Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
der Universität Ulm
Prof. Dr. med. Wolfgang Kaschka

Veränderungen von Lebensbedeutung und Lebenssinn bei Angehörigen von palliativ behandelten Patienten.

Eine Multimoment-Studie von im häuslichen Umfeld behandelten Patienten durch den ambulanten Pflegedienst *Clinic Home Interface*

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.

Rafal Lemanczyk
Dirschau (Polen)

2016

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1.Berichterstatter: PD Dr. Juan Valdés-Stauber

2.Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Decker

Tag der Promotion: 26.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis III

1 Einleitung 1

1.1 Historischer und soziologischer Abriss 1

1.2 Wissenschaftliche Rezeption von Palliativmedizin 3

1.3 Entwicklung und aktueller Stand der Palliativversorgung in Baden-Württemberg und in Deutschland 4

2 Fragestellung und Methodik 9

2.1 Allgemeine Fragestellung 9

2.2 Spezifische Fragestellungen 9

2.3 Beschreibung des palliativmedizinischen Versorgungsprojektes Clinic Home Interface in Ravensburg 10

2.4 Studiendesign und Stichprobe 12

2.5 Untersuchte Variablen 14

2.6 Beschreibung der eingesetzten standardisierten Instrumente 15

2.7 Statistische Methoden 24

2.8 Rechtliche Aspekte 29

3 Ergebnisse 30

3.1 Beschreibung der Stichprobe 30

3.2 Psychosoziales Profil der Patienten und deren Angehörigen 31

3.3 Klinisches Profil der Patienten und deren Angehörigen 32

3.4 Zeitliche Veränderung des LEBE-Gesamtwertes, der übergeordneten Dimensionen sowie der Lebensbedeutungen 34

3.5 Zusammenhänge zwischen LEBE-Kategorien als abhängige Variablen und klinischen sowie soziodemografischen Variablen von Patienten und Angehörigen als unabhängige Variablen im Querschnitt (t_0) 48

3.6 Zusammenhänge zwischen Veränderungen der LEBE-Kategorien als Outcome-Variablen und klinischen sowie soziodemographischen Variablen als erklärende Variablen über den gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) 63

4 Diskussion der Ergebnisse anhand der Fragestellungen 76

5 Zusammenfassung 82

6 Literaturverzeichnis 84

7 Tabellarischer Anhang und verwendete Untersuchungsinstrumente 89

8 Lebenslauf 137

9 Danksagung 140

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
ARD	Erstes Deutsches Fernsehen
ATTAC	Association pour la taxation des transactions financières et pour l`action citoyenne
AV	Abhängige Variable
CHI	Clinic Home Interface
CI	Konfidenzintervall
DAPO	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
ECOG	Eastern Co-operative Oncology Group
EK	Krankenhaus St. Elisabeth
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LEBE	Lebensbedeutungen und Lebenssinn von T. Schnell und B. Becker
LR	Likelihood Ratio
M	Mittelwert
N	Stichprobenumfang
OSP	Onkologischer Schwerpunkt
PETA	People for the Ethical Treatment of Animals

PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
PO-Bado-BK	Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs
PO-Bado-KF	Psychoonkologische Basisdokumentation Kurzform
PPS	Palliative Performance-Skala
PPSv2	Palliative Performance Scale, PPSv2 (verkürzte Version)
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
UV	Unabhängige Variable
Vc	Variationskoeffizient
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Historischer und soziologischer Abriss

Die Palliativmedizin der heutigen Tage definiert sich in Opposition zur scheinbar grenzenlosen Machbarkeit der modernen kurativen Medizin auf der Grundlage der Biochemie, Physiologie, Genetik, bildgebender Verfahren und hochspezialisierter Chirurgie, aber auch der praktischen Medizin. Die Palliativmedizin erkennt und anerkennt die Grenzen des kurativen Ansatzes und anstatt den Tod zu verdrängen oder gar als Versagen des eigenen medizinischen Tuns zu bewerten, versucht sie ihn in eine neue Kunst des Behandelns am Lebensende einzubetten. Die Palliativmedizin basiert somit nicht auf einer resignativen und hoffnungslosen Haltung im Angesicht eines „point of no returns“, sondern sieht sich als „aktive Lebenshilfe“ am Lebensende [20]. Somit wird heute das mittelalterliche Thema des *Ars moriendi* in die Versorgungsfrage des „guten Todes“ und der Würde im Umgang mit Sterbenden aktuell; der Kulturanthropologe Norbert Fischer sieht im Tod den letzten existenziellen Bereich in dem es zu einer gesellschaftlichen Befreiung durch dessen Enttabuisierung gekommen sei [35]. Die Brücke zwischen *Ars moriendi* [8] und individualisierter Palliativmedizin wird heute interdisziplinär als *Meditato vita et mortis* bzw. als *Ars moriendi nova* verstandene Sterbekultur aufgefasst [33].

In einem Essay von Ch. Schüle (2012) wird die gesellschaftliche Tatsache, dass der Tod trotz philosophischer und medizinischer Bemühungen immer noch der „blinde Fleck“ eines Lebens im Betriebssystem der allgemeinen Optimierung sei und immer noch die größte narzisstische Kränkung des auf seine Autonomie pochenden Individuums darstellte; die Betonung der Würde im Diskurs über Sterben, Tod und Trauer würde einerseits bedeuten, dass der „Wahn“ einer totalen Kontrolle über das Leben mittlerweile als Illusion überführt worden sei und dass zunehmend mehr Menschen der Instrumentalisierung und Fremdbestimmung durch eine religiöse Weltanschauung der modernen Medizin gegenstellen würden [35]. In diesem Sinne scheint die postmoderne Auslegung von dem, was ein würdiges Sterben ausmache, nicht mehr in einer

paternalistischen Auffassung der Menschenwürde zu liegen, sondern in einer personalen Welt. So erscheint der Zeitfaktor zentral in der Sorge für den Sterbenden zu sein, wie Müller-Busch (2012) kürzlich darlegte: „In der Medizin ist ein wichtiger Schritt geleistet worden, dem Thema Sterben und Tod in der Gesellschaft wieder einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen, besonders auch im Hinblick auf die Bestimmung eines würdigen Sterbens“ [28].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definieren die Palliativmedizin als die „aktive, ganzheitliche, ärztlich geführte Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Behandlung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Themen höchste Priorität besitzt“ [44]. Dabei schließt die Palliativmedizin kurative Methoden wie Chemotherapie, Strahlentherapie oder operative Verfahren nicht aus, sondern wägt sehr genau ihre Vor- und Nachteile ab. Diese Einstellung bedeutet, dass nicht mehr das medizinisch-technisch Machbare im Vordergrund steht, sondern das medizinisch-ethisch Vertretbare. Dabei werden nicht nur körperlich-somatische, sondern auch psychosoziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte in den Mittelpunkt gesetzt, wobei alle Handlungen der Akzeptanz, der Autonomie und des Respektes vor der Würde des Menschen im Leben, im Sterben und danach geschuldet bleibt [22].
Es ist das Verdienst der englischen Medizin und hier namentlich der englischen Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders zu verdanken, dass der Ansatz des Palliative Care in der Medizin übernommen wurde. Die Hospizidee, auf welche die Palliativmedizin rekurriert, besteht darin, den bewussten Umgang mit Sterben und Tod sowie den mitmenschlichen Umgang auf Palliativstationen oder zu Hause in den Vordergrund zu stellen, sowie die Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender zu erhalten.

1.2 Wissenschaftliche Rezeption von Palliativmedizin

Das medizinische, psychosoziale und Versorgungswissen im Bereich der Palliativmedizin ist in den letzten 15 Jahren rasant angewachsen. Die verschiedenen Behandlungsaspekte sind international im umfassenden von G. Hanks et al. herausgegebenen Oxford *Textbook of Palliative Medicine* [14] und in deutscher Sprache im *Lehrbuch der Palliativmedizin* [4], herausgegeben von E. Aulbert et al. auf hohem Niveau zusammengefasst. Zahlreiche Fachzeitschriften haben sich mit der Hospizbewegung und der palliativen Versorgung monografisch befasst, zum Teil bedeutende *Impact factors* erreicht, so *Journal of Palliative Medicine, Palliative Medicine, European Journal of Palliative Care, Journal of Palliative Medicine und Journal of Palliative Care and Medicine.* Symptomatisch für das gesellschaftliche Interesse hinsichtlich Fragen zum Lebensende ist die Gründung des Magazins „Auf Leben und Tod“ vom Trägerwerk Sachsen, welches im März 2012 vom Bertuch Verlag erstmalig gedruckt wurde. Im digitalen Zeitalter erreichen Fachportale viele Betroffene und deren Angehörigen [42, 45, 47].

Das *Erste Deutsche Fernsehen* (ARD) widmete im November 2012 dem Sterben eine eigene Themenwoche unter dem Motto „Leben mit dem Tod“. Diese Initiative war der Anstoß für viele Medien und auch Fachzeitschriften sich dem Umgang mit dem Sterben in Deutschland zu widmen. In diesem Sinne schlussfolgert die Wochenzeitschrift *Die Zeit*, dass der Tod in unserer Gesellschaft ins Leben zurückkehre, und dass an dem gewandelten Umgang mit dem „Skandal“ der Sterblichkeit ein verändertes Menschenbild sich ablesen ließe, nämlich, dass der Mensch von heute sich seinen Tod nicht mehr aus der Hand nehmen ließe, was kulturhistorisch betrachtet einer kleinen Revolution gleichstehe [35]. Wenig vorher erschienen die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben“, initiiert vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Demnach hätten 89% der Befragten den Begriff „Hospiz“ schon gehört, „palliativ“ dagegen nur 32%. Zu Hause möchten 66% der Befragten sterben, in Wirklichkeit ist es aber bei 25% der Fall, während fast die Hälfte in Krankenhäusern und knapp ein Drittel in Pflegeeinrichtungen tatsächlich sterben. Das Bewusstsein für Entscheidungen am Lebensende wird dadurch deutlich, dass ein Viertel der Befragten bereits eine Patientenverfügung verfasst haben [10].

1.3 Entwicklung und aktueller Stand der Palliativversorgung in Baden-Württemberg und in Deutschland

Die Versorgungsrelevanz der Palliativmedizin spiegelt sich nicht nur in der Implementierung der Qualifikation bzw. Zusatzbezeichnung „Palliativversorgung“ seitens der Ärztekammer, sondern auch im Stellenwert ambulanter Dienste und insbesondere der so genannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), welche gemäß § 132 d SGB 5 legitimiert werden. Eingeführt wurde die SAPV im Jahre 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes unter der Auflage, dass ab 2009 der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jährlich Berichte zur Entwicklung des SAPV für die Bundesregierung verfasst. Trotz Förderung lief der Aufbau einer flächendeckenden Versorgung langsam an: Ende 2010 hatten die Krankenkassen 123 Verträge mit Leistungserbringern für die SAPV geschlossen, 2011 stieg die Anzahl der Zulassungsanträge sowie der Ärzte mit einer Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin erheblich. Ende 2011 gab es bundesweit lediglich 11 Verträge zwischen Ärzten und Kassen, die speziell für Minderjährige abgeschlossen wurden; die Palliativversorgung von Minderjährigen wird häufig über Kostenerstattung abgewickelt [27].
Historisch betrachtet eröffnete 1967 das St. Christopher’s Hospice in London das erste Hospiz der modernen Palliativbewegung. 1999 existierten in Großbritannien bereits 236 *Palliative Care Units* (Hospiz- und Palliativstationen) und 400 *Community Palliative Care Services* (die deutschen SAPVs). In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in Köln eröffnet; 16 Jahre später waren insgesamt 50 Palliativstationen in Betrieb. Im Jahre 1999 wurde in Bonn der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in Deutschland gegründet und Prof. E. Aulberg dazu berufen [45].
In Bayern gab es 2012 rund 140 Hospizgruppen und –vereine, etwa 70 davon haben fachlich qualifiziertes Personal angestellt, das für die Rekrutierung, Schulung und Koordination der ehrenamtlichen Helfer (in Bayern derzeit rund 5.800) und für die pflegerische oder soziale Beratung bzw. für längerfristige Koordination zuständig ist. Die Anzahl der stationären Hospize belief sich im Jahr 2012 allein in Bayern auf 14, die der Krankenhäuser mit Palliativstation auf 48. Als wesentliche Neuerung auf Landesebene sind in Bayern im Jahr 2009 die „palliativmedizinischen Dienste“ für Krankenhäuser

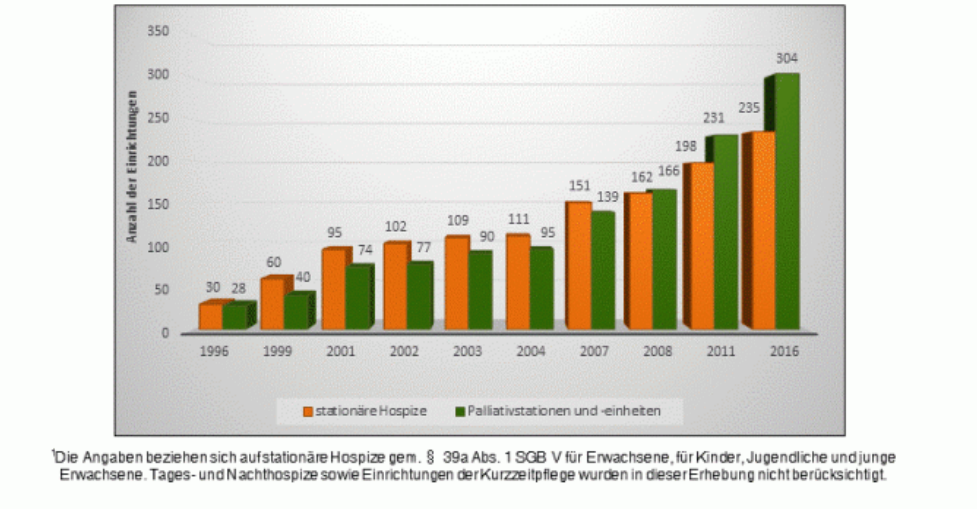
konzipiert worden, welche bei Palliativpatienten im Krankenhaus abteilungsübergreifend beratend oder behandelnd hinzugezogen werden; im Jahr 2012 waren 40 palliativmedizinische Dienste in bayerischen Krankenhäusern tätig [2]. Bezogen auf die Anzahl der Einwohner gehört Baden-Württemberg zu den Bundesländern mit den wenigsten Palliativbetten in Deutschland. Für die 9,5 Millionen Bürger in Baden-Württemberg stehen derzeit (Stand: 4/2016) 38 Palliativstationen mit 303 Palliativbetten zur Verfügung. Dies entspricht ca. 28 Palliativbetten pro 1 Million Einwohner und liegt somit deutlich unter den laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) benötigten 50-70 Palliativbetten pro 1 Million Einwohner [46].
In Baden-Württemberg kam es am 5. Februar 2010 zum Abschluss einer kassenartenübergreifenden „Empfehlungsvereinbarung über einen Mustervertrag gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V zur Erbringung von Leistungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)“. Damit war die Grundlage zum Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern vorhanden.
Der erste Vertragsabschluss erfolgte am 22. März 2010. Aktuell (Stand: 3/2016) sind in Baden-Württemberg inzwischen 22 SAPV Verträge für rund 5,5 Mio. Einwohner (Versorgungsregionen) abgeschlossen. Im Einzelnen wird hierzu auf die im tabellarischen Anhang (Anhang 5) beigefügte Übersicht verwiesen [42].

Mit dem einheitlichen, landesweiten und kassenartenübergreifenden Mustervertrag wurden die Voraussetzungen für ein möglichst reibungsloses Zulassungsverfahren geschaffen. Die SAPV soll das bestehende stationäre und ambulante Versorgungsangebot ergänzen. Dies setzt voraus, dass stationäre und ambulante Leistungserbringer zusammenarbeiten. Der Mustervertrag bietet den Leistungserbringern den Freiraum einer individuellen, auf die regionalen Besonderheiten abgestimmten Organisation der Versorgung. Dieser Freiraum fordert von den Leistungserbringern ein hohes Maß an Netzwerkarbeit. Ein zielgerichtetes Zusammenwirken von Palliative-Care-Teams, Haus- und Fachärzten, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten und psychoonkologischen Betreuungsdiensten ist unerlässlich. Regional unterschiedlich stark ausgeprägte Netzwerke wirken sich auf die Gründung von Palliative-Care-Teams aus. Vereinzelt verhinderte die Unklarheit über eine eventuelle Umsatzsteuerpflicht die Gründung von Palliative-Care-Teams. Diese Frage ist nunmehr seit August 2012 zur Erleichterung der

betroffenen Leistungserbringer geklärt. Das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft hat mitgeteilt, dass ambulante Hospizleistungen, die unter der fachlichen Verantwortung von Gesundheits- und Krankenpflegern oder anderen vergleichbar qualifizierten medizinischen Fachkräften erbracht werden, der Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 a UstG unterliegen und das Gleiche für Leistungen der SAPV nach § 37 b SGB V gilt.
Ebenfalls einheitlich ist die landesweite und kassenartenübergreifende Vergütungsvereinbarung. Dem Wunsch der Leistungserbringer nach einem Pauschalansatz sind die Leistungsträger nachgekommen. Die Höhe der Pauschale wurde dabei gemeinsam mit der Interessenvertretung der Leistungserbringer (LAGSAPV) auf der Basis der Angaben bereits tätiger Teams ermittelt und vereinbart.
Im Übrigen werden in Regionen, in denen bisher noch kein Vertrag über die SAPV geschlossen wurde, bei vertragsärztlich verordneten SAPV-Leistungen die entstehenden Kosten von den Krankenkassen ebenfalls erstattet. Um auch hier die Qualität in der Versorgung mit Leistungen der SAPV zu gewährleisten, ist es allerdings erforderlich, dass die Leistungserbringer die Qualifikation analog den Anforderungen im Vertrag nachweisen.
Voraussichtlich können in Kürze in zwei bis drei weiteren Versorgungsregionen SAPV-Verträge abgeschlossen und Palliative-Care-Teams ihre Tätigkeit aufnehmen. Unter Berücksichtigung der bisherigen Entwicklung kann ab 2013 mit dem Abschluss von jährlich acht bis neun weiteren Verträgen gerechnet werden.

In Baden-Württemberg bedürfen ca. 6.000 bis 10.000 Patienten pro Jahr der SAPV. Diese soll den Menschen ermöglichen, ihrem Wunsch entsprechend in häuslicher Umgebung im Kreis ihrer Angehörigen sterben zu dürfen.

In Baden-Württemberg gibt es derzeit neben den Palliative-Care-Teams 260 ambulante Hospizgruppen und 28 stationäre Hospize [10]. Zusammen mit den SAPV-Angeboten ist das Versorgungsnetz in Baden-Württemberg – unter anderem auch durch den Einsatz des ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagements – schon heute nahezu flächendeckend.



[1]Die Angaben beziehen sich auf stationäre Hospize gem. § 39a Abs. 1 SGB V für Erwachsene, für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Tages- und Nachthospize sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege wurden in dieser Erhebung nicht berücksichtigt.

Abb. 1: Entwicklung der stationären Hospize für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 1996 bis 2016 [10].

Die Palliativversorgung und das Hospizwesen haben sich vor dem Hintergrund eines gewandelten Umgangs mit Sterben und Tod in unserer Gesellschaft in den zurückliegenden Jahren dynamisch entwickelt [10]. Der Gedanke, dass medizinische Versorgung nicht nur das Heilen von Krankheiten, sondern auch die Sterbebegleitung umfasst, setzt sich immer stärker durch.

