfreich angesehen wird. Häufig fehlt dem Unterstützer, in diesem Fall meist der Partner, die Erfahrung im Umgang mit chronisch Kranken (Faller et al., 1998). Dies führt häufig zu fehlgeschlagenen oder inadäquaten Unterstützungsversuchen, die von den Patienten als nicht hilfreich erlebt werden. Typische Verhaltensweisen von helfenden Personen sind Ratschläge, emotionales Überengagement, Beschwichtigungsversuche, Hilfsstereotypen und Überredungsversuche (Bloom 2000).

## 1.2 Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Partner

Vor allem der Partner ist in vielerlei Hinsicht von der Erkrankung des Patienten in direkter oder indirekter Weise betroffen. Der Partner teilt mit dem Krebspatienten den häuslichen Alltag und ist so mit den Problemen und Änderungen, die sich aus einer Krebserkrankung in Bezug auf die Familie ergeben können, unmittelbar konfrontiert. Für den Patienten ist er in den meisten Fällen der erste Ansprechpartner. Von vielen Autoren wird der Partner daher als *Hauptunterstützungsquelle* des Patienten gesehen (Baider & Kaplan De-Nour, 1990; Keller 1996).

Es ist daher nicht weiter verwunderlich, dass sich die Auswirkungen einer Krebserkrankung nicht nur auf den Patienten erstrecken, sondern in zahlreichen Studien ebenfalls für den Partner nachgewiesen werden konnten.

Baider, Walach, Perry, Kaplan De-Nour (1998a) zitieren in diesem Zusammenhang eine Studie von Fengler & Goodrich (1979) über Ehepartnerinnen, die ihre versehrten Ehemänner versorgten. Aufgrund der großen emotionalen Belastungen, unter denen die Frauen litten, schufen die Autoren den Begriff des „hidden patient“. In Bezug auf die Höhe der Belastungen fanden auch Baider und Mitarbeiter Hinweise dafür, dass Partner mindestens genauso stark belastet waren, wie wenn sie selbst erkrankt wären (Baider et al., 1998a). In einer Untersuchung von Kepplinger (1996) mit 149 Paaren lag die empfundene Belastung der Partner gegenüber den Patienten sogar signifikant höher.

Kepplinger (1995, 1998) fasst die **Belastungen der Partner von Krebspatienten** folgendermaßen zusammen:

- *Emotionale Belastungen* wie die Angst um die Gesundheit des Patienten und die Furcht vor dessen Tod, verbunden mit Unsicherheit, Hilflosigkeit, Resignation, Depression, Verleugnung;
- aus den emotionalen Belastungen sich entwickelnde *psychosomatische Beschwerden* wie Erschöpfungszustände und Schlaf- und Essstörungen; bei einigen Partnern hypochondrische Episoden mit der Überzeugung, selbst an Krebs erkrankt zu sein;
- *körperliche Belastungen* durch die Pflege und Versorgung des Patienten (vor allem bei älteren und weiblichen Partnern);
- *finanzielle Belastungen* durch Verdienstauffälle, insgesamt Auswirkungen auf das Berufsleben;
- *veränderter Lebensstil* und *veränderte Rollen in der Familie*;

- *soziale Veränderungen* durch Viktimisierungsprozesse<sup>2</sup>, Isolation von Freunden und Bekannten;
- Erleben von *Veränderungen in der Paarbeziehung* sowie *in der Sexualität*, eingeschränkte Kommunikation;
- *Frustrationen* aufgrund von fehlgeschlagenen oder inadäquaten Unterstützungsversuchen (vgl. Kapitel 2.1.3).

Neben den offensichtlichen Übereinstimmungen der Belastungen bei Partnern und Patienten finden sich auch Belege für deren Unterschiedlichkeit. Die Ergebnisse hierzu sind jedoch uneinheitlich. Während der Großteil an Untersuchungen dafür spricht, dass Partner eher unter psychischen und Patienten eher unter physischen Belastungen leiden (Keller, 1996; Ell et al., 1988), geht aus einer Studie von Ben-Zur et al. (2001) hervor, dass Patienten häufiger als ihre Partner durch psychische Probleme beeinträchtigt sind.

### 1.2.1 Risikofaktoren für Belastungen bei Partnern

Zur Identifizierung von belasteten Partnern konnten in einer Reihe von Studien *Risikofaktoren* ausgemacht werden, die eine erhöhte Belastung von Paaren nahe legen. Keller, Henrich, Sellschopp und Beutel (1996) und Kepplinger (1998) bieten eine Übersicht sowie eigene Ergebnisse zu möglichen **Prädiktoren** partnerschaftlichen Stresses. Diese können in fünf Gruppen unterschieden werden und sollen im Folgenden ausgeführt werden:

1. Merkmale der Erkrankung und der Krankheitsverarbeitung durch den Patienten
2. Soziodemographische Variablen von Patienten und Partnern
3. Merkmale der Beziehung
4. Erhaltene Information
5. Ausmaß an Sozialer Unterstützung

#### **Zu 1. Merkmale der Erkrankung:**

---

<sup>2</sup> Unter **Viktimisierung** versteht man eine Vermeidungsreaktion, die im Zusammenhang mit Tabuisierung einer (Krebs-) Erkrankung innerhalb des sozialen Umfelds einer Person hervorgerufen werden kann. Die implizite Forderung, Krebspatienten müsse man freundlich und optimistisch gegenüber treten, führt zu einem Konflikt und im Folgenden zu einem Rückzug des sozialen Umfelds, was beim Patienten zu einer sozialen Isolation führt.

Kepplinger (1998) erweitert die vorliegende Hypothese auf den Partner bzw. das Paar, womit auch das Paar **Viktimisierungsprozessen** ausgesetzt ist.

Vor allem in *kritischen Zeiten* wie der Diagnosestellung, aber auch in *bestimmten Phasen der Krankheit* wie bei Auftreten von Rezidiven, schlechter Diagnose, in der Phase der palliativen Versorgung sowie bei schmerzhaften Zuständen werden bei Partnern verstärkt Stimmungsbeeinträchtigungen und Ängste beschrieben (Cassileth et al., 1985, zitiert nach Keller et al, 1996; Ell et al., 1988). Dabei spielen in Bezug auf die Stärke der Belastung häufig mehr die subjektiv erfahrenen Einschränkungen durch die Krankheit des Patienten eine Rolle (wie körperliche Einschränkung des Patienten, Schwere der Symptome etc.) als die objektiv gemessenen medizinischen Daten (Ell et al, 1988). Weiterhin konnte festgestellt werden, dass sich hohe *Anforderungen in der Pflege* und eine längere *Dauer* der Erkrankung belastend für Partner und Patienten auswirken. Darüber hinaus deuten Ergebnisse einer Studie von Northouse darauf hin, dass das *emotionale Befinden* des Partners stark von der psychischen Befindlichkeit des Patienten abhängig ist (Northouse 1988b).

### **Zu 2. Soziodemographische Variablen:**

Verschiedenste Untersuchungen legen nahe, dass *weibliche* und *männliche* Partner unterschiedlich hohe Belastungen zeigen. Hierzu geben Baider und Mitarbeiter eine Übersicht (Baider, Kaufman, Petetz, Manor, Ever-Hadani, Kaplan De-Nour, 1996; Baider, Koch, Esacson & Kaplan De-Nour, 1998b; Baider & Kaplan De-Nour, 1990): Die große Mehrheit der Untersuchungen ergab, dass Frauen eine stärkere Last tragen, stärkerem psychischem Stress ausgesetzt sind und zum Beispiel mehr depressive Symptome zeigen, egal ob sie Ehepartnerin oder Patientin sind. Dies wird mit der traditionellen Rollenverteilung erklärt, in deren Rahmen Patientinnen nach einiger Zeit häufig unverändert den Haushalt führten und Partnerinnen einer Doppel- und Dreifachbelastung ausgesetzt seien, beispielsweise durch die Annahme einer beruflichen Tätigkeit. Dazu trägt außerdem bei, dass männliche Partner und Patienten soziale Unterstützung hauptsächlich durch die Partnerin bzw. die Patientin erhalten. Frauen stützen sich dagegen auf unterschiedliche Quellen und verringern damit möglicherweise die unter Umständen auftretende Belastung der einzelnen helfenden Person. Männlichen Partnern scheint zudem die Einnahme einer distanzierteren Rolle im Unterstützungsgeschehen leichter zu fallen. Diesen Untersuchungsergebnissen widersprechend ergab eine frühere Untersuchung von Baider und Mitarbeitern höhere Werte für Depression und eine Überforderung durch die Aufgaben der häuslichen Pflege bei männlichen Partnern (Baider & Kaplan De-Nour, 1989, zitiert nach Baider, Koch, Esacson & Kaplan De-Nour, 1998b).



In Bezug auf das *Alter* ergaben Untersuchungen, dass junge Paare eher unter emotionalen Problemen leiden, die durch Rollenkonflikte und die verschlechterte familiäre Situation („impaired family relations“) hervorgerufen werden. Die gesunden Partner älterer Paare fühlen sich dagegen eher aufgrund der Pflege physisch und psychisch überfordert.

Ein erhöhtes Belastungsrisiko wurde außerdem vor allem bei Partnern mit geringen materiellen oder personellen Ressourcen und niedrigem Bildungsstand festgestellt (Oberst et al., 1989, zitiert nach Keller, Henrich, Beutel & Sellschopp, 1996).

An *Persönlichkeitsmerkmalen*, die Angehörige in der Krise schützen, scheinen sich Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“)<sup>3</sup> und Optimismus positiv auf das emotionale Wohlbefinden der Partner auszuwirken (Mullen et al., 1993, Given et al., 1993, zitiert nach Kepplinger 1995).

### **Zu 3. Merkmale der Beziehung:**

In Bezug auf den Einfluss von Beziehungsmerkmalen auf die Belastung bei Partnern gibt Kepplinger (1995) eine Übersicht: Für Paare mit einer hohen *Qualität der Partnerschaft* und dadurch guter Anpassung konnte eine geringere Belastung der Partnerschaft ermittelt werden. Dabei wurde bewiesen, dass die oftmals festgestellte erhöhte emotionale Verstrickung zwischen den Partnern, für die normalerweise eine Minderanpassung angenommen wurde, durchaus funktionale Folge der Krankheitsereignisse sein und sich positiv auf die Anpassung auswirken kann (Wellisch et al., 1978, zitiert nach Kepplinger 1998). Keller und Mitarbeiter (1996) vermuten dagegen, dass Erfahrungen mit Stresssituationen, in denen das Paar positive Veränderungen erwirken konnte, einen stärkeren Einfluss auf den positiven Umgang mit der Erkrankung haben könnten als die von ihnen gemessene momentane Zufriedenheit mit der Beziehung (Keller, Henrich, Beutel & Sellschopp, 1996). In einer späteren Untersuchung von Keller und Mitarbeitern fand sich jedoch lediglich bei männlichen Partnern ein Zusammenhang von positiv erlebten Aspekten einer Partnerschaft und einer geringer erfahrenen Belastung (Keller, Henrich, Beutel & Sellschopp, 1998).

Betreffs des Nutzens von *Kommunikation* miteinander über die Erkrankung finden sich divergierende Antworten. Während Keller und Mitarbeiter (1996) bei einigen Untersuchungen fanden, dass offene Kommunikation zu größerem familiären Zusammenhalt, gesteigerter partnerschaftlicher Zufriedenheit und besserer Anpassung führen, wurde in anderen festge-

---

<sup>3</sup> **Kohärenzgefühl** ist nach Antonovsky eine „globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes, dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky, 1979, S.123, zitiert nach Schumacher, 2002)

stellt, dass gerade im Nicht-Miteinander-Reden das ‚Geheimnis des Erfolgs‘ liege (Chekryn 1984, Lichtman et al., 1987, Thorne 1985, zitiert nach Keller et al., 1996).

#### **Zu 4. Informiertheit**

Der Grad an *Informiertheit* über die Erkrankung stellt einen wichtigen Einflussfaktor auf die Höhe der Belastung einer Partnerschaft dar. Die Informiertheit kann demnach als ein ‚Schlüsselfaktor‘ bezeichnet werden und vermag Untersuchungen zufolge bei Partnern Ängste zu reduzieren und eine Überschaubarkeit über Diagnose, Prognose, Behandlung und Verlauf der Genesung herzustellen (Northouse 1989). Im klinischen Alltag scheint jedoch der Zugang des Partners zu Information nicht geregelt zu sein. Fehlende Anknüpfungspunkte zwischen medizinischem Personal und Partner führen einerseits zu einer Minderversorgung an Information, wogegen ein Zuviel an Information den Partner psychisch unter Druck setzen kann, wenn er früher und umfassender als der Patient selbst über Diagnose und Prognose informiert wurde (Vess et al., 1988, Chaitchik et al., 1992, zitiert nach Kepplinger 1995).

#### **Zu 5. Ausmaß der sozialen Unterstützung**

Wie im Kapitel 1.1.2 zur sozialen Unterstützung ausgeführt, konnten sowohl positive als auch negative Auswirkungen sozialer Unterstützung auf Individuen belegt werden. Dies gilt auch für Partner. Während Yahr Beweise dafür liefert, dass „adäquate“ Unterstützung mit einer Verminderung der Belastung der Partnerschaft einhergeht, gibt es nach Keller und Mitarbeitern (1998) keine Zusammenhänge zwischen Ausmaß an erlebter sozialer Unterstützung und dem Belastungserleben (Yahr 1986, zitiert nach Kepplinger, 1998).

Insgesamt wird deutlich, dass die Situation der Partner von Krebspatienten sowohl durch physische Anforderungen wie durch emotional belastende Bedingungen geprägt wird. Dabei scheinen sozio-demographische Variablen wie Alter und Geschlecht, äußere Umstände (Dauer und Pflegeintensität der Erkrankung, Grad der Informiertheit) aber auch innere Faktoren (wie Merkmale der Beziehung, Krankheitsverarbeitung, erlebte soziale Unterstützung) eine Rolle zu spielen.

### 1.2.2 Unterstützende Maßnahmen für Partner

Obwohl die im vorangegangenen Kapitel 1.2.1 geschilderten Belastungen der Partner von Krebspatienten in einer Reihe von Studien belegt wurden, ist ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, Angehörige zu unterstützen, kaum vorhanden. Dies wird auch durch die geringe Anzahl diesbezüglicher Untersuchungen deutlich.

Für Patienten gibt es neben der medikamentösen und medizinischen Therapie sowohl stationär als auch ambulant eine Fülle von psychosozialen Unterstützungsangeboten in Form von Selbsthilfegruppen, Gruppentherapien, psychologischen Interventionen, Unterstützung durch ambulante Pflegedienste, Sozialdienste etc., die von diesen auch oftmals in Anspruch genommen werden.

Auf Seiten der Partner wird dagegen von einer *großen Unzufriedenheit bezüglich des Angebots an unterstützenden Maßnahmen speziell für Partner* berichtet (vgl. Kepplinger 1998). Von Seiten des ärztlichen und medizinischen Personals wird nicht die Unterstützung geleistet, die eine adäquate Verarbeitung ermöglicht bzw. diese erleichtert. Auch durch das soziale Umfeld erhalten Angehörige weniger emotionale und praktische Unterstützung als deren kranke Partner (Northouse, 1988; Davis-Ali et al., 1993; s.a. bei Kepplinger 1998), obwohl gleich hohe oder sogar höhere Belastungen bei gesunden Partnern bewiesen werden konnten. Dabei scheint nicht immer der Mangel an Unterstützungsangeboten für die geringe Inanspruchnahme verantwortlich zu sein.

Der Grund dürfte zum einen darin liegen, dass Partner seltener als Patienten von ihrer Umwelt als unterstützungsbedürftig eingeschätzt werden. Trotz der hierzu vorliegenden Erkenntnisse mangelt es auch bei professionellen Unterstützern an Aufmerksamkeit bzw. Qualifikation (Dinkel & Balck, 2003; Schönberger & von Kardorff, 2000). Ein weiterer Grund wird darin gesehen, dass gesunde Partner ihre Bedürfnisse denen des kranken Partners unterordnen, sich selbst gar nicht als unterstützungsbedürftig einschätzen und deshalb seltener Hilfe suchen (vgl. Kepplinger 1998). Darüber hinaus ist unklar, inwieweit die Partner bezüglich unterstützender Angebote ausreichend informiert sind.

## 1.3 Onkologische Rehabilitation

Stationäre onkologische Rehabilitation bietet für Krebspatienten eine Möglichkeit der Fortführung von medizinischer Therapie sowie der Beibehaltung oder der Verbesserung des körperlichen und psychischen Zustandes. In Abgrenzung zur Akutmedizin, die auf eine rasche Behandlung der Erkrankung und die Behebung der gesundheitlichen Schädigung abzielt, liegt der Schwerpunkt einer *stationären Rehabilitation* in der Verbesserung, Erhaltung und bestmöglichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Menschen, die durch die Folgen einer (chronischen) Erkrankung stark eingeschränkt sind (Gerdes & Weis, 2000).

### Definition

Der Begriff ‚Rehabilitation‘ wird allgemein als „[Wieder]eingliederung eines Kranken, körperlich oder geistig Behinderten in das berufliche und gesellschaftliche Leben“ definiert (Duden Fremdwörterbuch 1990).

Der WHO zufolge umfasst Rehabilitation

„alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Einfluss von Bedingungen, die zu Einschränkungen oder Benachteiligungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und benachteiligten Personen zu befähigen, eine soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf ab, eingeschränkte und benachteiligte Personen zu befähigen, sich ihrer Umwelt anzupassen, sondern auch darauf, in ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes einzugreifen, um ihre soziale Integration zu erleichtern.“ (zitiert bei Haupt & Delbrück, 1998, S.37)

### 1.3.1 Ziele und Aufgaben der Rehabilitation

Das Ziel **medizinischer Rehabilitation** besteht nach den dargestellten Definitionen und Modellen darin, den Betroffenen zu ermöglichen, „mit ihrer Krankheit adäquat umzugehen und trotz Behinderung ihre Funktionen im Beruf sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben“ (Ruland 1996, S. 637). Charakteristisch für rehabilitative Maßnahmen ist dabei die individuell auf den Einzelnen ausgerichtete therapeutische Arbeit, an der der Rehabilitand selbst aktiv mitwirken soll. Dem Patienten soll in diesem Rahmen ein Verständnis für eigenverantwortliches Handeln vermittelt werden, getreu dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Im Einzelnen können die *Aufgaben der medizinischen Rehabilitation* folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. Koch et al., 1995a; Ruland 1996):

- Differenzierte Diagnostik im medizinischen, funktionalen und psychosozialen Bereich

- Fortführung der medizinischen Behandlung, Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapiemaßnahmen
- Information für krankheitsgerechtes Verhalten sowie tertiäre Prävention (Vorbeugen einer Progredienz)
- Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Fähigkeitsstörungen
- sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, Beratung zu Maßnahmen für die Anpassung des Arbeitsplatzes an bestehende Leistungsunfähigkeit (Hilfsmittel, innerbetriebliche Umsetzung etc.)
- Hilfen zur Krankheitsbewältigung zur Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung
- Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über adäquaten Umgang mit Rehabilitanden und den Folgen seiner Gesundheitsstörung
- Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Berufsförderung etc.)

Für Krebspatienten gelten bei einer stationären Rehabilitation aufgrund ihrer spezifischen Belastungen (oftmals schwerwiegenden Nebenwirkungen, langfristige Krankheitsverläufe, die häufig mit starken psychischen Belastungen einhergehen und die durch große Unsicherheit geprägt sind; s. a. Kapitel 2.1) und ihres häufig relativ fortgeschrittenen Alters spezielle Rahmenbedingungen und Zielsetzungen (Bergelt 2002). Bei einer **onkologischen Rehabilitation** geht es so weniger um eine vollständige Wiederherstellung und eine beruflich-soziale Reintegration, sondern vielmehr darum, die körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen weitestgehend zu reduzieren und eine möglichst konstruktive Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgestörungen zu ermöglichen (vgl. Schliehe & Haaf, 1996).

Die onkologische Rehabilitation bietet deshalb neben der Behandlung somatischer Störungen auch eine Unterstützung bei der psychischen Bewältigung der Erkrankung mittels eines breitgefächerten therapeutischen Angebots. Darüber hinaus können Hilfestellungen in Bezug auf die sozialen Auswirkungen einer Krebserkrankung gegeben werden, beispielsweise durch die Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe. Die Erhaltung der Berufsfähigkeit ist ein weiteres Ziel der onkologischen Rehabilitation.

In der onkologischen Rehabilitation werden folgende spezielle, das Angebot der medizinischen Rehabilitation ergänzende therapeutische Maßnahmen angeboten (Kruck 2003, AWMF online):

- Physikalische Therapie (Lymphdrainage, physikalische Schmerztherapie, Inhalationen etc.)
- Training von speziellen Restfunktionen (z.B. Beckenbodentraining bei Inkontinenz, Lungenfunktionstraining nach Pneumonektomie, Gangschulung etc.)
- Erlernen und Einüben von Kompensationsmöglichkeiten bleibender Funktionseinschränkungen (z.B. Stomaversorgung, Oesophagussprache nach Laryngektomie etc.)
- Berufsbezogene Trainingsmaßnahmen

Onkologische Rehabilitation wird in Deutschland traditionell vor allem stationär durchgeführt. Sie fokussiert in einem stationären Setting gezielt auf eine diagnostische und therapeutische Arbeit an den Fähigkeitsstörungen sowie auf eine Motivierung zur aktiven Krankheitsbewältigung.

Ambulante bzw. teilstationäre Maßnahmen bei Krebserkrankungen spielen dagegen eine eher untergeordnete Rolle, obwohl eine stärkere Entwicklung von ambulanten Angeboten diskutiert wird (vgl. Koch, Gundelach, Tiemann & Mehnert, 2000). Bei der Entwicklung von Alternativen zur stationären Rehabilitation sollen dabei vor allem individuelle sowie qualitativ und quantitativ unterschiedliche Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden.

Bei den stationären Rehabilitationsmaßnahmen wird zwischen *Anschlussheilbehandlung (AHB)* bzw. *Anschlussrehabilitation (AR)*<sup>4</sup> und stationären Heilverfahren unterschieden.<sup>5</sup> Eine AHB erfolgt mittels eines vereinfachten Einleitungsverfahrens direkt im Anschluss an die Primärtherapie des Krankenhauses (innerhalb von 14 Tagen) und soll damit für einen frühestmöglichen Beginn der Rehabilitation und einen nahtlosen Übergang in die Rehabilitation sorgen. Hiermit sollen die Chancen eines erfolgreichen Abschlusses der Rehabilitationsmaßnahme erhöht werden. Für die Kostenübernahme sind unterschiedliche Träger zuständig. In Abhängigkeit von beruflicher Tätigkeit und Versicherungsstatus erfolgt diese hauptsächlich durch die Rentenversicherungsträger und zu einem eher kleinen Anteil durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Rehabilitationsmaßnahme im üblichen Sinne kann auch zu späteren Zeitpunkten erfolgen, der Leistungsausgleich erfolgt ebenfalls zum Großteil durch die

---

<sup>4</sup> In Abgrenzung zur Anschlussheilbehandlung (AHB) bezeichnet die **Anschlussrehabilitation (AR)** Leistungen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung *medizinisch notwendig* ist. Sie wurde mit dem 2.GKV-NOG im Zusammenhang mit Zuzahlungsregelungen eingeführt. Die Begriffe AHB und AR werden in der Praxis synonym verwandt (Schliehe & Röckelein, 1998). Im Folgenden wird der Einfachheit halber übergreifend der Begriff „AHB“ verwendet.

<sup>5</sup> Wenn im Folgenden von stationären Rehabilitationsmaßnahmen gesprochen wird, ist damit die Gesamtheit aller stationären AHB's und Heilverfahren gemeint

Rentenversicherungsträger und nur nach genauer Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) durch die Krankenversicherung (Schliehe & Röckelein, 1998).

Der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen ist *gesetzlich* durch § 10 SGB I geregelt, der *körperlich, geistig oder seelisch Behinderten die Hilfe zusichert, welche eine Behinderung bessern oder deren Verschlimmerung abwenden und einen Platz in der Gemeinschaft, vor allem im Arbeitsleben, sichern soll*. Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ regelt weiterhin § 10 SGB VI den Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen vor Rentenleistungen (vgl. Ruland 1996).

Die spezielle Situation von Krebspatienten wird durch den Gesetzgeber gemäß §15 SGB VI und §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI berücksichtigt. Letzterer verzichtet auf die bei anderen Rehabilitationsmaßnahmen nötige sozialmedizinische Erfolgsprognose auf Wiedereingliederung in den Beruf und bezieht sich eher auf eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Pottins, Rohwetter, Knüpfer & Korsukéwitz, 2002).

Aus dem beschriebenen, sehr komplexen Aufgabenbereich wird deutlich, dass für eine erfolgreiche Rehabilitation eine *ganzheitliche Herangehensweise* an eine Erkrankung und ihre Folgen angestrebt wird, indem nicht nur die Erkrankung und die Beeinträchtigung von Organen sondern „der Mensch als Ganzes“ behandelt werden soll (Haupt & Delbrück, 1998). In der Rehabilitationsmedizin ist dieser Ansatz durch die hier besonders geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialdiensten, Ernährungsberater, Logopäden u.a. präsent. Für den Arzt liegt die besondere Schwierigkeit darin, sich in die individuelle und bei chronischen Erkrankungen oftmals mehrere Bereiche betreffende Situation des Patienten einzufühlen und dabei gleichzeitig den Überblick über mögliche Herangehensweisen zu behalten (Haupt & Delbrück, 1998).

### **1.3.2 Wirksamkeit von stationärer onkologischer Rehabilitation**

In einer Reihe von Untersuchungen konnte bisher nachgewiesen werden, dass stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen statistisch signifikant nachweisbare Effekte auf den körperlichen und den psychischen Zustand sowie insgesamt auf die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit der Krebspatienten haben (hierzu als Übersicht Haaf & Schliehe, 1998). Es konnte sowohl für die generelle Lebensqualität (allgemeine Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziale Funktionalität, Vitalität) als auch für die krebspezifische Lebensqualität eine Verbesserung festgestellt werden, die mit einer Verminderung von kognitiven, sozi-

alen und emotionalen Belastungen und einer verringerten Müdigkeit einhergingen (Petermann et al., 1996; Krischke, Niebrügge & Petermann, 1996). Auch für die Verminderung der AU-Zeiten (Arbeitsunfähigkeits-Zeiten) konnte die Wirkung stationärer Heilverfahren wiederholt bewiesen werden (Gerdes 1993). In einigen Untersuchungen wurden dagegen keine Hinweise auf eine Verbesserung von funktionellen Einschränkungen und körperlichen Beschwerden (beispielsweise Übelkeit / Erbrechen, Schmerzen) gefunden (Teichmann 2002; Schwibbe 1991).

Während übereinstimmend positive Effekte direkt nach Abschluss des stationären Rehabilitationaufenthalts festgestellt werden konnten, ergaben Untersuchungen für die Katamnese in einigen der gemessenen Parameter einen Anstieg der Beschwerden zurück auf das Ausgangsniveau (Uhlemann & Biskup, 1998; Welk, Koch & Bergelt, 2001) bzw. sogar über das Ausmaß der Beschwerden vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme hinaus (Biskup, Uhlemann & Gärtner, 1994). Als mögliche Einflussfaktoren für diesen Rückgang von Verbesserungen durch Rehabilitation kommen unterschiedliche Krankheitsverläufe (Teichmann 2002) sowie differierende Einstellungen von Patienten zu psychologischen Interventionen in Frage. Bewiesenermaßen profitieren Patienten mit einer positiven Einstellung deutlich stärker und länger von stationärer onkologischer Rehabilitation als Patienten, die diesen kritisch gegenüber stehen (Krishcke, Niebrügge & Petermann, 1996). Welk und Mitarbeiter verweisen auf ein zu geringes Ineinandergreifen von Nachsorgeprogrammen und fordern, „Maßnahmen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolges zu etablieren bzw. auszubauen“, beispielsweise in Form von ambulanten Nachsorgeprogrammen oder durch eine Intensivierung der psychosozialen Betreuung während der Rehabilitationsmaßnahme (Welk, Koch & Bergelt, 2001, S. 56).

Die bisherigen Erkenntnisse zur Wirksamkeit von onkologischer Rehabilitation werden hinsichtlich methodischer und inhaltlicher Aspekte bisheriger Untersuchungen auch kritisch diskutiert (vgl. Bergelt 2002). Beispielsweise entspringen die Ergebnisse hauptsächlich naturalistischen Studien ohne Kontrollgruppenvergleich (der aufgrund des Antragsverfahrens und aus ethischen Gründen nicht durchführbar ist). Die Anwendung von quasi-experimentellen Designs kam in der onkologischen Rehabilitationsforschung bislang kaum zur Anwendung. Darüber hinaus wurden individuelle Zielsetzungen der Rehabilitanden bisher meist vernachlässigt, ohne deren Einflussnahme auf den tatsächlich gemessenen Effekt einer Rehabilitationsmaßnahme zu berücksichtigen.



### 1.3.3 Daten zur Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 778.789 stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt (VDR-Statistik 2000). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Krebserkrankungen (*stationäre onkologische Rehabilitationen*) machten dabei einen Anteil von 14,4% aus, etwa ein Drittel von den insgesamt 158.507 stationären Heilbehandlungen fallen auf Anschlussrehabilitationen. Die Gruppe der Neubildungen stellt somit - nach den Erkrankungen des Skelett-, Muskel- und Bindegewebes und den psychischen Erkrankungen - die *drittstärkste Diagnosegruppe für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen*.

Im Jahr 2000 gab es Schätzungen des Robert-Koch-Instituts zufolge ca. 460.000 Neuerkrankungen (Batzler et al., 2004). Im Jahr 2000 nahmen lediglich 46.460 Personen an einer Anschlussheilbehandlung teil, dies sind, gemessen an der Zahl der Neuerkrankungen<sup>6</sup>, lediglich 10,1% (Zahlen des Robert-Koch-Instituts Berlin für Inzidenzen 2000, Batzler et al., 2004; VDR-Statistik 2000).<sup>7</sup>

*Frauen* machen fast genau die Hälfte der Neuerkrankten aus (im Jahr 2000 228.632 Neuerkrankte, somit 49,7%), nehmen aber etwas häufiger an stationären Rehamaßnahmen teil (58,4%). Die Zahl der AHB-Teilnehmer ist für Männer und Frauen fast ausgeglichen (50,9% Frauen und 49,1% Männer), das Verhältnis von AHB-Teilnehmern zu Neuerkrankten liegt für Frauen bei 10,4% und für Männer bei 9,9%.

In Bezug auf die *Altersverteilung* fallen für das Jahr 2000 Schätzungen des Robert-Koch-Instituts zufolge über zwei Drittel der Neuerkrankungen auf Personen von 60 Jahren und älter (358.710 Personen über 60-Jährige, 101.099 Personen unter 60 Jahren). Demgegenüber machen die über 60jährigen nur 55% aller stationären Rehaeteilnehmer aus, was einem deutlich schlechteren Verhältnis entspricht. Das selbe gilt für die Anschlussheilbehandlungen: Hier liegt das Verhältnis von AHB's zu Neuerkrankten bei den unter 60jährigen bei 16,7%, wohingegen es für die über 60-Jährigen mit 8,2% halb so groß ist (VDR-Statistik 2000).

Die vorliegenden Daten machen darauf aufmerksam, dass vor allem ältere Patienten, welche als besonders rehabilitationsbedürftig eingeschätzt werden, seltener an einer stationären Heilbehandlung teilnehmen. Eine Untersuchung von Pläß ergab, diesen Daten entsprechend,

---

<sup>6</sup> Es wurde das Verhältnis der AHBs zur Anzahl der Neuerkrankten (Inzidenzen) eines Jahres gewählt, da es keine Angaben darüber gibt, wie viele Personen insgesamt zu einem Zeitpunkt erkrankt sind

<sup>7</sup> Die Anzahl der Krebsneuerkrankungen werden seit 1999 gemäß des Bundeskrebsregistergesetzes in einem bundesweit einheitlichen Register angegeben. Eine Vollzähligkeitsrate von über 90% konnte jedoch bisher nur im Saarland erreicht werden. Die vorliegenden Zahlen sind daher nur Näherungswerte; es muss angenommen werden, dass das Verhältnis AHBs / Inzidenzen noch geringer ist (Batzler 2000).

dass gerade besonders stark belastete Patienten häufig keine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen (Platz 1998).

Die Prozesse, die die Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen beeinflussen, sind bislang nicht geklärt. Fehlender Konsens über Versorgungsstandards und - durch die Vielzahl an einflussnehmenden Faktoren - forschungsmethodische Probleme führen dazu, dass Schätzungen von Experten zum Bedarf solcher Versorgungsmaßnahmen erhebliche Unterschiede aufweisen (Weis & Koch, 1998a).

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit der Suche nach einem Modell, das den Prozess der Inanspruchnahme einer rehabilitativen Maßnahme hinreichend beschreibt. Des weiteren sollen Faktoren identifiziert werden, die die Teilnahme an einer stationären Rehabilitation möglicherweise beeinflussen.

## 1.4 Inanspruchnahmemodelle

Modelle und Theorien zur Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen, zu denen beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen gerechnet werden können, orientieren sich an ‚*Erwartungs-mal-Wert-Modellen*‘ (Heckhausen 1980, zitiert nach Plaß 1998). Mit Hilfe dieser Modelle wird versucht, Motivationen zur Inanspruchnahme mit Hilfe eines sozialkognitiven Ansatzes zu erklären und die Abfolge von Handlungen und den Ablauf von Kognitionen in einen Rahmen zu bringen. Zur Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen liegen bislang keine speziellen Modelle vor. Schwarzer (1996) stellt die verschiedenen Modelle zu gesundheitsorientiertem Verhalten vor wie beispielsweise das *Health-Belief-Model* (Becker 1974; Rosenstock 1966), die ‚*Theory of Planned Behaviour*‘ (Ajzen & Madden, 1986) und die ‚*Protection Motivation Theory*‘ (Rogers 1983, 1985). In eher allgemeiner Form setzen sich demnach die *Stresstheorie nach Lazarus* (1966), die ‚*Theory of Reasoned Action*‘ nach Ajzen und Fishbein (Fishbein & Ajzen, 1975) und die *Selbstwirksamkeitstheorie (Self-Efficacy-Theory, Bandura 1977)* mit kognitiv gesteuerten Handlungen auseinander, die sich beispielsweise mit der Abwehr von Stress beschäftigen. Taylor fasst einige Elemente als wichtigste *Bestimmungsgrößen für Gesundheitsverhalten* zusammen (Taylor 1990, zitiert nach Plaß 1998):

Menschen verhalten sich dann gesundheitsbewusst,

- wenn eine Gesundheitsbedrohung schwerwiegend erscheint (*severity* – allgemeine Gefährlichkeit)
- wenn die subjektive Verletzbarkeit oder die Auftretenswahrscheinlichkeit für eine Krankheit hoch ist (*susceptibility* – persönliche Bedrohung)
- wenn jemand glaubt, persönlich eine protektive Handlung ausführen zu können (*Kompetenzerwartung*)
- wenn diese Handlung als eine wirksame Maßnahme zur Abwehr der Gefahr eingeschätzt wird (*Konsequenzerwartung*)

Das *sozialkognitive Prozessmodell* gesundheitlicher Handlungen nach Schwarzer (1996) beinhaltet Elemente der genannten Modelle und kommt so der Darstellung des Inanspruchnahmeprozesses zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme am nächsten.

