

**Aus der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
der Universität Würzburg**

Direktor: Prof. Dr. habil. Dr. med. Michael Flentje

**Trait-Resilienz und Lebenssinn bei Patienten auf der
Palliativstation**

**Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

**vorgelegt von
Franziska Kathrin Huber
aus Waltenhofen**

Würzburg, Februar 2018

Referentin:	Prof. Dr. Birgitt van Oorschot
Korreferent:	Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
Dekan:	Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 02.05.2018

Die Promovendin ist Ärztin

Meinen Eltern

Inhalt

1	Einleitung.....	1
2	Hintergrund	3
2.1	Palliativmedizin in Deutschland.....	3
2.2	Resilienz	4
2.2.1	Begriff und Überblick.....	4
2.2.2	Resilienz - Definitionen und Konzepte	5
2.2.3	Messinstrumente der Resilienz	8
2.2.4	Trait-Resilienz bei Krebspatienten.....	11
2.3	Lebenssinn	12
2.3.1	Begriff und Überblick.....	12
2.3.2	Lebenssinn und Sinnquellen - Definitionen und Konzepte	12
2.3.3	Messinstrumente des Lebenssinns	15
2.3.4	Lebenssinn bei Krebs-/Palliativpatienten.....	17
2.4	Defizite in der bisherigen Forschung	18
3	Fragestellung und Hypothesen.....	20
4	Vorgehen und Methoden	21
4.1	Studienplanung.....	21
4.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	21
4.3	Datenerhebung.....	22
4.4	Variablen und Erhebungsinstrumente.....	23

4.4.1	Soziodemographische Daten	23
4.4.2	Krankheitsbezogene Daten	23
4.4.3	Trait-Resilienz	24
4.4.4	Lebenssinn	25
4.4.5	Interventionen	27
4.4.6	Lebensqualität	27
4.5	Statistische Auswertung	28
5	Ergebnisse.....	29
5.1	Stichprobe	29
5.2	Soziodemographische Daten	30
5.3	Krankheitsbezogene Daten.....	32
5.3.1	Diagnose	32
5.3.2	ECOG-Status.....	33
5.3.3	Stationäre Verweildauer.....	33
5.3.4	Art der Entlassung	34
5.4	Hypothesen.....	35
5.4.1	Hypothese 1.....	35
5.4.2	Hypothese 2.....	36
5.4.3	Hypothese 3.....	38
5.5	Resilienz	39
5.5.1	Resilienz und Lebensqualität.....	42
5.6	Lebenssinn	42

5.6.1	Lebenssinnindices zu T1	42
5.6.2	Sinngebende Kategorien zu T1	42
5.6.3	Lebenssinn und Lebensqualität zu T1	44
5.6.4	Lebenssinnindices, Vergleich T1/T2	44
5.6.5	Sinngebende Kategorien, Vergleich T1/T2	45
5.7	Interventionen	47
5.8	Lebensqualität	49
5.8.1	Lebensqualität zu T1.....	49
5.8.2	Lebensqualität, Vergleich T1/T2.....	50
6	Diskussion	50
6.1	Stichprobe	51
6.2	Hypothese 1	53
6.3	Hypothese 2	55
6.4	Hypothese 3	57
6.5	Resilienz	58
6.5.1	Resilienz und Lebensqualität.....	59
6.6	Lebenssinn zu T1	60
6.6.1	Lebenssinn, Vergleich T1/T2.....	61
6.6.2	Lebenssinn und Lebensqualität.....	62
6.7	Interventionen	63
6.8	Lebensqualität	64

6.9	Limitationen der Studie	64
6.10	Schlussfolgerung und Ausblick auf die zukünftige Forschung	67
7	Zusammenfassung.....	69
8	Abkürzungen.....	71
9	Anhang.....	72
9.1	Patienteninformation	72
9.2	Einwilligungserklärung.....	74
9.3	Fragebögen	75
9.3.1	Resilienzskala RS-13.....	75
9.3.2	Schedule for Meaning in Life Evaluation.....	77
9.3.3	Lebensqualität	78
9.4	Dokumentationsbogen	79
10	Literaturverzeichnis	80
11	Tabellenverzeichnis	95
12	Abbildungsverzeichnis	96

Danksagung

Lebenslauf

1 Einleitung

Die Palliativmedizin ist keine neue ärztliche Disziplin, sondern weist eine jahrhundertealte Geschichte auf. Bereits seit dem 16. Jahrhundert finden sich genauere Beschreibungen einer „cura palliativa“, deren damaliges Ziel es mitunter war, Leiden zu lindern (Stolberg, 2007). Was aus heutiger Sicht unter einer palliativen Behandlung verstanden wird, verdeutlicht die WHO-Definition von Palliativversorgung, die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2016) wie folgt ins Deutsche übersetzt wird:

„Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Familien verbessert, die mit den Problemen im Zusammenhang einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert sind, dies mittels Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.“

Diese Beschreibung veranschaulicht, dass hier im Gegensatz zur kurativen Medizin nicht die Lebensverlängerung im Vordergrund steht. Vielmehr sollen innerhalb eines ganzheitlichen Ansatzes Symptome gelindert, und die Lebensqualität der Patienten¹ bis zum Schluss aufrechterhalten werden. Wichtig erscheint diesbezüglich nicht nur eine adäquate Behandlung körperlicher Beschwerden, sondern insbesondere auch die Beachtung des psychischen Wohlbefindens der Patienten. Gerade aber Palliativpatienten sind durch ihre lebensbedrohliche Erkrankung in vielerlei Hinsicht belastet. Sie werden auch mit Fragen spiritueller und existentieller Art konfrontiert (Chochinov et al., 2009). In diesem Zusammenhang erscheint deshalb auch die Frage nach dem Lebenssinn wichtig. Was gibt unheilbar erkrankten Menschen Sinn in ihrem Leben? Welche psychosozialen Bedürfnisse nehmen Patienten am Lebensende wahr und wie kann Palliativmedizin dazu beitragen, um diesen gerecht zu werden? Menschen haben hierzu ganz verschiedene Vorstellungen, die individuell berücksichtigt werden sollten.

¹ Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit nur die männliche Form verwendet, alle Personen- und Berufsbezeichnungen gelten für beide Geschlechter

Individuelle Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Bewältigung belastender Lebensumstände. Bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ist die Depression eine häufige Diagnose (Hartung et al., 2017; Krebber et al., 2014). Während es manchen Patienten gelingt, mit ihrer Krankheit umzugehen, verspüren andere dagegen sogar den Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende (Stiel et al., 2010a). Zum besseren Verständnis dieser individuellen Unterschiede kann das Konzept der seelischen Widerstandskraft (Resilienz) hilfreich sein. Nach Wagnild und Young (1993) ist damit eine Charaktereigenschaft gemeint, die Stress abmildert und eine Anpassung an belastende Umstände erleichtert. In der Tat zeigen einige Studien, dass eine hohe Merkmalsausprägung von Resilienz sich positiv auf verschiedene krankheitsbezogene Ebenen, wie z.B. auf das Stresserleben, auswirken kann (Matzka et al., 2016; Meister et al., 2016).

Sowohl die seelische Widerstandskraft als auch das Erleben von Sinn haben einen wichtigen Einfluss auf die Bewältigung einer Krankheit. Beide Konzepte finden in der Palliativmedizin daher zunehmend Beachtung. Über den Zusammenhang von Resilienz und Lebenssinn bei Palliativpatienten ist bisher noch wenig bekannt. Auch mangelt es an Kenntnissen über einen Zusammenhang zwischen Resilienz und der Inanspruchnahme palliativmedizinischer Interventionen. Die vorliegende Arbeit möchte diesbezüglich einen Erkenntnisgewinn leisten und zu einem besseren Verständnis zu diesen Themen beitragen. Hierfür wird in Kapitel 2 zunächst der theoretische Hintergrund der Arbeit vorgestellt, in Kapitel 3 folgen die ihr zugrundeliegenden Fragestellungen und in Kapitel 4 die Methoden. Die Ergebnisse sind in Kapitel 5 dargestellt und werden anschließend in Kapitel 6 diskutiert. Eine abschließende Zusammenfassung der Arbeit findet sich in Kapitel 7.

2 Hintergrund

2.1 Palliativmedizin in Deutschland

Ausgangspunkt der modernen Palliativmedizin war die Hospizbewegung in Großbritannien, deren Pionierin Cicely Saunders 1967 das erste Hospiz in London eröffnete. Die erste Palliativstation in Deutschland folgte im Jahr 1983 in Köln (Schnell and Schulz, 2015, S. 5f). Seither wurde die spezialisierte palliative Versorgungsstruktur kontinuierlich ausgebaut. Inzwischen haben Patienten laut §37b Abs. 1 S. 1 SGB V einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wodurch eine Versorgung und Betreuung schwer kranker Patienten im häuslichen Umfeld ermöglicht wird.

Neben dem ambulanten Bereich stellt die stationäre Behandlung eine weitere wichtige Säule der Palliativversorgung dar. Die Anzahl an Hospizen und Palliativstationen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2016 existierten deutschlandweit 235 stationäre Hospize und 304 Palliativstationen (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016). „Eine Palliativstation als eine Form der stationären, spezialisierten Palliativversorgung ist Teil eines Krankenhauses und steht für Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit zur Verfügung mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 83). Palliativmedizin richtet sich prinzipiell an alle Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung; dennoch werden auf einer Palliativstation mehrheitlich immer noch onkologische Patienten behandelt (Bausewein, 2007).

Eine Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatienten kann in erster Linie verwirklicht werden, indem auf die individuellen körperlichen und seelischen Bedürfnisse eines Einzelnen eingegangen werden kann. Wesentlicher Bestandteil einer Palliativstation ist daher ein multiprofessionelles Team, in dem Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015). Neben speziell geschulten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern sind zusätzlich Psychologen bzw. Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musik- und

Kunsttherapeuten, aber auch pharmazeutische Fachpersonen, Ernährungsberater und sozialdienstliche Mitarbeiter in die Behandlung involviert. Daneben ergänzen Seelsorger und Ehrenamtliche das Team (Schnell and Schulz, 2015, S. 12f.). Indem jeder Mitarbeiter seine Expertise in den jeweiligen Fach- oder Problembereichen einbringt, kann für den Patienten eine bestmögliche bedürfnis- und ressourcenorientierte Versorgung gewährleistet werden (Lordick and van Oorschot, 2012). Daraus ergibt sich eine ganzheitliche Behandlung, die dem Patienten eine größtmögliche Lebensqualität zu teil werden lässt.

2.2 Resilienz

2.2.1 Begriff und Überblick

Der Begriff „Resilienz“ geht auf das lateinische Verb „*resilire*“ (zurückspringen, zurückprallen) zurück. Im psychologischen Kontext kann der Begriff „Resilienz“ im Sinne von „psychischer Widerstandskraft“ verstanden werden (Leppert et al., 2005b). Das deutsche Duden-Online-Wörterbuch (o.J.) übersetzt in diesem Kontext „Resilienz“ als „Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen“.

Die Resilienzforschung geht ursprünglich aus der Entwicklungspsychopathologie hervor (Fröhlich-Gildhoff and Rönnau-Böse, 2011, S. 13). Bekannt ist die longitudinale Kauai-Studie, in der über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten der gesamte Geburtenjahrgang 1955 der hawaiianischen Insel beobachtet wurde (Werner, 1992). Die Forschungsgruppe fand heraus, dass resiliente Kinder, die unter einer hohen Risikobelastung, wie Armut oder Problemen in der Familienstruktur, aufwuchsen, später trotzdem in der Lage waren, ein positives und erfolgreiches Leben als sorgende und vertrauensvolle Erwachsene zu führen. Weniger resilienten Kindern, die unter gleich schwierigen Umständen aufgewachsen waren, gelang das nicht. Die resilienten Kinder verfügten offenbar über protektive Faktoren, die ihnen bei der Bewältigung schwieriger Lebensumstände halfen (Werner, 1993; Werner, 1996). Eine Vielzahl von Wissenschaftlern hat sich seitdem mit dem Thema Resilienz und deren Bedeutung bei

der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen befasst (Masten, 2001a; Masten, 2014; Olsson et al., 2003; Panter-Brick and Leckman, 2013; Wustmann, 2005).

Es gibt aber inzwischen auch zahlreiche Wissenschaftler, die sich mit Resilienz speziell bei Erwachsenen und alternden Menschen beschäftigt haben (Brandtstädter, 1999; De Alfieri and Borgogni, 2010; Leipold, 2015; Leppert et al., 2005a; Leppert et al., 2005b; Nolan, 2010; Ong et al., 2006; Ong et al., 2009; Staudinger et al., 1995).

In den letzten Jahren findet das Thema Resilienz auch immer mehr Interesse im klinischen Kontext (Diehl and Hay, 2013; Edward et al., 2009; Engeli et al., 2016; Hou and Lam, 2014; Hu et al., 2015; Jaenichen et al., 2012; Leppert K. et al., 2000; Markovitz et al., 2015; Min et al., 2013; Molina et al., 2014; Newton-John et al., 2014; Strauss et al., 2007; Zautra et al., 2005).

2.2.2 Resilienz - Definitionen und Konzepte

Heute existiert in der internationalen Literatur zum Thema Resilienz eine Vielzahl verschiedener Konzepte. Dies ist problematisch, da in den inzwischen zahllosen Veröffentlichungen zum Thema Resilienz unterschiedliche Definitionen des Resilienzbegriffes postuliert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig zu wissen, auf welches Modell die jeweilige Forschungsarbeit eines Autors fokussiert ist. Es können drei Hauptansätze ausgemacht werden, die sich gegenseitig nicht zwangsläufig ausschließen (Jacelon, 1997; Müller and Petzold, 2003): Resilienz kann einerseits als Prozess (*process*), als Ergebnis (*outcome*) oder als Persönlichkeitsmerkmal (*trait*) interpretiert werden (Ahern et al., 2006; Fletcher and Sarkar, 2013; Luthar et al., 2000; Southwick et al., 2014).

2.2.2.1 Resilienz als Prozess (process)

Aus dem entwicklungspsychologischen Modell heraus entwickelte sich die Vorstellung von Resilienz als ein prozesshaftes, dynamisches Konstrukt. Diese Auffassung vertritt eine große Gruppe von Resilienzforschern (Hildenbrand 2012; Luthar et al., 2000; Olsson

et al., 2003; Panter-Brick, 2014; Rutter, 1999; Welter-Enderlin, 2006; Wustmann, 2004). Danach „[...] handelt es sich bei Resilienz nicht um einen Wesenszug von Individuen, sondern um Handlungs- und Orientierungsmuster, die Individuen in der Konfrontation mit und der Bewältigung von widrigen Umständen herausbilden“ (Hildenbrand, 2012, S. 205). Wustmann (2004, S. 28) zufolge ist Resilienz durch einen dynamischen „Anpassungs- und Entwicklungsprozess“ gekennzeichnet, also durch eine Fähigkeit, die ein Individuum in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt erst erlangt. In einem Review über Resilienz bei Jugendlichen beschreiben Olsson und Kollegen Resilienz im Sinne eines Prozesses folgendermaßen: „[...] *[R]esilience can be defined as a dynamic process of adaptation to a risk setting that involves interaction between a range of risk and protective factors from the individual to the social*“ (Olsson et al., 2003, S. 2). Dieser Ansatz setzt sich insbesondere mit sog. Schutz- und Risikofaktoren eines Individuums und mit deren Wechselwirkungen im Kontext einer kritischen Situation auseinander (Fröhlich-Gildhoff and Rönnau-Böse, 2011; Olsson et al., 2003; Rutter, 2006).

2.2.2.2 Resilienz als Ergebnis (outcome)

Eine zweite Gruppe von Wissenschaftlern vertritt die Meinung, Resilienz könne auch als das Resultat einer erfolgreichen Anpassung an widrige Umstände aufgefasst werden (Bonanno, 2012; Greve W. et al., 2009; Olsson et al., 2003). Demnach ist Resilienz weder ausschließlich als Prozess noch als Charakterzug zu sehen, sondern vielmehr als Phänomen einer positiven Entwicklung trotz belastender Faktoren zu verstehen (Leipold and Greve, 2009). Auch Olsson und Kollegen (2003) sind der Meinung, Resilienz könne nicht nur als Prozess, sondern gleichermaßen auch als Ergebnis aufgefasst werden. Sie definieren Resilienz demnach als „[...] *an outcome characterized by particular patterns of functional behaviour despite risk*“ (Olsson et al., 2003, S. 2). Im Fokus dieser Resilienz-Theorie steht die Aufrechterhaltung von Funktionalität unter Stressbedingungen durch bestimmte Verhaltensmuster. Problematisch an dieser Sichtweise ist eine Ungenauigkeit in der Literatur, inwiefern Resilienz als „*outcome*“ verstanden werden kann. Bonanno et al. (2007), die sich mit Trauma und konsekutivem Stress auseinandersetzten, sehen Resilienz dann gegeben, wenn Individuen nach einem

traumatischen Ereignis nur geringe Depressions- oder Stresssymptome zeigen. Als weiterer Marker für Resilienz wird häufig auch emotionales Wohlbefinden herangezogen, was der Komplexität des Themas allerdings nicht gerecht zu werden scheint (Olsson et al., 2003).

2.2.2.3 Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal (trait)

In einem weiteren, persönlichkeitspsychologischen Ansatz wird die Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal (trait) beschrieben. Theoretische Grundlage bietet das Modell zur „*ego-resiliency*“ und „*ego-control*“ von Block and Block (1980). „ [...] [*E*]go-resiliency refers to the dynamic capacity of an individual to modify a characteristic level of ego-control, in either direction, as a function of the demand characteristics of the environmental context, so as to preserve or enhance system equilibration“ (Block and Kremen, 1996, S. 351). Wagnild et Young (1993) griffen den Gedanken von Resilienz als personale Ressource auf und verstehen darunter ein Charaktermerkmal, das die individuelle Anpassung an schwierige Lebensumstände erleichtert. Ganz ähnlich lautet auch die Definition von Connor and Davidson (2003, S. 76): „*Resilience embodies the personal qualities that enable one to thrive in the face of adversity*“.

Wodurch sind also resiliente Menschen charakterisiert? Nach Block und Block (1980) zeichnet sich eine resiliente Person unter anderem durch Einfallsreichtum in einer unbekanntem Situation aus. Sie findet Umwege, wenn sich ihr Schwierigkeiten in den Weg stellen und ist unter Stress weiterhin leistungsfähig. Sie ist aufgeschlossen gegenüber der Welt, aber ordnet sich ihr nicht unter. Zudem besitzt sie die Fähigkeit, sich unterschiedlichen Erfordernissen im Leben anzupassen (Block and Block, 1980, S.48f). Resiliente Menschen sind außerdem in der Lage, Pläne zu verfolgen und auf ein fernes Ziel hinzuarbeiten. Es gelingt ihnen, sich zu entspannen und Genuss zu empfinden. Dagegen ist eine weniger resiliente und verwundbarere Person weniger anpassungsfähig. Sie ist beunruhigt durch neue und unbekanntem Situationen und kann sich schlechter von traumatischen Erlebnissen erholen (Block and Block, 2006). Wagnild und Young (1993, S. 167f.) beschreiben ihrerseits fünf wichtige Komponenten von

Resilienz, nämlich „*equanimity*“, „*perseverance*“, „*self-reliance*“, „*meaningfulness*“, und „*existential aloneness*“. Daneben können ein hohes Aktivitätslevel, Reflektiertheit, überdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten und positive Reaktionsfähigkeiten anderen gegenüber als Eigenschaften einer resilienten Person ausgemacht werden (Jacelon, 1997). Aufgegriffen wurde das Konzept der Trait-Resilienz von weiteren Autoren (Bensimon, 2012; Duan et al., 2015; Leppert et al., 2005b; Leppert and Strauss, 2011; Maltby et al., 2015; Meister et al., 2016; Ong et al., 2006; Parker et al., 2015; Schumacher et al., 2005; Waugh et al., 2011; Waugh et al., 2008).

Durch die Vorstellung von Resilienz als stabiles Persönlichkeitsmerkmal kann „[...] emotionale und kognitive Flexibilität und Widerstandsfähigkeit beschrieben und quantitativ erfasst werden“ (Leppert et al., 2013, S. 55). Dies stellt in der klinischen Forschung einen Vorteil gegenüber den anderen oben genannten Modellen dar (Müller and Petzold, 2003). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Studie das Konzept der Trait-Resilienz gewählt.

2.2.3 Messinstrumente der Resilienz

Aufgrund der unterschiedlichen Konzepte und Differenzen innerhalb der Definitionen von Resilienz ist die Entwicklung gut konstruierter Messinstrumente eine Herausforderung (Windle et al., 2011). Resilienz in der Entwicklungspsychologie wird vor allem indirekt durch die Betrachtung von vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren sowie Bewältigungsstrategien eines Individuums erfasst, während Resilienz als „*outcome*“ beispielsweise durch Erheben des psychischen Wohlbefindens nach einem traumatischen Ereignis beurteilt werden kann. Daneben wurden Fragebögen entwickelt, die Resilienz direkt quantitativ messen sollen und unterschiedliche Schwerpunkte haben (Leppert et al., 2008). Auf die wichtigsten quantitativen Messinstrumente soll im Folgenden eingegangen werden:

Die Ego-Resiliency Scale (ER89) basiert auf dem Konzept der Ego-Resilienz von Block und Block (1980). Sie erfasst Trait-Resilienz anhand von 14 Items, die auf einer 4-stufigen

Skala beantwortet werden (Block and Kremen, 1996). In der Resilienzforschung im klinischen Kontext hat sich die Skala jedoch nicht durchgesetzt (Windle et al., 2011).

Ein weiteres Messinstrument ist die Resilience Scale for Adults (RSA), die das Vorhandensein von protektiven Ressourcen misst, welche Resilienz bei Erwachsenen fördern (Friborg et al., 2003). Die aktuelle Version beinhaltet 33 Items, die folgenden Faktoren zugeordnet werden können und im semantischen Differential erfasst werden: „*Positive perception of self*“, „*Positive perception of the future*“, „*Social competence*“, „*Structured style*“, „*Family cohesion*“ und „*Social resources*“ (Friborg et al., 2006). Im klinischen Kontext kam die Skala beispielsweise bei Patienten mit psychischen Erkrankungen zum Einsatz (Friborg et al., 2003; Pakalniskiene et al., 2016). Eine deutschsprachige Version der RSA ist bisher nicht bekannt.

Ein in der Resilienzforschung häufig eingesetzter Fragebogen ist die von Kathryn Connor und Jonathan Davidson entwickelte Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Sie beinhaltet 25 Items, die auf einer 5-stufigen Skala bewertet werden, wobei hohe Scores hohe Resilienz widerspiegeln. Die CD-RISC wurde sowohl in der Normalbevölkerung als auch im klinischen Kontext getestet (Connor and Davidson, 2003). Um die Durchführbarkeit zu erleichtern, wurden später die CD-RISC2 mit nur zwei Items (Vaishnavi et al., 2007) sowie eine Version mit 10 Items (Campbell-Sills and Stein, 2007) entwickelt. Im deutschsprachigen Raum ist die CD-RISC bisher zurückhaltend eingesetzt worden. Erst 2015 wurde eine deutsche Version der 10-Item und 25-Item CD-RISC auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin überprüft und positiv hinsichtlich Reliabilität und Validität beurteilt (Sarubin et al., 2015).

Wagnild and Young (1993) definierten fünf verschiedene Resilienz-relevante Eigenschaften (s. oben) und entwickelten darauf basierend die Resilience Scale (RS). Ihrem Fragebogen legten sie dabei ein Zweifaktorenmodell zugrunde: Insgesamt können 25 Items jeweils auf einer Skala von 1 (= „*disagree*“) bis 7 (= „*agree*“) beantwortet werden. Der erste Faktor (17 Items) kann unter dem Begriff „*personal competence*“ zusammengefasst werden und umfasst die Bereiche „*self-reliance*“, „*independence*“,

„*determination*“, „*invincibility*“, „*mastery*“, „*resourcefulness*“ und „*perseverance*“. Acht weitere Items können dem zweiten Faktor („*acceptance of self and life*“) zugeordnet werden, in welchem Eigenschaften wie „*adaptability*“, „*balance*“, „*flexibility*“ und „*a balanced perspective of life*“ zusammengefasst sind. Insgesamt kann ein Summenscore zwischen 25 und 175 erreicht werden, wobei hohe Werte eine höhere Resilienz widerspiegeln (Wagnild and Young, 1993). In einer longitudinalen Erhebung zur Resilienz bei Frauen über einen 18-monatigen Zeitraum hat sich Resilienz als ein relativ stabiles Merkmal erwiesen (Wagnild and Young, 1993).

2.2.3.1 Resilienzskala RS-13

Basierend auf der Resilienzskala RS-25 von Wagnild und Young (1993) wurde eine deutsche Kurzversion des Fragebogens mit 11 Items konzipiert und überprüft. Diese hat sich als reliables Erhebungsinstrument zur Erfassung der Resilienz als Trait-Merkmal erwiesen (Schumacher et al., 2005). Eine Überprüfung und Optimierung der RS-11 erfolgte mit der erweiterten Version RS-13, die um zwei Items ergänzt wurde. Basierend auf dem Zweifaktorenmodell der Originalversion von Wagnild und Young wird der RS-13 ein Dreifaktorenmodell zugrunde gelegt: Der übergeordnete Gesamtfaktor Resilienz kann demnach in die Sekundärfaktoren „Akzeptanz“ und „Kompetenz“ unterteilt werden (Leppert et al., 2008). Eine genaue Beschreibung des Fragebogens findet sich in Kapitel 4 (Vorgehen und Methoden).

Mit der RS-13 liegt ein deutschsprachiger Fragebogen vor, der „[...] als ein ökonomisches Fragebogeninstrument zur Erfassung von Resilienz im Sinne von emotionaler Stabilität genutzt werden“ kann und sich auch zur klinischen Diagnostik eignet (Leppert et al., 2008, S. 17). Zum Einsatz kam er beispielsweise bereits zur Erfassung von Resilienz im Kontext von Altersübergängen (Leppert and Strauss, 2011), bei Sepsispatienten (Jaenichen et al., 2012) sowie bei Studien in Zusammenhang mit Hypertonie (Hennig, 2011) und Adipositas (Bathke, 2012). Ein weiterer großer Vorteil der Skala liegt in der Kürze des Fragebogens. Gerade im klinischen Kontext sind zeitökonomische

Messinstrumente besonders wichtig, da die Belastung für Patienten möglichst gering zu halten ist (Röhrig et al., 2006).

2.2.4 Trait-Resilienz bei Krebspatienten

Resiliente Personen kommen mit belastenden Situationen besser zurecht als weniger resiliente Personen. Das Konzept der Trait-Resilienz ist daher auch im Kontext einer lebensbedrohlichen Erkrankung interessant. Speziell bei Palliativpatienten wurde Trait-Resilienz bisher wenig untersucht. Es gibt allerdings einige Studien, die den Einfluss von Trait-Resilienz von Patienten auf das Erleben und die Bewältigung einer Krebserkrankung untersuchten. Resilienz stellte sich beispielsweise als wichtiger Prädiktor auf die Müdigkeit zu Beginn einer Strahlentherapie bei Krebspatienten heraus (Strauss et al., 2007). Eine weitere Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass höhere Resilienz bei hospitalisierten Krebspatienten mit einem geringeren Risiko für emotionalen Stress verbunden ist (Min et al., 2013). Zu einem ähnlichen Resultat kommen Markovitz et al. (2015). In deren Studie mit Brustkrebspatientinnen zeigte sich, dass eine hohe Resilienz einen Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung von seelischem Stress darstellt. Weniger resiliente Patientinnen litten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe vermehrt an Angst oder depressiven Symptomen, während bei höher resilienten Patientinnen diesbezüglich kein Unterschied zu den gesunden Probandinnen gefunden werden konnte. Weiterhin zeigte eine Studie, dass Resilienz von Patienten mit kolorektalem Karzinom mit einem hohen Grad an Hoffnung verbunden ist (Solano et al., 2016). Matzka et al. (2016) befassten sich mit dem Zusammenhang zwischen Resilienz, psychischem Stress und körperlicher Aktivität bei Krebspatienten. Sie fanden heraus, dass Resilienz mit geringerem psychischen Stress und in geringerem Ausmaß auch mit einem höheren Aktivitätslevel assoziiert ist. Insgesamt ist Trait-Resilienz nicht nur bei erwachsenen Krebspatienten (Eicher et al., 2015), sondern auch bei Palliativpatienten noch ein wenig erforschtes Thema.