Die verschiedenen Einrichtungen und Dienste im Land tragen engagiert und mit hoher Qualität dazu bei, dass unheilbare bzw. sterbenskranke Menschen die ihnen verbleibende Zeit mit möglichst viel Lebensqualität verbringen können. Unter Berücksichtigung der Änderungen von Sozialstrukturen (Zunahme der Zahl von Alleinlebenden und der Pflegebedürftigen) sowie des demografischen Wandels (Anstieg des Lebensalters und der damit einhergehenden gestiegenen Pflegebedürftigkeit) müssen die vorhandenen Strukturen und Angebote dennoch weiter verbessert und bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Ziel der Landesregierung ist es, dass künftig ein noch höherer Anteil der an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und lebensbegrenzenden Erkrankung leidenden Menschen zu Hause bzw. in ihrer vertrauten Umgebung sterben können, soweit dies deren ausdrücklicher Wunsch ist. Dazu sollen im Rahmen von Palliativnetzwerken vor Ort die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Insbesondere soll auch die SAPV weiter ausgebaut und als flächendeckendes Angebot vorgehalten werden.

Die wirtschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen für eine flächen- und bedarfsgerechte Palliativversorgung im Rahmen der SAPV sind vorhanden. Die Gründe für

eine teilweise zögerliche Aufnahme der Tätigkeit der Palliative-Care-Teams liegen unter anderem auch in der schwierigen Abgrenzung zwischen Allgemeiner Ambulanter Palliativversorgung (AAPV) und SAPV. Auch ist nicht jeder im Sterben liegende Mensch tatsächlich auf SAPV angewiesen. Der überwiegende Teil der palliativ versorgten Patienten wird ambulant durch ihren vertrauten Hausarzt bzw. Hausärztin in Kooperation mit anderen Vertragsärzten, Pflegern und weiteren nichtärztlichen Berufen versorgt – auf der Basis der AAPV.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren begleitet den weiteren Ausbau der SAPV vermittelnd und unterstützend. Mit der Klärung der umsatzsteuerrechtlichen Problematik konnte ein wesentlicher Hinderungsgrund für den Abschluss weiterer Verträge und damit den zügigen Aufbau und die Sicherstellung einer flächen- und bedarfsgerechten Versorgung mit Leistungen der SAPV ausgeräumt werden. Zur Klärung der tatsächlichen Bedarfssituation wird derzeit in einer Umfrage außerdem erhoben, inwieweit in den einzelnen Land- und Stadtkreisen ein Bedarf für SAPV besteht und in welchen Regionen die SAPV-Strukturen nicht genügend entwickelt sind. Außerdem sollen in den Land- und Stadtkreisen – unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Strukturen – Palliativnetzwerke und Runde Tische zur Umsetzung der SAPV eingerichtet werden.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Region untersucht, die über ein gut ausgebautes Netz an palliativmedizinischen und inzwischen Hospiz-bezogenen Diensten verfügt. Dabei handelt die Untersuchung nicht von epidemiologischen Fragestellungen, sondern von der personalen Affizierung der Angehörigen der sterbenden Patienten im Verlauf von drei Monaten ab dem Beginn der aufsuchenden Palliativversorgung. Damit wird der Aspekt des Erlebens von nahestehenden Helfern in den Vordergrund gestellt und untersucht, ob Lebenseinstellungen unter dem belastenden Umstand der Pflege eines sterbenden nahestehenden Menschen sich relevant ändern oder nicht. Eine Auswirkung der aufsuchenden Pflege wird hier nicht geprüft mangels ethisch fragwürdiger Kontrollgruppe.

2 Fragestellung und Methodik

2.1 Allgemeine Fragestellung

Das allgemeine Ziel der vorliegenden Studie ist die Erfassung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Palliativpatienten, die durch das aufsuchende Projekt *Clinic Home Interface* in Oberschwaben unterstützt werden. Die Untersuchung erstellt eine multidimensionale Baseline unmittelbar vor dem Einsatz des *Clinic Home Interface* und misst die Entwicklung von Lebenseinstellungsvariablen seitens der Angehörigen innerhalb von drei Monaten anhand von vier Messzeitpunkten. Die daseinsanalytischen Aspekte der Einstellung zum Leben und zur Krankheit werden mittels eines validierten Fragebogens erfasst. Somit wird untersucht, ob sich Anhaltspunkte ergeben für die Annahme, dass eine aufsuchende fachliche Unterstützung besagte Einstellung positiv zu beeinflussen vermag und gegebenenfalls in welchem Ausmaß.

2.2 Spezifische Fragestellungen

In der vorliegenden Untersuchung versuchen wir folgende Fragen zu beantworten:

1. Welches ist das psychosoziale Profil von Palliativpatienten und welches von betreuenden Familienangehörigen?

2. Wie verändern sich die globale Lebenseinstellung sowie die einzelnen Dimensionen und Lebensbedeutungen von Angehörigen von Palliativpatienten in zeitlicher Hinsicht über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beginn des Einsatzes von *Clinic Home Interface*?

3. Bestehen im Querschnitt Zusammenhänge zwischen den Dimensionen bzw. Lebensbedeutungen bei Angehörigen und relevanten klinischen und psychosozialen Variablen der Patienten und Angehörigen selbst?

4. Gibt es psychosoziale und medizinische Faktoren, welche mit der Veränderung der Lebenszufriedenheit im Längsschnitt korrelieren?

2.3 Beschreibung des palliativmedizinischen Versorgungsprojektes Clinic Home Interface in Ravensburg

Clinic Home Interface ist ein spezialisierter ambulanter Palliativversorgungsdienst. Er bietet Kranken mit fortgeschrittenen Tumorleiden die komplette Palliativbehandlung im häuslichen Umfeld. Schwerpunkte sind die ganzheitliche, auch psychische Betreuung von Patienten und Angehörigen, die Schmerzbehandlung, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie Sterbebegleitung in enger Zusammenarbeit mit Hausärzten, Pflegediensten, der spezialisierten onkologischen Schwerpunktpraxis in Ravensburg und der sogenannten regional organisierten Hospizgruppen.

Das fachärztlich geleitete Team besteht aus fünf erfahrenen Pflegekräften mit palliativmedizinischer Zusatzausbildung. Es ist rund um die Uhr, sieben Tage in der Woche im Umkreis von 50 km um Ravensburg einsatzbereit.
Das ärztliche Team besteht aus drei Ärzten, sämtlich Internisten, Onkologen und Palliativmediziner.
Krankenhäuser, Arztpraxen oder Familien können mit CHI entweder direkt über die Palliativstation des Onkologischen Schwerpunktes am Krankenhaus St. Elisabeth, über das Sekretariat von CHI oder über die Information des Krankenhauses St. Elisabeth Kontakt aufnehmen.
Die Betreuung durch CHI ist kostenfrei. Da die Finanzierung über regionale Krankenkassen die Kosten von Clinic Home Interface nicht deckt, muss der Förderverein zusätzliche Mittel über Spenden beschaffen.

Aufgaben des Clinic Home Interface

- das Team von Clinic Home Interface berät, versorgt und begleitet Tumorpatienten und chronisch kranke Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und ausgeprägten Beschwerden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis.
- CHI dient dem Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der ihm anvertrauten schwerstkranken Menschen zu erhalten und – wenn möglich – zu

verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben in ihrer häuslichen Umgebung oder in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

Das CHI-Team unterstützt durch:

- Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Linderung von Symptomen wie Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst
- Versorgung von Portkathetern
- Vernetzung und Versorgung mit weiteren Kooperationspartnern und Hilfsangeboten in der Gemeinde
- Psychosoziale Begleitung
- Sterbebegleitung

Das Angebot ist als Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung zu verstehen und steht den Menschen zur Verfügung, die eine besonders aufwändige Betreuung benötigen [35].

Historische Entwicklung

1978 wurde in der Ravensburger Klinik St. Elisabeth ein Schwerpunkt Onkologie eingerichtet, um den steigenden Zahlen von Krebspatienten eine gute Versorgungsstruktur anbieten zu können. Maßgeblich an der Entwicklung beteiligt waren die Internisten und Onkologen Prof. Dr. med. Gerhard Meuret (Chefarzt) und Dr. med. Siegmar Mende (Oberarzt). Eingebettet in die vorhandenen operativen und strahlentherapeutischen Kliniken entstanden eine internistisch-onkologische Station und eine onkologische Ambulanz in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten. Dieses damals neue Versorgungsmodell wurde anfangs von der Deutschen Krebshilfe mitfinanziert. Im gleichen Jahr erhielt das Krankenhaus St. Elisabeth (EK) den Status eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Ulm.
1983 wurde das EK 1. Onkologischer Schwerpunkt (OSP) des Landes Baden-Württemberg und Ausgangspunkt für das heute bestehende onkologische Versorgungsnetz von 12 OSPs.

Nach mehrjähriger Vorarbeit wurde 1987 die Tumordokumentation durch Mittel des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eingerichtet, die zunächst die medizinische Klinik und später das gesamte Klinikum umfasste.
1989 nahm auf Initiative von Prof. Dr. med. Gerhard Meuret das erste „Palliative Home Care“ Projekt Deutschlands – das in die Klinik integrierte „Clinic Home Interface**“** (CHI) – seine Tätigkeit auf, durch welches jährlich etwa 150 Tumorkranke zu Hause betreut werden. Die Stellen werden von der OSK und vom CHI–Förderverein finanziert.
1992 wurde die Hospizgruppe Ravensburg e. V. gegründet.
Im Januar 1994 verabschiedete die Landesregierung Baden-Württemberg das Landeskrebsregistergesetz. Dafür wurden vom OSP Ravensburg verschlüsselte Patientendaten an das Landeskrebsregister in Stuttgart übermittelt.
1997 wurde der Klinikverbund Oberschwabenklinik GmbH gegründet. Die Krankenhäuser Wangen, Leutkirch, Isny und Bad Waldsee kooperieren auf dem Gebiet der Onkologie. Die Tumordokumentation wurde um diese Häuser erweitert.
2001 übernahm Prof. Dr. med. Günther J. Wiedemann die Leitung der Abteilung Innere Medizin, Gastroenterologie und Onkologie.
Mit der Auflösung des Landeskrebsregisters im Juni 2004 wurde auch die Tumordokumentation der Klinik vorübergehend eingestellt.
2005 wurde der OSP Ravensburg durch die Gutachterkommission des Landesbeirats Onkologie zertifiziert.
2006 wurde im Rahmen der Zertifizierung des OSP ein klinisches Krebsregister als Instrument der onkologischen Qualitätssicherung und Grundlage der Datenerhebung des neuen Landeskrebsregisters Baden-Württemberg und ein Onkologisches Studienzentrum eingerichtet [18].

2.4 Studiendesign und Stichprobe

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine naturalistische, prospektive Studie auf der Grundlage einer Kohorte von 182 Patienten, von welcher nur 100 in die Studie einwilligten, wobei sukzessive ein Drop-out vorwiegend durch Ableben zu erwarten ist. Die Untersuchung hat Erkundungscharakter hinsichtlich der Einstellungen von pflegenden Angehörigen von Palliativpatienten.

Die Stichprobe besteht aus 182 konsekutiv in die Studie aufgenommenen und nicht selektierten Patienten. Es werden keine Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien angewandt.

Aus der ursprünglichen Stichprobe wurden 82 Patienten aus folgenden Gründen nicht in die Studie aufgenommen:

1 Ablehnung/ Patient überfordert
2 Ablehnung/ Angehörige überfordert
3 Verlegung ins Hospiz
4 keine Angehörigen
5 Abbruch
6 nicht überwindbare Sprachbarriere

Die Entwicklung von klinischen, psychosozialen und– allem voran –von Lebensbedeutungen seitens der Angehörigen werden zu vier Messzeitpunkten erfasst. Der erste Messzeitpunkt (t_0) erfolgt anlässlich des ersten Kontaktes durch CHI und vor der Intervention im eigentlichen Sinne. Der zweite Messzeitpunkt (t_1) erfolgt eine Woche später, um den Kurzzeiteffekt der Intervention erfassen zu können. Der dritte Messzeitpunkt (t_2) erfolgt einen Monat und der vierte (t_3) drei Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung, um die möglichen mittelfristigen Effekte derselben erfassen zu können.
Es wurde jedem Angehörigen von dem Index-Palliativpatienten ein Umschlag mit Fragebögen und Skalen (LEBE-Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn, PPSv2-Palliative Performance Scale, ECOG-Skala-aktueller Funktionsstatus, Angehörigen-Fragebogen zu medizinischen und psychosozialen Aspekten, Fragebogen zu den betreuten Angehörigen), sowie der Eiwilligungserklärung von CHI Mitarbeiter ausgehändigt. Zu jedem neuen Messzeitpunkt (t_0 beim Erstkontakt, t_1 eine Woche nach dem Erstkontakt, t_2 ein Monat nach dem Erstkontakt und t_3 drei Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung) wurde ein neuer Umschlag mit allen notwendigen Unterlagen ausgehändigt.
Die beantworteten Fragebögen wurden im verschlossenen Umschlag dem betreuenden CHI Mitarbeiter überreicht und dem studienführenden Arzt weitergeleitet. Mit der Hilfe

der Skalen ECOG und PPS wurde der aktuelle Funktionsstatus der Palliativpatienten durch das aufsuchende CHI Personal, welches zu Anfang der Studie geschult wurde, beurteilt. Die Ergebnisse jedes einzelnen Fragebogens und der Skalen wurden unmittelbar nach der Abgabe bei dem studienführenden Arzt auf eine Excel-Tabelle übertragen. Diese wurde nach Abschluss der Erhebung für die statistische Auswertung pseudonymisiert.

2.5 Untersuchte Variablen

Die ***untersuchten Variablen*** werden in vier Rubriken unterteilt:

1. Anhand eines strukturierten Angehörigenfragebogens werden die **medizinischen und psychosozialen Aspekte des betreuenden Angehörigen** erfasst: Alter, Geschlecht, Verwandtschaftsgrad zur betreuten Person, Lebensgemeinschaft, Schulbildung, aktuelle Tätigkeit, Vorhandensein einer körperlichen Erkrankung sowie einer psychischen Belastung, wirtschaftlicher Probleme oder anderweitiger Belastungen über die Betreuung des kranken Angehörigen hinaus. Es handelt sich in dieser Rubrik um insgesamt zehn Variablen.

2. Strukturierter Fremdanamnesefragebogen zur Erfassung von **klinischen und psychosozialen Charakteristika des betreuten Angehörigen:** Art der Erkrankung, die eine Palliativversorgung erforderlich macht; Alter und Geschlecht; Dauer der Erkrankung; aktuelle somatische Belastungen (vier Kategorien); aktuelle psychische Belastungen (sechs Kategorien). Es handelt sich in dieser Rubrik um sechs Variablen.

3. Erfassung der **funktionellen Beeinträchtigung** durch einen Experten (das Mitglied des aufsuchenden Teams): Erfasst werden der aktuelle Funktionsstatus anhand der *WHO-ECOG-Skala* [16], bestehend aus fünf Stufen. Parallel dazu wird die Funktionalität anhand der *Palliative Performance Scale* der Victoria Hospice Society (PPSv2) [31], bestehend aus zehn Schweregraden in Anlehnung an fünf Beurteilungskriterien (Gehfähigkeit, Aktivität und Krankheitsauswirkung, Selbstversorgung, Ernährung und Bewusstseinslage), erfasst.

4. Erhebung von **daseinsanalytischen Aspekten** bei den pflegenden Angehörigen zu allen vier Messzeitpunkten anhand des standardisierten *Fragebogens LEBE (Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn von T. Schnell und P. Becker)* [34]. Dieser Fragebogen, basierend auf 151 Fragen, untersucht 26 Skalen entsprechend sechs Dimensionen (Selbsttranszendenz vertikal, Selbsttranszendenz horizontal, Selbstverwirklichung, Ordnung, Wir- und Wohlgefühl).

2.6 Beschreibung der eingesetzten standardisierten Instrumente

a) Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn

Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (**LEBE**) ist ein objektiv auswertbares Verfahren zur umfassenden und differenzierten Erfassung von Lebensbedeutungen, Sinnerfüllung und Sinnkrise. Er ist für den Einsatz in Forschung und Praxis konzipiert, wobei es Ansatzpunkte für die unterschiedlichsten Disziplinen und Anwendungsfelder gibt. Den theoretischen Hintergrund des Verfahrens bildet ein hierarchisches Sinn-Konstrukt. Es wird davon ausgegangen, dass Sinnstiftung in menschlichem Leben und Erleben unablässig stattfindet: im Kontext von Wahrnehmungen und Handlungen, auf der komplexeren Ebene der Ziele, Absichten und Pläne sowie letztendlich in der Konstruktion von Lebensbedeutungen und Lebenssinn [34: 8].
Derzeit existieren Übersetzungen des Verfahrens ins Englische, Russische, Spanische und Slowakische [34: 4].

Der LEBE-Fragebogen besteht aus 151 Items, deren Beantwortung ca. 20 bis 25 Minuten in Anspruch nimmt. Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer sechsstufigen Skala, die von 0 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „stimme vollkommen zu“ reicht.
Anhand dieser Items werden 26 Lebensbedeutungen sowie die davon unabhängig erfassten Ausprägungen von Sinnerfüllung und Sinnkrise gemessen. Den 26 Lebensbedeutungen lassen sich vier übergeordnete Dimensionen zuordnen:

Selbsttranszendenz, Selbstverwirklichung, Ordnung, schließlich Wir- und Wohlgefühl. Die Dimension Selbsttranszendenz wird in zwei Subdimensionen unterteilt, die jeweils als vertikale und horizontale Selbsttranszendenz bezeichnet werden. Das Verfahren liegt in einer Computer- und einer Papier-Bleistift-Version vor [34: 8].
Der LEBE umfasst 26 Primärskalen, die differenziert und ausführlich die Ausprägungen der verschiedenen Lebensbedeutungen darstellen. Den Primärskalen lassen sich vier globale Dimensionen zuordnen – Selbsttranszendenz, Selbstverwirklichung, Ordnung, sowie Wir- und Wohlgefühl. Zusätzlich geben die beiden Skalen „Sinnerfüllung“ und „Sinnkrise“ – die unabhängig von den Lebensbedeutungen erfasst werden – Einblick in das Ausmaß der subjektiv empfundenen Sinnerfüllung bzw. des Leidens an einem Mangel am Sinn.
Ziel des Fragebogens ist die dimensionale Beschreibung einzelner Personen oder Personengruppen bezüglich der Ausprägung verschiedener Lebensbedeutungen, Sinnerfüllung und Sinnkrise. Auf jeder Skala kann ein – in Bezug auf die Referenzgruppe – durchschnittlicher, unter- oder überdurchschnittlicher Wert erreicht werden; das jeweilige Profil erlaubt Schlüsse darauf, ob eine Sinnkrise besteht, ob eine Person ihr Leben als sinnerfüllt wahrnimmt, und welche Lebensbedeutungen in welchem Ausmaß dazu beitragen [34: 8].

In den Jahren 2004 bis 2005 wurde das Verfahren an einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 603 Personen ab 16 Jahren aus allen Bundesländern normiert. Nach der Entscheidung für die Gesamtstichprobe oder eine der verschiedenen Teilstichproben als Referenzgruppe stehen die individuellen Testergebnisse als T-Werte in Profilform zur Verfügung. Die Auswertung geschieht computergestützt in der Computerversion, per Auswertungsprogramm in der Fragebogenversion oder von Hand [34: 8].

Beschreibung der einzelnen Dimensionen und Lebensbedeutungen:

1. Selbsttranszendenz

Etymologisch beschreibt der Begriff Transzendenz, der vom lateinischen transcendo abgeleitet ist, ein „Überschreiten“. Es bringt zum Ausdruck, dass ein bestimmter Bereich oder eine Grenze überschritten wird. Ein Verständnis von Selbsttranszendenz, das sich nicht innerhalb des christlichen Denkens verorten will, kann unterschiedliche Spannweiten annehmen. Neben einer Selbsttranszendenz auf ein „ganz anderes“, Göttliches, ein Jenseits hin (Selbsttranszendenz vertikal) kann Transzendenz auch horizontal, also innerweltlich geschehen.