### 1.4.1 Das sozialkognitive Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen

Mit dem sozialkognitiven Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen versucht Schwarzer, Elemente aus Modellen, die den Aspekt der *Intentionsbildung* (motivationale Phase) beschreiben (,Health-Belief-Modell', ,Protection Motivation Theory', ,Theory of Reasoned Action', ,Theory of Planned Behavior'), mit Elementen aus einem Modell zur *Handlungsdurchführung* (volitionale Phase) zu vereinen. Das Modell von Schwarzer (1996) kann folgendermaßen beschrieben werden (s. Abbildung 1):

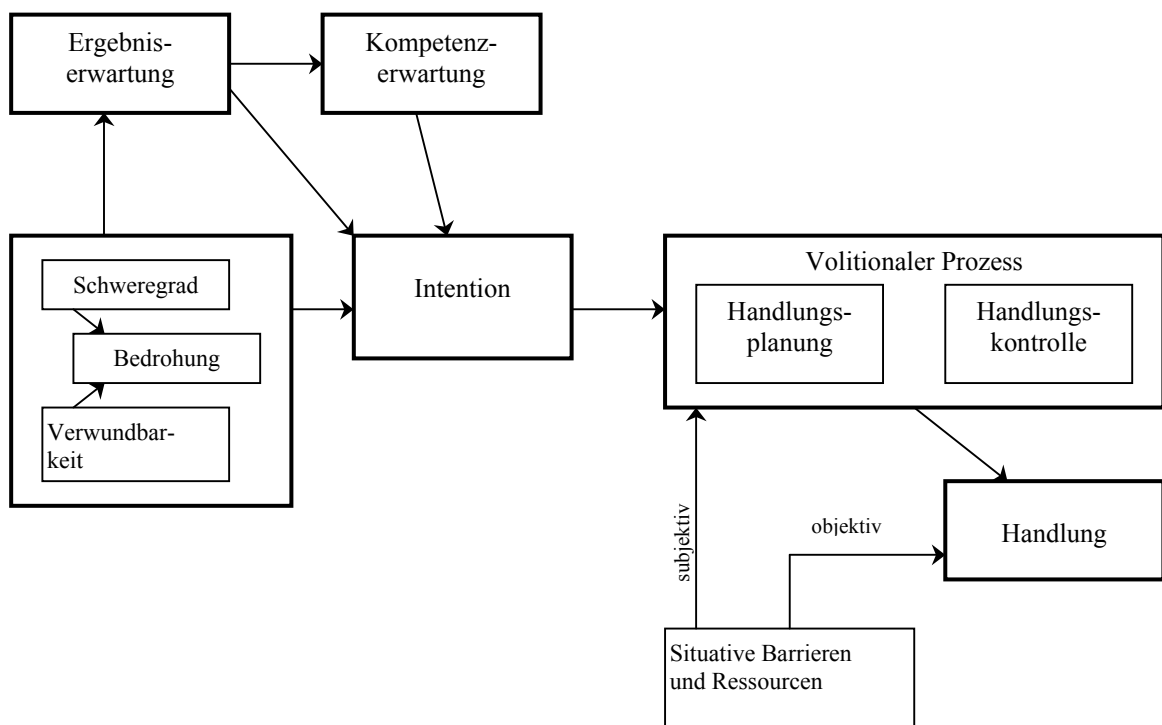


Abb. 1: Das sozialkognitive Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen von Schwarzer (1996) (aus Lang 2003)

In der **motivationalen Phase** geht es um die Bildung der *Intention*, die zu einer gesundheitlichen Handlung führen soll. Hierbei stellt die subjektiv wahrgenommene *Bedrohung* der Gesundheit ein wichtiges Element dar, die ihrerseits durch die allgemein angenommene Gefährlichkeit oder *Schwere* (,severity') und die eingeschätzte persönliche *Verwundbarkeit* (,susceptibility', auch ,Vulnerabilität') determiniert wird. Die Bedrohung hat neben der Beeinflussung der Intention darüber hinaus einen direkten Einfluss auf die *Ergebniserwartung* (,Konsequenzerwartung'), die die Erfolgseinschätzung einer speziellen gesundheitlichen Handlung beschreibt. Weiterhin ist die Kompetenzerwartung ein wichtiger Prädiktor für Verhaltensänderungen. Sie beschreibt die Überzeugung einer Person über die eigene Fähigkeit, eine Verhaltensänderung durchzuführen. Die nicht in der Graphik dargestellten *sozialen Erwartungen* berücksichtigen den Einfluss sozialer Entstehungsprozesse und werden als

Unterkonstrukt der Konsequenzerwartung behandelt. Die *Intention* stellt das zentrale Element dar, in das alle Variablen der Motivationsbildung münden, und bildet den Übergang zur Ausführung einer Handlung.

Der Entscheidung, eine Handlung durchzuführen, folgt die **volitionale Phase**, die sich auf die Umsetzung von Intentionen und die Ausführung von Handlungen richtet. Sie basiert auf der *Volitionstheorie* (vgl. z.B. Heckhausen, 1987, 1989, zitiert nach Schwarzer 1996), die die stufenweise Ausbildung einer Handlung auf drei Ebenen propagiert: der kognitiven, der handlungsbezogenen und der situativen Ebene. Volition steht hierbei als Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen direkt vor, während und nach einer Handlung (vgl. Schwarzer, 1996). Der Erstellung eines *Handlungsplans* (präaktionale Phase) folgt die Initiierung der *Handlung* (aktionale Phase), welche einer ständigen *Handlungsausführungskontrolle* unterliegt, die dafür sorgt, dass sowohl Handlung als auch Intention und Vorsatz vor Einflüssen von außen „geschützt“ werden. Die abschließende Handlungsbewertung, die die Interpretation der Erfolge und Misserfolge darstellt und die Volitionsstärke erneuter Handlungen beeinflusst, ist Teil der postaktionalen Phase und gehört somit schon zur neuen Motivationsphase.

Als ein weiteres Element führt Schwarzer die Einflussgrößen *situative Barrieren und Ressourcen* ein, die die objektiven Fertigkeiten einer Person, die sie umgebenden Umstände wie Geld oder Zeitaufwand und den sozialen Rückhalt einer Person ausmachen. Sie haben als objektiv bestehende Barrieren bzw. Ressourcen einen direkten Einfluss auf die Handlung und wirken sich darüber hinaus als subjektiv wahrgenommene Faktoren auf die Handlungsplanung aus.

Das dargestellte Modell ist jedoch noch jung und es fehlen systematische Untersuchungen, sodass bisher keine hinreichenden Aussagen über Konsistenz und Gültigkeit der Beziehungen zwischen den Elementen gemacht werden können (vgl. Lang 2003).

Für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen gibt es bislang kein allgemeines Erklärungsmodell. Um die verschiedenen, die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren theoretisch zuordnen und ihre Wirkung darstellen zu können, soll im Folgenden das Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen auf die Inanspruchnahmeprozesse onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen übertragen werden. Dabei sollen bisherige Forschungsergebnisse zu medizinischer und onkologischer Rehabilitation sowie zu psychologischen Unterstützungsmaßnahmen in das Modell eingebettet werden.

### 1.4.2 Übertragung des Modells

Auch bei der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen kann von zwei Phasen, der motivationalen und der volitionalen Phase ausgegangen werden. Dabei nimmt wiederum die *Intentionsbildung* in der **motivationalen Phase** eine zentrale Rolle ein. Wie auch im Modell von Schwarzer kann angenommen werden, dass diese durch die *wahrgenommene Bedrohung* durch die Krebserkrankung beeinflusst wird, welche wiederum aus den vom Patienten erlebten psychischen und körperlichen Belastungen (*„Schweregrad“*) und aus dem Wissen um die Möglichkeit, an dieser Erkrankung zu sterben (*„Verwundbarkeit“*), resultiert. In Bezug auf die erlebten Belastungen konnte in Untersuchungen festgestellt werden, dass ein mittleres Ausmaß an körperlichen Beschwerden beispielsweise mit einer hohen Inanspruchnahmerate für psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen einherging, wohingegen niedrige oder besonders starke Belastungen die Teilnahme an Unterstützungsangeboten verringerten (Pläß 1998). Mit längerer Dauer der Krebserkrankung stieg außerdem die Inanspruchnahme unterstützender Maßnahmen an (Taylor et al., 1986). Weiterhin fanden Untersuchungen, dass bei Inanspruchnehmern von onkologischen Rehabilitationsprogrammen und psychosozialen Unterstützungsangeboten erhöhte Werte für Depressivität, Angst und Hoffnungslosigkeit bestehen (Berglund et al., 1997; Taylor et al., 1986; Pläß 1998).

Hinsichtlich des Einflusses der *Ergebniserwartung* auf die Intentionsbildung zur Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation ergab eine Untersuchung von Barth und Mitarbeitern, dass sich die Erwartungshaltung bezüglich der Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation zwischen Inanspruchnehmern und Nicht-Inanspruchnehmern nicht unterschied (Barth et al., 1991). Demgegenüber fand Pläß (1998) heraus, dass Inanspruchnehmer psychosozialer Unterstützungsangebote diesen positiver gegenüber standen als Nicht-Inanspruchnehmer.

Die bei Schwarzer eher zurückhaltend propagierten sozialen Normen (*„soziale Erwartungen“*) scheinen einen großen Einfluss auf die Inanspruchnahmerate von onkologischer Rehabilitation zu haben, sowohl direkt auf die Intentionsbildung als auch indirekt auf die Ergebniserwartung. Positive Einstellungen zu Rehabilitationsmaßnahmen von Seiten des Partners, des restlichen sozialen Umfelds und des medizinischen Personals stehen in Verbindung mit höheren Inanspruchnahmeraten (Barth et al., 1991). Dagegen kann eine negative Einstellung bei Ärzten und medizinischem Personal gegenüber Rehabilitation einen die Inanspruchnahme behindernden Einfluss haben (Brusis, Vogel & Mai, 1990; Eakin & Strycker, 2001). Brusis und Mitarbeiter liefern darüber hinaus Hinweise dafür, dass das medizinische

Versorgungssystem selbst Einstellungen erzeugt, die die spätere Nutzung von Hilfeangeboten behindern. Durch Vorfälle misslungener Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient während der Primärversorgung werde beim Patienten Misstrauen gegenüber dem medizinischen System geschaffen und damit auch gegenüber medizinischer Rehabilitation hervorgerufen (Brusis, Vogel & Mai, 1990, 1993).

Die *Kompetenzerwartung*, hier die Erwartung, zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation fähig zu sein, kann nicht ohne weiteres auf den Prozess der Inanspruchnahme übertragen werden, da die Rehabilitationsteilnahme vornehmlich durch den Arzt determiniert wird, der darüber urteilen muss, ob der Patient rehabilitationsbedürftig bzw. zu einer Teilnahme fähig ist und großen Einfluss auf die Entscheidung des Patienten hat. Aber auch der Patient entscheidet, ob er sich selbst in der Lage sieht, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

Die **volitionale Phase** ist nicht als ein genormter und feststehender Prozess der Planung einer Handlung zu sehen, die durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden kann. Vielmehr liegt hier ein mehrstufiger Prozess vor, der abhängig von der Art der Rehabilitationsmaßnahme (stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder AHB) und individueller Besonderheiten abläuft. In der vorliegenden Beschreibung entspricht der *volitionale Prozess* der Planung der Rehabilitationsmaßnahme, welche durch verschiedene subjektive Barrieren und Ressourcen beeinflusst werden kann und letztendlich in eine *Handlung*, die Antragsstellung bzw. die Formulierung der Bitte an den Arzt, eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen, mündet. Die Rehaplanung entspricht dabei den handlungsbezogenen Kognitionen, die der Antragsstellung vorausgehen.

Im Fall einer unproblematischen und „automatischen“ Einleitung der Reha-Beantragung durch den Krankenhausarzt, wie dies häufig in Bezug auf Anschlussheilbehandlungen vorkommt, steht die Antragsstellung der Rehabilitationsmaßnahme vor der Planung des Rehaklinik-Aufenthaltes.

Bezüglich *situativer Barrieren und Ressourcen* liegen eine Reihe von Ergebnissen vor. In Bezug auf den Einfluss äußerer Umstände konnte bewiesen werden, dass die Inanspruchnahmerate bei psychosozialen Unterstützungsangeboten mit der Größe des Angebots stieg (Brusis, Vogel & Mai, 1990). Im Falle der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation kann ein als zu kompliziert erlebtes Antragsverfahren eine Barriere darstellen (Barth et al., 1991). Weiterhin könnten Schwierigkeiten, Informationen zu erhalten, beispielsweise durch eine unübersichtliche Organisation der Anbieter oder durch die schlechte Erreichbarkeit der Ärzte, zu einer Erschwerung der Antragsstellung führen.

### 1.4.3 Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Über die bereits dargestellten und im Prozessmodell von Schwarzer berücksichtigten Faktoren und Variablen hinaus gibt es weitere Faktoren, die ebenfalls die Inanspruchnahme von onkologischer Rehabilitation zu beeinflussen scheinen. Bei Plaß (1998) werden diese im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote als *prädisponierende Variablen* wie soziodemographischen Variablen, Persönlichkeitsvariablen, Erfahrungen und Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten und *intervenierende Rahmenbedingungen* wie strukturelle Eigenschaften des Systems bezeichnet. Als eine weitere, bisher wenig erforschte Einflussvariable ist der Einsatz und die Motivation des Partners zu nennen.

So konnten Barth und Mitarbeiter (1991) eine positive Korrelation zwischen guten *Erfahrungen* mit medizinischer Rehabilitation und der Stellung eines Antrages feststellen. Plaß konnte die Ergebnisse der Untersuchung von Taylor und Mitarbeiter bestätigen, die herausfanden, dass sich eine vorherige Inanspruchnahme von anderen Beratungsangeboten positiv auf die aktuelle Inanspruchnahme von psychosozialer Angebote auswirkt (Plaß 1998; Taylor et al., 1986).

Die *Informiertheit* bezüglich unterstützender Maßnahmen wird ebenfalls als zentraler Faktor bzw. als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen gesehen. Fehlendes oder nicht ausreichendes Wissen bezüglich der Möglichkeit einer Inanspruchnahme sowie die damit einhergehende mäßige Eigenmotivation sind häufig genannte Hinderungsgründe bezüglich einer Teilnahme an psychosozialen Maßnahmen (Brusis, Vogel & Mai, 1990; Eakin & Stryker, 2001; Plaß 1998; Weis, Koch & Geldsetzer, 1992). Der Wunsch nach mehr Information über die eigene Erkrankung scheint dagegen die Inanspruchnahme eines Rehabilitationsprogramms positiv zu beeinflussen (Berglund et al., 1997).

In Bezug auf den Einfluss *soziodemographischer Variablen* kam man zu folgenden Ergebnissen: Hinsichtlich des Geschlechts der Patienten wurde festgestellt, dass Frauen häufiger als Männer ambulante und stationäre onkologische Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen (Taylor et al., 1986; Berglund et al., 1997; Koch, Aßmann et al., 1995). Männliche Patienten akzeptieren dagegen eher, an einem gesundheitsfördernden Programm teilzunehmen, wenn sie durch ihre Partnerinnen begleitet werden (Berglund et al., 1997). In allen vorliegenden Studien korreliert das Alter negativ mit der Inanspruchnahme von Nachbetreuungsmaßnahmen für Krebspatienten (Brusis, Vogel & Mai, 1990; Plaß 1998). Auch



das Vorhandensein von nahen Beziehungen, beispielsweise zu einem Partner / einer Partnerin wird in Zusammenhang mit vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Angebote gebracht (s. z.B. Goodwin, Hunt, Key et al., 1987).

Bezüglich der Schichtzugehörigkeit ergab eine Untersuchung, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status negativ mit der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation korreliert, obwohl gerade hier von einem besonderen Bedarf auszugehen ist (Bürger & Morfeld, 1999).

Kognitive Abläufe werden stark durch *Persönlichkeitsmerkmale* und *Verarbeitungsstile* geprägt, die beispielsweise die Ausbildung von Ängsten begünstigen. Es kann angenommen werden, dass bestimmte Ängste Individuen daran hindern, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen. Bergelt, Welk & Koch (2000) stellten fest, dass mehr als ein Drittel (41%) aller 407 befragten Teilnehmer einer stationären onkologischen Rehabilitation konkrete Ängste gegenüber der beginnenden Rehabilitationsmaßnahme äußerten. Am häufigsten wurde die Befürchtung genannt, Schwierigkeiten mit der Trennung von der gewohnten Umgebung zu haben (20%), gefolgt von der Angst, schwerkranken Menschen zu begegnen (17%) oder Heimweh zu entwickeln (13%). Bei Barth und Mitarbeitern (1991) teilen sowohl Inanspruchnehmer als auch Nicht-Inanspruchnehmer medizinischer Rehabilitation (über zwei Drittel aller Versicherten) die Befürchtung, finanzielle Schwierigkeiten durch eine Teilnahme zu bekommen. Als wichtigste Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung durch Brustkrebspatientinnen wurde beispielsweise die Angst vor zusätzlicher Belastung genannt (Brusis, Vogel & Mai, 1990). Dagegen könnte angenommen werden, dass die wahrgenommene Bedrohung vornehmlich dann Einfluss auf die Intentionsbildung zeigt, wenn ein aktiver *Copingstil* vorliegt. Dies ergab eine Untersuchung von Greer et al. (1992). Petersson und Mitarbeiter stellten in ihrer Studie fest, dass Personen, die nicht an einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, signifikant häufiger Verleugnung und Verdrängung zeigten als teilnehmende Personen (Petersson et al., 2002). Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Plaß (1998), wonach Nicht-Inanspruchnehmer signifikant höhere Werte für „Abwehr“ haben als Inanspruchnehmer psychosozialer Unterstützungsangebote.

Als *strukturelle Eigenschaften des Systems*, die die Inanspruchnahme von psychoonkologischen und rehabilitativen Maßnahmen beeinträchtigen, kommen außerdem eine zu große Distanz zu dem Ort, an dem die psychosoziale Hilfeleistung angeboten wird, ein zu großer zeitlicher Aufwand sowie das Aufbringen von Fahrtkosten in Frage (vgl. Weis & Koch, 1998).

Bezüglich des Einflusses des *Einsatzes und der Motivation des Partners* legen die Ergebnisse einer Studie von Schönberger & von Kardorff (2000) nahe, dass auch Partner von Krebspati

enten eine zentrale Rolle bei Entscheidungen zur Therapie, bei der Lebensstiländerung und der Befolgung ärztlicher Ratschläge spielen und in diesem Sinne auch bei der Steuerung der Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation von Bedeutung sind. Auch bei Barth et al. (1991) wirkte sich die Meinung der Familie maßgeblich bestimmend auf die Entscheidungsbildung des Versicherten aus. Dies belegen ebenfalls Ergebnisse aus der Untersuchung von Taylor und Mitarbeitern, in der offene bzw. häufigere *Kommunikation* mit dem Partner bezüglich einer Rehabilitationsmaßnahme mit einer höheren Inanspruchnahmerate korrelierten (Taylor et al., 1986).

## 1.5 Stationäre onkologische Rehabilitation mit Begleitperson

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Rehabilitation ist im Rahmenkonzept des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) verankert. Familienmitglieder sollen demnach an einer Rehabilitation teilhaben, wenn der Rehabilitationserfolg für den Patienten wesentlich von der Bereitschaft der Angehörigen und deren Fähigkeit zur Mitwirkung abhängt. Mit Hilfe von Angehörigengesprächen und –seminaren soll versucht werden, den Angehörigen beratend zur Seite zu stehen bzw. eine längerfristige Mitwirkung zu unterstützen (Ruland 1996).

Für die stationäre Rehabilitation könnte dies bedeuten, dass eine Begleitperson - in den meisten Fällen der Partner - mit dem Patienten zusammen in die Klinik kommt. Ein gemeinsamer Aufenthalt würde so dem Krebspatienten eine Fortführung der Therapie bzw. eine Wiederauffrischung der erreichten Therapieziele bieten, gleichzeitig mit der Möglichkeit für den Partner, sich zu erholen, Informationen zu beschaffen und dem kranken Partner unterstützend zur Seite zu stehen. Eine erhöhte Wirksamkeit der Einbeziehung von Angehörigen in den Rehaprozess konnte in Bezug auf stationäre Rehabilitation von Suchtkranken bewiesen werden (Lindenmeyer 2003).

Die Begleitung durch den Partner ist grundsätzlich an vielen Rehakliniken möglich. Genaue Daten zum Angebot für Begleitpersonen an onkologischen Rehabilitationskliniken in Deutschland sind jedoch nicht vorhanden. Der Aufenthalt des Partners muss finanziell selbst getragen werden, wenn nicht parallel ein Kuraufenthalt bewilligt wurde. Das Angebot speziell für Partner differiert von Klinik zu Klinik und reicht von gar keinen Angeboten über Informationsveranstaltungen bis hin zur Möglichkeit der Benutzung des Schwimmbads oder des Kraftraums. Zahlen zu Inanspruchnahmeraten sind kaum vorhanden, und auch die For

schungssituation zum Thema „Onkologische Rehabilitation mit Begleitperson“ kann bislang als unterentwickelt bezeichnet werden.

Erste Ergebnisse zum Thema „Partner in der Rehaklinik“ liefern Schönberger & von Kardorff (2000, 2001, 2003), die hierzu 156 Angehörige sowie medizinisches Fachpersonal (N=25) aus Rehakliniken befragten. Dabei berichten begleitende Angehörige (N=49, zumeist berentete Partner und Partnerinnen) von ihren Motiven zur Begleitung und ihren Erfahrungen mit dem gemeinsamen Aufenthalt. Die meisten Partner zeichnen sich durch einen aktiven Copingstil aus und sehen in der Bewältigung der Erkrankung des Patienten eine gemeinsame Aufgabe. Als Hauptmotive für die Begleitung des Patienten geben die Angehörigen an, diesen emotional unterstützen sowie Hilfe bei der Pflege leisten zu wollen. Rückschauend berichtet die Mehrheit der Angehörigen davon, Entspannung und Erholung gefunden sowie Möglichkeiten von ausführlichen Gesprächen mit dem Arzt wahrgenommen zu haben. Der gemeinsame Aufenthalt habe die Partner emotional näher zusammenrücken lassen.

Gegenüber diesem überaus positiven Tenor gegenüber gestellt wurden die Aussagen der Klinikmitarbeiter, die von Problemen im Umgang mit den Angehörigen berichten. Die in der Klinik Beschäftigten empfanden die Anwesenheit des begleitenden Partner oftmals als störend. Als ursächlich hierfür nennen die Autoren strukturelle Defizite - wie beispielsweise den fehlenden festen Ort in der Klinik für den Partner -, welches zu Unsicherheiten bei den Ärzten, dem medizinischem Personal und den Angehörigen selbst führen könne. Partner, die den eigenen Schock über die Diagnose des erkrankten Partners noch nicht verarbeitet hätten, würden nicht genügend berücksichtigt werden können und von den Mitarbeitern als „Störfaktor“ erlebt. Nur Angehörige, die im Rehaprozess unterstützend wirkten, hätten auch die benötigte Information und Hilfe erhalten. Die Autoren sprechen dabei von „Gefühlsarbeit“, die für Partner von Krebspatienten geleistet werden müsse. Anstelle von allgemeinen Schulungen seien eher individuelle Möglichkeiten von Hilfsangeboten wie beispielsweise spezifische Aufklärung zur Erkrankung des Patienten wichtig. Hierzu wären Weiterbildungen der Kommunikations- und Handlungskompetenz für Mitarbeiter nötig.

In Bezug auf die *Motive für einen gemeinsamen Aufenthalt* in einer Rehaklinik und möglicherweise auftretender *Probleme bei der Inanspruchnahme* bei Patienten und ihren Partnern bleiben bislang jedoch noch viele Fragen offen.

## 2 Fragestellung und Zielsetzung

Die stationäre onkologische Rehabilitation hat sich für Krebspatienten für die Wiederherstellung von Körperfunktionen, Regeneration und Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten als äußerst wirksam erwiesen. Es wird jedoch vermutet, dass nur ein Teil der Patienten, die von einer Rehamaßnahme profitieren könnten, auch tatsächlich eine solche in Anspruch nehmen. Die Partner von Krebspatienten haben in ihrer unterstützenden Funktion Einfluss auf den Krankheitsverlauf sowie auf das psychische und physische Wohlbefinden des Krebspatienten. Dadurch sind sie jedoch selbst ebenfalls starken Belastungen ausgesetzt, werden in der Praxis jedoch oftmals nicht als hilfsbedürftig wahrgenommen. Ein gemeinsamer Aufenthalt in einer Rehaklinik durch Patient und Partner (als Begleitperson) könnte für beide eine Möglichkeit der gemeinsamen Erholung bedeuten. Da Partner bei Entscheidungen zur Therapie, Lebensstiländerungen und Befolgung ärztlicher Ratschläge stark mit eingebunden sind, haben sie mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Einfluss auf die Inanspruchnahme von stationärer Rehabilitation ihres erkrankten Partners, vor allem, wenn sie selbst als Begleitperson mit in die Rehaklinik kommen. Bisläng gibt es kaum Studien, die sich mit dem Prozess der Inanspruchnahme einer stationären onkologischen Rehabilitation mit Begleitperson befassen und diese systematisch untersuchen.

Die im Folgenden beschriebene Untersuchung verfolgt einen **explorativen Forschungsansatz**. Sie hat zum Ziel, Faktoren zu erforschen, die die Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation von Patienten und Partnern beeinflussen. Dazu sollen folgende **Fragen** erörtert werden:

- Welche Motive haben Patienten und deren Partner dafür, die Rehabilitationsklinik gemeinsam zu besuchen?
- Welchen Einfluss nimmt der Partner in Bezug auf die gemeinsame Inanspruchnahme?
- Welche Motive haben Patienten, die sich ohne Partner in der Rehaklinik aufhalten, für die Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?
- In Bezug auf welche Merkmale und Variablen unterscheiden sich Patienten mit Partnerbegleitung von solchen, die ohne Partner in der Rehaklinik sind?

Hierzu sollen Variablen wie soziodemographische, medizinische Daten, Informiertheit, Vorerfahrungen sowie Ergebnisse zur Krankheitsbewältigung, zur Höhe der sozi-

alen Unterstützung oder der erlebten Qualität der Partnerschaft zwischen den Patientengruppen verglichen werden.

- Welche Faktoren beeinflussen über die Faktoren und Variablen des Prozessmodells nach Schwarzer (1996) hinaus möglicherweise das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und Partnern bezüglich stationärer onkologischer Rehabilitation?

Auf der Basis der gewonnenen Ergebnisse sollen im Weiteren **Fragebögen** entwickelt werden, mit deren Hilfe Fragen zum Thema ‚Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation von Patienten mit und ohne ihren Partner‘ untersucht werden können.

## 3 Methodik

### 3.1 Methodische Vorgehensweise und Durchführung

Zur Ermittlung von grundlegenden Informationen zum Thema ‚gemeinsame / nicht-gemeinsame Inanspruchnahme‘ wurde für die vorliegende Studie ein *explorativer Ansatz* gewählt. Hierzu wurden mit Hilfe von halbstandardisierten Interviewleitfäden *qualitative Interviews* durchgeführt. Des Weiteren wurden zu den Variablen ‚Krankheitsverarbeitung‘, ‚Soziale Unterstützung‘ und ‚Qualität der Partnerschaft‘ standardisierte Fragebögen eingesetzt. Folgende drei Personengruppen wurden befragt:

- *Patienten*, die mit ihrem *Partner* an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen,
- die *begleitenden Partner* (definiert als Ehe- oder Lebenspartner),
- *Patienten*, die ebenfalls in Partnerschaft leben, die Rehabilitationsmaßnahme jedoch *alleine* in Anspruch nahmen.

Die Erhebungen fanden im Zeitraum von Juni bis Oktober 2001 an zwei norddeutschen Rehabilitationskliniken<sup>8</sup> statt und erfolgten durch Mitarbeiter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Die Studienteilnehmer wurden mit Hilfe der Stationsärzte ausgewählt. Sowohl Personen, die eine AHB in Anspruch nahmen als auch solche, die (erstmalig oder zum wiederholten Male) an einer regulären Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, wurden dabei berücksichtigt. Folgende **Ausschlusskriterien** waren dabei wirksam:

- Zu hohe zu erwartende Belastung durch Erkrankung oder hohes Alter, was Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragebögen erwarten lässt;
- Präfinales oder finales Krankheitsstadium;
- Zu hohe psychische Belastung, die eine weitere Belastung durch Beantwortung von Fragen unzumutbar macht;
- Andere zusätzliche Erkrankungen, die für den Patienten schon eine erhebliche Belastung darstellen;
- Erhebliche sprachliche Probleme.

Vor Ort wurde in einem Gespräch mit den Patienten und Partnern der Zweck der Untersu

---

<sup>8</sup> Fachklinik für onkologische Rehabilitation Lehmrade, Rehabilitationsklinik Nordfriesland St. Peter Ording

chung erläutert und ein Informationsschreiben ausgehändigt. Hierbei wurde auf die *Freiwilligkeit der Teilnahme* hingewiesen. Bei Einwilligung in die Teilnahme wurde unter Zusicherung einer *anonymen Auswertung* ein schriftliches Einverständnis eingeholt (s. Anhang A). Die Befragung von Patienten und Partnern erfolgte getrennt voneinander in Form von *Einzelinterviews*. Ein Interview dauerte zwischen 30 und 60 Minuten. Die Antworten der Befragten wurden von den Interviewern schriftlich festgehalten. Im Anschluss an das Interview wurden Fragebögen ausgeteilt. Die Teilnehmer wurden aufgefordert, diese über den Stationsarzt innerhalb der nächsten Tage zurückzuleiten.

Von den insgesamt 98 interviewten Personen konnten 96 Interviews berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Interviews eines Paares wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen, da beide Partner an einer regulären onkologischen Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen. Die standardisierten Fragebögen hatten eine Rücklaufquote von 100%, waren jedoch in zwei Fällen nicht ausgefüllt und in drei Fällen nur unvollständig beantwortet, da die Angabe bestimmter Fragen (vor allem die Partnerbeziehung betreffend) verweigert oder Seiten überschlagen wurden. Skalen mit mehr als 20 % Missing Data wurden nicht berücksichtigt (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1: Anzahl und Auswertbarkeit der Interviews und Fragebögen (N=98)

	Durchgeführte Interviews	Berücksichtigte Interviews	Ausgeteilte Fragebögen	Auswertbare Fragebögen
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
Patienten <i>ohne</i> Partnerbegleitung	30	<b>30</b>	30	<b>29</b>
Patienten <i>mit</i> Partnerbegleitung	34	<b>33</b>	34	<b>31</b>
Partner	34	<b>33</b>	34	<b>33</b>
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>96</b>	<b>98</b>	<b>93</b>

## 3.2 Untersuchungsinstrumente

### 3.2.1 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme für Patienten und Partner in der onkologischen Rehabilitation

Das für die vorliegende Untersuchung benutzte Instrument ist ein *halbstandardisierter Interviewleitfaden*, der sowohl Mehrfachauswahlaufgaben mit Antwortalternativen als auch offene Fragen enthält.

Unter Berücksichtigung der Arbeiten von Welk (1996) und Deck, Zimmermann & Raspe (1998) wurde der Interviewleitfaden speziell für die Untersuchung entwickelt. Er beinhaltet folgende **Themenkomplexe**:

- **Soziodemographische und medizinische Daten** (berufliche Situation, Verlauf der Tumorerkrankung),
- **Ökonomische Faktoren** (Finanzierung des Lebensunterhalts, Finanzierung des Rehabilitationaufenthalts),
- **Wissen über psychosoziale Hilfsangebote sowie deren Inanspruchnahme**,
- **Informationsressourcen und Vorerfahrungen bezüglich Rehabilitation im Allgemeinen** („Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erfahren?“),
- **Informationsressourcen und Vorerfahrungen bezüglich Rehabilitation mit Begleitperson**,
- Hinweise auf **Faktoren, die Einfluss auf die Inanspruchnahme hatten** („Gab es irgendwelche Umstände / Faktoren, die die Inanspruchnahme erschwert haben?“, „Hatten Sie Einfluss auf die Auswahl der Rehabilitationsklinik?“),
- **Erwartungen** an die Rehabilitation (z.B. ‚Erholung‘, ‚mehr Information über meine Krankheit erhalten‘, ‚Mitbetroffene kennen lernen‘),
- Durch den Rehabilitationaufenthalt hervorgerufene **Befürchtungen** („Befürchten Sie, unter Heimweh zu leiden?“, „...Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen?“),
- Von Patient und Partner **wahrgenommene Aktivitäten** in der Rehabilitation,
- **Fragen zum Thema ‚Patient mit Partner in der Rehabilitation‘** („Wie erleben Sie es, gemeinsam mit Ihrem Partner in der Rehabilitationsklinik zu sein?“, „Würden Sie nochmals dieselbe Entscheidung treffen?“),
- **Fragen zum Thema ‚Patient ohne Partner in der Rehabilitation‘** („Was waren die Gründe dafür, alleine in die Rehabilitationsklinik zu gehen?“).



Für die *Patienten* wurden zwei parallele Versionen von Interviewleitfäden konzipiert, welche das Inanspruchnahmeverhalten mit bzw. ohne eine Begleitung durch den Partner untersuchen.

Der Interviewleitfaden für die *Partner* befasst sich mit den Erfahrungen mit gemeinsamen Inanspruchnahme sowie mit der Inanspruchnahme des kranken Partners aus Sicht des gesunden Partners. Es werden die gleichen Themengebieten wie Informationsressourcen, Inanspruchnahmeverhalten, Erwartungen und Befürchtungen sowie Fragen zum Thema ‚Patient mit Partner in der Rehabilitation‘ behandelt.

Die kompletten Versionen der Interviewleitfäden für Patienten und Partner finden sich in Anhang B.

