

**Dissertation**

**Onkologische Versorgung aus der Sicht der PatientInnen und  
der BehandlerInnen – Entwicklung eines Instruments zur Er-  
fassung der PatientInnen – BehandlerInnen Versorgungszufrie-  
denheit und Versorgungssichtweisen**

**eingereicht von**

**Mag. Szilagyi Istvan – Szilard**

**geboren am 22. Dezember 1978**

**zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizinischen Wissenschaften**

**(Dr. scient. Med.)**

**an der**

**Medizinischen Universität Graz**

**ausgeführt am**

**Landeskrankenhaus Fürstenfeld**

**Medizinische Abteilung mit Schwerpunkt für Hämatologie  
und internistische Onkologie**

**unter der Leitung von**

***Prim. Univ.Doz. Dr. Peter Krippel***

**(2011)**

## **Widmung:**

*Ich widme die folgende Arbeit meinen Eltern und meiner Schwester.*

Mein besonderer Dank im Rahmen dieser Dissertationsarbeit gilt meinem Betreuer Herrn Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Krippel für die sehr gute Zusammenarbeit!

## **Eidesstattliche Erklärung:**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und abgefasst, und jene Personen und Institutionen, die am Zustandekommen der Forschungsdaten beteiligt waren, namentlich genannt habe. Andere als die angegebenen Quellen habe ich nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

## **Inhaltsverzeichnis**

I.	Einleitung.....	20
1.1.	Definition des Tumors.....	20
1.2.	Lebensqualität und Tumorerkrankung.....	21
1.3.	Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch die Erkrankung .....	22
II.	Messinstrumente der Lebensqualität und Zufriedenheit der PatientInnen .....	26
2.1.	Messinstrumente der Lebensqualität .....	26
2.2.	Messinstrumente der Versorgung und Zufriedenheit von PatientInnen.....	28
III.	Begriffsbestimmung und Einteilung von Tumoren .....	29
3.1.	Häufigkeiten der Tumorerkrankung.....	30
IV.	Tumorentstehung.....	34
4.1.	Endogene Noxen .....	34
4.1.1.	Onkogene .....	34
4.1.1.1.	Aktivierung der Onkogene .....	36
4.1.1.2.	Tumorsuppressorgene .....	36
4.1.1.3.	Biochemische Störungen.....	37
4.1.1.4.	Apoptose .....	37
4.1.1.5.	Telomerasegene.....	37
4.1.1.6.	DNA-Reparaturgene .....	37
4.2.	Exogene Noxen.....	38
4.2.1.	Strahlung .....	38
4.2.2.	Chemische Noxen.....	39
4.2.3.	Physikalische Noxen .....	39
4.2.4.	Lebensstil.....	40
4.2.4.1.	Ernährung.....	40
4.2.4.2.	Übergewicht, Immobilisation .....	40

4.2.4.3.	Alkoholkonsum.....	41
V.	Behandlung von Tumoren.....	41
5.1.	Diagnostik.....	41
5.2.	Tumorthherapie .....	42
5.2.1.	Endoskopische Therapie .....	43
5.2.2.	Operation / Chirurgische Therapie.....	43
5.2.3.	Strahlentherapie .....	44
5.2.4.	Chemotherapie.....	45
5.2.4.1.	Medikamentöse Behandlung / Zytostatika .....	45
5.2.4.2.	Hormontherapie.....	46
5.2.4.3.	Gentherapie .....	46
VI.	Methode.....	47
6.1.	Vorbereitungs- und Entwicklungsschritte.....	47
6.1.1.	Literatursuche .....	47
6.1.2.	Fallzahlberechnung .....	47
6.1.3.	Auswahl der Items.....	48
6.1.4.	Computer-Ausarbeitung der Fragebögen .....	48
6.2.	Untersuchungsdesign.....	48
6.3.	Fragestellungen.....	49
6.3.1.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der Behandlung .....	50
6.3.2.	Fragestellung – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	50
6.3.3.	Fragestellung – Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen.....	50
6.3.4.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse .....	50
6.3.5.	Fragestellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen .....	51
6.3.6.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung .....	51
6.3.7.	Fragestellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis vom BehandlerInnen.....	51

6.3.8.	Fragestellung – körperliches Wohlbefinden .....	51
6.3.9.	Fragestellung – psychisches Wohlbefinden .....	52
6.3.10.	Fragestellung – Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn .....	52
6.3.11.	Fragestellung – Einschätzung der momentanen Lebensqualität .....	52
6.4.	Versuchsinstrumente / Material .....	52
6.4.1.	Eigen erstelltes Instrument .....	52
6.4.2.	Durchführung .....	53
6.4.3.	Items des PatientInnenfragebogens .....	54
6.4.3.1.	Leistungsangebot und Behandlung .....	54
6.4.3.2.	Kommunikation und Information .....	54
6.4.3.3.	Ausstattung und Organisation .....	55
6.4.3.4.	Körperliches und Psychisches Wohlbefinden .....	55
6.4.3.5.	Lebensqualität .....	56
6.4.4.	Items der BehandlerInnenfragebogen .....	56
6.4.4.1.	Leistungsangebot und Behandlung .....	56
6.4.4.2.	Kommunikation und Information .....	56
6.4.4.3.	Körperliches und Psychisches Wohlbefinden .....	57
6.4.4.4.	Lebensqualität .....	57
VII.	Ergebnisse .....	58
7.1.	Deskriptive Statistik .....	58
7.1.1.	Versuchspersonen .....	58
7.1.2.	Anzahl der an der Untersuchung teilgenommenen PatientInnen .....	58
7.1.3.	Einteilung nach dem sozialen Verband .....	60
7.1.4.	Häufigkeiten der Tumore nach Lokalisation .....	61
7.1.5.	Gliederung der PatientInnen nach der Behandlungsart .....	62
7.1.6.	Gütekriterien des Fragebogens .....	63

7.1.6.1.	Objektivität.....	63
7.1.6.2.	Reliabilität .....	63
7.1.6.2.1.	Überprüfung der Reliabilität der PatientInnenfragebogen.....	64
7.1.6.2.2.	Überprüfung der Reliabilität der BehandlerInnenfragebogen.....	65
7.1.6.3.	Faktorenanalyse .....	66
7.1.6.3.1.	Faktorenanalyse des PatientInnenfragebogens.....	66
7.1.6.3.1.1.	Überprüfung der Voraussetzungen .....	66
7.1.6.3.1.2.	Durchführung der Berechnung der Faktorenanalyse.....	67
7.1.6.3.2.	Faktorenanalyse des BehandlerInnenfragebogens.....	70
7.1.6.3.2.1.	Überprüfung der Voraussetzungen .....	70
7.1.6.3.2.2.	Durchführung der Faktorenanalyse .....	70
7.1.6.4.	Berechnung der Normalverteilung der Daten.....	73
7.1.6.5.	Wilcoxon – Testungen .....	74
7.1.6.5.1.	Zufriedenheit mit der Behandlung.....	74
7.1.6.5.2.	Zufriedenheit mit den Erhaltenen Informationen .....	76
7.1.6.5.3.	Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang .....	77
7.1.6.5.4.	Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche .....	78
7.1.6.5.5.	Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.....	79
7.1.6.5.6.	Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung.....	80
7.1.6.5.7.	Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen .....	81
7.1.6.5.8.	Körperliches Wohlbefinden.....	82
7.1.6.5.9.	Psychisches Wohlbefinden.....	83
7.1.6.5.10.	Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn .....	84
7.1.6.5.11.	Bewertung der momentanen Lebensqualität .....	86
7.1.6.5.12.	Überprüfung der Zusammenhänge bezüglich Geschlecht und Beurteilung der Zufriedenheit mit der Versorgung.....	87
7.1.6.5.13.	Zufriedenheit mit der Behandlung bezüglich der Geschlechtsverteilung.....	87

7.1.6.5.14.	Zufriedenheit mit der Ausstattung im Krankenhaus.....	87
7.1.6.5.15.	Zufriedenheit mit der Organisation .....	88
7.1.6.5.16.	Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen .....	89
7.1.6.5.17.	Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang und Geschlecht.....	89
7.1.6.5.18.	Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse und Geschlecht .....	90
7.1.6.5.19.	Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.....	90
7.1.6.5.20.	Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung.....	91
7.1.6.5.21.	Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen .....	92
7.1.6.5.22.	Vergleich des körperlichen Wohlbefindens und Geschlecht .....	92
7.1.6.5.23.	Vergleich des psychischen Wohlbefindens und Geschlecht .....	93
7.1.6.5.24.	Vergleich der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn .....	93
7.1.6.5.25.	Vergleicht der Lebensqualität und Geschlecht .....	94
VIII.	Überprüfung der Hypothesen .....	95
8.1.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der Behandlung .....	95
8.2.	Fragestellung – mit den erhaltenen Informationen.....	95
8.3.	Fragestellung – freundlicher Umgang der BehandlerInnen.....	96
8.4.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse .....	96
8.5.	Fragestellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen .....	97
8.6.	Fragestellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung .....	98
8.7.	Fragestellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen.....	98
8.8.	Fragestellung – körperliches Wohlbefinden .....	99
8.9.	Fragestellung – psychisches Wohlbefinden .....	99
8.10.	Fragestellung – Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn.....	99
8.11.	Fragestellung – Einschätzung der momentanen Lebensqualität .....	100
IX.	Diskussion.....	101
X.	Literaturverzeichnis.....	105

XI.	Anhang .....	110
11.1.	Deskriptive Daten.....	110
11.2.	Alter der PatientInnen.....	110
11.3.	Faktorenanalyse der PatientInnenfragebögen .....	111
11.4.	Faktorenanalyse der PatientInnenfragebögen auf 2 Faktoren transformiert .....	113
11.5.	Faktorenanalyse der BehandlerInnenfragebögen .....	114
11.6.	Nichtparametrische – Signifikanztestung Wilcoxon.....	116
11.6.1.	Zufriedenheit mit der Behandlung.....	116
11.6.2.	Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen .....	116
11.6.3.	Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang .....	117
11.6.4.	Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche .....	118
11.6.5.	Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.....	118
11.6.6.	Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung .....	119
11.6.7.	Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen .....	119
11.6.8.	Körperliches Wohlbefinden.....	120
11.6.9.	Psychisches Wohlbefinden.....	121
11.6.10.	Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn .....	121
11.6.11.	Bewertung der momentanen Lebensqualität.....	122
11.7.	Kreuztabellen Häufigkeitsdarstellungen .....	122
11.7.1.	Behandlung .....	122
11.7.2.	Kreuztabelle – Information .....	123
11.7.3.	Kreuztabelle – Umgang .....	123
11.7.4.	Kreuztabelle – Wünsche.....	124
11.7.5.	Kreuztabelle – Fähigkeit .....	125
11.7.6.	Kreuztabelle – Entscheidung.....	126
11.7.7.	Kreuztabelle – Verständnis.....	127

11.7.8.	Körperliches Wohlbefinden.....	127
11.7.9.	Kreuztabelle – Psychisches Wohlbefinden.....	128
11.7.10.	Kreuztabelle – Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn .....	129
11.7.11.	Bewertung der momentanen Lebensqualität .....	129
11.8.	Gegenüberstellung der Faktoren .....	130
11.9.	Überprüfung der Geschlechtsunterschiede und Bewertungen .....	131
11.10.	Deskriptive Abbildungen – Umrechnung auf zweistufige Bewertung .....	133

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Gesamtinzidenzrate magliner Tumore seit 1983 (Statistik Austria, 2007) .....	30
Abbildung 2 Inzidenzrate magliner Tumore nach Geschlecht seit 1983 (Statistik Austria, 2007) ...	31
Abbildung 3 Sterberate bis zum 75. Lebensjahr ab 1983 (Statistik Austria, 2007) .....	32
Abbildung 4 Tumorlokalisation bei männlichen Patienten (2007, Statistik Austria) .....	32
Abbildung 5 Tumorlokalisation bei weiblichen Patientinnen (Statistik Austria, 2007).....	33
Abbildung 6 Einteilung nach dem sozialen Verband.....	60
Abbildung 7 Tumorhäufigkeiten nach Lokalisation.....	61
Abbildung 8 Häufigkeiten der PatientInnen nach Behandlungsart.....	62
Abbildung 9 Scree-Plot der Faktoren .....	68
Abbildung 10 Scree-Plot der Faktoren – BehandlerInnenfragebogen .....	71
Abbildung 11 Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. Therapie .....	75
Abbildung 12 Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen .....	76
Abbildung 13 Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang .....	77
Abbildung 14 Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse.....	78
Abbildung 15 Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen .....	79
Abbildung 16 In der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden .....	80
Abbildung 17 Verständnis durch den BehandlerInnen .....	81
Abbildung 18 Körperliches Wohlbefinden .....	82
Abbildung 19 Psychisches Wohlbefinden .....	84
Abbildung 20 Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn.....	85
Abbildung 21 Einschätzung der momentanen Lebensqualität .....	86
Abbildung 22 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit der Behandlung .....	133
Abbildung 23 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen .....	133
Abbildung 24 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse .....	134

Abbildung 25 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.....	134
Abbildung 26 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung.....	135
Abbildung 27 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen.....	135
Abbildung 28 Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung des körperlichen Wohlbefindens .....	136
Abbildung 29 Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung des psychischen Wohlbefindens .....	136
Abbildung 30 Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn.....	137
Abbildung 31 Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung der momentanen Lebensqualität .....	137
Abbildung 32 Zufriedenheit mit dem Leistungsangebote, Ausstattung und Organisation .....	138
Abbildung 33 Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit der PatientInnen mit der Versorgung .....	138

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Häufigkeiten der PatientInnen Teilnehmer .....	59
Tabelle 2 PatientInnenalter.....	59
Tabelle 3 Tumorhäufigkeiten nach Lokalisation .....	61
Tabelle 4 Häufigkeiten der PatientInnen nach der Art der Behandlung.....	62
Tabelle 5 Reliabilität – PatientInnenfragebogen.....	64
Tabelle 6 Reliabilität bei Eliminierung einzelner Items – PatientInnenfragebogen.....	64
Tabelle 7 Reliabilität – BehandlerInnenfragebogen.....	65
Tabelle 8 Reliabilitätsdarstellung pro eliminiertem Wert – BehandlerInnenfragebogen.....	65
Tabelle 9 Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser Mayer Olkin.....	66
Tabelle 10 Faktorenanalyse Patientenfragebogen .....	69
Tabelle 11 Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser Mayer Olkin.....	70
Tabelle 12 Faktorenanalyse BehandlerInnenfragebogen .....	71
Tabelle 13 Normalverteilungstabelle .....	73
Tabelle 14 Kreuztabelle – Zufriedenheit mit der Behandlung und Geschlechtsverteilung .....	87
Tabelle 15 Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Ausstattung im Krankenhaus und Geschlecht.....	87
Tabelle 16 Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Organisation und Geschlecht .....	88

Tabelle 17 Kreuztabelle der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen und Geschlechtsverteilung .....	89
Tabelle 18 Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang und Geschlecht .	89
Tabelle 19 Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche und Geschlecht .	90
Tabelle 20 Kreuztabelle der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen und Geschlecht .....	90
Tabelle 21 Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Geschlechterverteilung .....	91
Tabelle 22 Kreuztabelle der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen und Geschlechtsverteilung .....	92
Tabelle 23 Körperliches Wohlbefinden und Geschlechterverteilung .....	92
Tabelle 24 Psychisches Wohlbefinden und Geschlechterverteilung .....	93
Tabelle 25 Besserung seit Behandlungsbeginn und Geschlechterverteilung .....	93
Tabelle 26 Lebensqualität und Geschlechterverteilung.....	94
Tabelle 27 Signifikanzdarstellung der Selbst- und Fremdbeurteilungen .....	103
Tabelle 28 Deskriptive Statistik .....	110
Tabelle 29 PatientInnenalter .....	110
Tabelle 30 Rotierte Komponentenmatrix – PatientInnen.....	112
Tabelle 31 Rotierter Komponentenmatrix – PatientInnen (Reduziert auf zwei Faktoren).....	114
Tabelle 32 Rotierter Komponentenmatrix – BehandlerInnen .....	115
Tabelle 33 Wilcoxon – Zufriedenheit mit der Behandlung .....	116
Tabelle 34 Wilcoxon – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen.....	117

Tabelle 35 Wilcoxon – Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang.....	117
Tabelle 36 Wilcoxon – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche.....	118
Tabelle 37 Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.....	119
Tabelle 38 Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung.....	119
Tabelle 39 Wilcoxon – Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen.....	120
Tabelle 40 Wilcoxon – körperliches Wohlbefinden .....	120
Tabelle 41 Wilcoxon – psychisches Wohlbefinden .....	121
Tabelle 42 Wilcoxon – Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn.....	121
Tabelle 43 Wilcoxon – momentane Lebensqualität.....	122
Tabelle 44 Kreuztabelle – Behandlung.....	122
Tabelle 45 Kreuztabelle Information.....	123
Tabelle 46 Kreuztabelle – Umgang.....	124
Tabelle 47 Kreuztabelle Wünsche .....	124
Tabelle 48 Kreuztabelle Fähigkeiten .....	125
Tabelle 49 Kreuztabelle – Entscheidung .....	126
Tabelle 50 Kreuztabelle – Verständnis.....	127
Tabelle 51 Kreuztabelle – körperliche Befindlichkeit.....	127
Tabelle 52 Kreuztabelle – psychische Befindlichkeit.....	128

Tabelle 53 Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn .....	129
Tabelle 54 Kreuztabelle – Lebensqualität .....	129
Tabelle 55 Gegenüberstellung der Faktorwerte .....	130
Tabelle 56 Mann-Whitney – Bewertungen und Geschlecht .....	132

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
s.Seite	siehe Seite
RAS	Rat Sarcoma
DNA	Desoxiribonukleinsäure
RNS	Ribonukleinsäure
m-RNA	messenger –RNA / Ribonukleinsäure
G1	Gap 1 (Zellteilungszyklus)
S-Phase	Synthese Phase (Zellteilungszyklus)
GY	Gray (Strahlungsmesskala)
PAT	PatientInnen
BEH	BehandlerInnen

## Zusammenfassung

Ein wesentliches Ziel einer onkologischen Patientenbehandlung ist die Erreichung eines physischen und psychischen Wohlbefindens. Ein Hauptmerkmal welches das psychische Wohlbefinden beeinflusst, ist die Zufriedenheit der PatientInnen.

Wie vorherige Untersuchungen zeigen, ist die Zufriedenheit der PatientInnen ein multidimensionales Konstrukt, welches auch bei der Krankheitsbewältigung eine wesentliche Rolle spielt.

In der onkologischen Versorgung wird angestrebt, dass die PatientInnen eine höchstmögliche Zufriedenheit empfinden. Es kommt jedoch immer wieder in den alltäglichen Behandlungen vor, dass Unterschiede zwischen den Sichtweisen der Behandler und der Patienten auftreten.

Eine onkologische Behandlung enthält viele Bereiche, in denen die Patienten eine Zufriedenheitsbewertung der Versorgung abgeben können, wie z.B.: Zufriedenheit bezüglich: *Leistungsangebot, Behandlung oder Therapie, Ausstattung im Krankenhaus, Organisation und Abläufe, erhaltene Informationen über die Erkrankung, Umgang der Behandler, Erfüllung der Wünsche und Bedürfnisse, Fähigkeiten der Behandler, Einbindung in die Entscheidungsfindung in der Behandlung, sowie Verständnis seitens der Behandler.*

Ein Ziel der folgenden Dissertationsarbeit ist es, einen Fragebogen zu erstellen, welcher die Zufriedenheit der PatientInnen mit den oben erwähnten Bereichen der Versorgung erfasst, sowie die Fremdeinschätzung derselben durch die Behandler. Durch den Fragebogen sollten eventuelle Unterschiede in der Versorgung identifiziert werden.

Die Items wurden anhand von Literaturrecherchen und durch ein Team, bestehend aus Behandlern und Psychologen ausgearbeitet. Es wurden somit seitens der PatientInnen 14 Items in den Fragebogen aufgenommen und seitens der BehandlerInnen 11 Items. Die zusätzlichen drei Items des PatientInnenfragebogens wurden verwendet, um ausschliesslich deskriptive Daten zu erhalten.

Die Itembeantwortung wurde vierstufig aufgebaut, wodurch eine Tendenz zur Mitte verhindert werden sollte.

Die Befragung wurde im Landeskrankenhaus Fürstentum durchgeföhrt. Innerhalb einer Zeitspanne von zwei Tagen haben 40 PatientInnen an der Untersuchung freiwillig teilgenommen.

Seitens der BehandlerInnen haben insgesamt drei Ärzte bzw. Ärztinnen der inneren Medizin des Landeskrankenhauses Fürstenfeld teilgenommen.

Als Hauptfragestellung sollte überprüft werden, ob es bei der Beurteilung der Versorgung seitens der PatientInnen (Selbsteinschätzung) und seitens der BehandlerInnen (Fremdeinschätzung) signifikante Unterschiede gibt. Darüber hinaus sollte noch überprüft werden, ob sich die Tendenz bestätigt, dass Patientinnen negativere Bewertungen abgeben als Patienten.

Die Hauptauswertung erfolgte mit einem nonparametrischen Signifikanztest für gebundene Stichproben der *Wilcoxon-Testung*.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sehr signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilungen der PatientInnen und BehandlerInnen in allen Bereichen, ausgenommen des Bereiches der Lebensqualität, gibt. Somit zeigte die Untersuchung, dass die Bewertung der Zufriedenheit der PatientInnen der Versorgungsbereiche: *Kommunikation, Organisation, Ausstattung, Behandlung, Umgang der BehandlerInnen, Fähigkeiten der BehandlerInnen, Entscheidungsfindung, Verständnis durch den BehandlerInnen*, sowie *psychische und körperliche Befindlichkeit* signifikant unterschiedlich seitens der PatientInnen und BehandlerInnen bewertet wurden.

Eine faktorenanalytische Überprüfung hat unterschiedliche Bewertungsdimensionen dieser Versorgungsbereiche seitens der PatientInnen und der BehandlerInnen gefunden. Es wird angenommen, dass BehandlerInnen und PatientInnen verschiedene Dimensionen der Bewertung der Versorgung heranziehen bzw. durch unterschiedliche "innere Konstrukte" die Bewertungen abgeben.

Unterschiede zwischen der Bewertungen der Zufriedenheit zwischen weiblichen und männlichen PatientInnen, konnten nicht gefunden werden.

Es zeigte sich die Tendenz, wie auch in anderen Untersuchungen bestätigt wurde, dass PatientInnen generell „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ mit der Versorgung im Allgemeinen sind und, dass BehandlerInnen eher weniger zufriedene Bewertungen abgeben als PatientInnen bzw. die Zufriedenheit der PatientInnen schlechter einschätzen.

# **I. Einleitung**

## **1.1. Definition des Tumors**

Unter einem Tumor wird eine Schwellung bzw. ein Geschwülst verstanden, die aufgrund von Defekten im menschlichen Körper wachsen kann.

Ein Tumor kann Schmerz, Stress, Müdigkeit, Schwäche und sonstige Symptome auslösen, die sich negativ auf das Wohlbefinden der PatientInnen auswirken können.

Es ist demgemäß bedeutsam durch eine multimodale Versorgung, interindividuelle Konzepte für die Genesung der PatientInnen zu entwickeln und bereitzustellen.

In eine medizinischen Versorgung fließen strategische, physiologische und psychologische Aspekte hinein, die bei der Feststellung der Qualitätssicherung mitberücksichtigt werden müssen.

Ein wesentlicher Punkt bei der Behandlung der PatientInnen sind Unterschiede in den Versorgungssichtweisen zwischen BehandlerInnen und PatientInnen. Diese können sich beispielsweise bezüglich der ausgewählten Behandlung, Versorgung im Allgemeinen, Kommunikation oder in der Mitentscheidungsfähigkeit zeigen. Diese Unterschiede können sich auf einer psychologischen Ebene belastend auf den PatientInnen auswirken und die Krankheitsbewältigung bzw. -verarbeitung negativ beeinflussen.

Ein ausschlaggebendes Ziel ist es, zu erforschen und festzustellen, wo diese unterschiedlichen Sichtweisen liegen und ein ökonomisches, reliables und valides Instrument zu entwickeln, um eventuelle Unterschiede in der Versorgung zu ermitteln sowie Ideen für die Verringerung eventueller Unterschiede zu erarbeiten.

Wie sich bei Untersuchungen gezeigt hat, möchten PatientInnen gut über die Erkrankung informiert werden, brauchen aber Unterstützung bei der Behandlungsentscheidung (Ende et al., 1989). PatientInnen möchten auch mehr in die Kommunikation involviert werden, wo es mehrere Auswahlmöglichkeiten für die Behandlung gibt (Gerteis et al., 1993). Auswahl des Leistungsangebotes und der Behandlung sind auch von den damit verbundenen Neben-

wirkungen abhängig (Keeney et al., 1982). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung trägt zum Angstabbau bei und erhöht die Compliance der PatientInnen. Die momentane Zufriedenheit der PatientInnen kann auch vom momentanen Gesundheitsszustand beeinflusst werden (Kane et al., 1997).

Eine Untersuchung von Ehnfors M. et al., 1993 zeigt, dass die Zufriedenheit der PatientInnen auch von deren Alter abhängig ist. Ältere PatientInnen geben grundsätzlich positivere Beurteilungen ab, als jüngere PatientInnen. Auch das Geschlecht der BehandlerInnen kann einen Einfluss auf die Zufriedenheit der PatientInnen haben (Hall et al., 1994).

Diese und weitere Untersuchungen zeigen, dass die allgemeine Versorgung von Faktoren der Zufriedenheit der PatientInnen, des Wohlbefindens und generell von der Lebensqualität abhängt und sehr interindividuell und krankheitsbezogen ist.

Die folgende Dissertationsarbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Onkologische Versorgung aus der Sicht der PatientInnen und deren BehandlerInnen“. Ein Hauptmerkmal der Dissertationsarbeit ist, die Entwicklung eines Fragebogens für die PatientInnen (Selbsteinschätzung) und ein Parallelfragebogen für die BehandlerInnen (Fremdeinschätzung), welche Unterschiede in den Bewertungen verschiedener Aspekte der Versorgung zwischen PatientInnen und BehandlerInnen identifizieren soll.

## **1.2. Lebensqualität und Tumorerkrankung**

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert die Lebensqualität, als eine *subjektive Wahrnehmung* einer Person über ihre Stellung im Leben im Bezug zur Kultur und den Wertsystemen, bezogen auf Ziele, Erwartungen, Standards und Bedürfnisse<sup>1</sup> (Renneberg & Lippke, 2006).

Die *subjektive Wahrnehmung* hingegen ist die Evaluierung des eigenen Lebens einer Person sowohl bezogen auf die Vergangenheit, als auch auf die momentane Situation des Lebens. Die Evaluierungen beinhalten den emotionalen Bezug zum eigenen Leben, Launen und die Lebenszufriedenheit (Diener., 2003).

Bereits diese Definition lässt darauf schließen, dass die Lebensqualität ein vielschichtiges Konstrukt ist. Sie kann aus sozialen, physischen sowie psychischen Dimensionen bestehen.

---

<sup>1</sup> WHO 1997

In der Vergangenheit war die Lebensqualität der Menschen aus wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gründen mäßiger. Durch die Weiterentwicklung der Technologien, durch die Forschung und die Wissenschaft wurden neue Standards entwickelt und Verbesserungen der Lebensqualität angestrebt. Die Lebensqualitätsforschung hat daher als Ziel, die Qualität des Lebens auf einem hohen Niveau aufrecht zu erhalten. Hierbei zentriert man sich immer stärker auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Daig & Lehmann, 2007).

### **1.3. Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch die Erkrankung**

Die Lebensqualität kann aufgrund der Belastungen, die eine Tumorerkrankung mit sich bringt, auf vielen Ebenen negativ beeinträchtigt werden. Sie ist eine mehrdimensionale Größe, die sowohl objektiv erfassbare, als auch subjektiv empfundene Bereiche enthält (Deuschinoff, Friedrich, Thiem, Voigtmann, & Pientka, 2005).

Die Einflussgrößen auf die Lebenszufriedenheit, die sich bei übermäßiger Einwirkung auf den Menschen in psychischen Störungen manifestieren können, sind funktionelle, emotionale und familiäre Faktoren. Zum Beispiel emotionale Störungen, die daraus entstehen können wären: depressive Verstimmungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Selbstwertprobleme und Identitätsstörungen (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006).

Als Strategien für die Bewältigung solcher Belastungen können Ressourcenaktivierung, Verbesserung von Coping-Strategien, sowie soziale Unterstützung in Frage kommen (Schuth, 1998).

Um die subjektiven Empfindungen der PatientInnen, welche auch die Lebensqualität beeinflussen, zu erfassen, wurden unterschiedliche Interviewmethoden erarbeitet. Dabei werden Inhalte wie Angst, sozialer Status, Nebenwirkungen von Behandlungen, Kommunikation oder physiologische Nebenwirkungen erfasst (siehe Kapitel 2.1).

### **1.4. Einsatz und Sichtweisen der BehandlerInnen**

Viele BehandlerInnen erleben Unzufriedenheit aufgrund von Zeitmängeln oder aufgrund der zunehmenden Anzahl von bürokratischen Abläufen. Darüber hinaus gibt es eine

Steigerung der Erwartung der PatientInnen, die ebenfalls einen Einfluss auf den Arbeitsprozess der BehandlerInnen haben (Morisson., 2000).

Die Arbeitszufriedenheit ist ein Schwerpunkt, der sich im weiteren Sinne auf die Behandlung auswirken kann. Dieser wird stark von der Arbeitszeit, Anerkennung für die Arbeit, Bezahlung, Arbeitsfreiheit und Verantwortung bestimmt. All diese Faktoren können sich in unterschiedlichen Maßen auf die Versorgung und im weiteren Sinne auf die generelle Zufriedenheit auswirken (Appleton,1998).

Die folgende Untersuchung fokussiert sich auf die Erfassung der Sichtweisen der PatientInnen und wie die BehandlerInnen aus ihrer Sichtweise die Bewertungen der PatientInnen-zufriedenheit beurteilen.

## **1.5. Einflussfaktoren der Zufriedenheit der Versorgung**

### **1.5.1. Schmerzen und körperliche Beschwerden**

Eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität und Schwierigkeiten mit der Ausführung alltäglicher Gegebenheiten haben PatientInnen die aufgrund ihrer Erkrankung, Schmerzen oder körperliches Unwohlsein erleben (W.Pipam, et al., 2002).

Eine Eigenschaft von der Schmerzsymptomatik stellt die Informationsfunktion bzw. die Warnfunktion bei körpereinwirkenden Schäden dar. Abhängig vom Ort, von der Art des Tumors und von der individuellen Schmerzempfindung ist die Schmerzwahrnehmung unterschiedlich.

Während einer Tumorerkrankung können die Schmerzen akut oder chronisch erlebt werden. Akute Schmerzen treten meist nach Operationen auf und klingen nach einer bestimmten Zeit wieder ab. Chronische Schmerzen haben eine zeitlich längere Ausdauer und können zu einer Abschwächung des Immunsystems führen.

### **1.5.2. Psychisches Befinden**

Eine Tumordiagnose bewirkt einen emotionalen Schockzustand, der auch ein psychisches Trauma auslösen kann.

Die Tumorerkrankung ist in unserer Gesellschaft stigmatisiert und mobilisiert die emotionale Befindlichkeit des Betroffenen in eine negativen Richtung. Das Thema Tumor ist verbunden mit Tod, Angst und Leiden. Auf der emotionalen Ebene reagiert der Betroffene mit Selbstzweifel, Selbstmitleid und Schuldzuweisungen.

Das psychische Erleben der Erkrankung wird ebenso vom sozialen Umfeld, der Religion sowie der Ausprägung der Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit beeinflusst.

Für die Betroffenen ist eine individuell angepasste psychologische Unterstützung relevant. Dies kann sich durch die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bis hin zu Einzelgesprächen mit einem Psychologen erstrecken.

Ein interdisziplinärer Bereich, der sich als Stütze bei der Bewältigung psychologischer Belastungsprozesse einsetzt, ist die Psychoonkologie.

Um die Befindlichkeit sowie die Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern bzw. zu erhöhen, stellt sich die Frage, ob alle PatientInnen eine klinisch psychologische Betreuung benötigen oder nicht. Laut P. Herschach (2006) gibt es verschiedene Faktoren, die als Anker für die Erkennung einer Notwendigkeit psychoonkologischer Betreuung fungieren können.

Einige dieser Kriterien sind das eigene Bedürfnis der PatientInnen eine psychologische Betreuung anzunehmen, Merkmale der Erkrankung und die Bewertung des psychischen Zustandes durch die BehandlerInnen.

### **1.5.3. Kommunikation**

Eine angenehme, freundliche und verständliche Kommunikation zwischen BehandlerInnen und Patient stellt eine Voraussetzung für einen guten Behandlungsprozess dar. Die Kommunikation kann sowohl beziehungsbezogen, als auch inhaltsbezogen sein. Im Mittelpunkt der Kommunikation, die *inhaltsbezogen* ist, spielen die Symptome, die Anamnese und die Erkundung der Erkrankung eine wesentliche Rolle. Hier erfragt der Arzt den Erkrankungsablauf, versucht neue Informationen zu gewinnen, und prüft die gesundheitsbezogenen Problemen und Belastungen, die durch die Erkrankung entstanden sind.