Die Lebensbedeutungen, die in der Dimension Selbsttranszendenz zusammengeführt werden, zeichnen sich dementsprechend durch die Überschreitung des Bereichs der Eigenwelt (subjektiver Selbstbezug) aus, wobei das Ziel dieser Transzendenz die Mitwelt, die Umwelt, eine jenseitige Welt, oder auch ein postulierter „Kern“ der Eigenwelt, bzw. das „wahre Selbst“ sein kann.

Die Selbsttranszendenz **vertikal** charakterisiert eine Haltung, die durch Ausrichtung an einer jenseitigen Wirklichkeit gekennzeichnet ist. Sie findet sich wieder in *Expliziter Religiosität*, die durch den Glauben an einen persönlichen Gott gekennzeichnet ist und ein weiteres Spektrum von liberal bis fundamentalistisch umfasst. *Spiritualität* stellt einen Bezug zu einer übernatürlichen Wirklichkeit dar, der nicht an institutionalisierte Religion gebunden ist. Glaube an Schicksal und Astrologie sind charakteristisch, häufig auch eine Affinität zu Esoterik und Angeboten der so genannten „Psychoszene“.

Die Selbsttranszendenz **horizontal** beschreibt die engagierte Übernahme von Verantwortung für verschiedene Bereiche der Eigen-, Mit- oder Umwelt. Charakteristisch für diese Sinndimension ist ein aktives bis aktivistisches Eintreten für das als wichtig Erachtete.

Dazu zählt soziale, ökologische oder politische Arbeit, die meist ehrenamtlich ausgeübt wird und bisweilen auch Formen des (symbolischen) Kampfes annimmt (z.B. ATTAC, Greenpeace, PETA). Naturverbundenheit geht zudem mit einer engen, emotional geprägten Beziehung zur Natur einher.

Stellt *Gesundheit* eine Sinnquelle dar, so bezieht sich dies auf die Transzendenz des Körpers und durch ihn bestehenden Beschränkungen, entweder in Form von Erhaltung der Gesundheit oder Streben nach Fitness. Eine Selbsttranszendenz nach innen bedeutet

die Besinnung auf das eigene Selbst, das erforscht und reflektiert wird. *Selbsterkenntnis*, das Wissen, wer man "eigentlich" ist, wird dabei oft gleichgesetzt mit dem Wissen um Schwachstellen und Ängste, aber auch mit der Erkenntnis, was die eigenen Stärken und somit anzustrebende Ziele sind.
Selbsttranszendenz zeigt sich ebenfalls im Streben danach, Spuren über den Tod hinaus zu hinterlassen. Dieses wird häufig durch eigene Nachkommen befriedigt.
Generell steht die Lebensbedeutung *Generativität* für die Hoffnung, durch eigene Bemühungen einen positiven bleibenden Beitrag für die Allgemeinheit leisten zu können [34: 28-30].

2. Selbstverwirklichung

Selbstverwirklichung gilt als charakteristische Sinnquelle der Moderne; Selbstbestimmung und Arbeit am Selbst werden zu sinngebenden Haltungen und Aktivitäten schlechthin. Was der Mensch aus seinem Leben macht, liegt in seiner eigenen Hand; er ist der Schöpfer seiner selbst.
Vielfältige kommerzielle Angebote setzen hier an; sie zielen auf Bedürfnisse der Selbstdarstellung und Selbstoptimierung.
Stellt *Entwicklung* eine zentrale Lebensbedeutung dar, so begegnet man dem Leben in einer Haltung der Erwartung und Offenheit. Lernbereitschaft und Veränderungswille prägen Einstellungen und Handeln, das auf selbst gesetzte Ziele hin orientiert ist.
Herausforderung ist ebenfalls durch Offenheit und Bewegung geprägt. Dabei liegt ein starker Akzent auf Abenteuer und Risiko. Typischer Ausdruck dieses Sinninhalts sind Reisen, Extremsportarten oder allgemeines Interesse an Ungewöhnlichkeiten. Die Unabhängigkeit von jeglichen Fremdeinflüssen und Beschränkungen steht bei *Freiheit* im Vordergrund. Selbstbestimmtheit und Ungebundenheit, wohl auch besonders im Kontrast zu der üblicherweise engen Einbindung in gesellschaftliche Systeme, dienen der Sinnstiftung.
Für die Lebensbedeutung *Individualismus* ist auch die Unabhängigkeit zentral. Hier liegt der Focus jedoch darauf, den eigenen Lebensweg möglichst individuell und auf eigene Stärken und Interessen abgestimmt zu gestalten. Die Abgrenzung von anderen wird dabei explizit angestrebt.

Orientierung, Selbstverortung und stetige Horizonterweiterung durch Informieren und Verstehen spielen eine zentrale Rolle, wenn *Wissen* eine Lebensbedeutung darstellt. Konkret zeigt sich diese Lebensbedeutung in einer wissenschaftlichen oder politischen Einstellung dem Leben gegenüber, oder auch in bisweilen exzessivem Rezipieren von Informationen in Zeitungen, Internet oder TV.
Kreativität steht für schöpferische Kraft und Gestaltungswillen. Das eigene Leben wird zum Werkstoff, der mit Phantasie modelliert wird.
Konträr dazu legen Menschen, die ihren Lebenssinn auf Leistung stützen, sehr strenge Maßstäbe an sich an. Nicht das Handeln an sich, sondern das Ergebnis ist bedeutsam: Erfolg und herausragende Leistungen werden angestrebt.
Dominanz und Stärke bestimmen das Selbstverständnis, wenn *Macht* überdurchschnittlich stark ausgeprägt ist. Das Leben wird als Kampf verstanden [34: 30].

3. Ordnung

Ordnung bezeichnet eine Sinnquelle, die durch Festhalten und Bewahren gekennzeichnet ist; hier handelt es sich um eine eher materielle und konservative Orientierung. Wohlstand und Sicherheit stehen im Vordergrund.
Vernunft weist auf eine „vernünftige“ Weltanschauung hin: Rationalität und Mäßigung bestimmen das Denken und Handeln, Gefühle gelten nicht als Orientierungsmaßstab. Das Handeln wird dem Denken gegenüber aufgewertet, wenn *Bodenständigkeit* eine zentrale Lebensbedeutung darstellt. Die Lebenseinstellung ist pragmatisch, konzentriert sich auf das Nützliche und Notwendige. Sinn entsteht haptisch; man steht mit beiden Beinen auf dem Boden.
Moral steht für eine nachdrückliche Orientierung an Werten und Normen. Disziplin und gutes Benehmen bestimmen das Handeln.
Eine hohe Ausprägung von *Tradition* weist auf ein Leben hin, welches Bedeutung aus Altbewährtem gewinnt. Ordnung und Routine bieten Schutz vor Überraschungen; die Wahrung von Bräuchen und Traditionen gibt dem Leben die benötige Struktur [34: 31].

4. Wir- und Wohlgefühl

Die Dimension Wir- und Wohlgefühl beschreibt eine Haltung, die durch Bewahrung und Förderung des eigenen wie auch fremden Wohlbefindens gekennzeichnet ist.
Während „Wir-Gefühl“ eine Sinnquelle darstellt, die neben „Macht“ schon seit der Antike als zentrales Motiv menschlichen Handels angesehen wird, stellt „Wohlgefühl“ eine Sinndimension dar, die erst nach einer gesellschaftlichen Stabilisierung von Wohlstand und Sicherheit auftreten konnte.
Die Dimension findet ihren Ausdruck in verschiedenen auffälligen Phänomenen der Gegenwart; dazu zählt vor allem die *Wellness-Bewegung.*
Wellness-Angebote versprechen körperlich-seelisches Wohlgefühl, Harmonie und Spaß.
Ausdruck dieser Sinndimension ist auch das Cocooning: Der Begriff steht für einen Rückzug ins Private, in wenige, aber enge Beziehungen, Familie, Gemütlichkeit und Geborgenheit.
Gemeinschaft beschreibt die Nähe zu anderen Menschen als sinnstiftend. Freundschaften spielen eine zentrale Rolle; Beziehungen werden gepflegt. Der Mensch wird vor allem als soziales Wesen verstanden.
Wenn *Fürsorge* eine zentrale Lebensbedeutung darstellt, bestimmen Verantwortungsgefühl, Hilfsbereitschaft und das Wohl anderer das Denken und Handeln. Der Aspekt der Selbstüberschreitung steht weniger im Vordergrund, als vielmehr das positive Selbsterleben durch den Dienst an anderen, was daraus zu schließen ist, dass Fürsorge hoch auf der Dimension Wir- und Wohlgefühl lädt.
Der Glaube an die Liebe als Leidenschaft, Intimität und Einheit wird als sinnstiftend erlebt, wenn die Skala *Liebe* stark ausgeprägt ist. Die Liebe ist Lebensmittelpunkt und bestimmt das Denken und Handeln in hohem Maße.
Harmonie steht für einen Lebensentwurf, der Bedeutung aus Ausgewogenheit und Einklang gewinnt. Mit hoher Sensibilität werden Stimmungen registriert und bewertet. Das Streben nach Harmonie ist handlungsleitend.
Bewusstes Erleben weist auf eine Lebenseinstellung hin, die durch Aufmerksamkeit und Besinnung gekennzeichnet ist. (Subjektiv) bedeutsame Ereignisse werden ritualisiert: Der Alltag wird unterbrochen, um das Geschehen zu zelebrieren.

Das Wichtigste im Leben ist es, Spaß zu haben-sagen Personen, bei denen die Skala *Spaß* stark ausgeprägt ist. Die Grundeinstellung dem Leben gegenüber ist humorvoll und heiter; Unterhaltung und Fröhlichkeit machen das Leben lebenswert.
Die Lebensbedeutung *Wellness* ist ein Ausdruck für eine hedonistische Lebenseinstellung. Das subjektive Wohlgefühl steht im Vordergrund: Man nimmt sich Zeit für Entspannung, Faulenzen und Genuss. Ereignisse und Aktivitäten, die Lustgewinn versprechen, werden als bedeutungsvoll erlebt [34: 31-32].

5. Sinnerfüllung und Sinnkrise

Sinnerfüllung weist auf die Einschätzung des eigenen Lebens als bedeutsam und sinnvoll hin; man erlebt sich als zugehörig zu einem größeren Ganzen und geht davon aus, mit dem eigenen Leben dazu beizutragen.
Die Skala Sinnerfüllung ermöglicht eine „saubere" Erfassung des Konstrukts, indem nur komplementäre Umschreibungen von Sinnerfüllung, wie sie in der Literatur verwendet werden, zur Operationalisierung herangezogen werden.
Da die Skala die Ausprägung von Sinnerfüllung erfasst, und keinen Sinninhalt, wird sie prinzipiell unabhängig von den Lebensbedeutungsskalen ausgewertet, ebenso wie die Skala Sinnkrise.
Die Skala *Sinnkrise* erfasst das Ausmaß des Leidens an einem Mangel am Sinn. Mit dieser Skala wird konkret erfasst, ob typische Merkmale einer Sinnkrise vorliegen: die Empfindung von Leere, Sinnlosigkeit und die erfolglose Suche nach Sinn [34: 32].

b) Palliative Performance Scale, PPSv2 (Version 2.0 of the Victoria Hospice Society)

Palliative Performance-Skala (PPS) basiert auf fünf Domänen, die vom betreuenden Personal beurteilt werden und korreliert mit der Karnofsky Performance-Skala (100-0). Die PPS ist ein zuverlässiges und valides Instrument und korreliert ebenfalls mit dem tatsächlichen Überleben und der medianen Überlebenszeit von Krebspatienten. Dieser Score wurde eingesetzt zum Zwecke der Identifizierung und Berücksichtigung von möglichen körperlichen Bedürfnissen der Palliativpatienten, zumal sich diese Bedürfnisse mit der Progression der Erkrankung ändern [30].

Palliative Performance Scale (Version 2.0 of the Victoria Hospice Society) nach [30]

PPS Level	Mobilität	Aktivität & Krankheitsanzeichen
100%	voll	Normale Aktivität und Tätigkeit. Keine Krankheitsanzeichen.
90%	voll	Normale Aktivität und Tätigkeit. Einige Krankheitsanzeichen.
80%	voll	Normale Aktivität mit Anstrengung. Einige Krankheitsanzeichen.
70%	reduziert	Unfähig zu normaler Arbeit. Deutliche Krankheitsanzeichen.
60%	reduziert	Unfähig für Hobby/Hausarbeit. Deutliche Krankheitsanzeichen.
50%	überwiegend Sitzen/Liegen	Unfähig zu jeglicher Arbeit. Starke Krankheitsanzeichen.
40%	überwiegend im Bett	Unfähig zu den meisten Aktivitäten. Starke Krankheitsanzeichen.
30%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen.
20%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen (minimale Flüssigkeitsaufnahme).
10%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen (nur Befeuchtung der Schleimhäute).
0%	Tod	----------

c) *Auszug aus der psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado), hier die ECOG-Skala, die psychischen und die somatischen Belastungen.*

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (**PO-Bado**) ist eine Fremdeinschätzungsskala für das Befinden und den psychosozialen Status von Krebspatienten (aller Diagnosen und Stadien). Sie wurde von der Arbeitsgruppe PO-Bado, gefördert von der Deutschen Krebshilfe und mit Unterstützung von DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie) und PSO (Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft), in den Jahren 2000 bis 2006 entwickelt. Die PO-Bado kann von Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften angewandt werden, um Art und Ausmaß psychischer und somatischer Belastung von Krebspatienten einzuschätzen.

Es liegen heute neben der Standardversion der PO-Bado eine Spezialversion für Brustkrebspatientinnen vor (PO-Bado-BK) sowie eine Kurzform (PO-Bado-KF). Jede dieser Versionen besteht aus einem Antwortformular und einem Manual.
Bei der PO-Bado handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument, d.h. das psychosoziale Befinden wird nicht vom Patienten selbst, sondern vom Behandler (Arzt, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Seelsorger etc.) eingeschätzt. Voraussetzung für die Anwendung des PO-Bado Bogens ist ein persönliches Gespräch mit dem betreffenden Patienten. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Zustand des Patienten eine ausreichende verbale Kommunikation erlaubt.
Die PO-Bado kann im Verlauf der Behandlung auch mehrfach angewendet werden. Sie besteht aus soziodemographischen und medizinischen Angaben zur Patientendokumentation, somatischen Belastungen (4 Items), psychischen Belastungen (8 Items), zusätzlichen Belastungsfaktoren (3 Items) sowie einer Frage nach möglichen Fremdursachen der Belastungen und einem Item, das die Indikation für psychologische Behandlung kennzeichnet [15].

ECOG-Skala

1960 wurde von der Eastern Co-operative Oncology Group (ECOG) ein vereinfachter „ECOG Performance Status“ mit nur fünf Ausprägungen eingeführt. Dieser wird seit 1982 ECOG/WHO Score genannt und beschreibt auf einer Skala von 0 (volle Leistungsfähigkeit) bis vier (Patient ist ständig bettlägerig) den Gesundheitsstatus eines Patienten. Der Wert fünf wird angewandt, wenn der Patient verstorben ist.

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

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

Psychische Belastungen

Es geht vor allem um emotionale Reaktionen und ausgewählte psychopathologische Kategorien unter denen der Patient leidet bzw. die von ihm als Belastung empfunden werden.

Dazu gehören:

- Schlafstörungen;
- kognitive Einschränkungen;
- Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein;
- Angst / Sorgen / Anspannung;
- Scham / Selbstunsicherheit;
- Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität und
- weitere psychische Belastungen(z. B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).

Somatische Belastungen

Zu den somatischen Belastungen gehören sowohl körperliche Beschwerden als auch funktionelle Einschränkungen, unter denen der Patient leidet.

Dazu gehören:

- Erschöpfung / Mattigkeit;
- Schmerzen;
- Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und
- weitere somatische Belastungen, die für den Patienten eine körperliche oder funktionelle Belastung darstellen, z. B. Übelkeit, Appetitlosigkeit, Fieber, sexuelle Funktionsstörungen, Luftnot, Verlust von Körperteilen.

2.7 Statistische Methoden

In der Studie werden metrische, nominelle, dichotome und ordinal-skalierte Variablen angewandt. Für die Regressionsmodelle werden ordinal-skalierte Variablen auch als metrische behandelt (z. B. Schulbildung) und nominelle Variablen werden zu dichotomen umgewandelt (z. B. Verwandtschaftsgrad). Die Messzeitpunkte werden ebenfalls als

metrische Variable, aber auch als nominelle Variable (jeder Zeitpunkt für sich) in die Regressionsmodelle aufgenommen, um die Richtung der Regressionskoeffizienten besser verstehen zu können.

Die deskriptive Statistik für die nominellen und dichotomen Variablen erfolgt anhand von absoluten und relativen Häufigkeiten, letztere in Form von prozentuellen Anteilen. Die metrischen Variablen werden mit folgenden Parametern beschrieben: *Mittelwert*, *Standardabweichung* (die Wurzel der gemittelten quadrierten Abweichungen aller Werte vom Mittelwert), *Variationskoeffizient* (Standardabweichung geteilt durch Mittelwert multipliziert mit 100) und *Rang* (kleinster bzw. höchster Wert der Indexvariable).

Für die Regressionsmodelle werden insgesamt elf Variablen ausgewählt: sechs für die Patienten bzw. kranken Familienmitglieder (Alter, Geschlecht, Dauer der Erkrankung in Monaten, Grad der körperlichen Funktionsbeeinträchtigung – gemessen mit PPS –, Gesamtscore der somatischen Belastungen und Gesamtscore der psychischen Belastungen, beide aus dem PO-Bado), und fünf Variablen bezogen auf die betreuenden Angehörigen (Geschlecht, Grad der Verwandtschaft, Schulbildung, subjektiver Grad der psychischen Belastung und subjektiver Grad der körperlichen Belastung). Diese Variablen werden deshalb ausgewählt, weil Alter, Geschlecht und Verwandtschaftsgrad wichtige soziodemografische Kontrollvariablen darstellen. Schulbildung könnte gerade bei Lebenseinstellungen eine bedeutende Einflussvariable darstellen. Wir gehen davon aus, dass psychische und körperliche Belastung, sowohl bei den kranken Angehörigen als auch bei den pflegenden Personen, einen großen Einfluss auf die Lebenseinstellungen haben kann, die auch im Laufe der Zeit sich ändern könnte. Daher wurde die Dauer der Erkrankung als weitere Kontrollvariable mit in die Modelle aufgenommen.

Die multivariaten Regressionsanalysen untersuchen im Querschnitt welchen Anteil der Varianz der abhängigen Variable durch die im Modell aufgenommenen unabhängigen Variablen erklärt wird. Die in den Modellen vorkommenden Variablen kontrollieren sich gegenseitig die Varianz und erlauben Aussagen über Zusammenhänge zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen innerhalb des Modells. *Regressionskoeffizienten* (b) zeigen, in welchem Ausmaß sich die abhängige Variable ändert, wenn die unabhängige Variable um eine Einheit zunimmt. Die Regressionskoeffizienten können auch *standardisiert* werden, was in unseren Modellen

nicht der Fall ist. Der *F-Test* ermittelt, ob alle Koeffizienten im Modell nicht gleich Null sind; wenn prob F < 0,05 ist, dann kann das Modell angenommen werden. R^2 gibt an, welchen Anteil der Varianz der abhängigen Variable durch die Regressoren erklärt wird. *Adjusted* R^2 entspricht R^2, aber angepasst an die Fallzahl (Individuen) und Variablen, sodass, wenn die Anzahl an Fällen groß ist und die Anzahl an Variablen gering, Adjusted R^2 näher an R^2 liegt. Dabei wird R^2 *within* (intraindividuell) von R^2 *between* (zwischen Individuen) und R^2 *overall* (Gesamterklärung der Varianz der abhängigen Variablen) unterschieden. *T-Werte* prüfen die Hypothese, dass jeder Koeffizient anders als Null ist; wenn der T-Wert höher als 1,96 bei einem Konfidenzintervall von 95 Prozent liegt, dann kann davon ausgegangen werden, dass die unabhängige Variable einen statistisch signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable hat.