2.3 Lebenssinn

2.3.1 Begriff und Überblick

Während sich in der Philosophie die Frage nach dem „Sinn *des* Lebens“ stellt, befasst sich die empirische Sinnforschung mit dem Sinn *im* Leben eines Individuums und dem Vorhandensein von Sinnquellen (Schnell, 2016, S. 6). Macht man sich in der Literatur auf die Suche nach Lebenssinn im psychologischen Kontext, so stößt man immer wieder auf den Namen Viktor Frankl (1905-1997). Der österreichische Psychiater und Neurologe war jüdischer Abstammung und Überlebender des Holocaust im Nationalsozialismus und hat sich intensiv mit der Frage nach dem Sinn im Leben befasst. Ihm zufolge ist „der Mensch [...] ein Wesen auf der Suche nach Sinn“ (Frankl, 1996, S. 59) und jeglicher Lebenssituation wohnt eine Sinnhaftigkeit inne (Frankl, 1979, S. 157). Einen therapeutischen Ansatz zur Sinnsuche stellt die von Frankl entwickelte Logotherapie dar, die als „sinnzentrierte Psychotherapie“ verstanden werden kann (Hahn, 1994, S. 51).

Seither wurde Lebenssinn im psychologischen Kontext von zahlreichen Wissenschaftlern thematisiert (Battista and Almond, 1973; Debats, 1999; DeVogler K., 1981; Park and Folkman, 1997; Reker and Wong, 1988; Schnell and Becker, 2006).

Da sich Menschen Sinnfragen häufig in schwierigen und belastenden Lebenssituationen stellen, gerät Lebenssinn im Kontext einer schweren Erkrankung zunehmend ins Interesse klinisch tätiger Wissenschaftler (Breitbart, 2003; Chochinov et al., 2005; Fegg et al., 2010a; Fegg et al., 2014; Fegg et al., 2010b; Jim et al., 2006a; Mello and Ashcraft, 2014; Park et al., 2008; Saraf et al., 2013; Tomas-Sabado et al., 2015).

2.3.2 Lebenssinn und Sinnquellen - Definitionen und Konzepte

Was kann unter Lebenssinn verstanden werden und was sind Quellen, die einem Menschen Sinn im Leben verleihen? Ähnlich wie zum Thema Resilienz existiert auch zum Thema Lebenssinn unter Wissenschaftlern kein Konsens. Im Folgenden sollen einige theoretische Ansätze und Definitionen von Lebenssinnforschern Beachtung finden:

Viktor Frankl betont einen individuellen, situationsbezogenen und damit veränderbaren Charakter von Sinn (1984, S. 30) und schreibt jedem Individuum einen „Wille[n] zum Sinn“ zu (1984, S. 70). Eine wichtige Rolle spielen ihm zufolge Werte, durch deren Verwirklichung ein Erleben von Sinn ermöglicht wird (Frankl, 1979, S. 238ff): Es gibt einerseits die „schöpferischen Werte“, d.h. ein Mensch erfährt im Leben Sinn, indem er etwas schafft oder etwas leistet. Andererseits gibt es sogenannte „Erlebniswerte“: Menschen finden Sinn durch Erlebnisse und insbesondere im Erleben von Liebe zu anderen Menschen. Eine dritte Wertekategorie ist die der „Einstellungswerte“: Selbst in einer unabänderlichen und vermeintlich hoffnungslosen Situation, wie z.B. einer unheilbaren Erkrankung, kann der Mensch Sinn finden, indem er seine Haltung dazu verändert und aus der jeweiligen Situation etwas Positives erwachsen lässt (Frankl, 1979, S. 238ff, Frankl, 1996, S. 61f, Hahn, 1994, S. 47ff).

Battista und Almond setzen den Begriff „*Meaning in Life*“ mit „*Positive life regard*“ gleich. Ähnlich wie Frankl sehen sie als wichtigen Bestandteil von Lebenssinn den menschlichen Glauben an ein übergeordnetes Ziel im Leben, welches er umsetzt und verwirklicht und wodurch es ihm ermöglicht wird, ein tieferes Verständnis von seinem Leben zu erlangen. Um sich der Frage anzunähern, wie ein Mensch Sinn im Leben entwickeln kann, präsentieren sie fünf verschiedene Modelle, darunter eine relativistische, eine philosophische, eine psychologische, eine transaktionale und eine phänomenologische Perspektive (Battista and Almond, 1973).

Reker und Wong (1988) zufolge kann „*personal meaning*“ als dreidimensionale Struktur aufgefasst werden, die sich aus den folgenden Komponenten zusammensetzt: Die kognitive Komponente umfasst das individuelle Glaubenssystem bzw. die eigene Weltsicht und Interpretation von eigenen Erfahrungen hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit. Die motivationale Komponente wird durch persönliche Werte bestimmt, die als Richtlinien dienen und unsere Ziele und deren Umsetzung im Leben bestimmen. Die affektive Komponente beinhaltet ein Gefühl von Zufriedenheit und Erfüllung als Voraussetzung für Sinnerfahrung. Sinnquellen erwachsen dementsprechend aus den individuellen Glaubens- und Wertevorstellungen (Reker and Wong, 1988, S. 220f).

Park und Folkmann (1997) beschäftigten sich mit dem Thema „Sinn“ insbesondere im Zusammenhang mit belastenden Situationen und deren Bewältigung. Sie unterscheiden die Komponenten „*global meaning*“ und „*situational meaning*“. Ihnen zufolge entsteht globaler Sinn im Laufe des Lebens durch Erfahrungen, die man sammelt. Er umfasst grundlegende Ziele, Vorstellungen von und Erwartungen an die Welt und hat in vielerlei Hinsicht Einfluss auf den situationsbezogenen Sinn. Letzterer bezieht sich auf die Bewertung bzw. Interpretation dieser Vorstellungen hinsichtlich der tatsächlichen Ereignisse. Sinn im Kontext von Stress und Bewältigung kann dann gefunden werden, wenn abschließend eine Integration von beiden Komponenten gelingt (Park and Folkman, 1997).

Jim et al. (2006a) befassten sich insbesondere mit dem Thema Lebenssinn bei Krebspatienten. Sie fassten verschiedene Modelle zum Thema Lebenssinn in der Literatur zusammen und beschreiben darauf basierend ein mehrdimensionales Konstrukt: Sinn ist dann gegeben, wenn eine Person ein Gefühl von Zielgerichtetheit, Stimmigkeit und erfülltem Leben hat und das Leben prinzipiell als wertvoll erachtet. Sie messen auch der Spiritualität eine Bedeutung beim Erleben von Sinn bei. Sinnlosigkeit ist dagegen gekennzeichnet durch ein Gefühl von Unstimmigkeit und Verwirrung, wodurch der Wert des Lebens gemindert und infrage gestellt wird (Jim et al., 2006a)

Die Sinnforscherin Tatjana Schnell (2016) unterscheidet zwischen Sinnerfüllung und Sinnkrise. Sinnerfüllung beruht ihr zufolge auf den vier Faktoren „Kohärenz“, „Orientierung“, „Zugehörigkeit“ und „Bedeutsamkeit“. Von Sinnkrise spricht man dagegen, wenn der Mensch eine Sinnlosigkeit erfährt, während er gleichzeitig aber nach dem Erfahren von Sinn strebt (Schnell, 2016, S. 7f). Sinnquellen werden durch sogenannte „Lebensbedeutungen“ repräsentiert, „[...] die das eigene Denken, Erleben und Verhalten grundlegend motivieren und ihm Bedeutsamkeit verleihen [...]“ (Schnell, 2008, S. 3). Als die wichtigsten 10 Lebensbedeutungen werden Generativität, Fürsorge, Religiosität, Harmonie, Entwicklung, soziales Engagement, bewusstes Erleben, Naturverbundenheit, Kreativität und Gemeinschaft benannt (Schnell, 2016, S. 54). Mit sinnstiftenden Quellen haben sich auch Fegg et al. (2007) befasst. In einer

repräsentativen Studie mit 1004 deutschen Personen zum Thema Lebenssinn präsentieren sie die folgenden 13 Kategorien, die zum Erleben von Sinn beitragen: Altruismus, Natur, Familie, Finanzielle Sicherheit, Freunde, Gesundheit, Hedonismus, Haus/Garten, Freizeit, Arbeit, Partnerschaft, psychisches Wohlbefinden und Spiritualität (Fegg et al., 2007).

2.3.3 Messinstrumente des Lebenssinns

Es gibt zahlreiche Fragebögen, die sich der Erfassung des Lebenssinns widmen (Brandstatter et al., 2012). Basierend auf einigen der oben vorgestellten Konzepte und Definitionen des „*Meaning in Life*“ sollen hier mehrere wichtige Messinstrumente vorgestellt werden:

Einer der bekanntesten und in der Lebenssinnforschung häufig eingesetzter Fragebogen ist der *Purpose in Life Test* (PIL). Er wurde in den 1960er Jahren von Crumbaugh und Maholick entwickelt, wobei Frankls Konzept des „Willen zum Sinn“ als Grundlage diente (Crumbaugh and Maholick, 1964). Er setzt sich aus 20 Items zusammen, die auf einer siebenstufigen Antwortskala bewertet werden können, ein höherer Gesamtscore spricht für ein höheres Sinnerleben (Crumbaugh, 1968).

Ein weiteres Messinstrument für Lebenssinn ist der *Life Regard Index* (LRI), der auf dem oben genannten Konstrukt des „*positive life regard*“ von Battista und Almond beruht. Der Life Regard Index besteht aus 28 Items, die jeweils auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden. Als zweidimensionales Instrument beinhaltet er die beiden Subskalen „*fulfillment scale*“ und „*framework scale*“, denen jeweils 14 Items zugeordnet sind. Die Summe beider Subskalen ergibt den „*Life Regard*“ (Battista and Almond, 1973).

Die Autoren des *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) legen diesem Fragebogen ihre Definition von Lebenssinn als „[...] *the sense made of, and significance felt regarding, the nature of one's being and existence*“ zugrunde (Steger et al. 2006, S. 81). Dieser Test ist als zweidimensionales Konstrukt aufzufassen und beinhaltet die beiden Subskalen

„*presence of meaning*“ und „*search for meaning*“ Beide Skalen enthalten je 5 Items, die auf einer Skala von 1 bis 7 beantwortet werden können (Steger et al., 2006).

Die *Meaning in Life Scale* (MiLS) von Jim et al (2006a) wiederum ist ein Fragebogen, der insbesondere zur Erfassung des Lebenssinns von krebserkrankten Menschen dienen soll. Die Autoren sehen Lebenssinn als multidimensionales Konstrukt an. Ihre Skala besteht aus einem Vierfaktorenmodell und beinhaltet 21 Items, die auf einer sechsstufigen Skala beantwortet werden können und den Faktoren „*Harmony and Peace*“, „*Life Perspective, Purpose, and Goals*“, „*Confusion and Lessened Meaning*“ oder „*Benefits of Spirituality*“ zugeordnet werden können (Jim et al., 2006a).

2.3.3.1 Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE)

Die meisten der Fragebögen, so auch die oben genannten Messinstrumente, bedienen sich nomothetischer Verfahren (Brandstatter et al., 2012). Das bedeutet, dass sinnrelevante Bereiche in Form von Items bzw. Aussagen zum Thema Lebenssinn bereits vorgegeben sind und von den befragten Personen quantifiziert werden. Um dem individuellen Charakter des Lebenssinns besser gerecht zu werden entwickelten Fegg und Kollegen den Schedule for Meaning in Life Evaluation, kurz SMiLE (Fegg et al., 2008b): Dieser Fragebogen folgt einem idiographischen Ansatz, d.h. die befragten Personen nennen selber Bereiche, die für sie Sinnquellen darstellen. Diese Bereiche sollen anschließend von den Probanden hinsichtlich Zufriedenheit und Wichtigkeit bewertet werden. Aus den Angaben lassen sich verschiedene Parameter berechnen, die Aufschluss über den Lebenssinn geben. Genauere Angaben zur Auswertung finden sich im Kapitel 4 (Vorgehen und Methoden).

Die deutsche Version dieses Fragebogens wurde an einer Stichprobe mit 599 Studenten validiert (Fegg et al., 2008b). Es existieren inzwischen mehrere Studien, in denen der Lebenssinn mit dem SMiLE innerhalb verschiedener Patientengruppen gemessen wurde. So kam der Fragebogen bereits bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (Fegg et al., 2010b), mit Herzinsuffizienz (Mello and Ashcraft, 2014) und progressiver supranukleärer Blickparese (Fegg et al., 2014) zum Einsatz. Des Weiteren hat der SMiLE

bei Krebspatienten aus der Schweiz (Stiefel et al., 2008) sowie bei deutschen, spanischen und schweizerischen Palliativpatienten Anwendung gefunden (Fegg et al., 2010a; Tomas-Sabado et al., 2015). Er scheint daher geeignet, in der vorliegenden Studie zur Erhebung des Lebenssinns bei Palliativpatienten eingesetzt zu werden.

2.3.4 Lebenssinn bei Krebs-/Palliativpatienten

Angesichts der Diagnose einer schweren Krankheit und der damit assoziierten Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit ist das Thema „Lebenssinn“ besonders relevant. Moadel et al. (1999) veröffentlichten eine Studie, der zufolge 40% der befragten Krebspatienten Unterstützung bei der Suche nach Lebenssinn erbeten. Dass sich das Erleben von Sinn auf das psychische Wohlbefinden auswirkt, postulierten bereits Zika and Chamberlain (1992). Es ist außerdem evident, dass eine schwere Erkrankung zu einem erhöhtem Stresserleben führen kann (Vehling et al., 2012). Palliativpatienten sind nicht nur durch körperliche Symptome und funktionelle Beeinträchtigungen, sondern auch durch psychische und existentielle Probleme belastet (Chochinov et al., 2009). Dass Sinnerleben mit einem niedrigeren Stresslevel bei Krebspatienten assoziiert ist, zeigten Winger et al. (2016) in einer Meta-Analyse von 62 Studien. Sinnerleben bei Krebspatienten stellte sich außerdem als negativer Prädiktor für Depressivität heraus (Vehling et al., 2011). Umgekehrt zeigen Jim und Andersen (2007), dass ein Verlust von „*Meaning in Life*“ nach überstandener Krebserkrankung mitverantwortlich für ein höheres Stressempfinden sein kann. Dass eine erfolgreiche Sinnsuche nicht nur mit weniger Stressempfinden, sondern auch mit Optimismus sowie einem verbesserten Selbstwertgefühl und größerer Zufriedenheit von Krebspatienten einhergehen kann, beschrieben zudem Lee et al. (2004) in einem Review zum Thema Sinn bei Krebserkrankten.

Auch am Lebensende kann Lebenssinn erhalten bleiben (Fegg et al., 2008a). Interessant ist die Frage, welche Sinnquellen bei Palliativpatienten eine Rolle spielen. Der Lebenssinnforscher Martin Fegg fasste Daten, gemessen mit dem SMiLE, von 246 Palliativpatienten zusammen und fand heraus, dass Bereiche wie Familie, Freizeit,

soziale Kontakte, Partnerschaft, und Natur besonders relevante sinngebende Kategorien darstellen (Fegg, 2012, S. 79). Im Vergleich mit Daten einer repräsentativen Stichprobe werden einige Bereiche von den Palliativpatienten signifikant häufiger genannt, darunter Partnerschaft, Freunde und Freizeit. Vergleichsweise weniger häufig wird dagegen der Bereich Arbeit aufgeführt. Insgesamt zeigte sich, dass die Patienten hinsichtlich des Lebenssinns etwas weniger zufrieden waren, als die gesunden Vergleichsprobanden (Fegg, 2012, S. 78). Diese Ergebnisse könnten teilweise durch den sog. „Response-Shift“ erklärt werden, ein Phänomen, das bei schwer erkrankten Patienten in Zusammenhang mit der Bewertung der Lebensqualität (Echteld et al., 2005; Sharpe et al., 2005), aber auch des Lebenssinns (Fegg, 2012; Früh, 2016) beschrieben wird. Gemeint ist damit ein Anpassungsprozess, während dem sich die Bewertungsmaßstäbe von Personen ändern können: Nach Schwartz und Sprangers (1999) können drei Mechanismen des Response-Shift unterschieden werden: Erstens können sich durch eine Skalen-Neukalibrierung die internalen Messskalen bezüglich eines Zielkonstrukts verändern. Möglich ist zweitens eine Änderung der individuellen Wertevorstellung, d.h. die Gewichtung einzelner Komponenten des Konstrukts verändert sich. Eine dritte Strategie ist schließlich ein Rekonzeptualisieren, wodurch das Zielkonstrukt neu definiert wird (Schwartz and Sprangers, 1999).

2.4 Defizite in der bisherigen Forschung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für einen positiven Bewältigungsprozess einer fortgeschrittenen Erkrankung die Ausprägung der Trait-Resilienz ebenso eine Rolle spielen kann, wie die Aufrechterhaltung des persönlichen Lebenssinns. Beide Konstrukte weisen theoretische Parallelen auf. So finden sich jeweils inhaltliche Überschneidungen

beispielsweise mit dem Salutogenese-Konzept², dem Big-Five Modell der Persönlichkeitstheorie³ sowie mit Coping-Mechanismen⁴.

Obwohl diese Themen zunehmend Beachtung in der Palliativmedizin erfahren, ist ein Zusammenhang beider Konstrukte in diesem Kontext bisher noch nicht untersucht worden. In einer Studie von Früh (2016) konnte erstmals gezeigt werden, dass der Lebenssinn bei Palliativpatienten - gemessen mit dem SMiLE - im Verlauf eines stationären Aufenthaltes zunimmt. Unklar ist, welche Personengruppen diesbezüglich am meisten profitieren können. Möglicherweise kann hierbei die Resilienz der Patienten als Erklärungsmuster dienen.

Wie bereits oben erwähnt, gibt es zum Thema Trait-Resilienz bei Palliativpatienten bisher wenig Erkenntnisse. Auch über die Inanspruchnahme von palliativmedizinischen Therapieangeboten sowie über einen möglichen Zusammenhang mit der Trait-Resilienz von Patienten ist bisher wenig bekannt. Weitere Forschung in diesen Bereichen könnte hilfreich sein, um besonders vulnerable Patienten besser erkennen und entsprechend fördern zu können. Diese Arbeit möchte somit einen Beitrag zu einer ressourcenorientierten palliativmedizinischen Versorgung leisten.

² Das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky dient als Erklärungsmuster für die Entstehung von Gesundheit (Antonovsky, 1997). Es beinhaltet als zentrales Element das sog. Kohärenzgefühl („*sense of coherence*, SOC“), für welches Antonovsky ein eigenes Messinstrument, die „*Sense of Coherence Scale*“ konzipierte. Ihm zufolge ist „*meaningfulness*“ eine wichtige Teilkomponente des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1993). Gemeinsamkeiten zwischen den Konstrukten „*Meaning in Life*“ und „*Sense of Coherence*“ sehen beispielsweise Winger et al. (2016). Es finden sich aber auch Überlappungen zwischen den Konstrukten Kohärenzgefühl und Resilienz (Almedom, 2005; Streb et al., 2014).

³ In der Persönlichkeitsforschung werden die fünf Eigenschaften 1. Offenheit gegenüber Erfahrungen, 2. Gewissenhaftigkeit, 3. Extraversion, 4. Verträglichkeit und 5. Neurotizismus herangezogen, um Persönlichkeiten zu beschreiben (Mc Crae and John, 1992). Einige dieser Traits werden auch mit Resilienz assoziiert (Campbell-Sills et al., 2006, Waaktaar and Torgersen, 2010;). Auch ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren und Lebenssinn wird angenommen (Schnell and Becker, 2006, Steger et al., 2008).

⁴ Unter Coping Strategien werden Mechanismen verstanden, wie Individuen mit Stress umgehen (Carver et al., 1989). Resilienz und Coping stehen miteinander in Beziehung (Campbell-Sills et al., 2006). Einen Zusammenhang zwischen Coping-Strategien und unterschiedlichen Dimensionen von Lebenssinn bei Krebspatienten sehen beispielsweise Jim et al. (2006b) und Park et al. (2008). Außerdem wird die Fähigkeit, Sinn und Ziele im Leben zu entwickeln, selbst als Coping Faktor angesehen (Halama, 2014, Manne et al. 2015).

3 Fragestellung und Hypothesen

Das Hauptaugenmerk der Arbeit liegt auf der Beantwortung folgender drei Hypothesen:

Menschen mit einer hohen Trait-Resilienz sind in der Lage, schwierige Lebensphasen, z.B. aufgrund einer schweren Erkrankung, zu meistern. Auch die Fähigkeit, Sinn im Leben zu finden, ist wichtig bei der Bewältigung belastender Lebensumstände. Deshalb wird ein Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten erwartet:

Hypothese H1: „Eine hohe Trait-Resilienz geht mit hohem Lebenssinn einher.“

Unter der Annahme, dass resiliente Menschen nicht nur die eigenen Ressourcen besser nutzen als weniger resiliente Personen, sondern auch vermehrt Hilfe von außen annehmen, liegt nahe:

Hypothese H2: „Patienten mit hoher Trait-Resilienz nehmen das Angebot an Interventionen auf der Palliativstation vermehrt in Anspruch.“

Der Lebenssinn von Patienten kann während des stationären Aufenthaltes auf einer Palliativstation aufrechterhalten oder sogar verbessert werden (Früh, 2016). Es besteht daher die Annahme, dass dies durch den Ausprägungsgrad der Trait-Resilienz erklärt werden kann:

Hypothese H3: „Ein Zugewinn an Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation ist abhängig von der Trait-Resilienz der Patienten: Patienten mit hoher Trait-Resilienz haben einen stärkeren Zugewinn an Lebenssinn als Patienten mit niedriger Trait-Resilienz.“

Des Weiteren sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Ist eine Befragung zur Erfassung von Veränderungen mit einer möglichst zeitnah zur Entlassung geplanten Zweitbefragung auf einer Palliativstation realisierbar? Wie hoch ist die Drop-out Rate? Gibt es nachvollziehbare Gründe oder Prädiktoren, wie z.B. ECOG- Status bei Aufnahme, stationäre Verweildauer oder Art der Entlassung?

2. Wie ausgeprägt sind Trait-Resilienz und Lebenssinn der Patienten bei Aufnahme?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz bzw. Lebenssinn mit der Lebensqualität der Patienten bei Aufnahme auf die Palliativstation?
4. Ändern sich lebenssinnrelevante Kategorien und die Lebenssinnindices (gemessen mit dem SMiLE) im Verlauf des stationären Aufenthaltes?
5. In welchem Umfang werden Interventionen und Therapien auf der Palliativstation genutzt?
6. Wie hoch ist die Lebensqualität bei Palliativpatienten? Ändert sie sich im Verlauf des stationären Aufenthaltes?

4 Vorgehen und Methoden

4.1 Studienplanung

Die monozentrische Studie wurde im Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin der Universität Würzburg durchgeführt. Dieses verfügt über eine Kapazität von 10 Patientenbetten und behandelt ca. 400 Patienten pro Jahr. Es handelte sich um eine prospektive Untersuchung mit einer Befragung der Patienten zu zwei Messzeitpunkten, jeweils zu Beginn (T1) und gegen Ende des stationären Aufenthaltes (T2). Die Erhebung der Daten erstreckte sich über einen Zeitraum von insgesamt acht Monaten innerhalb der Jahre 2013 bis 2015. Eine Projektdarstellung mit Patienteninformation sowie Einwilligungserklärung und den entsprechenden Fragebögen wurde von der Ethik-Kommission der Universität Würzburg geprüft und genehmigt (Dezember 2013, 169/13).

4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

An der Studie teilnehmen konnten alle Patienten der Palliativstation, die zum Zeitpunkt der Befragung volljährig und nach ausführlicher Information in der Lage waren, schriftlich der Teilnahme an der Studie zuzustimmen. Weitere Voraussetzung waren ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift.

Von der Teilnahme ausgeschlossen waren Patienten unter 18 Jahren sowie Patienten, die die deutsche Sprache in Wort und Schrift unzureichend verstanden. Patienten, die in einem zu schlechten Allgemeinzustand oder durch Symptome bzw. die Gesamtsituation zu stark belastet waren, wurden ebenfalls von der Studie ausgeschlossen.

4.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand an durchschnittlich 4-5 Tagen pro Woche auf der Station statt. Die Beurteilung hinsichtlich der Erfüllung der Einschlusskriterien erfolgte durch das klinische Team der Palliativstation. Jeder neu aufgenommene Patient, der gemäß den Einschlusskriterien für eine Teilnahme in Frage kam, wurde über den Inhalt und die Ziele der Studie informiert und erhielt eine schriftliche Patienteninformation (Muster s. Anhang). Darin wurden die Patienten neben dem Hintergrund der Studie und dem Ablauf der Befragung auch über den Umgang mit ihren Daten informiert. Außerdem wurden die Patienten darüber aufgeklärt, dass es im Falle einer Nichtteilnahme keinerlei nachteilige Auswirkungen auf ihre Behandlung geben würde.

Nach schriftlicher Einwilligung fanden die Befragungen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit der Doktorandin statt. Zunächst wurden Fragen zur Lebensqualität sowie zum Lebenssinn beantwortet. Zum Messzeitpunkt T1 wurde außerdem noch der Fragebogen zur Trait-Resilienz bearbeitet. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten erfragt und patientenbezogene Informationen aus der Krankenakte entnommen. Der zweite Teil der Datenerhebung erfolgte möglichst zeitnah vor der Entlassung der Patienten (T2). Ein Mindestabstand von drei Tagen wurde festgelegt. Sobald die Entlassung bevorstand oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abzusehen war, fand das zweite Interview statt, in dem die Studienteilnehmer noch einmal Fragen zur Lebensqualität und zum Lebenssinn beantworteten. In Ausnahmefällen konnte aus organisatorischen Gründen keine persönliche Befragung mehr zum Zeitpunkt T2 stattfinden. In diesem Fall füllten die Patienten die Fragebögen zum Lebenssinn und zur Lebensqualität selbstständig aus.

Die Befragung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs hatte den Vorteil, dass Unklarheiten bezüglich der Fragebögen direkt beseitigt werden konnten. Zudem wurde eine Kontaktaufnahme mit der Psychoonkologin in die Wege geleitet, falls der Eindruck bestand, dass die Patienten durch die Befragung zu sehr belastet waren. Außerdem fanden Supervisionen durch die betreuende Psychoonkologin statt.

4.4 Variablen und Erhebungsinstrumente

4.4.1 Soziodemographische Daten

An soziodemographischen Daten wurden Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit (katholisch, evangelisch, keine, andere) und Familienstand (verheiratet, Partnerschaft, verwitwet, ledig, getrennt) erfasst.

4.4.2 Krankheitsbezogene Daten

An medizinischen Variablen wurden die Diagnose und der sog. Karnofsky-Index aufgezeichnet. Letzterer wurde als „Performance Status“ von Karnofsky und Burchenal (1949) entwickelt und dient der Einschätzung von normaler Aktivität und Unterstützungsbedarf von Krebspatienten. Die Skala reicht von 0% (= Tod) bis 100% (= keine Beschwerden bzw. Zeichen der Krankheit) (Karnofsky and Burchenal, 1949).