Die *Beziehungskomponente* der Kommunikation und Interaktion hingegen spiegelt das sozialisationsbezoge Interesse der BehandlerInnen wider. Hier sind auch nonverbale Faktoren von Bedeutung, die durch Missinterpretation zur Minderung der Zusammenarbeit führen kön-

nen. Zu den nonverbalen Kommunikationsarten gehören Augenkontakt, Stimmlage, Ton, sowie Freundlichkeit (Gallagher, 2001).

#### **1.5.4. Gemeinsame Entscheidungsfindung**

In der Vergangenheit wurden die Behandlungsentscheidungen *paternal* durchgeführt, somit waren die Beschlüsse einseitig und nur vom BehandlerIn bestimmt. Dies führte zur Untergrabung der Autorität des PatientIn. Der Patient hat die Rolle eines „Kindes“ eingenommen und der Arzt die Rolle des Elternteils. Alle Entscheidungen wurden daher vom „Elternteil“ durchgeführt (Charles, Amiram, & Tim, 1999).

Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, ist es relevant, eine paternale Entscheidungsmethode auszuschließen und eine gemeinsame Entscheidungsfindung anzustreben.

Solche Entscheidungsschritte beinhalten Informationsaustauschprozesse zwischen Patient und Arzt. Sowohl der Patient als auch der Arzt geben Behandlungspräferenzen an und mit gegenseitigem Einverständnis arbeiten sie gemeinsam einen Behandlungsplan aus (Charles, Amiram, & Tim, 1999). Diese Methode der Entscheidungsfindung ist die *partizipative Entscheidungsfindung*. Hierbei wird der Patient als Partner in allen Entscheidungsprozessen angesehen und die Durchführung und Auswahl der Behandlung erfolgt auf einer zweiseitigen gemeinsamen Ebene.

Eine weitere Variante der Entscheidungsfindung ist die *informative Entscheidungsfindung*, wo der Arzt nur die sachspezifischen Informationen dem PatientIn mitteilt, und alle anderen Entscheidungen wie die Auswahl der Therapie dem PatientIn überlässt.

#### **1.5.5. Weitere Einflussfaktoren der Zufriedenheit der Versorgung**

In einer Studie der Zufriedenheit schwerverletzter PatientInnen im Krankenhaus (Ommen, Janßen, Neugebauer, Rehm, Bouillon, & Pfaff, 2006) wurden Einflussfaktoren der Zufriedenheit untersucht und Faktoren beschrieben, die mit der PatientInnenzufriedenheit zusammenhängen. Solche Faktoren waren, auf der soziodemographische Ebene *Alter, Geschlecht und soziale Schicht der PatientInnen*; auf der kommunikativen Ebene *gemeinsame*

*Entscheidungsfindung*; auf der Ebene der Organisation *Organisation und Ablauf*; auf der Ebene des Wohlbefindens *körperliche Befindlichkeit*.

Es zeigte sich, dass die PatientInnen zufrieden waren, wenn diese Bereiche positiv beurteilt wurden.

Darüberhinaus war es feststellbar, dass weibliche Patientinnen niedrigere Zufriedenheitsratings abgaben als männliche Patienten.

Eine Studie des freien ärztlichen Verbandes Nav–Vichwo–Bund untersuchte die Zufriedenheit der PatientInnen mit den Ärzten. Es wurden als Kriterien der Zufriedenheit *gutes Einfühlungsvermögen, Zuspruch durch den Arzt, Interesse an der Person, gemeinsame Entscheidungsfindung, Zuhörfähigkeiten der Ärzte und Verständnis* ausgewählt.

Die vorläufigen Ergebnisse der Studie zeigen, dass die PatientInnen generell eine hohe Zufriedenheit mit den ärztlichen BehandlerInnen haben.

## **II. Messinstrumente der Lebensqualität und Zufriedenheit der PatientInnen**

### **2.1. Messinstrumente der Lebensqualität**

Für Erforschung und Erfassung der Lebensqualität wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt wie: *Spitzer Quality of Life Index*; *WHO Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL); SF-36 Health Survey; Nottingham Health Profile<sup>2</sup>; EORTC Quality of Life<sup>3</sup>.

*Spitzer Quality of Life Index* erfasst folgende grundlegende Dimensionen der Lebensqualität: die soziale Aktivität, Bewältigung im Alltagsleben, Gesundheitsbezug / Wohlbefinden, Umweltbezug und die Stimmungslage.

Das Instrument wurde für TumorpatientInnen entwickelt. Der Test ist sehr ökonomisch und die Bewertung der einzelnen Items kann mit einer Punktzahl von 0-2 durchgeführt werden. Die Summe der angegebenen Antworten wird zu einem Index zusammengefasst. Spitzer Quality of Life kann sowohl als Fremdbeurteilungsinstrument, als auch als Selbstbeurteilungsinstrument angewendet werden. Die Antworten bilden einen Gesamtindex

---

<sup>2</sup> Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität

<sup>3</sup> Kamolz, T., & Pointner, R. (1998) „Lebensqualität“ ein Beurteilungsinstrument der Chirurgie

zwischen 0 und 10. Der Wert 10 deutet auf eine sehr gute Lebensqualität hin, der Wert 0 hingegen bezieht sich auf eine sehr schlechte Lebensqualität.

*WHO Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL) ist ein von der Weltgesundheitsorganisation entwickeltes Verfahren für die Erfassung der subjektiv empfundenen Lebensqualität. Die längere Fassung des WHOQOL-100, welches aus 100 Items besteht, erfasst fünf Konstrukte wie: Religiösität, Umwelt, Unabhängigkeit, psychische Lebensqualität und physische Lebensqualität. Die WHOQOL wurde für mehrere internationale Regionen entwickelt somit besitzt das Instrument auch eine breite Kulturspezifität.

*SF-36 Health Survey* erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Das Instrument besteht aus 36 Items und fokussiert sich auf Dimensionen der körperlichen Funktionalität, körperlichen Rollenfunktionalität, soziale Funktionalität, Schmerz, psychisches Wohlbefinden, emotionale Rollenfunktionalität und allgemeine Gesundheitswahrnehmung.<sup>4</sup> SF-36 kann sowohl durch die Methode einer Selbstbeurteilung oder durch eine Fremdbeurteilung durchgeführt werden.<sup>5</sup>

*Das Nottingham Health Profile* enthält 36 Items<sup>6</sup> und erfasst sechs Dimensionen wie Energieverlust, Schmerz, emotionale Reaktion, Schlaf, soziale Funktion und physische Mobilität. Die Ergebnisse der Items werden zu einem Gesamtindex zusammengefasst. Ein hoher Index deutet auf geringere Lebensqualität hin, hingegen ein niedriger Index ist mit einer hohen Lebensqualität verknüpft.

*Das EORTC – QLQ – 30 Fragebogen* besteht aus 30 Items und erfasst folgende fünf Dimensionen: körperliche Funktionen, Rollenfunktionen, kognitive Funktionen, emotionale Funktionen und soziale Funktionen. Zum EORTC - QLQ können zusätzliche Module hinzugefügt werden, wodurch Zusatzfaktoren wie die Einwirkung von Müdigkeit oder Schmerz, erfasst werden können.

---

<sup>4</sup> Lebensqualität ein Beurteilungsinstrument der Chirurgie

<sup>5</sup> Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität

<sup>6</sup> Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität

## 2.2. Messinstrumente der Versorgung und Zufriedenheit von PatientInnen

*EORTC –QLQ- Modul PATSAT32 (Patient Satisfaction 32) QUESTIONNAIRE* erfasst die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Versorgung im Krankenhaus. Das Instrument besteht aus 32 Items und bezieht sich auf die subjektive Beurteilung der PatientInnen. Der Bereich, der das Instrument abdeckt, ist die subjektive Beurteilung der Ärzte und Krankenschwestern bezüglich technischer Fähigkeiten, interpersonaler Fähigkeiten, Informationsweitergabe und Verfügbarkeit (A. Brenard et al. 2005).

*ZAP-Zufriedenheit in der Arztpraxis aus PatientInnenperspektive.* Dieses Instrument überprüft die Zufriedenheit der PatientInnen bezüglich „Servicequalität“. Die Schwerpunkte des Instruments sind: Arzt-PatientInnen-Interaktion, Information, fachliche Kompetenz, Wirksamkeit der Behandlung, und Praxisorganisation (Berger, Lenz, & Mühlhauser, 2008).

*EUROPEP-European Project on Patient Evaluation of General Practice Care.* Ziel dieses Instruments ist es, auf Diskrepanzen oder mangelnde Versorgungsbereiche in Arztpraxen zu schließen, die für die Versorgung und Qualitätsmanagement relevant sind (Berger, Lenz, & Mühlhauser, 2008).

Das *Qualiskope-A* Erhebungsinstrument erfasst die Zufriedenheit der PatientInnen in Fach- oder Hausarztpraxen. Im Mittelpunkt stehen Faktoren wie: fachliche Kompetenz des Arztes, Arzt-PatientInnen-Interaktion, Information, Praxisorganisation, Rahmenbedingungen des Arztbesuchs, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Einschätzung der Wirksamkeit der Behandlung, Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, allgemeine Zufriedenheit mit dem Arztbesuch, Weiterempfehlungsbereitschaft und Bereitschaft die Praxis zu wechseln (Berger, Lenz, & Mühlhauser, 2008).

*Bei der GEB/QP-Qualitätspraxen Fragebogeninstrument* steht im Mittelpunkt die Erfassung der „Kundenzufriedenheit“ bezüglich: Organisation, Praxisaustattung, Termine, behandlungsbezogene Kompetenz und Information, Interaktion / Kommunikation und emotionale und persönliche Unterstützung.

FPZ – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ist ein Messinstrument bestehend aus 37 Items bzw. eine revidierte Fassung aus 10 Items. Der Fragebogen deckt folgende Versorgungsbereiche ab: Krankenzimmer, Verpflegung und Tagesablauf, fachliches Können der Ärzte, Umgang der Ärzte mit den PatientInnen, Information, Betreuung, Betreuung durch die Krankenschwestern und –pfleger, Krankenhausorganisation, Angebote für die PatientInnen, Erreichbarkeit des Krankenhauses, Parkplätze und Ergebnisse des Krankenhausaufenthaltes.

### III. Begriffsbestimmung und Einteilung von Tumoren

Ein Tumor ist eine abnorme Gewebsmasse bzw. eine Geschwulst, die destruktiv und invasiv im menschlichen Körper wachsen kann. Sie führt ohne entsprechender oder erfolgreicher Therapie zum Tod. Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Tumoren und Klassifikationssystemen. Man unterscheidet bezüglich Dignitätsbeurteilung *bösartige und gutartige Tumore*.

Die Eigenschaften von gutartigen Tumoren sind: langsames Wachstum, geringe Zellteilung, keine destruktive Wirkung auf die umgebende Gefäße, keine Ausbildung von Tochtergeschwülsten, keine Schädigung umgebender Organe und keine Verlegung von Hohlorganen<sup>7</sup>. Gutartige Tumore sind nach einer erfolgreichen Operation behandelbar und können entfernt werden.<sup>8</sup> Ein Hauptmerkmal gutartiger Tumore ist auch die Zellstruktur, die eine ähnliche Abbildung besitzt und soweit einzäunend wächst, dass sie kein abgrenzendes Gewebe zerstört.

Die Eigenschaften von bösartigen Tumoren sind *schnelles Wachstum, erhöhte Zellteilung, erschwerte Differenzierung von anderen Geweben, Eindringen in andere Organe oder Gewebe, destruktiver Charakter auf umgebende Bereiche, Bildung von Tochtergeschwülsten, zahlreiche unterschiedliche Zellformen bzw. Zelltypen und nicht anhaltender Wachstum*.

Nach der lokalen Tumorausbreitung gibt es zwei Arten von Tumoren. Die einen genannt „*Carcinoma in situ*“, diese breiten sich aus, zerstören jedoch die Basalmembran nicht; hingegen die sogenannten „*invasiven Tumore*“ durchdringen die Basalmembran und sind nicht abgrenzbar.

---

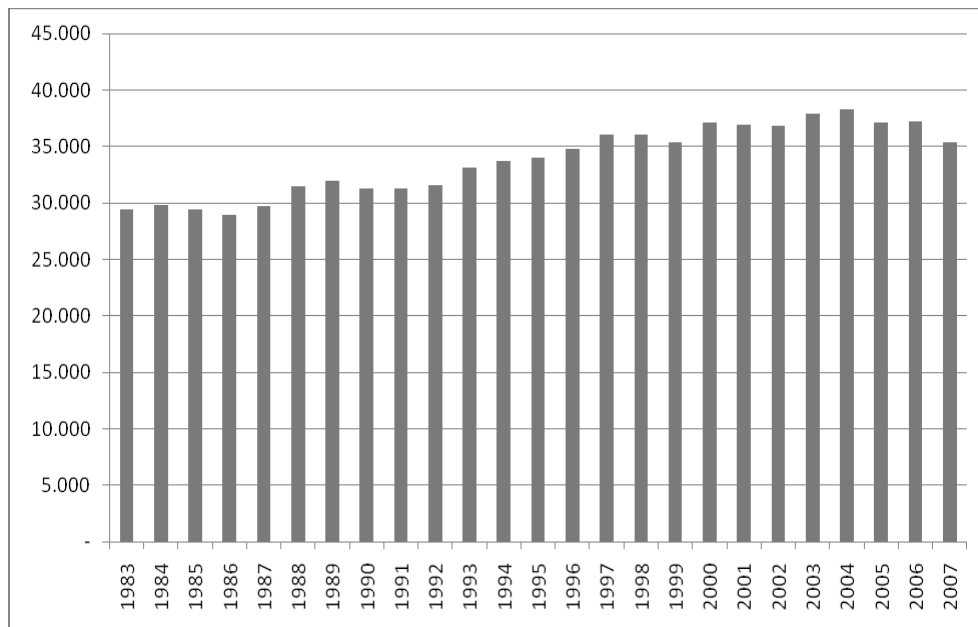
<sup>7</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) – Kompendium Internistische Onkologie Standards S93

<sup>8</sup> Tumorstherapie – Dr. Karl Maier.

Nach Gewebearten entstehende Tumore unterteilt man in *Karzinome und Sarkome*. Tumore, die aus dem Epithelgewebe entstammen, werden als *Karzinome* bezeichnet, indes- sen Geschwülste, die aus den Bindegeweben entstehen, werden als *Sarkome* bezeichnet.

### 3.1. Häufigkeiten der Tumorerkrankung

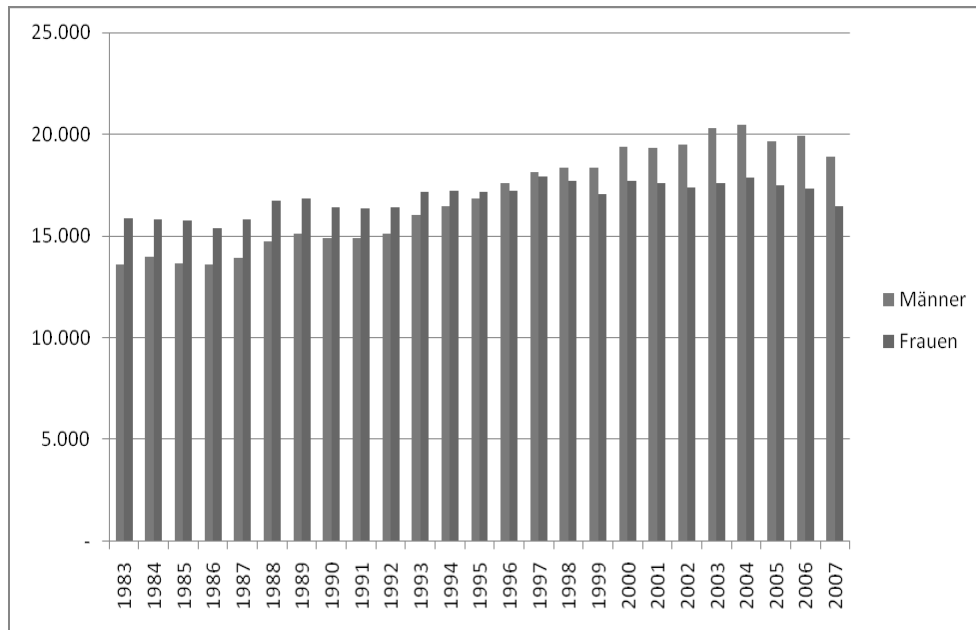
Im Jahr 2007 zeigte sich in Österreich eine Tumorzinzidenz von 35.356 Neuerkrankungen magliner Tumore. Abhängig von Tumorart und Geschlecht ist die Tendenz der Inzidenz- raten unterschiedlich.



**Abbildung 1**  
**Gesamtinzidenzrate magliner Tumore seit 1983 (Statistik Austria, 2007)**

Die Abbildung 1 stellt die Gesamtinzidenzrate der Erkrankungen magliner Tumore dar (Statistik Austria, 2007).

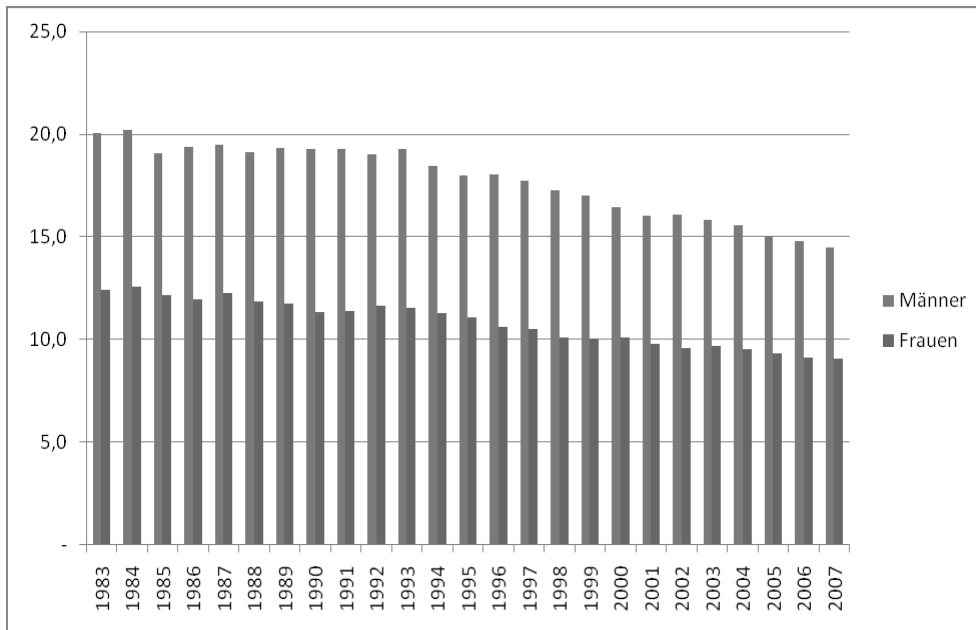
Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, hat sich die Zahl der Neuerkrankung magli- ner Tumore zwischen den Jahren 1983 und 2007 etwas erhöht. Verglichen jedoch mit dem Jahr 2006, zeigt sich eine leichte Abnahme der Tumorneuerkrankungen im Jahre 2007.



**Abbildung 2**  
**Inzidenzrate maligner Tumore nach Geschlecht seit 1983 (Statistik Austria, 2007)**

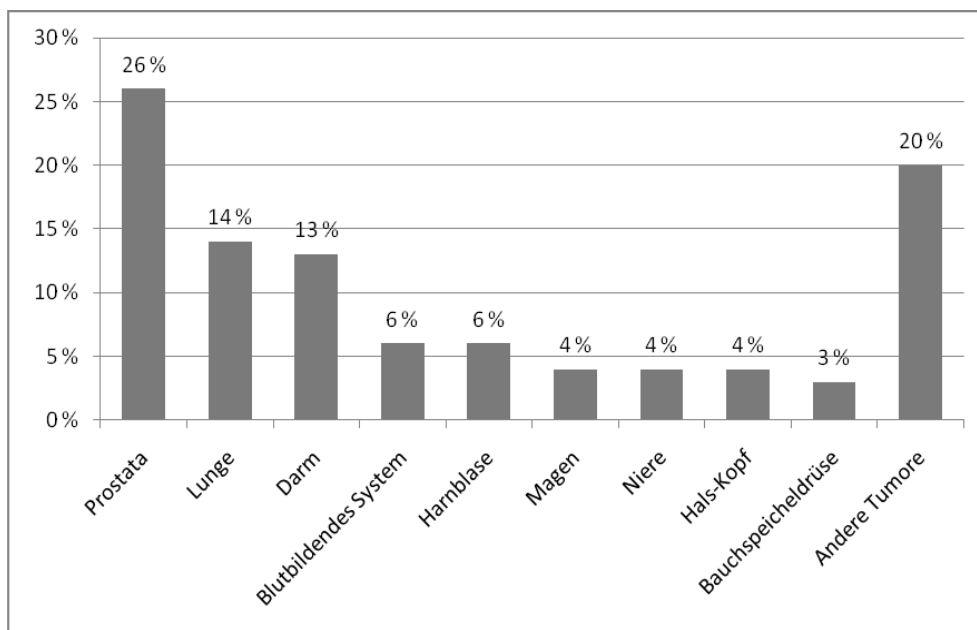
Die Abbildung 2 stellt die geschlechtsspezifische Neuerkrankungsrate ab dem Jahr 1983 dar.

Es zeigt sich eine leichte Zunahme der Inzidenzrate maligner Tumore bei männlichen PatientInnen ab dem Jahr 1996. Bei weiblichen Patientinnen ist eine fast konstante Tendenz ersichtlich.



**Abbildung 3**  
Sterberate bis zum 75. Lebensjahr ab 1983 (Statistik Austria, 2007)

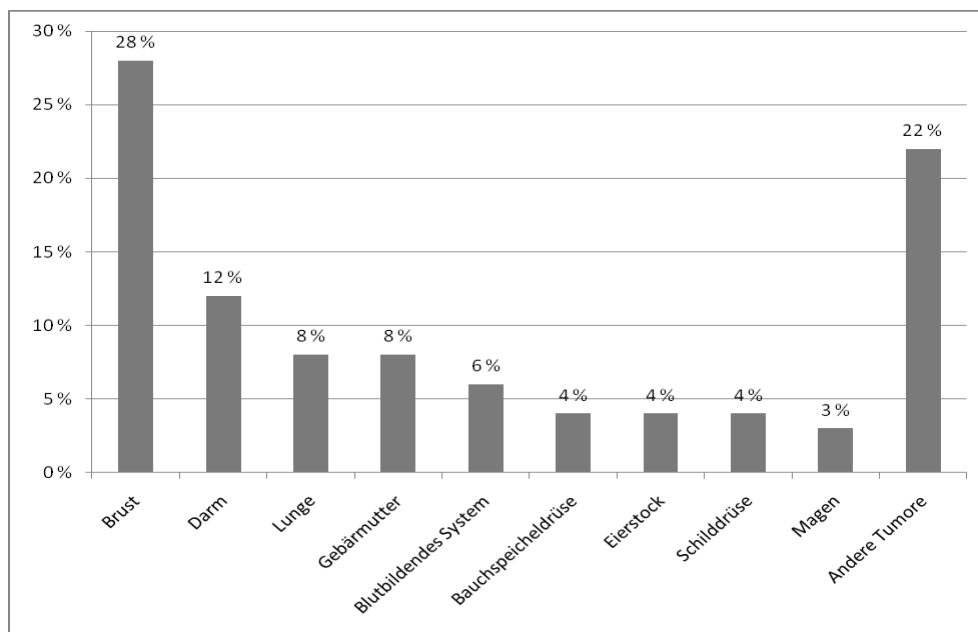
Die Entwicklung der Sterberate nach der Eliminierung der Alterseffekte zeigt eine abnehmende Tendenz bis zum Jahr 2007. Es ist jedoch ersichtlich, dass große Geschlechtsunterschiede vorhanden sind, wobei männliche Patienten eine höhere Sterberate aufweisen.



**Abbildung 4**  
Tumorkategorien bei männlichen Patienten (2007, Statistik Austria)

Betrachtet man die Tumorfrequenzen nach der Lokalisation, wie die Abbildung 4 darstellt, kann man aus den Daten entnehmen, dass die häufigste vorkommende Tumorart bei männlichen Patienten Prostatakrebs ist, der zweithäufigste magliner Tumor zeigt sich durch Lungenkrebs, gefolgt von Darmkrebs an dritter Stelle.

Verglichen mit den letzten zehn Jahren hat sich ein starker Rückgang der Magentumorinzidenz bei männlichen Patienten gezeigt. Dies kann auf die verbesserten Vorsorgeuntersuchungen zurückgeführt werden.



**Abbildung 5**  
**Tumorlokalisation bei weiblichen Patientinnen (Statistik Austria, 2007)**

Vergleicht man die häufigsten Tumorlokalisationen im Jahr 2007 bei weiblichen Patientinnen (Abbildung 5), so ergibt sich ein überaus hoher Wert beim Brustkrebs mit 28 %; an der zweiten Stelle Darmkrebs mit 12 %, gefolgt von Lungen- und Gebärmutterkrebs mit jeweils 8 %.

Die folgenden zwei Kapiteln bzw. Kapitel IV. *Tumorentstehung* und Kapitel V. *Behandlung von Tumoren* sollten eine Übersicht über die Entstehung maligner Tumore und deren Behandlungen geben.

Es sollte die multimodale Behandlung, moderne Versorgung, der technischer Fortschritt, jedoch auch die unterschiedlichen Einwirkungen auf die PatientInnen ersichtlich sein. Diese Einwirkungen haben einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität der PatientInnen sowie im weiteren Sinne auf deren Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung.

## **IV. Tumorentstehung**

Ein Tumor kann aufgrund des Zusammenwirkens vielerlei Faktoren entstehen. Dabei ist anzumerken, dass gleichartige Tumore wie z.B. Brustkrebs bei unterschiedlichen PatientInnen ganz andere Entstehungsursachen haben können.

Bei der Entstehung von malignen Tumoren spielen verschiedene Noxen, die das menschliche Genom beeinflussen, eine überaus relevante Rolle. Die Unterteilung der Noxen kann in endogen und exogen erfolgen.

### **4.1. Endogene Noxen**

Als *Endogene Noxen* bezeichnet man, nicht aus der Umwelt stammende Einwirkungen, die das menschliche Genom soweit verändern, dass daraus maligne Tumore entstehen. Endogene Noxen können beispielsweise einen negativen Einfluss auf die Zellteilung haben, und dadurch Replikationsfehler verursachen. Eine endogene Noxe kann auch Mutationen bewirken bzw. als Mutagene auftreten. In einer normalen Zelle kann es täglich zu spontanen Mutationen kommen, wobei solche Mutationen nicht tumorauslösend sein müssen. Die Tumorentstehung erhöht sich mit dem Alter des Patienten, da es aufgrund einer längeren Zeitspanne zu mehr Störungen der Zellen und zu mehr Mutationen kommen kann.

#### **4.1.1. Onkogene**

Onkogene sind Gene, die für die Proliferation, Zelldifferenzierung, Mobilität der Zellen und für die intrazelluläre Signalvermittlung zuständig sind. Sie gründen einen Teil eines

Netzwerks, die die zelluläre Funktionalität aufrechterhalten. Onkogene sind darüber hinaus für die Wachstumsregulation einer Zelle verantwortlich, sie können aufgrund von verschiedenen Defekten zur malignen Tumorbildung beitragen.

Durch genetische Mutationen können die Onkogene das Wachstum von Zellen fördern. Es kann eine sogenannte „gain of function“<sup>9</sup> bzw. eine Überfunktionsstörung der Zellen speziell des Zellwachstums herbeigeführt werden. Mutationen können aber auch ungefährlich sein und nur eine „loss of function“ herbeiführen, die ein Verlust der Zellfunktionen darstellen.

Zu den Onkogenen gehörende Teilbereiche sind autokrine Wachstumsfaktoren, Wachstumsfaktor-Rezeptoren, Signaltransduktionsketten, Transkriptionsfaktoren und Zykline.

Onkogene können auch für *autokrines Wachstum* verantwortlich sein. Wenn Tumorzellen Wachstumsrezeptoren enthalten, kann es durch Onkogene zu einer Stimulation dieser Rezeptoren kommen und dadurch das Wachstum der Zellen gefördert werden.<sup>10</sup>

*Wachstumsfaktor-Rezeptoren* sind zuständig für die Steuerung des Wachstums. Eine Überexpression dieser Rezeptoren kann zu einem stärkeren Wachstum der Zelle beisteuern.

Die *Signaltransduktionskette* ist ein nacheinander geschaltetes Netzwerk, bestehend aus mehreren Teilen. Die Teile dieses Netzwerks können durch eine dominoartige Aktivierung Wachstumssignale zum Zellkern senden. Bei der Signaltransduktionskette spielen die RAS-Gene eine bedeutende Rolle. Es handelt sich hier um Proteine, die durch Mutationen der RAS-Gene eine ständige Aktivierung zeigen und in vielen malignen Tumoren vorkommen.<sup>11</sup>

*Transkriptionsfaktoren* sind Proteine, die die Transkription wie die m-RNA-Synthese steuern.

*Zykline und zyklinabhängige Kinasen* regulieren den Zellzyklus. Eine Überexpression von Zyklinen ist bei Ösophaguskarzinom und Mammakarzinomen häufig auftretend.

---

<sup>9</sup> (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006) S 22

<sup>10</sup> (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006) S22

<sup>11</sup> (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006) S24

#### 4.1.1.1. Aktivierung der Onkogene

Onkogene werden aktiviert durch Amplifikation (Vermehrung des zweifach vorhandenen Gens), chromosomale Translokation (kann eine direkte Veränderung der Chromosomenstruktur herbeiführen), Punktmutation (betreffen nur einzelne Gene; an der DNA wird nur ein Basenpaar verändert), Integration einer primär nicht onkogenen Sequenz (durch eine Initiierung einer nicht onkogenen Sequenz in ein zelluläres Gen; z.B. durch eine virale Sequenz) oder durch eine Deregulierung der Onkogenexpression (Überexpression des Genproduktes).

#### 4.1.1.2. Tumorsuppressorgene<sup>12</sup>

Tumorsuppressorgene unterdrücken das Wachstum von Genen. Sie werden auch als „Bremse<sup>13cc</sup>“ der Zellproliferation bezeichnet. Zwei bedeutende Tumorsuppressorgene sind Retinoblastomgen und P53 Gen.

*Retinoblastomgen* hat eine regulierende Funktion der Genaktivität im Verlauf eines Zellzyklus. Retinoblastomprotein durchläuft unterschiedliche Phasen der Phosphorylierung, wobei diese Phosphorylierungszyklen des Retinoblastomaproteins pRB Einfluss auf die zeitliche Länge der G1 Phase des Zellzyklus und des Eintritts in die S Phase nimmt.<sup>14</sup>

Die G1 Phase ist die Phase der Zellteilung, die dadurch bestimmt wird, ob die Zelle sich nochmals teilt oder aus dem Zellzyklus austritt.<sup>15</sup>

Durch Defekte des Retinoblastomgens kann der Zellzyklus beschädigt werden.<sup>16</sup>

*P53 Gen* wird als Hüter des Genoms bezeichnet. Sie ist für die Reparatursteuerung von Zellen verantwortlich, die einen DNA-Schaden aufweisen. Sie initiiert entweder einen Reparaturvorgang, oder sie leitet den Zelltod bzw. die Apoptose ein.

Durch Mutationen dieses Gens kann es zur Deregulation der Apoptose kommen, wodurch die Zelle ihren Sterbensprozess verliert.

---

<sup>12</sup> (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006) S27

<sup>13</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S29

<sup>14</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 30

<sup>15</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S7

<sup>16</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S26

#### **4.1.1.3. Biochemische Störungen**

Biochemische Funktionsstörungen wie Störungen der Bindung an die RNS, Bindung an die DNA, Aktivierung der Transkription, Repression der Transkription, Regulation der DNA- Replikation, Regulation von Bcl-2, sowie auf der zellbiologischen Seite, können Störungen des Zellwachstums ebenfalls herbei führen.<sup>17</sup>

#### **4.1.1.4. Apoptose**

Die Apoptose ist der programmierte Zelltod. Durch eine Zerstückelung der DNA erfolgt der programmierte Zelltod. Dieser Vorgang ist relevant für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes des Organismus. Durch einen Defekt dieses Prozesses kann eine Störung der Proliferation herbeigeführt werden. Die Zelle stirbt nicht, sondern wächst ununterbrochen.<sup>18</sup>

#### **4.1.1.5. Telomerasegene**

Telomerase ist ein Enzym, welches für den Erhalt von Chromosomen verantwortlich ist. Darüber hinaus hat die Telomerase eine Schutzfunktion gegenüber unkontrollierter Zellteilung.