Die Untersuchung im Längsschnitt erfolgt auf der Grundlage einer *Panel-Struktur* der Datensätze. Paneldaten werden mit zwei unterschiedlichen Techniken untersucht: fixed effects und random effects. *Fixed effects* werden eingesetzt, wenn man die Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und abhängigen Variablen bei gegebenen Individualdaten zu verschiedenen Zeitpunkten als Zeitreihen untersuchen möchte; dabei wird davon ausgegangen, dass intraindividuelle Charakteristika Einfluss auf Prädiktoren oder auf abhängige Variablen (Outcome-Variablen) haben, weshalb diese Variablen in den multivariaten Modellen kontrolliert werden. *Fixed-effects-Modelle* entheben die Wirkung von zeitabhängigen Charakteristika, so dass ein Nettoeffekt der Prädiktoren auf die abhängige Variable ermittelt werden kann. Zeitunabhängige Charakteristika der Individuen sind kollinear mit den Individuen, so dass Fixed-effects-Modelle nicht angewandt werden können, um Ursachen der intraindividuellen Veränderungen zu untersuchen. *Random-effects-Modelle* gehen davon aus, dass die Veränderungen innerhalb der Individuen über die Messzeitpunkte hindurch zufällig sind und nicht im Zusammenhang mit den unabhängigen Variablen stehen. Sie sollen angewandt werden, wenn man davon ausgeht, dass interindividuelle Unterschiede einen Einfluss auf die abhängigen Variablen ausüben. Es dürfen zeitunabhängige Variablen wie Geschlecht oder Bildungsstand angewandt werden. Die allgemeine Formel ist folgendermaßen:

$Y_{it} = \beta Xit + \alpha + u_{it} + \varepsilon_{it}$

Legende:

i = Individuen (i = 1 … n)

t = Messzeitpunkte

Y = abhängige Variable (AV)

X = unabhängige Variable (UV)

β = Regressionskoeffizient für die UV

α = unbekanntes Intercept für jedes Individuum (Konstante)

u_{it} = Fehlerterm interindividuell

ε_{it} = Fehlerterm intraindividuell

Die *Zeitvariable besteht aus vier Messzeitpunkten*. Da diese Variable ordinal-skaliert ist, wird sie in den Regressionsmodellen als metrische Variable angewandt. Die Sichtung der Entwicklung der Variablen (Dimensionen und Lebensbedeutungen des LEBE-Tests) zeigt, dass sie sich häufig *U-förmig* verhalten, das heißt, dass zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 der Wert sinkt, um dann zum Zeitpunkt t_3 wieder aufzusteigen; daher wird in die Regressionsmodelle die quadratische Zeit-Variable angewandt, um zu prüfen, ob eine *quadratische Kurvenanpassung* den Verlauf besser als eine lineare Regression erklärt. Um festzustellen, ob die Veränderungen der Variablen zu den verschiedenen Messzeitpunkten untereinander signifikant sind, wird die Zeitvariable als nominell mit vier Ausprägungen in den Regressionsmodellen behandelt. Dabei ist t_0 das sogenannte *Base-Outcome*, mit welchem die anderen Werte der unterschiedlichen Messzeitpunkte verglichen werden. Somit kann geprüft werden, ob signifikante Veränderungen in die eine oder andere Richtung bezogen auf den Ausgangswert bestehen. Diese letzte Methode hat den Vorteil, dass Aussagen über die unterschiedlichen Zeitpunkte gemacht werden können, während bei der Variable Zeit als metrischer Variable die Limitation besteht, dass die Zeitabstände nicht gleich sind (eine Woche – ein Monat – drei Monate) und somit eine Verzerrung des Regressionskoeffizienten stattfindet.

In den *Random-effects-Regressionsmodellen* sind verschiedene statistische Parameter zu finden, die einer kurzen Erörterung bedürfen. In der vorliegenden Studie sind die unabhängigen Variablen konstant über die Messzeitpunkte, anders als die abhängige Variable. Es werden keine Interaktionseffekte mit der Zeit berechnet, weshalb die

statistisch signifikanten ($p<0,05$) Regressoren zum Ausdruck bringen, dass sie einen positiven oder negativen Einfluss auf den Mittelwert der abhängigen Variable über die verschiedenen Messzeitpunkte haben. Mit dem *Wald-Test* kann geprüft werden, ob eine oder alle unabhängigen Variablen einen signifikanten Beitrag zu einem generalisierten linearen Regressionsmodell liefern. Wenn der Wald-Test für eine oder mehrere unabhängige Variablen die Nullhypothese ablehnt (mindestens ein Regressionskoeffizient ist nicht gleich Null), dann sollten die Variablen in das Modell mit einbezogen werden. Der Regressionskoeffizient (b) wurde weiter oben erklärt. Der *z-Wert* ist ein standardisierter Messwert und gibt an, wie viele Standardabweichungen und in welcher Richtung (daher + und – Vorzeichen) ein Messwert vom Mittelwert abweicht. Der *Standardfehler* (SE) zeigt die theoretische Streubreite des Stichprobenmittelwerts, während die Standardabweichung die reale Streubreite der Stichprobe angibt. Da SE berechnet wird, indem die Standardabweichung durch die quadratische Wurzel des Stichprobenumfangs geteilt wird, kann davon ausgegangen werden, dass je höher die Stichprobe und je geringer die Varianz sind, desto kleiner SE ausfällt. Der *zweiseitige p-Wert* prüft die Hypothese, dass der Regressionskoeffizient nicht gleich Null ist. Wenn der p-Wert < 0,05 bei Konfidenzintervall von 95 Prozent und $\alpha = 0,10$ ausfällt, dann kann davon ausgegangen werden, dass die unabhängige Variable einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable inne hat. Ein *95-prozentiger Konfidenzintervall* (CI) gibt an, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent der geschätzte Parameter mit dem wahren Populationsparameter übereinstimmt. Der Konfidenzintervall wird auf der Grundlage des SE und des kritischen Wertes $z_{\alpha/2}$ auf einem Niveau von 95 Prozent nach der folgenden Formel untersucht:

$\theta \pm z_{(1-\alpha/2)} \times SE$, wobei θ der geschätzte Parameter ist, $z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, wenn $\alpha = 0,10$ ist und $SE=\frac{\sigma}{\sqrt{n}}$ darstellt. Wenn die untersuchten unabhängigen Variablen einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable aufweisen, dann gehört Null nicht zum Konfidenzintervall.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ ist das $(1-\alpha/2)$-Quartil der Standardnormalverteilung. $T_{(1-\alpha/2;\, n-1)}$ ist das $(1-\alpha/2)$-Quartil der t-Verteilung mit n-1 Freiheitsgraden. Für $n > 30$ kann das Quartil der *t-Verteilung* näherungsweise durch das entsprechende Quartil der Standardnormalverteilung ersetzt werden.

Sigma-u ist die Standardabweichung der Residuen innerhalb der Gruppen (z. B. Individuen), während *sigma-e* die Standardabweichung aller Residuen als Fehlerterm darstellt.

Rho gibt den Anteil der Varianz an, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist, weshalb rho als die Binnenklassen-Korrelation verstanden werden kann und entspricht $(sigma - u)^2/[(sigma - u)^2 + (sigma - e)^2]$

Log Likelihood bezieht sich auf das Anpassungsmodell und wird in der Berechnung des *Likelihood Ratio (LR) Chi*^{2}eingesetzt, um festzustellen, ob die Regressionskoeffizienten der unabhängigen Variablen alle gleichzeitig Null sind in einem verschachtelten (nested) Modell. *Chibar2* testet den Likelihood Ratio Test gegenüber einer linearen Regression.

2.8 Rechtliche Aspekte

Der Datenschutz wird dadurch sichergestellt, dass die operative Datenbank mit pseudonymisierten Daten aufgestellt wird.

Alle Angehörigen und betroffenen Patienten werden aufgeklärt und unterschreiben gegebenenfalls eine Einwilligungserklärung, die in Anlehnung an die Kriterien der Ethikkommissionen verfasst wurde.

Die Ethikkommission der Technischen Universität München wurde um Genehmigung für die Durchführung der Studie ersucht. Das Studienprotokoll von der Ethikkommission der Technischen Universität zu München wurde unter der Verfahrensnummer 5742/13 genehmigt.

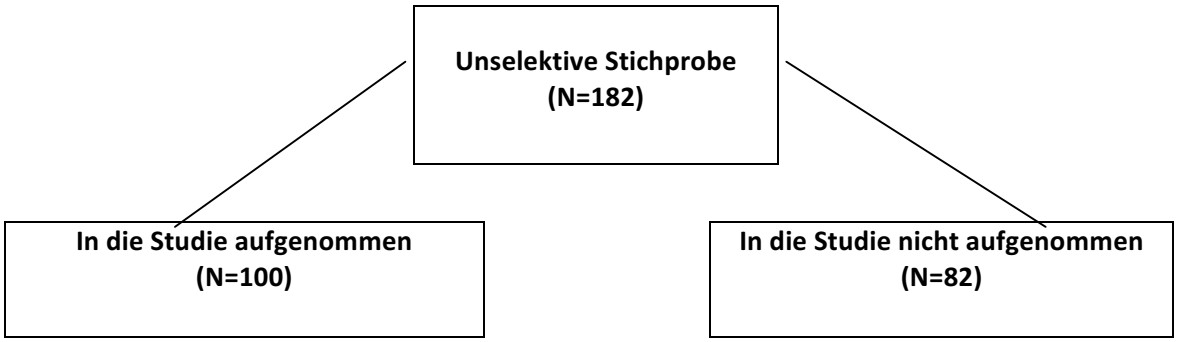
Es liegen bei den an der Untersuchung Beteiligten weder materielle noch ideelle Interessenskonflikte mit dem Ziel der Forschung vor.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden konsekutiv 182 Patienten erfasst. Bei Erreichen der Zahl von 100 Beteiligten wurde die Erhebung nach zwei Jahren Forschungsbegleitung abgeschlossen. Im Erhebungszeitraum haben sich 82 Patienten aus verschiedenen Gründen nicht beteiligt. Von den 100 teilnehmenden Patienten gab es erwartungsgemäß einen zunehmenden *drop-out*, der bei jedem Messzeitpunkt größer wurde. Der Hauptgrund war das Ableben von Patienten. Der Umfang der Stichprobe zu jedem Messzeitpunkt und die absoluten Frequenzen von Ausschlussgründen wurden in Tabelle 1 dargestellt.

<u>Tabelle 1:</u> An der Studie beteiligte und nicht beteiligte Patienten bzw. deren Angehörige (betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014)



- t_0 = 97
- t_1 = 59
- t_2 = 34
- t_3 = 24

Ablehnung Patient(Überforderung)	18
Ablehnung Angehörige (Überforderung)	21
Verlegung in Hospiz	5
Keine Angehörigen	5
Abbruch	6
Sprachbarriere	3
Kein Rücklauf/verstorben	24

<u>Legende zu Tabelle 1:</u> **t_0**= Unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Intervention; **t_1**= 1 Woche nach Beginn der Intervention; **t_2**= 1 Monat nach Beginn der Intervention; **t_3**= 3 Monate nach Beginn der Intervention.

3.2 Psychosoziales Profil der Patienten und deren Angehörigen

Das mittlere Alter der Patienten aus der Stichprobe (N=100), die aus 40% Frauen besteht, liegt bei 67,9 Jahren mit einer relativ geringen Streuung (SD = 12,1 Jahre; Vc = 18%). Die von der vorliegenden Studie erfassten Patienten waren im Durchschnitt seit fast zwei Jahren erkrankt bei großer Streuung (SD = 26,5 Monate; Vc = 115%).
Das mittlere Alter der betreuenden Angehörigen lag mit 57,4 Jahren etwa zehn Jahre unter dem Alter der Patienten. Genau drei Viertel der untersuchten betreuenden Angehörigen waren Frauen, die in 62% der Fälle den Partner und in 29% der Fälle einen Elternteil betreuten. Hinsichtlich Schulbildung haben 37% die Hauptschule, 36% die Realschule und 27% das Gymnasium besucht. Drei Viertel haben eine Ausbildung und ein Fünftel ein Studium absolviert. Berufstätig waren 49% der betreuenden Angehörigen, 18% selbst Rentner und 33% haben sich ausschließlich dem Haushalt und der Pflege des kranken Angehörigen gewidmet.

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben von palliativ aufsuchend versorgten Patienten und ihren betreuenden Angehörigen (N=100) (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014)

	N	%	M	SD	Vc	range
Patienten						
• Alter	100					
• Anteil Frauen	100	40%	67,9	12,1	18%	31-92
• Verwandtschaftsgrad	100	(62% Partner, 29% Elternteil)				
Betreuende Angehörige						
• Alter	100		57,4	13,3	23%	24-80
• Anteil Frauen	100	75%				
• Schulbildung	100	37% Hauptschule				
• Beruflicher Abschluss, Ausbildung	100	75% Lehre 25% Studium				
• Anteil Berufstätigkeit	100	49%				
• Anteil Haushalt + Pflege des kranken Angehörigen	100	33%				
• Anteil wirtschaftliche Probleme	100	7%				
• Anteil andere Probleme als Pflege des Angehörigen	100	34%				

Legende: **N** = Stichprobenumfang; **%** = Anteil der Stichprobe; **M** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung; **Vc** = Variationskoeffizient [(SD/M)x100]; **range** = Wertebreite (kleinster und höchster Wert der Stichprobe für die Indexvariable)

3.3 Klinisches Profil der Patienten und deren Angehörigen

Zu den relevanten klinischen Variablen, die in dieser Studie erfasst wurden, zählen die Art der Erkrankung, die somatischen bzw. psychischen Belastungen sowie der Funktionsstatus, gemessen mit der WHO-ECOG-Skala und der Palliative Performance Scale (PPS). Erwartungsgemäß litten die meisten Patienten an einem Malignom (94%) und wiesen vor Beginn der Intervention einen höheren Belastungsscore für die psychische Befindlichkeit (12,5) als für die körperliche (9,5) auf, wenngleich sechs Items für die erste und vier für die zweite Kategorie zugrunde gelegt waren. Die funktionelle Beeinträchtigung kann bei einem Wert von 2,91 auf der ECOG-Skala und von 6,21 auf der PPS-Scale bei geringerer Streuung als beträchtlich angesehen werden. Die Kernergebnisse sind auf der Tabelle 3 zusammengefasst.

Tabelle 3: Übersicht über die erfassten klinischen Variablen bei palliativ aufsuchend versorgten Patienten und betreuenden Angehörigen zum Messzeitpunkt t_0 (unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung) betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	N	%	M	SD	V_c	range
Patienten						
• Dauer der Erkrankung (Monate)	100		67,9	12,1	18%	31-92
• Anteil der Patienten mit Krebserkrankung	100	94%				
• Somatische Belastung (Summascore)	100		9,8	4,0	41%	1-16
• Psychische Belastung (Summascore)	100		12,5	5,8	46%	0-26
• WHO-ECOG-Skala	100		2,91	0,93	32%	1-4
• Palliative Performance Scale (PPS)	100		6,21	1,67	27%	2-9
Angehörige						
• Aktuell unter körperlichen Problemen leidend	100	61%				
• Aktuell unter psychischen Problemen leidend	100	28%				

Legende: **WHO-ECOG-Skala**: beschreibt auf einer Skala von 0 bis 4 den Gesundheitsstatus eines Patienten, **N** = Stichprobenumfang; **%** = Anteil der Stichprobe; **M** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung; **Vc** = Variationskoeffizient [(SD/M)x100]; **range** = Wertebreite (kleinster und höchster Wert der Stichprobe für die Indexvariable)

Bei der Stichprobe war zum Ausgangspunkt (t_0) der Schweregrad der Einschränkung in der Ausführung der Tätigkeiten des täglichen Lebens am stärksten beeinträchtigt (3,10 Punkte), gefolgt von Erschöpfung (2,68 Punkte). Die höchste Streuung war bei Schmerzen zu finden (Vc=62%) (s. Tab. 4).

Die stärksten Befindlichkeitsstörungen sind Angst (M=2,70) und Hilflosigkeit (M=2,48). Die höchste Streuung zeigen Scham und kognitive Einschränkungen mit einem Variationskoeffizient von jeweils 108%.

Kein einziger Patient zeigt eine volle Aktivität. Dagegen zeigen 70% der Patienten eine derart schwere funktionelle Beeinträchtigung, dass sie 50-100% der normalen Tageszeit im Bett verbringen müssen.