Der Karnofsky-Index wurde anschließend zur vereinfachten Auswertung nach einem Schema von Ma et al. (2010) in den Performance Status der Eastern Cooperative Oncology Group (= ECOG-Status) (Oken et al., 1982) umgerechnet, wie Tabelle 1 veranschaulicht:

Tabelle 1: Umrechnung des Karnofsky-Index in den Performance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-Status)⁵

ECOG- Status ⁶		Karnofsky-Index
0	Uneingeschränkte Aktivität; Tätigkeiten ohne Einschränkung wie vor der Erkrankung möglich	100%
1	Eingeschränkt bei anstrengender körperlicher Aktivität; gehfähig; leichte körperliche Arbeit möglich	90-80%
2	Gehfähig; Selbstversorgung komplett möglich, aber nicht arbeitsfähig; mehr als 50% der Stunden des Wachseins auf	70-60%
3	Selbstversorgung eingeschränkt möglich; $\geq 50\%$ der Stunden des Wachseins an Bett oder Stuhl gebunden	50-40%
4	Komplett pflegebedürftig, Selbstversorgung nicht möglich; vollständig an Bett oder Stuhl gebunden	30-10%

Weitere dokumentierte Variablen waren die stationäre Verweildauer sowie die Art der Entlassung (Verstorben, Verlegung ins Pflegeheim, Verlegung ins Hospiz, Entlassung nach Hause oder Sonstiges).

4.4.3 Trait-Resilienz

Wesentlicher Bestandteil des Fragebogenkatalogs war die Messung der Trait-Resilienz. Hierfür wurde die Resilienzskala RS-13 von Leppert et al. (2008) verwendet (Muster s. Anhang). Die Autoren legen die inhaltlichen Schwerpunkte ihrer Skala auf Eigenschaften wie Optimismus und emotionale Stabilität, Lebensfreude, Energie, Offenheit für Neues und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel. Der Fragebogen basiert auf einem Dreifaktorenmodell, der neben dem übergeordneten Faktor „Resilienz“ die beiden Subskalen „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptieren des Selbst“ beinhaltet. Insgesamt können 13 Items beantwortet werden, die entweder die Dimensionen „Kompetenz“ oder „Akzeptanz“ erfragen. Ein Beispiel für den Faktor Kompetenz wäre das Item *„Normalerweise schaffe ich alles irgendwie“*. Das Item *„Ich nehme die Dinge wie sie kommen“* ist ein Beispielitem für den Faktor Akzeptanz. Die Items können auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 (= *„nein, ich stimme nicht zu“*) bis 7 (= *„ja, stimme*

⁵ Nach Ma et al. (2010)

⁶ Nach Oken et al. (1982)

völlig zu“) beantwortet werden. Die Auswertung erfolgt über eine Addition der Punktwerte. Insgesamt kann ein Summenscore von mindestens 13 und maximal 91 Punkten erreicht werden, wobei eine höhere Summe für eine höhere Ausprägung der Trait-Resilienz spricht. Anhand des Summenscores kann außerdem eine Einteilung der Probanden anhand ihrer Trait-Resilienz in drei Gruppen erfolgen: Punktwerte bis 66 sprechen für eine niedrige Trait-Resilienz, Punktwerte zwischen 67 und 72 für eine mittlere Trait-Resilienz. Über eine hohe Trait-Resilienz verfügen Menschen, die Punktwerte von ≥ 73 erreichen (Leppert et al., 2008).

4.4.4 Lebenssinn

Der Lebenssinn wurde anhand des Schedule for Meaning in Life Evaluation-Fragebogens (SMiLE) zu beiden Messzeitpunkten T1 und T2 erhoben (Muster s. Anhang). Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein zeitökonomisches und wenig belastendes Instrument zur Erfassung des Lebenssinns (Fegg, 2012, S. 73), das in deutscher Sprache zur Verfügung steht. Die Beantwortung und Auswertung des Fragebogens erfolgt in mehreren Schritten (Fegg, [o.J.]):

Zunächst werden die Patienten gebeten, zwischen 3 und 7 Bereiche ($n = \text{Anzahl der Bereiche}$) zu nennen, die ihnen in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation Sinn oder Halt geben. In einem zweiten Schritt erfolgt eine Bewertung der genannten Bereiche hinsichtlich der Zufriedenheit und der Wichtigkeit des jeweiligen Bereichs. Die Zufriedenheit wird dabei für jeden Bereich ($s_1 \dots s_n$) auf einer Skala von -3 (= „sehr unzufrieden“) über 0 (= „weder noch“) bis +3 (= „sehr zufrieden“) beurteilt. Die Wichtigkeit der Bereiche ($w_1 \dots w_n$) wird auf einer Skala von 0 (= „nicht wichtig“) bis 7 (= „äußerst wichtig“) bewertet.

Zur Auswertung des Fragebogens lassen sich aus den obigen Angaben drei Parameter berechnen, die getrennt voneinander betrachtet werden.

1. Der „Index of Satisfaction“ (kurz: IoS), der die durchschnittliche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit den genannten sinngabenden Bereichen abbildet (Range 0-100,

höhere Werte bedeuten höhere Zufriedenheit): Hierfür werden zunächst die Werte der Zufriedenheit (s_i) umgerechnet (s'_i). Der Wert $s_i = -3$ („sehr unzufrieden“) entspricht dann dem Wert 0, der Wert $s_i = +3$ („sehr zufrieden“) entspricht dem Wert 100: Die Werte dazwischen ($s_i = -2$ bis $+2$) werden in die Werte 16.7, 33.3, 50, 66.7 bzw. 83.3 transkribiert. Der IoS ergibt sich dann aus der Berechnung der folgenden Formel:

$$IoS = \frac{\sum_{i=1}^n s'_i}{n}$$

2. Der „Index of Weighting“ (kurz: IoW), der die durchschnittliche Wichtigkeit der sinngewandten Bereiche wiedergibt (Range 0-100, höhere Werte sprechen für stärkere Gewichtung).

$$IoW = \frac{\sum_{i=1}^n w_i}{7n} \circ 100$$

3. Der „Index of Weighted Satisfaction“ (gewichteter Zufriedenheitsindex, kurz: IoWS), der die Werte der Zufriedenheit mit den Werten der Wichtigkeit miteinander kombiniert.

$$IoWS = \sum_{i=1}^n \left(\frac{w_i}{w_{ges}} \circ s'_i \right)$$

Der IoWS nimmt ebenfalls Werte zwischen 0 und 100 an und je höher der Wert, desto höher ist der Lebenssinn der Patienten (Fegg et al., 2008a). Für die spätere Auswertung und Analyse interindividueller Unterschiede des Lebenssinns werden alle genannten Bereiche in folgende 15 Kategorien eingeordnet: *Familie, Partnerschaft, soziale Kontakte, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit, Haus/Garten, Finanzen, Spiritualität/Religion, Gesundheit, Wohlbefinden, Natur/Tiere, Altruismus, Hedonismus, Kunst/Kultur und persönliche Weiterentwicklung*. Für jede der Kategorien kann ein Durchschnittswert der Zufriedenheit und Wichtigkeit gebildet werden. Falls mehrere Bereiche in eine Kategorie eingeordnet werden können, wird entsprechend der Mittelwert gebildet. Bereiche, die keiner der 15 Kategorien eindeutig zugeordnet werden konnten, werden unter der Bezeichnung „spezielle Kategorie“

zusammengefasst. Sie fließen zwar in die Berechnung der drei Lebenssinnindices mit ein, werden in der weiteren kategorienorientierten Auswertung aber nicht berücksichtigt (Fegg, [o.J.]

4.4.5 Interventionen

Die Therapieangebote bzw. Interventionen, die die Studienteilnehmer während des stationären Aufenthaltes in Anspruch nahmen, wurden ausgewertet. Dies waren psychoonkologische Interventionen, Gespräche mit Hospizmitarbeitern und Seelsorgern, sowie Kunsttherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und Unterstützung durch den Sozialdienst. Diese Informationen wurden nach der Entlassung der Patienten aus deren Krankenakte entnommen. Die Dauer der Interventionen wurde in 15-Minuten-Einheiten in der Routine für die Abrechnungen täglich dokumentiert und hier zum Zweck der einfacheren Auswertung anschließend in Minuten pro Arbeitswoche umgerechnet.

Sämtliche oben genannten Daten wurden auf einem dafür eigens erstellten Dokumentationsbogen erfasst (Muster s. Anhang).

4.4.6 Lebensqualität

Die allgemeine Lebensqualität zum Zeitpunkt der Befragung der Patienten wurde sowohl zu T1 als auch zu T2 erfasst. Zu diesem Zweck wurden den Studienteilnehmern jeweils zwei Fragen gestellt (Fragebogen s. Anhang):

Die erste Frage zur Lebensqualität wurde aus dem EORTC QLQ-C-15-PAL, einer Kurzversion des EORTC QLQ-C30 der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), übernommen (Groenvold et al., 2006). Dieser Fragebogen kann zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Palliativpatienten herangezogen werden und beinhaltet 15 Items. Da das Thema Lebensqualität in der vorliegenden Studie zweitrangig war und die Belastung für die Patienten so gering wie möglich sein sollte, wurde für diese Studie lediglich die Frage 15 entnommen. Sie lautet

ins Deutsche übersetzt „wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in der letzten Woche einschätzen?“ und kann auf einer siebenstufigen Likertskala (1= „*sehr schlecht*“, 7= „*ausgezeichnet*“) bewertet werden (Groenvold et al., 2006).

Die zweite Frage zur Beurteilung der Lebensqualität wurde aus dem Fragebogen des Minimalen Dokumentationssystems (kurz: MIDOS²) für Palliativpatienten entnommen, der in der Hospiz- und Palliativhebung (HOPE) zur Anwendung kommt. MIDOS² dient der regelmäßigen Selbsteinschätzung von Befinden und Symptomen von Palliativpatienten (Stiel et al., 2010b). In der vorliegenden Studie wurde hieraus das Item „Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen“ übernommen. Als Antwortmöglichkeit kann „*sehr schlecht*“, „*schlecht*“, „*mittel*“, „*gut*“, „*sehr gut*“ ausgewählt werden (Stiel et al., 2010b). Um die Auswertung zu vereinfachen wurden die Antwortmöglichkeiten in eine fünfstufige Skala übersetzt (1= „*sehr schlecht*“ bis 5= „*sehr gut*“).

4.5 Statistische Auswertung

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mithilfe des Programms SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences, Version 22) für Windows. Bei der Auswertung und der statistischen Analyse der Daten standen die Mitarbeiter der studentischen statistischen Beratung des Lehrstuhls für Mathematik VIII (Statistik) sowie des Instituts für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg beratend zur Seite.

Zunächst wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Daten deskriptiv ausgewertet, wobei drei Gruppen gebildet wurden (T1, +T2, -T2). Gruppe T1 umfasst die gesamte Stichprobe (n=57), Gruppe +T2 die Patientengruppe, die zum Messzeitpunkt T2 befragt werden konnte (n=41) und Gruppe -T2 die Patientengruppe, die nicht mehr zu T2 befragt werden konnten (n=16). Die Variablen Resilienz, Interventionen und Lebensqualität wurden ebenfalls deskriptiv ausgewertet und jeweils für die Gesamtstichprobe (Gruppe T1) beschrieben. Daten zum Lebenssinn der Patienten werden sowohl für Gruppe T1 als auch für Gruppe +T2 dargestellt.

Da es sich bei den vorliegenden Daten überwiegend um nicht normalverteilte Daten handelt, kamen in den statistischen Analysen nicht-parametrische Tests zur Anwendung. Zur Überprüfung der drei Hypothesen sowie des Zusammenhangs zwischen Resilienz und Lebenssinn und der Lebensqualität wurden jeweils Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet. Um Unterschiede bezüglich der Lebenssinnindices IoS, IoW, IoWS zwischen T1 und T2 zu analysieren, wurde der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben durchgeführt. Dieser kam auch zur Überprüfung von Unterschieden hinsichtlich Wichtigkeit und Zufriedenheit der sinngebenden Kategorien sowie der Lebensqualität zwischen T1 und T2 zum Einsatz. Auf Unterschiede in der Nennungshäufigkeit der Kategorien des Lebenssinns wurde mittels McNemar-Test getestet. Als mögliche Prädiktoren einer Zweitbefragung wurden ECOG-Status, stationäre Verweildauer und Art der Entlassung überprüft und jeweils einfache binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt. Die Ergebnisse der Arbeit sind als explorativ anzusehen, da die ursprünglich geplante Fallzahl von $n=95$ im geplanten Zeitraum nicht erreicht wurde. In einigen Tabellen wurden mehrere p-Werte berechnet. Das Problem des multiplen Testens und der alpha-Kumulierung ist der Verfasserin hierbei bewusst. Da es sich um eine explorative Arbeit handelt, wurde auf eine Adjustierung der p-Werte verzichtet.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Die Datenerhebung fand im Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin der Universität Würzburg in den Zeiträumen von Dezember 2013 bis April 2014 und von November 2014 bis Februar 2015 statt. In dieser Zeitspanne wurden 158 Patienten auf die Palliativstation aufgenommen. 95 Patienten (60,1% der aufgenommenen Patienten) kamen gemäß den Ausschlusskriterien nicht für eine Studienteilnahme infrage. 63

Patienten (39,9% der aufgenommenen Personen) erfüllten die Einschlusskriterien. Davon lehnten 6 Patienten (9,5%) eine Teilnahme an der Befragung ab. 57 Patienten (90,5%) wurden zum Zeitpunkt T1 befragt. Davon konnten 41 Patienten (71,9%) zum zweiten Zeitpunkt T2 befragt werden. Bei 16 Patienten (28,1%) konnte aus folgenden Gründen keine zweite Befragung mehr stattfinden: 4 Patienten (25%) wurden vorzeitig entlassen oder kurzfristig ins Hospiz verlegt. Bei 6 Patienten (37,5%) verschlechterte sich der Allgemeinzustand und weitere 6 Patienten (37,5%) verstarben, bevor eine zweite Befragung zu T2 erfolgen konnte (s. Abb. 1).

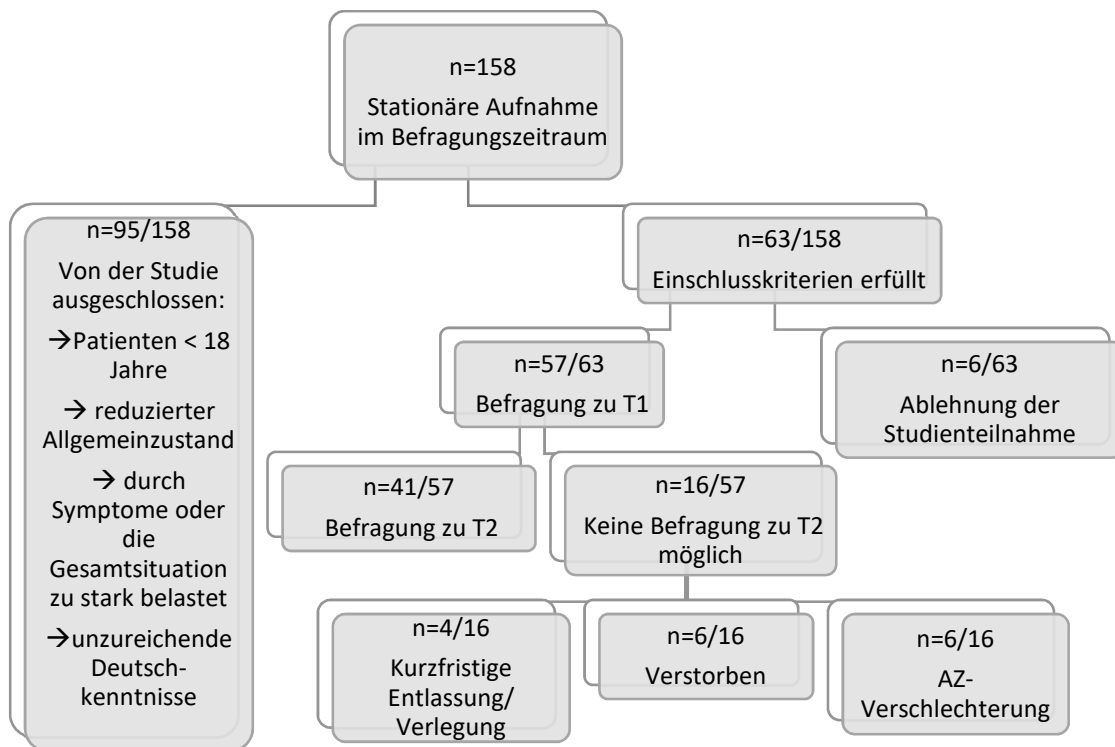


Abbildung 1: Fallzahlen

5.2 Soziodemographische Daten

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer betrachtet. Die Darstellung erfolgt zur genaueren Beschreibung getrennt nach drei Gruppen: In Gruppe T1 sind die Daten der gesamten Stichprobe (n=57)

zusammengefasst. Diese wird zum genaueren Vergleich unterteilt in die Patientengruppe, die zu T2 befragt werden konnte (+T2, n=41), und das Kollektiv, das nicht mehr befragt werden konnten (-T2, n=16).

Tabelle 2: Soziodemographische Daten (n=57, n=41, n=16)

	T1 n=57		+T2 n=41		-T2 n=16	
Geschlecht	n	%	N	%	n	%
<i>männlich</i>	29	50,9	22	53,7	7	43,8
<i>weiblich</i>	28	49,1	19	46,3	9	56,3
Alter [Jahre]	n	%	N	%	n	%
<i>≤60</i>	20	35,1	14	34,1	6	37,5
<i>61-70</i>	23	40,4	18	43,9	5	31,3
<i>≥71</i>	14	24,6	9	22,0	5	31,3
	Mittelwert/SD	Median	Mittelwert/SD	Median	Mittelwert/SD	Median
	62,1/11,6	64,0	61,6/11,3	64,0	63,6/12,8	62,5
Familienstand	n	%	N	%	n	%
<i>verheiratet/ Partnerschaft</i>	41	71,9	29	70,8	12	75,0
<i>verwitwet</i>	4	7,0	2	4,9	2	12,5
<i>ledig</i>	8	14,0	7	17,1	1	6,3
<i>getrennt/ geschieden</i>	4	7,0	3	7,3	1	6,3
Religion	n	%	N	%	n	%
<i>katholisch</i>	28	49,1	21	51,2	7	43,8
<i>evangelisch</i>	19	33,3	12	29,3	7	43,8
<i>Andere</i>	1	1,8	1	2,4	0	0,0
<i>Keine</i>	9	14,8	7	17,1	2	12,5

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht wesentlich in Geschlecht, Alter, Familienstand und Religion. Es nahmen nahezu genauso viele Männer (50,9%) an der Studie teil wie Frauen (49,1%). Der Altersdurchschnitt lag bei 62,1 Jahren (SD 11,6, Range 27-90). Die Mehrheit der Patienten (71,9%) lebte in einer Partnerschaft, ein Großteil war katholisch (49,1%) (s. Tabelle 2).

5.3 Krankheitsbezogene Daten

5.3.1 Diagnose

Die große Mehrheit der Patienten (94,7%) litt an einer Tumorerkrankung. Nur drei Patienten (5,3%) hatten eine andere Grunderkrankung, darunter Herzinsuffizienz, systemische Amyloidose sowie amyotrophe Lateralsklerose. Am häufigsten handelte es sich bei den malignen Erkrankungen um Tumore des Verdauungssystems (26,3%), des weiblichen Genitals und der weiblichen Brust (17,5%), sowie der Lunge (17,5%) (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Diagnose (n=57, n=41, n=16)

	T1 n=57		+T2 n=41		-T2 n=16	
	n	%	n	%	n	%
<i>Tumore der Verdauungsorgane</i>	15	26,3	13	31,7	2	18,8
<i>Tumore der Brust/weibl. Genitale</i>	10	17,5	4	9,8	6	37,5
<i>Lungenkrebs</i>	10	17,5	7	17,1	3	18,8
<i>Hautkrebs</i>	6	10,5	4	9,8	2	12,5
<i>Tumore des Urogenitaltrakts</i>	4	7,0	4	9,8	0	0,0
<i>Krebserkrankung des blutbildenden Systems</i>	2	3,5	2	4,9	0	0,0
<i>Hirntumore</i>	2	3,5	2	4,9	0	0,0
<i>Tumore in Pharynx/Mundhöhle</i>	2	3,5	2	4,9	0	0,0
<i>Sonstige Tumorerkrankung</i>	3	5,3	3	7,3	0	0,0
<i>Andere Erkrankung</i>	3	5,3	0	0,0	0	0,0

5.3.2 ECOG-Status

Untenstehende Tabelle 4 zeigt den ECOG-Status der Patienten in den drei Gruppen:

Tabelle 4: ECOG-Status (n=57, n=41, n=16)

ECOG-Status	T1 n=57		+T2 n=41		-T2 n=16	
	n	%	N	%	n	%
1+2	26	45,6	22	53,7	4	25,0
3+4	31	54,4	19	46,3	12	75,0

In Gruppe T1 und +T2 ist das Verhältnis von Patienten mit einem ECOG-Status von 1 und 2 (45,6%) zu einem ECOG-Status von 3 und 4 (54,4%) relativ ausgeglichen. Anders verhält es sich in der Gruppe -T2. Hier hat die Mehrzahl der Patienten (75,0%) einen ECOG-Status von 3 und 4 und somit einen vergleichsweise schlechten Allgemeinzustand.

Keine signifikante Assoziation wurde zwischen dem ECOG-Status der Patienten und der Teilnahme an einer Zweitbefragung zu T2 gefunden. Bei Patienten mit einem ECOG-Status 1+2 lag die Chance für eine Zweitbefragung im Vergleich zu Patienten mit einem ECOG-Status 3+4 bei einer Odds Ratio von 3,47 (95%-KI 0,05-12,57, p= 0.058).

5.3.3 Stationäre Verweildauer

Die durchschnittliche stationäre Verweildauer aller Patienten (Gruppe T1) lag bei 12,3 Tagen (SD 8,3, Range 2-50). Die mittlere Verweildauer der Patienten aus Gruppe +T2 lag bei 14,2 Tagen (SD 8,7, Range 5-50,) und die der dritten Gruppe (-T2) bei 7,4 Tagen (SD 4,3). Tabelle 5 zeigt im Detail die stationäre Verweildauer, betrachtet jeweils für die Gruppen T1, +T2, und -T2.

Tabelle 5: Stationäre Verweildauer (n=57, n=41, n=16)

Verweildauer	T1 n=57		+T2 n=41		-T2 n=16	
	n	%	n	%	n	%
<i>≤7 Tage</i>	17	29,8	7	17,1	10	62,5
<i>8-14 Tage</i>	24	42,1	19	46,3	5	31,3
<i>15-21 Tage</i>	11	19,3	10	24,4	1	9,1
<i>≥22 Tage</i>	5	8,8	5	12,2	0	0,0

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer Zweitbefragung zum Zeitpunkt T2 und der stationären Verweildauer der Patienten. So hatten Patienten, die länger als 7 Tage stationär blieben, eine ca. 8-mal höhere Chance, noch einmal zu T2 befragt werden zu können als Patienten, deren Aufenthaltsdauer kürzer war (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Verweildauer und Befragung zu T2 (n=57)

Befragung zu T2	Verweildauer		Gesamt	OR/95%-KI (p)
	>7d	≤7d		
<i>Ja = Gruppe +T2</i>	34	7	41	8,1 / 2,209-29,660 (.002)
<i>Nein = Gruppe -T2</i>	6	10	16	
Gesamt	40	17	57	

5.3.4 Art der Entlassung

Betrachtet man die gesamte Stichprobe (Gruppe T1), so konnte die Mehrheit der Patienten (54,4%) wieder nach Hause entlassen werden. Ungefähr ein Drittel der Patienten (28,1%) verstarb auf der Station.

In Gruppe +T2 konnten ebenfalls die meisten Patienten (68,3%) wieder nach Hause entlassen werden. 12,2 % der Patienten verstarben auf der Station. In Gruppe –T2 dagegen verstarb die Mehrheit der Patienten (68,8%) und nur 18,1% der Patienten konnten wieder ins häusliche Umfeld entlassen werden (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Art der Entlassung (n=57, n=41, n=16)

Art der Entlassung	Gruppe T1 n=57		Gruppe +T2 n=41		Gruppe –T2 n=16	
	n	%	n	%	n	%
<i>Entlassung nachhause</i>	31	54,4	28	68,3	3	18,1
<i>Verstorben</i>	16	28,1	5	12,2	11	68,8
<i>Verlegung Pflegeheim</i>	3	5,3	2	4,9	1	6,3
<i>Verlegung Hospiz</i>	4	7,0	3	7,3	1	6,3
<i>Sonstiges</i>	3	5,3	3	7,3	0	0,0

Von den 16 Patienten, die auf der Station verstarben, konnten 5 dennoch noch zum Zeitpunkt T2 befragt werden. Die Befragung fand dabei durchschnittlich 8 Tage vor dem Tod statt (jeweils 2,4,6,9 und 18 Tage).

Die Art der Entlassung stellt einen Prädiktor für eine mögliche Zweitbefragung zu T2 dar. Patienten, bei denen eine Entlassung nach Hause bzw. eine Verlegung möglich war, hatten eine deutlich höhere Chance, noch einmal zu T2 befragt werden zu können, als Patienten, die im Laufe des stationären Aufenthaltes verstarben (OR=15,84, 95%-KI 3,861-64,982, $p=0,001$).

5.4 Hypothesen

In die Auswertung der ersten beiden Hypothesen wurde jeweils die ganze Stichprobe (Gruppe T1, $n=57$) einbezogen. Die Überprüfung der dritten Hypothese erfolgte nur anhand Gruppe +T2 ($n=41$).

5.4.1 Hypothese 1

Ein Ziel der Studie war es, etwas über den Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebenssinn bei Patienten herauszufinden. Die erste Hypothese (H1) hierfür lautete:

„Eine hohe Trait-Resilienz geht mit hohem Lebenssinn einher“.

Um einen Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebenssinn der Patienten zu untersuchen, wurde die Resilienzsumme jeweils mit den drei Lebenssinnindices Index of Satisfaction (IoS), Index of Weighting (IoW) und Index of Weighted Satisfaction (IoWS) zum Zeitpunkt T1 korreliert. Es fällt auf, dass in allen drei Fällen kein positiver Zusammenhang festgestellt werden kann. Entgegen der Erwartungen war der Korrelationskoeffizient von Resilienzsumme und IoS sowie IoWS nahezu 0. Auch der Korrelationskoeffizient von Resilienzsumme und IoW erwies sich als nur schwach positiv (s. Tabelle 8, Abb. 2).