Bei jeder Zellteilung gehen Telomere verloren. Durch den Verlust der Telomere kommt es zum Zelltod. Bei Telomeredefekten entstehen Komplikationen mit der Verkürzung der Telomere, dies bewirkt eine Förderung des Zellwachstums.

#### **4.1.1.6. DNA-Reparaturgene**

Bei einer Schädigung der DNA werden Reparaturschritte des Makromoleküls eingeleitet. Durch die Exzisionsreparatur werden Basen repariert, die Mismatchreparatur ist zuständig für die Reparatur von Replikationsfehlern, und die Doppelstrangbrüche werden durch eine Doppelstrangreparatur behoben. Der Defekt der DNA wird durch Sensor-Proteine identifi-

---

<sup>17</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S31

<sup>18</sup> Brockhaus Multimedial 2007 (Apoptose)

ziert, die Informationen über die Schäden werden nachfolgend durch Transducer-Proteine weitergeleitet, wodurch dann Reparaturmechanismen durchgeführt werden.

Bei einer Dysfunktion des DNA – Reparatursystems erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Tumorentstehung, da aufgrund des Ausfalls verschiedene Mutationen in der Zellebene folgen können.

## **4.2. Exogene Noxen**

Exogene Noxen sind schädigende Umwelteinflüsse wie Strahlung, chemische Substanzen oder physikalische Schäden, die durch längere und intensivere Einwirkung auf den Körper zur Veränderung des Genoms und zur Entstehung maligner Tumoren beitragen können. Auch der Lebensstil einer Person kann im weiteren Sinne, als exogene Noxe gesehen werden, die im Zusammenwirken unterschiedlicher endogener Faktoren, die Entstehung maligner Tumore fördert.

### **4.2.1. Strahlung**

Ionisierende und ultraviolette Strahlen können DNA-Veränderungen durch DNA-Strangbrüche verursachen. Die schädliche Wirkung dieser Strahlen ist abhängig von der Dauer und Intensität der Aussetzung. Durch dauerhafte und überdosierte Strahlung kommt es zu einer Überexpression von O<sub>2</sub>-Radikalen. Diese bewirken in weiterer Folge eine Störung des Genoms, welches zu einer Reorganisation sowie zu einer Chromosomeninversion des Genoms führen können. Diese Veränderungen sind folgend tumorerregend. Strahlungen können Tumorarten wie Schilddrüsentumor oder Hauttumor verursachen. UV-Strahlungen zeigen ab einem Wert von über 310 nm tumorauslösende Wirkung.

Auch Strahlentherapie kann zur sekundären Tumorbildung führen. Erhöhtes Risiko für sekundäre Tumorbildung haben PatientInnen, die längere Zeit mit Strahlentherapie behandelt werden.

#### 4.2.2. Chemische Noxen

Chemische Substanzen wie Schimmelpilz, Asbest oder Tabakrauch können tumorauslösend wirken. Dabei ist dies, wie bei den Strahlennoxen, abhängig von der Dauer der Aussetzung, Dosis und von der schädigenden Wirkung des chemischen Stoffes. Beispielsweise Asbest oder Schimmelpilz können einen Lungentumor auslösen.<sup>19</sup>

Bei der Wirkung von chemischen Noxen kommt es zur Beeinträchtigung der DNA-Basen durch elektrophile Agenzien. Wenn diese Veränderungen der Basen nicht durch DNA-Reparaturmechanismen wiederhergestellt werden können, kommt es bei zukünftiger DNA-Replikation zur Mutationen der betreffenden Gene.<sup>20</sup>

Einer der Hauptverursacher von Tumoren in sehr vielen Ländern ist der Tabakkonsum. Dies kann zu Lungentumor, Mundhöhlentumor, Larynx-, Pankreas-, Nieren-, Ösophagus-, Harnblasen-, Magen-, Zervix- und Lebertumor führen.<sup>21</sup> Weltweit sterben etwa 3 Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens. Zigaretten enthalten Benzpyren, die eine Mutation der Epithelzellen bewirken können. Neben Benzpyren enthält Tabak viele verschiedene karzinogene Stoffe. Der Einfluss vom Rauchen auf die Tumorentstehung ist auch davon abhängig, wie viele Zigaretten täglich geraucht werden, Beginn des Raucherverhaltens und Dauer des Raucherverhaltens.

#### 4.2.3. Physikalische Noxen

Wie bereits seit den 70er Jahren bekannt wurde, existieren unterschiedliche Viren, die zu Karzinomen führen können. Einige der Virenfamilien, die tumorerregend sind, sind Papillomaviridae oder Hepadnaviridae.

Auch chronische Infektionen können Tumore verursachen. Solche Infektionen können hervorgerufen werden durch Bakterien wie: *helicobacter pylory* (Mage-Darm Karzinom), oder PVC (Cervixkarzinom).

---

<sup>19</sup> Tumorstudien Dr. Karl Maier

<sup>20</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S236

<sup>21</sup> (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006) S33

#### **4.2.4. Lebensstil**

Eine ungesunde Lebensweise kann eine Tumorentstehung verstärken. Dazu können gezählt werden: falsche Ernährung, zu viele fetthaltige Nahrungsmittel (ungesunde Fette, gebratene proteinreiche Nahrung bzw. Acrylamidüberschuss), erhöhter Aussetzung von Schadstoffen bei der Arbeit (verschiedene giftige Substanzen), Gewohnheiten wie das Rauchen oder zu wenig Körperbewegung.

Die Entstehung von Tumoren anhand eines ungesünderen Lebensstils ist ebenfalls abhängig von der Dosis und der Dauer der Aussetzung mit dem Schaden.

Durch die Ablegung des schädigenden Lebensstils bzw. Verhaltens könnte man prophylaktisch gegen die Erkrankung wirken, den Risikofaktor eliminieren und dadurch eine „Genesung“ ansteuern.

##### **4.2.4.1. Ernährung<sup>22</sup>**

Eine ungesunde Ernährung, speziell fetthaltiger und fleischreicher Ernährung dienen als Risikofaktoren für die Tumorentstehung, hingegen obstreiches und gemüsereiches Essen wird als tumormindernd und gesund eingestuft.

Durch den Verbrauch von gesundem Essen zeigt sich eine geringere Entstehung von Mundhöhlen-, Rachen-, Speiseröhren-, Lungen-, Magen-, Kolon- und Rektumtumoren.

##### **4.2.4.2. Übergewicht, Immobilisation**

Zu viel Gewicht und wenig Bewegung kann laut Studien (IARC 2002) zur Kolon-, Brust-, Endometrium-, Nieren- und Speiseröhrentumor führen. Durch eine Reduktion des Übergewichtes, kann man eine Risikominderung der maglinen Tumore erreichen.

---

<sup>22</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 222

#### 4.2.4.3. Alkoholkonsum<sup>23</sup>

Der Alkoholkonsum gilt nicht als direkter, tumorauslösender Faktor, jedoch ein vermehrter Alkoholkonsum kann zu einer Verstärkung der Entstehung von Mundhöhlen-, Rachen-, Speiseröhren-, Kehlkopf- und Lebertumor beitragen.

Bei weiblichen Patientinnen fördert übermäßiger Alkoholkonsum die Entstehung von Brusttumoren, darüber hinaus schwächt es verschiedene Organe sowie generell das Immunsystem. Die Anfälligkeit für eine Tumorenstehung wird somit begünstigt.

## V. Behandlung von Tumoren

### 5.1. Diagnostik

Die Diagnostik besteht aus mehreren Schritten. Zuerst erfolgt eine Anamnese, wo die Krankheitsgeschichte der PatientInnen erfasst wird. Desweiteren werden andere Befunde und Informationen über den Zustand der PatientInnen erhoben. Primäres Ziel der Diagnostik ist, die Erfassung und Feststellung über die Existenz eines Tumors, sowie Klärung, ob Metastasen oder Fernmetastasen gegeben sind und schließlich, ob der Tumor durch Operation entfernt bzw. medikamentös behandelt werden kann.<sup>24</sup>

Während des Erstgesprächs können unterschiedliche offene Fragen gestellt werden, wie der Ort der Beschwerden, Verlauf oder die Entwicklung der Beschwerden in den letzten Tagen bzw. Wochen.<sup>25</sup> Auch Informationen über familiäre Erkrankungen, Art des Berufes, körperliche Beschwerden sind in der Diagnostik hilfreich.

Darüber hinaus werden genauere physiologische Untersuchungen unterschiedlicher Bereiche wie, Lymphknoten, Kopf, Hals, Rumpf, Lunge, Wirbelsäule usw. gemacht (Pfeifer, Preiß, & Unger, 2006).

---

<sup>23</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S224

<sup>24</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 472

<sup>25</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 64

Welche Medikamente in letzter Zeit eingenommen wurden und wie die psychologische Befindlichkeit der PatientInnen ist, sind noch zwei bedeutende Fragestellungen, die erfasst werden.

In der onkologischen Disziplin gibt es eine Vielzahl von diagnostischen Methoden, dazu gehören: Computertomographie, Kernspintomographie, Sonographie, Endoskopie, Biopsie, Röntgenuntersuchungen, Skelettszintigraphie<sup>27</sup>, Positronenemissionstomographie usw.

Wenn bildgebende Verfahren etwas ungenauere Ergebnisse liefern, dann können Feinnadelbiopsien eingesetzt werden. Diese haben einen Durchmesser von ca. 1 mm oder weniger als 1 mm und ihr Einsatz ist notwendig für die Histologie und für die Dignitätsbeurteilung des Tumors. Eine bessere Koordination und genauere Diagnostik kann durch eine Mischung der bildgebenden Verfahren und der Feinnadelbiopsien ermöglicht werden.

## 5.2. Tumorthherapie

Um die richtige multimodale Therapie einzuleiten, muss die Anamnese abgeschlossen sein und klinische Befunde, radiologische, histopathologische und funktionelle Evaluation müssen vorliegen.<sup>28</sup>

Für die Ausarbeitung einer geeigneten Therapiemaßnahme müssen die Befunde über die Tumorerkrankung erstellt werden. Die radiologische Evaluation erfasst anhand bildgebender Verfahren die genauere Lokalisation und eventuelle Schichtgegebenheiten des Tumorgewebes. Die histopathologische Evaluation hingegen ist notwendig für die Feststellung des Tumorgrades, Dignitätsbeurteilung oder Erfassung des Lymphgefäßeinbruchs<sup>29</sup>.

Das gesamte Behandlungsspektrum ist sehr breit. Einige der Therapiearten sind: Chirurgische Tumorthherapie, Zytostatikatherapie, Hormontherapie, Strahlentherapie, regionale Tumorthherapie, Zytokintherapie, Signaltransduktionshemmung, photodynamische Therapie, hämatopoetische Wachstumstherapie usw.

---

<sup>27</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 439

<sup>28</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 524

<sup>29</sup> (Schmoll, Höffken, & Possinger, 2006) S 526

### **5.2.1. Endoskopische Therapie**

Die Endoskopische Therapie wird bei Magendarmkarzinome, Ösophaguskarzinome und Kolonkarzinome eingesetzt. Eine Entfernung von Tumoren und Kolonpolypen, die nicht größer sind als 2 cm, ist mit der endoskopischen Therapie möglich. Hierbei wird ein Gastroskop, das mit einer kleinen Videokamera ausgerüstet ist, in den Patienten / die Patientin eingeführt und die Entfernung des Tumors durch sehr feine Schnitt-Instrumente eingeleitet.

### **5.2.2. Operation / Chirurgische Therapie**

Das primäre Ziel der chirurgischen Therapie ist eine operative Entfernung des Tumors bzw. im weiteren Sinne eine „0“ Resektion zu erreichen, sodass keine Mikro- oder Makrotumore verbleiben. Ein mikroskopischer Residualtumor wird als R1 bezeichnet und ein makroskopischer Residualtumor als R2. Während und nach einem operativen Eingriff muss gewährleistet sein, dass die Lymphabflusswege keine Residualtumore enthalten. Wenn eine R0 Resektion nach einem operativen Eingriff erreicht wird, kann dies die Vorhersage der Heilung der Tumorerkrankung verbessern.

Die chirurgische Therapie weist viele Operationstechniken auf, die abhängig von der Art, Größe und Lokalisation des Tumors eingesetzt werden.

Chirurgische Eingriffe können eingesetzt werden, um einer Tumorentwicklung vorzubeugen, wenn ein erhöhtes Risiko einer Entstehung gegeben ist.

Eine palliative Operation hingegen hat das Ziel die Lebensqualität der PatientInnen zu erhöhen, in dem der Tumor durch den chirurgischen Eingriff verkleinert wird. Oft ist ein chirurgischer Eingriff nicht ausreichend, und eine multimodale Therapie ist notwendig, wo mehrere Therapiearten wie Strahlung oder chemische Therapie noch zusätzlich eingesetzt werden, um die Tumorzellen zu verkleinern bzw. zu zerstören.

### 5.2.3. Strahlentherapie

Bei der Strahlentherapie werden für die Bekämpfung der Tumorzellen unterschiedliche Strahlen eingesetzt, die die Zellteilung abbremsen oder verhindern sollen. Die Strahlung kann auch gesunde Zellen angreifen. Aufgrund körperlicher Wiederherstellungsmechanismen kann es zu einer Regeneration der angegriffenen gesunden Zellen kommen. Bevor eine Strahlentherapie eingeleitet werden kann, ist eine Strahlungsempfindlichkeit festzustellen.

Eine der häufigsten Strahlungsarten, die angewendet wird, ist die *ionisierte Strahlung*. Diese setzt freie Radikale aus, und wirkt schädlich auf die DNA. Eine perkutane Radiotherapie wird ebenfalls mit ionisierenden Strahlen durchgeführt. Die Strahlendosis hängt von der Art und der Residualcharakteristika des Tumors ab. Falls Tumorreste nach der operativen multimodalen Behandlung verbleiben, kann die Strahlungsstärke der perkutanen Radiotherapie zwischen 50 und 70 Gy. sein. Die Bestrahlung des Tumors erfolgt in Einheiten bzw. in Fraktionen. Abhängig von der Ansprechbarkeit auf die Behandlung, Art des Tumors, Größe des Tumors und Lokalisation des Tumors, sind die Fraktionen verschieden und können unterschiedlich lang eingesetzt werden.

*Die interstitielle Strahlungstherapie bzw. Brachytherapie* ist ein Verfahren wo das Strahlungsinstrument Berührung oder eine sehr starke Angrenzung zum Tumor nimmt. Vorteil dieses Verfahrens ist eine Punktlokalisierung des Tumors und dadurch eine genauere Bestrahlung, wodurch anderes, gesundes Gewebe nicht angegriffen wird. Eingesetzt wird Brachytherapie speziell bei: Lippenkarzinom, Zungenkarzinom, Zungengrundkarzinom, Mundhöhlenkarzinom, Prostatakarzinom, Analkarzinom, Mamakarzinom und Weichteilkarzinome im Allgemeinen.

Eine weitere Form der Strahlentherapie ist die *Stereotaktische Einzelbestrahlung*. Diese Form der Bestrahlung ist eine sehr spezifische Behandlungsform und arbeitet mit einer genauen Zieleinstrahlung für Bereiche unter 1 mm.

Neuere Strahlenentwicklungen gehen in Richtung Photonen und Protonenstrahlen. Diese zeigen im Gegensatz zu den ionisierenden Strahlen weniger Nebenwirkungen. Die Nebenwirkungen der Strahlentherapien sind gekennzeichnet durch erhöhte Hautsensibilität, Hautrötung, trockene oder feuchte Hautreaktionen, Gewebsentzündungen und Verhärtung der Haut.

Die Folgen von Bestrahlungen können sich anhand einer Abnahme der Lymphozyten zeigen, da die Lymphozyten eine erhöhte Sensitivität gegenüber Bestrahlungen haben.

Um die Wirkung der Behandlung zu verbessern, müssen Strahlentherapien oft multimodal eingesetzt werden. Häufig wird eine Strahlentherapie mit einer Chemotherapie kombiniert. Dies kann gleichzeitig oder in abwechselnden Schritten erfolgen. Die Kombinationstherapie kann in der Art und Weise eingesetzt werden, dass die medikamentöse Therapie auf die Vernichtung des Tumors, und die Strahlentherapie auf die Kontrolle des Tumorbereichs abzielt.

#### **5.2.4. Chemotherapie**

Eine weitere Möglichkeit der Tumorbehandlung ist die Chemotherapie. Dazu gehört die medikamentöse Therapie, Hormontherapie und die Immuntherapie.

##### **5.2.4.1. Medikamentöse Behandlung / Zytostatika**

Die medikamentöse Therapie zielt auf die Abbremsung der Zellteilung bzw. Auslösung der Apoptose. Die Wirkung von Zytostatika ist abhängig von den Stoffwechselfvorgängen im Körper, von anderen bereits verwendeten Medikamenten und dadurch entstandenen Wechselwirkung, Resorption des Medikaments und von der Amplifikationsart. Die Amplifikation von Medikamenten kann oral, intravenös, pleural, intrapleural oder intrathekal erfolgen.

Die medikamentöse Chemotherapie wirkt auf die Zellteilung. Da es mehrere Arten von Tumoren gibt, haben Zytostatika die beste Wirkung auf die noch teilenden Zellen oder auf Zellen deren Teilungsaktivität ausgeschaltet ist, aber jederzeit wieder teilungsbereit werden können. Der Einsatz von Zytostatika ist nicht immer gleichbleibend, sie kann auf resistente Zellen treffen, die aufgrund einer Wechselwirkung mit anderen chemischen Stoffen, eine temporäre Resistenz aufbauen. Der Widerstand gegen eine medikamentöse Behandlung kann auch genetische Hintergründe haben.

Der frühzeitige Beginn der medikamentösen Behandlung spielt beim Verlauf der Therapie eine wesentliche Rolle. Je kleiner der Tumor, desto besser ist die Ansprechbarkeit auf

die Behandlung, da der Tumor in einer geringen Größe wenige resistenten Zellen besitzt (Goldie & Coldmann).

Zytostatika können vielerlei Nebenwirkungen auslösen. Die Nebenwirkungen können von der Art des eingesetzten Medikaments, der Dosis und der Applikationshäufigkeit abhängen. Eine Behandlung mit Zytostatika kann Nebenwirkungen haben wie Übelkeit, Erbrechen, Dehydratation, vermehrte Lichtempfindlichkeit, Haarausfall, Diarrhö, Obstipation, Muskelnekrosen, Kachexie, Schmerzen, Abnahme der Speicheldrüsenfunktionalität, Angst, Depression oder Schwächen (Link H., 2006).

#### **5.2.4.2. Hormontherapie**

Die Hormontherapie regelt den Wachstumsprozess des Tumors. Die *ablative Hormontherapie* verringert oder verhindert die hormonelle Regulation, die das Tumorgewebe beeinflusst. Eine ablative Therapie erfolgt durch Entfernung der hormonerzeugenden Organe, Unterdrückung der Hormonproduktion oder gänzliche Verhinderung der Hormonproduktion auf zellulären Ebenen. Die *additive Hormonbehandlung* hingegen ist die Beeinflussung der Sexualhormone durch entsprechende Zugabe von Androgenen, Östrogenen oder Gestagenen. Anhand dieses Verfahrens werden geschlechtsspezifische Tumore wie Prostatakarzinom, Mammakarzinom, und Uteruskarzinom behandelt.

#### **5.2.4.3. Genterapie**

Bei einer Genterapie erfolgt eine Übertragung der Gene bzw. des genetischen Materials in eine Zielzelle oder Effektorzelle. Es wird direkt die DNA beeinflusst. Wenn ein Gen defekt, oder mutiert ist, kann man mit Hilfe der Genterapie eine Milderung der Symptome erreichen. Genterapien erfolgen auf zwei Arten: *ex vivo* d.h. Zellen werden aus dem Körper der PatientInnen entnommen bearbeitet und wieder eingefügt oder *in vivo* d.h. die Zellen werden direkt im Körper der PatientInnen behandelt.

## VI. Methode

### 6.1. Vorbereitungs- und Entwicklungsschritte

#### 6.1.1. Literatursuche

Der Anfangsschritt der Dissertation erfolgte durch die Definition der Ziele bzw. der Fragestellungen der Untersuchung.

Als zweiter Schritt wurde die Literatursuche eingeleitet. Es wurden unterschiedliche Datenbanken (PUBMED, Springer & Google Scholar) nach relevanten Suchbegriffen abgefragt wie: *Zufriedenheit, Arzt Patient Zufriedenheit; Doctor Patient Satisfaction, Surveys Patient Satisfaction, Fremd- Selbsteinschätzung* usw.

Aufgrund der gefundenen Dokumentationen wurden spezifische Suchindizes verfeinert, um genauere Literatur und Informationen zu finden, die nach Relevanz und Ergebnissen in die Ausarbeitung der Dissertation miteinbezogen wurden.

#### 6.1.2. Fallzahlberechnung

Die Fallzahlplanung wurde mit der Software nQuery Advisor berechnet. Als statistisches Berechnungsverfahren diente der abhängiger T-Test, Alpha Fehler wurde mit 0,050, sowie der Power mit 0,90 festgesetzt. Für die Berechnung der Fallzahlplanung wurden zwei Studien, und aus diesen die relevantesten Items herangezogen.

Im Anhang Seite 139 befindet sich eine tabellarische Darstellung der Fallzahlberechnung. Folgende zwei Hauptstudien wurden für die Fallzahlberechnung herangezogen:

Studie: „*Was denken Patienten über Ärzte? Was halten Ärzte von Ihren Patienten?*“, Florian Gläß, Sebastian Lieske & Erich Kasten; (*Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2/1999)

Studie: „*Emotionales Befinden, Krankheitsverarbeitung und klinischer Status bei Morbus Hodgkin-Patienten*“, Hermann Faller, Michael R. Kraus, Eva Maria Burth, Birte Zeigert (*Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1/1999)

Für die Durchführung der statistischen Berechnung wird ein Power von 0,90 herangezogen.

### **6.1.3. Auswahl der Items**

Basierend auf der gefundenen Literatur und dem anfänglichen Aufbau der Fragestellung wurden weitere spezifischere Fragestellungen erarbeitet.

Die Itemselektion sowie die Itemauswahl wurde durch ein medizinisch- psychologisches Team erfasst. Die Formulierungen der Items wurden weitgehend vereinfacht und auf vorläufiges Verständnis, durch die Vorgabe an einer kleinen Gruppe an Personen, überprüft.

Weitere Überprüfungen bzw. statistische Überprüfungen sowie Überprüfung auf die Gütekriterien sollten anhand der Untersuchung durchgeführt werden.

### **6.1.4. Computer-Ausarbeitung der Fragebögen**

Der PatientInnenfragebogen und der BehandlerInnenfragebogen wurden mit der Software Microsoft Office Word sowie mit Acrobat Reader Professional gestaltet und ausgearbeitet. Die Fragebögen wurden wiederholt auf Verständlichkeit und Aufbau überprüft.

Die analytische Ausarbeitung der statistischen Daten erfolgte mit der statistischen Software SPSS-17 Englischer Version.

## **6.2. Untersuchungsdesign**

Anfängliche Fragen beim Aufbau der gesamten Studie bzw. beim Aufbau des Versuchsdesigns waren: *Welche Faktoren sollten bei der Untersuchung festgestellt werden; welche Gründe bzw. Ziele für die Durchführung der Untersuchung gibt es und welche Methoden sollten angewendet werden, um die Versorgungsqualität zu überprüfen.*

Das Ziel der Untersuchung war die Feststellung, ob es, bezogen auf die subjektiv bewertete Versorgungsqualität in der onkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Fürstentfeld, Unterschiede zwischen PatientInnen und BehandlerInnen bzw. zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung gibt.

Damit dieses Ziel überprüft werden konnte, wurde das Design der Untersuchung als eine Ex-Post-Facto-Untersuchung behandelt. Analytisch handelt es sich um eine Interdepen-

denzanalyse. Die Analyse stellt als Hauptmerkmal eine Unterschiedsüberprüfung verschiedener Kriterien dar (Bortz & Döring, 2002).

Methodisch sollten diese Ziele der Untersuchung durch den Aufbau eines Fragebogens erreicht werden. Der Fragebogen sollte verschiedene Merkmale aufweisen wie: Ökonomie, Verständlichkeit, leichte Durchführbarkeit und annehmbare Gütekriterien der Reliabilität haben. Damit die BehandlerInnen Beurteilungen ihrer Sichtweisen abgeben können, war es ein Ziel, einen Paralleltest zu entwickeln und die PatientInnen- und BehandlerInnenfragebögen zu vergleichen.

### **6.3. Fragestellungen**

Aufgrund der gefundenen Studien und wissenschaftlichen Fachliteraturen wurden Grossbereiche der Versorgung zusammengefasst und die Hypothesen daraus entwickelt. Die Grossbereiche der Versorgung wurden zusammengefasst in: Kommunikation, Befindlichkeit, Organisation / Ablauf und Lebensqualität.

Die Lebensqualität wurde als eigenes Item in dem Messinstrument aufgenommen.

Wie vorherige Untersuchungen gezeigt haben (Nav. Vichwo – Bund siehe Kapitel 1.5.5), sind PatientInnen mit der BehandlerInnenzusammenarbeit sowie mit bestimmten Bereichen der Versorgung sehr zufrieden. Aus der Perspektive der Selbst- und Fremdeinschätzung hingegen scheinen Beurteilungen hinsichtlich des psychischen oder körperlichen Wohlbefindens nicht zu übereinstimmen (Ommen, Janßen, Neugebauer, Rehm, Bouillon, & Pfaff, 2006).

Die Fragestellungen sollten überprüfen, ob sich diese Tendenzen in dieser Untersuchung bestätigen lassen, und es sollten eventuell neue Erkenntnisse bezüglich der Messung der Versorgungsqualität aus den Sichtweisen der PatientInnen und BehandlerInnen festgestellt werden.

Folgende Fragestellungen wurden abgeleitet:

### **6.3.1. Fragestellung – Zufriedenheit mit der Behandlung**

*Führt die Bewertung der Behandlung aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung bei weiblichen und männlichen PatientInnen.*

### **6.3.2. Fragestellung – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen**

*Führt die Bewertung der erhaltenen Informationen aus der Sicht der PatientInnen und BehandlerInnen zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen bei weiblichen und männlichen PatientInnen.*

### **6.3.3. Fragestellung – Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen**

*Führt die Bewertung des freundlichen Umgangs der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen.*

### **6.3.4. Fragestellung – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse**

*Führt die Bewertung der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse.*

### **6.3.5. Fragestellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen**

*Führt die Bewertung der Fähigkeiten der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.*

### **6.3.6. Fragestellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung**

*Führt die Bewertung der gemeinsamen Entscheidungsfindung aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung.*

### **6.3.7. Fragestellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis vom BehandlerInnen**

*Führt die Selbst- und Fremdeinschätzung der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

*Es zeigen sich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen.*

### **6.3.8. Fragestellung – körperliches Wohlbefinden**

*Führt die Bewertung des körperlichen Wohlbefindens aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte zu unterschiedlichen Befindlichkeitssichtweisen?*

### **6.3.9. Fragestellung – psychisches Wohlbefinden**

*Führt die Bewertung des psychischen Wohlbefindens aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

### **6.3.10. Fragestellung – Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn**

*Führt die Bewertung der Besserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens aus der Sicht des PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

### **6.3.11. Fragestellung – Einschätzung der momentanen Lebensqualität**

*Führt die Selbst- und Fremdeinschätzung der momentanen Lebensqualität der PatientInnen zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

## **6.4. Versuchsinstrumente / Material**

### **6.4.1. Eigen erstelltes Instrument**

Die Untersuchung wurde mit eigens entwickelten Fragebögen durchgeführt. Es wurden zwei Fragebögen erstellt. Einer für die PatientInnen und ein Parallelfragebogen für die BehandlerInnen. Der PatientInnenfragebogen besteht aus 14 Items, die die Bereiche *Wohlbefinden, Behandlungszufriedenheit, Kommunikationszufriedenheit, generelle Versorgung, sowie die Lebensqualität* erfasst. Der Fragebogen der BehandlerInnen besteht aus 11 Items, die die gleichen Bereiche der Versorgung abdecken. Die Fragen auf dem PatientInnenfragebogen und BehandlerInnenfragebogen sind bedeutungsähnlich.

Drei Items wurden aus dem Fragebogen der BehandlerInnen ausgeschlossen, da es seitens der BehandlerInnen schwierig wäre, die subjektive Zufriedenheit der PatientInnen bezüglich Organisation, Ablauf und Leistungsangebot zu bewerten.

Bei der Erstellung der Items war es ebenfalls entscheidend, sehr leicht verständliche und klar aussagende Items zu erstellen.

Um eine Tendenz zur Mittelbeurteilung zu vermeiden, wurde für alle Items (ausgenommen für das Item, das die Lebenszufriedenheit erfasst) eine vierstufiges Beurteilungsskala eingesetzt. Somit erfolgte die Beurteilung der Items mit den Beurteilungsskalen: „*stimmt überhaupt nicht*“ bis „*stimmt sehr*“; „*überhaupt nicht zufrieden*“ bis „*sehr zufrieden*“ und die Beurteilung der Lebensqualität: „*sehr schlecht*“, „*schlecht*“, „*mittelmäßig*“, „*gut*“ und „*sehr gut*“. Die Skalen der Befindlichkeitsfragen wurden mit der Abstufung: „*trifft überhaupt nicht zu*“, „*trifft nicht zu*“, „*trifft zu*“ und „*trifft sehr zu*“ aufgebaut.

Die Beurteilung der einzelnen Items sollte von allen BehandlerInnen möglich sein, die aktiv mit den PatientInnen arbeiten.

In beiden Fragebögen wurde das Item Lebensqualität eingefügt. Damit sollte eine Einschätzung der PatientInnen sowie der BehandlerInnen über die Lebensqualität der PatientInnen gegeben werden. Es sollte die Tendenz der momentanen und allgemeinen Lebensqualität messen.

#### **6.4.2. Durchführung**

Die nachfolgende Instruktion wurde allen PatientInnen vorgelegt. „*Wir sind an Informationen interessiert, die die Versorgung im Krankenhaus betreffen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzung des jeweiligen Kästchens. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.*“

Die PatientInnen mussten insgesamt 14 Fragen beantworten und die BehandlerInnen 11 Fragen. Zusätzlich haben die BehandlerInnen die Tumorart, Behandlungsart, sowie Nachsorge oder aktiven Tumor anzugeben. Die Ausarbeitung der Fragebogen erfolgte in getrennten Räumlichkeiten. Nach einem Gespräch mit dem zuständigen Arzt bzw. der zuständigen Ärztin wurden die PatientInnen gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen möchten und einen Fragebogen ausfüllen würden. Die PatientInnen wurden noch über die Untersuchung genauer informiert. Das Ausfüllen geschah entweder in den Räumlichkeiten der Ambulanz, im Therapieraum oder im psychologischen Büro des Krankenhauses. Alle Ausarbeitungen der Fragebögen erfolgten auf freiwilliger Basis.

### **6.4.3. Items des PatientInnenfragebogens**

#### **6.4.3.1. Leistungsangebot und Behandlung**

*Wie zufrieden sind Sie mit dem medizinischen Leistungsangebot? (z.B.: Therapiemöglichkeiten); Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung bzw. Therapie?*

Das Item sollte die subjektive Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Leistungsangebot des Landeskrankenhauses Fürstenfeld sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Behandlung erfassen.

Eine ausschlaggebende Größe in der Versorgung von PatientInnen ist das Leistungsangebot. Je vielschichtiger, professioneller und je mehr Angebote abgedeckt werden, desto eher sind PatientInnen mit dem Leistungsangebot zufrieden.

#### **6.4.3.2. Kommunikation und Information**

*Wie zufrieden sind Sie mit den erhaltenen Informationen über ihre Erkrankung?; Fühlen Sie sich vom BehandlerInnen verstanden?; Wie zufrieden sind Sie mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen? Fühlen Sie sich in der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden?*

Ein weiterer wichtiger Teilbereich einer hoch qualitativen Versorgung ist die Kommunikation zwischen BehandlerInnen und PatientInnen (Ommen, Janßen, Neugebauer, Rehm, Bouillon, & Pfaff, 2006). Hierbei ist es relevant, dass PatientInnen genügend Informationen über die Erkrankung bekommen und von den BehandlerInnen über die Behandlungsmethoden aufgeklärt werden. Auch die Art der Kommunikation spielt eine wesentliche Rolle in der Versorgung. Ältere PatientInnen bevorzugen direkte Kommunikationsstruktur (Vieder, Michael A. Krafchick, & Galluzzi, 2002). Wie im Kapitel 1.5. bereits behandelt, ist bei der Auswahl der Behandlungsmethoden die Kommunikation, Information und eine gemeinsame Entscheidungsfindung sehr wesentlich.

In einer Studie zur Arzt-PatientInnen Zufriedenheit (NAV-Virchow Bund Verband), zeigte sich, dass das Verständnis ebenfalls einen Bestandteil des Konstruktes Zufriedenheit darstellt und dass für eine hohe Zufriedenheit, die PatientInnen sich von den BehandlerInnen ein hohes Verständnis erwarten.