### 3.2.2 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Kurzform, F-SOZU-K-22)

Der F-SOZU-K-22 (Fydrich, Sommer, Menzel & Höll, 1987; Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999) erfasst die subjektive Überzeugung von Personen, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten, sowie die subjektive Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können. Mit dieser **Perspektive der wahrgenommenen sozialen Unterstützung** soll die kognitive Bewertung des Netzwerkes einerseits und das (potentielle oder erwartete) Verhalten der Mitglieder des sozialen Umfelds andererseits erfasst werden. Das hier verwendete Instrument wurde ausgehend von Konzepten und Messinstrumenten zu sozialer Unterstützung entwickelt (Sarason et al., 1983, zitiert bei Fydrich et al., 1999) und beinhaltet folgende Aspekte:

- (1) *Emotionale Unterstützung* (Inhalte: ‚von anderen gemocht und akzeptiert werden‘, ‚Gefühle mitteilen können‘, ‚Anteilnahme erleben‘),
- (2) *Praktische Unterstützung* (Inhalte: ‚Praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können, z.B. etwas ausleihen‘ etc.) und
- (3) *Soziale Integration* (Inhalte: ‚Einen Freundeskreis haben‘; ‚Gemeinsame Unternehmungen durchführen‘; ‚Menschen mit ähnlichen Interessen kennen‘).

Der F-SOZU-K-22 besteht aus 22 Items, die in Aussageform formuliert sind (z. B. „Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen“). Auf einer fünfstufigen Ratingskala von ‚1 = trifft gar nicht zu‘ bis ‚5 = trifft genau zu‘ geben Probanden das Ausmaß ihrer Zustimmung ab. Die Summe der Skalenwerte (mit Invertierung bei vier Items), dividiert durch die Anzahl der Items (22) ergibt den Gesamtwert für die erlebte soziale Unterstützung einer Person.

Die interne Konsistenz für den F-SOZU-K22 kann laut Fydrich et al. (1999) als sehr gut bezeichnet werden (Cronbachs alpha von 0.91).

Die Konstruktvalidierung mittels korrelationsstatistischer Untersuchungen mit Stichproben aus verschiedenen Populationen sowie Gruppenvergleiche ergaben positive Korrelationen mit Indikatoren für Zufriedenheit und soziale Kompetenz. Negative Korrelationen gingen mit Indikatoren für Psychopathologie und sozialer Unsicherheit einher. Die Verwendung der Kurzform wurde der der Langform aufgrund von anwendungspraktischen Überlegungen vorgezogen.

### **3.2.3 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Kurzform, FKV-LIS)**

Die Krankheitsverarbeitung stellt einen Prozess dar, der als zentraler Moderator zwischen den Belastungen im Rahmen einer Erkrankung und dem Rehabilitationsergebnis gesehen wird. Die Kurzform des ‚Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung‘ (FKV-LIS, Muthny 1989, 1996) ist ein für den klinischen Einsatz konzipiertes Instrument, das unter Berücksichtigung von emotionalen, aktionalen und kognitiven Aspekten Aufschluss über die **Verarbeitungsprozesse einer Person** geben soll.

Der FKV-LIS besteht aus 35 Kurzbegriffen, die auf einer fünfstelligen Ratingskala beurteilt werden sollen (von 1 = ‚trifft gar nicht zu‘ bis 5 = ‚trifft sehr stark zu‘). 23 Items können fünf Skalen zugeordnet werden. Die Skalen entsprechen folgenden Krankheitsverarbeitungsstilen :

- (1) *Depressives Coping* (fünf Items; Inhalte: ‚Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren‘; ‚Sich vor anderen zurückziehen‘; ‚Mit dem Schicksal hadern‘),
- (2) *Aktives problemzentriertes Coping* (fünf Items; Inhalte: ‚Aktive Anstrengung zur Lösung des Problems unternehmen‘; ‚Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen‘; ‚Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen‘),
- (3) *Ablenkung und Selbstaufbau* (fünf Items; Inhalte: ‚Sich selbst Mut machen‘; ‚Sich abzulenken versuchen‘; ‚Erfolge und Selbstbestätigung suchen‘),
- (4) *Religiösität und Sinnsuche* (fünf Items; Inhalte: ‚Trost im religiösen Glauben suchen‘; ‚Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen‘; ‚Die Krankheit als Schicksal annehmen‘),
- (5) *Bagatellisierung und Wunschdenken* (drei Items; Inhalte: ‚Wunschdenken und Tagträumen nachhängen‘; ‚“Nicht-wahrhaben-Wollen“ des Geschehenen‘; ‚Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite‘).

12 Items lassen sich keiner dieser Skalen zuordnen.

Die Werte zur internen Konsistenz liegen zwischen  $r_{tt}=.68$  und  $r_{tt}=.77$  und können als angemessen gelten. Mit Skaleninterkorrelationen von  $r<.46$  können die Skalen als relativ unabhängig voneinander bewertet werden (Muthny 1996). Die Konstruktvalidierung ergab positive Korrelationen zwischen den o.g. Krankheitsverarbeitungsstilen und Kriterien der Adaptation bzw. Lebensqualität anderer validierter Instrumente (vgl. Muthny 1989)

### 3.2.4 Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (FBZ) / Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Der Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung (Spanier 1976) umfasst 32 Aussagen. Er soll die **generelle, subjektiv erlebte Qualität der Beziehung** erfassen. Neben der generellen Beziehungsqualität können vier Bereiche der Partnerschaft differenziert werden:

(1) *Dyadische Übereinstimmung* (13 Items; Inhalte: ‚Umgang mit dem gemeinsamen Geld‘; ‚Dinge und Ziele, die wir für wichtig halten‘),

(2) *Ausdruck von Gefühlen* (vier Items; Inhalte: ‚Äußern von Gefühlen‘; ‚Sexuelle Beziehung‘),

(3) *Erfüllung der Partnerschaft* (10 Items; Inhalte: ‚Wie oft überlegen oder sprechen Sie von Trennung?‘; ‚Können Sie sich auf ihren Partner verlassen, vertrauen Sie ihm?‘);

(4) *Partnerschaftlicher Zusammenhalt* (fünf Items; Inhalte: ‚Teilen Sie mit Ihrem Partner außerhäusliche Interessen?‘; ‚Wie oft lachen Sie gemeinsam?‘).

Die Antwortformate variieren in Abhängigkeit vom Fragetyp (z.B. ‚5 = immer einig‘ bis ‚0 = immer uneinig‘; ‚0 = immer‘ bis ‚5 = niemals‘; ‚4 = täglich‘ bis ‚0 = niemals‘ etc.).

Zur Ermittlung der Summenwerte für die vier Bereiche wird jeweils ein Summenscore gebildet. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) für den Gesamtwert ist sehr gut (.96). Die Kriteriumsvalidität ist hochsignifikant (Unterschiede zwischen geschiedenen Paaren in Therapie und der Kontrollgruppe, Signifikanz von  $p>.001$ ). Empirische Ergebnisse legen nahe, dass Gesamtwerte unter 100 Punkten auf eine niedrige Beziehungsqualität hinweisen (Hank, Hahlweg & Klann, 1990). Sowohl die inhaltliche Validität als auch die Konstruktvalidität sind gegeben (vgl. Spanier, 1976).

### 3.3 Auswertungsstrategien

Für die Bearbeitung und Auswertung der erhobenen Daten wurde das Statistikprogramm SPSS (Version 10.0) eingesetzt. Dem explorativen Charakter der Studie entsprechend wurden die Aussagen der Interviews und Fragebögen *deskriptiv* dargestellt. Unterschiede und Gemeinsamkeiten beispielsweise in Bezug auf soziodemographische Merkmale oder Gründe für einen Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik konnten so erfasst werden.

Zur **Auswertung der Fragen der Interviews** wurden sowohl quantitative als auch qualitative Auswertungsmethoden eingesetzt (vgl. Bortz & Döring, 1995; Mayring 1983).

Für die **quantitative Auswertung** der Antworten auf offene Fragen wurden inhaltliche Merkmale von Satzbausteinen bis hin zu ganzen Sätzen untersucht, welche im Rahmen der halbstandardisierten Interviews durch den Interviewer notiert worden waren. Hierzu wurden anhand qualitativer Methoden einzelne Teile der Antworten zunächst ausgewählten, übergreifenden Bedeutungseinheiten (*Kategorien*) zugeordnet, die in einigen Fällen in Subkategorien unterteilt werden konnten. Dabei wurden die Kategorien hauptsächlich nach inhaltlichen Aspekten des Wortmaterials erstellt, seltener auch durch Festlegung auf einzelne Wörter. Die Kategorien sollten gemäß der gebotenen Anforderungen erstellt werden, wonach diese sich nur auf eine Bedeutungsdimension beziehen dürfen, einander ausschließen müssen, erschöpfend und unabhängig sein und alle interessierenden Bedeutungsdimensionen erfassen müssen (Bortz & Döring, S.304). Im vorliegenden Fall erfolgte die Kategorienentwicklung teils nach theoriegeleiteten Gesichtspunkten und teils angelehnt am erhobenen Material.

Beispiel für die **Kategorienbildung** bei der quantitativen Inhaltsanalyse: Auf die Frage, warum die Partnerin mitgekommen war, antwortete ein Patient: „Ohne meine Frau wäre ich nicht fertig geworden, bin nervlich so down. Allein schon, mich hier zurecht zu finden“. Eine Oberkategorie der ‚Motive für die gemeinsame Inanspruchnahme‘ ist in diesem Beispiel die ‚Unterstützung durch den Partner‘, Unterkategorien sind ‚seelische Unterstützung‘ („wäre ich nicht fertig geworden, bin nervlich so down“) und ‚praktische Unterstützung‘ („mich hier zurecht zu finden“).

Anhand des Kategoriensystems konnte dann das notierte Wortmaterial hinsichtlich ausgewählter Aspekte kodiert und quantifiziert werden (‚*quantitative Inhaltsanalyse*‘ / ‚*Content Analysis*‘, vgl. Bortz & Döring, 1995).

Die **Auswertung inhaltlicher Merkmale** der teilweise offenen Antworten zu den Interviewleitfäden wurde mit Hilfe der ‚qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring‘ vorgenommen (Mayring 1983). Die mit Hilfe der o.g. Methoden der Kategorienbildung quantifizierten Aussagen wurden in Beziehung zu Merkmalen von Personengruppen wie beispielsweise Geschlecht oder Alter gesetzt. Unter Beachtung der Regeln der quantitativen Inhaltsanalyse von Mayring wurde versucht, intersubjektiv nachvollziehbare und inhaltlich möglichst erschöpfende Interpretationen anzustreben. In Einzelfällen wurde auch die Perspektive einzelner Personen herausgearbeitet und in Zusammenhang mit Teil- oder Gesamtgruppenaussagen gestellt.

Die **Auswertung der standardisierten Fragebögen** erfolgte auf der Grundlage der jeweiligen Auswertungsschemata der einzelnen Instrumente (s. dazu Kapitel 4.2.2 bis 4.2.4). Die Analyse erfolgte ebenfalls mittels ‚SPSS 10.0‘. Für die Ermittlung von Gruppenunterschieden wurden T-Tests durchgeführt.

## 4 Stichprobe

### 4.1 Soziodemographische Variablen

Für die Auswertung wurden Interviews von insgesamt N=96 Patienten und Partnern berücksichtigt.

Das *Durchschnittsalter* der Paare liegt bei 66 Jahren (Range Patienten mit Partnerbegleitung: 30-86, Partner: 30-81). Die Patienten ohne Partnerbegleitung sind dagegen mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren (Range 25-81) deutlich jünger ( $p < .001$ ). Der *Frauenanteil* der Patienten mit Partnerbegleitung liegt bei 49%. Von den Patienten ohne Partnerbegleitung sind zwei Drittel Frauen (67%) und ein Drittel Männer (33%).

Alle befragten Personen leben zum Zeitpunkt der Befragung zusammen mit dem Partner *in häuslicher Gemeinschaft*, der überwiegende Teil ist verheiratet. Drei Viertel der Patienten ohne Partnerbegleitung hat Kinder (77%), bei den Paaren, die gemeinsam in der Rehabilitationsklinik sind ist der *Anteil der Personen mit Kindern* etwas höher (85 bzw. 91%).

Hinsichtlich des *Bildungsniveaus* und der *beruflichen Situation* wurden folgende Angaben gemacht: Von den Paaren sind über die Hälfte Hauptschulabgänger. 24% der begleiteten Patienten und 21% der Partner haben einen Realschulabschluss, 15% der Paare haben das Abitur gemacht. Dagegen überwiegt bei den Patienten ohne Partnerbegleitung der Anteil der Realschüler (vgl. Tabelle 2). 70% der Patienten mit Partnerbegleitung (und 76% der Partner) sind (früh-) berentet. Nur 15% der Patienten mit Partnerbegleitung bzw. 12% der Partner stehen noch im berufstätigen Leben. Von den Patienten ohne Partnerbegleitung sind 40% (früh-) berentet, die Hälfte ist berufstätig.

Ein Überblick zu den genannten soziodemographischen Daten findet sich in Tabelle 2.

Tab.2: Stichprobe: Alter, Familienstand, Schulbildung und berufliche Situation der Patienten und Partner (N=96)

	Patienten ohne Partnerbegleitung n=30		Patienten mit Partnerbegleitung n=33		Partner n=33	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alter</b>						
<b>M</b>	<b>55,4</b>		<b>65,7</b>		<b>66,1</b>	
Min / Max	25/81		30/86		30/81	
SD	13,13		11,10		9,91	
<b>Geschlecht</b>						
Weiblich	20	<b>66</b>	16	<b>49</b>	17	<b>51</b>
Männlich	10	<b>33</b>	17	<b>51</b>	16	<b>49</b>
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet	28	<b>93</b>	32	<b>97</b>	32	<b>97</b>
Lebensgemeinschaft	2	<b>7</b>	1	<b>3</b>	1	<b>3</b>
<b>Anteil der Personen mit Kindern</b>						
	23	<b>77</b>	28	<b>85</b>	30	<b>91</b>
<b>Schulbildung /Abschluss</b>						
• Keinen	-	-	1	<b>3</b>	-	-
• Hauptschulabschluss	11	<b>37</b>	19	<b>58</b>	21	<b>64</b>
• Realschulabschluss	13	<b>43</b>	8	<b>24</b>	7	<b>21</b>
• Abitur / Fachhochschulabschluss	6	<b>20</b>	5	<b>15</b>	5	<b>15</b>
<b>Ausbildung</b>						
• Ungelernt	-	-	2	<b>6</b>	3	<b>9</b>
• Ausbildung	24	<b>80</b>	23	<b>70</b>	20	<b>60</b>
• Studium	6	<b>20</b>	5	<b>15</b>	6	<b>18</b>
• Fachhochschule	-	-	2	<b>6</b>	2	<b>6</b>
<b>Berufliche Situation</b>						
• Erwerbstätig	12	<b>40</b>	5	<b>15</b>	4	<b>12</b>
• Beurlaubt / krankgeschrieben	3	<b>10</b>	-	-	-	-
• Arbeitslos	2	<b>7</b>	-	-	2	<b>6</b>
• Hausfrau / -mann	1	<b>3</b>	4	<b>12</b>	2	<b>6</b>
• Frühberentet	3	<b>10</b>	4	<b>12</b>	2	<b>6</b>
• Rente /Pension	9	<b>30</b>	19	<b>58</b>	23	<b>70</b>
• Anderes	-	-	1	<b>3</b>	-	-

## 4.2 Medizinische Daten

Die drei häufigsten Zuweisungsdiagnosen der **Patienten** sind Tumore der Verdauungsorgane (Patienten ohne Partnerbegleitung: 34%; Patienten mit Partnerbegleitung: 52%), Mamma-Karzinome (18 bzw. 33%), Prostata-Karzinome (7 bzw. 15%) und bei den Patienten ohne Partnerbegleitung Lymphome bzw. Leukämien (13%) (vgl. Abbildungen 2 und 3 sowie Tabelle 3).

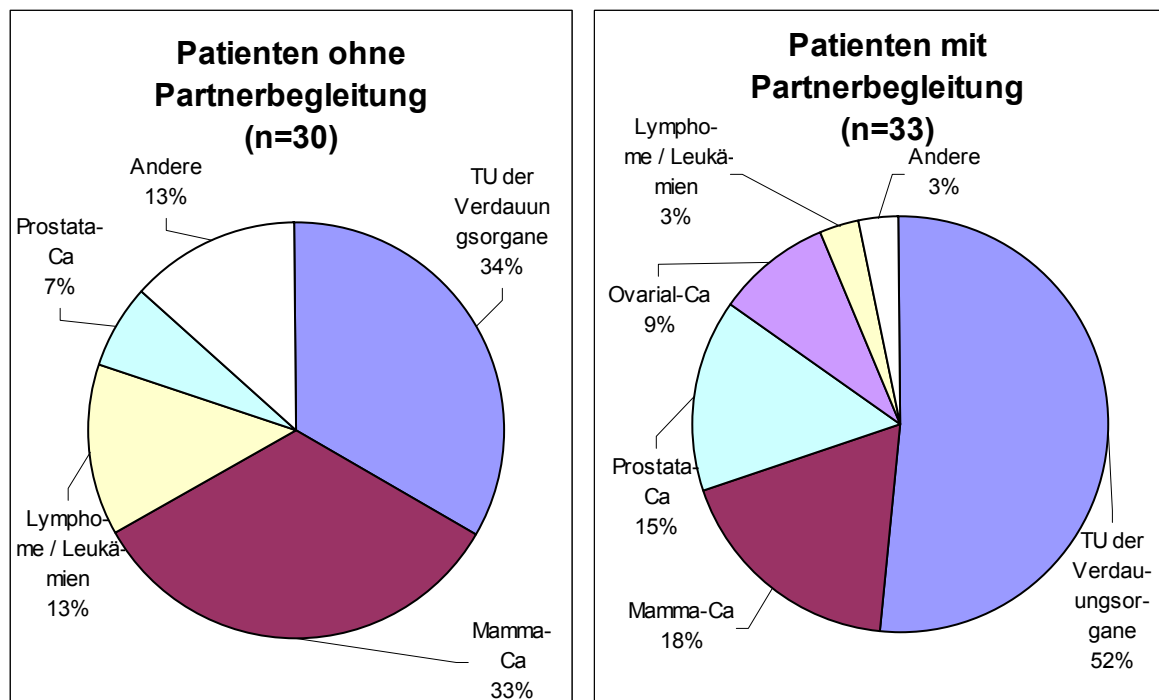


Abb.2: Häufigste Zuweisungsdiagnosen – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)

Abb.3: Häufigste Zuweisungsdiagnosen – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)

Bei den meisten Patienten liegt eine *Ersterkrankung* vor, nur insgesamt sechs Patienten sind wegen eines *Rezidivs* in der Rehabilitationklinik (vgl. Tabelle 3). Zwei Patienten erlitten ein Lokalrezidiv, eine Metastasierung weisen drei der Patienten auf.

Bei zwei Drittel beider Patientengruppen liegt der *Zeitpunkt der Diagnosestellung* nicht länger als ein Jahr zurück. Die Therapie ist bei gut der Hälfte der Patienten vor weniger als sechs Wochen beendet worden oder dauert noch an. Bei einem Drittel der Patienten liegt der *Therapieabschluss* bis zu fünf Jahre zurück. Die Patientengruppen unterscheiden sich in Zeitpunkt der Diagnosestellung und Therapieabschluss nicht (vgl. Tabelle 3).



Tab.3: Angaben zur Tumorerkrankung, Patienten mit Partnerbegleitung (N=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)

	Patienten <u>ohne</u> Partnerbegleitung n=30		Patienten <u>mit</u> Partnerbegleitung n=33	
	n	%	n	%
<b>Tumorerkrankungen</b>				
TU der Verdauungsorgane	10	34	17	52
Mamma-Ca	10	33	6	18
Prostata-Ca	2	7	5	15
Lymphome / Leukämien	4	13	1	3
Karzinome des Unterleibs	-	-	3	10
Andere	4	13	1	3
Mehr als eine Tumorerkrankung	2	7	4	12
<b>Verlauf der Erkrankung</b>				
Rezidive	2	7	4	12
Progress	2	7	4	12
Lokalrezidiv	1	3	1	3
Metastasierung	-	-	4	12
<b>Zeitraum seit Diagnosestellung</b>				
< 1 Jahr	21	70	22	67
1 bis 5 Jahre	6	20	6	18
> 5 Jahre	1	3	5	15
<b>Zeit nach Therapieabschluss</b>				
Dauert noch an	3	10	5	15
< 6 Wochen	14	47	14	42
7 Wochen bis 1 Jahr	8	27	7	21
1 bis 5 Jahre	4	13	3	9

Hinsichtlich *anderer Erkrankungen* wurde festgestellt, dass über 80% der Patienten beider Gruppen eine Komorbidität aufweisen wie z.B. Erkrankungen des Kreislaufsystems (z.B. Hypertonie, zerebrovaskulärer Hirninfarkt), des Muskel-Skelett-Systems (z.B. Arthrose, Bandscheibenprolaps) und des Verdauungssystems (z.B. Magenerkrankungen) sowie Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes mellitus). Korrelierend mit dem höheren Alter sind die Patienten mit Partnerbegleitung bezüglich der Anzahl anderer Erkrankungen häufiger als die Patienten ohne Partnerbegleitung betroffen.

Von den Patienten ohne Partnerbegleitung erlebt der größte Teil (90%) den derzeitigen Gesundheitszustand als stark einschränkend (gegenüber 61% der Patienten mit Partnerbegleitung). Einschränkungen treten am häufigsten beim Treppensteigen, Laufen, Einkaufen oder auch in der Konzentrationsfähigkeit auf (vgl. Tabelle 4).

Tab.4: Patienten mit anderen Erkrankungen, erlebte Einschränkung (N=63)

	Patienten <u>ohne</u> Partnerbegleitung n=30		Patienten <u>mit</u> Partnerbegleitung n=33	
	n	%	n	%
<b>Patienten mit anderen Erkrankungen</b>	25	83	27	82
<b>Einschränkung durch aktuellen Gesundheitszustand</b>	27	90	20	61
<b>Seelische Belastung</b>	18	55	18	60
missing	6	18	2	7

Ihren *Gesundheitszustand* schätzen die Patienten auf einer Skala von 1='ausgezeichnet' und 5='schlecht' im Durchschnitt zwischen gut und weniger gut ein. Die Einschätzung der Patienten mit Partnerbegleitung ist dabei mit  $M=3.56$  ( $SD=.974$ ) tendenziell schlechter als die der Patienten ohne Partnerbegleitung mit  $M=3.11$  ( $SD=.786$ ;  $T=1.882$ ,  $df=53$ ,  $p=.065$ ).

Von den **Partnern** waren vier Personen (12%) schon einmal selbst an einer *Krebserkrankung* erkrankt. Alle Partner weisen außerdem *andere Erkrankungen* auf, hierbei mehrheitlich Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems.

### 4.3 Aussagen zur Rehabilitationsmaßnahme

Knapp zwei Drittel der beiden Patientengruppen nehmen an einer *Anschlussheilbehandlung (AHB)* teil. Der Rest der Inanspruchnehmer nimmt zum *ersten bzw. wiederholten Mal eine Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch (s. Tabelle 5).

Tab.5: Art und Dauer der stationären Rehamäßnahme, Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)

	<b>Patienten <u>ohne</u> Partnerbegleitung n=30</b>		<b>Patienten <u>mit</u> Partnerbegleitung n=33</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Art der Maßnahme</b>				
• AHB	18	60	22	67
• 1.Rehabilitationsmaßnahme	6	20	2	6
• Wdh. Rehabilitationsmaßnahme	6	20	9	27
<b>Dauer des Aufenthalts (in Tagen)</b>				
M	25	-	24	-

Die *durchschnittliche Aufenthaltsdauer* in der Rehabilitationsklinik beträgt zwischen drei und vier Wochen (25 Tage). Die Patienten ohne Partnerbegleitung bleiben etwas häufiger 28 Tage und länger (54%) als die Patienten mit Partnerbegleitung (42%).

## 5 Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Motive und die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren der Patienten und deren begleitenden Partner dargestellt. Sich unterscheidende Angaben zwischen Patient und Partner wurden - soweit vorhanden – herausgearbeitet worden. Anschließend werden die Gründe der Patienten ohne Partnerbegleitung für eine alleinige Inanspruchnahme sowie weitere mögliche beeinflussende (äußere) Faktoren erläutert.

Die Darstellung der Unterschiede zwischen den Patientengruppen erfolgt im jeweiligen Kapitel der Patienten ohne Partnerbegleitung.

### 5.1 Die gemeinsame Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation

#### 5.1.1 Motive der Patienten mit Partnerbegleitung für einen gemeinsamen Reha-Aufenthalt

Für die Analyse der Motive für die gemeinsame Inanspruchnahme einer stationären onkologischen Rehabilitationsmaßnahme wurden bei den Patienten mit Partnerbegleitung die ermittelten elf Kategorien zu acht Hauptmotiven zusammengefasst. Diese können noch einmal in zwei grobe Bereiche unterteilt werden:

Zum einen in **Gründe, die sich auf den Patienten selbst beziehen:**

55% der Patienten geben an, sie benötigten die seelische Unterstützung des Partners. Ein Patient sagt, „es wäre sehr schwer hier alleine zu sein, seelisch, ohne Frau wäre ich depressiver“, ein anderer gibt an, seine Frau biete ihm „psychologische Unterstützung“, „Heimweh wäre kontraproduktiv, alles was ich liebe habe ich einfach dabei“. Des Weiteren benötigen 30% der Patienten die praktische Unterstützung durch den Partner als „Hilfe im Alltäglichen, Unterstützung bei der Pflege, Anziehen“. Für zwei Patienten ist der Partner in diesem Zusammenhang sogar unentbehrlich: „Ohne meine Frau konnte ich gar nichts mehr machen, ohne sie wäre ich nicht gefahren“. Eine Patientin gibt an, unter Gedächtnisstörungen zu leiden, weshalb sie sich „hilflos“ fühle. Der Ehemann müsse aus diesem Grund die Medikamenteneinnahme kontrollieren. 27% der Patienten möchte ganz einfach mit dem Partner zusammen sein („wollte ihn dabei haben“) Außerdem wollen einige Patienten nicht auf Gespräche mit dem Partner verzichten (9%) („möchte [anderen] nicht so

über Krankheit erzählen“) (s. Abbildung 4).

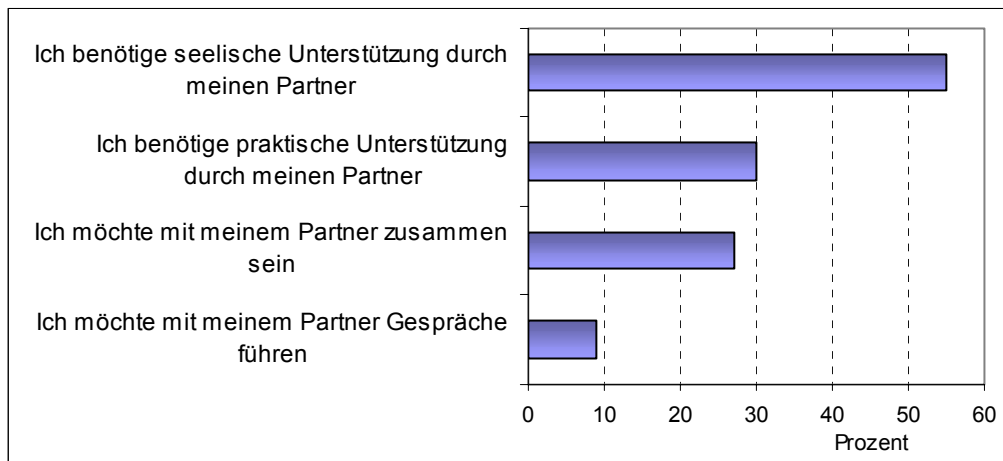


Abb. 4: Eigene Gründe für eine Inanspruchnahme mit Partner - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Zum anderen gibt es **Gründe, die sich ausdrücklich auf den Partner beziehen:**

49% der Patienten möchten, dass sich der Partner während des gemeinsamen Aufenthalts erholt, der Partner sei „erholungsbedürftig wegen Sorge und viel Arbeit im Haus“ und es täte ihm „auch gut, sich hier zu erholen, auszuruhen“. 24% der Patienten geben außerdem an, den Partner nicht alleine zu Hause zu lassen, weil dieser nicht allein sein wolle. Weitere 9% der Patienten sagen, der Partner benötige ihre praktische Unterstützung, z.B. bei einer bestimmten Diät oder der Medikamenteneinnahme und sei aus diesem Grund mit in die Rehabilitationsklinik gekommen. Darüber hinaus wollen die Patienten „so lange es geht die Zeit zusammen nutzen“ und „schöne Tage miteinander verbringen, was anderes können wir gar nicht mehr“ (6%) (s. Abbildung 5).

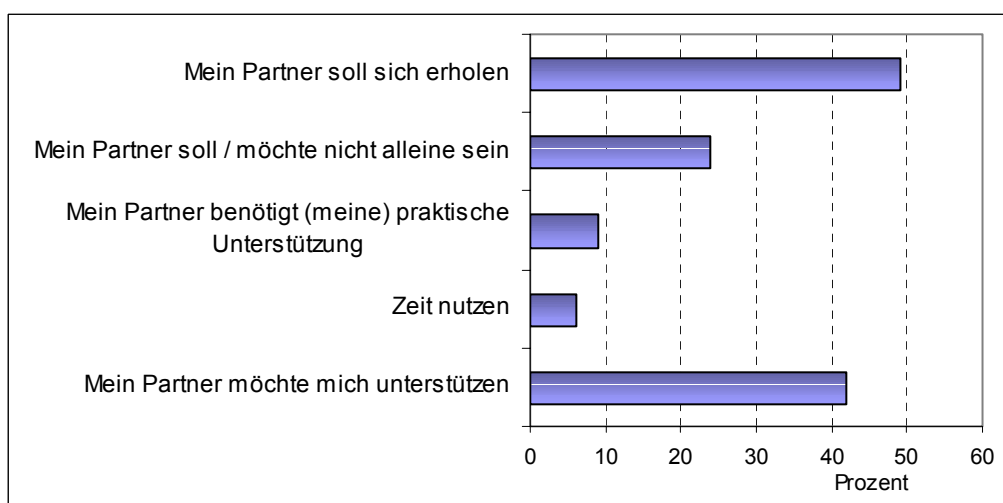


Abb. 5: Gründe für eine Inanspruchnahme mit Partner, bezogen auf den Partner - Patienten mit Partnerbegleitung (n = 33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Als weiteres Motiv für das Mitkommen ihres Partners wird von 42% der Patienten der Wunsch des Partners zu helfen genannt. „Mein Mann“, berichtet eine Patientin, „wollte mir auch in der ‚Reha‘ beistehen und passt auf, dass ich die Anwendungen mache“. Die Partnerin eines anderen Patienten sei mitgekommen, um diesen „zu unterstützen“, sie hätte „das Bedürfnis“ gehabt, ihn „weiterhin zu betreuen“.

### 5.1.2 Zufriedenheit der Patienten und Bereitschaft zum Klinik-Aufenthalt ohne Partner

Der Großteil der Patienten mit Partner in der Klinik ist mit dem gemeinsamen Aufenthalt zufrieden: 94% der Patienten mit Partnerbegleitung würde jederzeit die gleiche Entscheidung wieder treffen (s. Abbildung 6). Der gemeinsame Aufenthalt und die Begleitung durch den Partner werden als "angenehm" und "hilfreich" empfunden. Nur ein Patient (3%) sagt im Nachhinein, er würde sich das nächste Mal anders entscheiden, „ganz allein bedeutet mehr Abstand vom Alltag" und man sei "offener für Kontakte".



Abb. 6: „Würden Sie nochmals die gleiche Entscheidung wieder treffen?“ - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent



Abb. 7: „Wären Sie auch alleine in die Rehaklinik gegangen?“ - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent

Die Frage, ob sie sich einen Reha-Aufenthalt auch ohne Partner hätten vorstellen können, wird von 16 Patienten (49%) mit „Ja“ beantwortet (s. Abbildung 7). Davon wären fünf Patienten (15%) "auch so zurechtgekommen", während acht Patienten (24%) nur ungern ohne Partner in die Rehabilitation gegangen wären ("Wenn es nicht anders gegangen wäre, aber

ich hätte es bedauert.“; „Wenn es hätte sein müssen, ja. Wäre eine große Belastung gewesen, die die Verarbeitung des Themas der Erkrankung erschwert hätte“). Drei Patienten (9%) machten keine näheren Angaben. Dagegen lehnen 39% einen Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik ohne die Begleitung ihres Partners ganz ab. Begründungen hierfür sind die Befürchtung von Einsamkeit und Langeweile, das Gefühl, mit dem Partner zusammen sein zu wollen ("Ohne dich fahre ich nicht"), die benötigte praktische Unterstützung durch den Partner („ohne meine Frau konnte ich auch gar nichts mehr machen“) und die nötige Erholungsphase für den Partner.

### 5.1.3 Motive der Partner für einen gemeinsamen Reha-Aufenthalt

Der Vergleich der Motive der Partner gegenüber den Motiven der Patienten mit Partnerbegleitung zeigt inhaltlich eine hohe Übereinstimmung. Die Motive der Partner betreffen ebenfalls sowohl eigene als auf den erkrankten Partner bezogene Gründe.

Zum einen **beziehen sich die Partner auf den Patienten** (vgl. Abbildung 8): Die Hälfte der Partner (52%) ist mitgekommen, um den Patienten zu unterstützen („Wollte meine Frau nicht alleine lassen, ihr beistehen“; „Ihr körperliches und psychisches Befinden hat das verlangt“). Dabei spielt für die Partner die seelische Unterstützung (36%) eine größere Rolle als die praktische Unterstützung (12%). Weitere 12% der Partner geben an, dass der Patient ohne ihr Mitkommen nicht in einen Reha-Aufenthalt eingewilligt hätte („mein Mann wollte alleine nicht, wäre alleine nicht gegangen“). Jeweils 12% entschlossen sich auf Anraten von ärztlichem Personal und aus der Einsicht, die Rehabilitation sei für den Patienten medizinisch dringend notwendig, zu einer Begleitung in die Rehaklinik („Ärzte kamen auf mich zu und haben mich gebeten, mitzugehen“; „Notwendig nach so schwerer Krankheit, ohne mich wäre er allerdings nicht hier“).