Tabelle 8: Korrelation Resilienzsumme und IoS, IoW, IoWS, Rangkorrelationskoeffizienten r_s , nach Spearman, T1 (n=57)

Resilienzsumme	IoS, T1	IoW, T1	IoWS, T1
r_s	-0,013	0,121	0,003
(p)	(.924)	(.369)	(.980)
95%-KI	-0,27-0,24	-0,14-0,38	-0,27-0,26

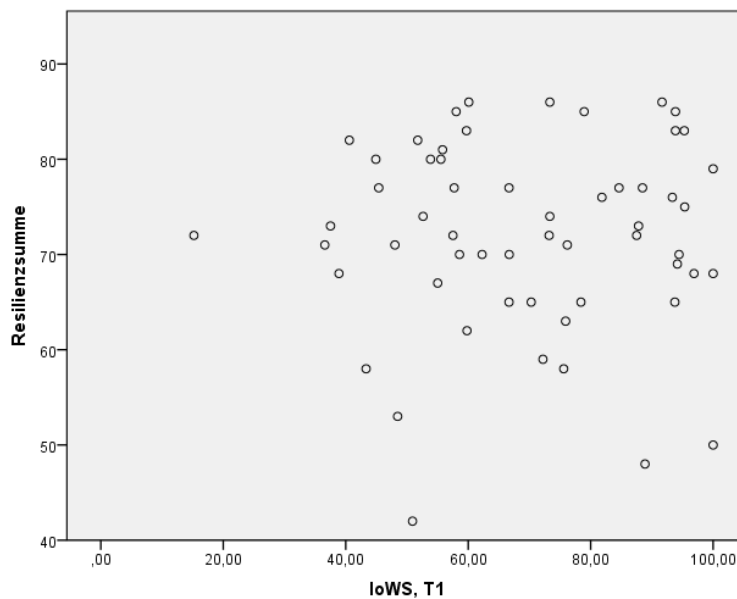


Abbildung 2: Streudiagramm Resilienzsumme und IoWS, T1 (n=57)

5.4.2 Hypothese 2

Unter der Annahme, dass resilientere Patienten eher die Fähigkeit besitzen, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, wurde folgende zweite Hypothese (H2) aufgestellt:

„Patienten mit hoher Trait-Resilienz nehmen das Angebot an Interventionen vermehrt in Anspruch.“

Für die Auswertung wurden Interventionen und Therapien betrachtet, die die Patienten während des stationären Aufenthaltes fakultativ in Anspruch nehmen konnten. Dies waren Unterstützung durch Sozialdienst, Hospizmitarbeiter sowie Seelsorger,

Musiktherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, sowie psychoonkologische Interventionen. Korreliert man die genutzten Interventionen (in min/Arbeitswoche) mit der Resilienzsumme, so ergibt sich für die Summe aller Interventionen (= Gesamtinterventionen) ein negativer Korrelationskoeffizient. Dies trifft im Einzelnen auch für Physiotherapie, Sozialdienst, Hospiz, Kunst- und Musiktherapie zu. Diese Ergebnisse sind statistisch nicht signifikant, eine Ausnahme stellt die negative Korrelation zwischen Resilienzsumme und Inanspruchnahme von Seelsorge dar. Hier besteht ein signifikant negativer Zusammenhang (Korrelationskoeffizient $r = -0,33$, $p = 0,01$). Lediglich zwischen Psychoonkologie und Resilienzsumme findet sich ein positiver Zusammenhang, der allerdings als schwach anzusehen ist (s. Tabelle 9, Abb. 3)

Tabelle 9: Korrelation Interventionen und Trait-Resilienz, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman (n=57)

Intervention in min/Arbeitswoche	Resilienzsumme r_s (p) 95%-KI
<i>Interventionen Gesamt</i>	-0,083 (.539) -0,33-0,18
<i>Physiotherapie</i>	-0,022 (.871) -0,26-0,25
<i>Sozialdienst</i>	-0,131 (.333) -0,41-0,15
<i>Psychoonkologie</i>	0,156 (.247) -0,1-0,39
<i>Hospiz</i>	-0,061 (.653) -0,32-0,23
<i>Seelsorge</i>	-0,339 (.010*) -0,56-0,07
<i>Kunsttherapie</i>	-0,056 (.677) -0,30-0,19

Musiktherapie	-0,224 (.093) -0,46-0,03
---------------	--------------------------------

*p=signifikant

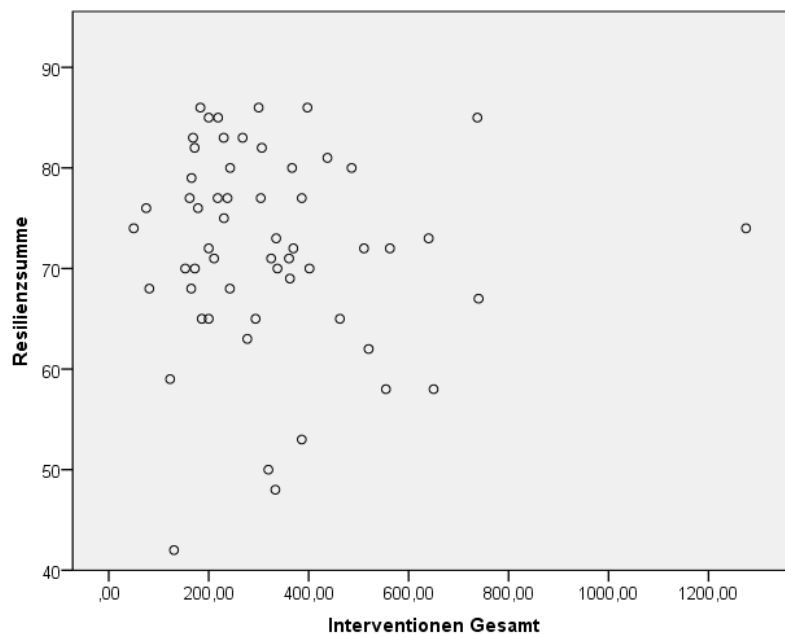


Abbildung 3: Streudiagramm Resilienzsumme und Interventionen Gesamt in Minuten/Arbeitswoche, (n=57)

5.4.3 Hypothese 3

Die dritte Hypothese (H3) lautete:

„Ein Zugewinn an Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation ist abhängig von der Trait-Resilienz der Patienten: Patienten mit hoher Trait-Resilienz haben einen stärkeren Zugewinn an Lebenssinn als Patienten mit niedriger Trait-Resilienz.“

Zur Überprüfung wurden zunächst die Differenzen der drei Lebenssinnindices Index of Satisfaction (IoS), Index of Weighting (IoW) und Index of Weighted Satisfaction (IoWS) zu T1 und T2 gebildet. Um einen Zusammenhang zwischen einem Zugewinn an

Lebenssinn zu finden, wurden die ermittelten Werte anschließend jeweils mit der Resilienzsumme korreliert. Entgegen der Erwartungen konnte in keinem der Fälle ein signifikant positiver Zusammenhang gefunden werden. Im Gegenteil, die gefundenen Korrelationskoeffizienten sind jeweils schwach negativ (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Korrelation Resilienzsumme und Differenz IoS, IoW, IoWS, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman, (n=41)

Resilienzsumme	Differenz IoS (T2-T1)	Differenz IoW (T2-T1)	Differenz IoWS (T2-T1)
r_s	-0,193	-0,129	-0,210
(p)	(.228)	(.420)	(.188)
95%-KI	-0,51-0,14	-0,39-0,15	-0,50-0,11

Die folgenden Auswertungen der Variablen Resilienz, Lebenssinn, Interventionen und Lebensqualität beziehen sich nur auf die Gruppe T1 (n=57). Im Falle eines Vergleiches der Daten von T1 mit T2 (s. Kapitel Lebenssinn und Lebensqualität) basieren die Ergebnisse auf den Daten der Gruppe +T2 (n=41).

5.5 Resilienz

Die Resilienzskala RS-13 beinhaltet 13 Items, die auf einer Skala von 1 (= „Nein, ich stimme nicht zu“) bis 7 (= „Ja, stimme völlig zu“) beantwortet werden. Insgesamt kann ein Summenscore von mindestens 13 und maximal 91 Punkten erreicht werden. Der Mittelwert der Trait-Resilienz der Stichprobe (n=57) lag bei 72,04 Punkten (SD 9,92, Range 42-86), der Median bei 72,0 Punkten (s. Abb. 4).

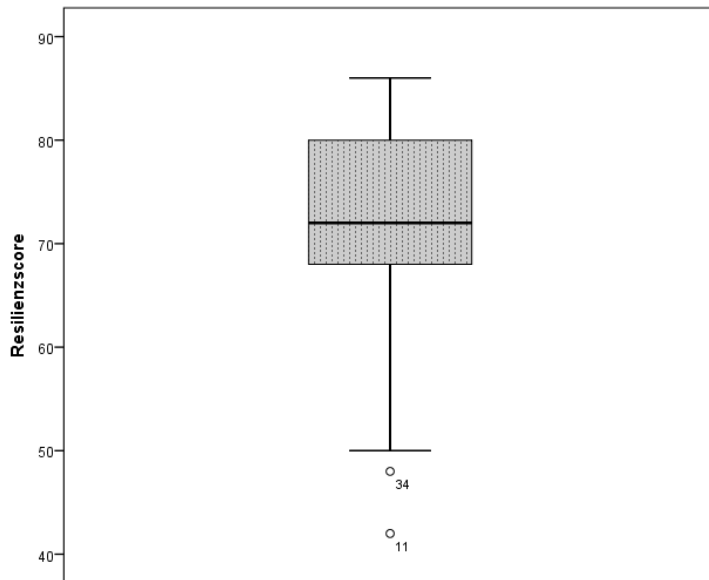


Abbildung 4: Boxplot Resilienz, T1 (n=57)

Dargestellt ist der Median (dicke Linie), die obere und untere Boxbegrenzung repräsentiert den Interquartilbereich mit der 25. und 75. Perzentile. Die beiden senkrechten „Whisker“ markieren den größten und den kleinsten Wert (ohne Ausreißer). Außerdem sind 2 Extremwerte (o) dargestellt

Detaillierte Beschreibungen der einzelnen Items hinsichtlich Mittelwert, Standardabweichung und Median sind in untenstehender Tabelle 11 zusammengefasst:

Tabelle 11: Resilienzskala RS-13, Items 1-13 (n=57)

Resilienzskala RS-13 Items	Mittelwert/SD Median
1 „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.“	5,88/1,24 6,0
2 „Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.“	5,63/1,41 6,0
3 „Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.“	5,81/1,46 6,0
4 „Ich mag mich.“	4,95/1,84 5,0
5 „Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.“	5,23/1,69 5,0
6 „Ich bin entschlossen.“	5,49/1,54 6,0
7 „Ich nehme die Dinge wie sie kommen.“	5,49/1,45 6,0
8 „Ich behalte an vielen Dingen Interesse.“	5,37/1,60 6,0

9 „Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.“	5,46/1,49 6,0
10 „Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.“	5,18/1,66 5,0
11 „Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.“	5,60/1,50 6,0
12 „In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.“	5,81/1,39 6,0
13 „Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.“	6,16/1,18 7,0

Entsprechend der Höhe des Summenscores kann eine Einteilung der Patienten in die drei Resilienzgruppen „hoch resilient“, „moderat resilient“ und „niedrig resilient“ erfolgen. Hierbei erwiesen sich 28 Patienten (49,1%) als hoch resilient, 16 Patienten (28,1%) als moderat resilient und 13 Patienten (22,8%) als niedrig resilient (siehe Abb. 5).

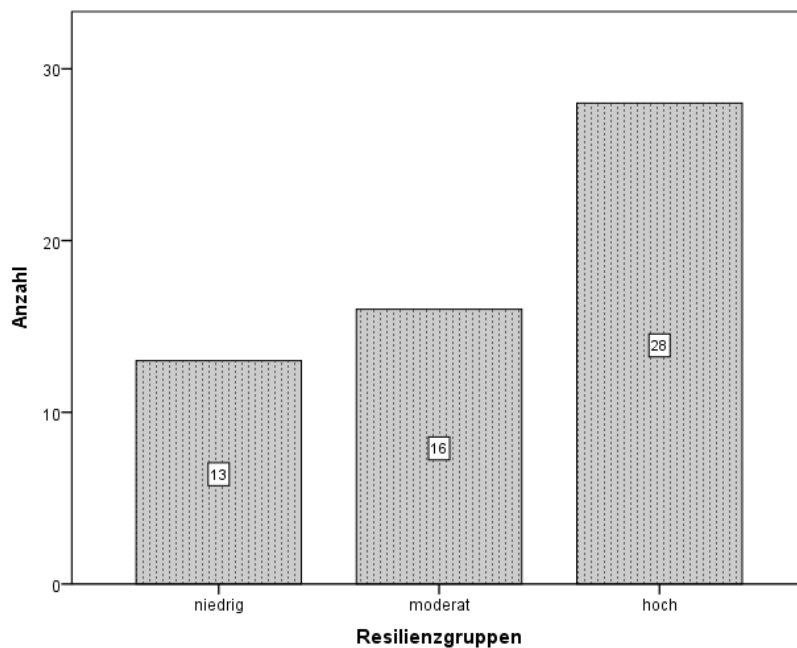


Abbildung 5: Aufteilung der Patienten in Resilienzgruppen (niedrig-, moderat-, hoch-resilient), T1 (n=57)

5.5.1 Resilienz und Lebensqualität

Ein weiteres Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebensqualität der Patienten gibt. Korreliert man die Lebensqualität (jeweils Single-Item aus MIDOS² und EORTC QLQ-C15-PAL) mit der Resilienzsumme, so finden sich sehr schwache Rangkorrelationskoeffizienten von $r_s=0,028$ (MIDOS², $p=0,839$) bzw. $r_s=0,160$ (EORTC QLQ-C15-PAL, $p=0,234$).

5.6 Lebenssinn

5.6.1 Lebenssinnindices zu T1

Anhand des SMiLE wurden die drei Lebenssinnindices Index of Satisfaction (IoS), Index of Weighting (IoW) und Index of Weighted Satisfaction (IoWS) zum Messzeitpunkt T1 ermittelt. Der IoS lag durchschnittlich bei 68,2 (Range 16,7-100), der IoW bei 86,7 (Range 52,38-100). Der IoWS betrug durchschnittlich 69,4 (Range 15,20-100). Details finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: IoS, IoW, IoWS, T1 (n=57)

	IoS	IoW	IoWS
<i>Mittelwert/SD</i>	68,19/20,57	86,72/10,24	69,42/20,40
<i>Median</i>	70,82	85,71	70,28

5.6.2 Sinngiebende Kategorien zu T1

Durchschnittlich nannten die Patienten zum Zeitpunkt T1 3,86 sinnstiftende Bereiche (SD 1,28, Median 3,00). Diese wurden wiederum den 15 verschiedenen Kategorien *Familie, Partnerschaft, soziale Kontakte, Arbeit/Beruf, Freizeit, Haus/Garten, Finanzen, Spiritualität/Religion, Gesundheit, Wohlbefinden, Natur/Tiere, Altruismus, Hedonismus, Kunst/Kultur, und persönliche Weiterentwicklung* zugeordnet und hinsichtlich Nennungen, Zufriedenheit und Wichtigkeit analysiert:

Was die Nennungen der sinngiebenden Kategorien betrifft, so wurde mit Abstand am häufigsten die Familie genannt (89,5%), gefolgt von Freizeitbeschäftigung (40,4%)

Gesundheit (38,6%) und sozialen Kontakten (28,1%). Vergleichsweise selten wurden die Bereiche Finanzen (1,8%), Altruismus (3,5%) und Kunst/Kultur (5,3%) gelistet.

Die Zufriedenheit in den jeweiligen Kategorien wurde auf einer Skala von -3 („sehr unzufrieden“) bis +3 („sehr zufrieden“) bewertet. Die Mittelwerte können Tabelle 13 entnommen werden. Zufrieden waren die Patienten v.a. mit den Bereichen Partnerschaft (2,83), Altruismus (2,50) und Familie (2,42). Weniger zufrieden äußerten sie sich mit den Kategorien Beruf (-0,4), Gesundheit (-0,8) und Freizeit (-0,6), hier wurde die Zufriedenheit jeweils im negativen Bereich der Skala bewertet.

Die Wichtigkeit der Bereiche wurde auf einer Skala von 1 (= „nicht wichtig“) bis 7 (= „äußerst wichtig“). Am Wichtigsten waren den Patienten Partnerschaft (MW 6,75), Familie (MW 6,66) und Gesundheit (MW 6,45). Als weniger wichtig wurden die Bereiche Finanzen (MW 5,0), Freizeit (MW 5,09) und Kunst/Kultur (MW 4,33) erachtet (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Kategorien, Häufigkeiten, Zufriedenheit und Wichtigkeit, T1 (n=57)

Kategorien	n	%	Zufriedenheit Mittelwert/SD	Wichtigkeit Mittelwert/SD
1 Familie	51	89,5	2,42/1,10	6,66/0,76
2 Partnerschaft	12	21,1	2,83/0,57	6,75/0,45
3 Soziale Kontakte	16	28,1	1,90/1,39	6,09/1,77
4 Arbeit/Beruf	12	22,8	-0,4/2,14	5,31/1,60
5 Freizeit	23	40,4	-0,6/2,04	5,09/1,16
6 Haus/Garten	12	21,1	1,13/1,31	5,58/1,24
7 Finanzen	1	1,8	3,0/-	5,0/-
8 Spiritualität/Religion	10	17,5	2,0/1,05	5,80/1,40
9 Gesundheit	22	38,6	-0,8/1,72	6,45/1,10
10 Wohlbefinden	5	8,8	0,2/1,48	6,40/0,54
11 Natur/Tiere	10	17,5	-0,4/1,35	5,90/0,87
12 Altruismus	2	3,5	2,50/0,71	7,0/0,0
13 Hedonismus	6	10,5	0,67/1,75	5,17/0,75
14 Kunst/Kultur	3	5,3	1,0/1,0	4,33/3,78
15 Persönliche Weiterentwicklung	5	8,8	1,4/1,43	6,4/0,89

5.6.3 Lebenssinn und Lebensqualität zu T1

Ebenfalls beantwortet werden sollte die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Lebenssinn und Lebensqualität von Palliativpatienten gibt. Korreliert man die Lebensqualität (Single-Items aus MIDOS² und EORTC QLQ-C15-PAL) zu T1 mit den Lebenssinnindices IoS, IoW und IoWS, so finden sich nur schwach positive bzw. negative Korrelationskoeffizienten, wie Tabelle 14 veranschaulicht. Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung eine schlechte Lebensqualität angaben, hatten dementsprechend keinen niedrigeren Lebenssinn als Patienten, die eine höhere Lebensqualität angaben.

Tabelle 14: Korrelation Lebenssinn und Lebensqualität, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman, T1 (n=57)

	IoS, T1	IoW, T1	IoWS, T1
EORTC QLQ-C15-PAL			
r_s	0,150	0,031	0,157
(p)	(.267)	(.821)	(.245)
MIDOS²			
r_s	-0,071	-0,289	-0,037
(p)	(.601)	(.029)*	(.783)

*p=signifikant

5.6.4 Lebenssinnindices, Vergleich T1/T2

Der Lebenssinn der Patienten zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 wurde miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass alle drei Lebenssinnindices (IoS, IoW, IoWS) im Laufe des stationären Aufenthaltes auf der Palliativstation anstiegen (s. Tabelle 15, Abb. 6). Während die Zunahme der Mittelwerte von IoS (+1,1) und IoWS (+0,83) eher gering ausfielen, betrug die Zunahme des IoW 3,77 Punkte. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

Tabelle 15: Vergleich IoS, IoW, IoWS zu T1 und T2, Wilcoxon Test (n=41)

Befragungszeitpunkt		IoS	IoW	IoWS
T1	<i>Mittelwert/SD</i>	68,24/19,14	85,82/10,39	69,20/19,67
	<i>Median</i>	66,70	85,71	66,70
T2	<i>Mittelwert/SD</i>	69,34/23,10	89,59/10,08	70,03/23,25
	<i>Median</i>	70,82	91,84	73,16
p		(.451)	(.066)	(.569)

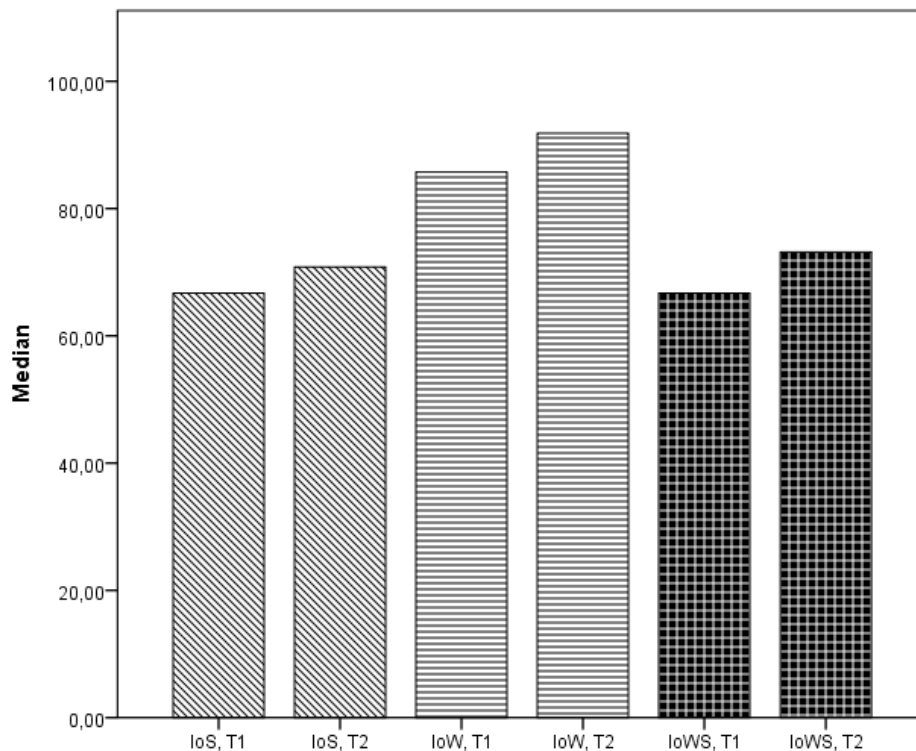


Abbildung 6: Mediane von IoS, IoW, IoWS, Vergleich T1/T2 (n=41)

5.6.5 Sinngebende Kategorien, Vergleich T1/T2

Zum Zeitpunkt T1 wurden von den Patienten durchschnittlich 3,9 sinngebende Bereiche genannt (SD 1,26, Median 3,0), während zum Zeitpunkt T2 durchschnittlich 3,66 Bereiche aufgeführt wurden (SD 1,32, Median 3,0).

Wie Tabelle 16 veranschaulicht, unterschieden sich die Nennungshäufigkeiten der Kategorien nicht signifikant zwischen T1 und T2. Jeweils am häufigsten wurde zu beiden Messzeitpunkten die Familie genannt. Bereiche, die zum Zeitpunkt T2 häufiger genannt wurden waren beispielsweise Gesundheit (+9,8%) und soziale Kontakte (+4,8%). Deutlich weniger wurden dagegen zum Zeitpunkt T2 die Kategorien Freizeit (-7,4%) und Arbeit/Beruf (-12,2%) aufgezählt.

Tabelle 16: Vergleich der Nennungshäufigkeit der Kategorien, T1 und T2, Mc Nemar Test, (n=41)

Kategorien	T1		T2		(p)
	n	%	n	%	
1 Familie	37	90,2	35	85,4	(.500)
2 Partnerschaft	8	19,5	6	14,6	(.687)
3 Soziale Kontakte	12	29,3	14	34,1	(.727)
4 Arbeit/Beruf	10	24,4	5	12,2	(.063)
5 Freizeit	17	41,5	14	34,1	(.581)
6 Haus/Garten	9	22,0	7	17,1	(.687)
7 Finanzen	1	2,4	1	2,4	-*
8 Spiritualität/Religion	7	17,1	5	12,2	(.500)
9 Gesundheit	17	41,5	21	51,2	(.424)
10 Wohlbefinden	4	9,8	3	7,3	(.999)
11 Natur/Tiere	6	14,6	7	17,1	(.999)
12 Altruismus	1	2,4	0	0	-*
13 Hedonismus	5	12,2	4	9,8	(.999)
14 Kunst/Kultur	2	4,9	3	7,3	(.999)
15 Persönliche Weiterentwicklung	4	9,8	4	9,8	(.999)

* Berechnung des p-Werts nicht möglich, da n zu klein

Tabelle 17 zeigt jeweils die Werte der Zufriedenheit und der Wichtigkeit der Kategorien für die Messzeitpunkte T1 und T2. Bildet man die Differenzen der jeweiligen Mittelwerte, so fällt folgendes auf: Die Werte für Zufriedenheit in den Kategorien Familie (+0,18), soziale Kontakte (+0,10) und Partnerschaft (+0,08) stiegen leicht, während sich für die Bereiche Arbeit/Beruf (-1,2), Haus/Garten (-1,36) und persönliche Weiterentwicklung (-1,50) eine Abnahme der Zufriedenheitswerte findet. Familie (+0,26), soziale Kontakte (+0,49) sowie Arbeit/Beruf (+0,80) wurden zum Zeitpunkt T2 etwas wichtiger, Freizeit (-0,23) und Haus/Garten (-0,21) dagegen als etwas weniger wichtig erachtet. Insgesamt fanden sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$).

Tabelle 17: Vergleich Zufriedenheit und Wichtigkeit zu T1 und T2 (n=41)

Kategorien	Zufriedenheit , T1 Mittelwert/S D	Zufriedenheit T2 Mittelwert/S D	Wichtigkeit, T1 Mittelwert/S D	Wichtigkeit, T2 Mittelwert/S D
1 Familie	2,20/1,22	2,38/1,31	6,61/0,83	6,87/0,37
2 Partnerschaft	2,75/0,71	2,83/0,41	6,62/0,52	6,58/0,80

3 Soziale Kontakte	2,04/1,01	2,14/0,95	5,79/1,97	6,28/0,73
4 Arbeit/Beruf	0,0/2,10	-1,2/1,79	5,4/1,64	6,20/0,84
5 Freizeit	-0,6/2,0	0,66/1,95	5,12/1,15	4,89/2,02
6 Haus/Garten	1,5/1,32	0,14/1,06	5,78/1,30	5,57/1,40
7 Finanzen	3,0/-*	3,0/-*	5,0/-*	7,0/-*
8 Spiritualität/ Religion	1,71/1,11	1,8/1,30	5,86/1,46	6,0/1,73
9 Gesundheit	-0,88/1,65	-0,19/1,91	6,47/1,23	6,41/0,75
10 Wohlbefinden	0,00/1,63	0,67/2,52	6,25/0,5	6,33/1,54
11 Natur/Tiere	-0,43/1,40	-0,5/2,29	5,86/0,9	6,00/0,82
12 Altruismus	3,0/-*	-/-*	7,0/-*	-/-*
13 Hedonismus	1,20/1,30	0,25/2,21	5,20/0,84	5,50/1,73
14 Kunst/Kultur	0,5/0,71	1,3/2,9	3,5/4,95	5,0/1,0
15 Persönliche Weiterentwicklung	1,25/1,50	-0,25/2,21	6,25/0,96	6,25/0,5

* Berechnung nicht möglich, da n zu klein

5.7 Interventionen

Die Patienten nahmen durchschnittlich 326 Minuten pro Arbeitswoche an den betrachteten Interventionen bzw. Therapien in Anspruch (SD 205,3, Range 50 – 1275,0 Minuten, Median 293,7). Die am häufigsten in Anspruch genommene Intervention war die Physiotherapie mit insgesamt durchschnittlich 116 Minuten pro Arbeitswoche, gefolgt von Gesprächen mit Hospizmitarbeitern (50 Minuten/ Arbeitswoche), Sozialdienst (47 Minuten/Arbeitswoche) und psychoonkologischen Interventionen (44 Minuten/Arbeitswoche). Am kürzesten wurden Kunsttherapie (24 Minuten/Arbeitswoche) und Musiktherapie (19 Minuten/Arbeitswoche) in Anspruch genommen (s. Abb. 7, Tabelle 18).

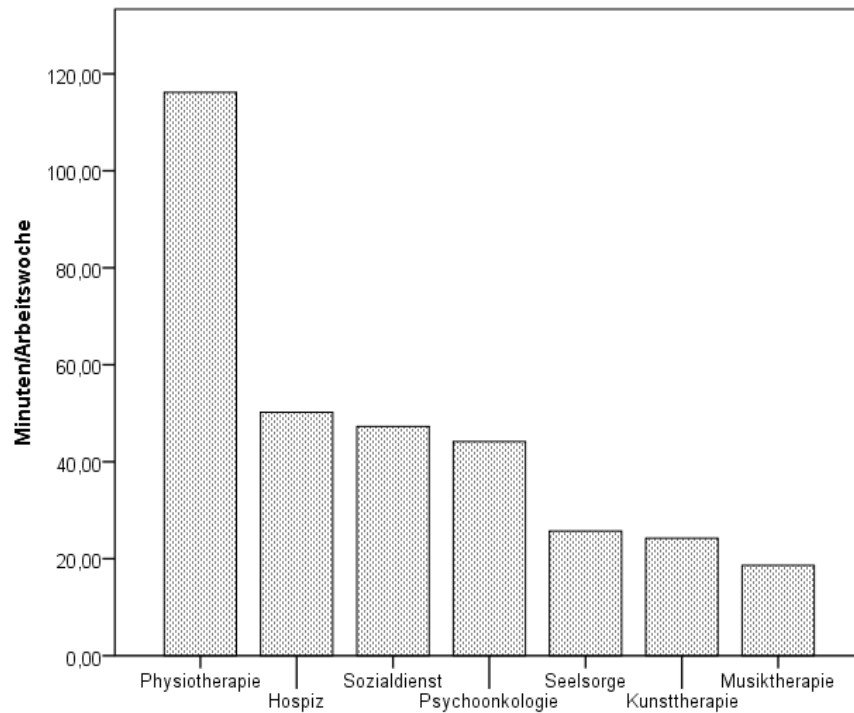


Abbildung 7: Interventionen in Minuten/Arbeitswoche

Tabelle 18: Interventionen in Minuten pro Arbeitswoche (n=57)

Interventionen	Mittelwert/SD in min/Arbeitswoche
	Median
Physiotherapie	116/72 100
Hospiz	50/61 32
Sozialdienst	47/48 37
Psychoonkologie	44/68 27
Seelsorge	26/24 21
Kunsttherapie	24/48 0
Musiktherapie	19/21 12
Gesamt	326/205 294

5.8 Lebensqualität

Ein weiteres Augenmerk der Arbeit lag auf der Lebensqualität von Palliativpatienten und deren Veränderung während des stationären Aufenthaltes. Diese wurde sowohl zum Messzeitpunkt T1 als auch zum Messzeitpunkt T2 anhand zweier Single-Items aus EORTC QLQ-C15-PAL und MIDOS² gemessen.