#### **6.4.3.3. Ausstattung und Organisation**

*Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung im Krankenhaus? (z.B. Betten, medizinische Geräte); Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und den Abläufen im Krankenhaus?*

Ein modernes Krankenhaus weist eine gute Organisation auf und zeigt keinen Mangel an Ausstattung, wie z.B. medizinische Geräte. Die Fragen sollten den Bereich der Organisation und Ausstattung erfassen, inwieweit die PatientInnen mit diesem Bereich der Versorgung zufrieden bzw. unzufrieden sind. Wie bereits Ommen, Janßen, Neugebauer, Rehm, Bouillon & Pfaff 2006 vorstellten, zeigt sich, dass die Ausstattung und Organisation ebenfalls relevante Faktoren der Zufriedenheit darstellen.

#### **6.4.3.4. Körperliches und Psychisches Wohlbefinden**

*Fühlen Sie sich körperlich gut?; Fühlen Sie sich psychisch gut?; Fühlen Sie sich psychisch und körperlich seit Beginn der Behandlung besser?*

Ein Hauptziel der Versorgung der PatientInnen ist es, physisches und psychisches Wohlbefinden zu erreichen. Diese Items beziehen sich auf das physische und psychische Wohlbefinden und sollten feststellen, wie sich die PatientInnen momentan psychisch und körperlich befinden, und ob sich die Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn gebessert hat.

Vorherige Untersuchungen deuten darauf hin, dass Bewertungen des Wohlbefindens durch eine Selbst- und Fremdbeurteilung sehr unterschiedlich ausfallen.

#### **6.4.3.5. Lebensqualität**

*Wie schätzen Sie ihre momentane Lebensqualität ein?*

Das Item der Lebensqualität erfasst die allgemein, subjektiv empfundene, momentane Lebensqualität. Dieses Item können die Befragten anhand einer 5-stufigen Skala beantworten. Die momentan empfundene Lebensqualität hat einen wesentlichen Einfluss auf die Bewertung der PatientInnen (s. Kap. 1.3-1-5). Es wird daher als relevant errachtet, diesen Konstrukt ebenfalls festzustellen und zu überprüfen, ob es signifikante Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung zwischen PatientInnen und BehandlerInnen gibt.

#### **6.4.4. Items der BehandlerInnenfragebogen**

Alle BehandlerInnen mussten pro Patient 11 Fragen ausfüllen. Die Instruktion für die Bearbeitung dieser Fragen lautet: *„Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen aus Ihrer Sichtweise, durch Ankreuzung des jeweiligen Kästchens, wie die Patientin bzw. der Patient die Versorgung im Krankenhaus beurteilen würde. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.“*

##### **6.4.4.1. Leistungsangebot und Behandlung**

*Wie zufrieden ist der Patient mit der Behandlung bzw. Therapie?*

Mit diesem Parallel-Item sollte die Sichtweise des BehandlerInnens bezüglich der Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung erfasst werden. Die BehandlerInnen haben wie die PatientInnen eine vierstufige Ratingsskala zur Auswahl.

##### **6.4.4.2. Kommunikation und Information**

*Wie zufrieden ist der Patient mit den erhaltenen Informationen über die Erkrankung?  
Fühlt sich der Patient / die Patientin von Ihnen verstanden? Wie zufrieden ist der Patient / die*

*Patientin mit ihrem freundlichen Umgang? Fühlt sich der Patient / die Patientin in der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden?*

Die Kommunikation und Information hat eine relevante Funktion in der Erfassung der Versorgungszufriedenheit.

#### **6.4.4.3. Körperliches und Psychisches Wohlbefinden**

*Fühlt sich der Patient / die Patientin körperlich gut? Fühlt sich der Patient / die Patientin psychisch gut? Fühlt sich der Patient seit Beginn der Behandlung besser?*

Mit den obenstehenden drei Items wird die Sichtweise der BehandlerInnen, bezogen auf die Zufriedenheit der PatientInnen im Bereich des körperlichen und psychischen Wohlbefindens erfasst.

#### **6.4.4.4. Lebensqualität**

*Wie schätzen Sie die momentane Lebensqualität der PatientInnen ein?*

Das letzte Item, das die BehandlerInnen ausfüllen müssen, ist die Einschätzung der momentanen Lebensqualität der PatientInnen.

Die Fragen der *Zufriedenheit mit der Organisation, Zufriedenheit mit der Ausstattung im Krankenhaus* und *die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot* wurden nicht in den BehandlerInnenfragebogen implementiert. Eine Einschätzung dieser Items ist aus der Sichtweise der BehandlerInnen problematisch. Diese drei zusätzlichen Fragen sind in den PatientInnenfragebögen enthalten und dienen ausschliesslich der deskriptiven Statistik.

## **VII. Ergebnisse**

### **7.1. Deskriptive Statistik**

#### **7.1.1. Versuchspersonen**

Die Untersuchung wurde im Landeskrankenhaus Fürstentfeld in der onkologischen Abteilung durchgeführt. Es wurden sowohl PatientInnen der Ambulanz, als auch stationäre PatientInnen der Onkologie für die Bearbeitung der Fragebögen herangezogen.

Die Zuteilung der PatientInnen erfolgte abhängig von den Behandlungsterminen der PatientInnen. Die PatientInnen wurden von den BehandlerInnen gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen möchten. Den PatientInnen wurde mitgeteilt, dass die Ausarbeitung des Fragebogens freiwillig ist.

Den PatientInnen wurde der Fragebogen überreicht und ihnen wurde eine kurze Instruktion gegeben sowie die Mitteilung, dass der Versuchsleiter jederzeit für weitere Fragen oder Erläuterungen zur Verfügung steht.

Die Bearbeitung der Fragen durch die PatientInnen dauerte durchschnittlich 10 – 15 Minuten und die BehandlerInnen bearbeiteten einen Fragebogen durchschnittlich innerhalb von 5 - 10 Minuten.

Ausgeschlossen wurden PatientInnen, die keine freiwillige Bereitschaft gezeigt haben, an der Untersuchung teilzunehmen sowie PatientInnen, die einen sehr erschwerten Erkrankungszustand gezeigt haben und für diese eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich gewesen wäre.

Die gesamte Befragung erfolgte innerhalb von zwei Tagen.

#### **7.1.2. Anzahl der an der Untersuchung teilgenommenen PatientInnen**

An der Untersuchung nahmen 40 PatientInnen teil. Davon waren 23 Patientinnen weiblich und 17 Patienten männlich. Alle teilnehmenden PatientInnen waren über 18 Jahre alt.

Häufigkeiten nach Geschlecht					
		Häufigkeiten	Prozent	Valid Prozent	Kumulatives Prozent
Valid	männlich	17	42,5	42,5	42,5
	weiblich	23	57,5	57,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

**Tabelle 1**  
**Häufigkeiten der PatientInnenteilnehmer**

Wie die Tabelle 1 darstellt, haben insgesamt 40 PatientInnen an der Untersuchung teilgenommen. Von den 40 befragten PatientInnen waren 17 Patienten männlich und 23 Patientinnen weiblich.

Pro Patient wurde von den drei BehandlerInnen je ein Behandlungsfragebogen ausgefüllt. Insgesamt wurden somit 80 Fragebögen von PatientInnen und BehandlerInnen bearbeitet.

PatientInnenalter					
		Häufigkeiten	Prozent	Valid Prozent	Kumulatives Prozent
Valid	1,00	1	2,5	2,5	2,5
	2,00	6	15,0	15,0	17,5
	3,00	33	82,5	82,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

**Tabelle 2**  
**PatientInnenalter**

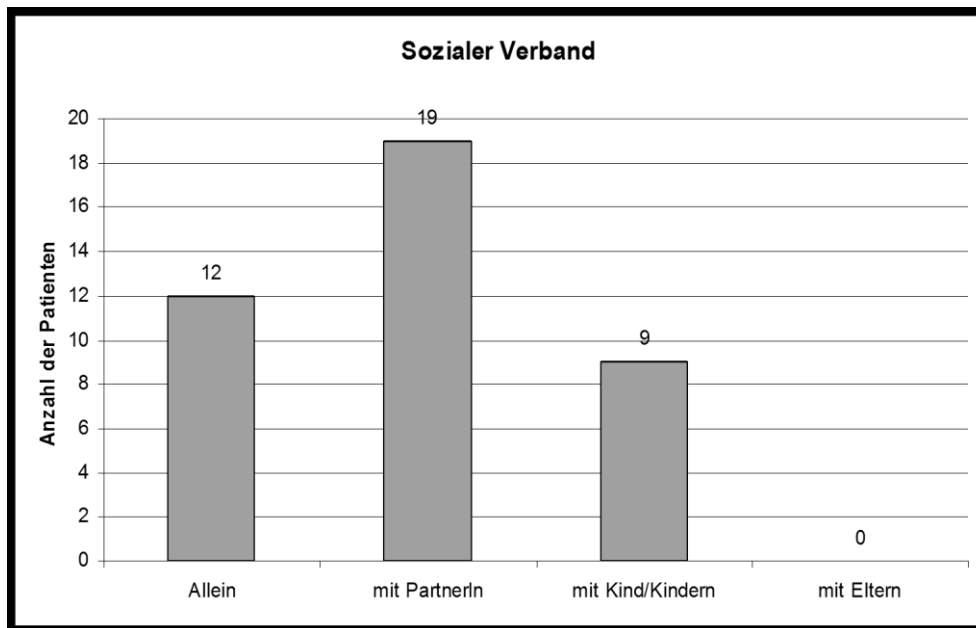
Wie die Tabelle 2 darstellt, haben an der Untersuchung 40 TumorpatientInnen teilgenommen. Eine Einteilung in drei Altersklassen zeigt, dass in der:

- Altersklasse 1; 1 Patient / Patientin zwischen 18 und 30 Jahren
- Altersklasse 2; 6 PatientInnen zwischen 31 und 60 Jahren
- Altersklasse 3; 33 PatientInnen zwischen 61 und 90 Jahren

an der Untersuchung teilgenommen haben.

Das Durchschnittsalter der PatientInnen betrug 68,45 Jahre (Tabelle 29; Anhang Seite 110). Die jüngste Patientin bzw. der jüngste Patient war 30 Jahre alt, die älteste Patientin bzw. der älteste Patient 86 Jahre alt.

### 7.1.3. Einteilung nach dem sozialen Verband



**Abbildung 6**  
Einteilung nach dem sozialen Verband

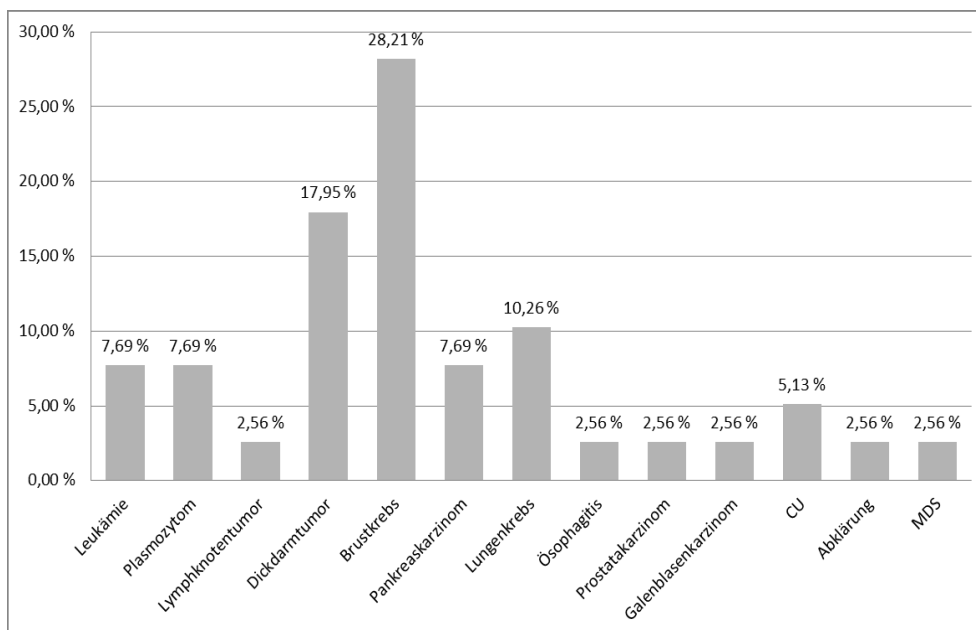
Wie ersichtlich in der Abbildung 6, nahmen an der Untersuchung, 12 Personen teil, die allein leben, 19 PatientInnen die mit einer Partnerin bzw. einem Partner zusammen leben, sowie 9 PatientInnen, die mit ihren Kindern zusammenleben.

Anhand eines Zusatzitems sollte erfasst werden, ob PatientInnen in einem Pflegeheim leben. Keiner der 40 PatientInnen hat in einem Pflegeheim gelebt, somit wurde dieses Item nicht näher behandelt.

### 7.1.4. Häufigkeiten der Tumore nach Lokalisation

Leukämie	7,69 %
Plasmozytom	7,69 %
Lymphknotentumor	2,56 %
Dickdarmtumor	17,95 %
Brustkrebs	28,21 %
Pankreaskarzinom	7,69 %
Lungenkrebs	10,26 %
Ösophagitis	2,56 %
Prostatakarzinom	2,56 %
Galenblasenkarzinom	2,56 %
CU	5,13 %
Abklärung	2,56 %
MDS	2,56 %

**Tabelle 3**  
Tumorhäufigkeiten nach Lokalisation



**Abbildung 7**  
Tumorhäufigkeiten nach Lokalisation

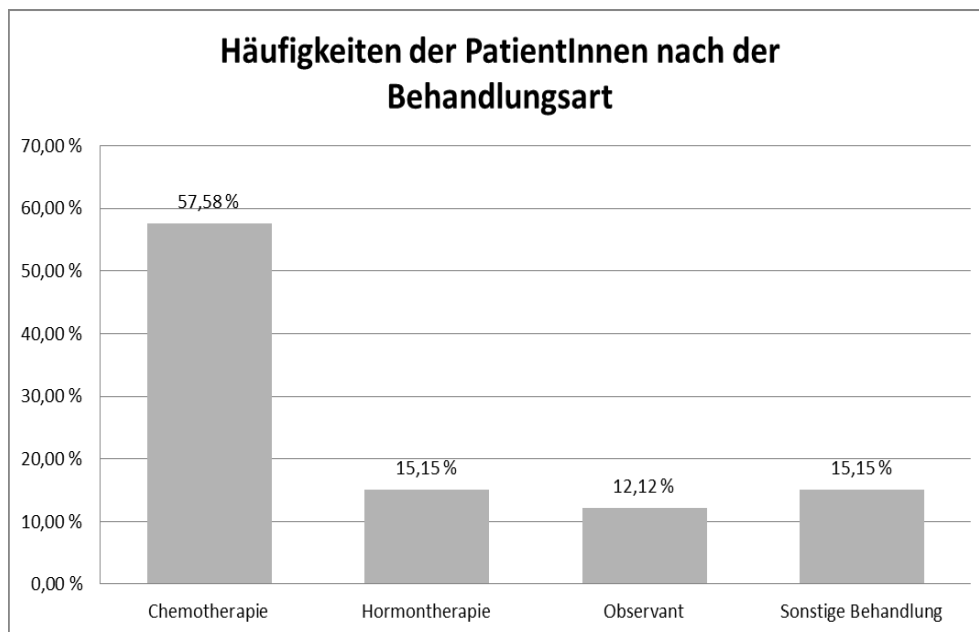
Die Tabelle 3 und die Abbildung 7 zeigen, dass die häufigste auftretende Tumorart bei den 40 untersuchten PatientInnen *Brustkrebs* (28,21 %), gefolgt von *Dickdarmkrebs* (17,95%) PatientInnen sowie an dritter Stelle *Lungenkrebs* (10,26 %) ausmacht.

Weiters wiesen die meisten restlichen PatientInnen Tumorarten auf, wie Leukämie (7,69 %), Plasmozytom (7,69 %), sowie Pankreaskarzinom (7,69 %).

### 7.1.5. Gliederung der PatientInnen nach der Behandlungsart

Chemotherapie	57,58 %
Hormontherapie	15,15 %
Observant	12,12 %
Sonstige Behandlung	15,15 %
Gesamt	100,00 %

**Tabelle 4**  
**Häufigkeiten der PatientInnen nach der Art der Behandlung**



**Abbildung 8**  
**Häufigkeiten der PatientInnen nach Behandlungsart**

Die Tabelle 4 und die Abbildung 8 stellen die Häufigkeiten der PatientInnen nach der Behandlungsart dar. Von den gesamt an der Untersuchung teilgenommenen PatientInnen hatten 57,58 % eine Chemotherapie, 15,15 % eine Hormontherapie, 12,12 % der PatientInnen hatten eine Nachsorge und 15,15 % der PatientInnen sonstige Behandlungen.

### **7.1.6. Gütekriterien des Fragebogens**

Jeder Fragebogen und psychologische Test muss Anforderungen erfüllen, damit dessen Ergebnisse verglichen und interpretiert werden können. Zu den Gütekriterien eines Tests gehören *Objektivität, Reliabilität* und *die Validität*.

#### **7.1.6.1. Objektivität**

Ein Fragebogen oder ein psychologisches Messinstrument muss unabhängig von dem Versuchsleiter sein. Wenn der Fragebogen von unterschiedlichen Versuchsleitern vorgegeben wird, sollte dies die Ergebnisse bzw. die Beantwortung der Fragen nicht beeinflussen. Genauso sollte die Umgebung, wie z.B. Lichtverhältnisse oder Räumlichkeiten die Ergebnisse und Durchführung der Untersuchung nicht beeinträchtigen.

#### **7.1.6.2. Reliabilität**

Die Reliabilität eines Tests gibt an, wie genau der Test ein bestimmtes Kriterium misst. Wenn ein Test oder ein Fragebogen wiederholt dargeboten wird, sollte er ähnliche Ergebnisse darstellen.

Die Reliabilität dieses Fragebogens wurde anhand des Programms SPSS 17 berechnet. Die 10 Items, die für die Berechnung der Reliabilität der PatientInnenfragebögen und der BehandlerInnenfragebögen herangezogen wurden, sind *Zufriedenheit mit der Behandlung, Information, Umgang, Wünsche, Fähigkeiten, Entscheidungseinbindung, Verständnis, Befindlichkeit, körperliches Befinden, psychisches Befinden, Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn*. (Das Item der momentanen Lebensqualität wird als eine eigenständige Dimension betrachtet und nicht in die Reliabilitätsberechnung einbezogen).

### 7.1.6.2.1. Überprüfung der Reliabilität der PatientInnenfragebogen

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,697	,723	10

**Tabelle 5**  
**Reliabilität - PatientInnenfragebogen**

Die Reliabilitätsüberprüfung zeigt eine angemessene Reliabilität mit einem Wert von ,697 Cronbach Alpha. Dieser Wert deutet darauf hin, dass das Gütekriterium der Reliabilität erreicht ist, somit ist eine Voraussetzung der Reliabilität vorhanden.

Um festzustellen, welche Items eventuell die Reliabilität unterdrücken, wurde eine weitere Berechnung durchgeführt, die darstellt, wie die Reliabilität aussehen würde, wenn die Items einzeln eliminiert würden. Mit dieser Berechnung kann man erkennen, welche Items die Reliabilität verkleinern bzw. eine Ungenauigkeit des Tests hervorbringen.

Item-Gesamt Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Gesamt Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PAT_Behandlung	32,82	10,425	,294	,427	,685
PAT_Informationen	32,87	8,982	,565	,686	,639
PAT_Umgang	32,63	11,428	-,067	,323	,710
PAT_Wünsche	32,92	8,885	,571	,775	,636
PAT_Fähigkeiten	32,82	9,019	,585	,764	,637
PAT_Entscheidungsfindung	32,95	8,592	,652	,765	,621
PAT_Verständnis	32,89	8,745	,626	,674	,627
PAT_Körperlich	33,16	8,569	,438	,701	,658
PAT_Psychisch	33,03	10,134	,179	,567	,706
PAT_Behandlungsbeginn	33,37	10,509	-,027	,357	,783

**Tabelle 6**  
**Reliabilität bei Eliminierung einzelner Items - PatientInnenfragebogen**

Wie die Tabelle 6 darstellt, kann man die höchste Reliabilität erreichen, in dem man das Item „Bessere Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn“ eliminiert. Nach einer Eliminierung dieses Items, würde man eine Reliabilität von ,783 erzielen. Da die Reliabilität des Tests gegeben ist, wird dieses Item voraussichtlich nicht aus dem Fragebogen eliminiert.

### 7.1.6.2.2. Überprüfung der Reliabilität der BehandlerInnenfragebogen

Die Reliabilitätsüberprüfung der BehandlerInnenfragebogen ergibt eine Cronbach Alpha von .906.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,906	,915	10

**Tabelle 7**

#### Reliabilität – BehandlerInnenfragebogen

Die Tabelle 7 stellt die Cronbach-Alpha-Bewertung der 10 BehandlerInnen Items dar. Wie ersichtlich wird, ist die Reliabilität des Fragebogens erfüllt.

Item-Gesamt Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Gesamt Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BEH_Behandlung	26,54	12,571	,743	,617	,892
BEH_Informationen	26,69	12,850	,728	,666	,893
BEH_Umgang	26,62	13,453	,633	,757	,899
BEH_Wünsche	26,92	12,231	,701	,593	,894
BEH_Fähigkeiten	26,67	13,439	,727	,798	,896
BEH_Entscheidungsfindung	27,15	12,397	,626	,481	,900
BEH_Verständnis	26,69	13,166	,736	,645	,894
BEH_Körperlich	26,97	12,026	,709	,760	,894
BEH_Psychisch	26,87	12,957	,558	,654	,903
BEH_Behandlungsbeginn	27,26	11,933	,665	,625	,899

**Tabelle 8**

#### Reliabilitätsdarstellung pro eliminiertem Wert - BehandlerInnenfragebögen

Wie die Tabelle 8 zeigt, gibt es nach einer Eliminierung eines Items keine Erhöhung der Reliabilität. Somit haben die 10 Items der vorhandenen BehandlerInnenfragebögen die höchste Reliabilität.

### 7.1.6.3. Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist eine statistische Methode, um Daten in dimensional Ebenen zusammenzufassen. Die Hauptaufgaben einer Faktorenanalyse sind eine Ordnung bzw. Struktur und Reduktion von Variablen zu erreichen.

Es wird ebenfalls überprüft, ob die PatientInnen sowie die Ärzte gleiche Konstrukte bewerten, oder die Faktorenwerte nicht angeglichen werden können und somit aus unterschiedlicher Dimension die Selbst- und Fremdbeurteilung erfolgt.

#### 7.1.6.3.1. Faktorenanalyse des PatientInnenfragebogens

##### 7.1.6.3.1.1. Überprüfung der Voraussetzungen

Als erster Schritt bei der Durchführung der Faktorenanalyse ist die Überprüfung der Voraussetzung, ob die vorhandenen Variablen für eine faktorenanalytische Berechnung zulässig sind.

Nach der Definierung der Variablen der 14 Items des Patientenfragebogens wurden die Voraussetzung der Testung überprüft. Hierfür wurde als erstes eine faktorenanalytische, deskriptive Statistik mit den Hauptmerkmalen, Koeffizient-, Signifikanzniveau-, Determinante-, KMO und Bartlett-, Reproduziert- und Anti-Imageberechnung aufgestellt.

Als nächster Schritt wurde die Eignung der Stichprobe berechnet.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,709	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	208,122
	df	55
	Sig.	,000

**Tabelle 9**

**Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser Mayer Olkin**

Wie die Tabelle 9 zeigt, ist der Wert ,709 (Wert sollte höher als 0,5 sein). Somit ist eine Voraussetzung erfüllt. Die Überprüfung der Identitäts- bzw. Einheitsmatrix ist sehr signifikant ,000; somit ist diese Voraussetzung ebenfalls erfüllt.

#### **7.1.6.3.1.2. Durchführung der Berechnung der Faktorenanalyse**

Bei der Berechnung der Faktorenanalyse wurde die Hauptkomponentenmethode mit einer Darstellung eines Screeplots ausgewählt.

Für eine bessere Interpretierbarkeit der Daten wurde eine VARIMAX- Rotation berechnet.

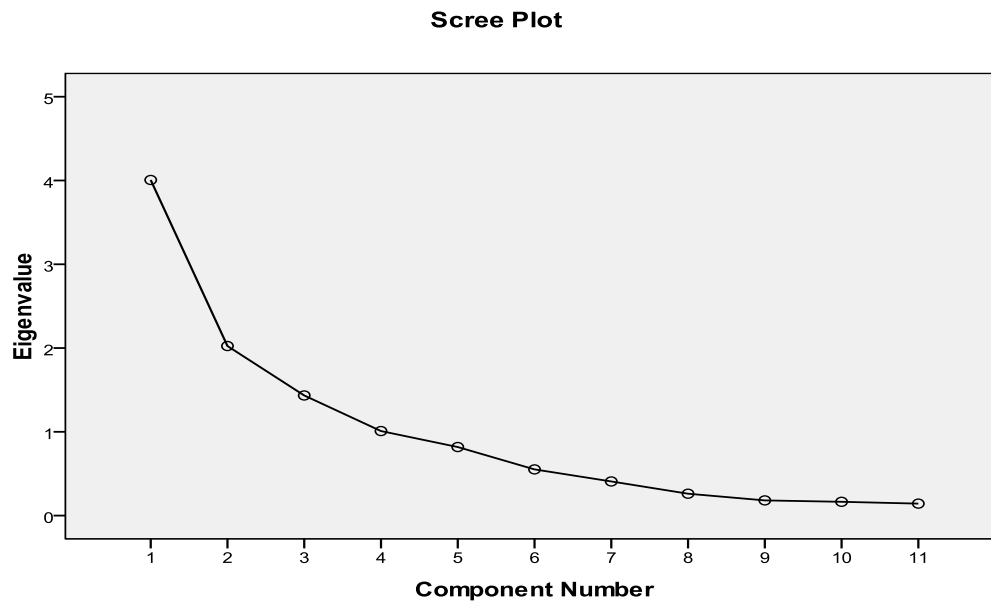
Die Darstellung der Kommunalität (Extraction) zeigt die Indikatoren pro Variabel, die für die Aufklärung der Varianz zuständig sind (Für die faktorenanalytische Untersuchung sind Kommunalitäten ab ,40 gut; ab ,80 optimal; Anna B. Castello).

Die Frage der Zufriedenheit der Behandlung klärt somit 73 % der Einheitsvarianz auf sowie die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen 78 % der Varianz (s. Anhang 11.3).

Die restlichen Items, die die höchste Aufklärung der Varianz bewirken, sind *Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn, körperliches Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche*.

Insgesamt wurden vier Faktoren extrahiert (s. Tabelle 30; Anhang Seite 111).

Die vier Faktoren klären insgesamt 71 % der Gesamtvarianz der 14 Items auf. Der erste Faktor klärt 35 %, der zweite Faktor 17 %, der dritte Faktor 11 % und schliesslich der vierte Faktor 8 % der Gesamtvarianz auf.



**Abbildung 9**  
**Scree-Plot der Faktoren**

Die Screeplot Darstellung stellt den „Knackpunkt“ der Daten ab einem Eigenwert von 1 dar. (Die standard faktorenanalytische Überprüfung der Eigenwerte bezieht sich auf einem Eigenwert von 1; Anna B. Castello).

Wie der Screeplot hinweist, liegen die vier Faktoren über dem Wert 1, somit wurden aus den 14 berücksichtigten Items der PatientInnenfragebögen, vier Faktoren extrahiert.

Wie die rotierte Komponentenmatrix darstellt (Tabelle 10), wurden 4 Faktoren extrahiert auf denen die Items unterschiedlich hoch bzw. niedrig laden.

Um eine bessere Interpretierbarkeit zu erzielen wurde der rotierte Komponentenmatrix nach der Größe gereiht sowie nur Ladungen ab einem Wert 0,40 angenommen.

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>				
	Component			
	1	2	3	4
PAT_Fähigkeit	,899			
PAT_Entscheid	,897			
PAT_Verständnis	,858			
PAT_Wünsche	,848			
PAT_Organ	,846			
PAT_Inform	,831			
PAT_Körperlich		,838		
PAT_Psychisch		,696		
PAT_LQ		,625		
PAT_Austatt		,568	,438	
PAT_Umgang			,837	
PAT_Behand		,519	,541	
PAT_Leistung				,724
PAT_Behandlungsbeginn				-,622
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 8 iterations.				

**Tabelle 10**

**Faktorenanalyse Patientenfragebogen**

Die Zufriedenheit mit den Informationen, den Wünschen, und Fähigkeiten, der Entscheidungsfindung, Organisation sowie dem Verständnis bilden den *ersten Faktor*.

Der *zweite Faktor* wird durch das psychische und körperliche Wohlbefinden sowie durch die Zufriedenheit mit der Ausstattung, der Behandlung, und schliesslich mit der Bewertung der Lebensqualität gebildet.

Auf dem dritten Faktor laden die Werte Zufriedenheit mit der Behandlung, mit der Ausstattung sowie mit dem freundlichen Umgang hoch und schliesslich auf dem vierten Faktor lädt die Zufriedenheit mit der Leistung mit einem Wert von ,724 hoch.

### 7.1.6.3.2. Faktorenanalyse des BehandlerInnenfragebogens

#### 7.1.6.3.2.1. Überprüfung der Voraussetzungen

Wie bereits oben beschreiben, werden die Voraussetzungen für die Berechnung der Faktorenanalyse als erstes berechnet. Der erste Schritt besteht in der Berechnung der deskriptiven Faktorenanalyse.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,818	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	293,949
	df	55
	Sig.	,000

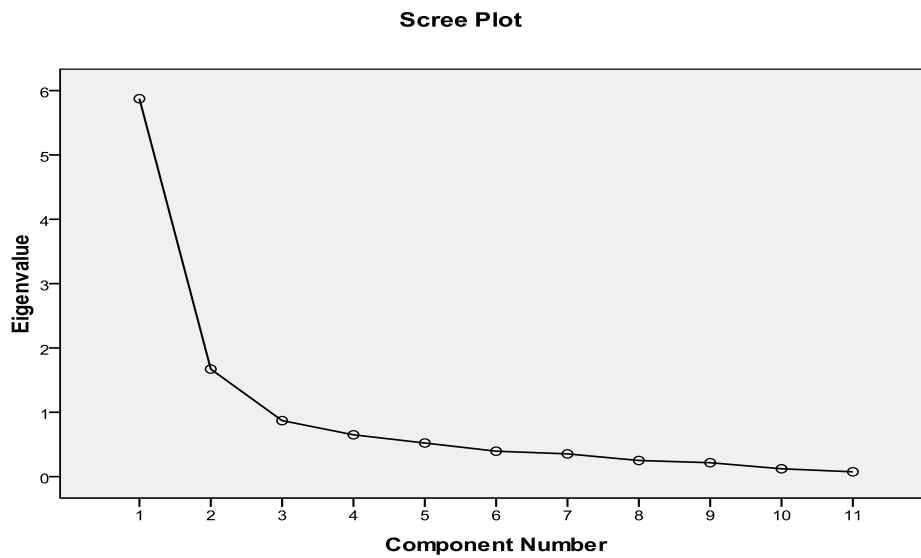
**Tabelle 11**

**Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser Mayer Olkin**

Die Ergebnisse der Stichprobeneignung zeigen, dass der erhaltene Wert von ,818 für die Durchführung einer Faktorenanalyse passend ist.

#### 7.1.6.3.2.2. Durchführung der Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse hat zwei Faktoren herausberechnet. Diese zwei Faktoren klären 68,5 % der Gesamtvarianz der 11 Items der BehandlerInnenfragebogen auf (s. Tabelle 32; Anhang Seite 115).



**Abbildung 10**  
**Scree-Plot der Faktoren - BehandlerInnenfragebogen**

Wie in dem obigen Scree-Plot ersichtlich ist, wurden durch die Faktorenanalyse 2 Faktoren herausberechnet. Alle anderen Werte befinden sich unter dem Eigenwert von 1, somit sind sie nicht zu den Faktoren gehörig.

**Komponentenmatrix:**

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>		
	Component	
	1	2
BEH_Fähigkeit	,889	
BEH_Umgang	,848	
BEH_Inform	,810	
BEH_Wünsche	,787	
BEH_Behand	,727	
BEH_Entscheid	,633	
BEH_Verständnis	,601	,496
BEH_Behandlungsbeginn	,526	,521
BEH_Körperlich		,913
BEH_LQ		,853
BEH_Psychisch		,822
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

**Tabelle 12**  
**Faktorenanalyse BehandlerInnenfragebogen**

Wie die Tabelle 12 darstellt, ist es ersichtlich, dass bezogen auf die BehandlerInnenfragebogen zwei Komponenten erstellt wurden. Die Items *Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn* und *Zufriedenheit mit dem Verständnis* laden auf den beiden extrahierten Faktoren sehr hoch, somit müssten diese zwei Items korrigiert bzw. aus dem Messinstrument herausgenommen werden oder als Einzelitems betrachtet werden.