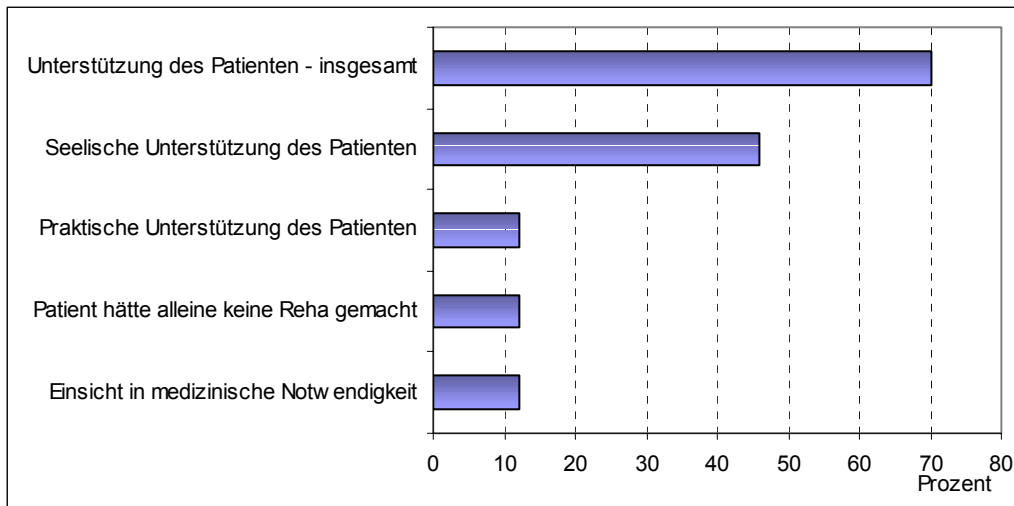


Abb. 8: Motive der Partner für eine gemeinsame Inanspruchnahme - den Patienten betreffend (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Zum anderen **haben Partner eigene Gründe** für einen Reha-Aufenthalt (vgl. Abbildung 9): Für 39% der Partner ist es wichtig, mit dem Patienten weiterhin zusammen zu sein („wir haben bisher alles zusammen durchgemacht und wollen auch dies zusammen machen. Ein Monat getrennt wäre zu lang gewesen“). 21% der Partner geben außerdem an, sie hätten selbst Erholung bzw. Urlaub nötig und wären deshalb mit in die Rehaklinik gekommen („musste mal Tapetenwechsel haben, wollte ursprünglich selbst eine ‚Reha‘ machen und wir kamen darüber darauf, dass ich sie begleiten könnte“).

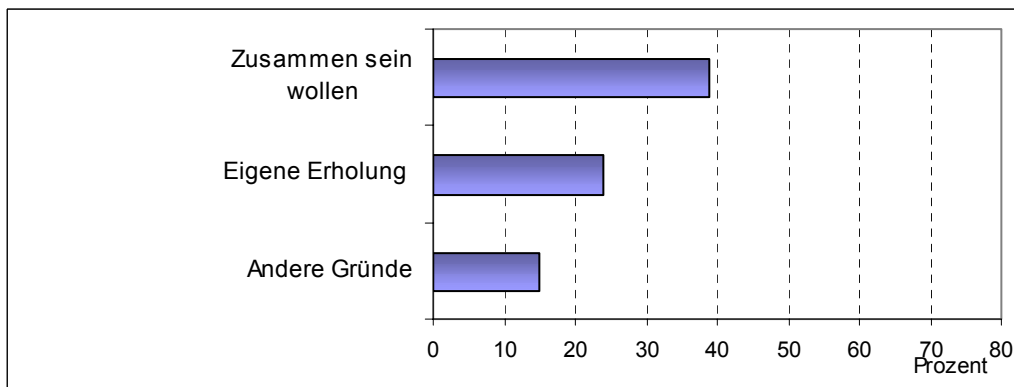


Abb. 9: Eigene Gründe des Partners für eine gemeinsame Inanspruchnahme (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Schließlich sind 15% der Partner aus anderen Gründen mitgekommen, wie z.B. aus Interesse nach Vorträgen über Stress und Ernährung, wegen der Möglichkeit einer psychologischen Betreuung in der Rehaklinik sowie aufgrund von schlechten Erfahrungen des Patienten mit einem Reha-Aufenthalt ohne Partnerbegleitung.



### **5.1.4 Zufriedenheit der Partner und Bereitschaft zu einem erneuten Reha-Aufenthalt**

Auch die Mehrheit der begleitenden Partner ist mit dem gemeinsamen Aufenthalt in der Rehaklinik zufrieden: Insgesamt 97% der Partner bewerten den gemeinsamen Aufenthalt von „positiv“ und „hilfreich“ bis zu „ein Geschenk des Himmels“. Nur eine Partnerin (3%) ist aufgrund der beengten räumlichen Verhältnisse (mit Ehemann und Kind in einem Zimmer) nicht durchweg zufrieden.

Ebenfalls 97% der Partner sind bereit, den Patienten wieder in eine Rehaklinik zu begleiten, nur ein Partner war noch unentschieden und wollte „nur wenn es erforderlich ist“ wieder mitkommen.

### **5.1.5 Weitere einflussnehmende Faktoren auf die Inanspruchnahme einer stationären Rehamaßnahme**

#### **5.1.5.1 Vorerfahrungen der Paare mit stationärer onkologischer Rehabilitation**

Mehr als die Hälfte der Patienten mit Partnerbegleitung (58%) und der Partner (52%) haben Erfahrungen mit Kuraufenthalten bzw. Rehamaßnahmen. Diese wurden von den Patienten zu gleichen Teilen aufgrund der Krebserkrankung oder anderer körperlicher Beschwerden in Anspruch genommen (jeweils ca. ein Drittel). Ein kleiner Teil der Patienten (12%) war auch aufgrund von psychischen Belastungen in einer Rehaklinik gewesen. Ein Drittel der befragten Paare (33%) hat selbst bereits Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation.

Insgesamt werden die Erfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen auf einer Skala von 1='sehr gut' und 4='schlecht' im Durchschnitt als ‚gut‘ bewertet (Patienten mit Partnerbegleitung:  $M=2.06$  (SD 1.16), Partner: 1.82 (.951)).

#### **5.1.5.2 Informationsstand und Informationsquellen der Paare zu (gemeinsamer) stationärer onkologischer Rehabilitation**

Informationen zur *allgemeinen Inanspruchnahme* von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen erhielten 94% der Patienten in dem sie behandelnden Krankenhaus. Die Vermittlung von Information erfolgte durch Ärzte im Krankenhaus, Kliniksozialdienste oder anderes medizinisches Personal über eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme. Außerdem

erhielten sie Informationen durch Mitpatienten (15%) sowie Familie und Freunde (6%). Des Weiteren berichten die Patienten, sich selbst Informationen zu Rehabilitation beschafft zu haben (Eigeninitiative: 46%).

Die Hauptinformationsquelle der Patienten und ihrer Partner zu einer *gemeinsamen Inanspruchnahme* ist das Krankenhaus (55% der Partner, 42% der Patienten). Die Patienten erhielten mehr als die Partner über private Kontakte Informationen zu gemeinsamer Rehabilitation. Patienten informierten sich eher durch Personen mit Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation (Patienten 46%; Partner: 30%), oder wurden hierzu von der Familie und Freunden informiert (Patienten 27%; Partner: 9%). Über ein Drittel der Patienten und Partner schildern außerdem, dass sie sich selbst um Information zum gemeinsamen Aufenthalt in der Rehaklinik gekümmert hatten (Eigeninitiative: 46% der Patienten bzw. 30% der Partner) (vgl. Abbildung 10).

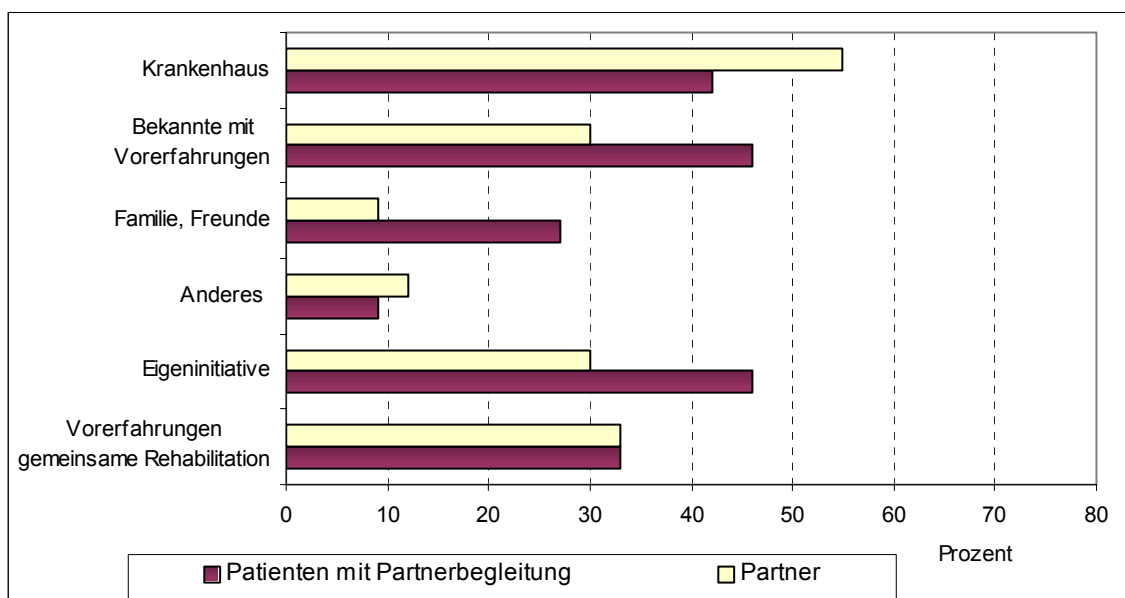


Abb. 10: Informationsquellen zur gemeinsamen Inanspruchnahme – Patienten (n=33) und Partner (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

### 5.1.5.3 Zufriedenheit der Paare mit der Informationsvermittlung

Zwei Drittel der Paare ist mit der Informationsvermittlung im Krankenhaus zu Inanspruchnahme von Rehamassnahmen zufrieden. Ein Drittel der Patienten mit Partnerbegleitung (27%) und der Partner (33%) fühlte sich allerdings vor Antritt der Rehamassnahme nicht ausreichend informiert, zum einen bezüglich der allgemeinen Bedingungen in der Rehaklinik (grober Ablauf einer Rehabilitation oder Lage der Klinik), zum anderen in Bezug auf Informationen

zum Thema ‚Partner in der Rehaklinik‘ (z. B. die Frage nach Anwendungen für begleitende Partner betreffend). Als Ansprechpartner wünschen sich die Paare Ärzte und Sozialdienste des Krankenhauses. Daneben sprechen sich die Befragten für eine Verbesserung des Informationsmaterials zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen aus.

#### **5.1.5.4 Ratschläge bezüglich der Inanspruchnahme**

Einem großen Teil der Patienten (70%) wurde außerdem zu einer Rehabilitation geraten, es fällt jedoch auf, dass dies weniger durch Personal des Krankenhauses (12%), sondern viel häufiger durch Personen aus dem privaten Umkreis (Familie und Freunde: 55%, ehemalige Rehabilitanden: 45%) stattfand.

Während einem Teil der Patienten (33%) und Partner (42%) zu einer gemeinsamen Rehabilitation zugeraten wurde, berichten auch 12% der Partner, dass ihnen Familie sowie ein Arzt von der Begleitung in die Rehaklinik abrieten, mit der Begründung, sie könnten sich zu Hause besser erholen.

#### **5.1.5.5 Kenntnisse und Erfahrungen der Paare mit psychosozialen Hilfsangeboten**

Um die grundsätzliche Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu bestimmen, wurde die Einstellung zu psychosozialen Hilfsangeboten untersucht. Den Patienten und Partnern sind zu einem großen Teil psychosoziale Hilfsangebote wie psychologische Beratung, Krebs- und Suchtberatungsstellen und Hilfe durch soziale Dienste bekannt (Patienten 70% und Partner 61%).

*Vor* Diagnosestellung wurde von insgesamt vier Patienten (12%) und einem Partner (3%) ein solches Hilfsangebot in Anspruch genommen (beispielsweise psychologische Beratung, Klinikaufenthalt aufgrund von Depressionen).

*Nach* Diagnosestellung stieg die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten bei den Patienten auf 36%, bei den Partnern blieb die Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten fast gleich (6%) (s. Abbildung 11).

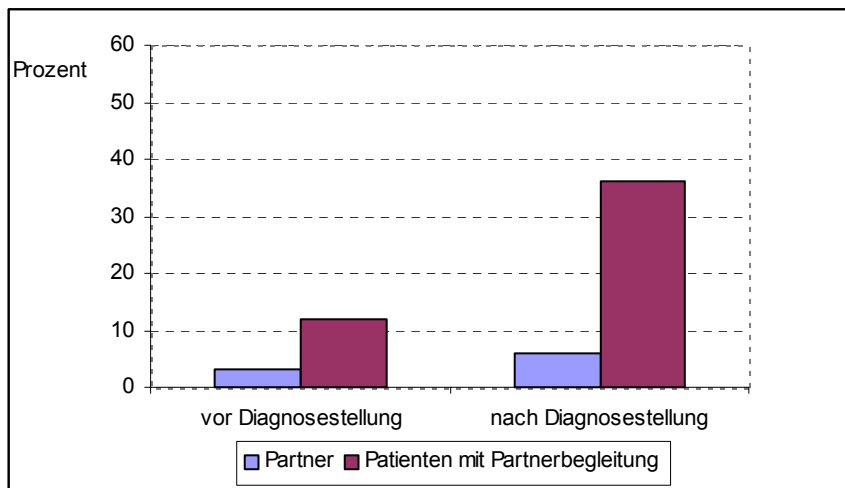


Abb. 11: Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten, vor und nach Diagnosestellung – Patienten (n=33) und Partner (n=33), in Prozent

#### 5.1.5.6 Einfluss der Paare auf Auswahl der Rehaklinik und Aufnahmeterrin

Knapp zwei Drittel der Paare (Patienten: 67%, Partner: 70%) geben an, *Einfluss auf die Wahl der Rehaklinik* gehabt zu haben. Die überwiegende Mehrheit (97%) ist mit der Wahl der Klinik zufrieden, unabhängig davon, ob sie selbst Einfluss auf die Auswahl hatten oder nicht. Folgende Kriterien waren den Patienten und ihren Partnern bezüglich der Auswahl der Rehaklinik wichtig: Den Paaren ist besonders die Lage der *Klinik* wichtig (49%). Bei Patienten der Rehabilitationsklinik Nordfriesland in St. Peter Ording spielt insbesondere die *See-Nähe* eine Rolle. Auch die *Empfehlung durch andere*, die *Attraktivität der umliegenden Gegend*, die *Qualität der Anwendungen* und ein *persönliches Klima* ist den Paaren bei der Wahl einer Klinik wichtig. Für die Partner ist etwas häufiger als für die Patienten ein wichtiges Auswahlkriterium die *Attraktivität der umliegenden Gegend* (vgl. Abbildung 12).

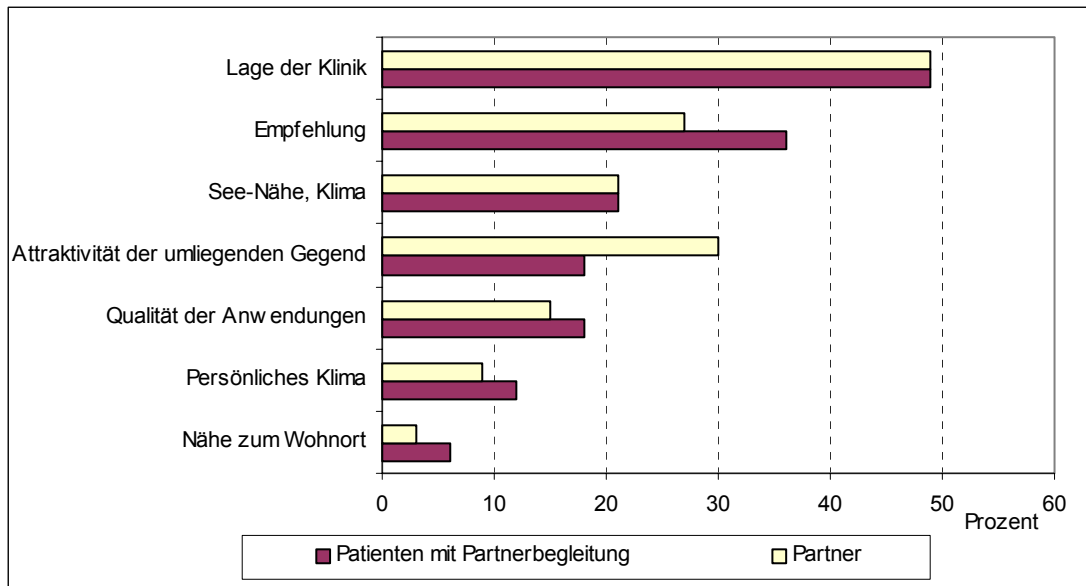


Abb. 12: Kriterien zur Auswahl der Rehaklinik – Patienten (n=33) und Partner (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Nur 24% der Patienten hatten einen Einfluss auf den *Aufnahmetermin*. Der Großteil der Paare (Patienten 79%, Partner 94%) ist jedoch mit dem Termin zufrieden. Ein Paar hatte Probleme bei der Koordinierung der Mutter-Kind-Kur der Partnerin mit der Rehabilitationsmaßnahme des Patienten auf die selbe Zeit.

#### 5.1.5.7 Finanzierung des gemeinsamen Aufenthalts

Der Aufenthalt der Patienten mit Partnerbegleitung in der Rehaklinik wird ausschließlich über Krankenkassen und Rentenversicherungen finanziert. Die Partner konnten in fünf Fällen (15%) eine Finanzierung durch die Kassen bzw. Rentenversicherungen erreichen, der Großteil (85%) musste jedoch den Aufenthalt selbst bezahlen. Die Patienten und Partner empfinden diese Eigenbeteiligung mittelstark finanziell belastend (Patienten mit Partnerbegleitung:  $M=1.56$ ,  $SD\ 0.76$ , Partner:  $M= 1.63$ ,  $SD\ 0.61$ ; bei 1= ‚gar nicht‘ und 3= ‚sehr‘).

**5.1.5.8 Probleme der Paare bei der Inanspruchnahme**

Nur wenige Patienten und Partner geben an, bei ihrer Inanspruchnahme Probleme gehabt zu haben (21% der Patienten und 9% der Partner).

Je zwei der Patienten und Partner (6%) erlebten die Finanzierung ihres Aufenthalts als problematisch, da sich eine Regelung der Kostenübernahme der RehaMaßnahme durch die Versicherung hinzog. Die Patienten klagen außerdem über ein Informationsdefizit bezüglich onkologischer Rehabilitation (6%). Zwei Partnerinnen empfanden die Versorgung des Haustiers und der Wohnung als problematisch. Des Weiteren berichtet ein Paar von Problemen bezüglich des gemeinsamen Aufenthalts, weil die Koordination der Mutter-Kind-Kur der Partnerin mit der Rehabilitationsmaßnahme des Patienten Schwierigkeiten bereitete.

**5.1.5.9 Entscheidungsfindung zu einem gemeinsamen Reha-Aufenthalt**

Die Entscheidung, die RehaMaßnahme gemeinsam in Anspruch zu nehmen, wurde nach Aussagen der Paare mehrheitlich gemeinsam getroffen (Patienten mit Partnerbegleitung: 91%, Partner: 79%). Dabei trafen die Partner ihrer Meinung nach selbst häufiger die Entscheidung (15%) als die Patienten (3%) (vgl. Abbildung 13).

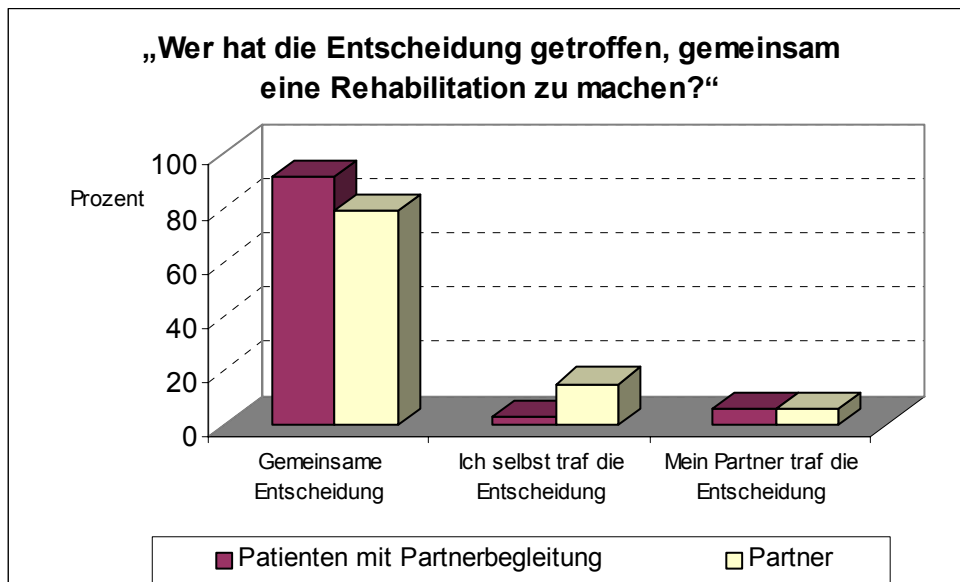


Abb. 13: Entscheidungsfindung der Patienten (n=33) und Partner (n=33)), in Prozent

### 6.1.5.1 Einstellung zum Reha-Aufenthalt und Erwartungen an die gemeinsame Rehabilitation

Die Patienten und Partner sind der Rehabilitation insgesamt optimistisch eingestellt. Auf einer Skala von 1=„sehr optimistisch“ und 5=„sehr skeptisch“ liegt die Einschätzung von sowohl den Patienten mit Partnerbegleitung als auch ihren Partnern im Mittel bei  $M=1,73$ , also zwischen optimistisch und sehr optimistisch.

Die Patienten und Partner sollten ihre *Erwartungen an den Aufenthalt* in der Rehaklinik in Bezug auf ihre Wichtigkeit bewerten (mit 1=„nicht so wichtig“ und 3=„sehr wichtig“). Besonders wichtig ist den Patienten neben der eigenen Erholung, die Erholung des Partners sowie der gemeinschaftliche Aufenthalt mit dem Partner.

Die Patienten und die sie begleitenden Partner haben dabei ähnliche Erwartungen an den Reha-Aufenthalt. Besonders wichtig ist Patienten wie Partnern die Erholung des jeweils anderen (Patienten: 88%, Partner: 79%). Die *Patienten* fokussieren weiterhin auf die eigene gesundheitliche Wiederherstellung (körperliche Regeneration (87%), eigene Erholung (63%), Nachlassen von Beschwerden (63%), mich um nichts kümmern müssen (39%), Abstand vom Alltag (40%)) sowie auf das Zusammensein mit dem Partner (schöne Tage miteinander verbringen (73%), Zeit füreinander haben (49%)) (s. Abbildung 14)<sup>9</sup>.

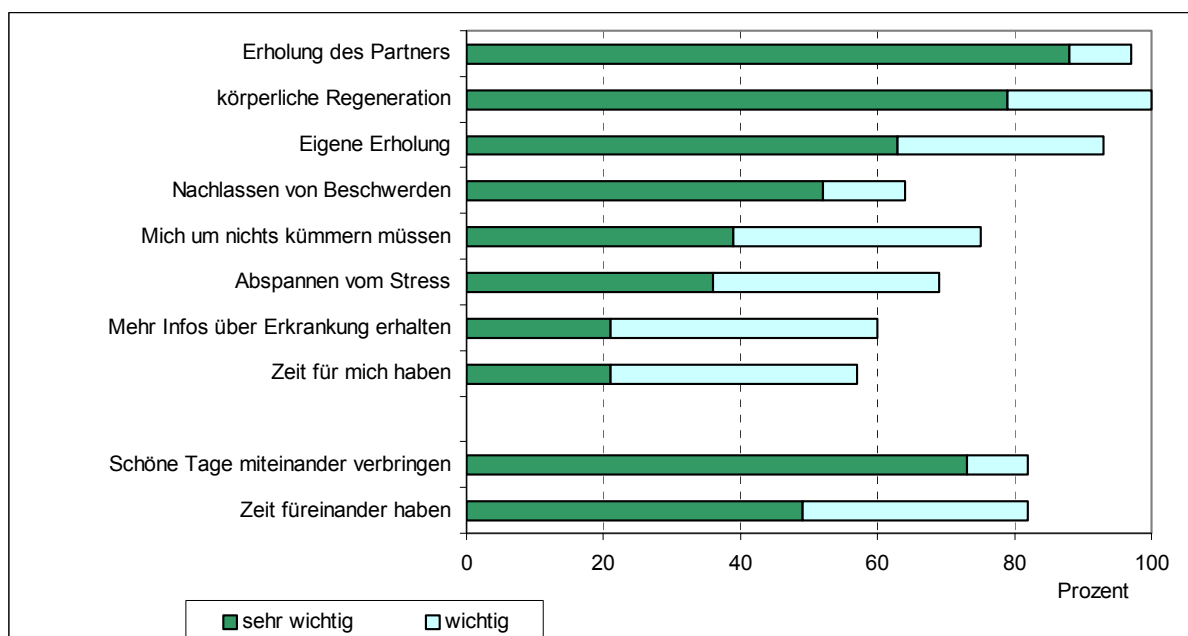


Abb. 14: Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

<sup>9</sup> Zum besseren Verständnis werden in den Abbildungen 13 und 14 die ‚wichtigen‘ und ‚sehr wichtigen‘ Häufigkeiten in Prozent graphisch dargestellt

Den *Partnern* ist dagegen vorrangig die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten wichtig, wie die körperliche Regeneration des Patienten (82%), Nachlassen von Beschwerden (73%), Besserung des seelischen Befindens (64%). Erst an zweiter Stelle nennen die Partner Erwartungen, die den gemeinsamen Aufenthalt (schöne Tage miteinander verbringen (55%), Zeit füreinander haben (42%)) oder die Erholung des Partners betreffen (eigene Erholung (52%), Abspannen vom Stress (39%), mich um nichts kümmern müssen (39%), Zeit für mich haben (27%) (s. Abbildung 15).

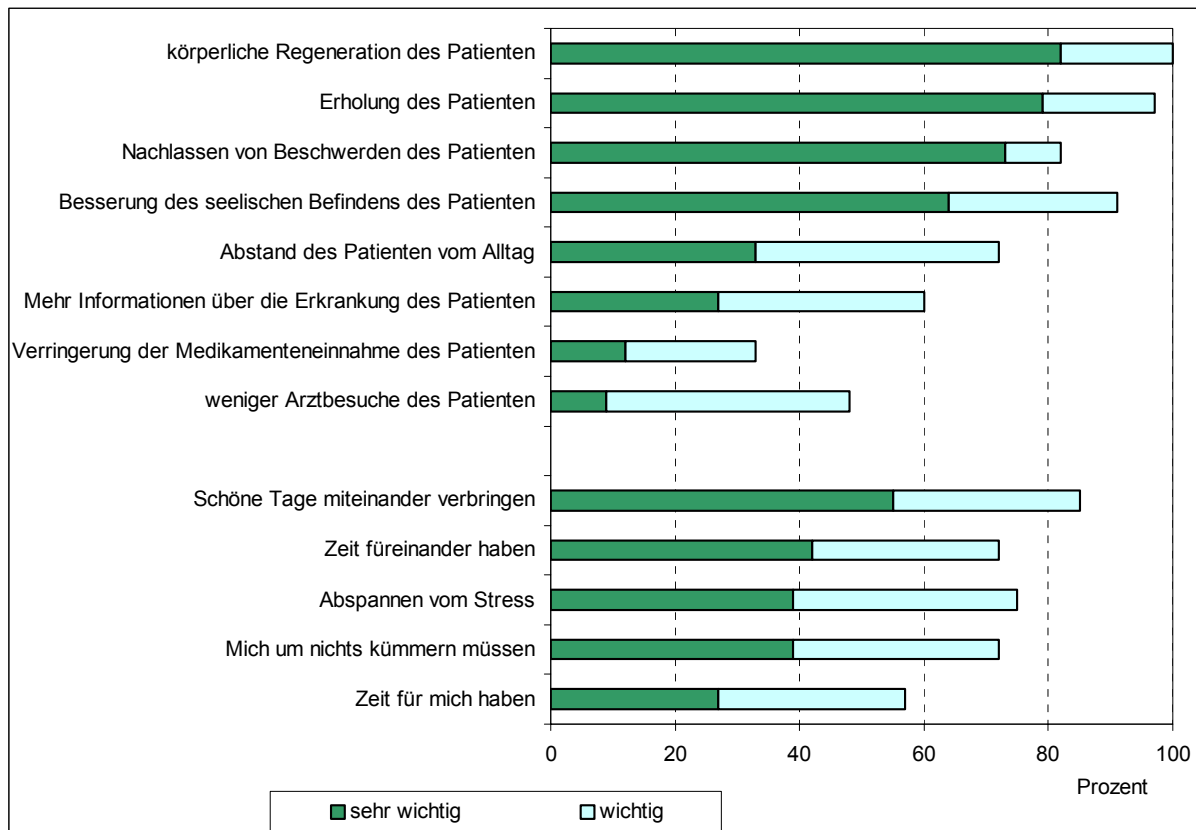


Abb.15: Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Partner (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Weniger häufig erwarten die Paare dagegen, durch die Rehabilitation mehr Informationen über die Erkrankung oder eine psychologische Beratung zu erhalten, berufliche oder rechtliche Fragen zu klären und die Medikamenteneinnahme oder die Anzahl der Arztbesuche zu verringern.

#### 5.1.5.10 Befürchtungen bezüglich eines gemeinsamen Aufenthalts in der Rehaklinik

Etwas mehr als ein Drittel der Patienten (39%) und Partner (42%) hat bezüglich des Aufenthalts in der Rehaklinik Befürchtungen. Patienten und Partner beschäftigt gleichermaßen die



Sorge, schwerkranken Menschen zu begegnen (20%). Ein geringer Teil befürchtet außerdem, während der Reha mit dem Partner zu sehr „aufeinander zu hocken“ (12 bzw. 9%) oder Langeweile zu haben (12 bzw. 6%). Weiterhin haben einige Patienten die Sorge, unter der Trennung von gewohnter Umgebung und von Angehörigen zu leiden sowie vermehrt Streit mit dem Partner zu haben (jeweils 9%), während zwei Partner (6%) befürchten, unter Heimweh zu leiden (s. Abbildung 16)

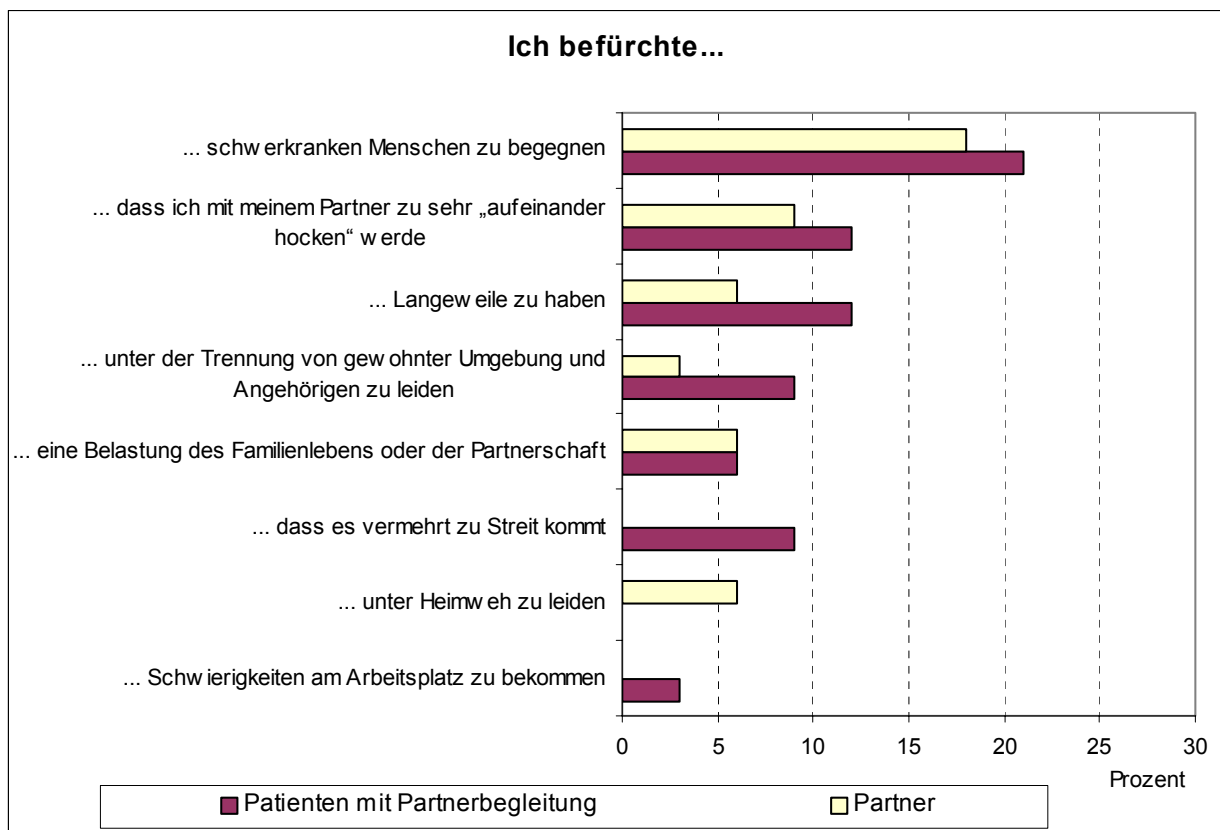


Abb. 16: Befürchtungen bezüglich des gemeinsamen Aufenthalts in der Rehaklinik – Patienten (n=33) und Partner (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

## 5.2 Die alleinige Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation

### 5.2.1 Motive der Patienten ohne Partnerbegleitung für einen alleinigen Rehaklinik-Aufenthalt

Die Patienten ohne Partnerbegleitung geben als Motive für den alleinigen Aufenthalt hauptsächlich den Wunsch nach Erfüllung eigener Bedürfnisse sowie nach Abstand vom Alltag an (insgesamt sechs Motive). Demgegenüber stehen drei Motive, die sich auf den Partner beziehen (vgl. Abbildung 17).