5.8.1 Lebensqualität zu T1

Die Frage „Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in der letzten Woche einschätzen?“ (EORTC QLQ-C15-PAL) wurde bei Aufnahme auf die Station mehrheitlich im unteren Bereich der Skala von 1 (= „*sehr schlecht*“) bis 7 (= „*ausgezeichnet*“) beurteilt, wie Abb. 8 verdeutlicht. Der Mittelwert lag bei 3,04 (SD 1,77, Median 3,0).

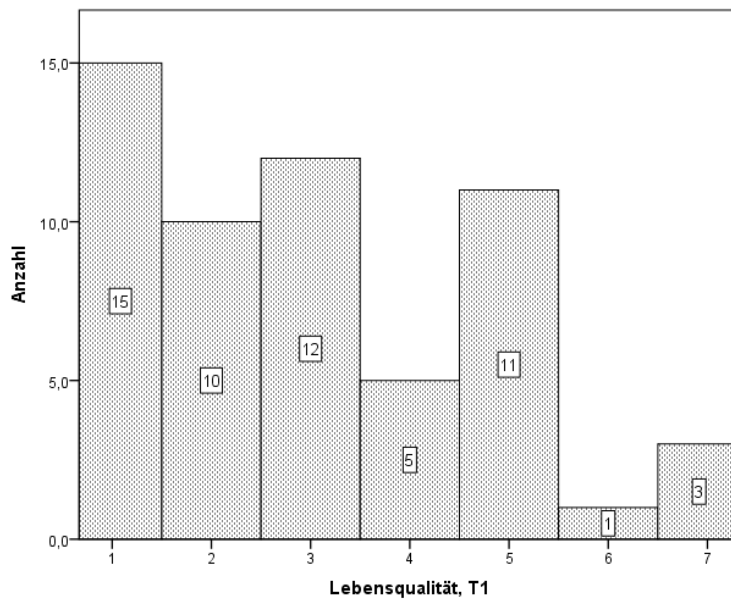


Abbildung 8: Lebensqualität, T1 (n=57)

Die Frage aus MIDOS² „Wie fühlen Sie sich heute?“ konnte auf einer 5-stufigen Skala beantwortet werden (1= „*sehr schlecht*“ bis 5 = „*sehr gut*“). Hierbei wurde ein Mittelwert von 2,98 (SD 0,973, Median 3,0) erreicht.

5.8.2 Lebensqualität, Vergleich T1/T2

Vergleicht man die Angaben zur Lebensqualität zum Zeitpunkt T1 und Zeitpunkt T2, so zeigt sich, dass die Lebensqualität zu T2 (Item aus EORTC QLQ-C15-PAL) signifikant besser bewertet wurde ($p=0,019$) als zu T1 (s. Abb. 9). Der Median betrug zu beiden Zeitpunkten 3,0. Der Mittelwert stieg von 3,02 (SD 1,81) auf 3,76 (SD 1,59).

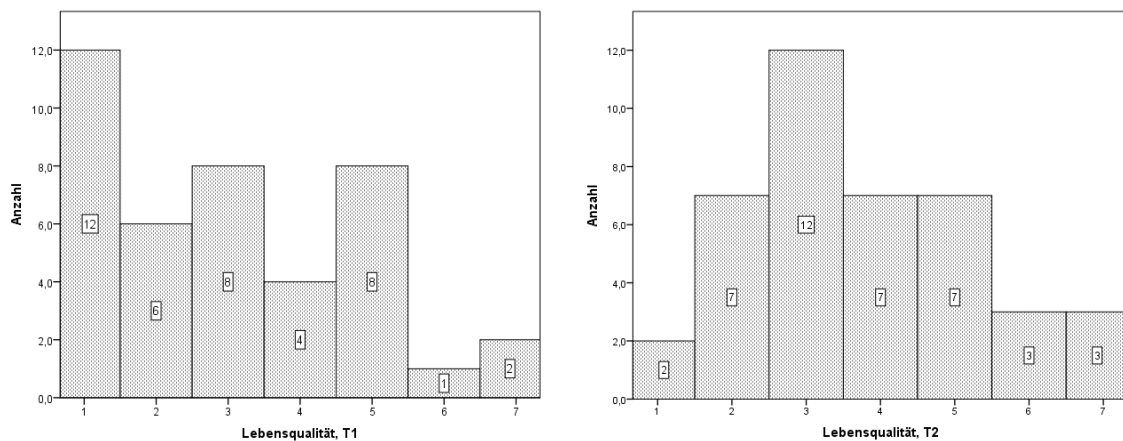


Abbildung 9: Lebensqualität, Vergleich T1/T2 (n=41)

Beim Vergleich der Lebensqualität, gemessen mit Item aus MIDOS², ergaben sich dagegen keine signifikanten Verbesserungen ($p=0,654$). Der Median betrug zu beiden Zeitpunkten 3,0. Der Mittelwert sank von 3,07 (SD 0,959) auf 3,00 (SD 1,025).

6 Diskussion

Das Hauptziel dieser Arbeit war es, Informationen über den Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebenssinn sowie der Inanspruchnahme verschiedener Therapieangebote von Patienten einer Palliativstation zu erhalten. Im weiteren Interesse lag es, Erkenntnisse über Trait-Resilienz, Lebenssinn, Lebensqualität sowie die Inanspruchnahme von Interventionen bei Palliativpatienten zu gewinnen. Im Folgenden sollen die Ergebnisse diskutiert und interpretiert werden. Die Diskussion orientiert sich hierbei zunächst eng am Ergebnisteil. Anschließend werden die Limitationen der

vorliegenden Studie genauer beleuchtet. Den Abschluss des Kapitels bilden Schlussfolgerung und Ausblick auf die zukünftige Forschung.

6.1 Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Studie zeigte ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Das Durchschnittsalter lag bei 62 Jahren, die Mehrheit der Patienten lebte in einer Partnerschaft, fast die Hälfte war katholisch. Diese soziodemographischen Daten reihen sich im Wesentlichen in die Daten vorheriger Studien ein, in denen der Lebenssinn bei Palliativpatienten mit dem SMiLE gemessen wurde (Fegg et al., 2008a; Früh, 2016; Stiefel et al., 2008). Allerdings ist die Fallzahl in der hier durchgeführten Studie teilweise deutlich niedriger, weshalb die Ergebnisse dieser Studie als explorativ anzusehen sind.

Bei über 90% der befragten Patienten handelte es sich um onkologische Patienten. Diese Zahl deckt sich mit dem Anteil an krebserkrankten Patienten auf Palliativstationen, auf denen Patienten mit anderen Erkrankungen im palliativen Stadium nach wie vor deutlich unterrepräsentiert sind (Bausewein, 2007). Dieser Umstand erlaubt es aber, die hier gefundenen Ergebnisse mit Daten anderer Studien mit onkologischen Patienten zu vergleichen. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn es noch keine entsprechenden Daten speziell von Palliativpatienten gibt.

Die drei häufigsten Tumorentitäten der Patienten dieser Studie stellten Tumore des Verdauungssystems, der Brust bzw. des weiblichen Genitale sowie der Lunge dar. Dieser Anteil lässt sich in etwa mit dem Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland vergleichen, wonach Brustkrebs im Jahr 2013 die häufigste Tumorerkrankung von Frauen darstellt und Lungen- und Darmkrebs bei beiden Geschlechtern zu den häufigsten Krebserkrankungen gehören (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut, 2016).

45,6% aller Patienten, die zu T1 befragt wurden, hatten einen ECOG-Status von 1 und 2 und 54,4% einen ECOG-Status von 3 und 4. Im Vergleich mit Daten von über 40

Palliativstationen in Deutschland (Radbruch et al., 2002) fällt auf, dass in dieser Studie ein Ungleichgewicht zugunsten Patienten mit einem ECOG von 1 oder 2 besteht, also zugunsten Patienten, die sich in einem relativ guten Allgemeinzustand befinden. Dies lässt sich durch die Ausschlusskriterien der Studie erklären, wonach Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand nicht für eine Studienteilnahme infrage kamen und aufgrund des geplanten, zweizeitigen Studiendesigns eine Selektion relativ fitter Patienten erfolgte.

Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten (Gruppe T1) lag bei 12 Tagen (SD = 8,36). Dieses Resultat deckt sich mit anderen Daten aus der deutschen stationären Palliativversorgung, die eine durchschnittliche Liegedauer von ca. 14 Tagen beschrieben (Bausewein and Hartenstein, 2000; Radbruch et al., 2002). Die Wahrscheinlichkeit, Patienten zum Zeitpunkt T2 befragen zu können, stieg mit der Verweildauer: Patienten, die länger als sieben Tage stationär blieben, hatten diesbezüglich eine höhere Chance im Vergleich zu Patienten, deren stationäre Verweildauer kürzer war.

Was die Art der Entlassung betrifft, so konnte die Mehrheit der befragten Patienten wieder nach Hause entlassen werden - ein Ergebnis, zu dem auch Radbruch et al. (2002) kamen. Insgesamt findet man auf Palliativstationen Entlassraten zwischen 30-60% (Bausewein and Hartenstein, 2000). Von den zu T1 befragten Patienten konnten 54,4% wieder nach Hause entlassen werden, verglichen mit 68,3% der Befragten zu T2. Von den 16 Patienten, bei denen keine Befragung zu T2 erfolgen konnte, sind dagegen 68,8% im Laufe des stationären Aufenthaltes verstorben. Dieses Ergebnis liefert einerseits einen Grund für die Drop-out Rate im Verlauf der Studie. Andererseits zeigt sich hier, dass die Art der Entlassung eines Patienten einen Prädiktor für die Follow-up Untersuchung darstellt. Patienten, bei denen eine Entlassung möglich war, hatten eine signifikant höhere Chance, noch einmal zu T2 befragt werden zu können, als Patienten, die im Laufe des stationären Aufenthaltes verstarben.

Als Prädiktoren auf die Wahrscheinlichkeit einer Zweitbefragung im Laufe des stationären Aufenthaltes haben sich also sowohl die Verweildauer, als auch die Art der

Entlassung erwiesen. Um eine zweizeitige Befragung auf einer Palliativstation zu realisieren, könnte es daher für die zukünftige Forschung bedeutsam sein, die Verweildauer bzw. die Wahrscheinlichkeit einer Entlassung im Vorhinein abzuschätzen oder entsprechend die Einschlusskriterien anzupassen. Eine verlässliche Verlaufs- bzw. Prognoseeinschätzung bei Palliativpatienten stellt allerdings nach wie vor eine große Herausforderung für das klinische Team dar (Stiel and Radbruch, 2014).

6.2 Hypothese 1

Die erste Hypothese der vorliegenden Studie ging davon aus, dass eine hohe Trait-Resilienz von Patienten auch mit einem hohen Lebenssinn verknüpft ist. Für diese These spricht, dass beide Konstrukte theoretische Parallelen aufweisen (s. Kapitel 2.4). Auch einige Wissenschaftler sehen einen Zusammenhang zwischen Resilienz und der Fähigkeit, Sinn im Leben zu finden (Aiena et al., 2016; Wong and Wong, 2012).

Wir korrelierten in dieser Studie die Trait-Resilienz der Patienten mit dem Lebenssinn. Entgegen unserer Vorannahme konnte kein positiver Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten gefunden werden. Der IoW korrelierte nur schwach positiv mit der Resilienzsumme, die Korrelationskoeffizienten von IoS und IoWS und Trait-Resilienz waren nahezu null. Dieses Ergebnis steht auf den ersten Blick im Widerspruch mit Daten, die positive Korrelationen zwischen den Scores der *Resilience Scale 14* (RS-14) (Wagnild, 2009 zit. n. Aiena et al., 2016) und der Kurzform des *Purpose in Life Tests* (PIL-SF) zeigen (Aiena et al., 2015; Aiena et al., 2016). Das scheint naheliegend, beschreiben doch Wagnild and Young (1993), auf deren Grundlage die RS-14 beruht, „*meaningfulness*“, als wichtigen Resilienzfaktor. „*My life has meaning*“ ist zudem ein eigenes Item der RS-14 (Wagnild, 2009, zit. n. Callegari et al., 2016). Ähnliche theoretische Grundlagen der beiden Messinstrumente sind weitere mögliche Gründe für die positiven Korrelationen (Aiena et al., 2016).

Die RS-13 dagegen beinhaltet dagegen kein eigenes, sinnbezogenes Item und der SMiLE unterscheidet sich aufgrund seiner idiographischen Konzeption vom *Purpose in Life Test*. Ein weiterer Grund für eine fehlende positive Korrelation könnte auch in einer zu geringen Fallzahl zu finden sein.

Möglich ist aber auch, dass der Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten geringer ist, als angenommen. Da sowohl Lebenssinn als auch Trait-Resilienz eine positive Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen können, wäre als Konsequenz im klinischen Alltag eine getrennte Betrachtung und Förderung beider Merkmale denkbar. Es existieren beispielsweise inzwischen mehrere sinnzentrierte Interventionen für Patienten mit lebensbedrohlicher Krankheit. Breitbart und Kollegen entwickelten auf Frankls Grundlage die „*Meaning-centered group psychotherapy*“ (MCGP) für Krebs- und Palliativpatienten, eine Gruppentherapie, in deren Rahmen sinnbezogene Themen bearbeitet werden und somit ein Gefühl von Sinnerleben, innerem Frieden und Ziel im Leben gefördert werden kann (Breitbart et al., 2004; Greenstein and Breitbart, 2000). Die Therapie „*Managing Cancer and Living Meaningfully*“ (kurz CALM) wurde ebenfalls speziell für Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden konzipiert und beinhaltet individualisierte Therapiesitzungen, in denen u.a. sinnbezogene Themen angesprochen werden (Nissim et al., 2012). In einer Studie mit Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung zeigte sich, dass dadurch depressive Symptome sowie Angst vor dem Tod gesenkt und das spirituelle Wohlbefinden verbessert werden konnte (Lo et al., 2014). Daneben gibt es eine weitere psychotherapeutische Intervention speziell für Palliativpatienten, die sog. „*Dignity Therapy*“: In den Therapiesitzungen soll durch Erzeugen von Sinn und Zielsetzung im Leben Stressempfinden und Leid der Patienten reduziert werden (Chochinov et al., 2005). Palliativpatienten, die an der „*Dignity Therapy*“ teilnahmen, berichteten nicht nur von einem verbessertem Sinnerleben, sondern auch von einem gestärkten Lebenswillen (Chochinov et al., 2005).

Die Förderung von Resilienz gerät ebenfalls zunehmend in das Interesse einiger Wissenschaftler (Leppin et al., 2014; Rose et al., 2013; Schiraldi et al., 2010). Die Ansicht, Resilienz sei ein dynamischer Prozess, legt nahe, dass Resilienz veränderlich ist und folglich auch durch Training gefördert werden kann (Robertson et al., 2015). Dementsprechend gibt es verschiedene resilienzorienteerte Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche, wie Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2011, S. 61f) beschreiben. Robertson et al. (2015) analysierten in einem systematischen Review 14 Studien, die sich mit der Förderung von Resilienz bei Personen verschiedener

Berufsgruppen beschäftigten, und beschreiben positive Effekte durch entsprechendes Resilienztraining. Problematisch ist hierbei, dass sich derartige Programme je nach zugrundeliegender Resilienz-Definition in inhaltlichen Schwerpunkten und Dauer erheblich unterscheiden (Robertson et al., 2015). Wenige Studien evaluierten den Erfolg eines Resilienztrainings anhand eines Vergleichs einer zweizeitigen Messung von Resilienz mittels standardisierter Fragebögen (Pidgeon et al., 2014; Sood et al., 2011). Eine Auffassung von Resilienz im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft impliziert, dass eine Verbesserung dieser am ehesten durch eine Identifizierung und Förderung individueller Resilienzfaktoren durch entsprechende therapeutische Interventionen gelingen kann (Leppert et al., 2013).

Insgesamt ist über die Förderung von Trait-Resilienz speziell bei Krebs- bzw. Palliativpatienten in der Literatur bisher noch wenig zu finden. Weitere Forschung diesbezüglich ist erforderlich, um einerseits geeignete Programme zu entwickeln, und andererseits deren Nutzen beurteilen zu können.

6.3 Hypothese 2

Die zweite Hypothese besagte, dass Patienten mit einer hohen Trait-Resilienz die angebotenen palliativmedizinischen Interventionen während des stationären Aufenthaltes auch vermehrt in Anspruch nehmen. Dass resiliente Individuen nicht nur in der Lage sind, eigene Ressourcen zu nutzen, sondern auch nach Unterstützung von außen fragen, beschreibt beispielsweise Masten (2001, S. 216). Auch Wong and Wong (2012, S. 291f) betonen externe Ressourcen als wichtige Komponenten von Resilienz. Matzka et al. (2016) fanden außerdem heraus, dass Resilienz bei Patienten mit einem höheren körperlichen Aktivitätslevel assoziiert ist.

Entgegen unserer Vermutung korrelieren die beiden Variablen allerdings eher negativ miteinander. Dieses Ergebnis findet sich sowohl bei Betrachtung aller Interventionen insgesamt, als auch bei den meisten einzelnen Therapieangeboten. Die einzige Ausnahme stellt die Inanspruchnahme psychoonkologischer Interventionen dar. Als

statistisch signifikant hat sich lediglich die negative Korrelation zwischen Resilienz und Inanspruchnahme von Seelsorge erwiesen.

Auch wenn die gefundenen negativen Korrelationen eher schwach ausgeprägt sind, muss aufgrund der Ergebnisse in Betracht gezogen werden, dass möglicherweise tendenziell eher weniger resiliente Personen die Therapieangebote in Anspruch nehmen. Dies könnte einerseits dadurch zu erklären sein, dass resiliente Personen weniger Bedarf an Unterstützung von außen haben. Dieses Argument wird von einer Studie gestützt, die eine negative Korrelation zwischen Resilienz und psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Krebspatienten fand (Brix et al., 2008). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Dubey und Kollegen (2015), die den Zusammenhang zwischen der Resilienz von Krebspatienten und ihrem subjektiven Unterstützungsbedarf u.a. in medizinischen und psychologischen Bereichen untersuchten. Dabei waren die unerfüllten Bedürfnisse der Patienten umso geringer ausgeprägt, je höher die Resilienz der Patienten war. Die Autoren vermuteten daher, dass Resilienz einen direkten Einfluss auf unerfüllte Bedürfnisse hat und eine wichtige Voraussetzung darstellt, eigene Bedürfnisse zu äußern (Dubey et al., 2015). Möglich erscheint aber auch, dass resiliente Personen bereits eine größere Unterstützung aus ihrem persönlichen Umfeld erfahren. So zeigte eine Studie mit 4020 Krebspatienten, dass verheiratete oder in einer Partnerschaft lebende Patienten einen geringeren Bedarf an psychosozialer Unterstützung hatten, als alleinlebende bzw. unverheiratete Patienten (Faller et al., 2016).

Umgekehrt lässt sich schließen, dass weniger resiliente Patienten ein größeres psychologisches Unterstützungsbedürfnis haben. Womöglich fällt es diesen Patienten schwerer, Wünsche zu äußern und sich aktiv Hilfe zu suchen. Sie profitieren daher besonders von den direkten Therapieangeboten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Denkbar wäre aber auch eine Einflussnahme des Teams der Palliativstation, das Patienten, die durch die Gesamtsituation belasteter erscheinen, in besonderem Maße unterstützt.

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit wurden andere vergleichbare Untersuchungen zu diesem Thema, insbesondere im palliativen Kontext, nicht gefunden. Weitere Untersuchungen mit größeren Fallzahlen sind notwendig, um die bisherigen Ergebnisse zu erhärten. Als Konsequenz wäre es beispielsweise denkbar, niedrig-resiliente Patienten anhand eines Fragebogens herauszufiltern, um diese mit Therapien gezielter ansprechen zu können.

6.4 Hypothese 3

Die Annahme, dass ein Zugewinn an Lebenssinn abhängig von der Trait-Resilienz ist, und dass Patienten mit hoher Trait-Resilienz diesbezüglich stärker profitieren, wurde in der vorliegenden Studie nicht bestätigt. In einer - zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Studie noch nicht veröffentlichten - Arbeit von Früh (2016) mit 88 Palliativpatienten hatte sich eine Verbesserung des Lebenssinns im Laufe des stationären Aufenthaltes abgezeichnet. Dieser Zugewinn war dabei größtenteils unabhängig von biometrischen Daten, Allgemeinzustand oder palliativmedizinischen Interventionen (Früh, 2016). Wir nahmen daher an, dass Resilienz hierbei als mögliches Erklärungsmuster für die individuellen Unterschiede fungieren kann. Diese Hypothese konnte in vorliegender Arbeit nicht bestätigt werden. Zum einen muss hierbei zunächst berücksichtigt werden, dass bereits das Ergebnis von Früh (2016), nämlich eines signifikant zunehmenden Lebenssinns im Verlauf des stationären Aufenthaltes, gemessen mit dem SMILE, in der vorliegenden Studie nicht repliziert wurde. Zwar steigerten sich alle drei Parameter IoS, IoW und IoWS im Verlauf, dieses Ergebnis ist allerdings statistisch nicht signifikant. Es fand sich darüber hinaus auch kein positiver Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und einem Zugewinn an Lebenssinn.

Dieses Resultat passt einerseits zu dem Ergebnis der Analyse der ersten Hypothese, das keinen positiven Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebenssinn nachweisen konnte. Andererseits ist das Ergebnis ein Hinweis darauf, dass möglicherweise eher die weniger resilienten Personen einen Zugewinn an Lebenssinn erfahren. Dies könnte z.B. dadurch zu erklären sein, dass weniger resiliente Patienten tendenziell auch mehr

Interventionen in Anspruch nehmen, was in Einklang mit den Ergebnissen zu Hypothese 2 stände.

6.5 Resilienz

Die Trait-Resilienz der Patienten dieser Studie lag bei 72,04 Punkten (SD 9,92). In einer Untersuchung mit 769 Personen im Alter von 30-80 Jahren lag der Mittelwert der Trait-Resilienz, gemessen mit der RS-13, bei 70 Punkten (SD 9) (Leppert and Strauss, 2011) und damit in einem vergleichbaren Bereich. Die Analyse der Trait-Resilienz einer weiteren Stichprobe, die sich sowohl aus Daten einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung, als auch aus Daten aus mehreren klinischen Befragungen zusammensetzte, erbrachte ebenfalls einen Mittelwert von 70 (SD 12) (Leppert et al., 2008). Dieses Resultat weist darauf hin, dass Trait-Resilienz von Palliativpatienten sich nicht wesentlich von der Trait-Resilienz anderer Personengruppen unterscheidet. Betrachtet man die Resilienz hinsichtlich der Einteilung in „hoch-resilient“, „moderat-resilient“ und „niedrig resilient“, so fällt auf, dass sogar fast 50% der Patienten als hoch resilient einzustufen sind.

Bisher wurden keine weiteren Studien publiziert, die die Trait-Resilienz anhand der RS-13 speziell bei Patienten auf der Palliativstation untersucht haben. Zum Vergleich werden daher Daten zur Resilienz bei Krebspatienten herangezogen, die teilweise mit anderen Messinstrumenten erhoben wurden. Im Einklang zum oben genannten Ergebnis fanden beispielsweise auch Manne et al. (2015) relativ hohe Resilienzlevel bei weiblichen Krebspatientinnen, die sich nicht wesentlich von denen jüngerer, gesunder Personen unterschieden. Auch Markowitz und Kollegen (2015) konnten keinen Unterschied hinsichtlich der Resilienzausprägung von Brustkrebspatientinnen und einer gesunden Vergleichsgruppe finden. In einer weiteren Studie lag die Resilienz von Krebspatienten zu Beginn einer Radiotherapie insgesamt sogar höher als die der Normalbevölkerung (Strauss et al., 2007). Im Gegensatz dazu beschrieben Wu und Kollegen (2016) ein niedrigeres Resilienz-Level von chinesischen Brustkrebspatientinnen, sowohl im Vergleich mit zwei normalen

Stichproben, als auch mit Brustkrebsüberlebenden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Dubey et al. (2015), die ebenfalls eine niedrigere Ausprägung von Resilienz bei Krebspatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung fanden. In beiden Studien handelte es sich um Patienten, bei denen eine Krebserkrankung erst neu diagnostiziert wurde, was als mögliche Erklärung für die niedrigen Resilienzlevel angeführt wird (Wu et al., 2016). Dieses Argument spräche eher für Resilienz im Sinne eines Prozesses als für ein Persönlichkeitsmerkmal. Dubey und Kollegen (2015) fanden zudem heraus, dass sich die Resilienzscores bei Patienten je nach Tumordiagnose unterschieden. Auch sie folgern aus ihren Ergebnissen, dass es sich bei Resilienz nicht nur um ein Trait handelt.

Die Daten zur Resilienz der vorliegenden Studie legen dagegen nahe, dass Palliativpatienten trotz der belastenden Situation ein hohes Resilienzlevel haben können, welches sich nicht wesentlich von anderen (gesunden) Personengruppen unterscheidet. Dieses Resultat unterstützt eher die Theorie der Trait-Resilienz, die davon ausgeht, dass es sich bei der Resilienz um ein Personenmerkmal handelt, welches über eine gewisse Zeitspanne relativ stabil bleibt.

6.5.1 Resilienz und Lebensqualität

Die Frage, inwieweit Lebensqualität in Zusammenhang mit Resilienz steht, hat bereits das Interesse mehrerer Forscher geweckt (Rosenberg et al., 2015; Tian and Hong, 2014; Wu et al., 2015; Ye et al., 2017). So wurde beispielsweise ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Resilienz bei Krebspatienten beschrieben (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015; Rosenberg et al., 2015), während der Zusammenhang in der vorliegenden Studie nur schwach ausgeprägt ist. Als Grund dafür kommen neben einer zu geringen Fallzahl auch Differenzen in den Methoden infrage. Lebensqualität wird vielfach als ein multidimensionales Konstrukt angesehen, wobei mehrere Komponenten (z.B. eine körperliche und eine psychische) berücksichtigt werden können (Post, 2014). Diese stehen möglicherweise auch in unterschiedlichem Zusammenhang zur Resilienz: So beschrieben Rosenberg und Kollegen (2015) etwa, dass der Zusammenhang zwischen Resilienz und einer mentalen Komponente von

Lebensqualität stärker ist, als zwischen Resilienz und physischer Komponente von Lebensqualität. Um die Lebensqualität mit minimaler Belastung für die Patienten zu evaluieren wurde hier, im Gegensatz zu den oben genannten Studien, allerdings kein kompletter Fragebogen eingesetzt, sondern lediglich zwei Fragen gestellt. Während sich die Frage aus dem EORTC-QLQ-C15-PAL auf Lebensqualität insgesamt bezieht, repräsentiert das Item „Wie fühlen Sie sich heute?“ (aus MIDOS²) vor allem die physische Komponente der Lebensqualität (Stiel et al., 2011). Diese Beschränkung limitiert weitere Interpretationen.