Die zwei Faktoren könnte man in eine kommunikative Komponente geben, zu denen die Items der *Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang*, *Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen*, *Zufriedenheit mit den Wünschen*, *Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen*, *Zufriedenheit mit der Behandlung*, *Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung*, sowie *Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen*; gehören.

Die zweite Komponente hingegen könnte man als die Behandlungskomponente bezeichnen. Diese enthält folgende Items: *Besserung der körperlichen und psychischen Wohlbefindens*, *Besserungen seit Behandlungsbeginn*, *Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen* sowie *Zufriedenheit seit Behandlungsbeginn*.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ladungen zu erhalten, wurden die PatientInnenfragebögen ebenfalls auf zwei Faktoren extrahiert (s. Tabelle 31; Anhang Seite 113).

Vergleicht man nun die Faktorenanalysen der zwei Fragebögen, so kann man feststellen, dass 8 Items der PatientInnenfragebogen und der BehandlerInnenfragebogen auf gleiche Faktoren laden, die restlichen 3 Items hingegen verschieden laden (s. Anhang 11.8 Seite 130). Somit zeigt sich die Tendenz, dass bestimmte Items seitens der BehandlerInnen bzw. seitens der PatientInnen anhand unterschiedlicher Dimensionen beurteilt wurden und nicht durch gleiche „innere Strukturen“.

Items die auf den selben Faktoren laden sind: *Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen*, *Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche*, *Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung*, *Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen*, *Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen*, *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Bewertung der momentanen Lebensqualität*.

Wie die Daten der Faktorenanalysen und der Vergleich dieser zeigen, kann man annehmen, dass Beurteilungsaspekte seitens der BehandlerInnen und PatientInnen unterschiedliche Beurteilungskriterien annehmen.

In weiterer Folge werden die einzelnen Items miteinander auf signifikante Unterschiede verglichen.

#### 7.1.6.4. Berechnung der Normalverteilung der Daten

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PAT_Leistung	,529	40	,000	,345	40	,000
PAT_Behand	,489	40	,000	,491	40	,000
PAT_Austatt	,371	40	,000	,701	40	,000
PAT_Organ	,414	40	,000	,618	40	,000
PAT_Inform	,465	40	,000	,474	40	,000
PAT_Umgang	,538	40	,000	,147	40	,000
PAT_Wünsche	,439	40	,000	,532	40	,000
PAT_Fähigkeit	,489	40	,000	,403	40	,000
PAT_Entscheidung	,426	40	,000	,557	40	,000
PAT_Verständnis	,452	40	,000	,505	40	,000
PAT_Körperlich	,390	40	,000	,679	40	,000
PAT_Psychisch	,411	40	,000	,645	40	,000
PAT_Behandlungsbeginn	,312	40	,000	,763	40	,000
PAT_LQ	,365	40	,000	,779	40	,000
BEH_Behand	,394	40	,000	,678	40	,000
BEH_Inform	,422	40	,000	,650	40	,000
BEH_Umgang	,478	40	,000	,517	40	,000
BEH_Wünsche	,323	40	,000	,771	40	,000
BEH_Fähigkeit	,500	40	,000	,462	40	,000
BEH_Entscheid	,301	40	,000	,758	40	,000
BEH_Verständnis	,471	40	,000	,540	40	,000
BEH_Körperlich	,308	40	,000	,779	40	,000
BEH_Psychisch	,352	40	,000	,742	40	,000
BEH_Behandlungsbeginn	,278	40	,000	,812	40	,000
BEH_LQ	,364	40	,000	,732	40	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabelle 13**

**Normalverteilungstabelle**

Die Normalverteilungstabelle 13 zeigt, dass keiner der Items eine Normalverteilung aufweist. Aufgrund dieser Nicht-Normalverteilung der Daten wird für die Durchführung der Signifikanzprüfung die nonparametrische Testung Wilcoxon herangezogen.

Die Berechnungen basieren auf verbundene Stichproben, da die Daten inhaltlich bzw. paarweise zusammenhängen.

### 7.1.6.5. Wilcoxon – Testungen

Nichtparametrische Tests haben den Vorteil, dass sie im Gegensatz zu einem T-Test, keine Normalverteilung beanspruchen und eine geringere Aufforderung bezüglich Skalenniveaus haben<sup>31</sup>.

Der Wilcoxon Test überprüft bei zwei verbundene Stichproben einer Grundgesamtheiten, ob diese Stichproben einer gleichen Verteilung oder einer ungleichen Verteilung entstammen.<sup>32</sup> Der Wilcoxon-Test vergleicht die Verteilung beider Variablen anhand der Differenzen zwischen den Wertepaaren. Zunächst werden diese Differenzen berechnet und nach ihrer absoluten Größe in eine Rangordnung gebracht.<sup>33</sup>

#### 7.1.6.5.1. Zufriedenheit mit der Behandlung

Zufriedenheit mit der Behandlung

$p < ,00016$

Der nichtparametrische Signifikanztest Wilcoxon (Tabelle 33; Anhang Seite 116) zeigt mit einer Signifikanz von  $p < ,00016$ , dass die Beurteilung der Zufriedenheit mit der Behandlung aus der Sicht der PatientInnen und BehandlerInnen aus einer Grundgesamtheit mit nicht identischer Verteilung entstammt.

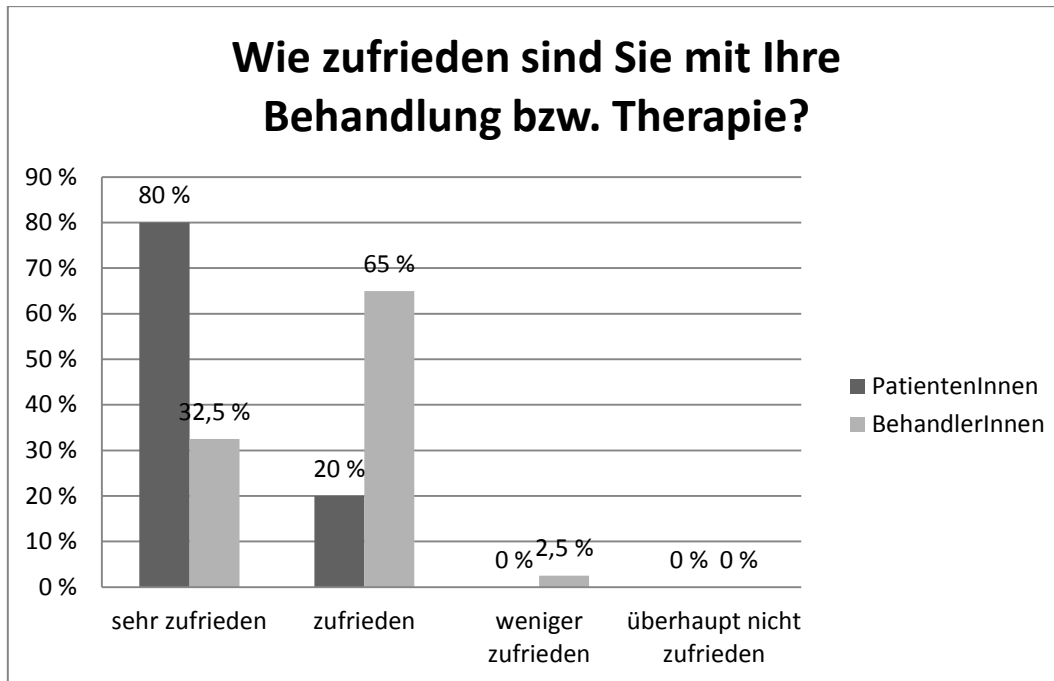
Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen.

---

<sup>31</sup> (Brosius, 2008) S. 840

<sup>32</sup> (Brosius, 2008) S843

<sup>33</sup> (Brosius, 2008) S 869



**Abbildung 11**  
**Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. Therapie**

In der Abb. 11 sind die prozentuellen Häufigkeiten der abgegebenen Antworten der PatientInnen und BehandlerInnen der Fragestellung „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung bzw. Therapie?“ dargestellt.

80 % der PatientInnen sind mit ihrer Behandlung sehr zufrieden und 20 % der PatientInnen zeigen sich mit ihrer Behandlung zufrieden. Im Vergleich dazu beurteilten 65 % der BehandlerInnen die Behandlungszufriedenheit der PatientInnen mit „zufrieden“, hingegen 2,5 % der BehandlerInnen bewerteten mit „wenig zufrieden“.

Der Median der abgegebenen Antworten seitens der PatientInnen beträgt 4 (bzw. sehr zufrieden), der Median der BehandlerInnen hingegen beträgt 3 (bzw. zufrieden).

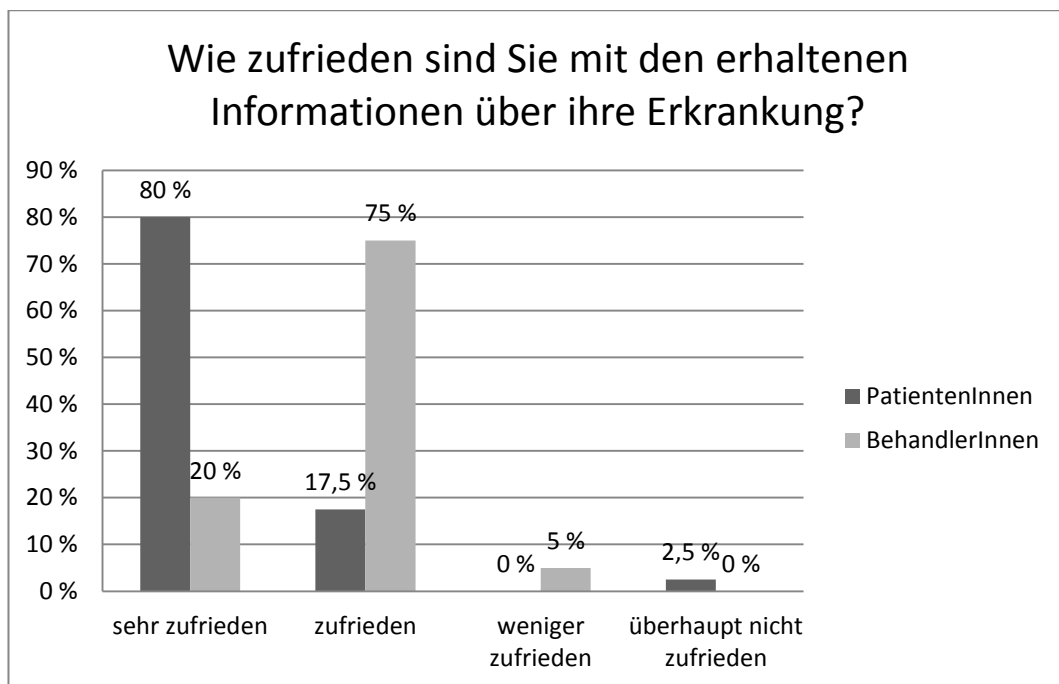
### 7.1.6.5.2. Zufriedenheit mit den Erhaltenen Informationen

Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

$p < ,00011$

Der Wilcoxon Test (s. Tabelle 34 Anhang Seite 117) zeigt eine Signifikanz von  $p < ,00011$ , so dass die Beurteilungen der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zwischen den PatientInnen und BehandlerInnen sich sehr signifikant unterscheiden.

Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 26 mit durchschnittlichem Rangwert von 14,62, die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 3 mit durchschnittlichem Rangwert von 18,33 (s. Anhang 11.6.2).



**Abbildung 12**  
**Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen**

Die Abbildung 12 stellt die Zufriedenheit der PatientInnen mit den erhaltenen Informationen, durch Selbst- und Fremdeinschätzung dar. Wie ersichtlich, wurden 80 % der PatientInnenratings und 20 % BehandlerInnenratings mit „sehr zufrieden“ abgegeben, 5 % der Behandle-

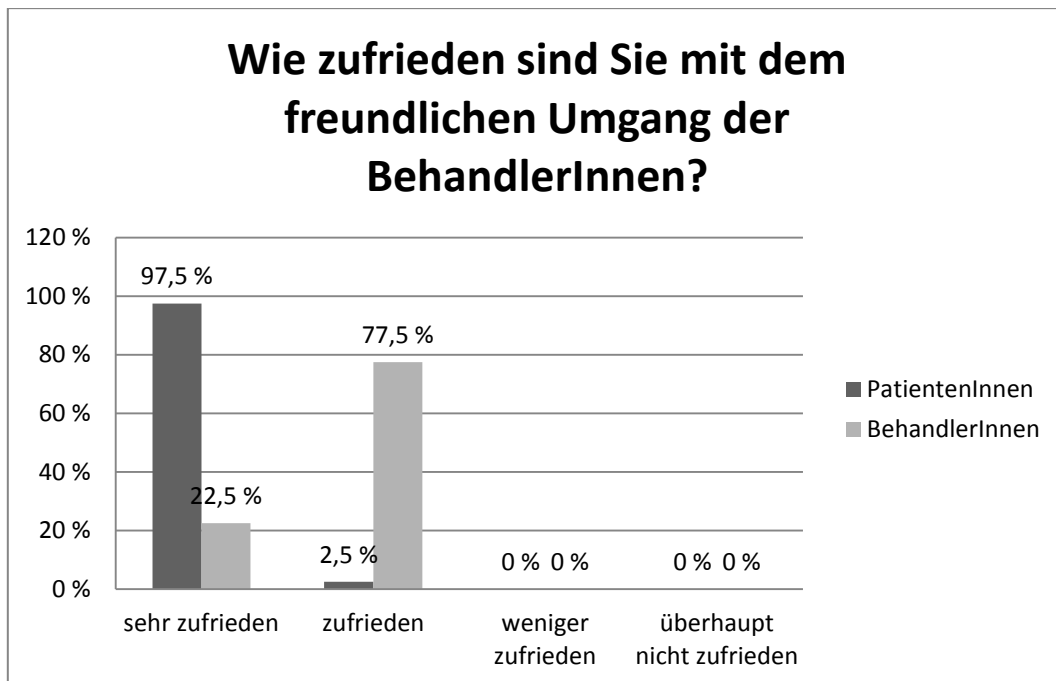
rInnenratings hingegen fielen mit „weniger zufrieden“ aus. 2,5 % der PatientenInnen waren mit den erhaltenen Informationen „überhaupt nicht zufrieden“.

Der Median der Bewertung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen beträgt seitens der Patientenbewertungen 4, seitens der Behandlerbewertungen 3.

### 7.1.6.5.3. Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang

Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang

$p < ,00000004$



**Abbildung 13**  
Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang

Die Bewertung der Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der Behandler ergab ebenfalls sehr signifikante Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen.

Wie die Abbildung 13 darstellt, bewerteten 97,5 % der PatientenInnen und 22,5 % der BehandlerInnen mit „sehr zufrieden“. Seitens der BehandlerInnen fielen mehr als die Hälfte der Ratings auf „zufrieden“ aus.

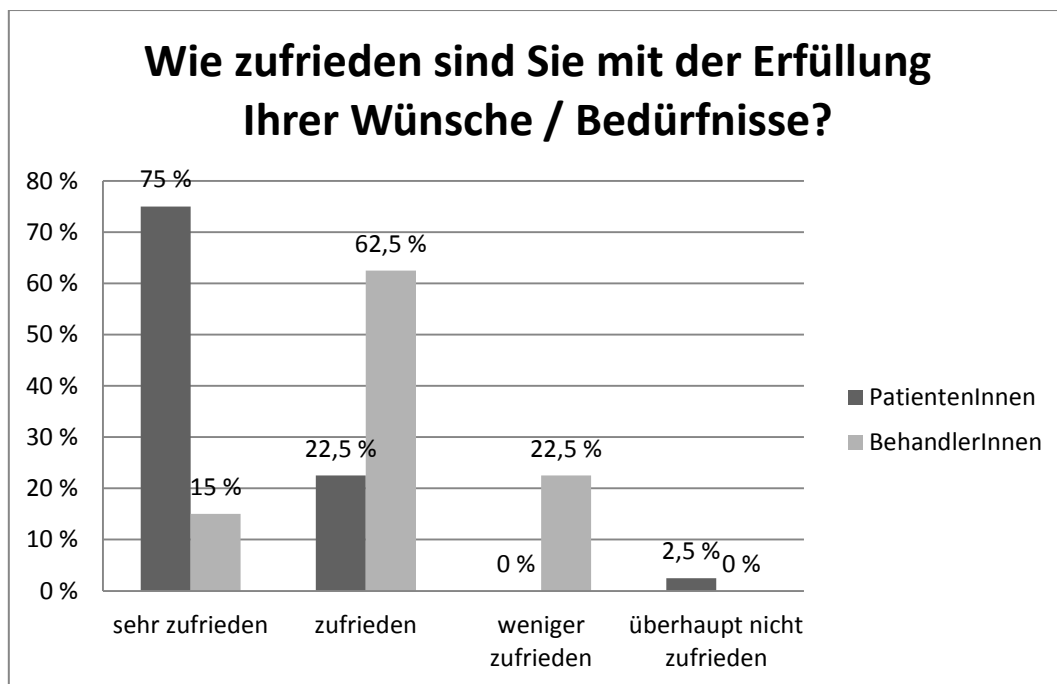
Der Median seitens der PatientInnen beträgt 4 (bzw. sehr zufrieden); der Median der Bewertungen der BehandlerInnen hingegen beträgt 3 (bzw. zufrieden).

#### 7.1.6.5.4. Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche

Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche

$p < ,00005$

Die Tabelle 34 (s. Anhang 11.6.4 Seite 118) zeigt das Signifikanzergebnis der Beurteilungen der Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche. Es wird mit  $p < ,00005$  bestätigt, dass sich die Selbst- und Fremdbeurteilungen des Items "Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche" signifikant voneinander unterscheiden.



**Abbildung 14**  
Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse

Die Abbildung 14 zeigt, dass 75 % der Selbsteinschätzungen und 15 % der Fremdbeurteilungen die Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse mit „sehr zufrieden“ bewerten. Der Großteil der Fremdeinschätzung (62,5 %) fiel jedoch auf „zufrieden“ aus.

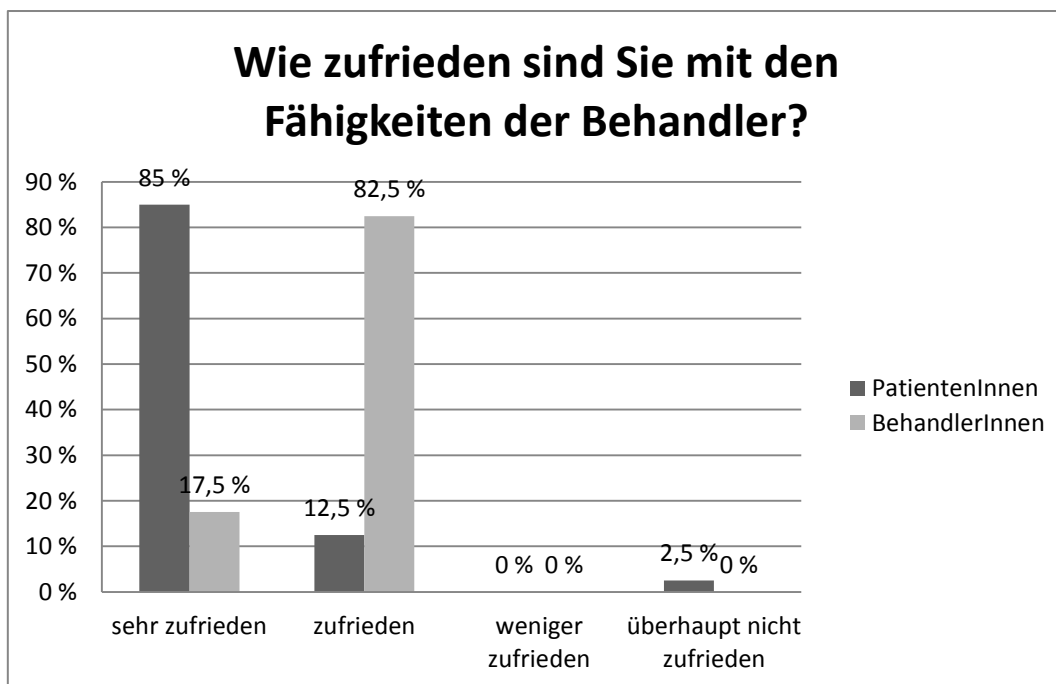
Der Median der abgegebenen Antworten seitens der PatientInnen beträgt 4 (bzw. sehr zufrieden) , seitens der BehandlerInnen 3 (zufrieden).

#### 7.1.6.5.5. Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen

Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen  $p < ,00001$

Die Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen unterscheidet sich laut der Wilcoxon-Testung zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen mit  $p < ,00001$  sehr signifikant voneinander (Tabelle 37; Anhang 11.6.5 Seite 118).

Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 28 mit durchschnittlichem Rangwert von 15,00; die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 2 mit durchschnittlichem Rangwert von 22,50.



**Abbildung 15**  
Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen

Die Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen fiel mit 85 % der Selbsteinschätzung der PatientInnen mit „sehr zufrieden“ aus. 82,5 % der Fremdeinschätzungen wurde mit „zufrieden“ und 17,5 % mit „sehr zufrieden“ bewertet.

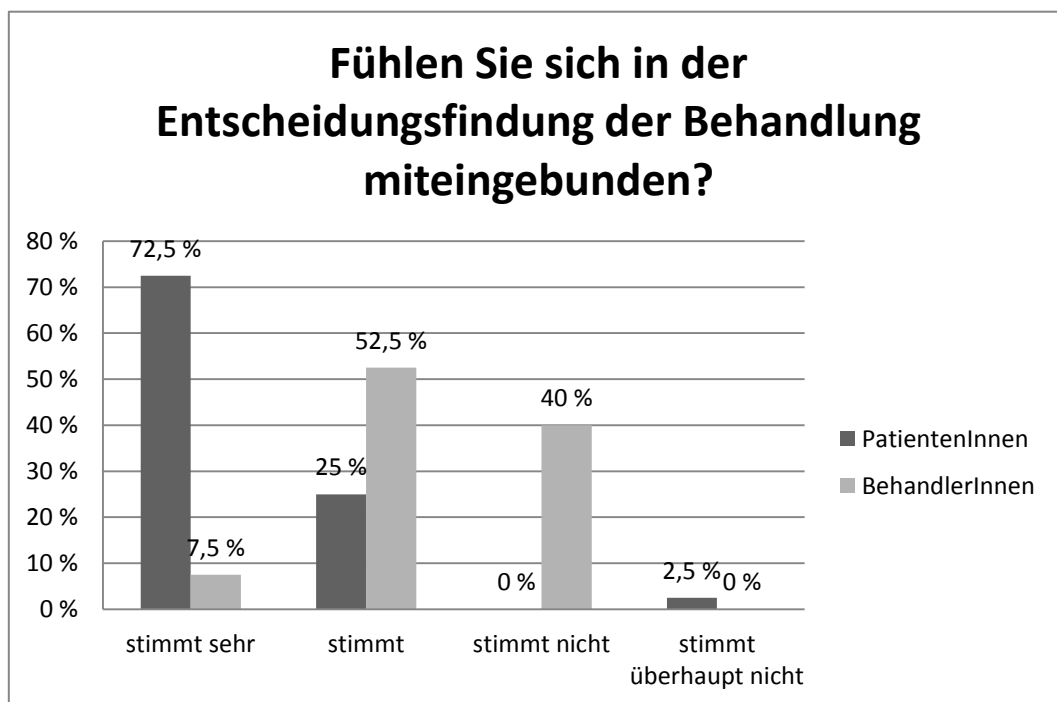
Der Median der Bewertungen seitens der PatientInnen beträgt 4 (bzw. sehr zufrieden) und seitens der BehandlerInnen 3 (bzw. zufrieden).

#### 7.1.6.5.6. Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung

Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung

$p < ,00001$

Die Tabelle 38 (s. Anhang 11.6.6 Seite 119) stellt den Vergleich der Beurteilungen der Zufriedenheit der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Wie die Signifikanzüberprüfung abbildet, zeigen sich sehr signifikante Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen. Es zeigt sich, dass die Beurteilungen der Zufriedenheit dieses Items aus einer Grundgesamtheit mit unterschiedlichen Verteilungen stammen.



**Abbildung 16**  
**In der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden**

72,5 % der Selbsteinschätzung und 7,5 % der Fremdeinschätzung fällt auf „stimmt sehr“ aus.

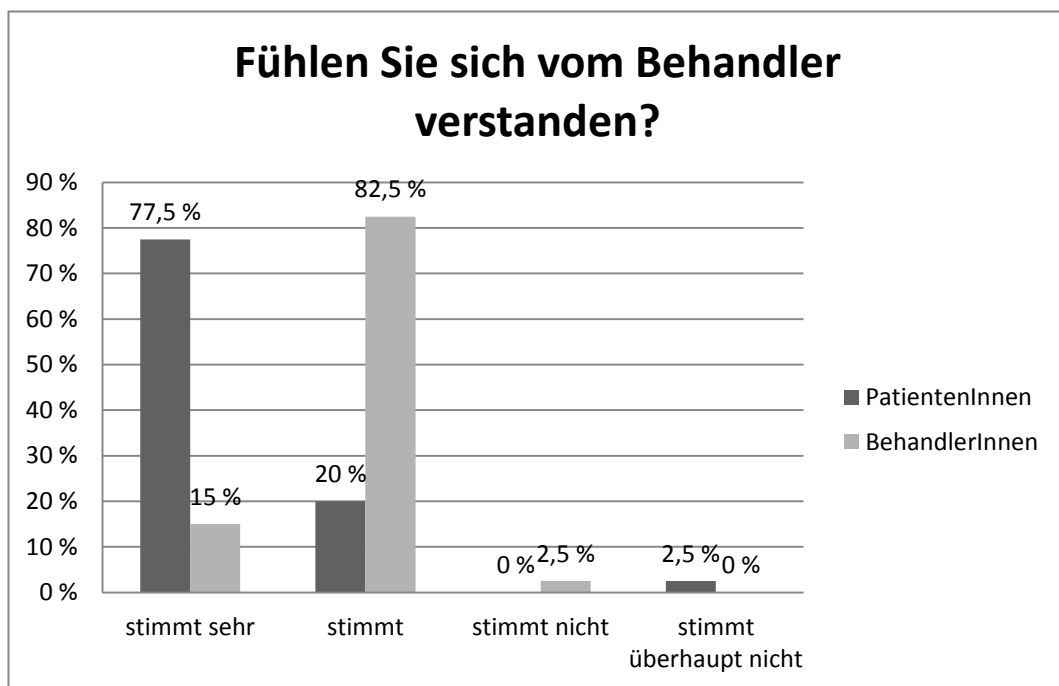
Es fühlen sich somit die Mehrheit der PatientInnen in die Entscheidungsfindung miteingebunden. 40 % der Fremdratings fallen auf „stimmt nicht“ aus. Es zeigt sich daher auch eine Tendenz, dass ein Großteil der Behandlerbeurteilung die Meinung vertritt, dass der Patient bzw. die Patienten in die Entscheidungsfindung der Behandlung nicht eingebunden ist.

Der Median der Bewertungen seitens der PatientInnen beträgt 4, und seitens der Behandler 3.

#### 7.1.6.5.7. Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen

Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen  $p < ,00004$

Zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen zeigt sich ein signifikanter Unterschied mit  $p < ,00004$  (s. Tabelle 39; Anhang 11.6.7). Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 26, mit durchschnittlichem Rangwert von 14,04, die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 2 mit durchschnittlichem Rangwert von 20,50.



**Abbildung 17**  
Verständnis durch den BehandlerInnen

In der Abbildung 17 ist es ersichtlich, dass 77,5 % der Selbstbeurteilungen und 15 % der Fremdbeurteilungen auf „stimmt sehr“ ausfallen. 82,5 % der Fremdeinschätzungen werden

mit „stimmt“ abgegeben. Die Mehrheit der Patientinnen beurteilen daher, dass sie sich sehr von den BehandlerInnen verstanden fühlen.

Der Median seitens der Beurteilungen der PatientInnen beträgt 4 und seitens der BehandlerInnen 3.

#### 7.1.6.5.8. Körperliches Wohlbefinden

Körperliches Wohlbefinden

$p < ,0002$

Der Wilcoxonstest der Tabelle 40 (s. Anhang 11.6.8 Seite 120) zeigt mit  $p < ,0002$  einen signifikanten Unterschied zwischen den Beurteilungen der PatientInnen und BehandlerInnen bezüglich des körperlichen Wohlbefindens.

Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 23 mit durchschnittlichem Rangwert von 14,61, die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 4 mit durchschnittlichem Rangwert von 10,50.

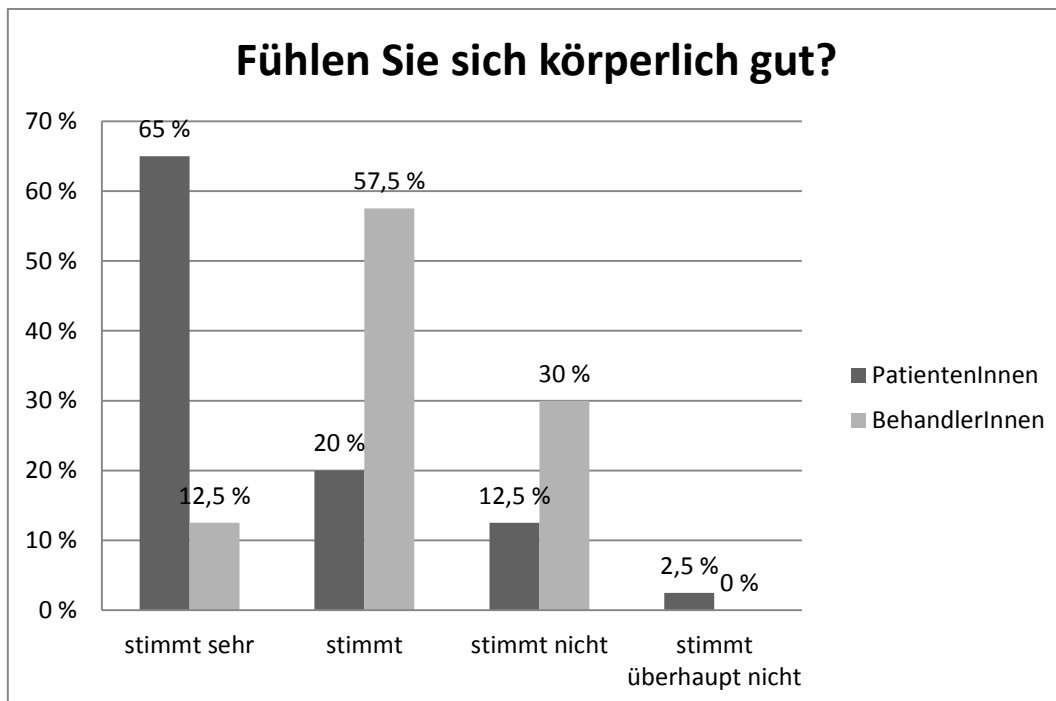


Abbildung 18  
Körperliches Wohlbefinden

Die Abbildung 18 stellt eine Gegenüberstellung der Selbst- und Fremdeinschätzungen bezüglich des körperlichen Wohlbefindens dar. 65 % der Selbsteinschätzungen fallen auf „stimmt sehr“ / sehr gutes körperliches Befinden; 12,5 % auf „stimmt nicht“ / kein gutes körperliches Befinden; 20 % auf „stimmt“ / gutes körperliches Wohlbefinden; 2,5 % auf „stimmt überhaupt nicht“ / überhaupt kein gutes körperliches Wohlbefinden.

Mehr als die Hälfte der Fremdeinschätzungen wurde mit „stimmt“ 57,5 % bzw. gutes körperliches Wohlbefinden und 30 % mit „stimmt nicht“ kein gutes körperliches Wohlbefinden bewertet. Es zeigen sich große Unterschiede in der Bewertung des körperlichen Wohlbefindens in der Abstufung „stimmt nicht“ / kein gutes körperliches Wohlbefinden sowie bei der Abstufung „stimmt“ / gutes körperliches Wohlbefinden.