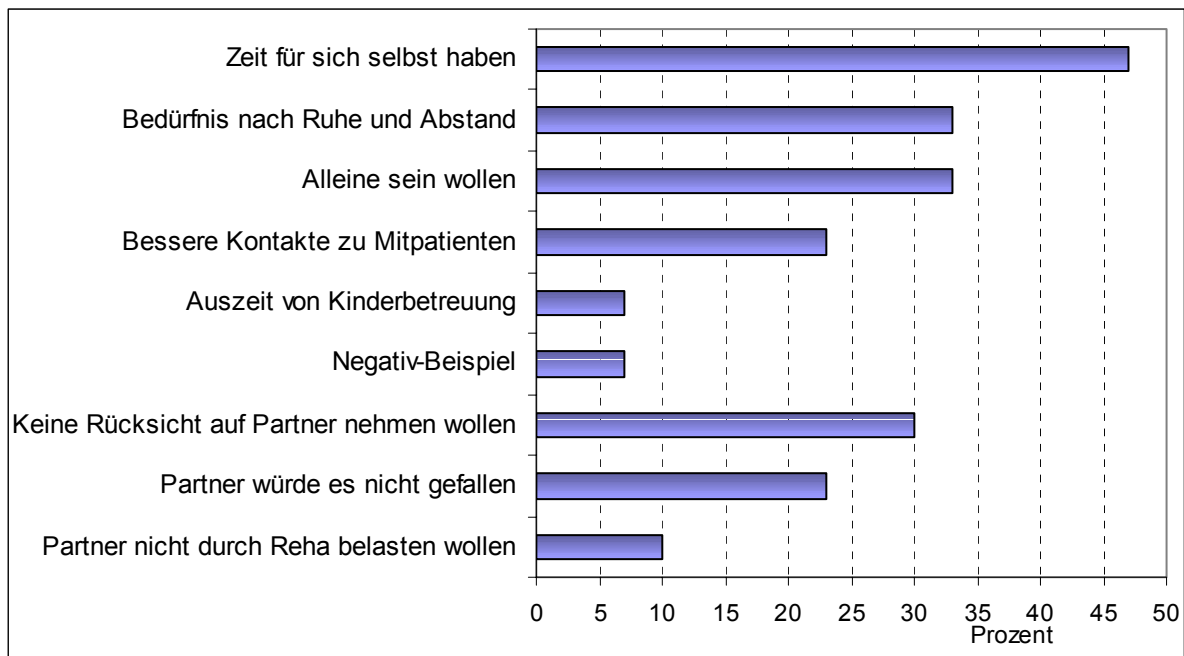


Abb. 17: Motive für eine Inanspruchnahme ohne Begleitung - Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

In Bezug auf **eigene Motive** wünscht sich knapp die Hälfte (47%) der Patienten während des Reha-Aufenthalts „Zeit für sich selbst“. Je ein Drittel (33%) äußert zudem, *Ruhe und Abstand* zu benötigen („mal ein bisschen abschalten“) und „während der Anwendungen *alleine sein*“ zu wollen. Des Weiteren versprechen sich 23% der Patienten durch einen alleinigen Aufenthalt *bessere Kontakte zu Mitpatienten*. Jeweils zwei Patienten (7%) wünschen sich eine *Auszeit von der Kinderbetreuung* („wollte Ruhe,..., mit Kind wäre das nicht möglich gewesen“) und waren durch *Negativ-Beispiele* von Paaren, die sich während vergangener Reha-Aufenthalte gemeinsam in der Rehaklinik aufhielten, abgeschreckt („wo der Partner sich wie im Urlaub fühlt und die Patientin sich gar nicht erholen kann“).

**Bezüglich des Partners** geben 30% der Patienten als Grund an, während der Zeit in der Rehaklinik *keine Rücksicht auf den Partner nehmen zu wollen* (30%) („müsste sonst schlechtes Gewissen haben, dass mein Partner wartet, so habe ich freie Zeiteinteilung“). Einige Patienten nehmen zudem an, der Aufenthalt in einer Rehaklinik würde dem *Partner nicht gefallen* („würde sich nicht wohlfühlen“) (23%) oder diesen *belasten* (10%).

### 5.2.2 Andere Gründe für den alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik

Neben den persönlichen Motiven für einen alleinigen Reha-Aufenthalt, nennen die Befragten an zweiter Stelle auch strukturelle und organisatorische Gründe, die sich hinderlich auf einen gemeinsamen Aufenthalt in der Rehaklinik auswirkten (s. Abbildung 18).

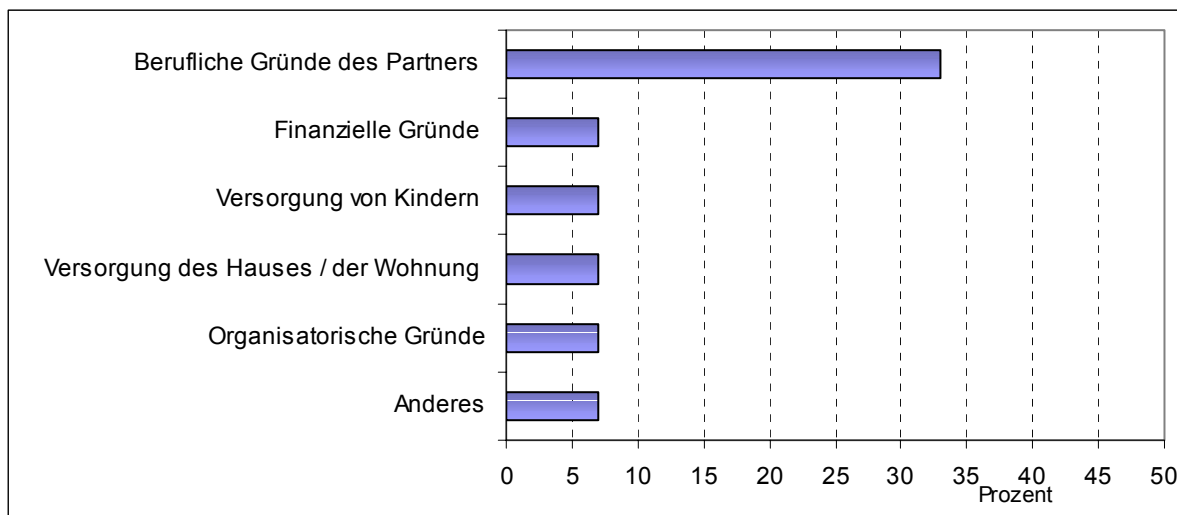
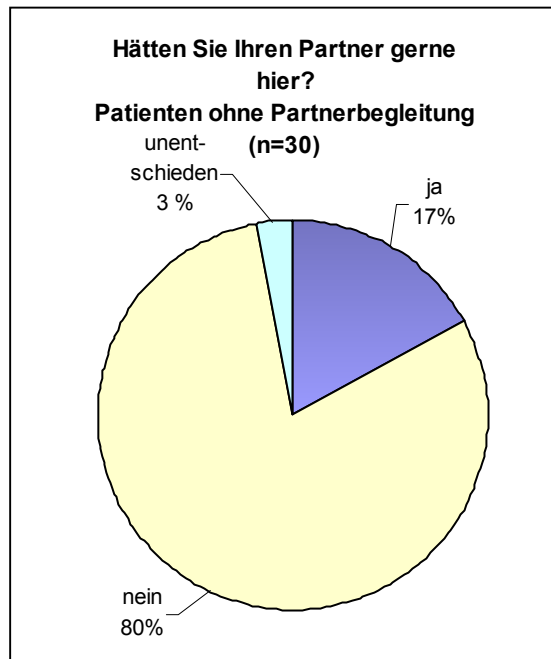


Abb. 18: Andere Gründe für alleinigen Reha-Aufenthalt – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

So geben zehn Patienten (33%) an, dass der Partner u.a. aus beruflichen Gründen nicht an der Rehabilitation teilnehmen konnte. Des Weiteren werden finanzielle Gründe, die notwendige Versorgung der Kinder und die Versorgung des Hauses bzw. der Wohnung aufgeführt (jeweils zwei Patienten (7%)). Zwei zu Hause gebliebene Partnerinnen entschieden sich gegen ein Mitkommen, weil so kurzfristig kein Doppelzimmer in der Klinik frei war bzw. die von einer Partnerin gewünschten Anwendungen in der Klinik nicht angeboten wurden. Nur ein Patient gibt an, sich u.a. deshalb alleine in der Rehaklinik aufzuhalten, weil er über die Möglichkeit eines gemeinsamen Aufenthaltes nicht informiert gewesen sei.

### 5.2.3 Zufriedenheit mit dem alleinigen Aufenthalt und erfolgte Besuche der Partner

Ebenso wie die Paare ist auch die Mehrheit der Patienten ohne Partnerbegleitung mit dem alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik zufrieden: Wie in Abbildung 19 ersichtlich, geben



80% der Patienten an, sich in der Rehaklinik lieber alleine aufzuhalten. Nur 17% wünschen sich einen gemeinsamen Aufenthalt mit Partner.

Abb. 19: Wunsch nach Begleitung durch den Partner in die Rehabilitationsklinik, Patienten ohne Partnerbegleitung (n = 30), in Prozent

Darüber hinaus war bei 39% der Patienten ohne Partnerbegleitung der *Partner* teils gelegentlich, teils die gesamte Zeit der Rehabilitation auf Besuch *im Ort privat untergebracht*. Obwohl die Nähe des Partners vom Großteil der Patienten als angenehm empfunden wird, geben die Patienten einhellig an, diese Form des getrennten Aufenthaltes einem gemeinsamen Aufenthalt in der Rehaklinik vorzuziehen.

## 5.2.4 Weitere einflussnehmende Faktoren auf eine alleinige Teilnahme an einer stationären Rehamaßnahme

### 5.2.4.1 Vorerfahrungen der Patienten ohne Partnerbegleitung mit Rehabilitation

Knapp zwei Drittel der Patienten ohne Partnerbegleitung (60%) haben Erfahrungen mit Kur-aufenthalten bzw. Rehabilitationsmaßnahmen. Diese wurden von den Patienten zu gleichen Teilen aufgrund der Krebserkrankung oder anderer körperlicher Beschwerden in Anspruch genommen (jeweils ca. ein Drittel). Ein kleiner Teil der Patienten (3%) war auch aufgrund von psychischen Belastungen in einer Rehaklinik gewesen. Die *Erfahrungen mit Kur-aufenthalten bzw. Rehamaßnahmen* werden auf einer Skala von 1= ‚sehr gut‘ und 4= ‚schlecht‘ im Durchschnitt mit ‚gut‘ (M=1.82, SD1.07) bewertet.

Keiner der Patienten ohne Partnerbegleitung hat *Erfahrungen mit gemeinsamer Inanspruchnahme* von stationärer onkologischer Rehabilitation.

Die Patientengruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Erfahrungen mit allgemeinen stationären Rehabilitationsaufenthalten und der Bewertung ihrer Erfahrungen nicht. Dagegen hat im Gegensatz zu den Patienten mit Partnerbegleitung kein Patient ohne Partnerbegleitung Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation.

### 5.2.4.2 Informationsstand und –quellen der Patienten ohne Partnerbegleitung zu stationärer onkologischer Rehabilitation

Allgemeine Informationen zur Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme erhalten die Patienten größtenteils in dem sie behandelnden Krankenhaus. Wie in Abbildung 20 ersichtlich, wurden 77% der Patienten ohne Partnerbegleitung durch Ärzte im Krankenhaus, Kliniksozialdienste oder anderes medizinisches Personal über eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme informiert. Außerdem erhielten sie Informationen durch Mitpatienten, den betreuenden niedergelassenen Arzt sowie Familie und Freunde. Dabei gibt knapp die Hälfte der Patienten (43%) an, aufgrund unzureichender Informationen zusätzlich Auskünfte zu onkologischer Rehabilitation eingeholt zu haben, z.B. bei Versicherungsträgern, bei Krebsberatungsstellen, im Krankenhaus, mittels Informationsmaterial oder auch direkt in der Rehaklinik.

Zum Vergleich werden die Angaben der Patienten mit Partnerbegleitung mit dargestellt (s. Abbildung 20).

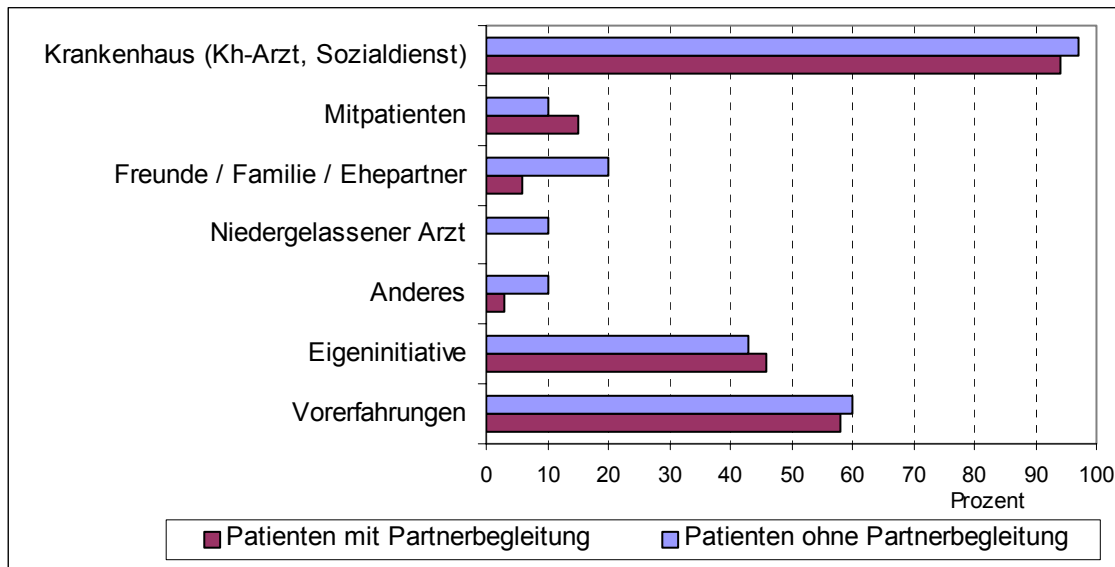
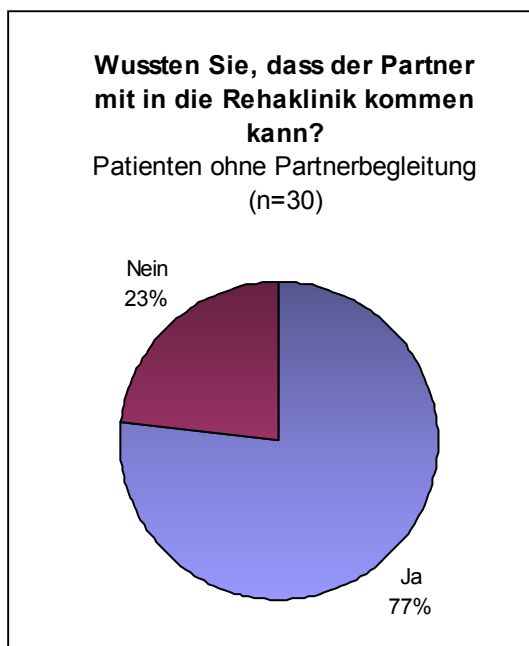


Abb.20: Informationsquellen zu allgemeiner Rehabilitation – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Im Unterschied zu den Patienten mit Partnerbegleitung hatten die Patienten ohne Partnerbegleitung insgesamt mehr Austausch mit anderen Personen (42 Kontakte von 25 Patienten ohne Partnerbegleitung; 21 Kontakte von 19 Patienten mit Partnerbegleitung).

### 5.2.4.3 Informationsstand der Patienten ohne Partnerbegleitung zu gemeinsamer Rehabilitation



Von den Patienten, die die Rehabilitation ohne Partnerbegleitung in Anspruch nehmen, waren über drei Viertel (77%) darüber informiert, dass eine Begleitung in die Rehabilitationsklinik durch den Partner grundsätzlich möglich ist (s. Abbildung 21). 17% der Patienten kennen Paare, die Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation besitzen.

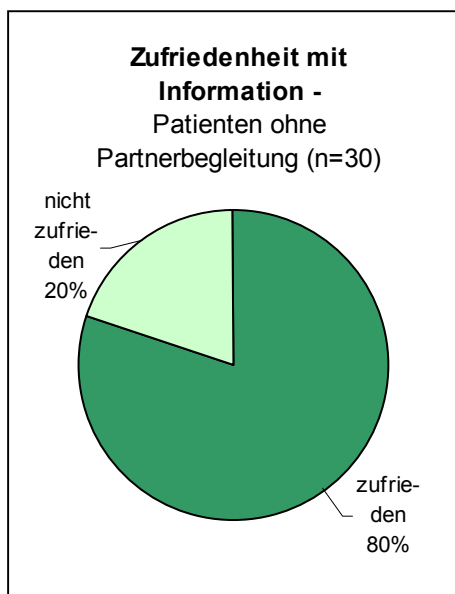
Abb. 21: Informationsstand zu gemeinsamer Rehabilitation - Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Von den sieben nicht-informierten Patienten (23%) gibt jedoch nur ein Patient an, er hätte die Rehabilitation lieber mit seiner Partnerin durchgeführt.

Im Gegensatz zu den Patienten mit Partnerbegleitung sind Patienten ohne Partnerbegleitung weniger Paare bekannt, die Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation haben (Patienten ohne Partnerbegleitung: 17%, Patienten mit Partnerbegleitung: 46%, Partner: 30%).

#### 5.2.4.4 Zufriedenheit der Patienten ohne Partnerbegleitung mit der Informationsvermittlung

Die Patienten ohne Partnerbegleitung sind zum Großteil (80%) mit der Informationsvermittlung im Krankenhaus bezüglich einer *allgemeinen* onkologischen Rehabilitationsmaßnahme zufrieden (s. Abbildung 22).



20% der Patienten ohne Partnerbegleitung fühlten sich jedoch vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichend informiert.

Ansprechpartner wünschen sich die Patienten im Akut-Krankenhaus sowie bei der Kontaktaufnahme mit der Rehaklinik

Abb. 22: Zufriedenheit mit Informationsvermittlung – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent

#### 5.2.4.5 Ratschläge bezüglich der Inanspruchnahme

Über der Hälfte der Patienten ohne Partnerbegleitung (57%) wurde außerdem durch andere Personen zu einer Rehabilitation zugeraten, hierbei häufiger durch Personen aus dem privaten Umkreis (Partner, weitere Familie, Freunde 57%), als durch Personal des Krankenhauses (27%). Hier spielt vor allem die bestärkende Funktion des Partners in Bezug auf einen Reha-Aufenthalt eine wichtige Rolle.

#### 5.2.4.6 Kenntnisse und Erfahrungen der Patienten ohne Partnerbegleitung mit psychosozialen Hilfsangeboten

94% der Patienten ohne Partnerbegleitung ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten (wie beispielsweise soziale Beratungen, Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, psychologische Beratung) bekannt. Vor Diagnosestellung hatten nur zwei Patienten (7%) ein solches Unterstützungsangebot in Form von psychologischer Beratung in Anspruch genommen. Nach Diagnosestellung stieg die Anzahl der Inanspruchnehmer auf 50% an.

Die Anzahl der Patienten ohne Partnerbegleitung, die nach der Diagnosestellung psychosoziale Hilfsangebote wahrnahmen (50%), ist etwas höher als bei den Patienten mit Partnerbegleitung (36%) (vgl. Abbildung 23).

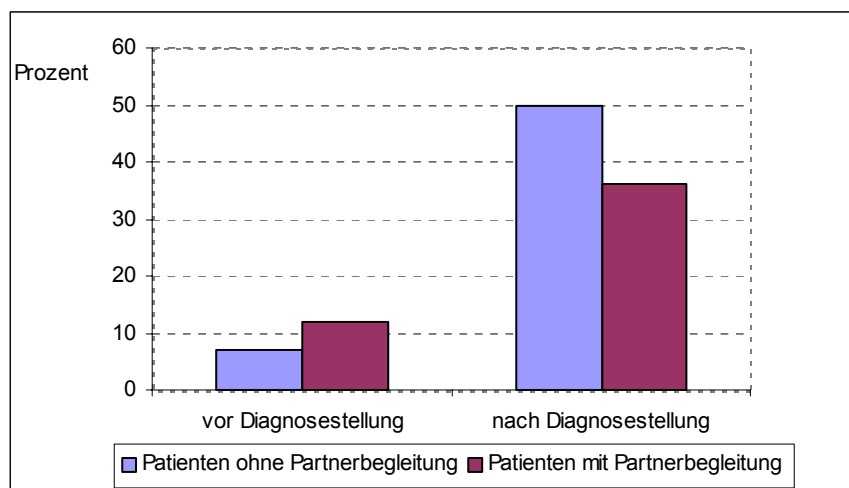


Abb. 23: Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, vor und nach Diagnosestellung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent

#### 5.2.4.7 Einfluss der Patienten ohne Partnerbegleitung auf Auswahl der Rehaklinik und Aufnahmetermin

Zwei Drittel der Patienten ohne Partnerbegleitung berichten, Einfluss auf die **Auswahl der Rehaklinik** gehabt zu haben, dabei sind alle Patienten ohne Partnerbegleitung (100%) mit der Auswahl zufrieden. Ebenso wie den Patienten mit Partnerbegleitung ist den Patienten ohne Partnerbegleitung als Auswahlkriterium besonders die Lage der Klinik wichtig (67%). Bei Patienten der Rehabilitationsklinik Nordfriesland in St. Peter Ording spielt insbesondere die See-Nähe eine Rolle. Auch die Empfehlung durch andere, die Attraktivität der



umliegenden Gegend, die Qualität der Anwendungen und das persönliche Klima war den Patienten wichtig bei der Auswahl der Klinik (vgl. Abbildung 24).

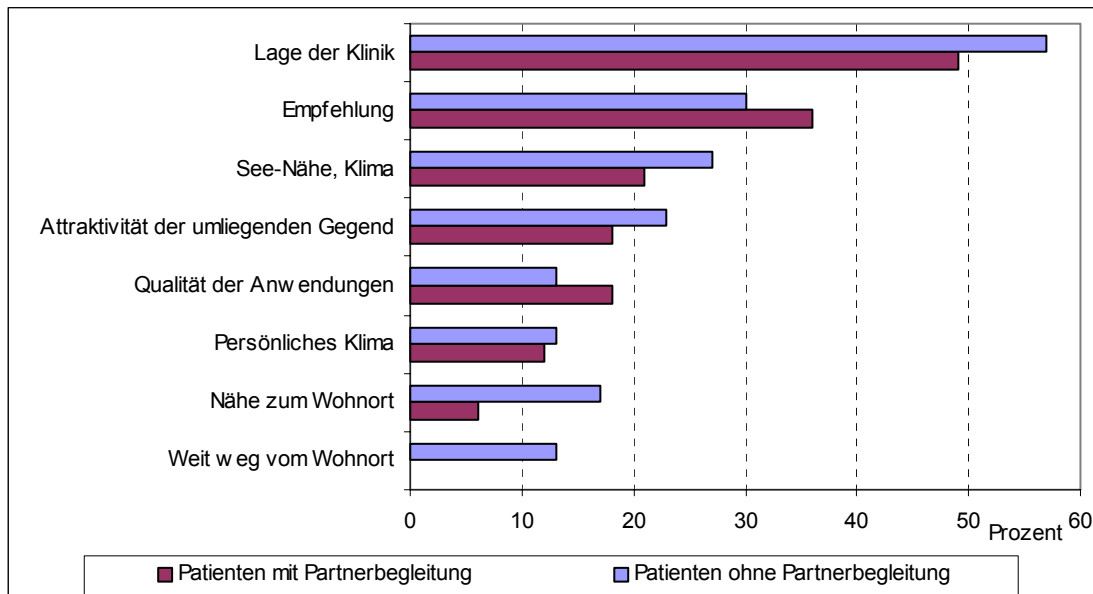


Abb. 24: Kriterien zur Auswahl der Rehaklinik – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Mehrfachantworten möglich

Im Unterschied zu den Patienten mit Partnerbegleitung ist den Patienten ohne Partnerbegleitung die Nähe bzw. die Entfernung von zu Hause wichtiger (während einige Patienten besonders nah vom Wohnort untergebracht sein wollten, war anderen eine möglichst große Entfernung von zu Hause wichtig). Darüber hinaus unterscheiden sich die zwei Patientengruppen bezüglich der Auswahlkriterien zur Rehaklinik nicht.

40% der Patienten ohne Partnerbegleitung geben an, Einfluss auf den **Aufnahmetermin** gehabt zu haben.

Sie hatten damit gegenüber den Patienten mit Partnerbegleitung (24%) mehr Einfluss auf den Termin und sind insgesamt zufriedener mit diesem (Patienten ohne Partnerbegleitung: 94%, Patienten mit Partnerbegleitung: 79%).

#### 5.2.4.8 Finanzierung des alleinigen Aufenthalts

Der Aufenthalt der Patienten ohne Partnerbegleitung in der Rehaklinik wird wie bei der anderen Patientengruppe hauptsächlich über Krankenkassen und Rentenversicherungen finanziert. Zwei Patienten geben an, einen Eigenanteil gezahlt zu haben, was für eine Patientin eine starke finanzielle Belastung darstellt.

**5.2.4.9 Probleme der Patienten ohne Partnerbegleitung bei der Inanspruchnahme**

43% der Patienten ohne Partnerbegleitung berichten von Problemen bei der Inanspruchnahme ihrer Rehabilitationsmaßnahme.

Von den bisher beschriebenen Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten beeinflussen, werden am häufigsten Informationsdefizite als problematisch empfunden (17%, z.B. Unwissenheit bezüglich einer generellen bzw. speziell onkologischen Rehabilitation). Auch erschwerten Probleme bei der Kostenübernahme (13%) und der Wahl des Termins (7%) sowie der Wunsch nach einem bestimmten Ort (3%) die Inanspruchnahme der Patienten. Ein körperlich schwacher Patient (3%) sieht das Tragen des Gepäcks bei der Anfahrt mit dem Zug als für seine Inanspruchnahme hinderlich.

Gegenüber den Patienten mit Partnerbegleitung berichten die Patienten ohne Partnerbegleitung häufiger von Problemen bei der Inanspruchnahme (s. Abbildungen 25 und 26).

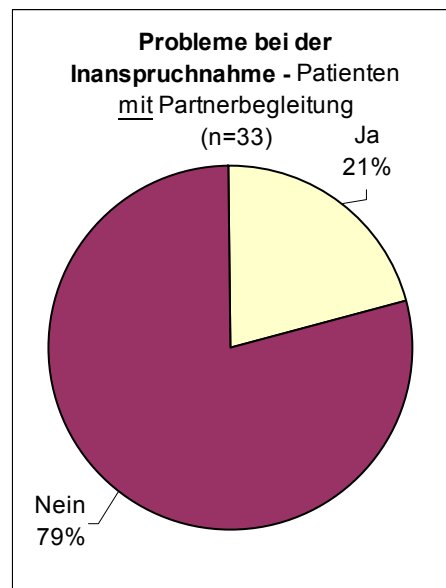
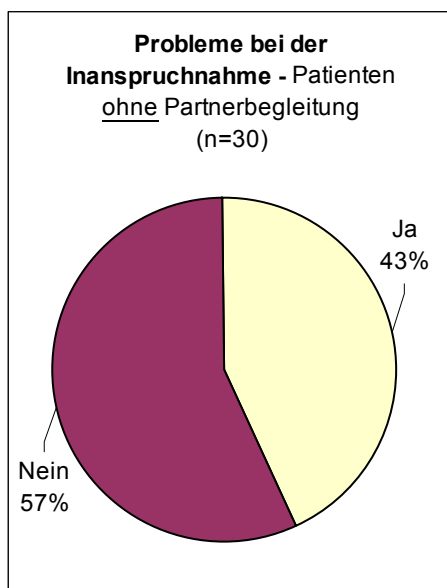


Abb. 25: Probleme bei der Inanspruchnahme – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent

Abb. 26: Probleme bei der Inanspruchnahme – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent

#### 5.2.4.10 Entscheidungsfindung zu einem alleinigen Reha-Aufenthalt

Die Entscheidung, alleine in die Rehaklinik zu gehen, trafen die Patienten ohne Partnerbegleitung in knapp zwei Drittel der Fälle gemeinsam mit dem Partner (63%). 23 % der Patienten entschieden alleine zu einem Reha-Aufenthalt. Nur in zwei Fällen werden äußere Umstände für einen alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik verantwortlich gemacht (s. Abbildung 27).

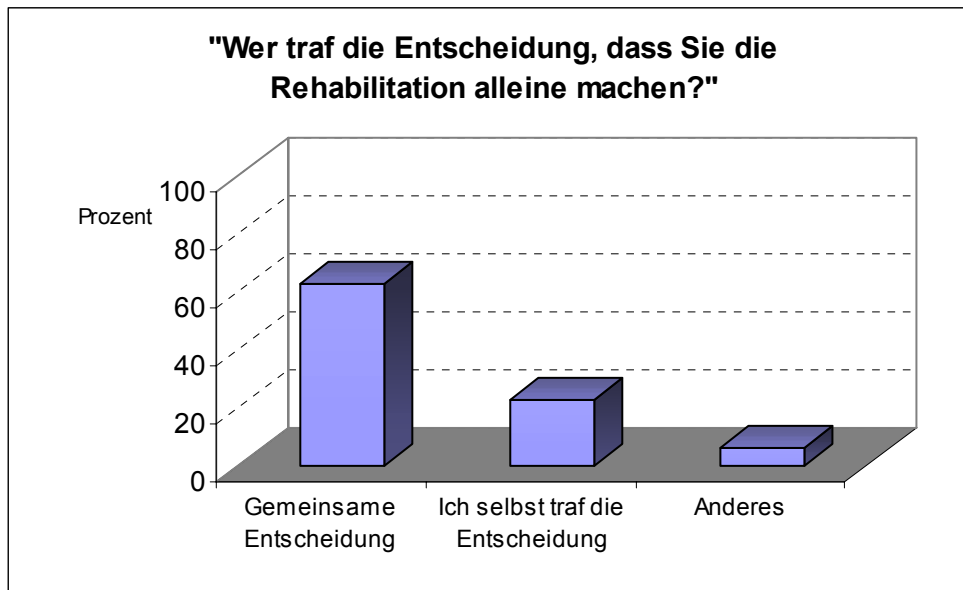


Abb. 27: Entscheidungsfindung – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), in Prozent

Im Fall eines alleinigen Aufenthalts trafen mehr Patienten ohne Partnerbegleitung eine eigene Entscheidung. Die Paare entschlossen sich dagegen häufiger gemeinsam zu einem Aufenthalt (Patienten mit Partnerbegleitung: 91%, Partner: 79%).

#### 5.2.4.11 Einstellung der Patienten ohne Partnerbegleitung zur Rehabilitation

Die *Einstellung* der Patienten ohne Partnerbegleitung zur aktuellen Rehabilitationsmaßnahme ist insgesamt positiv. Auf einer Skala von 1=„sehr optimistisch“ und 5=„sehr skeptisch“ bemessen sie ihre Einstellung im Durchschnitt mit  $M=1.67$  ( $SD .661$ ) (Patienten mit Partnerbegleitung:  $M=1.73$ ,  $SD .772$ ).

**5.2.4.12 Erwartungen der Patienten ohne Partnerbegleitung an den Reha-Aufenthalt**

Ihre Erwartungen an den Aufenthalt in der Rehaklinik sollten die Patienten in Bezug auf ihre Wichtigkeit bewerten (mit 1=„nicht so wichtig“, 2=„wichtig“ und 3=„sehr wichtig“). Die ‚wichtigen‘ und ‚sehr wichtigen‘ Angaben in Prozent sind in Abbildung 28 graphisch dargestellt.

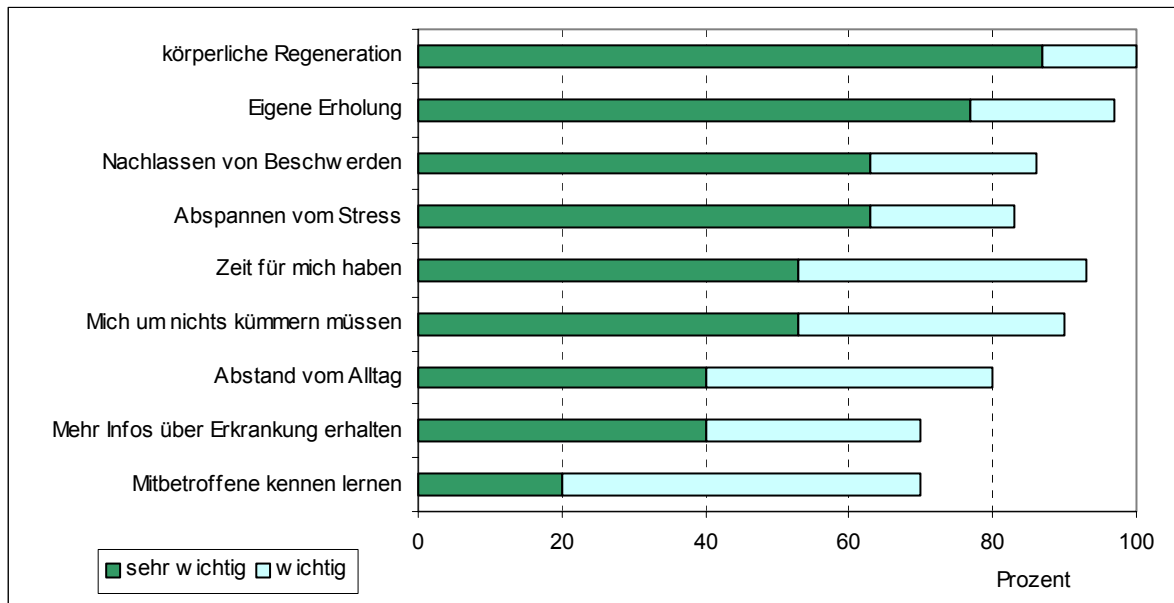


Abb. 28: Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Antworten in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Die Patienten ohne Partnerbegleitung fokussieren mit ihren Erwartungen an den Aufenthalt in der Rehaklinik ganz klar auf die eigene Erholung. Sie erwarten sich hiervon vor allem eine *Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes* (körperliche Regeneration (87%), eigene Erholung (77%), Nachlassen von Beschwerden (63%)). Auf den alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik bezogen, ist ihnen außerdem wichtig, vom *Stress abspannen zu können* (63%), *Zeit für sich selbst zu haben* und *sich um nichts kümmern zu müssen* (jeweils 53%).

Weniger wichtig für den Aufenthalt in der Rehaklinik ist den Patienten ohne Partnerbegleitung die Klärung beruflicher oder rechtlicher Fragen, die Verhinderung der vorzeitigen Berentung und die Verringerung der Medikamenteneinnahme.

Für die Unterscheidung der Erwartungen an den Aufenthalt in der Rehaklinik zwischen Patienten mit und ohne Partnerbegleitung wurden außerdem die *Mittelwerte* gebildet und mit Hilfe von T-Tests *Signifikanzen* errechnet (s. Tabelle 6).