Dieser Befund deckt sich mit der Tatsache, dass 67% der Patienten einen PPS-Level (Mobilitätsgrad) von 40% oder weniger aufweisen, und bedeutet, dass sie die meiste Zeit im Bett verbringen. Die wesentlichen Ergebnisse sind in der Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Ausprägung einzelner somatischer und psychischer Belastungen der palliativ versorgten Patienten unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0), betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	N	M	SD	V_c	range
Somatische Belastungen					
• Erschöpfung (0-4)	100	2,68	1,31	49%	0-4
• Schmerzen (0-4)	100	2,26	1,41	62%	0-4
• Einschränkung des täglichen Lebens (0-4)	100	3,10	1,10	35%	0-4
• Andere somatische Belastungen (0-4)	99	1,82	1,49	82%	0-4
• Summenscore somatischer Belastungen (0-4)	100	9,8	4,0	41%	1-16
Psychische Belastungen					
• Schlafstörungen (0-4)	100	1,81	1,33	73%	0-4
• Kognitive Einschränkungen (0-4)	100	1,28	1,38	108%	0-4
• Hilflosigkeit (0-4)	100	2,48	1,42	57%	0-4
• Angst/Sorgen/Anspannung (0-4)	100	2,70	1,13	42%	0-4
• Scham (0-4)	100	1,14	1,23	108%	0-4
• Trauer/Depressivität (0-4)	100	1,87	1,36	73%	0-4
• Andere psychische Belastungen (0-4)	100	1,25	1,25	100%	0-4
• Summenscore psychischer Belastungen (0-28)	100	12,5	5,8	46%	0-26

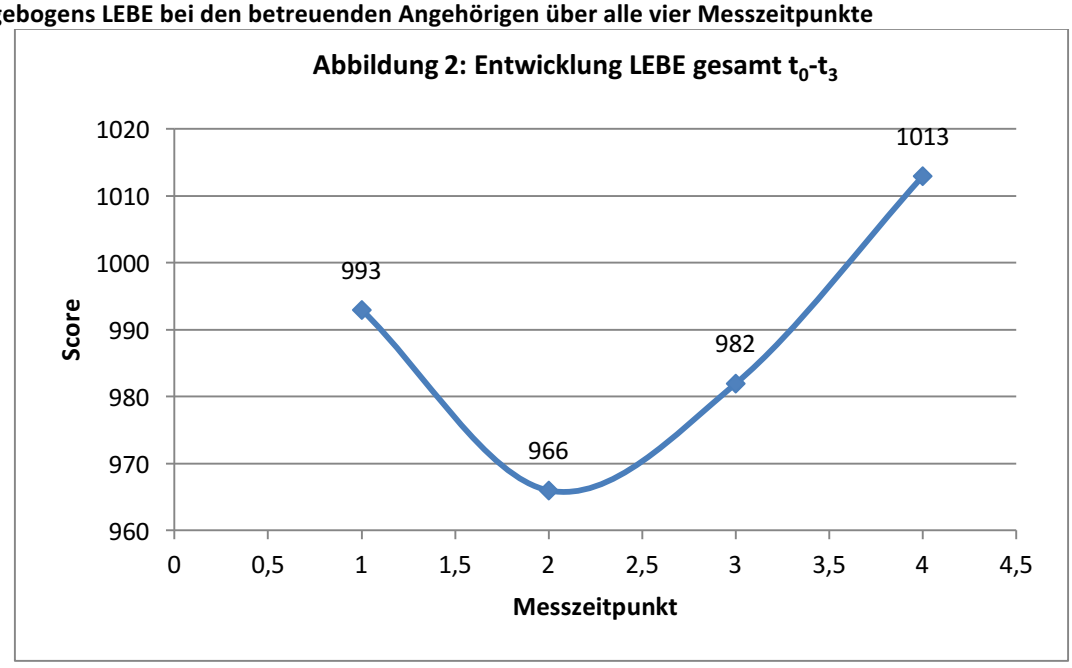
Legende: **N** = Stichprobenumfang; **%** = Anteil der Stichprobe; **M** = Mittelwert; **SD** = Standardabweichung; **Vc** = Variationskoeffizient [(SD/M)x100]; **range** = Wertebreite (kleinster und höchster Wert der Stichprobe für die Indexvariable)

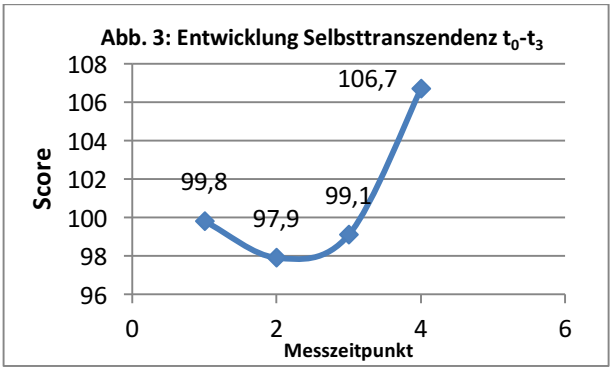
Hinsichtlich des klinischen Profils der betreuenden Angehörigen ist festzustellen, dass 41% aktuell unter körperlicher Belastung (28% leichte, 13% mittlere, niemand unter schwerer) und 28% unter anhaltenden psychischen Belastungen (22% leichte, 6% mittlere, niemand unter schweren) leidet (s. Tabelle 3).

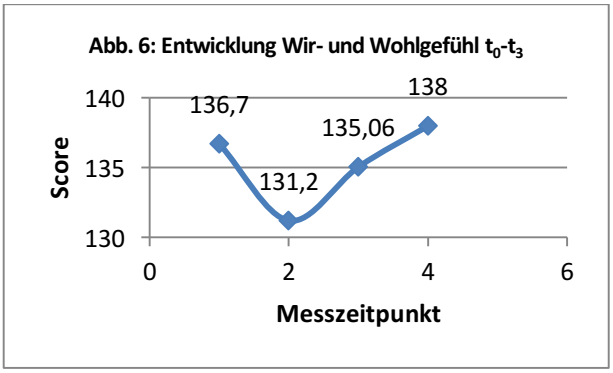
3.4 Zeitliche Veränderung des LEBE-Gesamtwertes, der übergeordneten Dimensionen sowie der Lebensbedeutungen

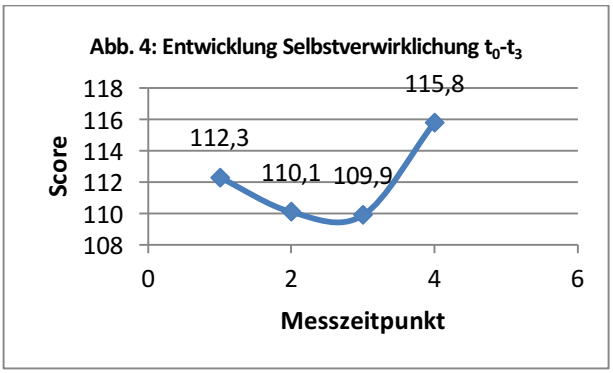
Die daseinsanalytisch relevanten Lebenseinstellungen wurden mit dem Fragebogen LEBE zu vier Messzeitpunkten erfasst. Anhand von Regressionsanalysen für *panel-data* wurde untersucht, ob die Werte für den Gesamttest und für die übergeordneten Dimensionen sich signifikant verändert haben und gegebenenfalls in welcher Richtung.
Die deskriptive Statistik für die einzelnen Items ist im tabellarischen Anhang zu finden. Die Durchsicht der Werte zeigt, dass häufig eine U-förmige Verteilung der Werte für viele der untersuchten Items in dem Sinne besteht, dass der Wert zu den Zeitpunkten t_1 (eine Woche nach Beginn der Intervention) und t_2 (ein Monat nach Beginn der Intervention) im Vergleich zu t_0 sinkt, um dann zum Messzeitpunkt t_3 (drei Monate nach Beginn der Intervention) wieder anzusteigen. Dieses Verlaufsprofil ist in den folgenden Abbildungen verdeutlicht.

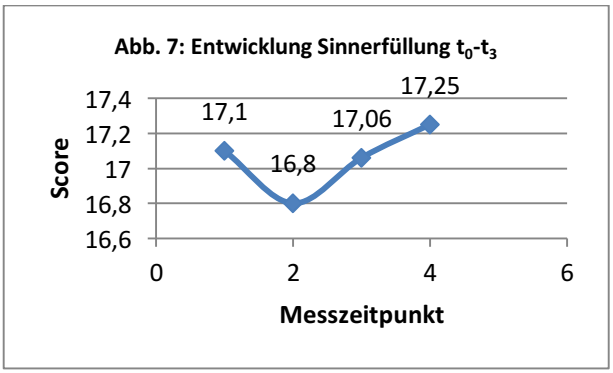
Abb. 2: Zeitreihen für den Gesamtwert wie für die übergeordneten Dimensionen des eingesetzten Fragebogens LEBE bei den betreuenden Angehörigen über alle vier Messzeitpunkte

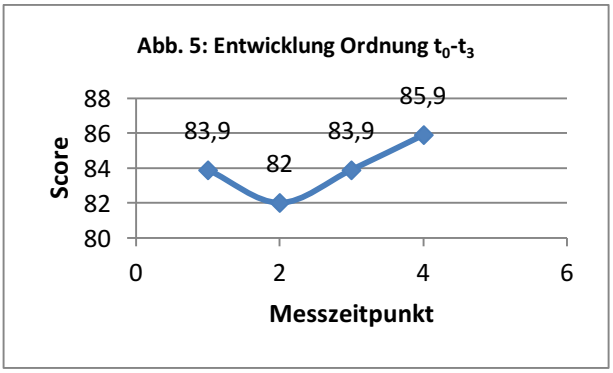


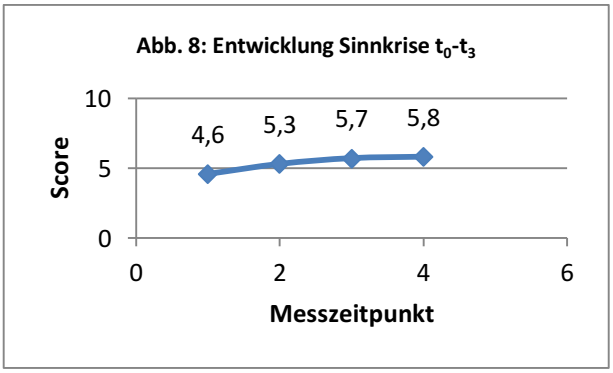












Legende zu Abbildung 2: „**Score**“ sind die Rohwerte des Tests für Lebensbedeutung insgesamt sowie für die einzelnen sechs übergeordneten Dimensionen;
4 Messzeitpunkte: $\mathbf{t_0}$= unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Intervention; $\mathbf{t_1}$= 1 Woche nach Beginn der Intervention; $\mathbf{t_2}$= 1 Monat nach Beginn der Intervention; $\mathbf{t_3}$= 3 Monate nach Beginn der Intervention.

Aus diesem Grund wird nicht nur eine lineare Regressionsanalyse, sondern auch eine quadratische Kurvenanpassung errechnet. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse besteht die statistisch relevante Gegebenheit, dass die Zeitabstände die Zeitvariable (Messzeitpunkte) als sogenannte Dummy-Variable bzw. als nominelle Variable mit vier Ausprägungen behandelt, wobei der Regressionskoeffizient von jedem Zeitpunkt statistisch auf Signifikanz mit dem Ausgangswert bzw. Baseoutcome-Ausprägung t_0 verglichen wird. Der LEBE-Gesamtwert zeigt knapp keine signifikante Veränderung in der linearen Regressionsanalyse (b=-28,3; p=0,071), aber eine eindeutige U-förmige Verteilung bei der fast signifikanten quadratischen Regression (b=10,1; p=0,063), die auch knapp nicht statistisch signifikant ausfällt (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Ausmaß der Veränderung des LEBE-Gesamtwertes im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Regressor: Messzeitpunkte	Abhängige Variable: LEBE-Gesamt				
	b	SE	t	p	95% CI
Modell Gesamtzeitreihe					
t	-28,3	15,66	-1,81	0,071	-59,02:2,38
t^2	10,1	5,44	1,86	0,063	-0,54:20,80
Konstante	992	19,12	51,9	0,000	954,5:1029
R^2(within/between/overall)	0,027/0,007/0,006				
wald chi^2(3)/prob>chi^2	3,50/0,174				
Modell Einzelpunkte					
(Baseoutcome:t_0)					
t_1	-23,6	12,6	-1,88	0,060	-48,23:1,04
t_2	-9,37	15,6	-0,60	0,550	-40,07:21,33
t_3	2,12	17,9	0,12	0,906	-33,08:37,32
Konstante	993	19,2	51,8	0,000	1030,4
R^2(within/between/overall)	0,032/0,005/0,006				
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,18/0,243				
Stat. Parameter beider Modelle					
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97				
Beobachtungen pro Patient (min/Ø/max)	1/2,2/4				
Sigma-u	176,769,50,86				
Sigma-e					
rho					

Legende:**b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**=Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t** (als statistisches Parameter)=Wert für Regressionskoeffizient auf t-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u**: SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

Die anderen übergeordneten Dimensionen (Selbsttranszendenz, Selbstverwirklichung, Ordnung, Wir-/Wohlgefühl und Sinnerfüllung) zeigen dasselbe Muster: die lineare Regression zeigt einen negativen Regressionskoeffizienten und die quadratischen Regressionen einen positiven Koeffizienten, mit Ausnahme der Kategorie „Sinnkrise“, welche für beide Modelle einen positiven Regressionskoeffizienten zeigt. Ihr vorzusetzen ist die Dimension „Ordnung“, bei welcher beide Regressionsmodelle eine signifikante Veränderung über den Untersuchungszeitraum aufweisen: im linearen Regressionsmodell negativ (b=-3,39; p=0,042) und im quadratischen positiv (b=1,14; p=0,05). Diese negative Entwicklung ist der starken Senkung des Ordnungsscores zwischen Zeitpunkt t_0 und t_1 zuzuschreiben. Die Untersuchung der einzelnen Messzeitpunkte zeigt darüber hinaus, dass die Selbsttranszendenz nach drei Monaten (t_3) signifikant über den Wert zum Ausgangszeitpunkt (t_0) steigt (b=7,18; p=0,044) und dass Wir-/Wohlgefühl signifikant nach einer Woche sinkt, verglichen mit dem Ausgangswert zu t_0 (b=-4,50; p=0,047) (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes und der übergeordneten Dimensionen im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Selbsttranszendenz			Selbstverwirklichung			Ordnung			Wir-/Wohlgefühl			Sinnerfüllung			Sinnkrise		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe																		
t	-1,55	-0,50	0,618	-1,58	-0,74	0,460	-3,39	-2,03	0,042	-4,31	-1,52	0,128	0,29	0,61	0,544	0,01	0,01	0,991
t^2	1,31	1,20	0,229	0,65	0,88	0,382	1,14	1,96	0,050	1,29	1,32	0,188	-0,06	-0,37	0,708	0,04	0,19	0,848
Konstante	99,8	32,3	0,000	112	40,7	0,000	83,9	53,6	0,000	136	48,4	0,000	17,1	37,5	0,000	4,66	9,24	0,000
R^2(within/between/overall)	0,39/0,000/0,007			0,005/0,014/0,004			0,038/0,0006/0,003			0,017/0,009/0,004			0,011/0,015/0,009			0,0001/0,036/0,005		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,96/0,096			0,82/0,664			4,16/0,125			2,42/0,298			0,67/0,714			0,34/0,843		
Modell Einzelzeitpunkte																		
(Baseoutcome:t_0)																		
t_1	-0,13	-0,05	0,957	-1,02	-0,59	0,555	-2,71	-2,03	0,043	-4,50	-1,98	0,047	0,11	0,28	0,782	0,08	0,14	0,885
t_2	1,48	0,64	0,524	-0,46	-0,22	0,830	-1,65	-0,99	0,320	-1,61	-0,57	0,567	0,49	1,01	0,312	0,17	0,25	0,806
t_3	7,18	2,01	0,044	1,03	0,42	0,673	-0,27	-0,14	0,888	-2,38	-0,74	0,460	0,22	0,390	0,694	0,46	0,58	0,559
Konstante	100	32,1	0,000	112	40,7	0,000	83,9	53,4	0,000	136	48,3	0,000	17,1	37,4	0,000	4,66	9,17	0,000
R^2(within/between/overall/	0,039/0,000/0,007			0,006/0,012/0,004			0,041/0,0004/0,004			0,030/0,009/0,006			0,014/0,012/0,000			0,000/0,038/0,005		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,67/0,197			0,82/0,844			4,60/0,203			4,0/0,261			1,04/0,791			0,35/0,951		
Parameter beider Modelle																		
Anzahl Beobachtungen/Patienten	213/97			213/97			213/97			213/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat.(min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	27,56			25,48			13,71			24,91			3,95			3,86		
Sigma-e	13,96			9,43			7,43			12,49			2,15			3,06		
rho	0,79			0,88			0,77			0,80			0,77			0,61		

Legende:**b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

Innerhalb der Dimension „Selbsttranszendenz“ werden die Lebensbedeutungen: soziales Engagement, explizite Religiosität, Naturverbundenheit, Selbsterkenntnis, Gesundheit, Generativität und Spiritualität untersucht.

Von allen Lebensbedeutungen zeigt lediglich „soziales Engagement“ eine signifikante Veränderung über den Untersuchungszeitraum: das lineare Regressionsmodell ist positiv (b=1,13; p= 0,030) und das quadratische negativ (b=-0,36; p=0,049). Dieses Profil ist der Tatsache geschuldet, dass eine umgekehrte U-Verteilung vorzufinden ist, mit einer starken Erhöhung einen Monat nach Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (b=1,07; p=0,039). Die Lebensbedeutung (Generativität) bildet insofern auch eine Ausnahme, als die Werte zu jedem Messzeitpunkt weiter steigen, insbesondere nach drei Monaten (b=1,53; p=0,014). Diese Ergebnisse sind auf Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Ausmaß der Veränderung aller Lebensbedeutungen zur Dimension „Selbsttranszendenz“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014

	Soziales Engagement			Explizite Religiosität			Naturverbundenheit			Selbsterkenntnis			Gesundheit			Generativität			Spiritualität		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe																					
t	1,13	2,17	0,030	-0,13	-0,37	0,710	-0,60	-1,37	0,171	0,18	0,33	0,738	-0,44	-1,21	0,227	0,22	0,41	0,680	0,26	0,47	0,638
t^2	-0,36	-1,97	0,049	0,06	0,49	0,627	0,22	1,47	0,141	0,05	0,29	0,771	0,15	1,17	0,241	0,09	0,51	0,610	-0,06	-0,34	0,734
Konstante	15,1	38,1	0,000	7,9	15,6	0,000	18,25	36,6	0,000	16,7	26,3	0,000	8,8	22,4	0,000	17,9	28,8	0,000	14,1	24,4	0,000
R^2(within/between/overall)	0,039/0,002/0,007			0,003/0,001/0,000			0,0163/0,006/0,007			0,028/0,0007/0,001			0,008/0,029/0,007			0,063/0,008/0,002			0,002/0,001/0,001		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,76/0,093			0,29/0,865			2,16/0,339			3,06/0,216			1,47/0,479			6,64/0,036			0,30/0,858		
Modell Einzelzeitpunkte																					
(Baseoutcome:t_0)																					
t_1	0,58	1,40	0,162	-0,06	-0,21	0,837	-0,36	-1,03	0,305	0,24	0,54	0,592	-0,56	-1,92	0,055	0,32	0,73	0,463	0,14	0,32	0,750
t_2	1,07	2,06	0,039	-0,04	-0,12	0,905	-0,32	-0,73	0,465	0,59	1,08	0,282	0,05	0,14	0,885	0,83	1,52	0,127	0,33	0,59	0,556
t_3	0,02	0,03	0,977	0,15	0,37	0,710	0,23	0,45	0,065	1,05	1,66	0,097	-0,18	-0,44	0,663	1,53	2,46	0,014	0,15	0,24	0,811
Konstante	15,1	37,9	0,000	7,98	15,6	0,000	18,2	36,5	0,000	16,7	26,2	0,000	8,81	22,4	0,000	17,9	28,7	0,000	14,1	24,3	0,000
R^2(within/between/overall/	0,047/0,0002/0,006			0,003/0,0004/0,000			0,016/0,006/0,007			0,028/0,0007/0,001			0,033/0,020/0,008			0,063/0,008/0,002			0,002/0,001/0,001		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	5,52/0,137			0,30/0,961			2,15/0,541			3,04/0,085			4,62/0,201			6,60/0,085			0,36/0,949		
Parameter beider Modelle																					
Anzahl Beobachtungen/Gruppen	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	3,16			4,83			4,53			5,79			3,54			5,63			5,16		
Sigma-e	2,37			1,55			1,94			2,44			1,62			2,39			2,48		
rho	0,64			0,91			0,84			0,85			0,82			0,85			0,81		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; $\mathbf{t^2}$=quadratische Kurvenanpassung; $\mathbf{t_0}$=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); $\mathbf{t_1}$=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{t_2}$= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; $\mathbf{t_3}$=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{R^2}$=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

Innerhalb der Dimension „Selbstverwirklichung“ werden folgende Lebensbedeutungen untersucht: Herausforderung; Individualismus; Macht; Entwicklung; Leistung; Freiheit; Wissen; Kreativität. Keine Einzige von diesen Lebensbedeutungen zeigt signifikante Veränderungen sowohl im linearen als auch im quadratischen Regressionsmodel. Allerdings zeigt die Untersuchung der einzelnen Messzeitpunkte im Vergleich, dass die Lebensbedeutung „Herausforderung“ in der ersten Woche signifikant steigt (b=0,81; p=0,041), während die Lebensbedeutung „Leistung“ im selben Zeitraum signifikant sinkt (b=-0,83; p=0,015). Die Übersicht der Ergebnisse ist in Tabellen 8a und 8b zu finden.