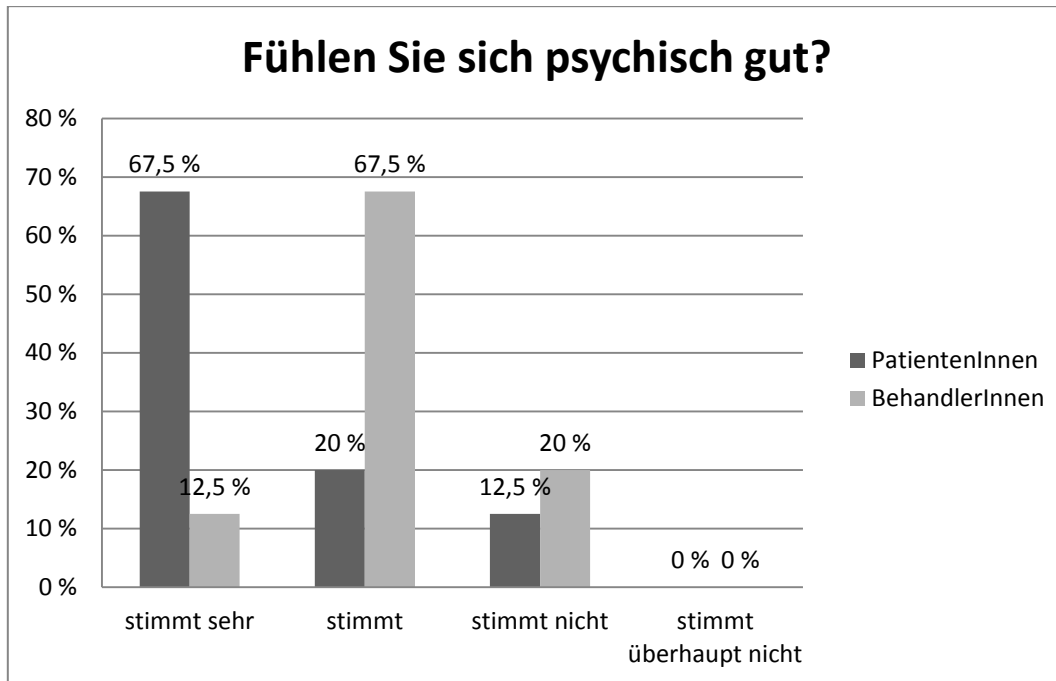
Der Median der Bewertungen der PatientInnen beträgt 4 und der BehandlerInnen beträgt 3.

#### **7.1.6.5.9. Psychisches Wohlbefinden**

Zufriedenheit mit dem psychischen Wohlbefinden  $p < ,00011$

Die Beurteilung des psychischen Wohlbefindens zeigt einen signifikanten Unterschied mit  $p < ,00011$  zwischen den Fremd- und Selbstbewertungen. Es ist ersichtlich, dass die Beurteilungen aus einer Grundgesamtheit mit verschiedener Verteilung entstammen.

Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 23 mit durchschnittlichem Rangwert von 13,183, die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 3 mit durchschnittlichem Rangwert von 11 (s. Tabelle 41; Anhang 11.6.9).



**Abbildung 19**  
**Psychisches Wohlbefinden**

Auf die Frage „fühlen Sie sich psychisch gut“ fällt 67,5 % der Selbsteinschätzungen auf „stimmt sehr“ bzw. sehr gutes psychisches Wohlbefinden, 20 % auf stimmt bzw. gutes psychisches Wohlbefinden und 12,5 % auf stimmt nicht bzw. kein gutes psychisches Wohlbefinden.

Seitens der Fremdratings sind 12,5 % auf „stimmt sehr“ bzw. sehr gutes psychisches Wohlbefinden, 67,5 % auf „stimmt“ bzw. gutes psychisches Wohlbefinden und 20 % auf „stimmt nicht“ bzw. kein gutes psychisches Wohlbefinden ausgefallen.

Der Median der abgegebenen Ratings der PatientInnen beträgt 4 und der Median der Ratings der BehandlerInnen 3.

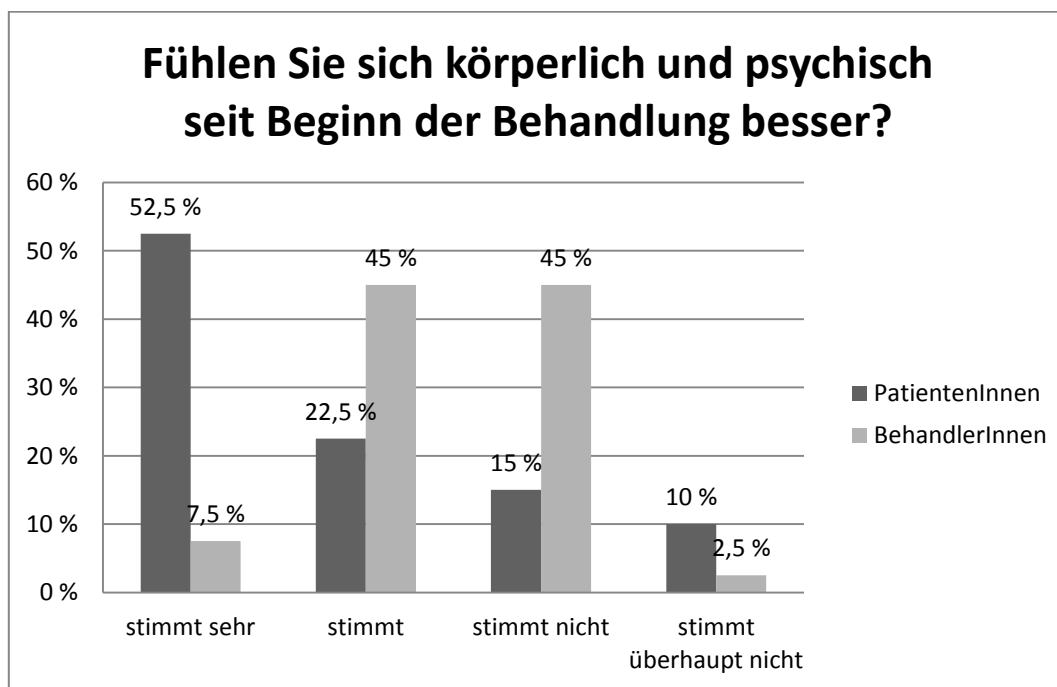
#### **7.1.6.5.10. Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn**

Die Signifikanzüberprüfung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn zeigt signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilungen der PatientInnen und BehandlerInnen.

Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn  $p < ,00174$

Die Überprüfung der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn zeigt ebenfalls mit  $p < ,00174$  sehr signifikante Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen.

Die Anzahl negativer Differenzen beträgt 25 mit durchschnittlichem Rangwert von 16,86, die Anzahl der positiven Differenzen beträgt 7 mit durchschnittlichem Rangwert von 15,21 (Tabelle 42; Anhang 11.6.10 Seite 121).



**Abbildung 20**  
**Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn**

Auf die Frage „Fühlen Sie sich körperlich und psychisch seit Beginn der Behandlung besser?“ fallen seitens der Selbsteinschätzungen 52,5 % auf „stimmt sehr“; 22,5 % auf „stimmt“; 15 % auf „stimmt nicht“ und 10 % auf „stimmt überhaupt nicht“ .

Seitens der Fremdbeurteilungen fallen 7,5 % auf „stimmt sehr“, 45 % auf „stimmt“, 45 % auf „stimmt nicht“ und 2,5 % auf „stimmt überhaupt nicht“.

Zum Vergleich zeigt sich ein 30 % iger Unterschied in der Stufe „stimmt nicht“, wobei die Fremdbeurteilungen die Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn etwas negativer bewerten.

Der Median der abgegebenen Ratings der PatientInnen beträgt 4 und die der BehandlerInnen 3.

#### 7.1.6.5.11. Bewertung der momentanen Lebensqualität

Bewertung der momentanen Lebensqualität

$p > ,983$

Die Überprüfung auf signifikante Unterschiede des Items „Einschätzung der momentanen Lebensqualität“ zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Ärzte und der PatientInnen,  $p > ,983$  (s. Tabelle 43; Anhang 11.6.11 Seite 122).



**Abbildung 21**  
Einschätzung der momentanen Lebensqualität

Die Lebensqualität wird durch die Selbst- und Fremdbeurteilung gleichwertig bewertet. Die meisten Ratings fallen mit 65 % auf die Bewertungsstufe „gut“ aus.

Der Median der Bewertungen seitens der PatientInnen und BehandlerInnen beträgt 4.

### 7.1.6.5.12. Überprüfung der Zusammenhänge bezüglich Geschlecht und Beurteilung der Zufriedenheit mit der Versorgung

Um die Überprüfung der Zusammenhänge bezüglich Geschlecht und Beurteilung der Zufriedenheit mit der Versorgung durchführen zu können, wurden die Daten deskriptiv nach der Geschlechtsverteilung berechnet. Die Daten wurden mittels einer Kreuztabelle dargestellt.

Aufgrund der Nicht-Normalverteilung der Daten wurde eine nichtparametrische Testung, die Mann-Whitney Signifikanztestung, durchgeführt.

### 7.1.6.5.13. Zufriedenheit mit der Behandlung bezüglich der Geschlechtsverteilung

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung bzw. Therapie? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Behand	Zufrieden	1	7	8
	Sehr Zufrieden	16	16	32
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 14**

**Kreuztabelle – Zufriedenheit mit der Behandlung und Geschlechtsverteilung**

Die Häufigkeitsverteilung der abgegebenen Antworten männlicher und weiblicher PatientInnen liegt bei je 16 PatientInnen, die mit der Behandlung sehr zufrieden waren. Der Mann-Whitney-Test hat keine signifikante Unterschiede  $p > ,058$  zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit der Behandlung und der Geschlechterverteilung gezeigt (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.14. Zufriedenheit mit der Ausstattung im Krankenhaus

Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung im Krankenhaus? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Austatt	Nicht Zufrieden	0	3	3
	Zufrieden	6	7	13
	Sehr Zufrieden	11	13	24
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 15**

**Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Ausstattung im Krankenhaus und Geschlecht**

Die Tabelle 15 zeigt die Häufigkeiten der Zufriedenheitsbewertungen zwischen männlichen und weiblichen PatientInnen bezüglich der Ausstattung im Krankenhaus. Es wurden 3 Bewertungen seitens der weiblichen PatientInnen als nicht zufrieden abgegeben, hingegen sind alle Zufriedenheitsbeurteilung männlicher PatientInnen als zufrieden oder sehr zufrieden ausgefallen.

Insgesamt kann aus der Tabelle entnommen werden, dass 13 PatientInnen zufrieden, sowie 24 PatientInnen sehr zufrieden mit der Ausstattung des Krankenhauses sind.

Die Überprüfung des Unterschieds der abgegebenen Bewertungen zeigt keine signifikante Unterschiede zwischen Bewertungen und Geschlechtsverteilung  $p > ,430$  (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

#### 7.1.6.5.15. Zufriedenheit mit der Organisation

Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und den Abläufen im Krankenhaus? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Organ	Überhaupt Nicht Zufrieden	0	1	1
	Nicht Zufrieden	0	2	2
	Zufrieden	3	6	9
	Sehr Zufrieden	14	14	28
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 16**

**Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Organisation und Geschlecht**

Der Vergleich mit der Zufriedenheit der Organisation und dem Geschlecht ergab, dass insgesamt 3 weibliche Personen weniger zufrieden bzw. nicht zufrieden mit der Organisation im Krankenhaus waren, 37 Personen der insgesamt 40 befragten PatientInnen hingegen zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Organisation.

Die Unterschiedsüberprüfung des Mann-Whitney-Tests zeigt keine signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen von Männern und Frauen bezüglich Zufriedenheit mit der Organisation im Krankenhaus  $p > ,113$  (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.16. Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

Wie zufrieden sind Sie mit den erhaltenen Informationen über ihre Erkrankung? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Inform	Überhaupt nicht Zufrieden	0	1	1
	Zufrieden	1	6	7
	Sehr Zufrieden	16	16	32
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 17**

**Kreuztabelle der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen und Geschlechtsverteilung**

Die Kreuztabelle 17 bezieht sich auf die Zufriedenheitsbeurteilungen der erhaltenen Informationen männlicher und weiblicher PatientInnen. Keiner der männlichen PatientInnen war mit den erhaltenen Informationen unzufrieden, eine weibliche Patientin hingegen war mit den erhaltenen Informationen überhaupt nicht zufrieden. Insgesamt betrachtet, zeigen die Ergebnisse, dass von den 40 PatientInnen 7 PatientInnen zufrieden und 32 PatientInnen sehr zufrieden mit den erhaltenen Informationen waren.

Die Tabelle 56 (s. Anhang 11.9 Seite 132) zeigt die Signifikanzüberprüfung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen bezüglich Geschlechterverteilung.

Die Beurteilungen zw. männliche und weibliche PatientInnen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

### 7.1.6.5.17. Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang und Geschlecht

Wie zufrieden sind Sie mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Umgang	Zufrieden	1	0	1
	Sehr Zufrieden	16	23	39
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 18**

**Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang und Geschlecht**

Die Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen wird von allen PatientInnen mit "zufrieden" oder "sehr zufrieden" bewertet. Der Unterschiedstest Mann-Whitney-U Test, zeigt mit  $p > ,245$  keinen signifikanten Unterschied zwischen der Beurtei-

lungen der weiblichen und männlichen PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

#### 7.1.6.5.18. Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse und Geschlecht

Wie zufrieden sind Sie mit der Erfüllung Ihrer Wünsche bzw. Bedürfnisse? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Wünsche	Überhaupt Nicht Zufrieden	0	1	1
	Zufrieden	2	7	9
	Sehr Zufrieden	15	15	30
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 19**

#### Kreuztabelle zwischen Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche und Geschlecht

Die Kreuztabelle 19 stellt den Vergleich zwischen den Geschlechtern der PatientInnenbewertungen mit der Zufriedenheit der Erfüllung der Wünsche dar. Es ist ersichtlich, dass eine weibliche Patientin überhaupt nicht mit der Erfüllung der Wünsche zufrieden ist. Insgesamt waren 9 PatientInnen (2 männliche und 7 weibliche PatientInnen) mit der Erfüllung der Wünsche zufrieden. 30 PatientInnen sind mit der Erfüllung der Wünsche sehr zufrieden.

Die Signifikanzüberprüfung der Unterschiede bezüglich Geschlechtsverteilung und Rating zeigt mit  $p > ,095$  keine signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen und Geschlecht (Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

#### 7.1.6.5.19. Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen

Wie zufrieden sind Sie mit den Fähigkeiten der Behandler? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Fähigkeit	Überhaupt nicht Zufrieden	0	1	1
	Zufrieden	1	4	5
	Sehr Zufrieden	16	18	34
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 20**

#### Kreuztabelle der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen und Geschlecht

Die Tabelle 20 zeigt die Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen aufgeteilt nach weiblichen und männlichen PatientInnen. Wie ersichtlich wird, ist eine weibliche Patientin mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen nicht zufrieden. Es gibt keine Bewertungen der Kategorie „nicht zufrieden“. Von den insgesamt 40 PatientInnen sind 34 PatientInnen mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen „sehr zufrieden“.

Die Signifikanzüberprüfung der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132), zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen männlicher und weiblicher PatientInnen  $p > ,164$ .

#### 7.1.6.5.20. Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Fühlen Sie sich in der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Entscheid	Stimmt überhaupt nicht	0	1	1
	Stimmt	2	8	10
	Stimmt sehr	15	14	29
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 21**

#### Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Geschlechterverteilung

Die Tabelle 21 zeigt die Bewertungen der gemeinsamen Entscheidungsfindung in Bezug auf die Geschlechterverteilung. Es zeigt sich, dass sowohl männliche wie auch weibliche PatientInnen die Bewertung "stimmt nicht" nicht ausgewählt haben. Von den 40 abgegebenen Ratings haben 15 männliche Patienten und 14 weibliche Patientinnen „stimmt sehr“ ausgewählt.

Die Signifikanzüberprüfung auf Unterschiede zeigt, dass mit  $p > ,055$  keine signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilungen und Geschlechterverteilung gibt (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.21. Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen

Fühlen Sie sich vom Behandler verstanden? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Verständnis	Stimmt überhaupt nicht	0	1	1
	Stimmt	2	6	8
	Stimmt sehr	15	16	31
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 22**

**Kreuztabelle der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen und Geschlechtsverteilung**

Die Kreuztabelle 22 zeigt, dass 31 PatientInnen sich sehr von der Behandlerin bzw. dem Behandler verstanden fühlen. Davon waren 15 Patienten männlich und 16 Patientinnen weiblich.

Der Mann-Whitney-Signifikanztest zeigt keine signifikante Unterschiede ( $p > ,157$ ) zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.22. Vergleich des körperlichen Wohlbefindens und Geschlecht

Fühlen Sie sich körperlich gut? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Körperlich	Stimmt überhaupt nicht	0	1	1
	Stimmt nicht	1	4	5
	Stimmt	2	6	8
	Stimmt sehr	14	12	26
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 23**

**Körperliches Wohlbefinden und Geschlechterverteilung**

Wie die Tabelle 23 hinweist, bewertet eine Patientin das körperliche Wohlbefinden als „stimmt überhaupt nicht“ bzw. „überhaupt nicht gut“. 26 PatientInnen geben ihren körperlichen Wohlbefinden als, sehr gut an bzw. „stimmt sehr“. Davon waren 14 männliche Patienten und 12 weibliche Patientinnen.

Die Signifikanzüberprüfung zeigt keine signifikanten Unterschiede mit  $p > ,047$  zwischen den abgegebenen Bewertungen und Geschlecht (Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.23. Vergleich des psychischen Wohlbefindens und Geschlecht

Fühlen Sie sich psychisch gut? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Psychisch	Stimmt nicht	2	3	5
	Stimmt	1	7	8
	Stimmt sehr	14	13	27
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 24**  
Psychisches Wohlbefinden und Geschlechterverteilung

Die Kreuztabelle 24 zeigt das psychische Wohlbefinden bezogen auf das Geschlecht. 5 PatientInnen beurteilen das psychische Wohlbefinden mit „nicht gut“ bzw. „stimmt nicht“. Das psychische Wohlbefinden wird von 8 PatientInnen mit „stimmt“ bzw. „gut“ und von 27 PatientInnen, davon 13 weibliche und 14 männliche, mit „stimmt sehr“ bzw. *sehr gut* bewertet.

Die Überprüfung auf signifikante Unterschiede zeigt mit  $p > ,136$  keine signifikante Unterschiede zwischen den abgegebenen Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

### 7.1.6.5.24. Vergleich der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn

Fühlen Sie sich körperlich und psychisch seit Beginn der Behandlung besser? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_Behandlungsbeginn	Stimmt überhaupt nicht	2	2	4
	Stimmt nicht	3	3	6
	Stimmt	4	5	9
	Stimmt sehr	8	13	21
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 25**  
Besserung seit Behandlungsbeginn und Geschlechterverteilung

Die Tabelle 25 stellt die Häufigkeiten der abgegebenen Bewertungen bezüglich Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn pro Geschlecht dar. Es zeigt sich, dass 2 männliche und 2 weibliche PatientInnen angegeben haben, sich *überhaupt nicht* seit Behandlungsbeginn besser zu fühlen. 6 PatientInnen geben an, *keine Besserungen* des Befindens seit

Behandlungsbeginn zu haben. 21 PatientInnen davon 13 weibliche und 8 männliche PatientInnen geben an, Besserungen des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn zu haben.

Der Signifikanztest Mann-Whitney-Test zeigt mit  $p > ,531$  keine signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen (s. Tabelle 56; Anhang 11.9 Seite 132).

#### 7.1.6.5.25. Vergleicht der Lebensqualität und Geschlecht

Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein? / Crosstabulation				
Count				
		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
PAT_LQ	Schlecht	0	2	2
	Mittelmäßig	4	4	8
	Gut	11	15	26
	Sehr Gut	2	2	4
Gesamt		17	23	40

**Tabelle 26**

#### Lebensqualität und Geschlechterverteilung

Wie die Tabelle 26 darstellt, gibt keiner der PatientInnen an, dass ihre Lebensqualität sehr schlecht sei. 26 der PatientInnen davon 11 männliche und 15 weibliche PatientInnen bewerten die Lebensqualität mit „Gut“. 8 PatientInnen davon 4 männliche und 4 weibliche bewerten ihre Lebensqualität mit „mittelmäßig“.

Die Signifikanzüberprüfung zeigt mit einem Wert von  $p > ,674$ , dass es keine signifikanten Unterschiede der Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen gibt.

## VIII. Überprüfung der Hypothesen

### 8.1. Fragestellung – Zufriedenheit mit der Behandlung

*Führt die Bewertung der Behandlung aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Wie die Ergebnisse (Kap. 7.1.6.5.1.) darstellen, kann die Fragestellung bestätigt werden. Es zeigt sich ein sehr signifikanter Unterschied zwischen den Beurteilungen der BehandlerInnen und der PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung.

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung, bei weiblichen und männlichen PatientInnen.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bewertungen der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung, bei weiblichen und männlichen PatientInnen.

### 8.2. Fragestellung – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

*Führt die Bewertung der erhaltenen Informationen aus der Sicht der PatientInnen und BehandlerInnen zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Wie das Kapitel 7.1.6.5.2. zeigt, unterscheiden sich die Beurteilungen der Zufriedenheit der erhaltenen Informationen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung sehr signifikant. Die Fragestellung kann somit bestätigt werden. Die Bewertung der erhaltenen Informationen führt aus der Sicht der PatientInnen und BehandlerInnen zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen.

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, bei weiblichen und männlichen PatientInnen.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zwischen männlichen und weiblichen PatientInnen.

### **8.3. Fragestellung – freundlicher Umgang der BehandlerInnen**

*Führt die Bewertung des freundlichen Umgangs der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Wie im Kapitel 7.1.6.5.3. ersichtlich ist, zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen. Die Hypothese kann bestätigt werden.

Die Bewertung des freundlichen Umgangs der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte führt zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen.

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen.

### **8.4. Fragestellung – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse**

*Führt die Bewertung der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden. Es zeigen sich sehr signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilungen der PatientInnen und BehandlerInnen bezüglich der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse (s. Kap. 7.1.6.5.4.).

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche männlicher und weiblicher PatientInnen.

## **8.5. Fragestellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen**

*Führt die Bewertung der Fähigkeiten der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden (s. Kap.: 7.1.6.5.5.).

Die Bewertung der Fähigkeiten der BehandlerInnen aus der Sicht der PatientInnen und Ärzte führt zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen.

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen männlicher und weiblicher PatientInnen.

## **8.6. Fragestellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung**

*Führt die Bewertung der gemeinsamen Entscheidungsfindung aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden. Wie im Kapitel 7.1.6.5.6. ersichtlich ist, zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung.

*Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Zufriedenheit der gemeinsamen Entscheidungsfindung männlicher und weiblicher PatientInnen.

## **8.7. Fragestellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen**

*Führt die Selbst- und Fremdeinschätzung der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen zu unterschiedlichen Zufriedenheitssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden. Es zeigen sich (s. Kap.: 7.1.6.5.7.) sehr signifikante Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen.

*Es zeigen sich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen.*

Die Fragestellung kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen weiblicher und männlicher PatientInnen.

## **8.8. Fragestellung – körperliches Wohlbefinden**

*Führt die Bewertung des körperlichen Wohlbefindens aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Befindlichkeitssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden. Es zeigt sich bei der Beurteilung des körperlichen Wohlbefindens ein signifikanter Unterschied (s. Kap.: 7.1.6.5.8.).

Die Bewertung des körperlichen Wohlbefindens aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte führt zu unterschiedlichen Befindlichkeitssichtweisen.

## **8.9. Fragestellung – psychisches Wohlbefinden**

*Führt die Bewertung des psychischen Wohlbefindens aus der Sicht der PatientInnen und der Ärzte zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

Wie im Kapitel 7.1.6.5.9. dargestellt wird, zeigt sich bei der Bewertung des psychischen Wohlbefindens ein signifikanter Unterschied zwischen den Fremd- und Selbstbewertungen.

## **8.10. Fragestellung – Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn**

*Führt die Bewertung der Besserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens aus der Sicht des PatientInnen und Ärzte zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

Die Fragestellung kann bestätigt werden. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung der Besserung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn (s. Kap.: 7.1.6.5.10.).

## **8.11. Fragestellung – Einschätzung der momentanen Lebensqualität**

*Führt die Selbst- und Fremdeinschätzung der momentanen Lebensqualität der PatientInnen zu unterschiedlichen Beurteilungssichtweisen?*

Wie im Kapitel 7.1.6.5.11. ersichtlich ist, kann die Fragestellung nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikante Unterschiede zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung.

## IX. Diskussion

Das Ziel der durchgeführten Untersuchung ist es, einen Fragebogen zu entwickeln, der die PatientInnenzufriedenheit mit der Versorgung im Krankenhaus durch Selbst- und Fremdbeurteilung erfasst.

Ein relevantes Ziel war es, einen ökonomischen Fragebogen zu erstellen, den die PatientInnen innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne und ohne viel Aufwand bearbeiten können.

Die Hauptbereiche der Versorgung, die ausgearbeitet und in dieser Untersuchung herangezogen wurden, sind *Zufriedenheit mit Leistungsangebot, Kommunikation, Organisation, Ausstattung, Behandlung, Umgang der BehandlerInnen, Fähigkeiten der BehandlerInnen, Entscheidungsfindung, Verständnis durch den BehandlerIn sowie psychische und körperliche Befindlichkeit*. Als Zusatzitem wurde auch die *momentane Lebensqualität* eingefügt.

Seitens der PatientInnen wurden 14 Items, seitens der BehandlerInnen 11 Items bewertet. Die drei zusätzlichen Items der PatientInnenfragebogen wurden nur für die deskriptive Auswertungen verwendet. Die Durchführung der Untersuchung geschah innerhalb eines Zeitraums von zwei Tagen. Die Zuteilung der PatientInnen erfolgte abhängig von deren Behandlungsterminen. Ausschlusskriterium war ein sehr erschwerter Zustand der PatientInnen, sowie keine freiwillige Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen.

Innerhalb einer Zeitspanne von zwei Tagen nahmen 40 PatientInnen an der Untersuchung teil sowie drei BehandlerInnen der ambulanten und stationären medizinisch- internistischen onkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Fürstenfeld.

Die jüngste Patientin bzw. Patient war 30 Jahre alt und die älteste Patientin bzw. Patient 86 Jahre alt. Es nahmen 17 männliche PatientInnen und 23 weibliche PatientInnen an der Untersuchung teil. Nach der Tumorlokalisation wiesen die meisten PatientInnen Brustkrebs gefolgt von Dickdarmkrebs auf. Die durchschnittliche Bearbeitung der Fragebögen dauerte ungefähr 10-15 Minuten. 48 % der PatientInnen erhielten eine Chemotherapie, 13 % eine Hormontherapie, 10 % hatten eine Nachsorgeuntersuchung.

Die Auswertung zeigte eine Nichtnormalverteilung der Daten, wodurch als Berechnungsverfahren die nichtparametrische Wilcoxon Auswertung herangezogen wurde. Eine faktorenanalytische Überprüfung ergab bei den Fragebögen der PatientInnen vier Faktoren und bei den Fragebögen der BehandlerInnen zwei Faktoren. Ein Vergleich beider Fragebögen, bezogen auf die faktorenanalytische Ergebnisse ergab, dass ÄrztInnen verschiedene Bereiche

der Versorgung durch ein anderes „inneres Konstrukt“ bewerten, als PatientInnen. Durch eine Faktorenreduzierung der PatientInnenfragebögen auf zwei Faktoren und Vergleich dieser Faktoren mit den zwei faktorenanalytischen Ergebnissen der BehandlerInnenfragebögen, zeigte, dass drei Items: *Zufriedenheit mit der Behandlung, Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn und freundlicher Umgang der BehandlerInnen*; auf verschiedene Dimensionen / Faktoren seitens BehandlerInnen und PatientInnen bewertet werden.

Die Überprüfung der Geschlechtsunterschiede konnte die Tendenz anderer Untersuchungen nicht bestätigen. In einer Studie von Ommen, Janßen, Neugebauer, Rehm, Bouillon & Pfaff (2006) konnte gezeigt werden, dass es Unterschiede der Bewertung der Versorgung zwischen weiblichen und männlichen PatientInnen gibt. Diese Tendenz der Unterschiede konnte in dieser Untersuchung nicht festgestellt werden. Es zeigten sich in allen Bereichen der Versorgung, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den Bewertungen männlicher und weiblicher PatientInnen.

Um die Beurteilungstendenz von PatientInnen zu erfassen und eine deskriptive Gegenüberstellung der Daten mit den Bewertungen der Ärzte zu erhalten, wurden die Ratings in einer Zweistufen-Skala mit „Zufrieden und Nichtzufrieden“, bzw. „Trifft zu und Trifft nicht zu“ umgewandelt (s. Abbildungen 22 – 31; Anhang Seite 133 - 137). Es zeigt sich eine überaus hohe Tendenz, dass PatientInnen eher zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung sind.

Die Bewertungen der ausgearbeiteten Bereiche zeigen sehr signifikante Unterschiede aller Versorgungsbereiche zwischen PatientInnen und Ärzten. Die Unterschiedsanalyse zeigte somit signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilungen der PatientInnen und ÄrztInnen in folgenden Bereichen: *Zufriedenheit mit Behandlung, Ausstattung, Organisation, Verständnis, Umgang der BehandlerInnen, Fähigkeiten der BehandlerInnen, Entscheidungsfindung sowie Beurteilung des psychischen Wohlbefindens und des körperlichen Wohlbefindens und Besserungen des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn*.

Die Bewertung der zusätzlichen drei Items bzw. der Versorgungsbereiche des Leistungsangebotes, Ausstattung und Organisation ergaben, dass alle PatientInnen bzw. Patientinnen mit dem Leistungsangebot zufrieden waren, 36 PatientInnen zeigten sich mit der Ausstattung zufrieden bzw. 4 PatientInnen nicht zufrieden und 37 PatientInnen waren mit dem Versorgungsbereich „die Zufriedenheit mit der Organisation“ zufrieden, sowie 3 nicht zufrieden.

Zufriedenheit mit der Behandlung / Therapie	p < ,00016
Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen	p < ,00011
Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang	p < ,00000004
Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche	p < ,00005
Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen	p < ,00001
Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung	p < ,00001
Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen	p < ,00004
Körperliches Wohlbefinden	p < ,00020
Psychisches Wohlbefinden	p < ,00011
Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn	p < ,00174

**Tabelle 27**

**Signifikanzdarstellung der Selbst- und Fremdbeurteilungen**

Eine zusammengefasste Darstellung der Ergebnisse ist in der Tabelle 27 zu finden. Es ist ersichtlich, dass die Zufriedenheit mit den Versorgungsbereichen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung sich signifikant voneinander unterscheidet. Wenn man die deskriptiven Daten betrachtet, ist es ersichtlich, dass es wesentliche Unterschiede in der Bewertung der positiven Abstufungen „stimmt sehr“ bzw. „stimmt“ zw. den Selbst- und Fremdratings in folgenden Bewertungsbereichen gibt: Zufriedenheit mit der Behandlung / Therapie, Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang, Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der Behandler und fühlen Sie sich vom Behandler verstanden. Relevante Unterschiede zeigen sich bei der Bewertung der Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse. 22,5 % der Fremdratings ergeben, dass PatientInnen nicht mit der Erfüllung der Wünsche od. Bedürfnisse zufrieden sind. Bei der Frage „Fühlen Sie sich in die Entscheidungsfindung miteingebunden?“ fallen 40 % der Fremdratings auf „stimmt nicht“ bzw. PatientInnen fühlen sich in der Entscheidungsfindung nicht miteingebunden. Weiters werden Unterschiede bei den Items „körperliches- und psychisches Wohlbefinden“, wie auch beim „Wohlbefinden seit Behandlungsbeginn“ sichtbar.

Ein Vergleich nach Altersklassen war nicht möglich, da nur eine Patientin bzw. ein Patient der Altersklasse zwischen 18 und 30 sowie 6 PatientInnen zwischen 31 und 60 Jahren vorhanden waren. Somit waren diese zwei Altersklassen unterrepräsentiert. 33 PatientInnen hingegen waren zwischen 61 und 86 Jahre alt, somit war diese Gruppe überrepräsentiert. Als kritisch muss man daher die Anzahl und Altersklassen der Stichprobe betrachten sowie die Problematik der Überprüfung der Validität des Fragebogens.

Die Ergebnisse deuten auf die ähnliche Tendenz vorheriger Untersuchungen, welche zeigen, dass sich Selbst- und Fremdbeurteilungen zwischen Ärzten und PatientInnen nicht

decken. Wie die Dimensionsreduktion der Faktorenanalyse gezeigt hat, ziehen PatientInnen und Ärzte unterschiedliche innere Konstrukte bei der Bewertung der Versorgungsbereiche heran. Nach den deskriptiven Daten zeigt sich die Tendenz, dass BehandlerInnen eine negativere Einschätzung der Zufriedenheit der PatientInnen abgeben.

In fast allen Versorgungsbereichen beurteilten ÄrztInnen die Zufriedenheit der PatientInnen mit mindestens einer Abstufung negativer. Sehr große Unterschiede waren bei der Bewertung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens zu finden sowie bei der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn. Eine mögliche Erklärung dieses Phänomens wäre, dass seitens der ÄrztInnen in der Bewertungsdimension auch Informationen über die Erkrankung und Krankheitsverlauf einfließen können, womit die Beurteilung des Ist-Zustandes der PatientInnen etwas negativer ausfällt.

Die Mehrheit der befragten PatientInnen sind mit allen Bereichen der Versorgung des Landeskrankenhauses Fürstenfeld der medizinischen Abteilung mit Schwerpunkt für Hämatologie und internistische Onkologie zufrieden oder sehr zufrieden. Besonders der freundliche Umgang der BehandlerInnen, die Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen, die erhaltenen Informationen über die Erkrankung sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. Therapie fallen sehr positiv aus. Da einige der Items des Fragebogens gleichzeitig auf mehrere faktorenanalytische Dimensionen laden, wäre eine Revision des Fragebogens relevant. Dadurch sollten einzelne Items nur einen gezielten Bereich erfassen.