6.6 Lebenssinn zu T1

In der vorliegenden Studie fand eine Evaluierung des Lebenssinns zu zwei Zeitpunkten statt. Zum Messzeitpunkt T1 lag der IoS durchschnittlich bei 68,2 (SD 20,6) der IoW bei 86,7 (SD 10,2) und der IoWS betrug im Mittel 69,4 (SD 20,4). Diese Werte sind vergleichbar mit Daten, die von Fegg et al. (2010a) in einer Stichprobe deutscher Palliativpatienten mit dem SMiLE erhoben wurden (IoS = 70,2, SD 19,7 IoW = 84,7 SD 11,5, IoWS = 72,0, SD 19,4). Betrachtet man die Anzahl der genannten sinngebenden Bereiche, so wurden in der vorliegenden Studie von den Patienten durchschnittlich 3,9 (SD 1,3) Bereiche genannt. Dies ist weniger als in der oben genannten Vergleichsstudie (5,3 Bereiche, SD 1,6), deckt sich aber mit dem Wert einer repräsentativen Studie von 977 gesunden deutschen Personen (3,8 Bereiche, SD 1,4) (Fegg et al., 2010a), sowie einer Studie mit spanischen Palliativpatienten, in der durchschnittlich 3,9 Bereiche (SD 1,1) genannt wurden (Tomas-Sabado et al., 2015).

Die Nennungshäufigkeiten der sinnstiftenden Kategorien entsprechen teilweise den Ergebnissen anderer Studien bei Palliativpatienten (Fegg et al., 2008a; Fegg et al., 2010a; Tomas-Sabado et al., 2015). Einigkeit zeigt sich in der Nennung der Kategorie Familie, die auch an vorliegender Untersuchung mit 89,5% deutlich am häufigsten aufgeführt wurde. Danach wurden Freizeit (40,4%), Gesundheit (38,6%) und soziale Kontakte (28,1%) genannt. Weniger als in den anderen Studien wurde dagegen die Partnerschaft (21,1%) gelistet. Das könnte daran liegen, dass einige Patienten den Partner bereits bei

der Nennung der Familie berücksichtigt sahen. Wie in den oben genannten anderen Studien auch, waren unter den am seltensten genannten Kategorien finanzielle Sicherheit (1,8%) und Altruismus (3,5%).

Betrachtet man die Zufriedenheit der Patienten in den jeweiligen Kategorien, so fällt auf, dass Patienten v.a. mit ihrem sozialen Umfeld (Familie, Partnerschaft und Freunde) zufrieden waren. Gleichzeitig erachteten die Patienten diese Bereiche auch als sehr wichtig. Diese Ergebnisse unterstreichen einerseits die wichtige Aufgabe der Palliativmedizin, Angehörige bzw. dem Patienten nahestehende Menschen in die Behandlung mit einzubeziehen, sofern dies gewünscht wird. Auch regelmäßige Besuche und soziale Kontakte sollen auf einer Palliativstation ermöglicht und gefördert werden. Die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2015) fordert in diesem Zusammenhang beispielsweise Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige und ein entsprechendes wohnlich gestaltetes Umfeld, um Begegnungen zu ermöglichen. Andererseits betonen diese Aspekte auch die Rolle der Angehörigen als wichtige Unterstützer, Mitbetroffene und Ansprechpartner, die im Rahmen der palliativmedizinischen Begleitung ebenfalls Unterstützung erfahren sollten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015). Weniger zufrieden waren die Patienten dagegen mit Beruf, Freizeit und Gesundheit. Als weniger wichtig wurden Bereiche wie Freizeit und Kunst/Kultur erachtet. Insgesamt fällt auf aber, dass bei der Gewichtung der einzelnen Bereiche durchschnittlich relativ hohe Werte erzielt wurden. Dies könnte dadurch zu erklären sein, dass im SMiLE selbstständig Bereiche genannt werden, die für die Probanden Sinnquellen darstellen und diese möglicherweise per se als wichtig erachtet werden.

6.6.1 Lebenssinn, Vergleich T1/T2

Es gibt bisher wenige Studien, die einen Vergleich des Lebenssinns zwischen zwei Zeitpunkten mit dem SMiLE gemessen haben. In einer Studie von Früh (2016), der sich mit dieser Thematik bei Patienten auf der Palliativstation beschäftigte, zeichnete sich ein signifikanter Anstieg der Parameter IoS und IoWS ab. Dieses Ergebnis wurde in

vorliegender Studie nicht repliziert. Zwar stiegen alle drei Parameter im Laufe des stationären Aufenthaltes an, dieses Resultat ist statistisch gesehen jedoch nicht signifikant. Betrachtet man die Kategorien und deren Nennungen zu T1 bzw. T2 zeigt sich, dass beispielsweise die Kategorien Arbeit/Beruf und Freizeit deutlich weniger zu T2 genannt wurden, der Bereich Gesundheit dagegen häufiger. Dies könnte im Rahmen eines „response shift“ zu erklären sein, wodurch durch ein „Rekonzeptualisieren“ eine Verschiebung der für den Lebenssinn relevanten Bereiche stattfindet (vgl. Kapitel 2.3.4). Statistisch auffällig sind diese Unterschiede aber nicht, ebenso wenig differieren Zufriedenheit und Wichtigkeit der Kategorien signifikant zwischen den beiden Messzeitpunkten.

Gründe für eine nur geringe Zunahme der Lebenssinparameter könnten in der Fallzahl zu finden sein, die im Vergleich zur oben genannten Studie um die Hälfte kleiner ist. Möglich wäre aber auch, dass der Abstand zwischen den Befragungen teilweise zu gering ist, und messbare Veränderungen hinsichtlich des Lebenssinns eher langfristig zu bewirken sind. In diesem Kontext muss auch in Betracht gezogen werden, dass Lebenssinn möglicherweise ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt und Sinnerfüllung im Leben über mehrere Monate hinweg wenige Veränderungen erfährt, wie Schnell (2016, S.47) bestätigt.

Auch wenn in dieser Arbeit keine signifikante Zunahme des Lebenssinns nachgewiesen wird, so zeigen die Ergebnisse, dass Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation während des stationären Aufenthaltes aufrechterhalten wird. Zusätzliche Studien, ggf. auch in einem multizentrischen Ansatz, könnten weiteren Aufschluss über die Dynamik des Lebenssinns bei Palliativpatienten bringen.

6.6.2 Lebenssinn und Lebensqualität

Was den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Lebenssinn betrifft, konnten hier nur schwach positive Korrelationen zwischen dem Item aus EORTC-QLQ-C15-PAL und den drei Lebenssinnindizes gefunden werden. Die Korrelationskoeffizienten der Frage aus MIDOS² und den Lebenssinparametern sind sogar negativ. Dementsprechend

können Personen mit einer schlechten Lebensqualität trotzdem über einen hohen Lebenssinn verfügen und umgekehrt. Dies spricht dafür, dass Lebenssinn stabil ist und nicht so leicht durch äußere Einflüsse, wie z.B. das Befinden am Tag der Befragung (MIDOS M²), beeinflussbar ist. Dass Lebenssinn und Lebensqualität als zwei unabhängige Konstrukte angesehen werden können, wird beispielsweise auch in der Studie von Früh (2016) beschrieben.

6.7 Interventionen

Inwieweit die Therapieangebote auf einer Palliativstation in Anspruch genommen werden, lag im weiteren Interesse dieser Arbeit. Die betrachteten Interventionen waren Musiktherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, sowie Betreuung durch die Psychoonkologin, durch Hospizmitarbeiter, Seelsorger und sozialdienstliche Mitarbeiter. Insgesamt nahmen die Patienten durchschnittlich 326 Minuten/Arbeitswoche (SD 205,26) der oben genannten Interventionen in Anspruch. Nicht mit in die Auswertung flossen Interventionen wie z.B. Ernährungsberatung, Atemtherapie oder andere Gespräche mit den palliativmedizinischen Mitarbeitern ein. Betrachtet man die angebotenen Therapiemöglichkeiten im Einzelnen, so wurden diese in unterschiedlichem Ausmaß genutzt. Insgesamt kam die Physiotherapie deutlich am häufigsten zum Einsatz. An zweiter Stelle der wahrgenommenen Therapien standen Gespräche mit Hospizmitarbeitern, den sozialdienstlichen Mitarbeitern sowie psychoonkologische Interventionen. Dies unterstreicht den wichtigen Stellenwert einer psychosozialen Unterstützung in der palliativmedizinischen Behandlung. So zeigen Studien, dass bis zu einem Drittel der Krebspatienten Bedarf nach psychosozialer Unterstützung hat (Faller et al., 2016; Merckaert et al., 2010). Auch Gespräche mit Seelsorgern sowie Angebote der Kunst- oder Musiktherapie wurden regelmäßig wahrgenommen, wenn auch in geringerem Ausmaß.

6.8 Lebensqualität

Eine stationäre Aufnahme oder Verlegung auf eine Palliativstation erfolgt oft dann, wenn eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder eine Symptomzunahme, z.B. von Schmerzen, im Krankheitsverlauf eintritt. Dies geht häufig mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einher. Erwartungsgemäß wurde die Lebensqualität der Patienten in der Woche vor der stationären Aufnahme (Item aus EORTC-QLQ-C-15-PAL) auf einer Skala von 1 bis 7 eher im mittleren bis unteren Bereich beurteilt (Mittelwert 3,04, SD 1,77). Die zweite Frage zur Lebensqualität aus MIDOS² evaluierte das Befinden auf einer Skala von 1 bis 5, welches durchschnittlich als mittelmäßig bewertet wurde (Mittelwert 2,98, SD 0,973).

Da die Aufrechterhaltung der Lebensqualität einen zentralen Aspekt in der Palliativmedizin darstellt, ist besonders der Verlauf der Lebensqualität während einer palliativmedizinischen Behandlung interessant. Leppert et al. (2012) berichteten von einer insgesamt niedrigen Lebensqualität bei Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs, die sich im Laufe von zwei Wochen eher noch verschlechterte. Lo et al. (2002) fanden dagegen relativ hohe Lebensqualitätslevel bei Patienten auf einer Palliativstation, die in den letzten 2 Wochen vor dem Tod aufrechterhalten werden konnte. Entsprechend wiesen auch Echteld et al. (2005) eine Stabilität der Lebensqualität von Palliativpatienten über mehrere Wochen nach. In dieser Studie wurde im Verlauf des stationären Aufenthaltes sogar eine signifikante Erhöhung der Lebensqualität (EORTC-QLQ-C-15-PAL) festgestellt. Dieses Ergebnis wird durch weitere Studien gestützt, die ebenfalls eine Verbesserung der Lebensqualität innerhalb weniger Tage nach Aufnahme auf eine Palliativstation zeigen konnten (Cohen et al., 2001; Früh, 2016).

6.9 Limitationen der Studie

Folgende Limitationen der Studie müssen beachtet werden: Aufgrund der relativ geringen Fallzahl sind die Ergebnisse als explorativ einzuschätzen. Insgesamt konnte im vorhergesehenen Zeitraum eine Gesamtfallzahl von n= 57 (T1)

erreicht werden. In einem neunmonatigen Zeitraum erfüllten 39,9% der neu stationär aufgenommenen Patienten die Einschlusskriterien. Einschlussraten in palliativmedizinischen Studien variieren stark in der Literatur. Fegg et al. (2010a) beschrieben Einschlussraten von ca. 31%, Ross and Cornbleet (2003) dagegen von unter 20% und Hopkinson et al. (2005) von ca. 70%. Für die Hypothese 3, die ein zweizeitiges Studiendesign fordert, verringert sich die Fallzahl auf n=41, da einige Patienten aus verschiedenen Gründen für eine Zweitbefragung nicht zur Verfügung standen. Auch schwindende Fallzahlen in Follow-up Studien mit Patienten, die an einer fortgeschrittenen Erkrankung leiden, sind ein bereits häufig thematisiertes Problem (Chen et al., 2014; Hui et al., 2013; Preston et al., 2013). Die Drop-out Rate in vorliegender Untersuchung lag bei 28,2% und ist in der Mehrzahl der Fälle einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder Versterben geschuldet. Ahlner-Elmqvist et al. (2009) berichteten von ähnlichen Drop-out Raten (32%). Applebaum et al. (2012) dokumentierten die Drop-out Raten im Verlauf einer mehrwöchigen Studie mit Krebspatienten, die eine Psychotherapie erhalten sollten. Sie fanden Drop-out Raten zwischen 28,1% (noch vor Behandlungsbeginn), weiteren 17,7% (während der Behandlung) und 11,1% (vor Studienende). Über den gesamten Zeitpunkt betrachtet lag die Drop-out Rate bei über 50%. Gründe hierfür waren meistens ein zu schlechter Allgemeinzustand, seltener Tod oder fehlendes Interesse (Applebaum et al., 2012). Die vorliegende Studie weist damit eine vergleichbare Drop-out Rate auf. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Planung der vorliegenden Studie Überlebensraten und Prognose überschätzt wurden. Daraus resultiert eine geringere Fallzahl als geplant, da der Zeitraum der Datenerhebung nicht ausgedehnt werden konnte. Dies kann zu einer eingeschränkten Power der Studie, insbesondere im Hinblick auf Hypothese 3, führen. Was die Analyse der Lebenssinnskategorien betrifft, so sind die Untergruppen dadurch in manchen Fällen sehr klein; teilweise konnten keine p-Werte berechnet werden.

Von der Studie ausgeschlossen waren Patienten, die durch die Symptome oder durch die Gesamtsituation zu stark belastet waren. Somit wurden nur physisch und psychisch relativ stabile Patienten befragt. Dadurch wird nicht das ganze Patientengut einer

Palliativstation repräsentiert, so dass die Ergebnisse nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden können. Zudem muss auch von kulturellen Unterschieden bezüglich des Lebenssinns ausgegangen werden, wie Tomas-Sabado et al. (2015) beschrieben. Durch die Freiwilligkeit der Studie sind weitere Selektionseffekte nicht ausgeschlossen. Möglicherweise nahmen nur besonders motivierte Patienten teil, was sich in Resilienz und Lebenssinn widerspiegeln könnte. Weitere Limitationen ergeben sich aus dem zweizeitigen Studiendesign. Aufgrund der unterschiedlich langen Aufenthaltsdauer und der erschwerten Planung von Entlassungen bzw. Verlegungen waren die Abstände zwischen den beiden Befragungen zu T1 und T2 nicht einheitlich. In künftigen Follow-up Untersuchungen wäre zu überlegen, einen einheitlichen Abstand der Befragungen, z.B. einmal pro Woche, festzulegen.

Bezüglich der Lebensqualität der Patienten muss bedacht werden, dass diese mithilfe des Items aus MIDOS² ursprünglich qualitativ bewertet wird. Zum Zweck der Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten quantitativ erfasst, indem diese in eine metrische Skala von 1 bis 5 transkribiert wurden. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bezüglich der Beantwortung der RS-13 und insbesondere der Items 5 „*Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen*“ und Item 12 „*In mir steckt genügend Energie um alles zu machen, was ich machen muss*“ gibt es folgende Einschränkungen: Bei Aufnahme auf die Palliativstation wurden diese Items von wenigen Patienten in der gegenwärtigen Situation als eher nichtzutreffend beschrieben, obwohl sie grundsätzlich auf die Persönlichkeit als zutreffend angesehen wurden. Da anhand der RS-13 die Trait-Resilienz gemessen wird, sollten die Patienten in diesem Fall die Antwort so wählen, wie sie im Allgemeinen ihrer Persönlichkeit entsprechen würde. Dies könnte somit zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da möglicherweise retrospektiv die eigenen Fähigkeiten im Sinne eines „*recall bias*“ über- oder unterschätzt wurden.

Beim Thema Interventionen bzw. Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Interventionen (Hypothese 2) muss berücksichtigt werden, dass Unterschiede bezüglich der Anwesenheit der palliativmedizinischen Mitarbeiter existieren, und nicht jeden Tag

alle Therapien angeboten werden können. In manchen Fällen wurden Patienten in Rücksprache mit dem Pflegepersonal oder dem klinischen Team ausgewählt. Demnach besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Patienten gleichermaßen Zugang zu diesen Therapien hatten. Die Physiotherapie wird in der Regel von ärztlicher Seite verordnet. Somit besteht keine wirkliche Wahlmöglichkeit in diesem Sinne, sondern lediglich die Möglichkeit zur Ablehnung. Dokumentiert wurden zudem nur die durchgeführten Interventionen; nicht aufgezeichnet wurden dagegen Ablehnungen der Interventionen von Seiten der Patienten und deren Begründung.

6.10 Schlussfolgerung und Ausblick auf die zukünftige Forschung

Ethische Gesichtspunkte und die damit verbundenen Herausforderungen in der palliativmedizinischen Forschung wurden bereits häufig thematisiert (Addington-Hall, 2002; Janssens and Gordijn, 2000). Auf der einen Seite können Palliativpatienten in der Regel nicht mehr von den gewonnenen Erkenntnissen profitieren (Addington-Hall, 2002). Auch eine zu hohe psycho-soziale oder physische Belastung insbesondere bei der Teilnahme an klinischen Studien (Janssens and Gordijn, 2000), aber auch im Rahmen qualitativer Forschung wird diskutiert (Wilkie, 1997). Auf der anderen Seite steht die Forderung nach evidenz-basierter wissenschaftlicher Arbeit (Higginson, 1999; Keeley, 2008).

Die vorliegende Studie konzentrierte sich auf einen möglichen Einfluss von Trait-Resilienz auf die Inanspruchnahme von stationären Interventionen und den Lebenssinn bei Palliativpatienten. Von den für eine Studienteilnahme infrage kommenden Patienten waren über 90% zu einer Teilnahme an der Studie bereit. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Palliativpatienten durchaus Interesse an diesen Themen zeigen. Ein weiterer Grund für eine Studienteilnahme könnte auch der altruistische Wunsch sein, einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Palliativmedizin zu leisten, um zukünftigen Patienten zu helfen (Keeley, 2008; Ross and Cornbleet, 2003; Terry et al., 2006; Wilkie, 1997). Insgesamt wurde die Studie von den Patienten gut aufgenommen. Einige Patienten äußerten sogar Freude daran, über persönliche Themen und das eigene Leben zu sprechen. Die Befragung zum Thema Resilienz und Lebenssinn eröffnete ihnen eine Möglichkeit,

eigene Bedürfnisse zu äußern. Auch die Gelegenheit, sinngebende Lebensbereiche zu rekapitulieren und persönliche Ressourcen und Defizite zu reflektieren, wurde von vielen als wertvoll empfunden. Dass Patienten gegenüber der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien durchaus positiv eingestellt sein und davon profitieren können, nahmen auch andere Forscher an (Ross and Cornbleet, 2003; Stiel, 2015). Eventuell kann die Teilnahme an einer Studie sogar einen therapeutischen Effekt haben, da hier den Patienten eine Möglichkeit eröffnet wird, über persönliche Belange zu sprechen (Ross and Cornbleet, 2003; Stiel, 2015, S. 207; Wilkie, 1997).

In der Arbeit wird außerdem deutlich, dass eine realistische Fallzahlschätzung in der palliativmedizinischen Forschung eine weitere Herausforderung darstellt. Um die Rekrutierungsrate zu erhöhen, kann es vorteilhaft sein, Fragebögen direkt im persönlichen Gespräch mit den Patienten zu bearbeiten. Angesichts der geringen Bettenkapazität auf einer Palliativstation sowie den eingeschränkten Einschlußraten wären außerdem multizentrische Studien hilfreich (Stiel, 2015, S. 206). Auch der Einsatz qualitativer Studien mit geringeren Fallzahlen wird als mögliche Lösung vorgeschlagen (Stiel, 2015, S. 207, Wilkie, 1997). Wichtige Prädiktoren einer realisierbaren Zweitbefragung sind stationäre Verweildauer sowie die Art der Entlassung. Zukünftige Studien könnten diesbezüglich von regelmäßigen Befragungen, z.B. in einem wöchentlichen Abstand, profitieren. Hohe Drop-out Raten, die sich durch ein longitudinales Studiendesign ergeben, sowie Selektionseffekte sind weitere Probleme in der palliativmedizinischen Forschung. Angehörige bzw. Hinterbliebene können wichtige Ansprechpartner am Lebensende sein, was man sich in der Forschung zunutze machen sollte (van Oorschot et al., 2005). In sogenannten *proxy ratings* werden dem Patienten nahestehende Personen, wie Familienmitglieder oder Pflegende, als Stellvertreter für den Patienten befragt. Diese Methode kann einerseits wichtige Informationen liefern, andererseits sind diese nur eingeschränkt verlässlich und spiegeln die Meinung des Patienten nur teilweise wider (Jones et al., 2011; Kutner et al., 2006; McPherson and Addington-Hall, 2003).

7 Zusammenfassung

Trait-Resilienz und Lebenssinn von Palliativpatienten sind wichtige Ressourcen, die sich positiv auf das Erleben und die Bewältigung der Erkrankung auswirken können. Die vorliegende Studie widmete sich dem Zusammenhang von Trait-Resilienz und dem Lebenssinn bei Palliativpatienten sowie der Inanspruchnahme von palliativmedizinischen Interventionen. Hierzu wurden drei Hypothesen formuliert: a) *eine hohe Trait-Resilienz geht mit hohem Lebenssinn einher*, b) *resiliente Personen nehmen das Angebot an Interventionen vermehrt in Anspruch* und c) *ein Zugewinn an Lebenssinn ist abhängig von der Trait-Resilienz der Patienten; Patienten mit hoher Trait-Resilienz haben einen stärkeren Zugewinn an Lebenssinn als Patienten mit niedriger Trait-Resilienz*. Zusätzlich sollten weitere Erkenntnisse bezüglich Trait-Resilienz, Lebenssinn, Lebensqualität und Inanspruchnahme von Therapien bei Palliativpatienten gewonnen werden, sowie die Durchführbarkeit einer zweizeitigen Befragung evaluiert werden.

Zwischen Dezember 2013 und Februar 2015 wurden im Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin Würzburg 57 Patienten zu Beginn des stationären Aufenthaltes (T1) zu Lebenssinn, Lebensqualität und Trait-Resilienz befragt. Gegen Ende des stationären Aufenthaltes (T2) fand eine Follow-up Untersuchung zum Lebenssinn und zur Lebensqualität statt. Hiervon liegen von 41 Patienten vollständige Datensätze vor. Messinstrumente waren u.a. die RS-13 zur Erfassung von Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal sowie der SMiLE zur Evaluierung des Lebenssinns.

Die drei Hypothesen bestätigten sich in der vorliegenden Studie nicht. Der Zusammenhang zwischen Trait-Resilienz und Lebenssinn bzw. Zugewinn an Lebenssinn war nicht signifikant. Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass tendenziell eher weniger resiliente Patienten die palliativmedizinischen Interventionen vermehrt in Anspruch nehmen und bezüglich des Lebenssinns profitieren. Die Studie verdeutlicht außerdem, dass Palliativpatienten über eine mit der Normalbevölkerung vergleichbare Trait-Resilienz verfügen. Der Lebenssinn konnte während des stationären Aufenthaltes aufrechterhalten werden. Das soziale Umfeld der Patienten hat sich als besonders

relevant für den Lebenssinn herausgestellt. Palliativmedizinische Interventionen wurden gut angenommen; am meisten wurden Physiotherapie sowie psychosoziale Unterstützungsangebote genutzt. Die allgemeine Lebensqualität der Patienten verbesserte sich signifikant, dabei unabhängig von Resilienz und Lebenssinn.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass Lebenssinn und Trait-Resilienz trotz theoretischer Gemeinsamkeiten voneinander unabhängige Konstrukte darstellen. Die Erfassung des Lebenssinns und der Trait-Resilienz mittels validierter Fragebögen stellt eine gute Möglichkeit dar, individuelle Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten abzuschätzen. Besonders vulnerable Patienten können möglicherweise besonders von speziellen Interventionen zur Förderung des Lebenssinns und der Trait-Resilienz profitieren.

Weitere Studien zu dieser Thematik sind erforderlich, um die gefundenen Ergebnisse zu erhärten. Für die zukünftige Forschung ist ein multizentrischer Ansatz sinnvoll, um höhere Fallzahlen zu erreichen.

8 Abkürzungen

WHO: World Health Organization

T1: Messzeitpunkt 1

T2: Messzeitpunkt 2

ECOG-Status: Eastern Cooperative Oncology Group - Performance-Status

RS-13: Resilienzskala RS-13

SMiLE: Schedule for Meaning in Life Evaluation

IoS: Index of Satisfaction

IoW: Index of Weighting

IoWS: Index of Weighted Satisfaction

EORTC-QLQ-C15-PAL: European Organisation for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life Questionnaire CORE 15 palliative care

MIDOS: minimales Dokumentationssystem

SD: Standardabweichung

MW: Mittelwert

95%-KI: 95%-Konfidenzintervall

r_s : Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman

9 Anhang

9.1 Patienteninformation

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje

Zentrum für Interdisziplinäre Palliativmedizin
Leitung: OÄ Dr. B. van Oorschot
Psychoonkologischer Dienst: Dr. E. Jentschke

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie - Josef-Schneider-Str. 11 - 97080 Würzburg



1 / 2

Bitte bei Antwort angeben:

Telefon: (09 31) 2 01 – 2 88 90
Telefax: (09 31) 2 01 – 2 83 96
Flentje_M@klinik.uni-wuerzburg.de

Patienteninformation zur Studie

„ Resilienz und Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation“

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

am Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin der Universitätsklinik Würzburg wird derzeit eine Studie zu psychischem Wohlbefinden und Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation durchgeführt.

Mit dieser Studie wollen wir Ihre seelischen Belastungen sowie Reserven genauer erfassen. Langfristiges Ziel des Projekts ist es, die Qualität der Patientenversorgung auf der Palliativstation zu verbessern. Die Befragung ermöglicht es Ihnen, Ihre persönlichen Bedürfnisse herauszufinden.

Sollten Sie sich entschließen, an der Studie teilzunehmen findet eine Befragung zu zwei Zeitpunkten statt: Bei Aufnahme auf die Station erfolgt die erste Befragung. Diese dauert ca. 15 Minuten und umfasst einen Fragebogen mit drei Abschnitten: Lebensqualität, Lebenssinn und seelische Widerstandsfähigkeit (Fachbegriff: Resilienz).

Zeitnah bei Entlassung findet der zweite Teil der Befragung zur Lebensqualität und zum Lebenssinn statt. Dieser dauert ca. 10 Minuten. Ein Projektmitarbeiter kann mit Ihnen gemeinsam den Fragebogen durchgehen und gegebenenfalls Ihre Fragen beantworten.

Aus Ihrer Krankenakte werden zusätzlich medizinische Daten entnommen. Dies sind Ihre Diagnose und Angaben zu Ihrer Therapie auf der Palliativstation.

Die Dokumentation der Fragebögen sowie aller weiteren Daten aus Ihrer Krankenakte und die Auswertung am Computer erfolgt mit einer elektronisch angelegten Datenbank in pseudonymisierter Form. Das bedeutet, Ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden anhand einer Zuordnungsliste durch eine Forschungsnummer ersetzt. Durch dieses Vorgehen wird eine Bestimmung Ihrer Person ausgeschlossen.

Die Zuordnungsliste, auf der die jeweilige Forschungsnummer, Ihr Name und Ihr Geburtsdatum registriert werden, befindet sich in einem abgeschlossenen Schrank auf der Palliativstation und ist

Anstalt des öffentlichen Rechts



nur Projektmitarbeitern zugänglich. Die Daten werden elektronisch gespeichert.
Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Alle an der Studie beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht.
Nach Abschluss der Studie nach ca. zehn Jahren –dies entspricht einer guten wissenschaftlichen Praxis- werden sämtliche Fragebögen und die Zuordnungsliste datenschutzgerecht vernichtet.

Ihre Teilnahme an der oben genannten Studie ist freiwillig. Ihre Beteiligung an der Befragung birgt für Sie keinerlei Risiken oder hat nachteilige Auswirkungen.
Durch Nichtteilnahme werden Ihnen keinerlei therapeutische oder sonstige Nachteile entstehen, ebenso wenig bei Widerruf Ihrer Einwilligung.
Sie können Ihre Einwilligung zur Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen. In diesem Falle werden alle bisher gewonnenen Daten sowie die Fragebögen umgehend datenschutzgerecht vernichtet bzw. die elektronisch gespeicherten Daten gelöscht.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter: 0931-20128857

Beteiligte Personen:

Dr. med. Birgitt van Oorschot (Projektleitung)
Dr. phil. Elisabeth Jentschke (Psychoonkologin)
Franziska Huber (Doktorandin)

9.2 Einwilligungserklärung

Universitätsklinikum Würzburg

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Direktor: Prof. Dr. M. Flentje

Zentrum für Interdisziplinäre Palliativmedizin
Leitung: OÄ Dr. B. van Oorschot
Psychoonkologischer Dienst: Dr. E. Jentschke

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie - Josef-Schneider-Str. 11 - 97080 Würzburg



1 / 2

Bitte bei Antwort angeben:

Telefon: (09 31) 2 01 - 2 88 90
Telefax: (09 31) 2 01 - 2 83 96
Flentje_M@klinik.uni-wuerzburg.de

Einwilligungserklärung

Name: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / ___

Ich wurde von einem ärztlichen Projektmitarbeiter über die Studie „Resilienz und Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation“ zu meiner Zufriedenheit informiert und habe keine weiteren Fragen.