Tabelle 8a: Ausmaß der Veränderung aller Lebensbedeutungen zur Dimension „Selbstverwirklichung“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Herausforderung			Individualismus			Macht			Entwicklung			Leistung		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe															
t	0,88	1,78	0,075	0,12	0,22	0,824	-0,12	-0,25	0,800	-0,64	-1,34	0,180	-0,81	-1,89	0,059
t^2	-0,23	-1,34	0,180	0,003	0,02	0,985	0,02	0,12	0,906	0,21	1,24	0,216	0,22	1,48	0,138
Konstante	11,2	25,9	0,000	14,3	27,6	0,000	11,9	24,9	0,000	18,6	35,0	0,000	10,8	7,5	0,000
R^2(within/between/overall)	0,041/0,003/0,002			0,003/0,002/0,007			0,001/0,001/0,000			0,013/0,006/0,003			0,035/0,001/0,005		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,06/0,131			0,47/0,792			0,18/0,915			1,80/0,406			4,24/0,120		
Modell Einzelzeitpunkte															
(Baseoutcome:t_0)															
t_1	0,81	2,04	0,041	-0,11	-0,26	0,791	-0,20	-0,54	0,587	-0,25	-0,66	0,516	-0,83	-2,42	0,015
t_2	0,36	1,27	0,205	0,55	1,02	0,307	-0,03	-0,06	0,953	-0,69	-1,44	0,149	-0,43	-1,00	0,317
t_3	0,68	1,20	0,231	0,21	0,34	0,731	-0,26	-0,48	0,628	0,06	0,12	0,904	-0,62	-1,26	0,209
Konstante	11,1	25,8	0,000	14,3	27,7	0,000	11,9	24,8	0,000	18,5	34,8	0,000	10,9	27,3	0,000
R^2(within/between/overall/	0,046/0,002/0,004			0,012/0,003/0,005			0,004/0,001/0,0003			0,020/0,005/0,004			0,051/0,0003/0,006		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	4,63/0,201			1,57/0,792			0,47/0,926			2,65/0,449			6,10/0,107		
Parameter beider Modelle															
Anzahl Beobachtungen/Gruppen	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	3,62			4,48			4,29			4,82			3,41		
Sigma-e	2,23			2,36			2,12			2,13			1,94		
rho	0,72			0,78			11,9			0,83			0,75		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation)

<u>Tabelle 8b:</u> Ausmaß der Veränderung aller Lebensbedeutungen zur Dimension „Selbstverwirklichung“ – Fortsetzung– (bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014)

	Freiheit			Wissen			Kreativität		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe									
t	-0,41	-0,590	0,558	-0,74	-1,83	0,065	-0,14	-0,35	0,724
t^2	0,28	1,14	0,252	0,21	1,47	0,141	0,02	0,19	0,851
Konstante	15,4	23,9	0,000	15,6	30,0	0,000	14,3	25,6	0,000
R^2(within/between/overall)	0,025/0,03/0,010			0,033/0,0005/0,005			0,002/0,0005/0,001		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	3,24/0,198			3,95/0,139			0,29/0,865		
Modell Einzelzeitpunkte									
(Baseoutcome:t_0)									
t_1	-0,20	-0,36	0,720	-0,63	-1,94	0,052	-0,61	-0,19	0,846
t_2	0,39	0,55	0,584	0,55	-1,36	0,174	-024	-0,61	0,524
t_3	1,25	1,53	0,126	-0,44	-0,95	0,341	-0,14	-0,33	0,743
Konstante	15,4	23,8	0,000	15,6	37,9	0,000	14,3	25,5	0,000
R^2(within/between/overall/	0,026/0,003/0,009			0,036/0,0002/0,005			0,003/0,002/0,002		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	3,26/0,353			4,22/0,238			0,39/0,942		
Parameter beider Modelle									
Anzahl Beobachtungen/Gruppen	214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	5,50			3,66			5,27		
Sigma-e	3,18			1,82			1,74		
rho	0,75			0,80			0,90		

<u>Legende:</u> **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

Innerhalb der Dimension „Ordnung“ werden folgende Lebensbedeutungen untersucht: Tradition; Bodenständigkeit; Moral; Vernunft. Das bisherige Muster, dass die linearen Regressionsmodelle negativ und die quadratischen positiv ausfallen, ist auch bei allen hiesigen Lebensbedeutungen zu finden. Hervorzuheben sind „Tradition“ und „Moral“. Die Lebensbedeutung „Tradition“ zeigt eine signifikante negative Entwicklung über den Untersuchungszeitraum (b=-1,42; p=0,055), während die quadratische Kurvenanpassung einen positiven Wert zeigt (b=0,45; p=0,010). Dieses Profil ist der Tatsache geschuldet, dass eine Woche nach Beginn der aufsuchenden Palliativpflege der Wert für „Tradition“ besonders stark sinkt (b=-1,03; P=0,011) und danach weniger, sodass die Werteverteilung am Ende U-förmig ist, aber insgesamt mit sinkender linearer Tendenz. Exakt dasselbe Phänomen ist bei der Lebensbedeutung „Moral“ zu finden, denn in der linearen Regression ist eine abnehmende Tendenz festzustellen (b=-0,94; p=0,018), während in der quadratischen eine signifikante U-förmige Tendenz zu verzeichnen ist (b=0,29; p=0,047) bei besonders starker Abnahme in der ersten Woche (b=-0,78; p=0,021) die sich in den weiteren zwei Messzeitpunkten abmildert (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes der Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Ordnung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Tradition			Bodenständigkeit			Moral			Vernunft		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe												
t	-1,42	-2,81	0,005	-0,09	-0,14	0,885	-0,94	-2,36	0,018	-0,34	-0,75	0,451
t^2	0,45	2,58	0,010	0,06	0,27	0,785	0,29	1,99	0,047	0,20	1,26	0,208
Konstante	19,1	39,0	0,000	27,7	49,0	0,000	19,7	51,8	0,000	17,5	46,0	0,000
R^2(within/between/overall)	0,075/0,0009/0,003			0,0003/0,023/0,006			0,049/0,001/0,005			0,028/0,002/0,002		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	7,94/0,019			0,18/0,916			5,95/0,501			3,08/0,214		
Modell Einzelzeitpunkte												
(Baseoutcome:t_0)												
t_1	-1,03	-2,54	0,011	0,05	0,10	0,923	-0,78	-2,31	0,021	-0,11	-0,30	0,764
t_2	0,94	-1,86	0,063	-0,04	-0,07	0,946	-0,71	-1,70	0,089	0,07	0,17	0,869
t_3	-0,23	-0,38	0,703	0,33	0,45	0,650	-0,41	-0,84	0,400	0,80	1,53	0,125
Konstante	19,1	38,9	0,000	27,7	48,7	0,000	10,7	51,6	0,000	17,5	45,7	0,000
R^2(within/between/overall/	0,076/0,008/0,003			0,001/0,031/0,005			0,050/0,002/0,006			0,029/0,002/0,003		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	8,01/0,046			0,27/0,966			6,14/0,105			3,10/0,377		
Parameter beider Modelle												
Anzahl Beobachtungen/Gruppen	214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	4,29			4,84			3,25			3,18		
Sigma-e	2,26			2,85			1,88			2,06		
rho	0,78			0,74			0,75			0,71		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

Innerhalb der Dimension „Wir-/ Wohlgefühl“ werden folgende Lebensbedeutungen untersucht:
Gemeinsamkeit; Spaß; Liebe; Wellness; Fürsorge; bewusstes Erleben; Harmonie. Auch hier ist das bekannte Verlaufsmuster einer negativen linearen Regression und einer positiven quadratischen Kurvenanpassung festzustellen, mit zwei Ausnahmen: „Liebe“ sinkt kontinuierlich und „bewusstes Erleben“ verhält sich gegen den allgemeinen Trend: positive lineare Zeitkorrelation und negative quadratische Kurvenanpassung, wenngleich alle nicht signifikant ausfallen.
Einzig die Lebensbedeutung „Spaß“ sinkt fast signifikant über den untersuchten Zeitraum (b=-1,26; p=0,051) und sinkt eindeutig signifikant einen Monat nach Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (b=-1,42; p=0,028). Alle Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes der Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Gemeinsamkeit			Spaß			Liebe			Wellness			Fürsorge			Bewusstes Erleben			Harmonie		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtzeitreihe																					
t	-0,49	-0,89	0,376	-1,26	-1,95	0,051	-0,17	-0,37	0,715	-0,14	-0,24	0,810	-0,42	-1,06	0,289	0,22	0,30	0,765	-0,64	-0,81	0,417
t^2	0,22	1,13	0,258	0,28	1,26	0,209	-0,01	-0,06	0,954	0,05	0,24	0,813	0,17	1,23	0,218	-0,19	-0,74	0,456	0,19	0,71	0,480
Konstante	17,5	38,8	0,000	19,3	34,2	0,000	11,9	29,8	0,000	17,5	33,8	0,000	15,4	42,6	0,000	24,7	34,4	0,000	30,2	46,3	0,000
R^2(within/between/overall)	0,007/0,070/0,013			0,047/0,011/0,011			0,015/0,022/0,004			0,000/0,009/0,001			0,012/0,004/0,002			0,017/0,0002/0,0005			0,007/0,0006/0,0003		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	1,53/0,466			6,51/0,039			2,46/0,483			0,06/0,971			1,59/0,452			1,84/0,397			0,68/0,711		
Modell Einzelzeitpunkte																					
(Baseoutcome:t_0)																					
t_1	-0,60	-1,37	0,170	-0,95	-1,83	0,068	-0,38	-1,00	0,315	-0,46	-1,00	0,316	-0,49	-1,56	0,118	-0,04	-0,07	0,941	-0,52	-0,82	0,414
t_2	0,32	0,59	0,557	-1,42	-2,20	0,028	-0,13	-0,28	0,780	0,38	0,67	0,503	0,15	0,38	0,703	-0,23	-0,32	0,752	-0,41	-0,51	0,608
t_3	0,24	0,39	0,698	-1,21	-1,63	0,104	-0,77	-1,39	0,163	-0,26	-0,41	0,684	0,09	0,20	0,844	-1,10	-1,32	0,187	-0,22	-0,24	0,809
Konstante	17,6	38,8	0,000	19,3	34,2	0,000	12,03	29,8	0,000	17,5	33,8	0,000	15,5	42,5	0,000	27,7	34,3	0,000	30,2	46,1	0,000
R^2(within/between/overall/	0,021/0,063/0,017			0,047/0,011/0,011			0,015/0,022/0,004			0,019/0,006/0,004			0,029/0,005/0,006			0,017/0,0001/0,0006			0,008/0,0006/0,0003		
wald chi^2(3)/prob>chi^2	3,65/0,302			6,46/0,091			2,46/0,483			2,46/0,483			3,80/0,284			1,89/0,595			0,72/0,867		
Parameter beider Modelle																					
Anzahl Beobachtungen/Gruppen	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Sigma-u	3,68			4,73			3,30			4,40			3,14			6,36			5,37		
Sigma-e	2,44			2,90			2,13			2,54			1,77			3,27			3,60		
rho	0,69			0,73			0,71			0,75			0,76			0,79			0,69		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **Sigma-u:** SD der Residuen innerhalb eines Individuums; **Sigma-e**=SD aller Residuen als Fehlerterm; **rho**=Anteil der Varianz, der auf die Unterschiede innerhalb des Panels zurückzuführen ist (Binnenklassen-Korrelation).

3.5 Zusammenhänge zwischen LEBE-Kategorien als abhängige Variablen und klinischen sowie soziodemografischen Variablen von Patienten und Angehörigen als unabhängige Variablen im Querschnitt (t_0)

Zusammenhänge werden anhand von multivariaten Regressionsmodellen untersucht bei welchen R^2 angibt, welcher Anteil der Varianz der abhängigen Variable (Gesamtwert, Dimension und einzelne Lebenseinstellungen) durch die unabhängigen Variablen bzw. Regressoren im Gesamtmodell erklärt werden.

Der LEBE-Gesamtwert korreliert negativ mit dem Alter des Patienten (b=-3,49; p=0,033) und der psychischen Belastung des betreuenden Angehörigen (b=-69,2; p=0,004).
Es bestehen keine Zusammenhänge mit dem Geschlecht, mit klinischen Variablen des Patienten (Dauer der Erkrankung, PPS, somatische Belastung, psychische Belastung) wie auch nicht mit anderen Variablen der betreuenden Angehörigen (Verwandtschaftsgrad, Schulbildung und körperliche Belastung). Das Modell erklärt 23% der Varianz (adj. R^2=0,13) (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Multivariate Regressionsanalyse für den LEBE-Gesamt im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen: LEBE-Gesamt				
	b	**SE**	**t**	**p**	**95%CI**
Patienten-Variable					
• Alter des Patienten	-3,50	1,61	-2,17	0,033	-6,70:-0,29
• Geschlecht des Patienten	-59,1	53,5	-1,10	0,273	-165:47,3
• Dauer der Erkrankung	0,38	0,70	0,55	0,583	-1,01:1,77
• PPS-Score	18,8	12,2	1,54	0,128	-5,52:43,2
• Somatische Belastung (Gesamt)	-7,37	5,48	-1,34	0,182	-18,26:3,53
• Psychische Belastung (Gesamt)	7,82	4,06	1,92	0,058	-0,26:15,9
Angehörigen-Variablen					
• Geschlecht Angehöriger	68,6	61,9	1,11	0,270	-54,4:191,7
• Grad der Verwandtschaft	0,92	49,3	0,02	0,985	-97,2:99,1
• Schulbildung	-1,72	18,3	-0,09	0,925	-38,1:34,6
• Psychische Belastung des Angehörigen	-69,2	33,5	-2,06	0,042	-135,8:-2,54
• Somatische Belastung des Angehörigen	50,2	29,6	1,70	0,092	-8,39:109
Konstante	1.048	164,7	6,36	0,000	720:1375
N	97				
F/prob>F	2,35/0,014				
R^2/Adj. R^2	0,23/0,13				

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Es werden bei dieser Modellierung alle übergeordneten Dimensionen untersucht: Selbsttranszendenz, Selbstverwirklichung, Ordnung, Wir-/Wohlgefühl, Sinnerfüllung und Sinnkrise. Die Ergebnisse fallen unterschiedlich aus und die erklärte Varianz der Modelle schwankt zwischen 16% (Sinnkrise) und 31% (Wir-/Wohlgefühl).
Die Dimension der „Selbsttranszendenz“ zeigt lediglich für die vertikale Subdimension einen negativen Zusammenhang mit Schulbildung (b=-2,21; p=0,031) und für die horizontale Subdimension einen positiven Zusammenhang mit der gesamten psychischen Belastung des Patienten (b=0,93; p=0,027). Die Dimension „Selbstverwirklichung“ zeigt einen negativen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten (b=-0,48; p=0,040), jedoch einen positiven Zusammenhang mit der psychischen Belastung des Patienten (b=1,78; p=0,003). Die Dimension „Ordnung“ weist einen negativen Zusammenhang mit der Schulbildung des betreuenden Angehörigen, sonst keine signifikante Zusammenhänge auf. Anders verhält es sich bei der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ mit einem negativen Zusammenhang mit dem Alter des Patienten (b=-0,74; p=0,001) und mit der psychischen Belastung des Angehörigen (b=-13,1; p=0,06), dagegen einen positiven Zusammenhang mit der körperlichen Beeinträchtigung gemessen mit PPS (b=3,43; p=0,044) und dem weiblichen Geschlecht des betreuenden Angehörigen (b=18,9; p=0,029).
Die Dimension „Sinnerfüllung“ korreliert ihrerseits positiv mit der gesamten psychischen Belastung des Patienten (b=0,22; p=0,030) und mit dem weiblichen Geschlecht des betreuenden Angehörigen (b=2,99; p=0,049). Die zu „Sinnerfüllung“ entgegengesetzte Dimension der „Sinnkrise“ zeigt einen positiven Zusammenhang lediglich mit der psychischen Belastung des betreuenden Angehörigen (b=2,07; p=0,028) (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Multivariate Regressionsanalyse für LEBE-Dimensionen im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: LEBE-Dimensionen																	
	Selbsttranszendenz			Selbstverwirklichung			Ordnung			Wir-/Wohlgefühl			Sinnerfüllung			Sinnkrise		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen																		
Alter des Patienten	-0,44	-1,70	0,093	-0,48	-2,08	0,040	-0,16	-1,24	0,220	-0,74	-3,37	0,001	-0,02	-0,57	0,570	0,04	1,01	0,314
Geschlecht des Patienten	-13,4	-1,55	0,126	-4,17	-0,54	0,592	0,64	0,15	0,883	-1,03	-0,14	0,888	0,06	0,05	0,961	0,68	0,47	0,642
Dauer der Erkrankung	0,04	0,39	0,698	0,069	0,69	0,494	0,76	1,35	0,180	0,038	0,40	0,688	0,02	1,28	0,210	0,03	1,82	0,072
PPS-Score	3,23	1,62	0,108	3,22	1,81	0,073	1,59	1,60	0,112	3,43	2,04	0,044	0,29	1,00	0,320	-0,20	-0,61	0,550
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,09	-0,11	0,915	-1,47	-1,85	0,070	-0,18	-0,41	0,681	-0,96	-1,28	0,204	-0,05	-0,39	0,700	-0,21	-1,43	0,160
Psychische Belastung (Gesamt)	1,01	1,52	0,132	1,78	3,03	0,003	-0,20	-0,62	0,540	0,87	1,56	0,122	0,21	2,21	0,030	0,04	0,40	0,690
Angehörigen-Variablen																		
Geschlecht Angehörige	3,39	0,34	0,737	1,80	0,20	0,842	4,41	0,88	0,383	18,93	2,23	0,029	2,99	2,00	0,049	0,51	0,30	0,763
Grad der Verwandtschaft	-2,71	-0,34	0,736	0,67	0,09	0,925	6,16	1,54	0,130	5,12	0,76	0,452	1,97	1,65	0,102	1,06	0,79	0,434
Schulbildung	-1,54	-0,52	0,607	1,18	0,45	0,660	-3,31	-2,23	0,030	-2,38	-0,95	0,345	0,14	0,33	0,745	-0,38	-0,77	0,450
Psychische Belastung d. Angehörigen	-10,6	-1,94	0,055	-11,59	-2,38	0,020	-1,74	-0,64	0,530	-13,07	-2,84	0,006	-1,36	-1,68	0,097	2,06	2,24	0,030
Somatische Belastung d. Angehörigen	4,22	0,88	0,383	6,37	1,48	0,142	1,55	0,65	0,520	3,15	0,78	0,440	-0,56	-0,78	0,437	0,24	0,30	0,770
Konstante	104,8	3,91	0,000	115,04	4,81	0,000	83,48	6,23	0,000	152,00	6,71	0,000	11,16	2,80	0,006	1,80	0,40	0,692
N	97			97			97			97			97			97		
F/prob>F	1,72/0,083			2,53/0,008			1,85/0,058			3,42/0,0006			2,40/0,012			1,45/0,166		
R^2/Adj. R^2	0,18/0,08			0,24/0,14			0,19/0,08			0,306/0,217			0,237/0,138			0,158/0,049		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Nun untersuchen wir die Zusammenhänge zwischen den Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Selbsttranszendenz“ (soziales Engagement; explizite Religiosität; Naturverbundenheit; Selbsterkenntnis; Gesundheit; Generativität; Spiritualität). Die erklärte Varianz der Modelle bewegt sich zwischen 13% (explizite Religiosität) und 22% (Generativität).

Die Lebensbedeutungen „soziales Engagement“ und „Selbsterkenntnis“ zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit irgendwelchen erklärenden Variablen. Höhere Schulbildung korreliert negativ mit expliziter Religiosität (b=-1,09; p=0,039). Psychische Belastung des Angehörigen korreliert negativ mit „Naturverbundenheit“ (b=-1,91; p=0,042) und „Gesundheit“ (b=-1,65; p=0,027). Körperliche Belastung des Angehörigen korreliert positiv mit „Naturverbundenheit“ (b=1,65; p=0,046). Weibliches Geschlecht des Patienten korreliert negativ mit „Naturverbundenheit“ (b=-3,01; p=0,004) und weibliches Geschlecht des betreuenden Angehörigen positiv mit „Generativität“ (b=4,6; p=0,029).