Der erstellte Fragebogen und die durchgeführte Untersuchung konnte die Versorgungszufriedenheit der PatientInnen durch Selbsteinschätzungen und Fremdeinschätzungen erfassen und darüber hinaus Erkenntnisse und Tendenzen über Selbst- und Fremdeinschätzungen der Versorgungsbewertungen im Landeskrankenhaus Fürstenfeld liefern.

## X. Literaturverzeichnis

- Aaronson NK, A. S. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 85 , S. 365-376.
- Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners. *British Journal of General Practice* 48 , S. 1059-1063.
- Biebe, C., Müller, K. G., Blumenstiel, K., & Eich, W. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung als Maßnahme zur Verbesserung der Arzt-patient-Interaktion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* , S. 53–60.
- Bieber, C. (2007). Mit dem Arzt auf gleicher Augenhöhe. *Managed Care* 2 , S. 10-13.
- Biermann, C., & Küchler, T. (1999). Lebensqualität in der urologischen Onkologie. *Der Urologe* 38 , S. 189-200.
- Brédart, A. (2005). An international prospective study of the eortc cancer in patient satisfaction with care measure. *European Journal of Cancer* 41 , S. 2120-2131.
- Bross F., F. E. (1999). Psychosoziale Krankheitsbelastungen und Lebensqualität beim Lymphödem. *Phlebologie* 28 , S. 70-73.
- Bury, M. (2004). Researching patient-professional interactions. *Journal of Health Services Research & Policy* 9 , S. 48-54.
- Calaminus, G. (2006). Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Tumor. *Monatsschr Kinderheilkd* 154 , S. 644-649.
- Calaminus, G., Langer, T., N.Willich, & J.D.Beck. (2000). Lebensqualität und Spätfolgen bei Kindern und Jugendlichen mit Tumorerkrankungen. *Onkologie* 6 , S. 868-877.
- Charles, C., Amiram, G., & Tim, W. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revising the shared treatment decision making model. *Social Science & Medicine* 49 , S. 651-661.
- Christopher G. Lis, D. G. (2006). Patient Satisfaction with Quality of Life as a Predictor of Survival in Pancreatic Cancer. *International Journal of Gastrointestinal Cancer* 37 , S. 35–43.

- Coscarelli, S. A., & Ganz, P. A. (1991). Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short Form (Cares). *Cancer* 68 , S. 1406-1413.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ* , S. 719-720.
- D. ANDREW LOBLAW, A. B. (2004). Psychometric Refinement Of An Outpatient Visit-Specific Satisfaction With Doctor Questionnaire. *Psycho-Oncology* 13 , S. 223–234.
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16 , S. 5-23.
- Deuschinoff, G., Friedrich, C., Thiem, U., Voigtmann, R., & Pientka, L. (2005). Lebensqualität in der Onkologie. *Onkologe* , S. 164-172.
- Ed Diener, S. O. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being - Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annu. Rev. Psychol.* 54 , S. 403–425.
- Eduardo Bruera, C. S.-T. (2001). Patient Preferences Versus Physician Perceptions of Treatment Decisions in Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology* 19 , S. 2883-2885.
- Fallowfield, L. (2001). Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *BJM* 323 , S. 1144.
- Fliege, H., & Filipp, S.-H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität. *Gerontol Geriat* 33 , S. 307-313.
- Fülöp Scheibler, U. S. (2005). Shared decision-making. *GGW* , S. 23-31.
- Gallagher, T. J. (2001). Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Education and Counseling* 45 , S. 211-218.
- Gautier Defosse, S. M.-P.-R. (2007). Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer. *BioMed Central* .
- Gerhard Henrich, P. H. (2001). Fragen zur PatientInnenzufriedenheit (FPZ) - Gerhard Henrich - Peter Herschbach - Ines Schäfer. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4 , S. 147-158.
- Grulke N, B. H. (1999). Krankheitsbewältigung bei Tumor - ein knapper Überblick. *Musiktherapeutische Umschau* 20 , S. 342-348.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient Participation in Decision - Making. *Soc. Sci. Med.* 47 , S. 329-339.
- Härter, M., & Loh, A. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung - von der Pionierzeit zur kontinuierlicher Arbeit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* , S. 49-50.

- Hattingen. (2001). Tumor und Psyche – Psychoonkologie. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 8 , S. 232-233.
- Hawighorst, S., Brückner, D., Schönefuß, G., Knapstein, P. G., & Kölbl, H. (2006). Lebensqualität und psychoonkologische Betreuung. *Onkologe* , S. 845-853.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Tumorkranken - FBK - R23. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* , S. 69-76.
- Horst Müller, A. F.-L. (2001). Eine kliniktaugliche Version des deutschsprachigen SF-36 und ihr psychometrischer Vergleich mit dem Originalfragebogen. *Soz.-Präventivmed.* 46 , S. 96-105.
- Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006.* (2007). Wien: Statistik Austria.
- Joachim, W. (2000). *Fatigue bei TumorPatientInnen.* Karger.
- Jörg Schumacher, A. K. (2003). *Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung.* Göttingen: Hogrefe.
- Kamolz, T., & Pointner, R. (1998). „Lebensqualität“ — ein Beurteilungskriterium in der Chirurgie. *Acta Chir. Austriaca* 6 , S. 355-358.
- Keller, M. (2001). Effekte psychosozialer Interventionen auf Lebensqualität und Krankheitsverlauf von TumorPatientInnen. *Onkologe* , S. 133-142.
- Keller, M. (2004). Lebensqualität und Krankheitsverlauf von TumorPatientInnen - Wirksamkeit psychosozialer Interventionen. *Psychoneuro* 30 , S. 210-214.
- L. J. Fallowfield, A. H. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *BMJ* .
- L. Weißbach, & Küchler, T. (2002). Umgang mit Tumor – diesmal aus Sicht der PatientInnen. *Urologe* , S. 95–96.
- Link, H. (2006). *Deutsche Tumorgesellschaft / Supportivtherapie bei malignen Erkrankungen.* Dt. Ärzte-Verlag.
- M. Pinquart. (1998). Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Tumorbewältigung bei Tumorerkrankung im Alter. *Onkologe* 4 , S. 55-60.
- Melina Gattellari, P. N. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* 52 , S. 1865–1878.
- Morrison, I. (Dezember 2000). Hamster Health Care. *BMJ Vol.* 321 .

- Nezhiba, S. (2006). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Ärztin - Patient - Interaktion. *Wiener Linguistische Gazette* , S. 47-68.
- ONG, L. M., HAES, J. C., Hoos, A. M., & LAMMES, F. B. (1995). DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION: A REVIEW OF THE LITERATURE. *Social Science Medicine* 40 , S. 903-918.
- Prof. Dr. J. Weis, F. (2004). Psyche und Tumor. *Psychoneuro* 30 , S. 179.
- R. Harzmann, D. (1998). Schmerztherapie und Lebensqualität. *Urologe* , S. 167-169.
- R., V. (1986). *Tumor u. Angst*.
- Reinhardt, D. (2007). Intensivmedizin und Lebensqualität. *Monatsschrift Kinderheilkunde* , S. 629.
- Reiter-Theil, S. (1998). Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Ethik in der Medizin* , S. 74–90.
- Schulz, H., Winzer, A., Stump, S., & Koch, U. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von TumorPatientInnen durch psychoonkologische Interventionen. *Onkologe* , S. 157-166.
- Schuth, W. (1998). Die Patientin mit Tumor und Angst. *Der Gynäkologe* , S. 713-721.
- Söllner, W., & Keller, M. (2007). Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der PatientInnen. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 4 , S. 249–257.
- Steinbüchel, N. v., Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1999). Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL): Entwicklung und Prüfung eines Verfahrens zur krankheitsübergreifenden Erfassung der Lebensqualität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* , S. 99-112.
- U.Gerbershagen, H., G.Lindena, J.Korb, & S.Kramer. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen. *Schmerz* , S. 271-284.
- U.Ravens-Sieberer. (2000). Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* , S. 198–209.
- U.Wedding, & Höffken, K. (2002). "Go go – slow go – no go". *Onkologe* , S. 111-112.
- W.Pipam, Likar, R., Klocker, J., G.Bernatzky, Platz, T., Sittl, R., et al. (2002). Ergebnisse einer Umfrage zu Schmerzen und Lebensqualität bei TumorPatientInnen. *Schmerz* , S. 481–489.

Wegberg, B. v., Lienhard, A., & Andrey, M. (2000). Verändert ein psychosoziales Gruppeninterventionsprogramm die Lebensqualität von TumorPatientInnen? *Schweiz Med Wochenschr* , S. 177–185.

Windisch, D. m. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei PatientInnen mit Heimbeatmung. *Pneumologie* 56 , S. 610-620.

(Vieder, Michael A. Krafchick, & Galluzzi, 2002)

# XI. Anhang

## 11.1. Deskriptive Daten

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PAT_Leistung	40	3	4	3,90	,304
PAT_Behand	40	3	4	3,80	,405
PAT_Austatt	40	2	4	3,53	,640
PAT_Organ	40	1	4	3,60	,709
PAT_Inform	40	1	4	3,75	,588
PAT_Umgang	40	3	4	3,98	,158
PAT_Wünsche	40	1	4	3,70	,608
PAT_Fähigkeit	40	1	4	3,80	,564
PAT_Entscheid	40	1	4	3,68	,616
PAT_Verständnis	40	1	4	3,73	,599
PAT_Körperlich	40	1	4	3,48	,816
PAT_Psychisch	40	2	4	3,55	,714
PAT_Behandlungsbeginn	40	1	4	3,17	1,035
PAT_LQ	40	2	5	3,80	,687
BEH_Behand	40	2	4	3,30	,516
BEH_Inform	40	2	4	3,15	,483
BEH_Umgang	40	3	4	3,22	,423
BEH_Wünsche	40	2	4	2,93	,616
BEH_Fähigkeit	40	3	4	3,18	,385
BEH_Entscheid	40	2	4	2,68	,616
BEH_Verständnis	40	2	4	3,13	,404
BEH_Körperlich	40	2	4	2,83	,636
BEH_Psychisch	40	2	4	2,92	,572
BEH_Behandlungsbeginn	40	1	4	2,57	,675
BEH_LQ	40	3	5	3,80	,564
Valid N (listwise)	40				

**Tabelle 28**  
Deskriptive Statistik

## 11.2. Alter der PatientInnen

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AlterGeburtsjahr	40	30	86	68,45	13,208
Valid N (listwise)	40				

**Tabelle 29**  
PatientInnenalter

### 11.3. Faktorenanalyse der PatientInnenfragebögen

Communalities		
	Initial	Extraction
PAT_Leistung	1,000	,676
PAT_Behand	1,000	,729
PAT_Austatt	1,000	,558
PAT_Organ	1,000	,830
PAT_Inform	1,000	,780
PAT_Umgang	1,000	,723
PAT_Wünsche	1,000	,844
PAT_Fähigkeit	1,000	,850
PAT_Entscheid	1,000	,811
PAT_Verständnis	1,000	,849
PAT_Körperlich	1,000	,745
PAT_Psychisch	1,000	,590
PAT_Behandlungsbeginn	1,000	,493
PAT_LQ	1,000	,455

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Gesamt Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %
1	4,919	35,133	35,133	4,919	35,133	35,133	4,584	32,744	32,744
2	2,330	16,640	51,774	2,330	16,640	51,774	2,453	17,525	50,268
3	1,520	10,859	62,633	1,520	10,859	62,633	1,470	10,497	60,765
4	1,165	8,321	70,953	1,165	8,321	70,953	1,426	10,188	70,953
5	,945	6,747	77,701						
6	,809	5,776	83,477						
7	,687	4,908	88,384						
8	,434	3,103	91,487						
9	,311	2,222	93,709						
10	,266	1,897	95,606						
11	,212	1,516	97,122						
12	,160	1,144	98,266						
13	,130	,926	99,192						
14	,113	,808	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix <sup>a</sup>				
	Component			
	1	2	3	4
PAT_Fähigkeit	,890			
PAT_Organ	,885			
PAT_Wünsche	,880			
PAT_Entscheid	,842			
PAT_Inform	,831			
PAT_Verständnis	,767			
PAT_Körperlich		,715		
PAT_Psychisch		,624		
PAT_LQ		,595		
PAT_Austatt		,595		

PAT_Behand		,572	,509	
PAT_Umgang			,716	,454
PAT_Behandlungsbeginn			-,456	,431
PAT_Leistung	,420			-,561
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
a. 4 components extracted.				

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>				
	Component			
	1	2	3	4
PAT_Fähigkeit	,899			
PAT_Entscheid	,897			
PAT_Verständnis	,858			
PAT_Wünsche	,848			
PAT_Organ	,846			
PAT_Inform	,831			
PAT_Körperlich		,838		
PAT_Psychisch		,696		
PAT_LQ		,625		
PAT_Austatt		,568	,438	
PAT_Umgang			,837	
PAT_Behand		,519	,541	
PAT_Leistung				,724
PAT_Behandlungsbeginn				-,622
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 8 iterations.				

**Tabelle 30**

**Rotierte Komponentenmatrix - PatientInnen**

Component Transformation Matrix				
Component	1	2	3	4
1	,940	,258	,109	,195
2	-,285	,936	,204	,023
3	-,147	-,227	,772	,576
4	,116	-,074	,593	-,794
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				

## 11.4. Faktorenanalyse der PatientInnenfragebögen auf 2 Faktoren transformiert

Communalities		
	Initial	Extraction
PAT_Leistung	1,000	,252
PAT_Behand	1,000	,470
PAT_Austatt	1,000	,407
PAT_Organ	1,000	,783
PAT_Inform	1,000	,743
PAT_Umgang	1,000	,005
PAT_Wünsche	1,000	,807
PAT_Fähigkeit	1,000	,844
PAT_Entscheid	1,000	,775
PAT_Verständnis	1,000	,615
PAT_Körperlich	1,000	,612
PAT_Psychisch	1,000	,395
PAT_Behandlungsbeginn	1,000	,099
PAT_LQ	1,000	,440

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Gesamt Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %
1	4,919	35,133	35,133	4,919	35,133	35,133	4,670	33,356	33,356
2	2,330	16,640	51,774	2,330	16,640	51,774	2,578	18,417	51,774
3	1,520	10,859	62,633						
4	1,165	8,321	70,953						
5	,945	6,747	77,701						
6	,809	5,776	83,477						
7	,687	4,908	88,384						
8	,434	3,103	91,487						
9	,311	2,222	93,709						
10	,266	1,897	95,606						
11	,212	1,516	97,122						
12	,160	1,144	98,266						
13	,130	,926	99,192						
14	,113	,808	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix <sup>a</sup>		
	Component	
	1	2
PAT_Fähigkeit	,890	
PAT_Organ	,885	
PAT_Wünsche	,880	
PAT_Entscheid	,842	
PAT_Inform	,831	
PAT_Verständnis	,767	
PAT_Leistung	,420	
PAT_Körperlich		,715
PAT_Psychisch		,624
PAT_LQ		,595
PAT_Austatt		,595

PAT_Behand		,572
PAT_Behandlungsbeginn		
PAT_Umgang		
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
a. 2 components extracted.		

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>		
	Component	
	1	2
PAT_Fähigkeit	,917	
PAT_Wünsche	,893	
PAT_Entscheid	,880	
PAT_Inform	,861	
PAT_Organ	,837	
PAT_Verständnis	,779	
PAT_Körperlich		,778
PAT_Behand		,661
PAT_LQ		,657
PAT_Austatt		,637
PAT_Psychisch		,618
PAT_Leistung		
PAT_Behandlungsbeginn		
PAT_Umgang		
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

**Tabelle 31**

**Rotierter Komponentenmatrix – PatientInnen (Reduziert auf zwei Faktoren)**

Component Transformation Matrix		
Component	1	2
1	,951	,310
2	-,310	,951
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		

## 11.5. Faktorenanalyse der BehandlerInnenfragebögen

Communalities		
	Initial	Extraction
BEH_Behand	1,000	,661
BEH_Inform	1,000	,706
BEH_Umgang	1,000	,722
BEH_Wünsche	1,000	,662
BEH_Fähigkeit	1,000	,800
BEH_Entscheid	1,000	,497
BEH_Verständnis	1,000	,607
BEH_Körperlich	1,000	,895
BEH_Psychisch	1,000	,690
BEH_Behandlungsbeginn	1,000	,548
BEH_LQ	1,000	,756
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
<b>Gesamt Variance Explained</b>		

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %	Ge-samt	% of Vari-ance	Kumulati-ves %
1	5,874	53,400	53,400	5,874	53,400	53,400	4,455	40,502	40,502
2	1,671	15,195	68,595	1,671	15,195	68,595	3,090	28,094	68,595
3	,871	7,915	76,510						
4	,650	5,907	82,417						
5	,522	4,748	87,165						
6	,395	3,593	90,759						
7	,353	3,213	93,972						
8	,251	2,279	96,251						
9	,216	1,964	98,214						
10	,122	1,108	99,322						
11	,075	,678	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix <sup>a</sup>		
	Component	
	1	2
BEH_Behand	,803	
BEH_Inform	,789	
BEH_Fähigkeit	,781	-,435
BEH_Verständnis	,778	
BEH_Wünsche	,761	
BEH_Körperlich	,733	,599
BEH_Behandlungsbeginn	,731	
BEH_Umgang	,724	-,445
BEH_Entscheid	,696	
BEH_LQ	,633	,597
BEH_Psychisch	,577	,598

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>		
	Component	
	1	2
BEH_Fähigkeit	,889	
BEH_Umgang	,848	
BEH_Inform	,810	
BEH_Wünsche	,787	
BEH_Behand	,727	
BEH_Entscheid	,633	
BEH_Verständnis	,601	,496
BEH_Behandlungsbeginn	,526	,521
BEH_Körperlich		,913
BEH_LQ		,853
BEH_Psychisch		,822

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 3 iterations.

**Tabelle 32**  
**Rotierter Komponentenmatrix - BehandlerInnen**

Component Transformation Matrix		
Component	1	2
1	,814	,581
2	-,581	,814

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

## 11.6. Nichtparametrische - Signifikanztestung Wilcoxon

### 11.6.1. Zufriedenheit mit der Behandlung

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Behand	40	3,80	,405	3	4
BEH_Behand	40	3,30	,516	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Behand - PAT_Behand	Negative Ranks	22 <sup>a</sup>	13,07	287,50
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	12,50	37,50
	Ties	15 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		

a. BEH\_Behand < PAT\_Behand  
b. BEH\_Behand > PAT\_Behand  
c. BEH\_Behand = PAT\_Behand

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Behand - PAT_Behand
Z	-3,780 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00016

a. Based on positive ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Tabelle 33**

**Wilcoxon – Zufriedenheit mit der Behandlung**

### 11.6.2. Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Inform	40	3,75	,588	1	4
BEH_Inform	40	3,15	,483	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Inform - PAT_Inform	Negative Ranks	26 <sup>a</sup>	14,62	380,00
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	18,33	55,00

	Ties	11 <sup>c</sup>	
	Gesamt	40	
a. BEH_Inform < PAT_Inform			
b. BEH_Inform > PAT_Inform			
c. BEH_Inform = PAT_Inform			

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Inform - PAT_Inform
Z	-3,860 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00011
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 34**

**Wilcoxon - Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen**

### 11.6.3. Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Umgang	40	3,98	,158	3	4
BEH_Umgang	40	3,23	,423	3	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Umgang - PAT_Umgang	Negative Ranks	30 <sup>a</sup>	15,50	465,00
	Positive Ranks	0 <sup>b</sup>	,00	,00
	Ties	10 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Umgang < PAT_Umgang				
b. BEH_Umgang > PAT_Umgang				
c. BEH_Umgang = PAT_Umgang				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Umgang - PAT_Umgang
Z	-5,477 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00000004
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 35**

**Wilcoxon - Zufriedenheit mit dem freundlichen Umgang**

### 11.6.4. Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Wünsche	40	3,70	,608	1	4
BEH_Wünsche	40	2,93	,616	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Wünsche - PAT_Wünsche	Negative Ranks	28 <sup>a</sup>	15,88	444,50
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	17,17	51,50
	Ties	9 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Wünsche < PAT_Wünsche				
b. BEH_Wünsche > PAT_Wünsche				
c. BEH_Wünsche = PAT_Wünsche				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Wünsche - PAT_Wünsche
Z	-4,062 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00005
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 36**

**Wilcoxon – Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche**

### 11.6.5. Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Fähigkeit	40	3,80	,564	1	4
BEH_Fähigkeit	40	3,18	,385	3	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Fähigkeit - PAT_Fähigkeit	Negative Ranks	28 <sup>a</sup>	15,00	420,00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	22,50	45,00
	Ties	10 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Fähigkeit < PAT_Fähigkeit				
b. BEH_Fähigkeit > PAT_Fähigkeit				
c. BEH_Fähigkeit = PAT_Fähigkeit				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Fähigkeit - PAT_Fähigkeit
Z	-4,352 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00001
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 37**

Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen

### 11.6.6. Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Entscheid	40	3,68	,616	1	4
BEH_Entscheid	40	2,68	,616	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Entscheid - PAT_Entscheid	Negative Ranks	30 <sup>a</sup>	15,70	471,00
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	25,00	25,00
	Ties	9 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Entscheid < PAT_Entscheid				
b. BEH_Entscheid > PAT_Entscheid				
c. BEH_Entscheid = PAT_Entscheid				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Entscheid - PAT_Entscheid
Z	-4,517 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00001
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 38**

Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung

### 11.6.7. Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Verständnis	40	3,73	,599	1	4
BEH_Verständnis	40	3,13	,404	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Verständnis - PAT_Verständnis	Negative Ranks	26 <sup>a</sup>	14,04	365,00
	Positive Ranks	2 <sup>b</sup>	20,50	41,00
	Ties	12 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Verständnis < PAT_Verständnis				
b. BEH_Verständnis > PAT_Verständnis				
c. BEH_Verständnis = PAT_Verständnis				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Verständnis - PAT_Verständnis
Z	-4,098 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00004
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 39**

**Wilcoxon - Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen**

### 11.6.8. Körperliches Wohlbefinden

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Körperlich	40	3,48	,816	1	4
BEH_Körperlich	40	2,83	,636	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Körperlich - PAT_Körperlich	Negative Ranks	23 <sup>a</sup>	14,61	336,00
	Positive Ranks	4 <sup>b</sup>	10,50	42,00
	Ties	13 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_Körperlich < PAT_Körperlich				
b. BEH_Körperlich > PAT_Körperlich				
c. BEH_Körperlich = PAT_Körperlich				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Körperlich - PAT_Körperlich
Z	-3,723 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00020
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 40**

**Wilcoxon – körperliches Wohlbefinden**

### 11.6.9. Psychisches Wohlbefinden

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Psychisch	40	3,55	,714	2	4
BEH_Psychisch	40	2,93	,572	2	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Psychisch - PAT_Psychisch	Negative Ranks	23 <sup>a</sup>	13,83	318,00
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	11,00	33,00
	Ties	14 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		

a. BEH\_Psychisch < PAT\_Psychisch  
b. BEH\_Psychisch > PAT\_Psychisch  
c. BEH\_Psychisch = PAT\_Psychisch

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Psychisch - PAT_Psychisch
Z	-3,871 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00011

a. Based on positive ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Tabelle 41**

**Wilcoxon – psychisches Wohlbefinden**

### 11.6.10. Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Behandlungsbeginn	40	3,18	1,035	1	4
BEH_Behandlungsbeginn	40	2,58	,675	1	4

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_Behandlungsbeginn - PAT_Behandlungsbeginn	Negative Ranks	25 <sup>a</sup>	16,86	421,50
	Positive Ranks	7 <sup>b</sup>	15,21	106,50
	Ties	8 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		

a. BEH\_Behandlungsbeginn < PAT\_Behandlungsbeginn  
b. BEH\_Behandlungsbeginn > PAT\_Behandlungsbeginn  
c. BEH\_Behandlungsbeginn = PAT\_Behandlungsbeginn

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_Behandlungsbeginn - PAT_Behandlungsbeginn
Z	-3,131 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,00174

a. Based on positive ranks.  
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Tabelle 42**

**Wilcoxon – Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn**

### 11.6.11. Bewertung der momentanen Lebensqualität

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_LQ	40	3,80	,687	2	5
BEH_LQ	40	3,80	,564	3	5

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEH_LQ - PAT_LQ	Negative Ranks	9 <sup>a</sup>	10,61	95,50
	Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	9,45	94,50
	Ties	21 <sup>c</sup>		
	Gesamt	40		
a. BEH_LQ < PAT_LQ				
b. BEH_LQ > PAT_LQ				
c. BEH_LQ = PAT_LQ				

Test Statistics <sup>b</sup>	
	BEH_LQ - PAT_LQ
Z	-,022 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,983
a. Based on positive ranks.	
b. Wilcoxon Signed Ranks Test	

**Tabelle 43**

**Wilcoxon – momentane Lebensqualität**

## 11.7. Kreuztabellen Häufigkeitsdarstellungen

### 11.7.1. Behandlung

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_2_Behand * BEH_2_Behand	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Behand * BEH_Behand Crosstabulation					
Count		BEH_Behand			Gesamt
		2	3	4	
PAT_Behand	3	0	5	3	8
	4	1	21	10	32
Gesamt		1	26	13	40

**Tabelle 44**

**Kreuztabelle - Behandlung**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,074	,151	-,455	,652 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,068	,156	-,422	,675 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.2. Kreuztabelle – Information

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_5_Inform * BEH_5_Inform	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Inform * BEH_Inform Crosstabulation					
Count		BEH_Inform			Gesamt
		2	3	4	
PAT_Inform	1	0	1	0	1
	3	0	5	2	7
	4	2	24	6	32
Gesamt		2	30	8	40

**Tabelle 45**  
**Kreuztabelle Information**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,045	,114	-,278	,782 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,093	,147	-,578	,567 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.3. Kreuztabelle - Umgang

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Umgang * BEH_Umgang	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Umgang * BEH_Umgang Crosstabulation				
Count				
		BEH_Umgang		Gesamt
		3	4	
PAT_Umgang	3	1	0	1
	4	30	9	39
Gesamt		31	9	40

**Tabelle 46**  
**Kreuztabelle - Umgang**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,086	,045	,534	,597 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,086	,045	,534	,597 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

#### 11.7.4. Kreuztabelle - Wünsche

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Wünsche * BEH_Wünsche	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Wünsche * BEH_Wünsche Crosstabulation					
Count					
		BEH_Wünsche			Gesamt
		2	3	4	
PAT_Wünsche	1	0	1	0	1
	3	2	5	2	9
	4	7	19	4	30
Gesamt		9	25	6	40

**Tabelle 47**  
**Kreuztabelle Wünsche**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,062	,117	-,381	,705 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,070	,157	-,432	,668 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.5. Kreuztabelle - Fähigkeit

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Fähigkeit * BEH_Fähigkeit	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Fähigkeit * BEH_Fähigkeit Crosstabulation					
Count					
		BEH_Fähigkeit		Gesamt	
		3	4		
PAT_Fähigkeit	1	1	0	1	
	3	4	1	5	
	4	28	6	34	
Gesamt		33	7	40	

**Tabelle 48**  
**Kreuztabelle Fähigkeiten**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,047	,108	,292	,772 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,014	,152	,085	,933 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.6. Kreuztabelle – Entscheidung

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Entscheid * BEH_Entscheid	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Entscheid * BEH_Entscheid Crosstabulation					
Count					
		BEH_Entscheid			Gesamt
		2	3	4	
PAT_Entscheid	1	0	1	0	1
	3	4	6	0	10
	4	12	14	3	29
Gesamt		16	21	3	40

**Tabelle 49**  
**Kreuztabelle - Entscheidung**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,015	,119	-,094	,926 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,004	,145	,022	,983 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.7. Kreuztabelle - Verständnis

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Verständnis * BEH_Verständnis	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Verständnis * BEH_Verständnis Crosstabulation					
Count		BEH_Verständnis			Gesamt
		2	3	4	
		PAT_Verständnis	1	0	
	3	0	7	1	8
	4	1	25	5	31
Gesamt		1	33	6	40

**Tabelle 50**  
Kreuztabelle - Verständnis

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,040	,102	,245	,808 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,027	,135	,169	,867 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.8. Körperliches Wohlbefinden

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Körperlich * BEH_Körperlich	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Körperlich * BEH_Körperlich Crosstabulation					
Count		BEH_Körperlich			Gesamt
		2	3	4	
		PAT_Körperlich	1	1	
	2	2	3	0	5
	3	2	6	0	8
	4	7	14	5	26
Gesamt		12	23	5	40

**Tabelle 51**  
Kreuztabelle – körperliche Befindlichkeit

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,263	,132	1,681	,101 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,226	,144	1,431	,161 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.9. Kreuztabelle – Psychisches Wohlbefinden

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Psychisch * BEH_Psychisch	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Psychisch * BEH_Psychisch Crosstabulation					
Count		BEH_Psychisch			Gesamt
		2	3	4	
PAT_Psychisch	2	2	3	0	5
	3	1	7	0	8
	4	5	17	5	27
Gesamt		8	27	5	40

**Tabelle 52**

**Kreuztabelle – psychische Befindlichkeit**

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,229	,139	1,450	,155 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,208	,141	1,309	,198 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.10. Kreuztabelle – Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_Behandlungsbeginn * BEH_Behandlungsbeginn	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_Behandlungsbeginn * BEH_Behandlungsbeginn Crosstabulation						
Count						
		BEH_Behandlungsbeginn				Gesamt
		1	2	3	4	
PAT_Behandlungsbeginn	1	0	3	1	0	4
	2	0	3	3	0	6
	3	0	7	2	0	9
	4	1	5	12	3	21
Gesamt		1	18	18	3	40

**Tabelle 53**  
Befindlichkeit seit Behandlungsbeginn

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,293	,133	1,887	,067 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,351	,143	2,310	,026 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

### 11.7.11. Bewertung der momentanen Lebensqualität

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
PAT_LQ * BEH_LQ	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

PAT_LQ * BEH_LQ Crosstabulation						
Count						
		BEH_LQ			Gesamt	
		3	4	5		
PAT_LQ	2	1	1	0	2	
	3	3	5	0	8	
	4	5	18	3	26	
	5	2	2	0	4	
Gesamt		11	26	3	40	

**Tabelle 54**  
Kreuztabelle - Lebensqualität

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,093	,157	,574	,569 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,083	,169	,515	,609 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		40			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

## 11.8. Gegenüberstellung der Faktoren

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>			Rotated Component Matrix <sup>a</sup>		
PatientInnen			BehandlerInnen		
	Component			Component	
	1	2		1	2
PAT_Fähigkeit	0,917		BEH_Behand	,727	
PAT_Wünsche	0,893		BEH_Inform	,810	
PAT_Entscheid	0,880		BEH_Umgang	,848	
PAT_Inform	0,861		BEH_Wünsche	,787	
PAT_Verständnis	0,779		BEH_Fähigkeit	,889	
PAT_Körperlich		0,778	BEH_Entscheid	,633	
PAT_Psychisch		0,618	BEH_Verständnis	,601	,496
PAT_LQ		0,657	BEH_Körperlich		,913
PAT_Behand		0,661	BEH_Psychisch		,822
PAT_Behandlungsbeginn			BEH_Behandlungsbeginn	,526	,521
PAT_Umgang			BEH_LQ		,853

**Tabelle 55**  
Gegenüberstellung der Faktorwerte

## 11.9. Überprüfung der Geschlechtsunterschiede und Bewertungen

### NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PAT_Leistung	40	3,90	,304	3	4
PAT_Behand	40	3,80	,405	3	4
PAT_Austatt	40	3,53	,640	2	4
PAT_Organ	40	3,60	,709	1	4
PAT_Inform	40	3,75	,588	1	4
PAT_Umgang	40	3,98	,158	3	4
PAT_Wünsche	40	3,70	,608	1	4
PAT_Fähigkeit	40	3,80	,564	1	4
PAT_Entscheid	40	3,68	,616	1	4
PAT_Verständnis	40	3,73	,599	1	4
PAT_Körperlich	40	3,48	,816	1	4
PAT_Psychisch	40	3,55	,714	2	4
PAT_Behandlungsbeginn	40	3,18	1,035	1	4
PAT_LQ	40	3,80	,687	2	5
Geschlecht	40	1,58	,501	1	2

### Mann-Whitney Test

Ranks				
	Geschlecht	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PAT_Leistung	männlich	17	22,50	382,50
	weiblich	23	19,02	437,50
	Gesamt	40		
PAT_Behand	männlich	17	23,32	396,50
	weiblich	23	18,41	423,50
	Gesamt	40		
PAT_Austatt	männlich	17	21,97	373,50
	weiblich	23	19,41	446,50
	Gesamt	40		
PAT_Organ	männlich	17	23,24	395,00
	weiblich	23	18,48	425,00
	Gesamt	40		
PAT_Inform	männlich	17	23,35	397,00
	weiblich	23	18,39	423,00
	Gesamt	40		
PAT_Umgang	männlich	17	19,82	337,00
	weiblich	23	21,00	483,00
	Gesamt	40		
PAT_Wünsche	männlich	17	23,21	394,50
	weiblich	23	18,50	425,50
	Gesamt	40		
PAT_Fähigkeit	männlich	17	22,35	380,00
	weiblich	23	19,13	440,00
	Gesamt	40		
PAT_Entscheid	männlich	17	23,71	403,00
	weiblich	23	18,13	417,00
	Gesamt	40		
PAT_Verständnis	männlich	17	22,71	386,00
	weiblich	23	18,87	434,00