Tab. 6: Erwartungen an den Reha-Aufenthalt der Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und ohne Partnerbegleitung (n=30), ‚1=nicht so wichtig‘; ‚2=wichtig‘; ‚3=sehr wichtig‘, Mittelwerte, SD und T-Test

	Patienten <u>ohne</u> Partnerbegleitung			Patienten <u>mit</u> Partnerbegleitung			T-Test		
	M	SD	n	M	SD	n	T	df	p
körperliche Regeneration	2,87	,35	30	2,79	,42	33	-,814	61	,419
Erholung	2,79	,41	29	2,58	,61	33	-1,613	60	,112
Nachlassen von Beschwerden	2,55	,69	29	2,36	,87	28	-,940	55	,352
<b>Zeit für mich haben</b>	<b>2,52</b>	<b>,57</b>	<b>29</b>	<b>1,93</b>	<b>,77</b>	<b>28</b>	<b>-3,289</b>	<b>55</b>	<b>,002</b>
Mich um nichts kümmern müssen	2,48	,63	29	2,19	,78	32	-1,612	59	,112
Abspannen vom Stress	2,47	,78	30	2,09	,82	32	-1,839	60	,071
<b>Abstand vom Alltag</b>	<b>2,24</b>	<b>,74</b>	<b>29</b>	<b>1,71</b>	<b>,71</b>	<b>28</b>	<b>-2,739</b>	<b>55</b>	<b>,008</b>
Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit	2,22	,55	18	2,00	,82	7	-,793	23	,436
Mehr Infos über Erkrankung erhalten	2,10	,84	30	1,84	,77	32	-1,252	60	,215
Psychologische Beratung	1,63	,76	30	1,57	,79	28	-,303	56	,763
<b>Mitbetroffene kennen lernen</b>	<b>1,93</b>	<b>,70</b>	<b>29</b>	<b>1,48</b>	<b>,57</b>	<b>31</b>	<b>-2,713</b>	<b>58</b>	<b>,009</b>
<b>Klärung beruflicher / rechtlicher Fragen</b>	<b>1,69</b>	<b>,71</b>	<b>29</b>	<b>1,18</b>	<b>,48</b>	<b>28</b>	<b>-3,174</b>	<b>55</b>	<b>,002</b>
<b>Verringerung der Medikamenteneinnahme</b>	<b>1,03</b>	<b>,19</b>	<b>29</b>	<b>1,52</b>	<b>,70</b>	<b>27</b>	<b>3,593</b>	<b>54</b>	<b>,001</b>
weniger Arztbesuche	1,46	,64	28	1,54	,79	28	,372	54	,712
Verhinderung der vorzeitigen Berentung (falls noch nicht berentet)	1,65	,86	17	1,80	1,10	5	,329	20	,745

Signifikant höhere Werte finden sich bei den Patienten ohne Partnerbegleitung hinsichtlich der Erwartung **Zeit für sich zu haben, Abstand vom Alltag zu bekommen, Mitbetroffene kennen zu lernen, sowie berufliche und rechtliche Fragen zu klären**. Die Patienten mit Partnerbegleitung versprechen sich dagegen eher von dem Reha-Aufenthalt ihre **Medikamenteneinnahme reduzieren** zu können.

#### 5.2.4.13 Befürchtungen bezüglich eines alleinigen Reha-Aufenthalts

Ein Drittel der Patienten ohne Partnerbegleitung (37%) hat bezüglich des Aufenthalts in der Rehaklinik Befürchtungen (Patienten mit Partnerbegleitung: 39%).

Die Patienten ohne Partnerbegleitung beschäftigt ebenso wie die Paare die Sorge, schwerkranken Menschen zu begegnen (20%), und unter der Trennung von der gewohnten Umge-

... und den Angehörigen zu leiden (17%). Darüber hinaus befürchteten die Patienten Langeweile (13%) oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen (10%) (s. Abbildung 29).

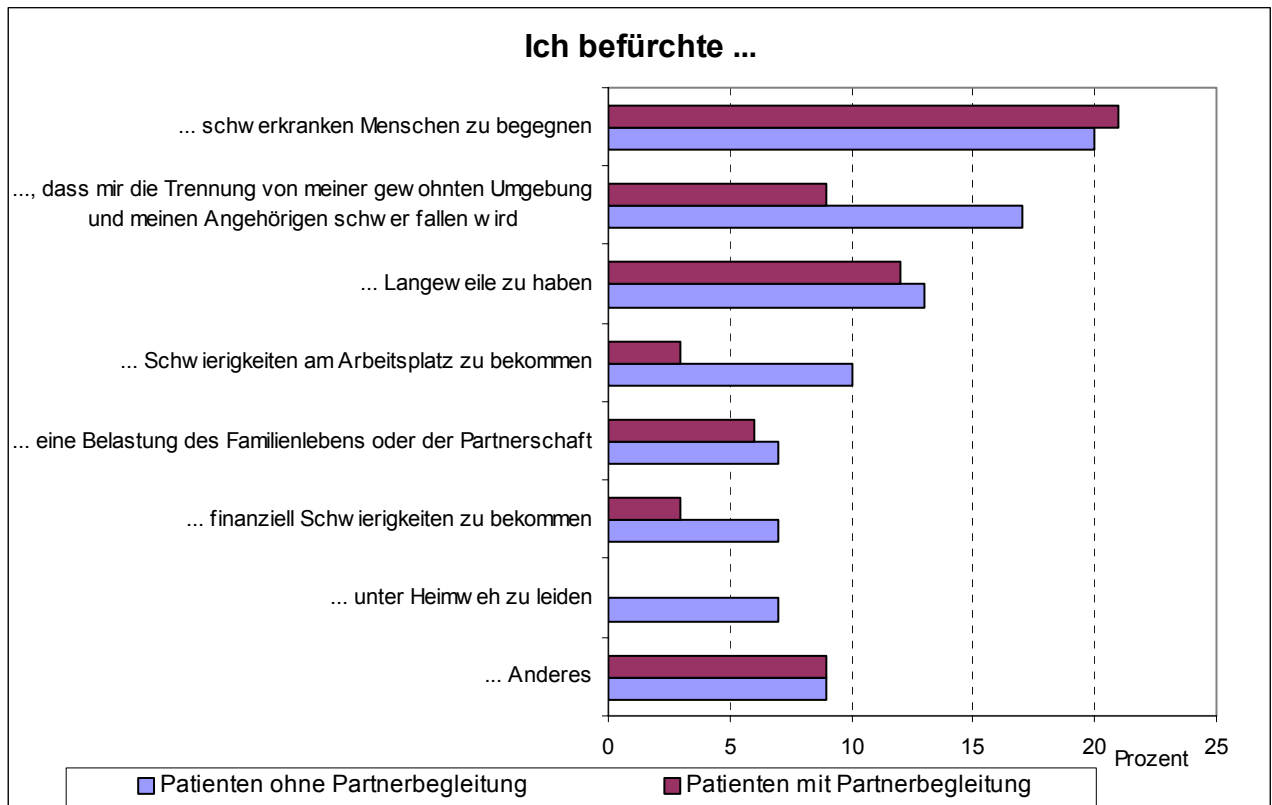


Abb. 29: Befürchtungen bezüglich des Reha-Aufenthalts – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), in Prozent, Mehrfachantworten möglich

Bezüglich der Art und der Anzahl der Befürchtungen unterscheiden sich die Patientengruppen nur wenig voneinander. Patienten ohne Partnerbegleitung haben etwas häufiger die Sorge, dass ihnen die Trennung von den Angehörigen schwer fallen wird (17%) oder dass sie Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen (10%) als Patienten mit Partnerbegleitung (9% bzw. 3%).

## 5.3 Ergebnisse der standardisierten Fragebögen

### 5.3.1 Krankheitsverarbeitung (FKV)

Im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung lassen sich zwischen *Patienten mit bzw. ohne Partnerbegleitung* in keiner der fünf gefragten Skalen signifikante Unterschiede feststellen. Auf einer fünfstelligen Ratingskala von 1 = ‚trifft gar nicht zu‘ und 5 = ‚trifft sehr stark zu‘ zeigen beide Patientengruppen hohe Mittelwerte für die Skalen ‚Aktives Coping‘ (M=3,7-3,8) und ‚Ablenkung und Selbstaufbau‘ (M=3,4), mittlere Werte für ‚Religiosität und Sinnsuche‘ (M=2,5-2,8) und ‚Bagatellisierung und Wunschdenken‘ (M=2,2-2,6) und Werte im niedrigen Bereich für die Skala ‚Depressive Verarbeitung‘ (M=1,9-2,0).

In Abbildung 30 sind die errechneten Mittelwerte der beiden Patientengruppen und der Gruppe der Partner graphisch dargestellt, die Tabellen 7 und 8 zeigen die Mittelwerte und Signifikanzen der Patientengruppen.

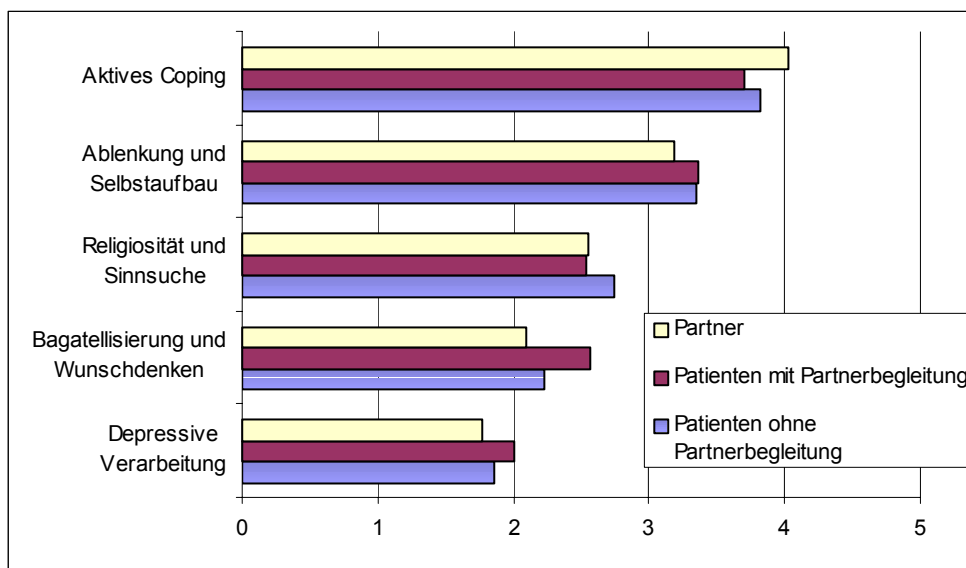


Abb. 30: Krankheitsverarbeitung (FKV) der Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), der Partner (n=33) und der Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30); Durchschnittswerte der Skalen von jeweils 1="gar nicht" bis 5="sehr stark"

Tab.7: Krankheitsverarbeitung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Partner (n=33), Mittelwerte und SD

	Patienten <u>ohne</u> Partnerbegleitung			Patienten <u>mit</u> Partnerbegleitung			Partner		
	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n
Aktives Coping	<b>3,70</b>	,85	29	<b>3,82</b>	,78	30	<b>4,02</b>	,73	33
Ablenkung und Selbstaufbau	<b>3,37</b>	1,02	29	<b>3,35</b>	,77	30	<b>3,18</b>	,73	33
Religiosität und Sinnsuche	<b>2,53</b>	,63	30	<b>2,75</b>	,62	30	<b>2,55</b>	,77	33
Bagatellisierung und Wunschdenken	<b>2,56</b>	,85	29	<b>2,22</b>	,74	30	<b>2,10</b>	,81	33
Depressive Verarbeitung	<b>2,00</b>	,86	30	<b>1,86</b>	,72	30	<b>1,77</b>	,77	33

Tab. 8: Krankheitsverarbeitung - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), T-Test

	T	df	p
Aktives Coping	-.583	57	.562
Ablenkung und Selbstaufbau	.121	57	.904
Religiosität und Sinnsuche	-1.328	58	.189
Bagatellisierung und Wunschdenken	1.599	57	.115
Depressive Verarbeitung	.684	58	.496

Auch zwischen der Gruppe der begleiteten Patienten und der der Partner finden sich für die einzelnen Bereiche fast keine Unterschiede. Lediglich in der Skala ‚Bagatellisierung und Wunschdenken‘ haben die Patienten einen signifikant höheren Mittelwert (Patienten mit Partnerbegleitung: M=2.6; Partner: M=2.1; p(t-Test)=.034; vgl. Tabelle 9).

Tab. 9: Krankheitsverarbeitung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Partner (n=33), T-Test

	T	df	p
Aktives Coping	-1.603	61	.114
Ablenkung und Selbstaufbau	.889	61	.377
Religiosität und Sinnsuche	-.111	61	.912
Bagatellisierung und Wunschdenken	2.173	61	.034
Depressive Verarbeitung	1.149	61	.255



### 5.3.2 Soziale Unterstützung

Der Gesamtwert für die ermittelte wahrgenommene soziale Unterstützung beinhaltet die Aspekte *Emotionale Unterstützung*, *Praktische Unterstützung* und *Soziale Integration* und wird als Mittelwert dargestellt. Er liegt auf einer Skala von ‚1 = trifft gar nicht zu‘ bis ‚5 = trifft genau zu‘ im Mittel für beide Patientengruppen bei  $M=4.6$  (vgl. Tabelle 10).

Tab. 10: Soziale Unterstützung - Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Mittelwerte, SD

	M	SD
<b>Patienten</b>		
mit Partnerbegleitung (n=33)	4,61	,42
ohne Partnerbegleitung (n=30)	4,58	,35
<b>Partner (n=33)</b>	4,36	,63
<b>Normstichprobe (N=2179)</b>	4,0	,66

Die befragten Partner geben dagegen im Durchschnitt eine deutlich niedrigere soziale Unterstützung an ( $M=4.3$ ), der Unterschied verfehlt knapp das Signifikanzniveau ( $p(t\text{-Test})=.061$ ; vgl. Tabelle 11).

Tab. 11: Soziale Unterstützung - Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), T-Test

	T	df	p
<b>Patientengruppen: Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)</b>	.374	58	.710
<b>Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Partner (n=33)</b>	1.91	56	.061

Im Vergleich zu einer Normstichprobe mit einem Mittelwert von  $M=4.0$  stellt sich die wahrgenommene soziale Unterstützung der hier befragten Personen erheblich höher (vgl. Fydrich et al., 1999; vgl. Kapitel 1.1.2).

### 5.3.3 Qualität der Partnerschaft (DAS)

Die *Qualität der Partnerschaft* (generelle Beziehungsqualität) wird mittels des Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier 1976) anhand der vier Skalen ‚Übereinstimmung‘, ‚Erfüllung in der Partnerschaft‘, ‚Partnerschaftlicher Zusammenhalt‘ und ‚Ausdruck von Gefühlen‘ gemessen.

Für die beiden Patientengruppen ergibt sich für die generelle Beziehungsqualität jeweils ein Gesamtpunktwert von 116 (s. Tabelle 12). Dies entspricht dem ermittelten Wert für die generelle Beziehungsqualität einer Stichprobe zufriedener Verheirateter (DIB-Stichprobe: 115 Punkte, SD 12, Hank, Hahlweg & Klann, 1990).

Tab. 12: Qualität der Partnerschaft – Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), und DIB-Stichprobe (N=109), Einzel- und Gesamtpunktwerte

	Patienten <i>ohne</i> Partnerbegleitung n=30		Patienten <i>mit</i> Partnerbegleitung n=33		Partner n=33		DIB-Stichprobe N=109	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Übereinstimmung (0-65)	51	5,5	50	7,3	50	6,9	50	6
Erfüllung in der Partnerschaft (0-50)	40	5,5	40	9	42	5,1	41	5
Partnerschaftlicher Zusammenhalt (0-20)	17	5,2	17	5,9	19	5,4	16	3
Ausdruck von Gefühlen (0-12)	9	1,8	9	2,2	9	2,6	9	2
<b>Generelle Beziehungsqualität (0-151)</b>	<b>116</b>	<b>13,9</b>	<b>116</b>	<b>17,6</b>	<b>120</b>	<b>16,2</b>	<b>115</b>	<b>12</b>

Der Wert für die Qualität der Partnerschaft der Partner liegt bei 120 Punkten (SD 16,6), ist jedoch nicht signifikant ( $p(t\text{-Test})=.453$ ; s. Tabelle 13).

Tab. 13: Qualität der Partnerschaft - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Partner (n=33), T-Test

	T	df	p
Übereinstimmung	-.161	62	.872
Erfüllung in der Partnerschaft (0-50)	-.799	62	.427
Partnerschaftlicher Zusammenhalt (0-20)	-.929	62	.357
Ausdruck von Gefühlen (0-12)	.234	61	.816
<b>Generelle Beziehungsqualität (0-151)</b>	<b>-.755</b>	<b>62</b>	<b>.453</b>

Auch zwischen den beiden Patientengruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung der Qualität der Partnerschaft feststellen (s. Tabelle 14).

Tab. 14: Qualität der Partnerschaft - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), T-Test

	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Übereinstimmung	-.440	59	.661
Erfüllung in der Partnerschaft (0-50)	.172	59	.864
Partnerschaftlicher Zusammenhalt (0-20)	.531	59	.597
Ausdruck von Gefühlen (0-12)	.512	58	.611
<b>Generelle Beziehungsqualität (0-151)</b>	<b>.079</b>	<b>59</b>	<b>.937</b>

## 6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit behandelt erstmals die Thematik ‚**Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation mit und ohne Partner**‘.

Ziel der explorativen Studie war es, herauszufinden, aus welchen Gründen Patienten mit oder ohne ihren Partner an einer Rehamaßnahme teilnehmen. Weiterhin sollte untersucht werden, welchen Einfluss der Partner auf einen gemeinsamen oder alleinigen Reha-Aufenthalt nimmt.

Hierzu wurden 33 Patienten und ihre Partner interviewt, die sich gemeinsam in zwei norddeutschen onkologischen Rehakliniken aufhielten. Als Vergleichsgruppe wurden 30 Patienten befragt, die nicht durch ihren Partner begleitet wurden. Die Befragung wurde in Form eines halbstandardisierten Interviews durchgeführt. Darüber hinaus wurden zu den Themen ‚Soziale Unterstützung‘, ‚Krankheitsverarbeitung‘ und ‚Qualität der Partnerschaft‘ standardisierte Fragebögen eingesetzt.

### 6.1 Ergebnisse der Untersuchung

#### STICHPROBE

Die Gruppe der sich gemeinsam aufhaltenden Paare ist zu einem großen Teil nicht mehr berufstätig, das Durchschnittsalter liegt bei 66 Jahren. 50% der Patienten sind Frauen.

Demgegenüber sind die befragten nicht-begleiteten Patienten mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren deutlich jünger. Der Frauenanteil liegt bei 67%. Der Erwerbstätigenanteil ist hier –dem Alter entsprechend – mit 40% deutlich höher als bei den Paaren (15 bzw. 12%).

Die drei häufigsten Zuweisungsdiagnosen beider Patientengruppen sind Tumore der Verdauungsorgane (52% der Patienten mit Partnerbegleitung, 33% der Patienten ohne Partnerbegleitung), Mamma-Karzinome (18% bzw. 33%) und Prostata-Karzinome (15% bzw. 7%). Zwei Drittel der Patienten halten sich im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung in der Rehaklinik auf. Durchschnittlich verbringen sowohl die Paare als auch die nicht-begleiteten Patienten 25 Tage in der Rehaklinik.

## GRÜNDE FÜR DIE GEMEINSAME / ALLEINIGE INANSPRUCHNAHME EINER STATIONÄREN ONKOLOGISCHEN REHAMAßNAHME

Hinsichtlich der **Gründe der Patienten und Partner für einen gemeinsamen Aufenthalt** zeigt sich, dass sich die Motive der Patienten mit denen ihrer Partner decken. Der von den Patienten geäußerte Wunsch nach **seelischer und praktischer Unterstützung** ergänzt sich mit dem Wunsch der Partner, den Patienten unterstützen zu wollen. Diese Motive finden sich auch bei den begleitenden Partnern einer Studie von Schönberger & von Kardorff wieder (Schönberger & von Kardorff, 2000). Wichtige Gründe für einen gemeinsamen Aufenthalt sind für beide die gemeinsame Erholung und das Zusammen sein wollen.

**Die Gründe für einen alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik** beziehen sich hauptsächlich auf deren **Wunsch nach Ruhe und Abstand**. Die Patienten wünschen sich während ihres Reha-Aufenthalts, Zeit für sich zu haben und Kontakte zu anderen Mitpatienten knüpfen zu können, die sich bei einem Aufenthalt mit dem Partner weniger leicht ergeben würden. Für die Zeit in der Rehaklinik möchten sie keine Rücksicht auf den Partner nehmen. Die Sorge, der Aufenthalt könne den anderen belasten oder würde diesem nicht gefallen, trete so in den Hintergrund. Faktoren wie die Berufstätigkeit der Partner, finanzielle Probleme oder fehlendes Wissen bezüglich eines möglichen gemeinsamen Aufenthalts in der Rehaklinik scheinen dagegen weniger Einfluss auf die Entscheidung für einen alleinigen Aufenthalt gehabt zu haben. Der Entschluss zu einem alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik wurde von der Mehrheit der Patienten (63%) gemeinsam mit dem (zu Hause bleibenden) Partner getroffen.

Im Verlauf der Befragungen stellte sich zudem heraus, dass **über ein Drittel der Patienten ohne Partnerbegleitung zeitweilig vom Partner besucht wurde**. Dies wurde von den Patienten durchgängig als angenehm empfunden. Eine Unterbringung des Partners außerhalb der Klinik wurde jedoch von den Patienten einer gemeinsamen Unterbringung in der Klinik eindeutig vorgezogen.

## ZUFRIEDENHEIT

Die **Zufriedenheit** mit dem Aufenthalt in der Rehaklinik ist sowohl **bei Patienten mit als auch bei Patienten ohne Partnerbegleitung hoch**. Die begleiteten Patienten würden in über 90% der Fälle die gleiche Entscheidung wieder treffen und empfinden den gemeinsamen Aufenthalt als überwiegend hilfreich und angenehm. Auch der Großteil der Patienten ohne Partnerbegleitung (80%) ist mit der Situation in der Klinik ohne Partner zufrieden. Nur 17% hätten den Aufenthalt in der Rehaklinik lieber mit dem Partner verbracht.

Die Mehrheit der begleitenden Partner (97%) erlebt den Reha-Aufenthalt wie bei Schönberger & von Kardorff (2003) angenehm und ist mit dem gemeinsamen Aufenthalt - mit Ausnahme einer einzigen Person - zufrieden.

## BEFÜRCHTUNGEN

Etwa 40% beider Patientengruppen geben an, **Befürchtungen bezüglich des Reha-Aufenthalts** zu haben. Hierzu zählt beispielsweise die Angst, schwerkranken Menschen zu begegnen, sich zu langweilen oder unter der Trennung von der gewohnten Umgebung zu leiden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Bergelt, Welk & Koch (2000) in ihrer Studie zu Inanspruchnehmern von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Nur wenige Paare befürchten, während des gemeinsamen Aufenthalts vermehrt Streit zu bekommen.

Patienten ohne Partnerbegleitung haben dagegen etwas häufiger Sorge um ihren Arbeitsplatz oder nennen Schwierigkeiten, von ihrer Umgebung getrennt zu sein.

Die Partner geben am Seltensten Befürchtungen bezüglich des gemeinsamen Aufenthalts an.

Die Ergebnisse einschränkend kann die Bewertung von schon getroffenen Entscheidungen unbewussten Handlungen unterliegen

## 6.2 Einordnung der Ergebnisse in das sozial-kognitive Prozessmodell von Schwarzer (1996)

Im Folgenden sollen die Untersuchungsergebnisse zur gemeinsamen / alleinigen Inanspruchnahme stationärer onkologischer Rehabilitation in das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen (Schwarzer 1996; vgl. Abb.1, Kapitel 1.4.1) eingeordnet werden. Dabei können aufgrund methodischer Beschränkungen nicht alle Faktoren der intentions- und handlungsbildenden (motivationalen und volitionalen) Phasen berücksichtigt werden.

### **Zur motivationalen Phase:**

Dem Prozessmodell zufolge ist ein Faktor der Motivationsbildung die wahrgenommene Bedrohung, zusammengesetzt aus erlebter Schwere der Erkrankung und wahrgenommener eigener Verwundbarkeit.

Hinsichtlich der **erlebten Schwere** der Erkrankung finden sich bei beiden Patientengruppen ähnlich wie Plaß (1998) für die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote im Durchschnitt mittelstarke Belastungen. Mehr als die Hälfte beider Patientengruppen gibt außerdem an, durch die Erkrankung seelisch belastet zu sein. Die im Durchschnitt 11 Jahre älteren Patienten mit Partnerbegleitung fühlen sich dabei tendenziell stärker gesundheitlich belastet als die jüngeren nicht-begleiteten Patienten und sind häufiger von mehreren anderen Erkrankungen wie z.B. Erkrankungen des Herz-Kreislaufs etc. betroffen.

In Bezug auf Art und Dauer der Krebserkrankungen gibt es zwischen den beiden Patientengruppen keine Unterschiede. Auch der Einfluss der Dauer der Erkrankung auf die Inanspruchnahmerate von gemeinsamer Rehaeteilnahme konnte mit der vorliegenden Untersuchung nicht umfassend geklärt werden.

In der vorliegenden Untersuchung nahmen hauptsächlich Patienten eine Rehaebhandlung in Anspruch, deren Diagnosestellung weniger als ein Jahr zurückliegt. Es ist anzunehmen, dass sich dies vor allem aus den Regelungen zur Kostenübernahme von AHB- und regulären Rehabilitationsmaßnahmen erklären lässt.

In Bezug auf die **Ergebniserwartung** ihrer eigenen Rehabilitationsmaßnahme unterscheiden sich die Patientengruppen ebenfalls nicht. Sie schätzen wie auch die Inanspruchnehmer und Nicht-Inanspruchnehmer bei Barth et al. (1991) den Effekt der

Rehabilitationsmaßnahme gleich positiv ein und erwarten für sich (und den Partner) sowohl körperliche als auch seelische Regeneration.

**Soziale Normen**, also Meinungen des sozialen Umfelds, scheinen auf die Intentionsbildung einer Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme, mehr als im allgemeinen Modell von Schwarzer gedacht, einen entscheidenden Einfluss zu haben. Zwei Drittel der Patienten beider Gruppen wurde von Personen aus ihrem Umfeld zu einer Rehamaßnahme geraten. Hierbei fiel auf, dass eher Ratschläge und Meinungen durch das Familie, Freunde, Bekannte und Verwandte sowie Personen mit eigenen Rehaerfahrungen und weniger durch medizinisches Personal von Bedeutung zu sein scheinen. Wie bereits erwähnt fällt der Einfluss des Partners hierbei – wie auch schon Barth et al. (1991) feststellten - wohl am meisten ins Gewicht.

#### **Zur volitionalen Phase:**

In der volitionalen Phase, die alle handlungsbildenden Kognitionen zur Inanspruchnahme einer onkologischen stationären beschreiben soll, konnten Ergebnisse zu den **situativen Barrieren und Ressourcen** gefunden werden. Hinsichtlich **objektiver Barrieren** für einen gemeinsamen Aufenthalt geben Patienten ohne Partnerbegleitung häufiger Probleme bei der Inanspruchnahme wie finanzielle Schwierigkeiten, Informationsdefizit oder Termenschwierigkeiten an. Eine finanzielle Eigenbeteiligung am Aufenthalt des Partners (85%) stellte bei keinem der Paare ein finanzielles Problem dar. Auch der Zeitpunkt der Rehabilitationsmaßnahme zeigt sich für den größten Teil der (in der Mehrzahl berenteten) Paare als unproblematisch. Eine Begleitung durch den Partner und dessen Einbeziehung in die Rehaplanung scheint so die Wahrnehmung für Probleme bei der Inanspruchnahme zu reduzieren (**subjektive Barrieren**).

#### **WEITERE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE INANSPRUCHNAHME EINER GEMEINSAMEN STATIONÄREN ONKOLOGISCHEN REHABILITATION**

Über die erwähnten Variablen des Inanspruchnahmmodells von Schwarzer (1996) hinaus wurde weiteres Datenmaterial zu Faktoren erhoben, die im Zusammenhang mit einer gemeinsamen Inanspruchnahme einer stationären onkologischen Rehabilitation wichtig sein können. Dies sind zum einen *Informiertheit bezüglich der Möglichkeit einer gemeinsamen Rehabilitation, Vorerfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation, grundsätzliche Einstellung*



bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen wie Rehabilitation, psychosoziale Unterstützungsangebote etc.

Darüber hinaus sollen die Ergebnisse zu *Krankheitsverarbeitungsstilen*, die auf ein aktives Bewältigungsmuster hinweisen könnten, zur *Qualität der Partnerschaft*, welches den Wunsch nach einem gemeinsamen Aufenthalt beeinflussen könnte und zur *sozialen Unterstützung*, welche Hinweise auf Defizite liefern könnten im Folgenden ausgeführt werden.

Als Voraussetzung für die Entstehung einer Intention und der weiteren Handlungsplanung kann die **Informiertheit bezüglich der Möglichkeit einer gemeinsamen Rehabilitation** gesehen werden. Die begleiteten Patienten und deren Partner sind mit der Informationsvermittlung bezüglich einer generellen Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen größtenteils zufrieden. Von den Patienten ohne Partnerbegleitung waren 23% über die Möglichkeit eines gemeinsamen Aufenthalts nicht informiert. Jedoch gibt nur einer dieser Patienten Uninformiertheit als Grund für den alleinigen Aufenthalt in der Rehaklinik an. Die Angaben der Paare liefern aber auch Hinweise auf eventuell bestehende Probleme bei der Informationsvermittlung durch das zuständige medizinische Personal. Hier zeichnen sich die Patienten und ihre Partner durch aktives Einholen von Informationen aus, vor allem auch bei privaten Kontaktpersonen.

**Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation** scheinen die Inanspruchnahme in Bezug auf die Organisation der Rehabilitationsmaßnahme zu erleichtern. Positive Erfahrungen scheinen wie bei Barth und Mitarbeitern zu einer erneuten Inanspruchnahme ermuntert zu haben (vgl. Barth et al., 1991). Ein Drittel der Paare hatte Erfahrungen mit gemeinsamer Rehabilitation gemacht und bewertet diese überwiegend positiv. Von den Patienten ohne Partnerbegleitung war noch keiner vorher gemeinsam mit dem Partner in der Rehaklinik gewesen.

Die **Einstellung gegenüber gesundheitsfördernden Maßnahmen** wie Rehabilitation oder psychosozialen Unterstützungsangebote scheint in der Gruppe der Patienten ohne Partnerbegleitung offener zu sein. Sie war diesbezüglich besser informiert (94% der Patienten ohne Partnerbegleitung gegenüber 70% der Patienten mit Partnerbegleitung) und nahm nach Stellung der Diagnose häufiger als die andere Patientengruppe psychosoziale Hilfsangebote wie z.B. den Besuch einer Krebsberatungsstelle wahr (50% gegenüber 36%). Partner waren generell am schlechtesten hinsichtlich psychosozialer Unterstützungsangebote informiert (61%) und wiesen hierzu die wenigsten Erfahrungen auf (7%). Hier könnte jedoch auch

vermutet werden, dass der Altersunterschied die unterschiedliche Einstellung und Erfahrung mit psychosozialen Unterstützungsangeboten stark beeinflusst.

Die **Einstellung** der Patienten mit Partnerbegleitung **gegenüber einer gemeinsamen Reha-Inanspruchnahme** ist durchgängig positiv. Ein Drittel dieser Patientengruppe gibt an, eine Rehamaßnahme ohne den Partner nicht wahrgenommen zu haben.

Die Einstellung der Patienten ohne Partnerbegleitung zu einer gemeinsamen Reha-Inanspruchnahme wurde nicht explizit abgefragt und quantifiziert. Das Gros der Aussagen zum alleinigen Aufenthalt weist jedoch darauf hin, dass zumindest bei einem Teil dieser Patienten ein eher negatives Bild bezüglich eines gemeinsamen Aufenthalts besteht („wo der Partner sich wie im Urlaub fühlt und die Patientin sich gar nicht erholen kann“). Darüber hinaus hat etwa ein Viertel der Patienten ohne Partnerbegleitung die Vermutung, dem Partner würde ein Aufenthalt in einer Rehaklinik nicht gefallen.

Für eine Entscheidung zu einem gemeinsamen Aufenthalt scheint auch der **Gesundheitszustand des Partners** Mitberücksichtigung haben. Ein Teil der Patienten gibt als Grund für den gemeinsamen Aufenthalt an, der Partner könne auch Erholung gebrauchen bzw. benötige die Hilfe des Patienten im täglichen Leben.

Bezüglich des **Krankheitsverarbeitungsstils**, der Hinweise für Unterschiede des Umgangs mit der Erkrankung liefern könnte, konnten zwischen den Patientengruppen keine Unterschiede festgestellt werden. Beide Patientengruppen weisen gleich hohe Werte für beispielsweise ‚Aktives Coping‘ und gleich niedrige Werte für ‚Bagatellisierung und Wunschdenken‘ auf. Lediglich für die Partner wurden für ‚Bagatellisierung und Wunschdenken‘ signifikant niedrigere Werte gegenüber ihren erkrankten Partnern festgestellt.

Auch hinsichtlich der **Qualität der Partnerschaft** wurden zwischen den Patientengruppen keine Unterschiede festgestellt.

Die wahrgenommene **soziale Unterstützung** ist für beide Patientengruppen gleich hoch und im Vergleich zu einer Normstichprobe signifikant höher (vgl. Fydrich et al. 1999). Der Wert für die soziale Unterstützung der Partner fiel, wie auch schon in anderen Untersuchungen belegt wurde, deutlich geringer aus (vgl. Northhouse 1988; Davis-Ali et al., 1993).

## 6.3 Die Rolle des Partners bei der gemeinsamen Reha-Inanspruchnahme

Neben der Familie hat Schönberger & von Kardorff (2000) zufolge am häufigsten der Partner Einfluss auf therapeutische Entscheidungen des Patienten. Besonders bei der **Entscheidung zu einem gemeinsamen Reha-Aufenthalt scheint der Partner eine große Rolle zu spielen**, vor allem bei Patienten, die eine Rehamaßnahme ohne ihren Partner nicht wahrgenommen hätten.

Die Entscheidung zu einem gemeinsamen Aufenthalt wurde von den begleiteten Patienten und deren Partnern zum Großteil gemeinschaftlich getroffen (91 bzw. 79%). Ein Teil der Partner (15%) musste größere Überzeugungsarbeit leisten bzw. entschied sogar selbst über die Teilnahme an einer Rehabilitation.

Die befragten Partner nehmen die körperlichen und psychischen Belastungen der Patienten wahr (bei über der Hälfte Motiv für eine Begleitung, **erlebte Belastung beim Patienten**) bzw. sind durch die pflegerischen Tätigkeiten und die emotionale Unterstützung selbst betroffen. Der Großteil fühlt sich hierdurch seelisch (79%), ein Teil auch körperlich belastet (20%) (**erlebte eigene Belastung**). Darüber hinaus leiden alle befragten Partner selbst an eigenen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus.