Psychische Belastung des Patienten korreliert positiv mit „Generativität“ des Angehörigen (b=0,30; p=0,031). Schließlich korreliert das Alter des Patienten negativ mit der Lebensbedeutung „Spiritualität“ des Angehörigen (s. Tabellen 13a und 13b).

Tabelle 13a: Multivariate Regressionsanalyse Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Selbsttranszendenz“														
	Soziales Engagement			Explizite Religiosität			Naturverbundenheit			Selbsterkenntnis			Gesundheit		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen															
Alter des Patienten	-0,02	-0,54	0,590	0,04	1,00	0,318	-0,03	-0,76	0,450	-0,10	-1,91	0,060	0,03	0,85	0,399
Geschlecht des Patienten	-0,88	-0,71	0,481	-1,28	-0,84	0,402	-3,00	-2,03	0,050	-1,10	-0,60	0,551	-0,83	-0,75	0,454
Dauer der Erkrankung	0,01	0,60	0,550	0,02	1,06	0,294	0,01	0,33	0,743	0,01	0,26	0,794	0,02	1,41	0,163
PPS-Score	0,54	1,93	0,060	-0,27	-0,80	0,427	0,41	1,22	0,230	0,29	0,68	0,496	0,36	1,43	0,156
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,02	-0,16	0,870	0,00	0,02	0,983	0,13	0,09	0,930	-0,28	-1,51	0,134	-0,06	-0,53	0,599
Psychische Belastung (Gesamt)	0,15	1,66	0,100	0,14	1,27	0,209	0,12	1,07	0,290	0,19	1,37	0,175	0,17	1,97	0,052
Angehörigen-Variablen															
Geschlecht Angehörige	1,02	0,71	0,480	0,48	0,27	0,785	-1,41	-0,82	0,412	2,25	1,05	0,298	-0,08	-0,06	0,951
Grad der Verwandtschaft	0,04	0,04	0,970	1,36	0,97	0,337	0,41	0,31	0,761	-0,71	-0,41	0,680	0,66	0,65	0,516
Schulbildung	0,50	1,18	0,243	-1,09	-2,10	0,039	-0,22	-0,44	0,661	0,27	0,43	0,670	-0,62	-1,64	0,104
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,69	-0,89	0,380	-1,44	-1,51	0,135	-1,91	-2,06	0,042	-1,02	-0,88	0,382	-1,56	-2,25	0,027
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,90	1,32	0,191	-0,25	-0,30	0,765	1,65	2,03	0,050	0,58	0,57	0,572	-0,38	-0,63	0,531
Konstante	9,92	2,59	0,011	5,29	1,13	0,263	18,22	4,00	0,000	21,30	3,73	0,000	4,08	1,20	0,233
N	97			97			97			97			97		
F/prob>F	1,70/0,087			1,19/0,305			1,61/0,110			1,30/0,241			1,76/0,074		
R^2/Adj. R^2	0,180/0,073			0,133/0,0214			0,172/0,065			0,143/0,032			0,185/0,080		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

<u>Tabelle 13b:</u> Multivariate Regressionsanalyse Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) – Fortsetzung- bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Selbsttranszendenz“					
	Generativität			Spiritualität		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p
<u>Patienten-Variablen</u>						
Alter des Patienten	-0,06	-1,10	0,274	-0,13	-2,57	0,012
Geschlecht des Patienten	1,10	0,61	0,540	-1,74	-1,06	0,250
Dauer der Erkrankung	0,01	0,41	0,686	0,004	0,20	0,841
PPS-Score	0,76	1,86	0,066	0,11	0,31	0,761
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,18	-1,00	0,321	0,08	0,51	0,614
Psychische Belastung (Gesamt)	0,30	2,20	0,031	0,11	0,85	0,034
<u>Angehörigen-Variablen</u>						
Geschlecht Angehörige	4,60	1,75	0,029	2,05	1,07	0,290
Grad der Verwandtschaft	2,90	-0,16	0,083	0,10	0,06	0,950
Schulbildung	-0,09	-0,95	0,876	-1,09	-1,94	0,060
Psychische Belastung d. Angehörigen	-1,06	-0,07	0,347	-1,08	-1,79	0,080
Somatische Belastung d. Angehörigen	-0,06	1,78	0,948	-0,11	-0,18	0,854
Konstante	9,85	1,78	0,078	20,75	4,09	0,000
N	97			97		
F/prob>F	2,25/0,0188			1,92/0,048		
R^2/Adj. R^2	0,0225/0,125			0,198/0,095		

<u>Legende</u>: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Als nächstes werden die Zusammenhänge zwischen den Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ des Angehörigen (Herausforderung; Individualismus; Macht; Entwicklung; Leistung; Freiheit; Wissen; Kreativität) und dem für alle Modelle ausgewählten unabhängigen Variablen. Die erklärte Varianz der abhängigen Variablen in den Modellen variiert zwischen 14% (Macht) und 29% (Kreativität). Alter des Patienten korreliert negativ mit „Herausforderung“ (b=-0,09; p=0,020), mit „Individualität“ (b=-0,12; p=0,006), mit „Entwicklung“ (b=-0,13; p=0,003) und mit „Kreativität“ (b=-0,11; p=0,014). Somatische Belastung des Patienten korreliert negativ mit „Leistung“ (b=-0,35; p=0,004), während psychische Belastung des Patienten positiv korreliert mit „Herausforderung“ (b=0,24; p=0,016), mit „Individualität“ (b=0,25; p=0,027), mit „Macht“ (b=0,30; p=0,006), mit „Leistung“ (b=0,31; p=0,001) und mit „Kreativität“ (b=0,25; p=0,036). Weibliches Geschlecht des betreuenden Angehörigen korreliert negativ mit „Leistung“ (b=-2,97; p=0,030). Höhere Schulbildung des Angehörigen korreliert positiv mit „Entwicklung“ (b=1,03; p=0,045) und mit „Wissen“ (b=1,05; p=0,013). Psychische Belastung des Angehörigen korreliert negativ mit Individualität (b=-2,36; p=0,013), mit „Leistung“ (b=-1,51; p=0,042) und mit „Freiheit“ (b=-2,80; p=0,022). Keine Zusammenhänge wurden gefunden für folgende Variablen: Geschlecht, Dauer der Erkrankung, körperliche Beeinträchtigung (PPS) und somatische Belastung auf Seite des Patienten sowie Grad der Verwandtschaft als auch körperliche Belastung auf Seite des Angehörigen (s. Tabellen 14a und 14 b).

Tabelle 14a: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Selbstverwirklichung“																	
	Herausforderung			Individualismus			Macht			Entwicklung			Leistung			Freiheit		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen																		
Alter des Patienten	-0,09	-2,37	0,020	-0,13	-2,84	0,006	-0,02	-0,41	0,690	-0,14	-3,07	0,003	0,01	0,34	0,732	-0,007	-0,13	0,900
Geschlecht des Patienten	-0,86	-0,67	0,506	0,77	0,52	0,605	-0,40	-0,28	0,780	-0,78	-0,53	0,600	-1,06	-0,91	0,365	0,36	0,19	0,849
Dauer der Erkrankung	0,003	0,22	0,825	0,02	1,23	0,222	-0,005	-0,28	0,784	0,01	0,42	0,673	0,00	0,02	0,987	0,01	0,58	0,561
PPS-Score	0,45	1,69	0,096	0,58	1,70	0,092	0,33	1,00	0,320	0,57	1,70	0,093	0,20	0,75	0,453	0,42	0,96	0,342
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,12	-0,97	0,333	-0,21	-1,37	0,173	-0,13	-0,87	0,390	-0,19	-1,24	0,219	-0,35	-2,98	0,004	-0,12	-0,60	0,551
Psychische Belastung (Gesamt)	0,24	2,45	0,016	0,25	2,25	0,027	0,31	2,80	0,001	0,18	1,63	0,108	0,32	3,56	0,001	0,15	1,03	0,304
Angehörigen-Variablen																		
Geschlecht Angehörige	-0,43	-0,29	0,774	2,84	1,66	0,101	-0,33	-0,20	0,842	1,24	0,72	0,471	-2,97	-2,20	0,030	-0,43	-0,19	0,846
Grad der Verwandtschaft	-1,46	-1,22	0,225	0,50	0,37	0,715	-0,78	-0,59	0,560	0,29	0,22	0,829	-0,82	-0,76	0,451	0,70	0,39	0,694
Schulbildung	-0,21	-0,48	0,635	-0,13	-0,26	0,793	0,02	0,05	0,960	1,03	2,04	0,045	-0,50	-1,24	0,217	-0,52	-0,79	0,430
Psychische Belastung d. Angehörigen	-1,34	-1,66	0,100	-2,37	-2,55	0,013	-1,34	-1,49	0,141	-1,39	-1,50	0,137	-1,50	-2,06	0,042	-2,81	-2,33	0,022
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,57	0,80	0,427	0,28	0,34	0,733	1,15	1,44	0,154	0,96	1,17	0,244	0,77	1,19	0,237	1,17	1,10	0,273
Konstante	14,46	3,63	0,000	15,70	3,44	0,001	9,35	2,11	0,040	21,71	4,76	0,000	12,15	3,38	0,001	12,91	2,19	0,032
N	97			97			97			97			97			97		
F/prob>F	1,82/0,063			2,81/0,003			1,24/0,27			2,57/0,007			2,42/0,011			0,96/0,49		
R^2/Adj. R^2	0,19/0,08			0,26/0,17			0,13/0,02			0,24/0,15			0,23/0,13			0,11/-0,004		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Tabelle 14b: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) – Fortsetzung- bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Selbstverwirklichung“					
	Wissen			Kreativität		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen						
Alter des Patienten	-0,007	-0,19	0,849	-0,12	-2,50	0,014
Geschlecht des Patienten	0,52	0,43	0,665	-2,73	-1,77	0,081
Dauer der Erkrankung	-0,006	-0,39	0,696	0,03	1,50	0,136
PPS-Score	0,62	0,23	0,822	0,54	1,52	0,132
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,19	-1,58	0,117	-0,15	-0,94	0,351
Psychische Belastung (Gesamt)	0,08	0,91	0,367	0,25	2,13	0,036
Angehörigen-Variablen						
Geschlecht Angehörige	2,25	1,61	0,112	-0,36	-0,20	0,842
Grad der Verwandtschaft	-0,07	-0,07	0,947	2,19	1,54	0,128
Schulbildung	1,05	2,55	0,013	0,46	0,86	0,391
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,40	-0,52	0,603	-0,60	-0,62	0,535
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,96	1,43	0,155	0,61	0,71	0,478
Konstante	13,37	3,59	0,001	15,85	0,001	0,001
N	97			97		
F/prob>F	1,33/0,22			3,17/0,001		
R^2/Adj. R^2	0,14/0,03			0,29/0,19		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; $\mathbf{R^2}$= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Anschließend wurden die Zusammenhänge zwischen den Lebensbedeutungen der Dimension „Ordnung“ (Tradition; Bodenständigkeit; Moral; Vernunft) und den für alle Modelle ausgewählten unabhängigen Variablen untersucht.
Die Modelle erklären zwischen 10% (Moral) und 22% (Tradition) der Varianz der abhängigen Variablen. Die signifikanten Zusammenhänge fallen für diese Dimension gering aus. Die Lebensbedeutung „Moral“ weist keine signifikanten Zusammenhänge auf. Höhere Bildung korreliert negativ mit „Tradition“ (b=-1,12; p=0,017) und „Bodenständigkeit“ (b=-1,25; p=0,025). Grad der funktionellen Autonomie des Patienten korreliert positiv mit der Lebensbedeutung „Vernunft“ seitens des Angehörigen (b=0,51; p=0,042). Für alle anderen unabhängigen Variablen gibt es keine statistisch signifikanten Korrelationen (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Ordnung“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Ordnung“											
	Tradition			Bodenständigkeit			Moral			Vernunft		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen												
Alter des Patienten	-0,04	-1,09	0,277	-0,06	-1,16	0,248	-0,06	-1,72	0,088	-0,004	-0,13	0,896
Geschlecht des Patienten	-0,22	-0,16	0,874	0,30	0,19	0,849	0,41	0,35	0,727	-0,05	-0,05	0,964
Dauer der Erkrankung	0,01	0,62	0,536	0,03	1,62	0,109	0,01	0,56	0,578	0,02	1,74	0,086
PPS-Score	0,19	0,63	0,530	0,53	1,45	0,152	0,40	1,48	0,142	0,51	2,06	0,042
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,07	-0,55	0,587	0,01	0,05	0,961	-0,05	-0,43	0,666	-0,05	-0,47	0,642
Psychische Belastung (Gesamt)	-0,02	-0,23	0,816	-0,10	-0,86	0,391	-0,08	-0,90	0,370	-0,01	-0,07	0,941
Angehörigen-Variablen												
Geschlecht Angehörige	0,88	0,56	0,575	2,40	1,30	0,198	1,30	0,96	0,342	-0,35	-0,28	0,783
Grad der Verwandtschaft	1,51	1,21	0,228	2,38	1,61	0,111	0,56	0,51	0,610	1,75	1,74	0,086
Schulbildung	-1,13	-2,44	0,017	-1,25	-2,28	0,025	-0,25	-0,63	0,531	-0,70	-1,88	0,063
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,37	-0,43	0,668	-0,67	-0,67	0,508	-0,47	-0,64	0,525	-0,21	-0,30	0,765
Somatische Belastung d. Angehörigen	1,25	1,68	0,097	0,32	0,36	0,717	0,18	0,28	0,782	-0,20	-0,34	0,737
Konstante	20,75	4,98	0,000	26,62	5,41	0,000	21,49	5,94	0,000	17,72	4,38	0,000
N	97			97			97			97		
F/prob>F	2,16/0,024			1,84/0,059			0,83/0,613			1,45/0,16		
R^2/Adj. R^2	0,21/0,11			0,19/0,08			0,16/-0,02			0,15/0,04		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Als letztes werden die Zusammenhänge zwischen den Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ (Gemeinschaft; Spaß; Liebe; Wellness; Fürsorge; bewusstes Erleben; Harmonie) und den allen Modellen gemeinsamen unabhängigen Variablen untersucht. Die erklärte Varianz der abhängigen Variablen (die jeweilige Lebensbedeutung) durch das Modell schwankt zwischen 12% (Liebe) und 33% (Spaß). Die Lebensbedeutung „Liebe“ weist keine statistisch signifikanten Zusammenhänge auf. Alter des Patienten korreliert negativ mit „Gemeinschaft“ (b=-0,08; p=0,047), mit „Spaß“ (b=-0,18; p=0,000), mit „Wellness“ (b=-0,11; p=0,018) und mit „Harmonie“ (b=-0,15; p=0,013). Die funktionelle Autonomie des Patienten korreliert positiv mit „Fürsorge“ (b=0,62; p=0,009) und „Harmonie“ (b=1,11; p=0,014). Weibliches Geschlecht des betreuenden Angehörigen korreliert positiv mit „Gemeinschaft“ (b=4,33; p=0,005) und mit „bewusstem Erleben“ (b=5,21; p=0,022).
Psychische Belastung des betreuenden Angehörigen korreliert negativ mit „Gemeinschaft“ (b=-1,77; p=0,032), mit „Spaß“ (b=-1,99; p=0,034), mit „Wellness“ (b=-2,56; p=0,008) und mit „bewusstem Erleben“ (b=-3,06; p=0,013). Geschlecht des Patienten, Dauer der Erkrankung, somatische und psychische Belastung des Patienten, Grad der Verwandtschaft und Schulbildung sowie körperliche Belastung der Angehörigen zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge (s. Tabellen 16a und 16b).

Tabelle 16a: Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Wir-/Wohlgefühl“														
	Gemeinschaft			Spaß			Liebe			Wellness			Fürsorge		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen															
Alter des Patienten	-0,08	-2,01	0,047	-0,18	-4,09	0,000	-0,06	-1,74	0,090	-0,10	-2,41	0,018	-0,05	-1,84	0,069
Geschlecht des Patienten	0,33	0,25	0,801	-1,79	-1,21	0,228	-0,44	-0,36	0,720	0,98	0,65	0,521	0,03	0,03	0,977
Dauer der Erkrankung	0,01	0,76	0,447	0,01	0,75	0,458	-0,004	-0,30	0,762	-0,01	-0,44	0,662	0,01	0,67	0,506
PPS-Score	0,27	0,91	0,368	0,66	1,97	0,052	0,36	1,28	0,210	0,03	0,09	0,925	0,63	2,69	0,009
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,15	-1,11	0,269	-0,20	-1,32	0,190	-0,08	-0,67	0,504	-0,18	-1,16	0,248	-0,02	-0,19	0,851
Psychische Belastung (Gesamt)	0,17	1,75	0,085	0,09	0,84	0,406	0,11	1,14	0,260	0,12	1,02	0,310	-0,002	-0,03	0,977
Angehörigen-Variablen															
Geschlecht Angehörige	4,33	2,89	0,005	3,07	1,79	0,076	-0,02	-0,01	0,990	2,22	1,27	0,208	1,72	1,47	0,146
Grad der Verwandtschaft	1,35	1,13	0,262	-1,25	-0,92	0,360	0,75	0,66	0,510	-1,85	-1,32	0,189	1,29	1,39	0,170
Schulbildung	0,14	0,32	0,746	-0,67	-1,33	0,187	-0,26	-0,61	0,543	-0,45	-0,87	0,388	-0,24	-0,69	0,493
Psychische Belastung d. Angehörigen	-1,77	-2,18	0,032	-1,99	-2,16	0,034	-1,17	-1,53	0,131	-2,57	-2,70	0,008	-0,29	-0,45	0,655
Somatische Belastung d. Angehörigen	-0,07	-0,11	0,915	0,45	0,56	0,578	-0,75	-1,10	0,274	1,17	1,39	0,168	0,15	0,26	0,795
Konstante	16,54	4,14	0,000	28,28	6,21	0,000	14,58	3,87	0,000	25,11	5,38	0,000	13,59	4,35	0,000
N	97			97			97			97			97		
F/prob>F	2,89/0,002			3,88/0,0002			1,07/0,397			1,67/0,093			1,61/0,111		
R^2/Adj. R^2	0,27/0,18			0,33/0,25			0,12/0,01			0,18/0,07			0,17/0,06		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

Tabelle 16b: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) – Fortsetzung- bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen zu „Wir-/Wohlgefühl“					
	Bewusstes Erleben			Harmonie		
Unabhängige Variablen	b	t	p	b	t	p
Patienten-Variablen						
Alter des Patienten	-0,09	-1,56	0,123	-0,15	-2,53	0,013
Geschlecht des Patienten	-0,36	-0,19	0,852	-0,28	-0,14	0,887
Dauer der Erkrankung	0,02	0,78	0,439	-0,005	-0,22	0,824
PPS-Score	0,39	0,87	0,386	1,10	2,50	0,014
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,27	-1,38	0,172	-0,11	-0,55	0,581
Psychische Belastung (Gesamt)	0,25	1,69	0,095	0,23	1,54	0,127
Angehörigen-Variablen						
Geschlecht Angehörige	5,22	2,33	0,022	1,94	0,87	0,387
Grad der Verwandtschaft	1,62	0,91	0,366	2,36	1,32	0,190
Schulbildung	-0,34	-0,52	0,603	-0,72	-1,08	0,281
Psychische Belastung d. Angehörigen	-3,05	-2,53	0,013	-2,38	-1,96	0,053
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,75	0,70	0,483	1,53	1,43	0,156
Konstante	23,8	4,01	0,000	29,7	4,99	0,000
N	97			97		
F/prob>F	2,37/0,013			2,32/0,0150		
R^2/Adj. R^2	0,234/0,135			0,231/0,131		

Legende: **Geschlecht**: Mann=0; Frau=1; **Verwandtschaftsgrad**: 0=Eltern und andere Verwandte; 1=Partner; 2=Geschwister; **PPS**=Palliative Performance Scale (0-100 entsprechend aufsteigender Autonomie); **Schulbildung**=nominal-skaliert von Hauptschule bis Studium, hier als metrische Variable verwendet; **N**=Stichprobenumfang; **F**= Wert auf F-Verteilung für das Gesamtmodell; prob>F= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **R^2**= Determinationskoeffizient; **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **SE**= Standardfehler des Regressionskoeffizienten; **t**= Wert auf t-Verteilung; **p**= Signifikanzniveau; **CI**= Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient

3.6 Zusammenhänge zwischen Veränderungen der LEBE-Kategorien als Outcome-Variablen und klinischen sowie soziodemographischen Variablen als erklärende Variablen über den gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3)

Im Gegensatz zur vorherigen Modellierung, die einen einzigen Zeitpunkt berücksichtigt, werden hier die Veränderungen der abhängigen Variablen anhand von vier verschiedenen Messzeitpunkten über die Zeit gemessen. Somit haben die verwendeten Datensätze eine sogenannte Panel-Struktur und müssen mit Regressionsmodellen untersucht werden, die diese Struktur berücksichtigen. Da die erklärenden bzw. unabhängigen Variablen sich nicht ändern, wie im deskriptiven Teil der Ergebnisse dargestellt, werden *random effects*-Regressionsmodelle gewählt, die sowohl intra- als auch interindividuelle Veränderungen, die zufällig und nicht konstant sind, berücksichtigt.