	Gesamt	40		
PAT_Körperlich	männlich	17	24,12	410,00
	weiblich	23	17,83	410,00
	Gesamt	40		
PAT_Psychisch	männlich	17	23,15	393,50
	weiblich	23	18,54	426,50
	Gesamt	40		
PAT_Behandlungsbeginn	männlich	17	19,26	327,50
	weiblich	23	21,41	492,50
	Gesamt	40		
PAT_LQ	männlich	17	21,26	361,50
	weiblich	23	19,93	458,50
	Gesamt	40		

Test Statistics <sup>b</sup>				
	PAT_Leistung	PAT_Behand	PAT_Austatt	PAT_Organ
Mann-Whitney U	161,500	147,500	170,500	149,000
Wilcoxon W	437,500	423,500	446,500	425,000
Z	-1,790	-1,895	-,790	-1,583
Asymp. Sig. (2-tailed)	,074	,058	,430	,113
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,356 <sup>a</sup>	,191 <sup>a</sup>	,498 <sup>a</sup>	,211 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.				
b. Grouping Variable: Geschlecht				

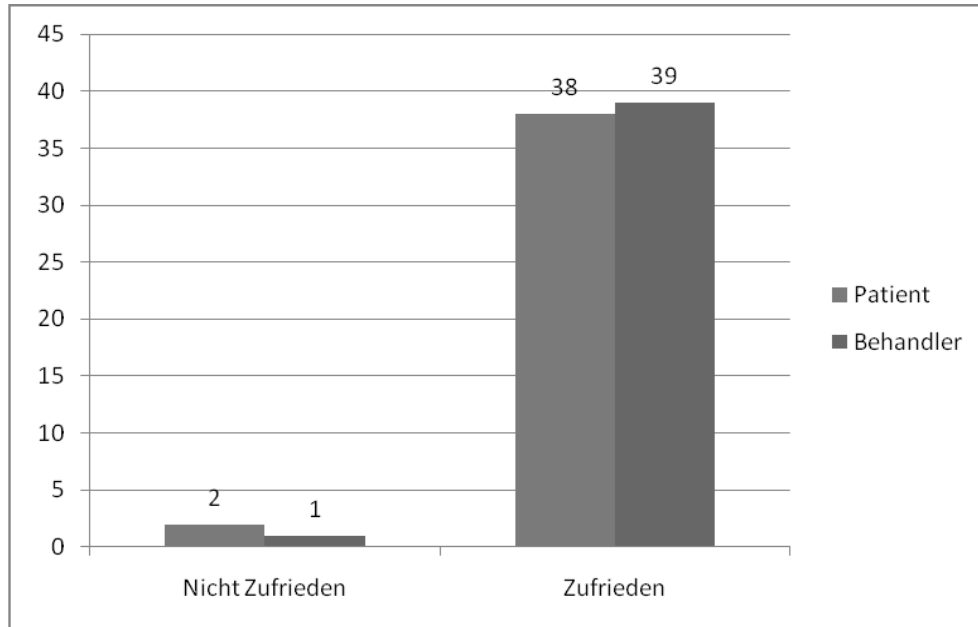
Test Statistics <sup>b</sup>				
	PAT_Inform	PAT_Umgang	PAT_Wünsche	PAT_Fähigkeit
Mann-Whitney U	147,000	184,000	149,500	164,000
Wilcoxon W	423,000	337,000	425,500	440,000
Z	-1,909	-1,163	-1,671	-1,391
Asymp. Sig. (2-tailed)	,056	,245	,095	,164
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,191 <sup>a</sup>	,766 <sup>a</sup>	,211 <sup>a</sup>	,401 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.				
b. Grouping Variable: Geschlecht				

Test Statistics <sup>b</sup>				
	PAT_Entscheid	PAT_Verständnis	PAT_Körperlich	PAT_Psychisch
Mann-Whitney U	141,000	158,000	134,000	150,500
Wilcoxon W	417,000	434,000	410,000	426,500
Z	-1,919	-1,414	-1,989	-1,490
Asymp. Sig. (2-tailed)	,055	,157	,047	,136
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,141 <sup>a</sup>	,315 <sup>a</sup>	,095 <sup>a</sup>	,221 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.				
b. Grouping Variable: Geschlecht				

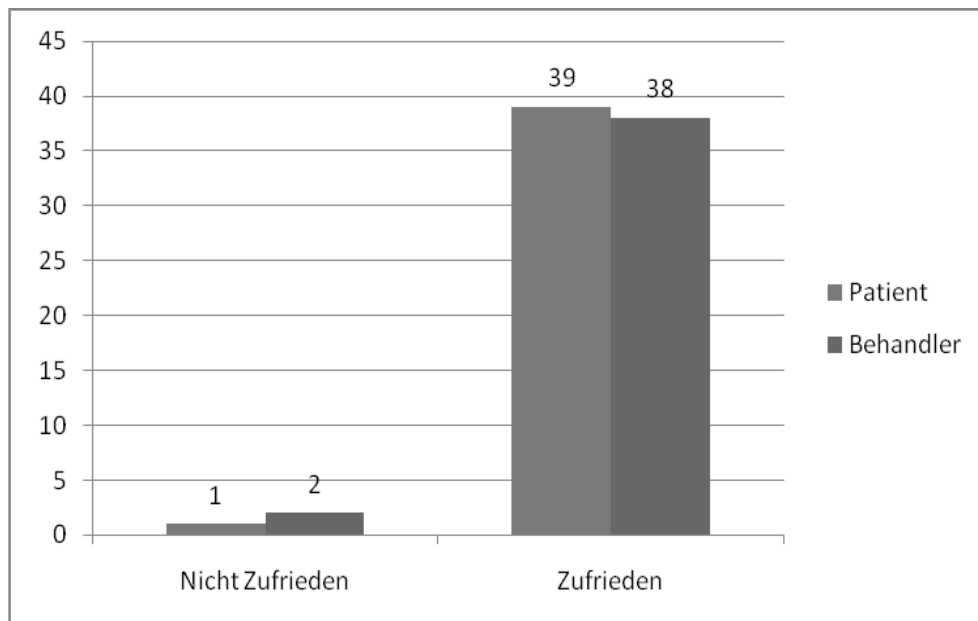
Test Statistics <sup>b</sup>		
	PAT_Behandlungsbeginn	PAT_LQ
Mann-Whitney U	174,500	182,500
Wilcoxon W	327,500	458,500
Z	-,627	-,420
Asymp. Sig. (2-tailed)	,531	,674
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,570 <sup>a</sup>	,725 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Geschlecht		

**Tabelle 56**  
**Mann-Whitney – Bewertungen und Geschlecht**

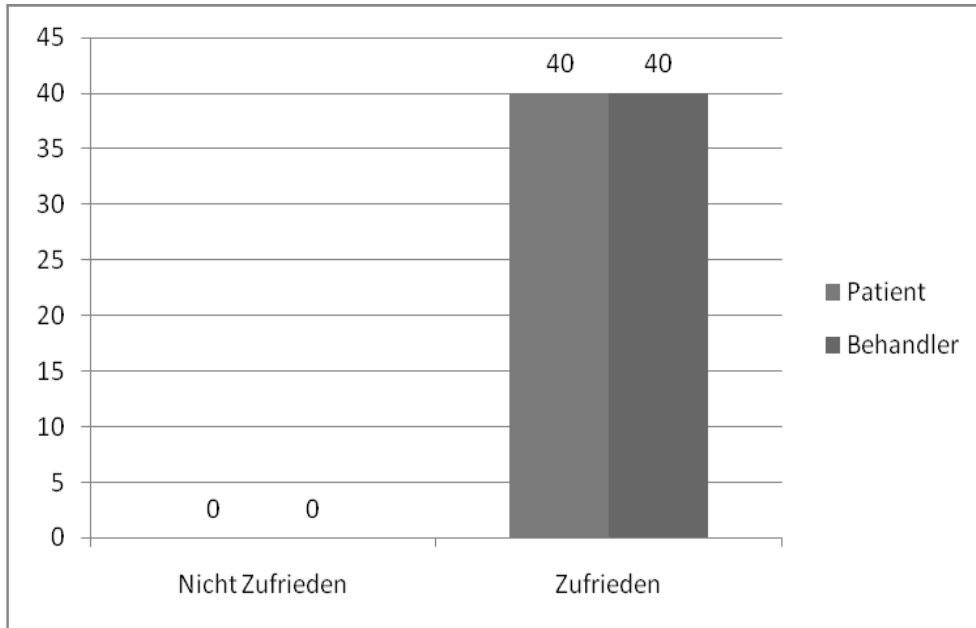
## 11.10. Deskriptive Abbildungen - Umrechnung auf zweistufige Bewertung



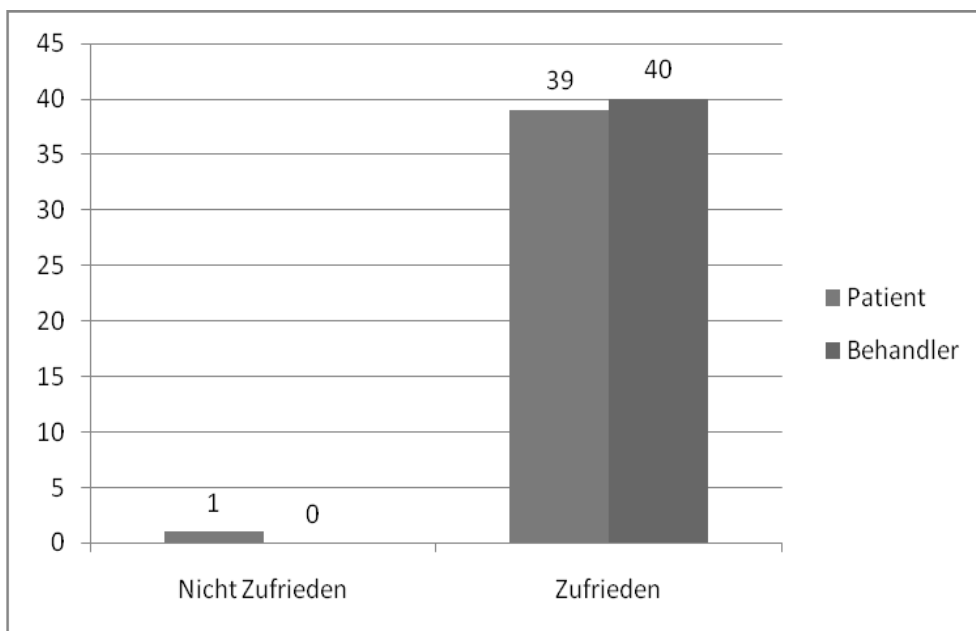
**Abbildung 22**  
Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit der Behandlung



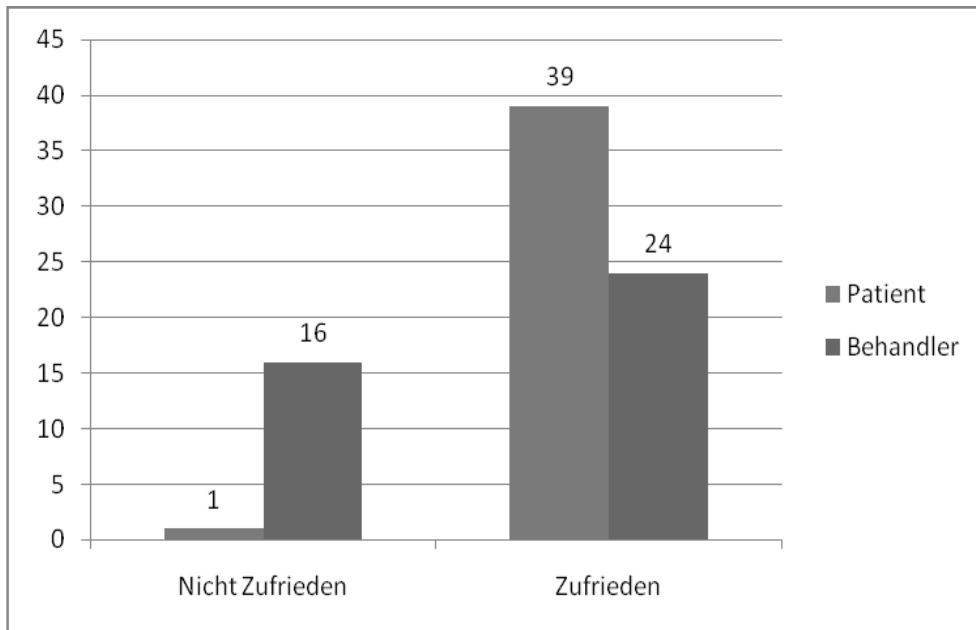
**Abbildung 23**  
Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen



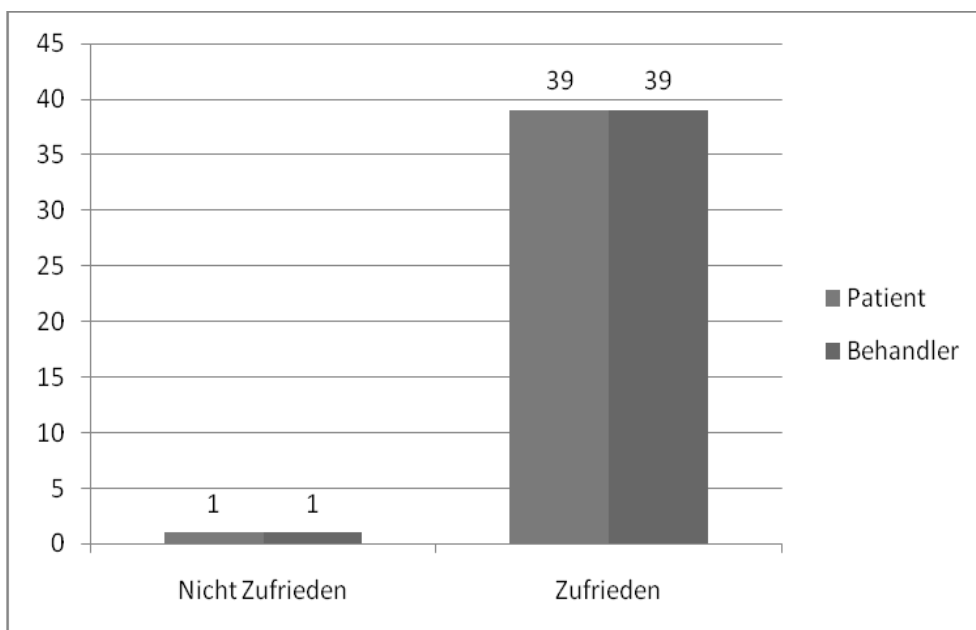
**Abbildung 24**  
**Häufigkeitsdarstellung - Zufriedenheit mit der Erfüllung der Wünsche / Bedürfnisse**



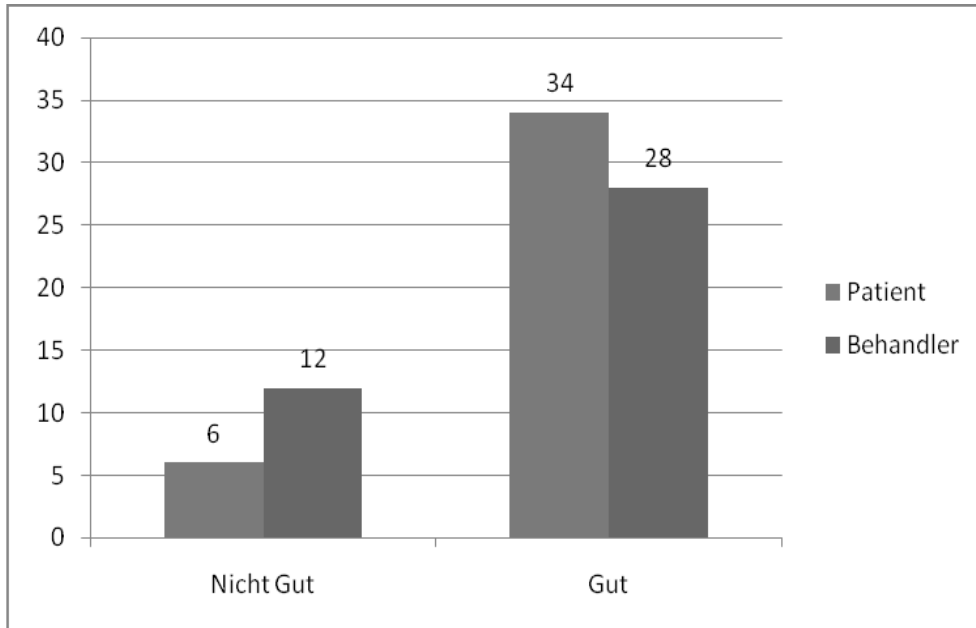
**Abbildung 25**  
**Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen**



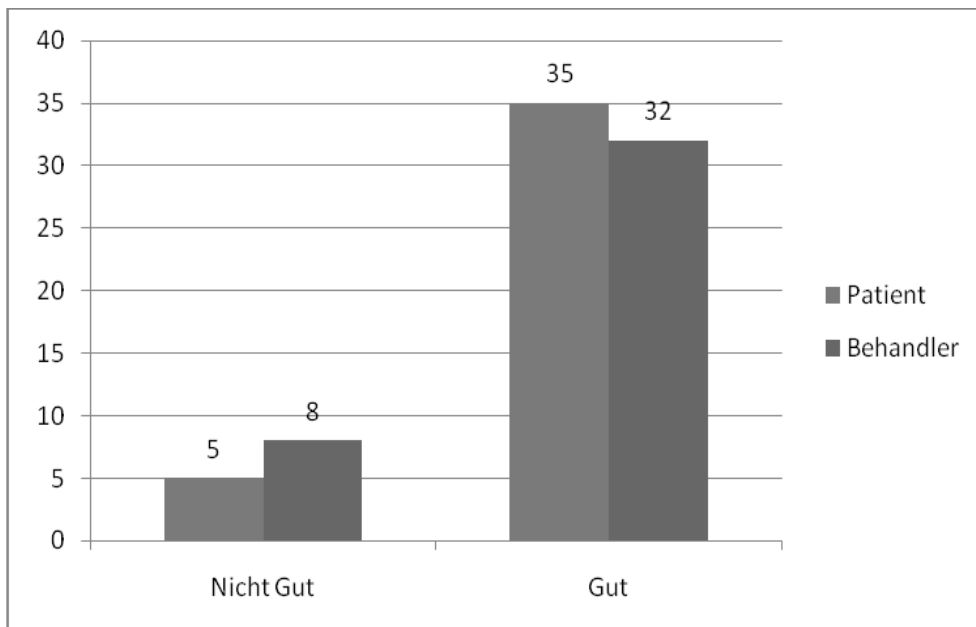
**Abbildung 26**  
**Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung**



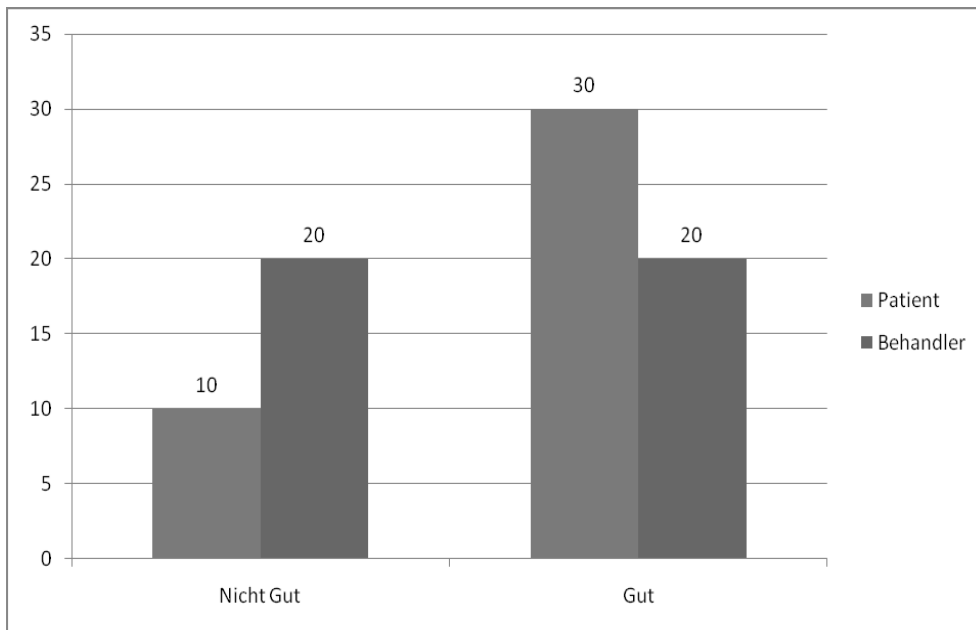
**Abbildung 27**  
**Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit mit dem Verständnis der BehandlerInnen**



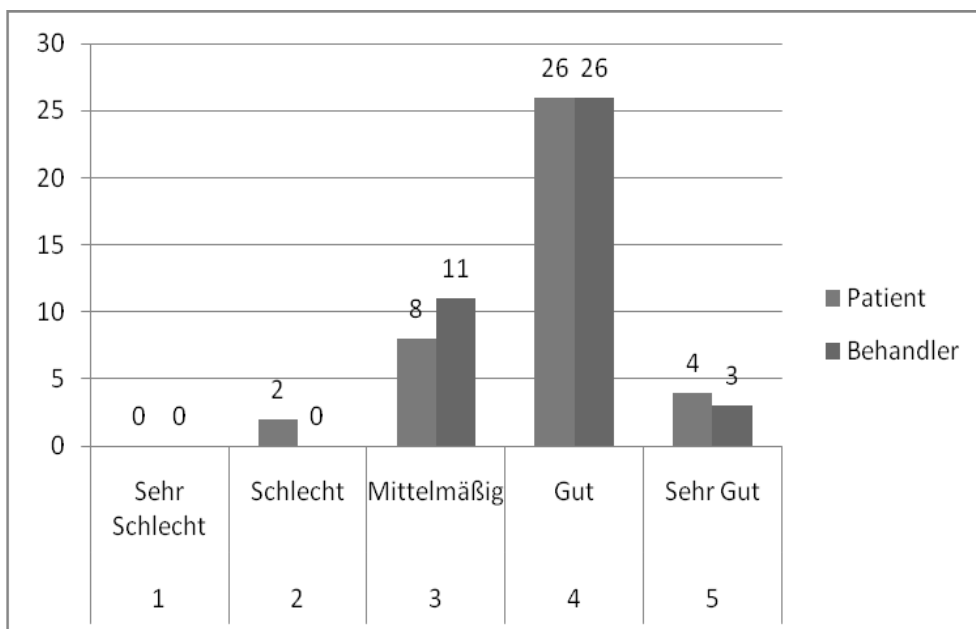
**Abbildung 28**  
**Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung des körperlichen Wohlbefindens**



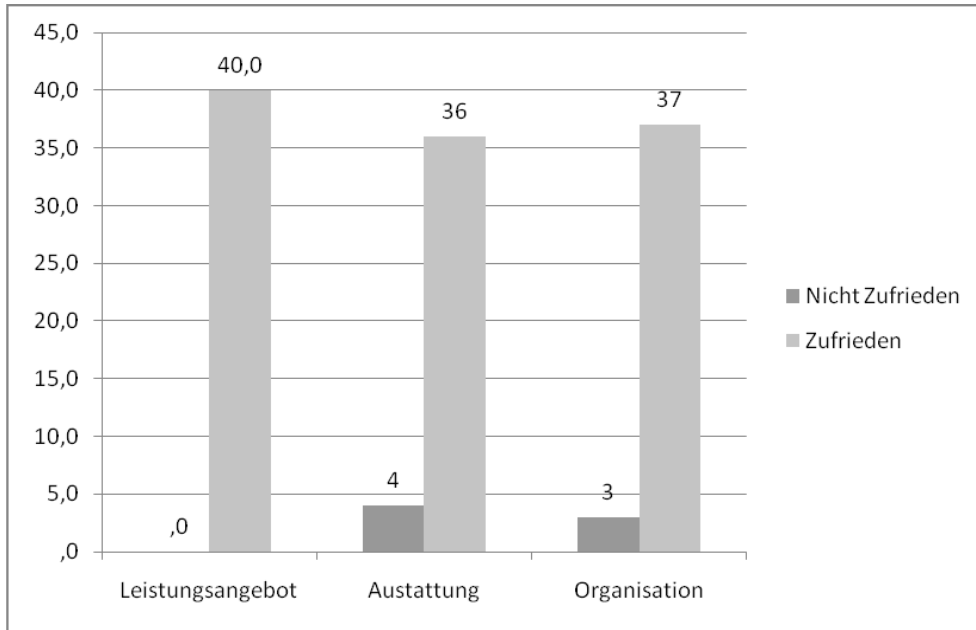
**Abbildung 29**  
**Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung des psychischen Wohlbefindens**



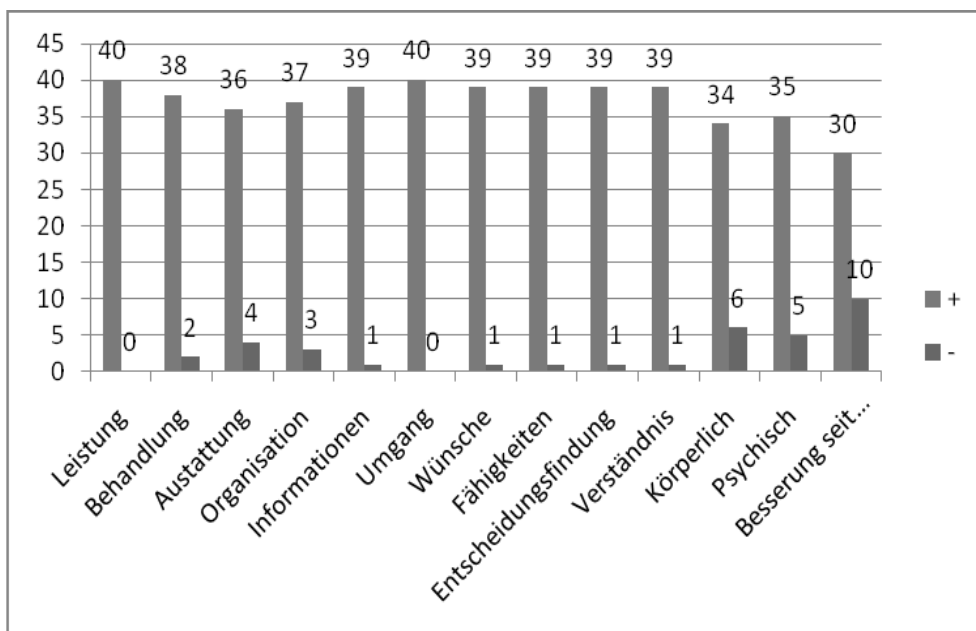
**Abbildung 30**  
**Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung der Besserung des Wohlbefindens seit Behandlungsbeginn**



**Abbildung 31**  
**Häufigkeitsdarstellung – Beurteilung der momentanen Lebensqualität**



**Abbildung 32**  
**Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot, Ausstattung und Organisation**



**Abbildung 33**  
**Häufigkeitsdarstellung – Zufriedenheit der PatientInnen mit der Versorgung**

## Fallzahlberechnung

		Alpha	MW - Arzt	MW - Pat	Differenz	SD (geschätzt, $r = ,5$ )	Effektstärke	Power	n pro Gruppe
1.	Fachliche Kompetenz	0,05	1,28	1,59	-0,31	0,07	4,429	90	3
	Vertrauenswürdigkeit	0,05	1,23	1,45	-0,22	0,07	3,143	90	4
	Ärztliches Gespräch	0,05	1,55	1,59	-0,04	0,07	0,571	90	35
	Verständliche Ausdrucksweise	0,05	1,4	1,62	-0,22	0,069	3,188	90	4
	Informationen über die Krankheit	0,05	1,49	1,75	-0,26	0,087	2,989	90	4
	Arzt sollte sich Zeit nehme	0,05	1,48	1,86	-0,38	0,07	5,429	90	3
	Wahrung der Intimsphäre	0,05	1,33	1,37	-0,04	0,069	0,58	90	34
	Kooperation mit dem Arzt	0,05	1,27	2,09	-0,82	0,052	15,769	90	2
	Vertrauen in den Arzt	0,05	1,39	1,96	-0,57	0,053	10,755	90	3
	Freundlichkeit gegen Personal	0,05	1,31	2,13	-0,82	0,061	13,443	90	3
2.	depressive Verarbeitung	0,05	2,55	1,96	0,59	0,714	0,826	90	18
	Bagatellisierung und Wunschdenken	0,05	2,73	1,9	0,83	0,721	1,151	90	11

**PatientInnendaten**

PatientInnencode: \_\_\_\_\_

❖ **Geschlecht**

Männlich   
Weiblich

❖ **Alter**

Geburtsjahr \_\_\_\_\_

❖ **Familienstand**

Ledig   
Verheiratet   
Geschieden   
Verwitwet   
Lebensgemeinschaft

❖ **Sozialer Verband (Mehrfachauswahl möglich):**

Leben Sie:

Allein   
mit Partner/in   
mit Kind/Kindern   
mit Eltern

Leben Sie in einem Pflegeheim?

❖ **Krebsart:**

Bitte vom Arzt ausfüllen:

Leukämie   
Plasmozytom   
Lymphknotenkrebs   
Dickdarmkrebs   
Brustkrebs   
  
Aktiver Tumor   
Nachsorge

❖ **Derzeitige Behandlung**

Chemotherapie   
*Ambulant*   
*Stationär*   
*Ambulant & Stationär*   
Hormontherapie   
Sonstige Behandlung \_\_\_\_\_

**Wir sind an Informationen interessiert, die die Versorgung im Krankenhaus betreffen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, durch Ankreuzung des jeweiligen Kästchens. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.**

überhaupt nicht zufrieden	wenig zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
---------------------------------	--------------------	-----------	-------------------

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie zufrieden sind Sie mit dem medizinischen Leistungsangebot (z.B.: Therapiemöglichkeiten)?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung bzw. Therapie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung im Krankenhaus (z.B.: Betten, medizinische Geräte...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und den Abläufen im Krankenhaus?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie zufrieden sind Sie mit den erhaltenen Informationen über ihre Erkrankung?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie zufrieden sind Sie mit dem freundlichen Umgang der BehandlerInnen?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wie zufrieden sind Sie mit der Erfüllung Ihrer Wünsche / Bedürfnisse?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wie zufrieden sind Sie mit den Fähigkeiten der BehandlerInnen?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bitte umblättern**

stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt sehr
------------------------------	-----------------	--------	----------------

9. Fühlen Sie sich in der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden?

10. Fühlen Sie sich vom BehandlerInnen verstanden?

11. Fühlen Sie sich körperlich gut?

12. Fühlen Sie sich psychisch gut?

13. Fühlen Sie sich körperlich und psychisch seit Beginn der Behandlung besser?

14. Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein?

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
---------------	----------	-------------	-----	----------

**Vielen Dank für die Ausarbeitung!**

**Wir sind an Informationen interessiert, die die Versorgung im Krankenhaus betreffen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen aus Ihrer Sichtweise, durch Ankreuzung des jeweiligen Kästchens, wie die Patientin bzw. der Patient die Versorgung im Krankenhaus beurteilen würde. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.**

überhaupt nicht zufrieden	wenig zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
---------------------------------	--------------------	-----------	-------------------

1. Wie zufrieden ist der Patient mit der Behandlung bzw. Therapie?
2. Wie zufrieden ist der Patient mit den erhaltenen Informationen über die Erkrankung?
3. Wie zufrieden ist der/die Patient mit ihrem freundlichen Umgang?
4. Wie zufrieden ist der Patient mit der Erfüllung seiner Wünsche / Bedürfnisse?
5. Wie zufrieden ist der/die Patient mit Ihren medizinischen Fähigkeiten?

stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt sehr
------------------------------	-----------------	--------	----------------

6. Fühlt sich der/die PatientIn in der Entscheidungsfindung der Behandlung miteingebunden?
7. Fühlt sich der PatientIn von Ihnen verstanden?

**Bitte umblättern**

stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt sehr
------------------------------	-----------------	--------	----------------

8. Fühlt sich der/die PatientIn körperlich gut?
9. Fühlt sich der/die PatientIn psychisch gut?
10. Fühlt sich der/die PatientIn seit Beginn der  
Behandlung körperlich und psychisch  
besser?

11. Wie schätzen Sie die momentane  
Lebensqualität des PatientInnen ein?

sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
---------------	----------	-------------	-----	----------

***Vielen Dank für die Ausarbeitung!***