Insgesamt besteht bei den Partnern durchgängig der Wunsch, dem erkrankten Partner durch die Begleitung zur Seite zu stehen zu können und ihn dadurch **seelisch und praktisch zu unterstützen**. Einem Teil der Partner ist es ebenso wichtig, während der Zeit der Rehabilitation **selbst nicht alleine zu sein**.

In einigen Fällen fungierten Partner als **Vermittler zwischen Arzt und Patient**, indem sie den erkrankten Partner aufgrund einer dringenden Empfehlung des behandelnden Arztes zu einem Rehabilitationsaufenthalt bestärkten und in eine gemeinsame Teilnahme einwilligten (12%). (Hierbei sei angemerkt, dass ebenso vielen Partnern teils vom behandelnden Arzt, teils von Bekannten von einer Begleitung abgeraten wurde). Bei mehr als einem Drittel der begleiteten Patientengruppe kann davon ausgegangen werden, dass das **Mitkommen des Partners einen Rehabilitationsaufenthalt überhaupt erst möglich machte**.

Weiterhin zeigt die vorliegende Untersuchung, dass der **begleitende Partner einen erheblichen Teil der Planung und Vorbereitung des Reha-Aufenthalts übernimmt** (s. ebenso Schönberger & von Kardorff, 2000), wodurch sich für den Patienten weniger Probleme ergaben.

Insgesamt haben die befragten Partner eine durchweg **positive Einstellung** in Bezug auf den Nutzen des Reha-Aufenthalts, sowohl für den Patienten als auch für sich selbst. Befürchtungen werden kaum genannt. Das in der erwähnten Studie von Schönberger & von Kardorff als ein Hauptanliegen von Partnern bezeichnete vertrauliche Gespräch mit einem Arzt scheint hier ein nur untergeordnetes Ziel für einen gemeinsamen Aufenthalt zu sein. Fast alle Partner sind zu einem erneuten gemeinsamen Aufenthalt bereit.

## 6.4 Anmerkungen zur Methodik

Für die vorliegende Studie wurde zur Ermittlung von Informationen zum Thema ‚Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation mit und ohne Partner‘ ein explorativer Ansatz gewählt. Die so ermittelten Ergebnisse geben wichtige Hinweise auf Gründe und Einflussfaktoren bezüglich des gemeinsamen Aufenthalts in einer onkologischen Rehaklinik.

Kritisch zu bewerten ist die geringe Stichprobengröße, die die Aussagekraft der Ergebnisse der Studie besonders hinsichtlich quantitativer Angaben begrenzt. Auch müsste eine Kontrollgruppe von zu Hause gebliebenen Partnern und Patienten mit einbezogen werden, damit umfassendere Aussagen in Hinblick auf Gründe für oder gegen einen gemeinsamen Aufenthalt gemacht werden können. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie und des dazu notwendigen, hierbei unverhältnismäßig hohen Erhebungsaufwandes wurde dies im Studiendesign jedoch nicht berücksichtigt.

### BEMERKUNG ZUR BEWERTUNG EINER SCHON GETROFFENEN ENTSCHEIDUNG

Bei der Einordnung der Gründe für einen gemeinsamen oder alleinigen Aufenthalt in einer onkologischen Rehaklinik und der angegebenen Zufriedenheit sollte außerdem berücksichtigt werden, dass eine Entscheidung nicht immer bewusst getroffenen, rein kognitiven Überlegungen zugrunde liegt. Auch könnte im Sinne einer *kognitiven Dissonanzreduktion*<sup>10</sup> eine negative Bewertung der getroffenen Entscheidung abgewehrt werden, indem vorzugsweise Beiträge geleistet werden, die die getroffene Entscheidung rechtfertigen (beispielsweise die Schilderung der Hilfsbedürftigkeit des Partners im Falle einer gemeinsamen Inanspruchnahme).

---

<sup>10</sup> Die Theorie der **kognitiven Dissonanz** geht von dem Sachverhalt aus, dass bevorzugt im Nachhinein „Informationen ausgewählt werden, die eine getroffene Entscheidung im Nachhinein als richtig erscheinen lassen, und dass gegenteilige Informationen ‚abgewehrt‘ oder nicht beachtet werden“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1994).

## 6.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

In der bisherigen Forschung zur Unterstützung von Krebspatienten durch dessen Lebenspartner ist man auf einen erheblichen Unterschied zwischen der Höhe der Belastung, der die Partner ausgesetzt sind, und den fehlenden Möglichkeiten zur Unterstützung des Partners gestoßen (vgl. Kapitel 2.2). Der Partner wird hier noch immer häufig lediglich als „Ressource“ zur Unterstützung des Krebspatienten gesehen (Baider & Kaplan De-Nour, 1990; Baider et al., 1996). Nur sehr langsam werden ganzheitliche Ansätze berücksichtigt, die die Familie als ein fein eingestelltes System betrachten, das als Ganzes ‚therapiert‘ werden müsste. Veränderungen durch eine Erkrankung eines Familienmitglieds betreffen alle Familienangehörigen mehr oder weniger stark. Eine Verschiebung der belastenden und unterstützenden Anteile innerhalb der Familie aber auch auf außerfamiliäre Systeme könnte einzelne Familienmitglieder entlasten und so die Genesung des erkrankten Familienmitglieds unterstützen.

Die **systemische Familienmedizin** bietet durch die Einbeziehung der Familie in Behandlungskonzepte, die Berücksichtigung von psychischen und somatischen Faktoren und einer patientenorientierten Kooperation von Experten aus verschiedenen Bereichen eine ganzheitliche Sichtweise auf Krankheitsprozesse (Hendrichke & Kröger, 1997). Entgegengesetzt zur aktuellen Entwicklung bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen (z.B. mit Fallpauschalen und Kürzung der bezahlten Gesprächszeit pro Patient) stellt die systemische Familienmedizin in stärkerem Maße individuelle Bedürfnisse in den Vordergrund.

Die **gemeinsame Inanspruchnahme von stationären onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Patienten und ihre Partner** bietet eine Möglichkeit zur Unterstützung von Patienten unter Einbeziehung des erholungsbedürftigen Partners. Sie scheint für einige Paare eine wichtige Möglichkeit zur gemeinsamen Regeneration und Verarbeitung der Erkrankung zu sein. Wie aus den vorliegenden Ergebnissen hervorgeht, besteht vor allem bei älteren Patienten und Partnern das Bedürfnis nach einer gemeinsamen Inanspruchnahme. Dies sollte jedoch nicht über die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Partner nach einer Krebsbehandlung im regulären Krankenhaus hinwegtäuschen.

Der Motivation zur gemeinsamen Erholung bei den Paaren steht bei der **jüngeren Gruppe der Patienten ohne Partnerbegleitung die Suche nach Ruhe und Abstand** gegenüber. Sie sind mit dem **alleinigen Aufenthalt** zufrieden und entschieden sich teilweise sehr bewusst

für einen Reha-Aufenthalt ohne Partner. In Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren scheinen darüber hinaus **einzelne Personengruppen unterschiedlich stark von der gemeinsamen Rehabilitationsmaßnahme zu profitieren**. Auch von Rehabilitationsklinikern wird bestätigt, dass bei den sich gemeinsam in der Rehaklinik aufhaltenden Paaren von Zeit zu Zeit Patienten und Partner sind, die von einer Zeit alleine eher profitieren würden, als dies im Rahmen eines gemeinsamen Aufenthalts in der Rehaklinik möglich ist. Wie im Kapitel 2.2.2 näher erläutert, scheinen dabei tendenziell eher weibliche Patienten und Partner stärkeren Belastungen ausgesetzt zu sein (vgl. Baider et al., 1996). Dies wird hier damit erklärt, dass beispielsweise Partnerinnen von ihrem erkrankten Partner häufiger als Hilfe in Bezug auf praktische Dinge gesehen werden, als dies bei männlichen Partnern der Fall ist. Und auch Patientinnen scheinen trotz Erkrankung noch einen erheblich größeren Anteil der Arbeit im häuslichen Umfeld zu übernehmen als männliche Patienten. Der entlastende Aspekt einer gemeinsamen Rehabilitationsmaßnahme für weibliche Patienten und Partner ist daher trotz der vorliegenden Ergebnisse kritisch zu sehen. Auf der anderen Seite ergaben Untersuchungen, dass männliche Patienten eher bereit sind, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu ergreifen, wenn sie durch ihre Partnerinnen begleitet werden, während Frauen häufiger auch alleine solche Angebote in Anspruch nehmen (Berglund et al., 1997; vgl. Kapitel 2.4.5). Eine **individuelle Beratung von Fall zu Fall** durch besonders hierfür geschultes Fachpersonal (beispielsweise anhand eines Gesprächleitfadens) könnte hier eine große Hilfe bei der Auswahl rehabilitationsgeeigneter Personen bieten. Dabei sollten eventuelle Rehabilitationsbedürfnisse identifiziert und sowohl ‚positive‘ als auch ‚negative‘ Aspekte des gemeinsamen Rehabilitationsaufenthalts beleuchtet werden.

Die **Realität in den onkologischen Rehakliniken** bietet bislang noch keine, den speziellen Belastungen der Partner angemessenen Bedingungen. Sowohl von Seiten der Partner als auch seitens des medizinischen Personals scheint hier eine große Verunsicherung bezüglich eines definierten Ortes für den Partner in der Rehaklinik zu bestehen. Pflegepersonal und Ärzte geben in der Untersuchung von Schönberger & von Kardorff (2000) Überlastungen an, welche durch die beide Seiten verunsichernde Situation der Angehörigen in der Klinik hervorgerufen werden. Insbesondere stark belastete Partner finden keine auf sie zugeschnittenen Möglichkeiten der Entlastung und Verarbeitung. Eine Integration des Partners in den Therapieprozess ist in der Regel nicht vorhanden. Spezielle Maßnahmen zur körperlichen Entlastung und zum Austausch mit anderen Betroffenen sind häufig nicht in das Behandlungskonzept integriert und finden, wenn überhaupt, nur vereinzelt statt (vgl.

Schönberger & von Kardorff, 2000). Auch Dinkel & Balck argumentieren für eine „größere Bewusstheit im Umgang mit und der Beteiligung von Familien im Rehabilitationsprozess“ und plädieren für den familienmedizinischen Ansatz mittels einer „durchdachten, gestuften Angebotsstruktur für Familien“ (Dinkel & Balck, 2003, S.118).

Mit Hilfe der vorliegenden Informationen, die durch die großangelegte Studie zum Thema „Krebsrehabilitation und Partnerschaft“ von Welk und Koch (Erhebung in den Jahren 2001-2003) mit drei Patienten- und drei Partnergruppen und einer größeren Stichprobe, überprüft werden sollten und im Sinne des familienmedizinischen Ansatzes, könnten neue Konzepte für Paare in der onkologischen Rehaklinik geschaffen werden. Diese sollten sowohl Patienten als auch Partnern die Möglichkeit zur Erholung und Bewältigung der Auswirkungen der Erkrankungen gewährleisten. Aber auch die von Ärzten und Krankenpflegepersonal empfundene Belastung sollte berücksichtigt werden, um einen für alle Seiten adäquaten Umgang mit der Erkrankung des Patienten zu ermöglichen.

# 7 Zusammenfassung

Krebspatienten sind durch ihre Erkrankung und deren Folgen oftmals starken Belastungen ausgesetzt. Die Partner dieser Patienten gelten dabei als Hauptunterstützungsquelle, sind jedoch oft auch selbst sehr stark belastet. Spezielle Unterstützungsmöglichkeiten für Partner existieren kaum. Die stationäre onkologische Rehabilitation bietet Patienten die Möglichkeit zur Erholung und Regeneration, jedoch ist die Anzahl der teilnehmenden Patienten trotz bewiesener Wirksamkeit gering. Eine mögliche Form der Unterstützung für beide - Patient und Partner - könnte der gemeinsame Aufenthalt in einer Rehaklinik sein.

Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation von Gründen für eine gemeinsame bzw. alleinige Teilnahme an einer stationären onkologischen Rehabilitation. Des Weiteren wurde untersucht, welchen Einfluss der Partner auf die gemeinsame Inanspruchnahme hat. Im Rahmen einer explorativen Befragung wurden hierzu 33 Patienten und deren Partner während eines gemeinsamen Aufenthalts sowie 30 Patienten ohne Partnerbegleitung interviewt. Die Befragung erfolgte mittels hierzu entwickelter, halbstandardisierter Interviewleitfäden sowie mit Hilfe von standardisierten Fragebögen.

Die drei häufigsten Zuweisungsdiagnosen der Patienten waren Tumore der Verdauungsorgane, Mamma-Karzinome und Prostata-Karzinome. Anschlussheilbehandlungen (AHBs) wurden von 60 bzw. 67% der Patienten wahrgenommen.

Die Paare waren im Durchschnitt 66 Jahre alt, die Hälfte der Patienten waren Frauen. Der gemeinsame Aufenthalt wird von den Paaren mit dem Bedürfnis nach gegenseitiger Unterstützung, der Erholung für beide und dem Wunsch nach Zusammensein begründet. Die Entscheidung wurde zum Großteil von Patient und Partner gleichermaßen getroffen. Besonders für die älteren Paare scheint ein gemeinsamer Aufenthalt eine wichtige Möglichkeit für die beiderseitige Erholung.

Die Patienten ohne Partnerbegleitung sind dagegen mit M=55 Jahren deutlich jünger, der Frauenanteil ist mit zwei Dritteln höher als bei den Paaren. Der Großteil gibt an, absichtlich alleine in der Rehaklinik zu sein, um Zeit für sich und die Bewältigung der Erkrankung zu haben. Äußere Faktoren wie die Berufstätigkeit des Partners, finanzielle Probleme oder fehlende Information spielten für eine alleinige Inanspruchnahme eine geringere Rolle. Die Entscheidung hierzu trafen die Patienten etwas öfter als die begleiteten Patienten selbst.

Darüber hinaus konnten in Bezug auf Krankheitsverarbeitung, Soziale Unterstützung und Qualität der Partnerschaft keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen festgestellt werden.



## 8 Literatur

- Antonovsky, A. (1987). "The development of a sense of coherence and its impact on stress situations." Journal of Social Psychology **126**: 213-225.
- Aymanns, P. (1992). Krebserkrankung und Familie - zur Rolle familialer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung. Bern, Göttingen, Toronto, Huber.
- Baider, L. & De-Nour, A. K. (1990). Die Rolle des Ehepartners als emotionale Stütze des Krebspatienten. In: U. Koch & F. Potreck-Rose (Hg.): Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag: 38-47.
- Baider, L., Kaufman, B. et al. (1996). Mutuality of Fate: Adaption and Psychological Distress in Cancer Patients and Their Partners. In: L. Baider, C. L. Cooper & A. Kaplan De-Nour (Hg.): Cancer and the Family. Chichester, England, John Wiley & Sons Ltd: 173-186.
- Baider, L., Walach, N., et al. (1998a). "Cancer in Married Couples: Higher or Lower Distress?" Journal of Psychosomatic Research **45**: 239-248.
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change." Psychological Review **84**(191-215).
- Barth, M., Koch, U., et al. (1991). "Das Antragsverhalten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation (Teil II) - Die Sicht der Versicherten." Deutsche Rentenversicherung **2**(3): 120-140.
- Batzler, W. (2000). Krebsregistrierung in den Ländern ... ein Überblick, Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland und Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg.
- Batzler, W., Bertz, J., et al. (2004). Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken, Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland.
- Becker, N. & Wahrendorf, J. (1998). Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland : 1981 - 1990. Berlin, Springer.
- Bergelt, C. (2002). Individuelle Rehabilitationsziele in der stationären onkologischen Rehabilitation. Institut der Medizinischen Psychologie. Hamburg, Universität Hamburg: 149.
- Bergelt, C., Lehmann, C., et al. (2003). Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern zu Beginn einer stationären onkologischen Rehabilitation. Psychosoziale Versorgung in der Medizin. vom 28.9. bis 30.9.2003, Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.

- Bergelt, C., Welk, H., et al. (2000). "Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme." Rehabilitation **39**(2000).
- Berglund, G., Bolund, C., et al. (1997). "Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomized study." Psycho-Oncology **6**: 35-46.
- Biskup, M., Uhlemann, T., et al. (1994). "Veränderung körperlicher Beschwerden und Belastungen von Tumorpatienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation." Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28**: 219-229.
- Bloom, J. R. (1996). Social Support of the Cancer Patient and The Role of the Family. In: L. Baider, Cooper, C.L. & A. K. De-Nour (Hg.): Cancer and the family. John Wiley & Sons Ltd.: 53-70.
- Bloom, J. R. (2000). The Role of Family Support in Cancer Control. In: L. Baider, Cooper, C.L. & A. K. De-Nour (Hg.): Cancer and the family. Chichester, John Wiley & Sons: 55-71.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg.
- Brusis, J., Vogel, B., et al. (1990). Inanspruchnahme von Nachbetreuungsmaßnahmen für Brustkrebspatientinnen. In: U. Koch & F. Potreck-Rose (Hg.): Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag: 276-284.
- Brusis, J., Vogel, B. et al. (1993). Warum nehmen Brustkrebspatientinnen nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachbetreuung teil? -Pilotstudie über die Nichtteilnahmegründe. In: F. A. Muthny & G. Haag (Hg.): Onkologie im psychosozialen Kontext: Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung. Heidelberg, Roland Asanger Verlag Heidelberg: 214-229.
- Cohen, S. & Syme, S. (1985). Issues in the study and application of social support. Social support and health. S. S. Cohen S. Orlando, Academic Press: 3-22.
- Dakof & Taylor (1990). "Victim's perception of social support: What is helpful from whom?" J. Person. Soc. Psychol. **58**: 80-89.
- Davis-Ali, S. H., Chesler, M. A., et al. (1993). "Recognizing Cancer as a Family Disease: Worries and Support Reported by Patients and Spouses." Social Work in Health Care **19**(2): 45-65.
- Deck, R., Zimmermann, M., et al. (1998). "Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation - Die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens." DRV-Schriften **11**: 154-163.
- Dinkel, A. & Balck, F. (2003). "Krankheit, Rehabilitation und Familie." Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **62**: 116-121.
- Dorsch, F. (1994). Psychologisches Wörterbuch. Bern, Dorsch, Friedrich.

- Duden (1990). Der Duden. Duden Fremdwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, Dudenverlag. 5.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). "Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications." Journal of Social Issues 40: 77-98.
- Ell, K., Nishimoto, R., et al. (1988). "Psychological adaptation to cancer: A comparison among patients, spouses, and nonspouses." Family Systems Medicine 6(3): 335-348.
- Faller, H., Lang, H., et al. (1998). Positive und negative Effekte sozialer Unterstützung bei Krebskranken. In: U. Koch & J. Weis (Hg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart, Schattauer: 162-172.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Fydrich, T., Geyer, M., et al. (1999). "Fragebogen zur Sozialen Unterstützung: Normierung an einer repräsentativen Stichprobe." Diagnostica 45(4): 212-216.
- Fydrich, T., G. Sommer, et al. (1987). "Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform: SOZU-K-22)." Zeitschrift für Klinische Psychologie 16(4): 434-36.
- Gerdes, N. (1993). Bewirken Reha-Maßnahmen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit? Stuttgart, Thieme: 1-35, 127-140.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In: J. Bengel & U. Koch (Hg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin Heidelberg, Springer.
- Goodwin, J., Hunt, W., et al. (1987). "The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients." Journal of the American Medical Association 21: 3125-3130.
- Greer, S., Moorey, S., et al. (1992). "Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial." BMJ 304: 675-680.
- Haaf, H.-G. & Schliehe, F. (1998). Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation. In: H. Delbrück & E. Haupt (Hg.): Rehabilitationsmedizin. München, Urban & Schwarzenberg: 225-236.
- Hank, G., Hahlweg, K., et al. (1990). Diagnostische Verfahren für Berater - Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Weinheim, Beltz.
- Haupt, E. & Delbrück, H. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In: H. Delbrück and E. Haupt (Hg.): Rehabilitationsmedizin. München, Urban & Schwarzenberg: 35-44.
- Hendrichke, A. & Kröger, F. (1997). "Systemische Familienmedizin - Ein Modell für Kooperation im Gesundheitswesen." Deutsches Ärzteblatt 94(6): B246-248.
- House, J., Landis, K., et al. (1988). "Social relationships and health." Science 241: 540-545.

- Keller, M., Henrich, G., et al. (1996). Between Distress and Support: Spouses of Cancer Patients. In: L. Baider, C. L. Cooper & A. Kaplan De-Nour (Hg.): Cancer and the Family. Chichester, England, John Wiley & Sons Ltd: 187-223.
- Kepplinger, J. (1995). Partnerschaft und Krebserkrankung - Psychosoziale Belastungen, soziale Unterstützung und Adaptivität in Dyaden mit tumorkrankem Partner - Dissertation. Philosophische Fakultät. Freiburg i. Br., Albert-Ludwig-Universität.
- Kepplinger, J. (1996). Partnerschaft und Krebskrankheit: Psychosoziale Belastung, soziale Unterstützung und Bewältigung bei Paaren mit tumorkrankem Partner. Münster, Literaturverlag
- Kepplinger, J. (1998). Krebskrankheit und Partnerschaft - Eine Übersicht: Partner und Partnerschaft als Ressource für den Patienten. In: U. Koch & J. Weis (Hg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart, Schattauer.
- Koch, U., Assmann, P., et al. (1995b). Expertise: Krebsrehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisbericht (Langversion). Freiburg, Psychologisches Institut Universität Freiburg.
- Koch, U. & Beutel, M. (1988). Psychische Belastung und Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag: 397-434.
- Koch, U., Gerdes, N., et al. (1995a). "Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften. Vorschlag zu einer Förderinitiative." Deutsche Rentenversicherung **7-8**: 491-513.
- Koch, U., Gundelach, C., et al. (2000). "Teilstationäre onkologische Rehabilitation - Ergebnisse eines Modellprojekts." Rehabilitation **39**: 363-372.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J.M., Kreshka, M. A., Donnelly, R.N., ... (2001). "Distress, Coping, and Social Support Among Rural Women Recently Diagnosed with Primary Breast Cancer." The Breast Journal **7(1)**: 25-33.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E. I., et al. (2001). "Social Support as a Buffer to the psychological Impact of Stressful Life Events in Women with Breast Cancer." Cancer **91(2)**.
- Krischke, N., Niebrügge, S., et al. (1996). "Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung der Lebensqualität, Programmerwartung und -beurteilung von Krebspatienten." PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **35**: 186-193.
- Krischke, N. R. & Petermann, F. (2000). Depression und Lebensqualität in der Rehabilitation Krebskranker. In: M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen, Hogrefe: 25-42.
- Kruck, P. (2001). Prinzipien der onkologischen Rehabilitation, AMF online - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. **2003**.

- Lang, K. (2003). *Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells.* Philosophische Fakultät. Hamburg, Universität Hamburg.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, Mac Graw-Hil.
- Levy, S., Herberman, R., et al. (1990). "Perceived social support and tumor estrogen / progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients."
- Lindenmeyer, J. (2003). "Die Einbeziehung von Angehörigen in die stationäre Rehabilitation von Suchtkranken." Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **62**: 183-189.
- Mayring, P. (1983). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz.
- Mehnert, A., Müller, D., et al. (2003). Akute und Posttraumatische Belastungsstörung bei Patientinnen mit Brustkrebs. Lengerich, Psychosoziale Versorgung in der Medizin: 178-179.
- Muhtny, F. A. (1996). "Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)." Rehabilitation **35**: IX-XVI.
- Müller, D. (2003). Belastungsreaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen - Eine empirische Untersuchung mittels Fragebogen und Strukturiertem Klinischen Interview. Medizinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Hamburg, Universität Hamburg: 131.
- Muthny, F. A. (1989). Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) - Manual. Weinheim, Beltz.
- Neuser (1989). Psychische Belastung unter Knochenmarkstransplantierten: Hat soziale Unterstützung Pufferwirkung? In: R. Verres & M. Hasenbring (Hg.): Psychosoziale Onkologie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer. **3**: 151-159.
- Northouse, L. L. (1988b). "Social Support in Patients' and Husband's Adjustment to Breast Cancer." Nursing Research **37**(2): 91-95.
- Northouse, L. L. (1989). "A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer." Oncology Nursing Forum **16**: 511-516.
- Petermann, F., Niebrügge, S., et al. (1996). "Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung in der Lebensqualität von Krebspatienten." DRV-Schriften **6**: 59-65.
- Peterson, L.-M., Nordin, K., et al. (2002). "Differential Effects of Cancer Rehabilitation Depending on Diagnosis and Patients' Cognitive Coping Style." Psychosomatic Medicine **64**: 971-980.
- Pfingstmann, G. & Baumann, U. (1987). "Untersuchungsverfahren zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung: Ein Überblick." Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie **8**(2): 75-98.

- Plass, A. (1998). Determinanten der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung bei ambulant behandelten Krebspatienten. Abteilung für Medizinische Psychologie. Hamburg, Universität Hamburg.
- Pottins, I., Rohwetter, M., et al. (2002). "Rehabilitation in der Onkologie - Stand und Perspektiven." Die Angestellten Versicherung **12**: 1-10.
- Revenson, Wollman, et al. (1983). "Social support as stress buffers for adult cancer patients." Psychosomatic Medicine(45): 321-331.
- Rowland, J. (1989). Interpersonal resources: Social support. In: Holland & J. Rowland (Hg.): Handbook of Psychooncology. J. New York Oxford, Oxford University Press: 58-71.
- Ruland, F. (1996). "Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung." Deutsche Rentenversicherung **10**(11): 633-665.
- Schliehe, F., Haaf, H.-G. (1996). "Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation." Deutsche Rentenversicherung **10**(11): 666-667, 680-683.
- Schliehe, F. & Röckelein, E. (1998). Einleitung und Durchführung der Rehabilitation. H. In: Delbrück & E. Haupt (Hg.): Rehabilitationsmedizin. München, Urban & Schwarzenberg: 68-92.
- Schönberger, C. & v. Kardorff, E. (2000). "Angehörige an Krebs erkrankter Menschen - ihr Ort in der Rehabilitationsklinik." Psychomed **12**(4): 249-256.
- Schönberger, C. & v. Kardorff, E. (2001). "Das Leben mit Krebs bewältigen - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie über Angehörige Krebskranker." Psychomed **14**(3): 221-228.
- Schönberger, C. & v. Kardorff, E. (2003). "Angehörige Krebskranker in der Rehabilitation - ihre Leistungen und ihr Entlastungsbedarf. Ausgewählte Ergebnisse einer Pilotstudie." Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **62**: 130-137.
- Schulz, K.-H., Schulz, H., et al. (1998a). Familienstruktur und psychosozialer Stress in Familien von Krebspatienten. In: U. Koch & J. Weis (Hg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart, Schattauer.
- Schumacher, J. (2002). Kohärenzgefühl. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem and H. Weber(Hg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen, Hogrefe: 267-269.
- Schwarzer, R. (1996). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Metaanalyse. Göttingen, Hogrefe.
- Schwibbe, G. (1991). "Veränderungen der Lebensqualität onkologischer Patienten im Verlauf einer stationären Nachsorgekur." Die Rehabilitation **30**: 55-62.

- Schwiersch, M., Stepien, J., et al. (1994). "Veränderungen der Lebensqualität von Tumorpatientinnen und -patienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. Die psychosoziale Situation zu Beginn und am Ende eines stationären Heilverfahrens sowie ein Jahr danach." PRAXIS der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation **28**: 230-240.
- Spanier, G. B. (1976). "Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads." Journal of Marriage and the Family **38**: 15-28.
- Taylor, S. E., Falke, R. L., et al. (1986). "Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient." Journal of Consulting and Clinical Psychology **54**(5): 608-615.
- Teichmann, J. V. (2002). "Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen." Die Rehabilitation **41**: 53-63.
- Tschuschke, V. (2002). Psychoonkologie - Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart, Schattauer.
- Uhlemann, T. & Biskup, M. (1998). Medizinische, funktionelle und psychosoziale Rehabilitation. Rehabilitation von Krebskranken. Stuttgart, Schattauer.
- VDR (2000). Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilnahme für Erwachsene im Berichtsjahr 2001. Würzburg, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - Referat statistisches Berichtswesen.
- Weis, J. & Koch, U. (1998a). Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse - eine theoretische Einführung. In: U. Koch & J. Weis (Hg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart, Schattauer.
- Weis, J., Koch, U., et al. (1992). "Veränderungen der beruflichen Situation nach einer Tumorerkrankung. Empirische Studie zur beruflichen Rehabilitation." Soz. Präventivmed. **37**(1992): 85-95.
- Welk, H. (1996). Patientenfragebogen - Fragen zu Beginn der Reha-Behandlung. Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf.
- Welk, H., Koch, U., et al. (2001). Effekte stationärer onkologischer Rehabilitation - Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Hamburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Psychoonkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Wellisch, D., Faurzy, F. J., et al. (1983). "Evaluation of psychosocial problems in the home-bound cancer patient: The relationship of disease and the sociodemographic variables of patients to family problems." Journal of Psychosocial Oncology **1**: 1-15.
- Wortman, C. B. (1984). "Social Support and the Cancer Patient." Cancer **53** (10, Suppl.): 2339-2360.

## 9 Tabellenverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
Tab. 1	Anzahl und Auswertbarkeit der Interviews und Fragebögen (N=98)	39
Tab.2	Stichprobe: Alter, Familienstand, Schulbildung und berufliche Situation der Patienten und Partner (N=96)	47
Tab.3	Angaben zur Tumorerkrankung, Patienten mit Partnerbegleitung (N=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	49
Tab.4	Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30) mit anderen Erkrankungen, erlebte Einschränkung	50
Tab.5	Art und Dauer der stationären Rehamassnahme, Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	51
Tab. 6	Erwartungen an den Reha-Aufenthalt der Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und ohne Partnerbegleitung (n=30)	77
Tab.7	Krankheitsverarbeitung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Partner (n=30)	80
Tab. 8	Krankheitsverarbeitung - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	80
Tab. 9	Krankheitsverarbeitung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Partner (n=33)	80
Tab. 10	Soziale Unterstützung - Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	81
Tab. 11	Soziale Unterstützung – Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	81
Tab. 12	Qualität der Partnerschaft - Patienten und ihre Partner (n=66), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30) und DIB-Stichprobe (N=109)	82
Tab. 13	Qualität der Partnerschaft - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Partner (n=33), T-Test	82
Tab. 14	Qualität der Partnerschaft - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), T-Test	83



## 10 Abbildungsverzeichnis

Nr.	Titel	Seite
Abb. 1	Das sozialkognitive Prozessmodell gesundheitlicher Handlungen von Schwarzer (1996) (aus Lang 2003)	28
Abb.2	Häufigste Zuweisungsdiagnosen – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	48
Abb.3	Häufigste Zuweisungsdiagnosen – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	48
Abb.4	Eigene Gründe für eine Inanspruchnahme mit Partner - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	53
Abb. 5	Gründe für eine Inanspruchnahme mit Partner, bezogen auf den Partner - Patienten mit Partnerbegleitung (n = 33)	53
Abb. 6	„Würden Sie nochmals die gleiche Entscheidung wieder treffen?“ - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	54
Abb. 7	„Wären Sie auch alleine in die Rehaklinik gegangen?“ - Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	54
Abb. 8	Motive der Partner für eine gemeinsame Inanspruchnahme - den Patienten betreffend (n=33)	56
Abb. 9	Eigene Gründe des Partners für eine gemeinsame Inanspruchnahme (n=33)	56
Abb. 10	Informationsquellen zur gemeinsamen Inanspruchnahme – Patienten (n=33) und Partner (n=33)	58
Abb. 11	Inanspruchnahme von psychosozialen Unterstützungsangeboten, vor und nach Diagnosestellung – Patienten (n=33) und Partner (n=33)	60
Abb. 12	Kriterien zur Auswahl der Rehaklinik – Patienten (n=33) und Partner (n=33)	61
Abb. 13	Entscheidungsfindung der Patienten (n=33) und Partner (n=33))	62
Abb. 14	Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	63
Abb.15	Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Partner (n=33)	64
Abb. 16	Befürchtungen bezüglich des gemeinsamen Aufenthalts in der Rehaklinik – Patienten (n=33) und Partner (n=33)	65
Abb. 17	Motive für eine Inanspruchnahme ohne Begleitung - Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	66

Abb. 18	Andere Gründe für alleinigen Reha-Aufenthalt – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	67
Abb. 19	Wunsch nach Begleitung durch den Partner in die Rehabilitationsklinik, Patienten ohne Partnerbegleitung (n = 30)	68
Abb.20	Informationsquellen zu allgemeiner Rehabilitation – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	70
Abb. 21	Informationsstand zu gemeinsamer Rehabilitation - Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	70
Abb. 22	Zufriedenheit mit Informationsvermittlung – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	71
Abb. 23	Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, vor und nach Diagnosestellung – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33) und Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	72
Abb. 24	Kriterien zur Auswahl der Rehaklinik – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	73
Abb. 25	Probleme bei der Inanspruchnahme – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	74
Abb. 26	Probleme bei der Inanspruchnahme – Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	74
Abb. 27	Entscheidungsfindung – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	75
Abb. 28	Erwartungen an den Reha-Aufenthalt – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	76
Abb. 29	Befürchtungen bezüglich des Reha-Aufenthalts – Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30), Patienten mit Partnerbegleitung (n=33)	78
Abb. 30	Krankheitsverarbeitung (FKV) der Patienten mit Partnerbegleitung (n=33), der Partner (n=33) und der Patienten ohne Partnerbegleitung (n=30)	79

# 11 Anhang

## 11.A Informationsschreiben und Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Sie befinden sich derzeit zu einer Rehabilitationsbehandlung in unserer Klinik. Wir bemühen uns, Ihnen alle notwendigen und geeigneten Behandlungen zukommen zu lassen, die zur Besserung Ihres körperlichen und seelischen Befindens beitragen.

Darüber hinaus führen wir zur Zeit gemeinsam mit der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eine wissenschaftliche Studie durch. Die Studie mit dem Titel "Krebsrehabilitation und Partnerschaft" beschäftigt sich mit Fragen der Motivation und der Entscheidungsfindung zur Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme bei Patienten, die ohne ihren Partner an der Rehabilitation teilnehmen. Des weiteren wird untersucht, wie die Rehabilitationsmaßnahme erlebt und beurteilt wird.