Das Merkblatt „Patienteninformation“ zur Studie“ habe ich erhalten und verstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an der Studie freiwillig ist, und dass ich meine Einwilligung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile** zurückziehen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form (d.h. verschlüsselt durch eine Forschungsnummer) und unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle an der Studie beteiligten Personen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt mein Einverständnis zur Teilnahme zurückziehen, so werden alle in dieser Studie von mir erhobenen und gespeicherten Daten gelöscht und die Fragebögen vernichtet.

Würzburg, den ___ / ___ / ___

(Unterschrift des aufklärenden Arztes)

(Unterschrift Patient/in)

Kopfclinikum B2
Prof. Dr. M. Flentje
Tel.: (0931) 2 01-2 88 90

Vorzimmer
Terminvergabe Privatsprechst.
Tel.: (09 31) 2 01-2 88 91
Fax: (09 31) 2 01-2 83 96

Privatambulanz
Tel.: (09 31) 2 01-2 88 93

Bettenstation K3
Tel.: (09 31) 2 01-2 82 36

Bestrahlung:
Linearbeschleuniger Primus I
Tel.: (09 31) 2 01-2 82 25
Linearbeschleuniger Primus L
Tel.: (0931) 2 01-2 82 24

Poliklinik/Terminvergabe
Allgemeine Sprechstunde
Tel.: (0931) 2 01-2 88 94
Fax: (0931) 2 01-2 82 21

Medizinphysik
Leitung: PD Dr. O. Sauer
Tel.: (0931) 2 01-2 82 30

Frauenklinik C.15
Linearbeschleuniger Primus 2
Tel.: (09 31) 2 01-2 84 05
Linearbeschleuniger Primus M
Tel.: (09 31) 2 01-2 82 84

Tagesklinik/Brachytherapie
Tel.: (0931) 2 01-2 84 14

ZOM A1
Linearbeschleuniger SynergyS
Tel.: (09 31) 2 01-2 87 95

Palliativmedizin B20
Tel.: (0931) 2 01-2 88 61
Brückenteam
Tel.: (0931) 2 01-2 88 60
Palliativ-Konsiliardienst
Tel.: 0171 97 3 02 98

Anstalt des öffentlichen Rechts



9.3 Fragebögen

9.3.1 Resilienzskala RS-13⁷

RS-13 Resilienzfragebogen

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

	1 = nein Ich stimme nicht zu	2	3	4	5	6	7 = ja stimme völlig zu
1 Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2 Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3 Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
4 Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5 Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6 Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7 Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8 Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9 Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10 Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11 Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12 In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
13 Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

© Leppert K., Koch B., Brähler E., Strauß B. Klin. Diagnostik u. Evaluation, 1. Jg., 226-243, 2008. (ISSN 1864-6050, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen)

Hinweise zur Auswertung

Die Auswertung erfolgt über eine Addition der Punktwerte.

Für die Interpretation der Merkmalsausprägung für Resilienz empfiehlt sich folgendes Schema:

Punktwerte 13-63 & 64-66 = niedrig

Punktwerte 67-69 & 70-72 = moderat

Punktwerte 73-76 & 77-91 = hoch

Normwert und Prozentränge finden sich in der Publikation von Leppert et al., 2008.

© Leppert K., Koch B., Brähler E., Strauß B. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*, 1. Jg., 226-243, 2008. (ISSN 1864-6050, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autoren sowie des Verlages Vandenhoeck & Ruprecht

⁷ Leppert K., Koch B., Brähler E., Strauß B. (2008): Die Resilienzskala (RS)- Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 226-243, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen

9.3.2 Schedule for Meaning in Life Evaluation⁸

SMiLE Schedule for Meaning in Life Evaluation

Die Frage nach dem Sinn des Lebens bewegt viele Menschen. In den verschiedensten Lebenssituationen stellen sich Menschen diese Frage. Dies können besondere Glücksmomente sein, aber auch leidvolle Erfahrungen.

Im folgenden interessiert uns, was Ihrem Leben Sinn gibt. Darunter verstehen wir Bereiche, die einem wichtig sind, Halt geben und dem Leben Bedeutung verleihen.

Diese Bereiche sind für jede Person unterschiedlich, es gibt daher keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte beantworten Sie die Fragen einfach so offen und ehrlich wie möglich. Beziehen Sie sich auf Ihre gegenwärtige Lebenssituation.

Bitte nennen Sie 3 bis 7 Bereiche, die Ihrem Leben Sinn geben, unabhängig davon wie zufrieden oder unzufrieden Sie momentan mit diesen Bereichen sind. Die Reihenfolge der Nennung spielt keine Rolle.

- Bereich 1: _____
- Bereich 2: _____
- Bereich 3: _____
- Bereich 4: _____
- Bereich 5: _____
- Bereich 6: _____
- Bereich 7: _____

Bitte achten Sie bei den folgenden Antworten darauf, dass die Nummerierung der Bereiche mit der Reihenfolge auf der vorigen Seite übereinstimmt. Bitte bewerten Sie jeden der von Ihnen genannten Bereiche! Beziehen Sie sich in Ihrer Einschätzung auf Ihre gegenwärtige Lebenssituation.

Bitte kreuzen Sie an, wie zufrieden bzw. unzufrieden Sie in den einzelnen Bereichen sind, d.h. wie sehr sich der jeweilige Bereich positiv oder negativ auf Ihren Lebenssinn auswirkt.

Wie zufrieden sind Sie mit...	Sehr unzufrieden	Weder noch	Sehr zufrieden
Bereich 1	(-)	(0)	(+)
Bereich 2	(-)	(0)	(+)
Bereich 3	(-)	(0)	(+)
Bereich 4	(-)	(0)	(+)
Bereich 5	(-)	(0)	(+)
Bereich 6	(-)	(0)	(+)
Bereich 7	(-)	(0)	(+)

Bitte kreuzen Sie an, wie wichtig jeder einzelne Bereich für Ihren Lebenssinn insgesamt ist. Versuchen Sie, so deutlich wie möglich zwischen den Bereichen zu unterscheiden, indem Sie alle Ziffern erwägen.

Wie wichtig ist für Sie...	Nicht wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Außerst wichtig
Bereich 1	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 2	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 3	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 4	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 5	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 6	(0)	(1)	(2)	(3)
Bereich 7	(0)	(1)	(2)	(3)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Martin Fegg

⁸ Fegg MJ., Kramer M., L'hoste S., Borasio GD. (2008): The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a new instrument for meaning-in-life research. Journal of Pain and Symptom Management 35(4):356-364., http://www.psychotherapie-muenchen.de/downloads/SMiLE_de.pdf, Download am 10.02.2018

9.3.3 Lebensqualität

Fragebogen zur Lebensqualität für die Studie „Resilienz und Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation“

Fragen zur Lebensqualität:

- EORTC QLQ-C15-PAL, Frage 15
- HOPE 2007 MIDOS, Frage M4

Patienten ID:

1.) Bei Aufnahme:

Wie würden Sie insgesamt Ihre **Lebensqualität in der letzten Woche** einschätzen?

Sehr schlecht 1 2 3 4 5 6 7 ausgezeichnet

Wie fühlen Sie sich heute?

- sehr schlecht
- schlecht
- mittel
- gut
- sehr gut

2.) Bei Entlassung:

Wie würden Sie insgesamt Ihre **Lebensqualität in der letzten Woche** einschätzen?

Sehr schlecht 1 2 3 4 5 6 7 ausgezeichnet

Wie fühlen Sie sich heute?

- sehr schlecht
- schlecht
- mittel
- gut
- sehr gut

9.4 Dokumentationsbogen

Dokumentationsbogen für die Studie „Resilienz und Lebenssinn bei Patienten auf der Palliativstation“

Patienten –ID:

Geschlecht: m w

Alter:

Religion: katholisch evangelisch andere: _____ keine

Familienstand: verheiratet Partnerschaft verwitwet ledig getrennt/geschieden

Diagnose:

Verweildauer: Aufnahme datum: _____ Dauer: _____
Entlass datum: _____

Art der Entlassung: Verstorben Entlassung nachhause Verlegung Hospiz
 Verlegung Pflegeheim Sonstiges: _____

Karnofsky-Index:

Medikation:

	Aufnahme	Entlassung
Nichtopioide		
Opioide WHO-Stufe 2		
Opioide WHO-Stufe 3		
Koanalgetika		
Kortikosteroide		
Antidepressiva		
Antiemetika		
Neuroleptika		
Sedativa/Anxiolytika		
Magenschutz		
Laxanzien		
Antibiotika		
Diuretika		
Kardiaka/Antihypertensiva		
Sonstige:		

Anzahl der Interventionen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PM-Gespräch: | <input type="checkbox"/> Musiktherapie: |
| <input type="checkbox"/> Seelsorge: | <input type="checkbox"/> Kunsttherapie: |
| <input type="checkbox"/> Psychoonkologie: | <input type="checkbox"/> Ernährung: |
| <input type="checkbox"/> KG/Ergotherapie: | <input type="checkbox"/> Hospiz: |

10 Literaturverzeichnis

- ADDINGTON-HALL, J. (2002): Research sensitivities to palliative care patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 11 (3), 220-4, DOI: 10.1046/j.1365-2354.2002.00343.x
- AHERN, N. R., KIEHL, E. M., SOLE, M. L. & BYERS, J. (2006): A Review of Instruments Measuring Resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29 (2), 103-125, DOI: 10.1080/01460860600677643
- AHLNER-ELMQVIST, M., BJORDAL, K., JORDHOY, M. S., KAASA, S. & JANNERT, M. (2009): Characteristics and implications of attrition in health-related quality of life studies in palliative care. *Palliative Medicine*, 23 (5), 432-40, DOI: 10.1177/0269216309104057
- AIENA, B. J., BACZWASKI, B. J., SCHULENBERG, S. E. & BUCHANAN, E. M. (2015): Measuring resilience with the RS-14: A tale of two samples. *Journal of Personality Assessment*, 97 (3), 291-300, DOI: 10.1080/00223891.2014.951445
- AIENA, B. J., BUCHANAN, E. M., SMITH, C. V. & SCHULENBERG, S. E. (2016): Meaning, Resilience, and Traumatic Stress After the Deepwater Horizon Oil Spill: A Study of Mississippi Coastal Residents Seeking Mental Health Services. *J Clin Psychol*, 72 (12), 1264-1278, DOI: 10.1002/jclp.22232
- ALMEDOM, A. (2005): Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to "light at the end of the tunnel"? *Journal of Loss & Trauma*, 10 (3), 253-265, DOI: 10.1080/15325020590928216
- ANTONOVSKY, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6), 725-733, DOI: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z
- ANTONOVSKY, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen, Dgvt-Verlag.
- APPLEBAUM, A. J., LICHTENTHAL, W. G., PESSIN, H. A., RADOMSKI, J. N., SIMAY GOKBAYRAK, N., KATZ, A. M., ROSENFELD, B. & BREITBART, W. (2012): Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 21 (11), 1195-204, DOI: 10.1002/pon.2013
- BATHKE, J. (2012): *Psychosoziale Einflussfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit adipöser Patienten*. Dissertation Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena. <http://d-nb.info/1025255992/34> [Online]
- BATTISTA, J. & ALMOND, R. (1973): The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36 (4), 409-27
- BAUSEWEIN, C. (2007): Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (42), A2850-A2852
- BAUSEWEIN, C. & HARTENSTEIN, R. (2000): Zur Stellung der deutschen Onkologie in Europa: Hospize sind keine Sterbekliniken. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (31-32), A2112-A2114
- BENSIMON, M. (2012): Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52 (7), 782-787, DOI: 10.1016/j.paid.2012.01.011
- BLOCK, J. & BLOCK, J. H. (2006): Venturing a 30-year longitudinal study. *American Psychologist*, 61 (4), 315-327, DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.315

- BLOCK, J. & KREMEN, A. M. (1996): IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2), 349-361, DOI: 10.1037/0022-3514.70.2.349
- BLOCK, J. H. & BLOCK, J. (1980): The role of Ego-control and Ego-resiliency in the organization of behaviour. In: COLLINS, W. A. (ed.) *Development of cognition, affect, and social relations*. University of Minnesota, Institute of Child Development: L. Erlbaum Associates, 39-102
- BONANNO, G. A. (2012): Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science & Medicine*, 74 (5), 753-756, DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.022
- BONANNO, G. A., GALEA, S., BUCCIARELLI, A. & VLAHOV, D. (2007): What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5), 671-682, DOI: 10.1037/0022-006X.75.5.671
- BRANDSTATTER, M., BAUMANN, U., BORASIO, G. D. & FEGG, M. J. (2012): Systematic review of meaning in life assessment instruments. *Psychooncology*, 21 (10), 1034-52, DOI: 10.1002/pon.2113
- BRANDTSTÄDTER, J. (1999): Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives. In: BLANCHARD-FIELDS, T. M. H. F. (ed.) *Social cognition and aging*. San Diego, CA, US: Academic Press, 123-141
- BREITBART, W. (2003): Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. Interview by Karen S. Heller. *J Palliat Med*, 6 (6), 979-88, DOI: 10.1089/109662103322654901
- BREITBART, W., GIBSON, C., POPPITO, S. R. & BERG, A. (2004): Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 49 (6), 366-372, DOI: 10.1177/070674370404900605
- BRIX, C., SCHLEUSSNER, C., FULLER, J., ROEHRIG, B., WENDT, T. G. & STRAUSS, B. (2008): The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *J Psychosom Res*, 65 (6), 541-8, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.010
- CALLEGARI, C., BERTU, L., LUCANO, M., IELMINI, M., BRAGGIO, E. & VENDER, S. (2016): Reliability and validity of the Italian version of the 14-item Resilience Scale. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 277-284, DOI: 10.2147/prbm.s115657
- CAMPBELL-SILLS, L., COHAN, S. L. & STEIN, M. B. (2006): Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther*, 44 (4), 585-99, DOI: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- CAMPBELL-SILLS, L. & STEIN, M. B. (2007): Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1019-1028, DOI: 10.1002/jts.20271
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. & WEINTRAUB, J. K. (1989): Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56 (2), 267-83, DOI: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- CHEN, E. K., RIFFIN, C., REID, M. C., ADELMAN, R., WARMINGTON, M., MEHTA, S. S. & PILLEMER, K. (2014): Why is high-quality research on palliative care so hard to do? Barriers to

- improved research from a survey of palliative care researchers. *J Palliat Med*, 17 (7), 782-7, DOI: 10.1089/jpm.2013.0589
- CHOCHINOV, H. M., HACK, T., HASSARD, T., KRISTJANSON, L. J., MCCLEMENT, S. & HARLOS, M. (2005): Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23 (24), 5520-5, DOI: 10.1200/jco.2005.08.391
- CHOCHINOV, H. M., HASSARD, T., MCCLEMENT, S., HACK, T., KRISTJANSON, L. J., HARLOS, M., SINCLAIR, S. & MURRAY, A. (2009): The landscape of distress in the terminally ill. *J Pain Symptom Manage*, 38 (5), 641-9, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.021
- COHEN, S. R., BOSTON, P., MOUNT, B. M. & PORTERFIELD, P. (2001): Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliat Med*, 15 (5), 363-71, DOI: 10.1191/026921601680419401
- CONNOR, K. M. & DAVIDSON, J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76-82, DOI: 10.1002/da.10113
- CRUMBAUGH, J. C. (1968): Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts. *J Individ Psychol*, 24 (1), 74-81, <https://search.proquest.com/docview/1303441035?accountid=15156>
- CRUMBAUGH, J. C. & MAHOLICK, L. T. (1964): An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20 (2), 200-207, DOI: 10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U
- DE ALFIERI, W. & BORGOGNI, T. (2010): Through the looking glass and what frailty found there: Looking for resilience in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (3), 602-603, DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.02754.x
- DEBATS, D. L. (1999): Sources of Meaning: An Investigation of Significant Commitments in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, 39 (4), 30-57, DOI: 10.1177/0022167899394003
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (2016): *Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung*; http://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf, Zugriff am 06.03.2017 [Online]
- DEUTSCHER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERBAND E.V. (2016): *Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland. Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand*. http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf, Zugriff am 21.02.2017 [Online]
- DEVOGLER K., E. P. (1981): Adult's Meaning in Life. *Psychological Reports*, 49 (1), 87-90
- DIEHL, M. & HAY, E. L. (2013): Personality-related risk and resilience factors in coping with daily stress among adult cancer patients. *Research in Human Development*, 10 (1), 47-69, DOI: 10.1080/15427609.2013.760259
- DUAN, W., GUO, P. & GAN, P. (2015): Relationships among Trait Resilience, Virtues, Post-traumatic Stress Disorder, and Post-traumatic Growth. *PLoS One*, 10 (5), e0125707, DOI: 10.1371/journal.pone.0125707

- DUBEY, C., DE MARIA, J., HOEPPLI, C., BETTICHER, D. C. & EICHER, M. (2015): Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 19 (5), 582-8, DOI: 10.1016/j.ejon.2015.03.004
- DUDEN ONLINE WÖRTERBUCH ([o.J.]): <http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz>; Zugriff am 22.02.2017 [Online]
- ECHTELD, M. A., DELIENS, L., OOMS, M. E., RIBBE, M. W. & VAN DER WAL, G. (2005): Quality of life change and response shift in patients admitted to palliative care units: a pilot study. *Palliat Med*, 19 (5), 381-8, DOI: 10.1191/0269216305pm1029oa
- EDWARD, K. L., WELCH, A. & CHATER, K. (2009): The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *J Adv Nurs*, 65 (3), 587-95, DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04912.x
- EICHER, M., MATZKA, M., DUBEY, C. & WHITE, K. (2015): Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncol Nurs Forum*, 42 (1), E3-16, DOI: 10.1188/15.onf.e3-e16
- ENGELI, L., MOERGELI, H., BINDER, M., DRABE, N., MEIER, C., BUECHI, S., DUMMER, R. & JENEWEIN, J. (2016): Resilience in patients and spouses faced with malignant melanoma. A qualitative longitudinal study. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 25 (1), 122-31, DOI: 10.1111/ecc.12220
- FALLER, H., WEIS, J., KOCH, U., BRAHLER, E., HARTE, M., KELLER, M., SCHULZ, H., WEGSCHEIDER, K., BOEHNCKE, A., HUND, B., REUTER, K., RICHARD, M., SEHNER, S., SZALAI, C., WITTCHEN, H. U. & MEHNERT, A. (2016): Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res*, 81, 24-30, 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004
- FEGG, M. (2012): Lebenssinn am Lebensende. In: BORASIO G., B. F. J. (ed.) *Sterben: Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter, 65-81
- FEGG, M. ([o.J.]): *The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE); Testmanual englisch*, http://www.psychotherapie-muenchen.de/downloads/SMiLE_Manual.pdf, Zugriff am 08.03.2017 [Online]
- FEGG, M., KRAMER, M., STIEFEL, F. & BORASIO, G. D. (2008a): Lebenssinn trotz unheilbarer Erkrankung? Die Entwicklung des Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 9 (4), 238-245, DOI: 10.1055/s-0028-1090037
- FEGG, M. J., BRANDSTATTER, M., KRAMER, M., KOGLER, M., HAARMANN-DOETKOTTE, S. & BORASIO, G. D. (2010a): Meaning in life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*, 40 (4), 502-9, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.010
- FEGG, M. J., KÖGLER, M., ABRIGHT, C., HENSLER, M. & LORENZL, S. (2014): Meaning in life in patients with progressive supranuclear palsy. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine®*, 31 (5), 543-547, DOI: 10.1177/1049909113492411
- FEGG, M. J., KOGLER, M., BRANDSTATTER, M., JOX, R., ANNESER, J., HAARMANN-DOETKOTTE, S., WASNER, M. & BORASIO, G. D. (2010b): Meaning in life in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*, 11 (5), 469-74, DOI: 10.3109/17482961003692604
- FEGG, M. J., KRAMER, M., BAUSEWEIN, C. & BORASIO, G. D. (2007): Meaning in life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning

- in Life Evaluation (SMiLE). *Health Qual Life Outcomes*, 5 (59), DOI: 10.1186/1477-7525-5-59
- FEGG, M. J., KRAMER, M., L'HOSTE, S. & BORASIO, G. D. (2008b): The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): validation of a new instrument for meaning-in-life research. *J Pain Symptom Manage*, 35 (4), 356-64, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.05.007
- FLETCHER, D. & SARKAR, M. (2013): Psychological Resilience A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18 (1), 12-23, DOI: 10.1027/1016-9040/a000124
- FRANKL, V. (1984): *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*, 8. Auflage, Freiburg, Herder.
- FRANKL, V. E. (1979): *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*, München, Piper & Co. Verlag.
- FRANKL, V. E. (1996): *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, 6. Auflage, München, Piper GmbH & Co.
- FRIBORG, O., HJEMDAL, O., ROSENVINGE, J. H. & MARTINUSSEN, M. (2003): A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 65-76, DOI: 10.1002/mpr.143
- FRIBORG, O., HJEMDAL, O., ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M., ASLAKSEN, P. M. & FLATEN, M. A. (2006): Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (2), 213-219, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.12.007
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K. & RÖNNAU-BÖSE, M. (2011): *Resilienz*, 2. Auflage, München, Ernst Reinhardt Verlag.
- FRÜH, J. (2016): *Auswirkungen palliativmedizinischer Interventionen, gemessen mit dem SMiLE*. . Dissertation Medizinische Fakultät, Julius-Maximilians-Universität Würzburg. https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/files/13457/Dissertation_Frueh_Jonas.pdf [Online]
- GREENSTEIN, M. & BREITBART, W. (2000): Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychother*, 54 (4), 486-500
- GREVE W., LEIPOLD B. & MEYER T. (2009): Resilienz als Entwicklungsergebnis. In: LINDEN, M., BAUMANN, K. & WEIG, W. (eds.) *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, 173-184
- GROENVOLD, M., PETERSEN, M. A., AARONSON, N. K., ARRARAS, J. I., BLAZEYBY, J. M., BOTTOMLEY, A., FAYERS, P. M., DE GRAEFF, A., HAMMERLID, E., KAASA, S., SPRANGERS, M. A. & BJORNER, J. B. (2006): The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer*, 42 (1), 55-64, DOI: 10.1016/j.ejca.2005.06.022
- HAHN, U. (1994): *Sinn suchen - Sinn finden: was ist Logotherapie?*, Göttingen/Zürich, Vandenhoeck & Ruprecht.
- HALAMA, P. (2014): Meaning in Life and Coping: Sense of Meaning as a Buffer Against Stress. In: BATTHYANY, A. & RUSSO-NETZER, P. (eds.) *Meaning in Positive and Existential Psychology*. New York, NY: Springer New York, DOI: 10.1007/978-1-4939-0308-5_14, 239-250

- HARTUNG, T. J., BRAHLER, E., FALLER, H., HARTER, M., HINZ, A., JOHANSEN, C., KELLER, M., KOCH, U., SCHULZ, H., WEIS, J. & MEHNERT, A. (2017): The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer*, 72, 46-53, DOI: 10.1016/j.ejca.2016.11.017
- HENNIG, K. (2011): *Psychosoziale Aspekte der Typ D-Persönlichkeit bei Hypertoniepatienten*. Dissertation Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena. <http://dnb.info/1019969636/34> [Online]
- HIGGINSON, I. J. (1999): Evidence based palliative care. There is some evidence-and there needs to be more. *Bmj*, 319 (7208), 462-3, DOI: 10.1136/bmj.319.7208.462
- HILDENBRAND, B. (2012): Resilienz, Krise und Krisenbewältigung - Leben als Prozess der Bewältigung von Krisen. In: WELTER-ENDERLIN, R. & HILDENBRAND, B. (eds.) *Resilienz-Gedeihen trotz widriger Umstände, 4. Auflage*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH, 205-229
- HOPKINSON, J. B., WRIGHT, D. N. M. & CORNER, J. L. (2005): Seeking new methodology for palliative care research: challenging assumptions about studying people who are approaching the end of life. *Palliative Medicine*, 19 (7), 532-537, DOI: 10.1191/0269216305pm1049oa
- HOU, W. K. & LAM, J. H. M. (2014): Resilience in the year after cancer diagnosis: A cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (3), 391-401, DOI: 10.1007/s10865-013-9497-6
- HU, T., ZHANG, D. & WANG, J. (2015): A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27, DOI: 10.1016/j.paid.2014.11.039
- HUI, D., GLITZA, I., CHISHOLM, G., YENNU, S. & BRUERA, E. (2013): Attrition rates, reasons, and predictive factors in supportive care and palliative oncology clinical trials. *Cancer*, 119 (5), 1098-105, DOI:10.1002/cncr.27854
- JACELON, C. S. (1997): The trait and process of resilience. *J Adv Nurs*, 25 (1), 123-9, DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025123.x
- JAENICHEN, D., BRUNKHORST, F. M., STRAUß, B. & ROSENDAHL, J. (2012): Körperliche und psychische Langzeitfolgen nach intensivmedizinischer Behandlung einer schweren Sepsis bei Patienten und Angehörigen. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62 (9-10), 335-343, DOI: 10.1055/s-0032-1306354
- JANSSENS, R. & GORDIJN, B. (2000): Clinical trials in palliative care: an ethical evaluation. *Patient Educ Couns*, 41 (1), 55-62, DOI: 10.1016/S0738-3991(00)00115-4
- JIM, H. S. & ANDERSEN, B. L. (2007): Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *Br J Health Psychol*, 12 (Pt 3), 363-81, DOI: 10.1348/135910706x128278
- JIM, H. S., PURNELL, J. Q., RICHARDSON, S. A., GOLDEN-KREUTZ, D. & ANDERSEN, B. L. (2006a): Measuring meaning in life following cancer. *Qual Life Res*, 15 (8), 1355-71, DOI: 10.1007/s11136-006-0028-6
- JIM, H. S., RICHARDSON, S. A., GOLDEN-KREUTZ, D. M. & ANDERSEN, B. L. (2006b): Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25 (6), 753-761, DOI: 10.1037/0278-6133.25.6.753

- JONES, J. M., MCPHERSON, C. J., ZIMMERMANN, C., RODIN, G., LE, L. W. & COHEN, S. R. (2011): Assessing Agreement Between Terminally Ill Cancer Patients' Reports of Their Quality of Life and Family Caregiver and Palliative Care Physician Proxy Ratings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42 (3), 354-365, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.11.018
- KARNOFSKY, D. A. & BURCHENAL, J. H. (1949): The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MACLEOD, C. M. (ed.) *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. New York, NY: Columbia University Press, 196-205
- KEELEY, P. W. (2008): Improving the evidence base in palliative medicine: a moral imperative. *J Med Ethics*, 34 (10), 757-60, DOI: 10.1136/jme.2007.022632
- KREBBER, A. M., BUFFART, L. M., KLEIJN, G., RIEPMA, I. C., DE BREE, R., LEEMANS, C. R., BECKER, A., BRUG, J., VAN STRATEN, A., CUIJPERS, P. & VERDONCK-DE LEEUW, I. M. (2014): Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*, 23 (2), 121-30, 10.1002/pon.3409
- KUTNER, J. S., BRYANT, L. L., BEATY, B. L. & FAIRCLOUGH, D. L. (2006): Symptom Distress and Quality-of-Life Assessment at the End of Life: The Role of Proxy Response. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32 (4), 300-310, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.05.009
- LEE, V., COHEN, S. R., EDGAR, L., LAIZNER, A. M. & GAGNON, A. J. (2004): Clarifying "meaning" in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliat Support Care*, 2 (3), 291-303, DOI: 10.1017/S1478951504040386
- LEIPOLD, B. (2015): *Resilienz im Erwachsenenalter*, München, Ernst Reinhardt Verlag.
- LEIPOLD, B. & GREVE, W. (2009): Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14 (1), 40-50, DOI: 10.1027/1016-9040.14.1.40
- LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE, D. K., DEUTSCHE KREBSHILFE, AWMF) (2015): *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 1.1, 2015*, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>, Zugriff am: 04.02.2017 [Online]
- LEPPERT, K., GUNZELMANN, T., SCHUMACHER, J., STRAUSS, B. & BRAHLER, E. (2005a): Resilience as a protective personality characteristic in the elderly. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 55 (8), 365-9, DOI: 10.1055/s-2005-866873
- LEPPERT, K., GUNZELMANN, T., SCHUMACHER, J., STRAUß, B. & BRÄHLER, E. (2005b): Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (8), 365-369, DOI: 10.1055/s-2005-866873
- LEPPERT, K., KOCH, B., BRÄHLER, E. & STRAUß, B. (2008): Die Resilienzskala (RS)- Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 226-243
- LEPPERT, K., RICHTER, F. & STRAUß, B. (2013): Wie resilient ist die Resilienz? Für die Psychotherapie relevante Forschungsergebnisse. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 52-55, DOI: 10.1055/s-0033-1337097
- LEPPERT, K. & STRAUSS, B. (2011): The role of resilience for coping in different age groups. *Z Gerontol Geriatr*, 44 (5), 313-7, DOI: 10.1007/s00391-011-0193-2
- LEPPERT K., OORSCHOT VON B., STRAUß B. & T., W. (2000): The influence of resilience and personal characteristics on physical and psychological stress, side effects and the course of radiation therapy. *J Cancer Res Clin Oncol*, 126 (Suppl. 1), DOI: 10.1007/BF01472416

- LEPPERT, W., TURSKA, A., MAJKOWICZ, M., DZIEGIELEWSKA, S., PANKIEWICZ, P. & MESS, E. (2012): Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*, 29 (5), 379-87, DOI: 10.1177/1049909111426135
- LEPPIN, A. L., BORA, P. R., TILBURT, J. C., GIONFRIDDO, M. R., ZEBALLOS-PALACIOS, C., DULOHERY, M. M., SOOD, A., ERWIN, P. J., BRITO, J. P., BOEHMER, K. R. & MONTORI, V. M. (2014): The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One*, 9 (10), e111420, DOI: 10.1371/journal.pone.0111420
- LO, C., HALES, S., JUNG, J., CHIU, A., PANDAY, T., RYDALL, A., NISSIM, R., MALFITANO, C., PETRICONE-WESTWOOD, D., ZIMMERMANN, C. & RODIN, G. (2014): Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med*, 28 (3), 234-42, DOI: 10.1177/0269216313507757
- LO, R. S. K., WOO, J., ZHOC, K. C. H., LI, C. Y. P., YEO, W., JOHNSON, P., MAK, Y. & LEE, J. (2002): Quality of life of palliative care patients in the last two weeks of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (4), 388-397, DOI: 10.1016/S0885-3924(02)00504-3
- LORDICK, F. & VAN OORSCHOT, B. (2012): Palliativmedizin in der Onkologie. *Forum*, 27 (5), 367-371, DOI: 10.1007/s12312-012-0838-0
- LUTHAR, S. S., CICCETTI, D. & BECKER, B. (2000): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562, DOI: 10.1111/1467-8624.00164
- MA, C., BANDUKWALA, S., BURMAN, D., BRYSON, J., SECCARECCIA, D., BANERJEE, S., MYERS, J., RODIN, G., DUDGEON, D. & ZIMMERMANN, C. (2010): Interconversion of three measures of performance status: an empirical analysis. *Eur J Cancer*, 46 (18), 3175-83, DOI: 10.1016/j.ejca.2010.06.126
- MALTBY, J., DAY, L. & HALL, S. (2015): Refining Trait Resilience: Identifying Engineering, Ecological, and Adaptive Facets from Extant Measures of Resilience. *PLoS One*, 10 (7), e0131826, DOI: 10.1371/journal.pone.0131826
- MANNE, S. L., MYERS-VIRTUE, S., KASHY, D., OZGA, M., KISSANE, D., HECKMAN, C., RUBIN, S. C. & ROSENBLUM, N. (2015): Resilience, Positive Coping, and Quality of Life Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nurs*, 38 (5), 375-82, DOI: 10.1097/NCC.0000000000000215
- MARKOVITZ, S. E., SCHROOTEN, W., ARNTZ, A. & PETERS, M. L. (2015): Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24: (12), 1639-1645, DOI: 10.1002/pon.3834
- MASTEN, A. S. (2001a): Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238, DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- MASTEN, A. S. (2001b): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: RÖPER, G. (ed.) *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer, 192-219
- MASTEN, A. S. (2014): Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85 (1), 6-20, DOI: 10.1111/cdev.12205
- MATZKA, M., MAYER, H., KOCK-HODI, S., MOSES-PASSINI, C., DUBEY, C., JAHN, P., SCHNEEWEISS, S. & EICHER, M. (2016): Relationship between Resilience, Psychological Distress and

- Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *PLoS One*, 11 (4), e0154496, DOI: 10.1371/journal.pone.0154496
- MCCRAE, R. R. & JOHN, O. P. (1992): An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175-215, DOI: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- MCPHERSON, C. J. & ADDINGTON-HALL, J. M. (2003): Judging the quality of care at the end of life: can proxies provide reliable information? *Social Science & Medicine*, 56 (1), 95-109, DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00011-4
- MEISTER, R. E., PRINCIP, M., SCHNYDER, U., BARTH, J., ZNOJ, H., SCHMID, J.-P., WITTMANN, L. & VON KÄNEL, R. (2016): Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 78 (3), 327-334, DOI: 10.1097/PSY.0000000000000278
- MELLO, I. T. & ASHCRAFT, A. S. (2014): The meaning in life for patients recently hospitalized with congestive heart failure. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26 (2), 70-76, DOI: 10.1002/2327-6924.12047
- MERCKAERT, I., LIBERT, Y., MESSIN, S., MILANI, M., SLACHMUYLDER, J. L. & RAZAVI, D. (2010): Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19 (2), 141-9, DOI: 10.1002/pon.1568
- MIN, J. A., YOON, S., LEE, C. U., CHAE, J. H., LEE, C., SONG, K. Y. & KIM, T. S. (2013): Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*, 21 (9), 2469-76, DOI: 10.1007/s00520-013-1807-6
- MOADEL, A., MORGAN, C., FATONE, A., GRENNAN, J., CARTER, J., LARUFFA, G., SKUMMY, A. & DUTCHER, J. (1999): Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8 (5), 378-385, DOI:10.1002/(Sici)1099-1611(199909/10)8:5<378::Aid-Pon406>3.0.Co;2-A
- MOLINA, Y., YI, J. C., MARTINEZ-GUTIERREZ, J., REDING, K. W., YI-FRAZIER, J. P. & ROSENBERG, A. R. (2014): Resilience among patients across the cancer continuum: Diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (1), 93-101, DOI:10.1188/14.Cjon.92-101
- MÜLLER, L. & PETZOLD, H. G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - 08/2013*
- NEWTON-JOHN, T. R. O., MASON, C. & HUNTER, M. (2014): The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 59 (3), 360-365, DOI: 10.1037/a0037023
- NISSIM, R., FREEMAN, E., LO, C., ZIMMERMANN, C., GAGLIESE, L., RYDALL, A., HALES, S. & RODIN, G. (2012): Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med*, 26 (5), 713-21, DOI: 10.1177/0269216311425096
- NOLAN, M. (2010): Review: Resilience among very old men and women. *Journal of Research in Nursing*, 15 (5), 433-434, DOI: 10.1177/1744987109358838

- OKEN, M. M., CREECH, R. H., TORMEY, D. C., HORTON, J., DAVIS, T. E., MCFADDEN, E. T. & CARBONE, P. P. (1982): Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*, 5 (6), 649-55
- OLSSON, C. A., BOND, L., BURNS, J. M., VELLA-BRODRICK, D. A. & SAWYER, S. M. (2003): Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26 (1), 1-11, DOI: 10.1016/S0140-1971(02)00118-5
- ONG, A. D., BERGEMAN, C. S., BISCONTI, T. L. & WALLACE, K. A. (2006): Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*, 91 (4), 730-49, DOI: 10.1037/0022-3514.91.4.730
- ONG, A. D., BERGEMAN, C. S. & BOKER, S. M. (2009): Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77 (6), 1777-1804, DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x
- PAKALNISKIENE, V., VILIUNIENE, R. & HILBIG, J. (2016): Patients' resilience and distress over time: Is resilience a prognostic indicator of treatment? *Compr Psychiatry*, 69, 88-99, DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.05.010
- PANTER-BRICK, C. (2014): Health risk and resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications. *Annual Review of Anthropology*, 43, 431-448 DOI: 10.1146/annurev-anthro-102313-025944
- PANTER-BRICK, C. & LECKMAN, J. F. (2013): Editorial commentary: Resilience in child development—Interconnected pathways to wellbeing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 333-336, DOI: 10.1111/jcpp.12057
- PARK, C. L. & FOLKMAN, S. (1997): Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144, DOI: 10.1037/1089-2680.1.2.115
- PARK, C. L., MALONE, M. R., SURESH, D. P., BLISS, D. & ROSEN, R. I. (2008): Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*, 17 (1), 21-26, DOI: 10.1007/s11136-007-9279-0
- PARKER, S. L., JIMMIESON, N. L., WALSH, A. J. & LOAKES, J. L. (2015): Trait Resilience Fosters Adaptive Coping When Control Opportunities are High: Implications for the Motivating Potential of Active Work. *Journal of Business and Psychology*, 30 (3), 583-604, DOI: 10.1007/s10869-014-9383-4
- PIDGEON, A. M., FORD, L. & KLAASSEN, F. (2014): Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based Mindfulness with Metta Training Program: a randomised control trial. *Psychol Health Med*, 19 (3), 355-64, DOI: 10.1080/13548506.2013.806815
- POST, M. W. (2014): Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 20 (3), 167-80, DOI: 10.1310/sci2003-167
- PRESTON, N. J., FAYERS, P., WALTERS, S. J., PILLING, M., GRANDE, G. E., SHORT, V., OWEN-JONES, E., EVANS, C. J., BENALIA, H., HIGGINSON, I. J., TODD, C. J. & MORECARE (2013): Recommendations for managing missing data, attrition and response shift in palliative and end-of-life care research: part of the MORECare research method guidance on statistical issues. *Palliat Med*, 27 (10), 899-907, DOI: 10.1177/0269216313486952
- RADBRUCH, L., NAUCK, F., FUCHS, M., NEUWÖHNER, K., SCHULENBERG, D. & LINDENA, G. (2002): What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23 (6), 471-483

- REKER, G. & WONG, P. (1988): Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: BENGTSON, J. E. B. V. L. (ed.) *Emergent theories of aging*. Springer Publishing Company, 214-246
- RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G., FILOV, I., RAJCHANOVSKA, D., STEFANOVSKI, P. & DEJANOVA, B. (2015): Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Maced J Med Sci*, 3 (4), 727-31, DOI: 10.3889/oamjms.2015.128
- ROBERTSON, I. T., COOPER, C. L., SARKAR, M. & CURRAN, T. (2015): Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 88 (3), 533-562, DOI: 10.1111/joop.12120
- RÖHRIG, B., SCHLEUßNER, C., BRIX, C. & STRAUß, B. (2006): Die Resilienzskala (RS): Ein statistischer Vergleich der Kurz- und Langform anhand einer onkologischen Patientenstichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56 (7), 285-290, DOI: 10.1055/s-2006-932649
- ROSE, R. D., BUCKEY, J. C., JR., ZBOZINEK, T. D., MOTIVALA, S. J., GLENN, D. E., CARTREINE, J. A. & CRASKE, M. G. (2013): A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (2), 106-112, DOI: 10.1016/j.brat.2012.11.003
- ROSENBERG, A. R., SYRJALA, K. L., MARTIN, P. J., FLOWERS, M. E., CARPENTER, P. A., SALIT, R. B., BAKER, K. S. & LEE, S. J. (2015): Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*, 121 (23), 4250-7, DOI: 10.1002/cncr.29651
- ROSS, C. & CORNBLEET, M. (2003): Attitudes of patients and staff to research in a specialist palliative care unit. *Palliat Med*, 17 (6), 491-7, DOI: 10.1191/0269216303pm785oa
- RUTTER, M. (1999): Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21 (2), 119-144, DOI: 10.1111/1467-6427.00108
- RUTTER, M. (2006): Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci*, 1094, 1-12, DOI: 10.1196/annals.1376.002
- SARAF, S., SINGH, T. B. & KHURANA, S. (2013): Cervical cancer survivors: Meaning in life. *Psychological Studies*, 58 (2), 144-152, DOI: 10.1007/s12646-013-0186-x
- SARUBIN, N., GUTT, D., GIEGLING, I., BÜHNER, M., HILBERT, S., KRÄHENMANN, O., WOLF, M., JOBST, A., SABAß, L., RUJESCU, D., FALKAI, P. & PADBERG, F. (2015): Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie*, 23 (3), 112 - 122, DOI: 10.1026/0943-8149/a000142
- SCHIRALDI, G. R., JACKSON, T. K., BROWN, S. L. & JORDAN, J. B. (2010): Resilience training for functioning adults: program description and preliminary findings from a pilot investigation. *Int J Emerg Ment Health*, 12 (2), 117-29, <https://www.omicsonline.com/open-access/critical-incident-stress-management-in-a-school-setting-following-police-shooting-of-an-adolescent.pdf>
- SCHNELL, M. W. & SCHULZ, C. (2015): *Basiswissen Palliativmedizin*, [E-Book], 2. Auflage, Berlin Heidelberg, Springer Verlag DOI: 10.1007/978-3-642-38690-9
- SCHNELL, T. (2008): Deutsche in der Sinnkrise? Ein Einblick in die Sinnforschung mit Daten einer repräsentativen Stichprobe. *Journal für Psychologie*, 16 (3), <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/206>

- SCHNELL, T. (2016): *Psychologie des Lebenssinns*, [E-Book], Berlin Heidelberg 2016, Springer-Verlag DOI: 10.1007/978-3-662-48922-2
- SCHNELL, T. & BECKER, P. (2006): Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences*, 41 (1), 117-129, DOI: 10.1016/j.paid.2005.11.030
- SCHUMACHER, J., LEPPERT, K., GUNZELRNANN, T., STRAUß, B. & BRÄHLER, E. (2005): Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53 (1), 16-39
- SCHWARTZ, C. E. & SPRANGERS, M. A. (1999): Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Soc Sci Med*, 48 (11), 1531-48, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00047-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00047-7)
- SHARPE, L., BUTOW, P., SMITH, C., MCCONNELL, D. & CLARKE, S. (2005): Changes in quality of life in patients with advanced cancer: Evidence of response shift and response restriction. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (6), 497-504, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.017
- SOLANO, J. P., DA SILVA, A. G., SOARES, I. A., ASHMAWI, H. A. & VIEIRA, J. E. (2016): Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care*, 15, 70, DOI: 10.1186/s12904-016-0139-y
- SOOD, A., PRASAD, K., SCHROEDER, D. & VARKEY, P. (2011): Stress management and resilience training among department of medicine faculty: A pilot randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (8), 858-861, DOI: 10.1007/s11606-011-1640-x
- SOUTHWICK, S. M., BONANNO, G. A., MASTEN, A. S., PANTER-BRICK, C. & YEHUDA, R. (2014): Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (25338), DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338
- STAUDINGER, U. M., MARSISKE, M. & BALTES, P. B. (1995): Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: CICCHETTI, D., COHEN, D. J., CICCHETTI, D. & COHEN, D. J. (eds.) *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. Oxford, England: John Wiley & Sons, 801-847
- STEGER, M. F., FRAZIER, P., OISHI, S. & KALER, M. (2006): The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 80-93, DOI: 10.1037/0022-0167.53.1.80
- STEGER, M. F., KASHDAN, T. B., SULLIVAN, B. A. & LORENTZ, D. (2008): Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J Pers*, 76 (2), 199-228, DOI: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
- STIEFEL, F., KRENZ, S., ZDROJEWSKI, C., STAGNO, D., FERNANDEZ, M., BAUER, J., FUCINA, N., LUTHI, F., LEYVRAZ, S., BORASIO, G. D. & FEGG, M. (2008): Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. *Support Care Cancer*, 16 (10), 1151-5, DOI: 10.1007/s00520-007-0394-9
- STIEL, S. 2015. Forschung in der Palliativmedizin. In: FIEDLER, C. & RADDATZ, B. (eds.) *Study Nurse / Studienassistent: Das Kompendium für die Weiterbildung und Praxis*. [E-Book] Berlin, Heidelberg: Springer.
- STIEL, S., ELSNER, F., PESTINGER, M. & RADBRUCH, L. (2010a): Wunsch nach vorzeitigem Lebensende. *Der Schmerz*, 24 (2), 177-189, DOI: 10.1007/s00482-010-0891-5

- STIEL, S., MATTHES, M. E., BERTRAM, L., OSTGATHE, C., ELSNER, F. & RADBRUCH, L. (2010b): Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin Deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Schmerz*, 24 (6), 596-604, DOI: 10.1007/s00482-010-0972-5
- STIEL, S., PSYCH, D., KUES, K., KRUMM, N., RADBRUCH, L. & ELSNER, F. (2011): Assessment of quality of life in patients receiving palliative care: comparison of measurement tools and single item on subjective well-being. *J Palliat Med*, 14 (5), 599-606, DOI: 10.1089/jpm.2010.0473
- STIEL, S. & RADBRUCH, L. (2014): Prognosestellung bei schwer kranken Menschen. *Palliativmedizin*, 15 (03), 109-121, DOI: 10.1055/s-0034-1370017
- STOLBERG, M. (2007): „Cura palliativa“. Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500–1850). *Medizinhistorisches Journal*, 42 (1), 7-29, DOI: 10.2307/25805413
- STRAUSS, B., BRIX, C., FISCHER, S., LEPPERT, K., FULLER, J., ROEHRIG, B., SCHLEUSSNER, C. & WENDT, T. G. (2007): The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *J Cancer Res Clin Oncol*, 133 (8), 511-8, DOI: 10.1007/s00432-007-0195-z
- STREB, M., HALLER, P. & MICHAEL, T. (2014): PTSD in paramedics: resilience and sense of coherence. *Behav Cogn Psychother*, 42 (4), 452-63, DOI: 10.1017/s1352465813000337
- TERRY, W., OLSON, L. G., RAVENSCROFT, P., WILSS, L. & BOULTON-LEWIS, G. (2006): Hospice patients' views on research in palliative care. *Intern Med J*, 36 (7), 406-13, DOI: 10.1111/j.1445-5994.2006.01078.x
- TIAN, J. & HONG, J. S. (2014): Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World J Gastroenterol*, 20 (48), 18439-18444, DOI: 10.3748/wjg.v20.i48.18439
- TOMAS-SABADO, J., VILLAVICENCIO-CHAVEZ, C., MONFORTE-ROYO, C., GUERRERO-TORRELLES, M., FEGG, M. J. & BALAGUER, A. (2015): What Gives Meaning in Life to Patients With Advanced Cancer? A Comparison Between Spanish, German, and Swiss Patients. *J Pain Symptom Manage*, 50 (6), 861-6, DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.06.015
- VAISHNAVI, S., CONNOR, K. & DAVIDSON, J. R. T. (2007): An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152 (2-3), 293-297, DOI: 10.1016/j.psychres.2007.01.006
- VAN OORSCHOT, B., SCHWEITZER, S., KÖHLER, N., LEPPERT, K., STEINBACH, K., HAUSMANN, C. & ANSELM, R. (2005): Sterben, Sterbehilfe und Therapieverzicht aus Angehörigensicht - Ergebnisse einer Hinterbliebenenbefragung. *Psychother Psych Med*, 55 (06), 283-290, DOI: 10.1055/s-2004-834633
- VEHLING, S., LEHMANN, C., OECHSLE, K., BOKEMEYER, C., KRULL, A., KOCH, U. & MEHNERT, A. (2011): Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Support Care Cancer*, 19 (4), 513-20, DOI: 10.1007/s00520-010-0845-6
- VEHLING, S., LEHMANN, C., OECHSLE, K., BOKEMEYER, C., KRULL, A., KOCH, U. & MEHNERT, A. (2012): Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning?

- The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psychooncology*, 21 (1), 54-63, DOI: 10.1002/pon.1866
- WAAKTAAR, T. & TORGERSEN, S. (2010): How resilient are resilience scales? The Big Five scales outperform resilience scales in predicting adjustment in adolescents. *Scand J Psychol*, 51 (2), 157-63, DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00757.x
- WAGNILD, G. M. & YOUNG, H. M. (1993): Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1996-05738-006&site=ehost-live>
- WAUGH, C. E., THOMPSON, R. J. & GOTLIB, I. H. (2011): Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11 (5), 1059-67, DOI: 10.1037/a0021786
- WAUGH, C. E., WAGER, T. D., FREDRICKSON, B. L., NOLL, D. C. & TAYLOR, S. F. (2008): The neural correlates of trait resilience when anticipating and recovering from threat. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 3 (4), 322-32, DOI: 10.1093/scan/nsn024
- WELTER-ENDERLIN, R. (2006): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*, 4. Auflage, Heidelberg, Carl-Auer-Verlag.
- WERNER, E. E. (1992): The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13 (4), 262-268, DOI: 10.1016/1054-139X(92)90157-7
- WERNER, E. E. (1993): Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5 (4), 503-515, DOI: 10.1017/S095457940000612X
- WERNER, E. E. (1996): Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5 (Suppl 1), 47-51, DOI: 10.1007/BF00538544
- WILKIE, P. (1997): Ethical issues in qualitative research in palliative care. *Palliat Med*, 11 (4), 321-4, DOI: 10.1177/026921639701100411
- WINDLE, G., BENNETT, K. M. & NOYES, J. (2011): A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 8, DOI: 10.1186/1477-7525-9-8
- WINGER, J. G., ADAMS, R. N. & MOSHER, C. E. (2016): Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*, 25 (1), 2-10, DOI: 10.1002/pon.3798
- WONG, P. T. & WONG, L. C. J. (2012): A Meaning-Centered Approach to Building Youth Resilience. In: WONG, P. T. P. (ed.) *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, 2. Auflage. New York: Routledge, 585-617
- WU, W. W., TSAI, S. Y., LIANG, S. Y., LIU, C. Y., JOU, S. T. & BERRY, D. L. (2015): The Mediating Role of Resilience on Quality of Life and Cancer Symptom Distress in Adolescent Patients With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 32 (5), 304-13, DOI: 10.1177/1043454214563758
- WU, Z., LIU, Y., LI, X. & LI, X. (2016): Resilience and Associated Factors among Mainland Chinese Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. *PLoS One*, 11 (12), e0167976, DOI: 10.1371/journal.pone.0167976
- WUSTMANN, C. (2004): *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*, Weinheim und Basel, Beltz.

- WUSTMANN, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik* 51 (2), 192-206, urn:nbn:de:0111-opus-47486
- YE, Z. J., QIU, H. Z., LI, P. F., LIANG, M. Z., ZHU, Y. F., ZENG, Z., HU, G. Y., WANG, S. N. & QUAN, X. M. (2017): Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psychooncology*, 26 (6), 829-835, DOI: 10.1002/pon.4237
- ZAUTRA, A. J., JOHNSON, L. M. & DAVIS, M. C. (2005): Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol*, 73 (2), 212-20, DOI: 10.1037/0022-006x.73.2.212
- ZENTRUM FÜR KREBSREGISTERDATEN IM ROBERT KOCH INSTITUT (2016): *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016* [Online]. Berlin. DOI 10.17886/rkipubl-2016-014.
- ZIKA, S. & CHAMBERLAIN, K. (1992): On the relation between meaning in life and psychological well-being. *Br J Psychol*, 83 (1), 133-45, DOI: 10.1111/j.2044-8295.1992.tb02429.x

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umrechnung des Karnofsky-Index in den Performance-Status der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-Status)	24
Tabelle 2: Soziodemographische Daten (n=57, n=41, n=16).....	31
Tabelle 3: Diagnose (n=57, n=41, n=16).....	32
Tabelle 4: ECOG-Status (n=57, n=41, n=16)	33
Tabelle 5: Stationäre Verweildauer (n=57, n=41, n=16)	33
Tabelle 6: Verweildauer und Befragung zu T2 (n=57).....	34
Tabelle 7: Art der Entlassung (n=57, n=41, n=16).....	34
Tabelle 8: Korrelation Resilienzsumme und IoS, IoW, IoWS, Rangkorrelationskoeffizienten r_s , nach Spearman, T1 (n=57).....	36
Tabelle 9: Korrelation Interventionen und Trait-Resilienz, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman (n=57)	37
Tabelle 10: Korrelation Resilienzsumme und Differenz IoS, IoW, IoWS, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman, (n=41).....	39
Tabelle 11: Resilienzskala RS-13, Items 1-13 (n=57)	40
Tabelle 12: IoS, IoW, IoWS, T1 (n=57)	42
Tabelle 13: Kategorien, Häufigkeiten, Zufriedenheit und Wichtigkeit, T1 (n=57)	43
Tabelle 14: Korrelation Lebenssinn und Lebensqualität, Rangkorrelationskoeffizienten r_s nach Spearman, T1 (n=57).....	44
Tabelle 15: Vergleich IoS, IoW, IoWS zu T1 und T2, Wilcoxon Test (n=41).....	44
Tabelle 16: Vergleich der Nennungshäufigkeit der Kategorien, T1 und T2, Mc Nemar Test, (n=41).....	46
Tabelle 17: Vergleich Zufriedenheit und Wichtigkeit zu T1 und T2 (n=41).....	46
Tabelle 18: Interventionen in Minuten pro Arbeitswoche (n=57)	48

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fallzahlen.....	30
Abbildung 2: Streudiagramm Resilienzsumme und loWS, T1 (n=57)	36
Abbildung 3: Streudiagramm Resilienzsumme und Interventionen Gesamt in Minuten/Arbeitswoche, (n=57).....	38
Abbildung 4: Boxplot Resilienz, T1 (n=57).....	40
Abbildung 5: Aufteilung der Patienten in Resilienzgruppen (niedrig-, moderat-, hoch-resilient), T1 (n=57)	41
Abbildung 6: Mediane von loS, loW, loWS, Vergleich T1/T2 (n=41).....	45
Abbildung 7: Interventionen in Minuten/Arbeitswoche.....	48
Abbildung 8: Lebensqualität, T1 (n=57)	49
Abbildung 9: Lebensqualität, Vergleich T1/T2 (n=41).....	50

Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. Birgitt van Oorschot vielmals für die Möglichkeit, meine Promotionsarbeit im Bereich der Palliativmedizin zu verfassen, sowie für die kontinuierliche Betreuung und die wertvollen Ratschläge bei der Entstehung dieser Dissertation. Ebenso bedanke ich mich herzlich bei Frau Dr. Elisabeth Jentschke, für ihre Unterstützung und Motivation während allen Phasen der Arbeit sowie für die Durchsicht der Promotion. Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller danke ich für die freundliche Übernahme des Korreferats. Mein Dank gilt außerdem dem Team der Palliativstation, für die Zusammenarbeit und die organisatorische Unterstützung während der Datenerhebung. Frau Carolin Malsch und Herrn Dr. Johannes Hain danke ich für die ausführliche Beratung bei der statistischen Auswertung. Ebenso möchte ich Herrn Prof. Dr. Martin Fegg und Frau Dr. Karena Leppert meinen Dank aussprechen, für die prompte Beantwortung von Fragen sowie die Hilfestellung bei der Auswertung der Fragebögen. Mein ganz besonderer Dank gilt den Patientinnen und Patienten des Interdisziplinären Zentrums Palliativmedizin Würzburg, ohne die es diese Arbeit nicht geben würde. Ich empfinde große Dankbarkeit für das Interesse und die Offenheit, für die zahlreichen wertvollen und sehr persönlichen Gespräche. Zu guter Letzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, für die Unterstützung und den emotionalen Rückhalt nicht nur während der Promotionsarbeit, sondern auch während meines gesamten Studiums.