*Wir möchten Sie um Ihre Mithilfe bei der Durchführung dieser wissenschaftlichen Studie bitten.*

Wenn Sie sich für eine Mitarbeit entscheiden, werden Mitarbeiterinnen der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ein Interview mit Ihnen durchführen. Im Anschluß daran bitten wir Sie jeweils noch einen ergänzenden Fragebogen auszufüllen.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Um Interviewleitfaden und Fragebogen einander zuordnen zu können, sind diese mit einer einheitlichen Code-Nummer versehen. Die Bearbeitung Ihrer persönlichen Angaben bei der Datenverarbeitung erfolgt anonym, das heisst ohne Nennung Ihres Namens, Ihres Geburtsdatums, Ihrer Anschrift oder anderer Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Damit sind die Forderungen des Datenschutzes erfüllt, eine Weitergabe der Daten an staatliche oder private Einrichtungen ist ausgeschlossen. Nach Abschluss der Studie werden sämtliche Sie betreffende Daten gelöscht.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass die Untersuchung nicht auf Veranlassung der Kostenträger erfolgt und lediglich Forschungszwecken dient.

Wenn Sie diese Ausführungen gelesen haben und an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die beigefügte Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin über Inhalt und Zweck der Studie "Krebsrehabilitation und Partnerschaft", die in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf durchgeführt und ausgewertet werden soll, informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen) an Dritte weitergegeben werden und dass die in der Studie erhobenen Daten gelöscht werden, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Unter den in dem Informationsschreiben genannten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Studie.

---

Datum und Unterschrift

## 11. B

## Patienteninterviews

**PATIENTEN IN DER REHABILITATION****I. Soziodemographische Variablen**

1. Wie alt sind Sie? .....Jahre.

2. Geschlecht  weiblich  männlich

3. Familienstand

- ledig  verwitwet, seit.....  
 verheiratet, seit.....  geschieden, seit.....  
 Lebensgemeinschaft, seit.....

4. Haben Sie Kinder?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele?

5. Alter der Kinder

6. Mit wem leben Sie zusammen?

- Ehepartner  Kinder  
 allein  Freund/in/ Lebenspartner

Andere.....

7. Wo leben Sie?

- Dorf (bis 5000 Einwohner)  mittlere Stadt ( 25 000 bis 100 000 Einwohner)  
 Kleinstadt (unter 25 000 Einwohner)  Großstadt (über 100 000 Einwohner)

8. Schulbildung/Abschluss

- kein  Realschulabschluss  
 Hauptschulabschluss  Abitur

## 9. Ausbildung/ Studium

.....

.....

10. Welchen Beruf üben Sie z. Zt. aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?<sup>1</sup>

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter   | <input type="checkbox"/> Selbständiger            |
| <input type="checkbox"/> Meister  | <input type="checkbox"/> ungelernter Arbeiter     |
| <input type="checkbox"/> einfacher oder mittlerer Dienst<br>(Angestellter/Beamter)              | <input type="checkbox"/> Hilfe im Familienbetrieb |
| <input type="checkbox"/> Angestellter oder Beamter (gehobene, höhere oder<br>leitende Position) |   |

Anderes: .....

## 11. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig   | <input type="checkbox"/> frühberentet auf Zeit, <i>seit wann?</i> .....  |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> frühberentet auf Dauer, <i>seit wann?</i> ..... |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos     | <input type="checkbox"/> Altersruhegeld/Pension, <i>seit wann?</i> ..... |

Anderes: .....

## 12. Wie finanzieren Sie zur Zeit Ihren Lebensunterhalt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aus eigener Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Rente/Pension (Erwerbsunfähigkeits-,<br>Berufsunfähigkeits- oder Altersrente) |
| <input type="checkbox"/> Verdienst des Partners       | <input type="checkbox"/> Nebenverdienste   |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe                  | <input type="checkbox"/> Krankengeld   |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe      |  |

Anderes: .....

## 13. An was für einer Maßnahme nehmen Sie z. Zt. teil ?

- Anschlussheilbehandlung (AHB)
1. Rehabilitationsmaßnahme
- wdh. Rehabilitationsmaßnahme .....

.....

.....

## 14. Seit wann sind Sie schon hier und wie lange werden Sie insgesamt bleiben?

Seit.....Tagen, insgesamt.....Tage/Wochen

<sup>1</sup> Im weiteren werden der besseren Lesbarkeit halber nicht immer die weiblichen Bezeichnungen benutzt, es sind jedoch weibliche wie männliche Personen gemeint.

## II. Ökonomische Faktoren

15. Wer bezahlt die Rehabilitationsbehandlung?

gesetzliche Krankenkasse

2  private Krankenversicherung

Rentenversicherung

3  Beihilfe

Andere: .....

16. Bei Eigenanteil: Bedeutet dies für Sie eine finanzielle Belastung?

sehr

etwas

gar nicht

### FRAGEN FÜR PATIENTEN MIT PARTNERN IN DER REHA:

17. Wie wird der Aufenthalt des Partners finanziert?

.....  
 .....

18. Bei Eigenanteil des Partners: Ist das für Sie eine finanzielle Belastung?

sehr

etwas

gar nicht

## III. Freizeit/ Religion

19. Was machen Sie in Ihrer Freizeit? (Lesen, Sport etc.)

.....  
 .....

20. Sind Sie Mitglied in einer Kirche?

ja

nein

**Wenn ja, welcher?**

evangelisch

katholisch

keiner

Andere: .....

**Wenn nein, fühlen Sie sich einer Religion zugehörig? Welcher?**

evangelisch

katholisch

keiner

Andere: .....



21. Wie religiös würden Sie sich einschätzen?

- gar nicht                       etwas                       ziemlich                       sehr

### 1.1.3 IV. Medizinische Variablen

22. Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand einschätzen?

- ausgezeichnet               sehr gut                       gut                       weniger gut               schlecht

23. Ernsthafte Erkrankungen (unabhängig von Tumorerkrankung):

.....  
 .....

24. Art der Tumorerkrankung:

.....  
 .....

25. Wann wurde die Diagnose gestellt?

.....

26. Verlauf der Erkrankung:

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rezidiv(e)             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Progress               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: →Lokalrezidiv | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| →Metastasierung        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

27. Welche Art der Behandlung wurde bei Ihnen vorgenommen?

- OP                       Chemotherapie               Radiatio                       Hormonbehandlung

Andere: .....  
 .....

28. Wann war diese abgeschlossen?

.....Wochen/Monate/Jahre

29. Fühlen Sie sich durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im täglichen Leben eingeschränkt?

- ja  nein

**Wenn ja, wie stark?**

- sehr stark  stark  wenig  ein bisschen

Bei welchen Tätigkeiten/ Aktivitäten?

.....

30. Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung im Moment seelisch belastet?

- ja  nein

**Wenn ja, wie stark?**

- sehr stark  stark  ein wenig

**V. Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten**

31. Sind Ihnen Unterstützungsangebote bei schweren Erkrankungen bekannt?

- ja  nein

**Wenn ja, welche?**

- Gruppentherapie  Krebsberatungsstellen  
 psychologische Beratung  Suchtberatung

32. Haben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Krebserkrankung über die medizinische Versorgung hinaus andere Angebote wahrgenommen? (s.o.)

- ja  nein

**Wenn ja, welche?**

.....  
 .....

33. Haben Sie vor Ihrer Erkrankung schon einmal psychologische oder soziale Angebote wahrgenommen?

- ja  nein

**Wenn ja, welche und warum?**

.....  
 .....

**VI. Information**

34. Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erfahren?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt       | <input type="checkbox"/> Medizinisches Personal    |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt | <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger |
| <input type="checkbox"/> Kliniksozialdienst    | <input type="checkbox"/> Krankenkasse              |
| <input type="checkbox"/> Presse                | <input type="checkbox"/> Infomaterial              |
| <input type="checkbox"/> Freunde               | <input type="checkbox"/> Familie                   |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe     | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle           |

Andere: .....

.....

35. Haben Sie sich zusätzlich über Rehabilitationsmaßnahmen informiert?

- ja  nein

Wenn ja, wie bzw. wo?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt       | <input type="checkbox"/> Medizinisches Personal |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt |   |

Andere: .....

.....

36. Haben sie selbst schon mal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

- ja  nein

Wenn ja,

Wo?	Wann?	Weshalb?

Wie waren Ihre Erfahrungen?

- sehr gut  gut  mittel  schlecht

37. Kennen Sie jemanden, der schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme war in Anspruch genommen hat?

- ja  
 nein (weiter mit Frage 36 )

Wenn ja, an was ist oder war diese Person erkrankt? .....

.....

**Wenn ja** , haben Sie sich mit dieser Person bzgl. einer *Rehabilitation* ausgetauscht?

ja  nein

**Wenn ja**, hat diese Person Ihnen zu- oder abgeraten?

zugeraten  abgeraten

38. (Falls nicht die selbe Person wie in der vorhergehenden Frage 37)

Kennen Sie jemanden, der an Krebs erkrankt ist oder war?

ja  
 nein (weiter mit Frage 37)

**Wenn ja**, an was ist oder war diese Person erkrankt? .....

.....

Wurde eine Rehabilitation in Anspruch genommen?

ja  nein

**Wenn ja**, hat diese Person Ihnen zu- oder abgeraten?

zugeraten  abgeraten  nicht beraten

Kommentar: .....

.....

39. Kennen Sie jemanden, der mit seinem Partner in die *Rehabilitation* gegangen ist?

ja  nein

**Wenn ja**, hat diese Person Ihnen zu- oder abgeraten?

zugeraten  abgeraten  nicht beraten

Kommentar: .....

.....

40. Gab es sonst jemanden, der Ihnen von einer *Rehabilitation zu- oder* abgeraten hat?

ja  nein

**Falls zugeraten:**

Durch wen erfolgte dies? .....

.....

Mit welcher Begründung? .....

.....

**Falls abgeraten:**

Durch wen erfolgte dies?(Kostenträger, Ärzte etc.) .....

.....

Mit welcher Begründung? .....

.....

## FRAGEN FÜR PATIENTEN MIT PARTNER IN DER REHA:

41. Wie haben Sie von der Möglichkeit erfahren, dass auch Partner mitkommen können?

- Krankenhausarzt                       Niedergelassener Arzt                       Eigeninitiative

Andere(s): .....

.....

42. Hat Ihr Partner Sie schon einmal begleitet?

- ja                       nein

**Wenn ja**, das (einschließlich)..... Mal.

43. Warum ist der Partner mitgekommen?

Eigene Gründe: .....

.....

Gründe des Partners: .....

.....

44. Gab es Faktoren, die sein Mitkommen erschwerten?

- ja                       nein

**Wenn ja**, welche? .....

45. Wer hat die Entscheidung getroffen, dass Sie mit Ihrem Partner in die *Rehabilitation* gehen und wer oder was hat diese Entscheidung beeinflusst?

- Selbst                       Gemeinsam                       Partner

46. Wie erleben Sie es, gemeinsam mit Ihrem Partner hier zu sein?

.....

.....

47. Würden Sie nochmals dieselbe Entscheidung treffen?

- ja                       nein

Warum? .....

.....

48. Hätten Sie sich auch vorstellen können, alleine zu kommen?

- ja                       nein

**Wenn ja**, warum? .....

.....

**Wenn nein**, warum nicht? .....

.....

## FRAGEN FÜR PATIENTEN OHNE PARTNER IN DER REHA:

49. Wussten Sie von der Möglichkeit, dass Partner mitkommen können?

ja

nein

50. Hätten Sie es gerne, dass er/sie hier wäre?

ja

nein

**Wenn ja, warum?**.....

.....

Was waren dann die Gründe, dass er/sie nicht mitkam?

.....

.....

Was hätten Sie sich von einem gemeinsamen Aufenthalt erhofft?

.....

.....

**Wenn nein, warum nicht?**.....

.....

Befürchtungen ?.....

.....

51. Wer hat die Entscheidung getroffen, dass Sie alleine in die *Rehabilitation* gehen?

Selbst

Gemeinsam

Partner

Andere(s): .....

52. Was waren die Gründe dafür, alleine in die Rehabilitation zu gehen?

.....

.....

---

**Zum Abschluss dieses Themas:**


---

53. Fühlten Sie sich vor Beginn der Rehabilitation ausreichend informiert?

 ja

 nein

**Wenn nein,** woher oder von wem hätten Sie sich gerne mehr Information gewünscht?

 Krankenhaus

 Versicherung

Andere: .....

.....

## VII. Inanspruchnahme (IAN)

54. Gab es irgendwelche Umstände/Faktoren, die die Inanspruchnahme erschwert haben?

 ja

 nein

**Wenn ja,** welche? (Probleme mit der Kasse, Arbeitsstelle etc.) .....

.....

Wie könnte man diese Hindernisse abbauen? .....

.....

55. Wer hat die Rehabilitationsklinik ausgesucht? (Ärzte, Versicherung, Eigeninitiative,...)

.....

.....

56. Hatten Sie Einfluss auf die Auswahl?

 ja

 nein

**Wenn ja,** was war Ihnen wichtig bei der Auswahl?

 persönliches Klima

 Lage der Klinik

 Attraktivität der umliegenden Gegend

 Qualität der Anwendungen

 Empfehlung

 Keine Kriterien

Andere: .....

.....

**Wenn nein:** Sind Sie zufrieden?

 ja

 nein

Falls nein, warum nicht? .....

.....

57. Hatten Sie Einfluss auf den jetzigen Aufnahmetermin?  ja  nein

**Wenn nein,** waren Sie mit dem jetzigen Aufnahmetermin zufrieden?  ja  nein

Wäre Ihnen ein anderer Termin lieber gewesen?  
 früher  später

58. Wer kümmert sich in der Zeit, während Sie hier sind, um das Haus/die Wohnung?

- Ehepartner/Lebensgefährte  Freunde/Bekannte
- Familie  niemand

Andere: .....

**Bei minderjährigen Kindern:**

59. Wer kümmert sich um die Kinder?

.....  
 .....

**1.1.4 VIII. Erwartungen**

60. Im Folgenden geht es um Ihre Erwartungen in der Rehabilitation: Bitte beurteilen Sie zwischen *sehr wichtig, wichtig* und *nicht wichtig*!

	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abspannen vom Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich um nichts kümmern müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Information über meine Krankheit erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbetroffene kennenlernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Regeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachlassen von Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Welcher?*



	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig
Verringerung der Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit für mich selbst haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstand gewinnen vom Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Rehabilitationsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung beruflicher und rechtlicher Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(Falls noch nicht berentet:)</b> Verhinderung der vorzeitigen Berentung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(Falls Sie mit Ihrem Partner hier sind:)</b> Füreinander Zeit haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schöne Tage miteinander verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erholung des Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Es könnte sein, dass durch die Aufnahme in diese Klinik bei Ihnen Befürchtungen ausgelöst wurden.

**Befürchten Sie,...**

...unter Heimweh zu leiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...Langeweile zu haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...dass Ihr Familienleben oder Ihre Partnerschaft belastet werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...schwerkranken Menschen zu begegnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...dass die Trennung von Ihrer gewohnten Umgebung und Ihren Angehörigen Ihnen schwerfallen wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bei Patienten mit Partnern:**

...dass es vermehrt zu Streit kommen könnte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
...dass Sie zu sehr „aufeinander hocken“ werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bei noch Berufstätigen:**

...Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie andere Ängste oder Befürchtungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

(Bitte beschreiben): .....

.....

**IX. Partner**

62. Sprechen Sie mit Ihrem Partner über Ihre Erkrankung?  ja  nein

Wie geht es Ihnen dabei? .....

.....

63. Wie glauben Sie, dass Ihr Partner Ihre Erkrankung erlebt?

.....

.....

64. Hat sich die Beziehung durch die Erkrankung im positiven oder negativen Sinne verändert?

ja  nein

**Wenn ja, wie?** (intensiver, weniger intensiv, auseinandergelebt, stärker zusammen?)

.....

.....

65. Wird sich Ihrer Meinung nach Ihre Partnerschaft durch die *Rehabilitation* verändern?

ja  nein

**Wenn ja, wie?** .....

.....

.....

**X. Aktivitäten**

66. Welche Aktivitäten/Angebote nehmen Sie wahr? (*Darunter auch außerklinische Aktivitäten wie Spazierengehen etc.*)

Auf einer Skala von 1 (Sehr gut) bis 6 (schlecht), wie würden Sie diese jeweils beurteilen?

1=Sehr gut      2=Gut      3=Befriedigend      4=Ausreichend      5=Mangelhaft      6=Schlecht

..... Note:.....

..... Note:.....

..... Note:.....

..... Note:.....

.....

.....

FÜR PATIENTEN MIT PARTNER
---------------------------

67. Welche Aktivitäten/Angebote nehmen Sie und ihr Partner gemeinsam wahr? (*Darunter auch außerklinische Aktivitäten wie Spazierengehen etc.*)

Auf einer Skala von 1 (Sehr gut) bis 6 (schlecht), wie würden Sie diese jeweils beurteilen?

1=Sehr gut      2=Gut      3=Befriedigend      4=Ausreichend      5=Mangelhaft      6=Schlecht

..... Note:.....  
 ..... Note:.....  
 ..... Note:.....  
 ..... Note:.....  
 .....

68. Welche Aktivitäten/Angebote der *Rehabilitation* sind besonders wichtig für Sie?

.....  
 .....

### Abschlussfrage:

69. Zum Abschluss möchten wir Sie gerne nach Ihrer **Einstellung/Haltung** gegenüber der jetzigen *Rehabilitation* fragen:

Würden Sie sie eher optimistisch oder eher skeptisch einschätzen?

Sehr optimistisch      Optimistisch      Neutral      Skeptisch      Sehr skeptisch

## 11.C

## Partnerinterview

**PARTNER IN DER REHABILITATION****I. Soziodemographische Variablen**

1. Wie alt sind Sie? .....Jahre.

2. Geschlecht     weiblich                       männlich

3. Familienstand

ledig

verheiratet, seit.....

Lebensgemeinschaft, seit.....

verwitwet, seit.....

geschieden, seit.....

4. Haben Sie Kinder?

ja

nein

Wenn ja wie viele?

5. Alter der Kinder

6. Mit wem leben Sie zusammen?

Ehepartner

allein

Kinder

Freund/in/ Lebenspartner

Andere.....

7. Wo leben Sie?

Dorf (bis 5000 Einwohner)

Kleinstadt (unter 25 000 Einwohner)

mittlere Stadt ( 25 000 bis 100 000 Einwohner)

Großstadt (über 100 000 Einwohner)

8. Schulbildung/Abschluss

kein

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Abitur

## 9. Ausbildung/ Studium

.....

.....

10. Welchen Beruf üben Sie z. Zt. aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?<sup>2</sup>

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter   | <input type="checkbox"/> Selbständiger            |
| <input type="checkbox"/> Meister  | <input type="checkbox"/> ungelernter Arbeiter     |
| <input type="checkbox"/> einfacher oder mittlerer Dienst<br>(Angestellter/Beamter)              | <input type="checkbox"/> Hilfe im Familienbetrieb |
| <input type="checkbox"/> Angestellter oder Beamter (gehobene, höhere oder<br>leitende Position) |   |

Anderes: .....

## 11. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig   | <input type="checkbox"/> frühberentet auf Zeit, <i>seit wann?</i> .....  |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> frühberentet auf Dauer, <i>seit wann?</i> ..... |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos     | <input type="checkbox"/> Altersruhegeld/Pension, <i>seit wann?</i> ..... |

Anderes: .....

## 12. Wie finanzieren Sie zur Zeit Ihren Lebensunterhalt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aus eigener Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Rente/Pension (Erwerbsunfähigkeits-,<br>Berufsunfähigkeits- oder Altersrente) |
| <input type="checkbox"/> Verdienst des Partners       | <input type="checkbox"/> Nebenverdienste   |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe                  | <input type="checkbox"/> Krankengeld   |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe      |  |

Anderes: .....

## II. Ökonomische Faktoren

## 13. Wie kommen Sie für Ihren Aufenthalt in der Rehabilitation auf?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenanteil als Begleitung | <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherung         | <input type="checkbox"/> Beihilfe                    |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse   |  |

Andere: .....

.....

<sup>2</sup> Im weiteren werden der besseren Lesbarkeit halber nicht immer die weiblichen Bezeichnungen benutzt, es sind jedoch weibliche wie männliche Personen gemeint.

14. Bei Eigenanteil: Bedeutet dies für Sie eine finanzielle Belastung?

sehr

etwas

gar nicht

### III. Organisation

15. Seit wann sind Sie schon hier und wie lange werden Sie insgesamt bleiben?

Seit.....Tagen, insgesamt.....Tage/Wochen

16. Wie lange werden Sie insgesamt bleiben? (genauso lange wie Ehefrau/mann?)

.....  
 .....

17. Wer kümmert sich in der Zeit um das Haus/die Wohnung?

Familie

Freunde/Bekannte

Nachbarn

niemand

Andere: .....

#### Bei minderjährigen Kindern:

18. Wer kümmert sich um die Kinder?

.....  
 .....

### IV. Freizeit/Religion

19. Was machen Sie in Ihrer Freizeit? (Lesen, Sport etc.)

.....  
 .....

20. Sind Sie Mitglied in einer Kirche?

ja

nein

Wenn ja, welcher?

evangelisch

katholisch

keiner

Andere: .....

Wenn nein, fühlen Sie sich einer Religion zugehörig? Welcher?

- evangelisch                       katholisch                       keiner

Andere: .....

21. Wie religiös würden Sie sich einschätzen?

- gar nicht                       etwas                       ziemlich                       sehr

**V. Medizinische Variablen**

22. Leiden Sie selbst an irgendwelchen Erkrankungen?  ja                       nein  
**Wenn ja, an welchen?**

.....  
 .....

23. Sind Sie selbst schon mal an Krebs erkrankt?  ja                        
 nein

**Wenn ja, woran, seit wann, welche Behandlungen wurden vorgenommen?**  
 (Rehabilitationsmaßnahme?)

.....  
 .....

24. Fühlen Sie sich durch die Erkrankung Ihres Ehegatten körperlich oder seelisch belastet?

**Wenn ja, wie äußert sich das?** .....

**VI. Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten**

25. Sind Ihnen psychosoziale Unterstützungsangebote bei schweren Erkrankungen bekannt?  ja                        
 nein

**Wenn ja, welche?**

- Gruppentherapie                       Krebsberatungsstellen  
 psychologische Beratung                       Suchtberatung

Andere: .....

26. Haben Sie selbst im Zusammenhang mit der Krebserkrankung Ihrer Ehefrau/ Ihres Ehemanns psychologische oder soziale Angebote wahrgenommen?

ja  nein

**Wenn ja, welche?** .....  
 .....

27. Haben Sie vorher aus einem anderen Grund schon einmal psychologische oder soziale Angebote wahrgenommen?

ja  nein

**Wenn ja, welche und warum?** .....  
 .....

**VII. Partner**

28. Sprechen Sie mit Ihrer Ehefrau/ Ihrem Ehemann über ihre/seine Erkrankung?

ja  nein

Wie geht es Ihnen dabei? .....  
 .....

29. Hat sich die Beziehung durch die Erkrankung in positiver oder negativer Weise verändert?

ja  nein

**Wenn ja, wie?** (intensiver, weniger intensiv, auseinandergelebt, stärker zusammen?)  
 .....  
 .....

30. Wird sich Ihrer Meinung nach Ihre Partnerschaft durch die *Rehabilitation* verändern?

ja  nein

**Wenn ja, wie?** .....  
 .....  
 .....



**VIII. Information**

31. Wie haben Sie von der Möglichkeit erfahren, dass auch Ehegatten mitkommen können?  
 .....  
 .....

32. Wie und wo haben Sie sich darüber informiert, dass Ehegatten mitkommen können?  
**Wenn ja, wie bzw. wo?**  
 Krankenhausarzt  Medizinisches Personal  
 Niedergelassener Arzt  
 Andere: .....  
 .....

33. Haben sie selbst schon mal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?  
 ja  nein

**Wenn ja,**

Wo?	Wann?	Weshalb?

Wie waren Ihre Erfahrungen?  
 sehr gut  gut  mittel  schlecht

34. Hat Sie Ihre Ehefrau/ Ihr Ehemann dort auch begleitet?  ja  nein

**Wenn ja,** ..... Mal.  
**Wenn nein,** warum nicht?.....  
 .....  
 Hätten Sie sich das gewünscht?.....  
 .....

35. Kennen Sie sonst jemanden, der eine Rehabilitation gemacht hat?  ja  nein  
 Wie waren seine Erfahrungen?.....  
 .....

36. Kennen Sie jemanden, der seinen Ehegatten in die Rehabilitation begleitet hat?

ja  nein

Dessen Erfahrungen:.....  
 .....  
 .....

37. Wurde Ihnen von der Begleitung in die Rehabilitationsklinik abgeraten?

ja  nein

Falls ja, durch wen erfolgte dies? (Kostenträger, Ärzte etc.)

.....

Mit welcher Begründung? .....

.....

38. Haben Sie sich mit Ihrer Ehefrau/ Ihrem Ehemann über die Inanspruchnahme einer Rehabilitation besprochen?

ja  nein

Wie haben Sie das besprochen?.....  
 .....

39. Wer hat die Entscheidung getroffen, dass Sie Ihre Ehefrau/ Ihren Ehemann in die Rehabilitationsklinik begleiten?

Sie selbst  Ihre Ehefrau/ Ihr Ehemann  Gemeinsam

Andere:.....  
 .....

40. Wer oder was hat Ihre Entscheidung, Ihren Ehepartner in die Reha zu begleiten, am durchgreifendsten beeinflusst?

.....  
 .....

41. Fühlten Sie sich vor Beginn der Aufenthaltes ausreichend informiert?

ja  nein

**Wenn nein**, woher oder von wem hätten Sie sich gerne mehr Information gewünscht?

Krankenhaus  Versicherung

Andere:.....  
 .....

42. Würden Sie sagen, dass die Informationsvermittlung verbessert werden müsste?

ja  nein

Wenn ja, wie? .....

.....

## IX. Inanspruchnahme (IAN)

43. Gab es irgendwelche Umstände/Faktoren, die es erschwerten, **dass Sie Ihre Ehefrau/ Ihren Ehemann** in die Rehabilitation **begleiten**?

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

Wie könnte man diese Hindernisse abbauen? .....

.....

.....

44. Gab es irgendwelche Umstände/Faktoren, die die Inanspruchnahme der Rehabilitationsmaßnahme **Ihrer Ehefrau/ Ihres Ehemanns** erschwerten?

ja  nein

Wenn ja, welche? .....

.....

Wie könnte man diese Hindernisse abbauen? .....

.....

45. Wer hat die Rehabilitationsklinik ausgesucht? (Ärzte, Versicherung, Eigeninitiative,...)

.....

.....

46. Hatten Sie Einfluss auf die Auswahl?

ja  nein

Wenn ja, was war Ihnen wichtig bei der Auswahl?

persönliches Klima

Lage der Klinik

Attraktivität der umliegenden Gegend

Qualität der Anwendungen

Empfehlung

Keine Kriterien

Andere: .....

.....

.....

47. Waren Sie mit dem jetzigen Aufnahmetermin zufrieden?  ja  nein

**Wenn nein,** wäre Ihnen ein anderer Termin lieber gewesen?

früher  später

## X. Erwartungen

48. Im Folgenden geht es um Ihre **Erwartungen** in der Rehabilitation: Bitte Beurteilen Sie zwischen *sehr wichtig*, *wichtig* und *nicht wichtig*!

	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig
<b>Eigene Erwartungen:</b>			
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abspannen vom Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich um nichts kümmern müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit für mich selbst haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erwartungen meinen Ehepartner betreffend:</b>			
Klärung beruflicher und rechtlicher Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Information über seine/ihre Krankheit erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Regeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstand gewinnen vom Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung seines seelischen Befindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachlassen von Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Welcher?</i>			
Verringerung der Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Rehabilitationsmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			
<b>Gemeinsame Erwartungen:</b>			
Füreinander Zeit haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schöne Tage miteinander verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Es könnte sein, dass durch die Aufnahme in diese Klinik bei Ihnen **Befürchtungen** ausgelöst wurden.

**Befürchten Sie,...**

- ...unter Heimweh zu leiden?  ja  nein
- ...Langeweile zu haben?  ja  nein
- ...dass Ihr Familienleben oder Ihre Partnerschaft belastet werden?  ja  nein
- ...schwerkranken Menschen zu begegnen?  ja  nein
- ...dass die Trennung von Ihrer gewohnten Umgebung und Ihren Angehörigen Ihnen schwerfallen wird?  ja  nein
- ...dass es vermehrt zu Streit kommen könnte?  ja  nein
- ...dass Sie zu sehr „aufeinander hocken“ werden?  ja  nein
- Bei noch Berufstätigen:**
- ...Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu bekommen?  ja  nein
- Haben Sie andere Ängste oder Befürchtungen  ja  nein

(Bitte beschreiben): .....

**XI. Beurteilung**

50. Nehmen Sie selbst Angebote der Rehabilitation wahr?  
(Auch außerklinische Aktivitäten wie Spazierengehen etc.)

- ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Auf einer Skala von 1 (Sehr gut) bis 6 (schlecht), wie würden Sie diese jeweils beurteilen?

1=Sehr gut      2=Gut      3=Befriedigend      4=Ausreichend      5=Mangelhaft      6=Schlecht

..... Note:.....

..... Note:.....

..... Note:.....

..... Note:.....

51. Welche Aktivitäten/Angebote nehmen Sie und Ihre Ehefrau/ Ihr Ehemann gemeinsam wahr? (*Auch außerklinische Aktivitäten wie Spazierengehen etc.*)

Auf einer Skala von 1 (Sehr gut) bis 6 (schlecht), wie würden Sie diese jeweils beurteilen?

1=Sehr gut      2=Gut      3=Befriedigend      4=Ausreichend      5=Mangelhaft      6=Schlecht

..... Note:.....  
 ..... Note:.....  
 ..... Note:.....  
 ..... Note:.....

52. Halten Sie das Angebot für **Sie** bzw. für **Sie und Ihren Ehegatten** für ausreichend?

ja       nein

**Wenn nein**, welche Vorschläge hätten Sie? .....

.....

53. Wie erleben Sie es, gemeinsam mit Ihrer Ehefrau/ Ihrem Ehemann in der Klinik zu sein?

.....  
 .....

54. Würden Sie nochmals dieselbe Entscheidung treffen?

ja       nein

Warum? .....

.....

**Abschlussfrage:**

55. Zum Abschluss möchten wir Sie gerne nach Ihrer **Einstellung/Haltung** gegenüber der jetzigen *Rehabilitation* fragen:

Würden Sie sie eher optimistisch oder eher skeptisch einschätzen?

Sehr optimistisch      Optimistisch      Neutral      Skeptisch      Sehr skeptisch

**VIELEN DANK!**

## Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei allen Patienten und den Partnern bedanken, die an der Studie teilgenommen haben. Ohne ihre Bereitschaft, ihre Erfahrungen und Gefühle mitzuteilen, hätte die Studie nicht stattfinden können.

Sehr herzlich möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Uwe Koch bedanken, der bei der Initiierung und Planung der Studie hilfreiche Anregungen gab und den Weg dafür ebnete.

Ganz besonders möchte ich mich bei Dr. Corinna Bergelt bedanken. Sie stand mir jederzeit mit fachkundiger Beratung und einem offenen Ohr für die großen und kleineren Probleme, die so auftauchen können, zur Seite.

Für die finanzielle Unterstützung durch ein Stipendium, ohne welches die heute vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre, möchte ich mich beim Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung bedanken. Herzlichen Dank an Frau Ruth Deck für die freundliche Kommunikation.

Vielen Dank auch an Herrn Dr. Hansjürgen Welk, der tatkräftig bei der Erhebung mitwirkte, mit besonderer Geduld Patienten für die Teilnahme überzeugte und mir den Tipp mit dem Dissertationsstipendium gab.

Bei den Mitarbeitern im Institut für Medizinische Psychologie möchte ich mich für ihre Unterstützung am Institut, der Hilfe bei der Literatursuche und für den einen oder anderen gemeinsamen Kaffee bedanken.

Für die inspirierenden Diskussionen gilt mein Dank Clemens Bärmann. Meike Frank möchte ich für die Korrekturen am Telefon und die Diskussionen über die neue Rechtschreibung danken. Danke an Tanja Heller und Stella Neuraüter für ein offenes Ohr. Für ihre Geduld möchte ich mich bei meinen Mitbewohnern Edith Kalu, Wilko Heidwerth, Jan Gerlach und Alex Scharlach bedanken.

Meinen Eltern Margit und Klaus Dellbrück danke ich für die Unterstützung in allen Lebenslagen, für die Überlebenspäckchen und die tröstenden und ermunternden Worte.

Für die Kunst, die Dinge im richtigen Moment nicht zu ernst zu sehen, für Reggae-Musik und für seine Liebe, danke ich Guido Pfalzer.

## LEBENS LAUF

### Persönliche Daten

Name: Julia Johanna Dellbrück  
Adresse: Amandastr. 42, 20 357 Hamburg  
Telefon: 040/ 2349 3773

Geburtsdaten: 1. März 1975 in Berlin

### Schulbildung

1981 bis 1987 Galilei-Grundschule in Berlin-Kreuzberg  
1987 bis 1994 Hermann-Hesse-Gymnasium in Berlin-Kreuzberg  
Schulabschluss: Abitur

### Studium

SS/ WS 1995 Freie Universität Berlin, Französisch und  
Kunstgeschichte  
Seit SS 1996 Universität Hamburg, Medizin  
Sommer 1998 Physikum  
Sommer 1999 1. Staatsexamen  
Frühjahr 2003 2. Staatsexamen  
Voraussichtlicher  
Studienabschluss: Winter 2004

### Famulaturen/Auslandsaufenthalte

März 1999 Famulatur in der Orthopädie, Klinik Dr.Guth, Hamburg  
SS 2000 Studienaufenthalt in Guadalajara, Mexiko  
Famulaturen in Geburtshilfe, Infektiologie und  
Dermatologie am Hospital Civil de Guadalajara  
Sommer 2002 Praxisfamulatur bei Dr.med. Bräulke, Allgemeinmedizin

### Praktisches Jahr

1. Tertial Psychosomatik im Aklepios Westklinikum Hamburg  
2. Tertial Innere Medizin im Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus  
z.Zt. 3. Tertial Chirurgie im Ev. Albertinen-Krankenhaus

### Dissertation

Sommer 2001 Erhebung des Datenmaterials  
WS 01 / 02 bis SS 02 Auswertung der Ergebnisse  
SS 02 und SS 03 Schriftliche Ausarbeitung  
12-monatiges Dissertationsstipendium des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitations-  
forschung (NVRF)

Hamburg, 05.08.2004



# Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema

**Inanspruchnahme von stationärer onkologischer Rehabilitation mit und ohne Partnerbegleitung** - Warum nehmen Patienten mit oder ohne ihren Partner teil und welche Gründe haben die begleitenden Partner?

selbständig erfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Falle durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht an einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, August 2004

---

Julia Dellbrück