Um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können werden dieselben Kontrollvariablen wie bei der Untersuchung mit multivariaten Regressionsmodellen im Querschnitt angewandt. Statistisch signifikante Zusammenhänge bedeuten, dass die betreffenden unabhängigen Variablen einen Einfluss (+ oder -) auf den Mittelwert der abhängigen Variablen über deren Verlauf (t_0-t_3) haben.

Die Untersuchung des Gesamtwertes des LEBE-Tests zeigt auch mit *random effects* eine U-förmige Verteilung der Werte über die vier Messzeitpunkte, wenngleich sowohl die lineare als auch die quadratische Regressionsanalyse knapp eine statistische Signifikanz der Veränderung über die Zeit verfehlen bei negativem Zusammenhang für das lineare und positivem Zusammenhang für das quadratische Regressionsmodell. Allerdings sinkt der globale Wert signifikant in der ersten Woche (b=-24,4; p=0,050). Zunehmendes Alter des kranken Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf den Verlauf der gesamten Lebenszufriedenheit des betreuenden Angehörigen (b=-4,41; p=0,002), genauso wie die psychische Belastung des Angehörigen auf seine/ihre Lebenszufriedenheit (b=-77,3; p=0,009). Höhere körperliche Funktionalität (PPS) hat einen positiven Einfluss auf die gesamte Lebenszufriedenheit (b=21,9; p=0,042), überraschenderweise aber auch die psychische Belastung des kranken Angehörigen (b=7,17; p=0,045) (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Random effects multivariate Regressionsanalyse für den LEBE-Gesamtwert über den gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

	Abhängige Variable: LEBE-Gesamt				
Erklärende Variablen	b	SE	z	p	95% CI
Modell Gesamtzeitreihe					
t	-28,7	15,57	-1,84	0,065	-59,24:1,79
t^2	10,1	5,42	1,87	0,061	-0,48:20,76
Alternativ-Modell Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)					
t_1	-24,4	12,45	-1,96	0,050	-48,81:0,02
t_2	-9,6	15,52	-0,62	0,537	-40,02:20,83
t_3	0,7	17,84	0,04	0,969	-31,28:35,67
Patienten-Kontrollvariablen					
• Alter des Patienten	-4,4	1,42	-3,1	0,002	-7,19:-1,63
• Geschlecht des Patienten	-43,7	42,3	-1,03	0,301	-127:39,19
• Dauer der Erkrankung (Monate)	0,7	0,61	1,22	0,223	-0,45:1,95
• PPS-Score	21,9	10,8	2,03	0,042	0,79:43,12
• Somatische Belastungen (Gesamt)	-5,6	4,85	-1,23	0,220	-15,46:3,55
• Psychische Belastungen (Gesamt)	7,1	3,58	1,98	0,047	0,09:14,15
Angehörigen-Kontrollvariablen					
• Geschlecht des Angehörigen	78,9	51,8	1,52	0,128	-22,66:180,6
• Grad der Verwandtschaft	19,9	42,5	0,47	0,639	-63,31:103,2
• Schulbildung	-10,4	16,1	-0,64	0,520	-41,96:21,21
• Psychische Belastungen des Angehörigen	-76,9	29,6	-2,60	0,009	-135:-18,95
• Somatische Belastungen des Angehörigen	40,8	24,9	1,64	0,102	-8,05:89,7
Konstante	1,068	142,6	7,49	0,000	788:1347
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97				
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4				
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2für t/t^2	41,25/0,0001				
log likelihood für t/t^2	-1318,4				
sd (residual)	68,9/4,52/60,7:78,5				
$chibar^2(1)$/prob≥$chibar^2$	122/0,0000				

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; **bar^2** testet LR-Test vs. lineare Regression

Untersucht man den Verlauf der einzelnen übergeordneten Dimensionen (Selbsttranszendenz; Selbstverwirklichung; Ordnung; Wir-/Wohlgefühl; Sinnerfüllung; Sinnkrise) ergeben sich unterschiedliche Zusammenhangsmuster. Mit Ausnahme der Dimension „Ordnung“ gab es keine statistisch signifikanten Veränderungen über den Untersuchungszeitraum.

Mit Ausnahme der Dimension „Sinnkrise“ waren alle Wald chi^2-Tests signifikant. Berücksichtigt man die einzelnen Messzeitpunkte, sinken signifikant in der ersten Woche die Werte für die Dimension „Ordnung“ (b=-2,76; p=0,037) und Wir-/Wohlgefühl (b=-4,89; p=0,027). Je höher das Alter des betreuenden Angehörigen, desto stärker sinken die „Selbsttranszendenz“ (b=-0,56; P=0,015), die „Selbstverwirklichung“ (b=-0,48; p=0,022), die „Ordnung“ (b=-0,24; p=0,034), und „Wir-/Wohlgefühl“ (b=-0,88; p=0,000).

Höhere funktionelle Autonomie in körperlicher Hinsicht hat einen positiven Einfluss auf die horizontale Selbsttranszendenz (b=2,27; p=0,041), Selbstverwirklichung (b=3,20; p=0,044), Ordnung (b=1,76; p=0,046) und Wir-/Wohlgefühl (b=3,34; p=0,030). Je höher die psychische Belastung des kranken Angehörigen, desto stärker steigen die horizontale Selbsttranszendenz (b=0,93; p=0,041) und die Selbstverwirklichung (b=1,70; p=0,001).

Eine höhere Schulbildung hat einen negativen Einfluss auf die vertikale „Selbsttranszendenz“ (b=-1,79; p=0,047) und auf „Ordnung“ (b=-3,53; p=0,007).

Psychische Belastung des betreuenden Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf die Entwicklung ihrer „Selbsttranszendenz“ (b=-9,64; p=0,046), „Selbstverwirklichung“ (b=-10,8; p=0,013), „Wir-/Wohlgefühls“(b=-12,7; p=0,003) und „Sinnerfüllung“ (b=-1,56; p=0,029) sowie einen verstärkenden Einfluss auf „Sinnkrise“ (b=2,31; p=0,004). Wenn der betreuende Angehörige weiblichen Geschlecht ist, hat dies einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des „Wir-/Wohlgefühls“ (b=17,2; p=0,022); die Tatsache, dass der betreute Angehörige ein Partner ist, verglichen mit einem Elternteil, übt einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Dimension „Ordnung“ (b=7,57; p=0,031) aus (s. Tabelle 18).

Tabelle 18: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die übergeordneten Dimensionen von LEBE im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: übergeordnete LEBE-Dimensionen																	
	Selbsttranszendenz			Selbstverwirklichung			Ordnung			Wir-/Wohlgefühl			Sinnerfüllung			Sinnkrise		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe																		
t	-1,78	-0,56	0,573	-1,62	-0,77	0,444	-3,41	-2,07	0,040	-4,71	-1,70	0,089	0,27	0,57	0,570	-0,07	-0,11	0,910
t^2	1,36	1,24	0,216	0,65	0,88	0,380	1,16	2,02	0,044	1,40	1,45	0,147	-0,05	-0,32	0,750	0,08	0,34	0,740
Alternativ-Modell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)																		
t_1	-0,38	-0,15	0,880	-1,12	-0,65	0,514	-2,76	-2,09	0,040	-4,89	-2,21	0,027	0,09	0,24	0,814	0,03	0,06	0,955
t_2	1,84	0,59	0,558	-0,48	-0,23	0,820	-1,55	-0,94	0,350	-1,83	-0,67	0,505	0,49	1,03	0,301	0,12	0,19	0,850
t_3	6,93	1,92	0,055	0,86	0,35	0,723	-0,17	-0,09	0,930	-2,71	-0,86	0,389	0,23	0,43	0,670	0,50	0,66	0,512
Patienten-Kontrollvariablen																		
Alter des Patienten	-0,56	-2,44	0,015	-0,48	-0,77	0,022	-0,24	-2,12	0,034	-0,88	-4,36	0,000	-0,06	-1,62	0,105	0,02	0,40	0,690
Geschlecht des Patienten	-11,31	-1,58	0,113	-6,38	-1,04	0,300	2,50	0,70	0,483	-4,42	-0,71	0,480	-0,39	-0,36	0,720	0,53	0,43	0,670
Dauer der Erkrankung	0,09	0,89	0,372	0,11	1,22	0,223	0,07	1,45	0,150	0,05	0,63	0,531	0,02	1,59	0,111	0,02	1,36	0,173
PPS-Score	3,25	1,85	0,064	3,20	2,01	0,044	1,76	2,00	0,050	3,34	2,17	0,030	0,23	0,88	0,380	-0,09	-0,31	0,760
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,21	-0,26	0,795	-1,31	-1,84	0,070	-0,06	-0,15	0,871	-0,53	-0,76	0,447	-0,03	-0,29	0,772	-0,17	-1,32	0,190
Psychische Belastung (Gesamt)	0,94	1,61	0,107	1,71	3,23	0,001	-0,26	-0,91	0,372	0,64	1,25	0,211	0,17	1,91	0,060	-0,02	-0,27	0,790
Angehörigen-Kontrollvariablen																		
Geschlecht Angehörige	6,73	0,79	0,432	-0,82	-0,11	0,914	5,81	1,35	0,180	17,16	2,29	0,022	2,43	1,89	0,060	-0,11	-0,08	0,940
Grad der Verwandtschaft	-1,38	-0,20	0,843	2,59	0,42	0,680	7,58	2,16	0,031	-0,54	-0,09	0,930	1,31	1,25	0,211	2,00	1,69	0,091
Schulbildung	-1,12	-0,43	0,670	1,16	0,49	0,630	-3,53	-2,68	0,007	-2,49	-1,08	0,279	0,08	0,20	0,841	-0,18	-0,42	0,680
Psychische Belastung d. Angehörigen	-9,64	-2,00	0,046	-10,82	-2,48	0,013	-2,54	-1,05	0,290	-12,72	-3,01	0,003	-1,59	-2,19	0,030	2,31	2,84	0,004
Somatische Belastung d. Angehörigen	5,23	1,26	0,206	3,64	1,40	0,162	1,96	0,94	0,340	4,85	1,34	0,181	-0,35	-0,56	0,573	-0,05	-0,08	0,940
Konstante	108,17	4,61	0,000	20,93	5,50	0,000	85,24	7,25	0,000	165,14	8,04	0,000	15,30	4,35	0,000	3,70	0,93	0,353
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2 für t/t^2	30,52/0,0040			35,09/0,0008			36,92/0,0004			49,42/0,000			28,54/0,0076			20,81/0,077		
log likelihood für t/t^2	-951,7			-894,39			-809,82			-923,81			-551,14			-603,78		
sd (residual)	14,01	0,949	12,27:16,0	9,33	0,615	8,19:10,61	7,35	0,482	6,46:8,36	12,31	0,800	10,8:13,98	2,11	0,137	1,86:2,40	3,01	0,19	2,66:3,41
$chibar^2(1)$/prob≥$chibar^2$	63,2/0,000			142,0/0,000			82,46/0,000			97,03/0,000			97,46/0,000			58,22/0,000		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; $\mathbf{t^2}$=quadratische Kurvenanpassung; $\mathbf{t_0}$=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); $\mathbf{t_1}$=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{t_2}$= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; $\mathbf{t_3}$=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{R^2}$=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; $\mathbf{bar^2}$ testet LR-Test vs. lineare Regression

Als nächstes werden die Einflüsse der erklärenden Variablen auf die Lebensbedeutungen der unterschiedlichen Dimensionen untersucht. Zunächst geht es um die Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension Selbsttranszendenz: Soziales Engagement; Explizite Religiosität; Naturverbundenheit; Selbsterkenntnis; Gesundheit; Generativität; Spiritualität.

Die Lebensbedeutung „Explizite Religiosität“ zeigt keine statistisch signifikanten Zusammenhänge. Eine Veränderung über den Untersuchungszeitraum weist lediglich die Lebensbedeutung „Soziales Engagement“ auf mit einer positiven Entwicklung im linearen Regressionsmodell (b=1,12; p=0,030) und einer negativen im Sinne einer inversen U-förmigen Entwicklung im quadratischen Regressionsmodell (b=-0,36; p=0,047). Das zunehmende Alter des zu betreuenden Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf „Selbsterkenntnis“ (b=-0,12; p=0,015) und auf „Spiritualität“ (b=-0,15; p=0,001) des betreuenden Angehörigen. Je länger die Dauer der Erkrankung desto positiver der Einfluss auf die Gesundheit des Angehörigen (b=0,02; p=0,048). Die psychische Belastung des kranken Angehörigen hat einen positiven Einfluss auf „Soziales Engagement“ (b=0,16; p=0,031) und auf „Gesundheit“ (b=0,28; p=0,018) des betreuenden Angehörigen. Psychische Belastung des Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf die Entwicklung seiner „Naturverbundenheit“ (b=-1,87; p=0,023) und auf die eigene Gesundheit (b=-1,47; p=0,018), während körperliche Belastung lediglich einen negativen Einfluss auf die Naturverbundenheit ausübt (b=1,47; p=0,035). Höhere Bildung des betreuenden Angehörigen scheint einen negativen Einfluss auf die Lebensbedeutung „Gesundheit“ (b=-0,82; p=0,015) auszuüben (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen von „Selbsttranszendenz“																				
	Soziales Engagement			Explizite Religiosität			Naturverbundenheit			Selbsterkenntnis			Gesundheit			Generativität			Spiritualität		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe																					
t	1,12	2,17	0,030	-0,10	-0,31	0,760	-0,56	-1,28	0,201	0,15	0,27	0,790	-0,41	-1,11	0,270	0,15	0,28	0,780	0,25	0,46	0,645
t^2	-0,36	-1,98	0,050	0,05	0,45	0,660	0,21	1,38	0,170	0,06	0,30	0,762	0,15	1,16	0,250	0,11	0,63	0,530	-0,06	-0,33	0,742
Alternativmodell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)																					
t_1	0,57	1,39	0,165	-0,04	-0,14	0,887	-0,34	-0,97	0,330	0,20	0,45	0,649	-0,53	-1,84	0,070	0,26	0,60	0,550	0,134	0,30	0,764
t_2	1,06	2,06	0,039	-0,01	-0,04	0,969	-0,28	-0,65	0,520	0,53	0,98	0,326	0,13	0,36	0,720	0,78	1,47	0,143	0,326	0,59	0,557
t_3	-0,01	-0,02	-0,990	0,17	0,44	0,662	0,22	0,45	0,660	0,96	1,53	0,127	-0,09	-0,22	0,830	1,50	2,44	0,020	0,147	0,23	0,818
Patienten-Kontrollvariablen																					
Alter des Patienten	-0,02	-0,63	0,532	-0,10	0,75	0,454	-0,03	-0,77	0,440	-0,12	-2,43	0,015	0,02	0,95	0,341	-0,07	-1,59	0,113	-0,14	-3,45	0,001
Geschlecht des Patienten	-1,01	-1,06	0,289	0,05	-0,57	0,571	-2,62	-2,22	0,030	-1,20	-0,81	0,420	-0,65	-0,72	0,474	0,51	0,36	0,720	-1,17	-0,88	0,378
Dauer der Erkrankung	0,01	0,50	0,614	0,03	1,02	0,308	0,01	0,69	0,490	0,01	0,66	0,508	0,02	1,98	0,048	0,01	0,98	0,330	0,01	0,64	0,524
PPS-Score	0,34	1,48	0,138	-0,66	-0,74	0,460	0,42	1,38	0,170	0,31	0,83	0,404	0,39	1,71	0,087	0,83	2,35	0,020	0,24	0,76	0,449
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,08	-0,78	0,435	0,01	-0,04	0,968	-0,05	-0,40	0,690	-0,25	-1,50	0,134	-0,07	-0,73	0,464	-0,22	-1,39	0,164	0,11	0,78	0,437
Psychische Belastung (Gesamt)	0,16	2,15	0,031	-0,23	1,40	0,162	0,13	1,28	0,200	0,18	1,47	0,140	0,16	2,19	0,028	0,27	2,36	0,020	0,04	0,39	0,700
Angehörigen-Kontrollvariablen																					
Geschlecht Angehörige	0,52	0,46	0,646	0,98	0,65	0,513	-0,81	-0,56	0,580	2,63	1,44	0,150	0,07	0,06	0,951	4,22	2,46	0,014	2,74	2,74	0,087
Grad der Verwandtschaft	-0,16	-0,18	0,859	1,68	1,35	0,176	0,15	0,13	0,900	-0,54	-0,37	0,715	0,62	0,69	0,489	2,65	1,89	0,060	0,36	0,36	0,778
Schulbildung	0,25	0,74	0,459	-0,93	-1,95	0,052	-0,08	-0,18	0,860	0,61	1,07	0,283	-0,82	-2,42	0,015	-0,15	-0,29	0,780	-0,79	-0,79	0,107
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,64	-1,01	0,315	-1,63	-1,86	0,062	-1,88	-2,27	0,023	-1,20	-1,15	0,250	-1,47	-2,37	0,018	-1,19	-1,23	0,220	-1,58	-1,58	0,081
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,71	1,29	0,196	0,00	0,00	1,000	1,47	2,11	0,040	1,14	1,30	0,192	-0,60	-1,13	0,258	0,67	0,08	0,934	0,16	0,16	0,835
Konstante	12,5	4,06	0,000	5,09	1,22	0,023	17,88	4,49	0,000	20,76	4,13	0,000	4,03	1,34	0,180	11,4	2,43	0,020	20,22	4,61	0,000
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2 für t/t^2	21,94/0,056			14,17/0,362			21,89/0,057			26,07/0,0167			28,98/0,006			40,14/0,0001			28,24/0,008		
log likelihood für t/t^2	-550,03			-531,87			-553,19			-601,77			-506,03			-593,637			-591,32		
sd (residual)	2,34	0,152	2,06:2,66	1,53	0,100	1,35:1,75	1,93	0,127	1,70:2,20	2,41	0,158	2,12:2,74	1,63	0,107	1,43:1,86	2,38	0,15	2,09:2,70	2,48	0,16	2,18:2,83
$chibar^2(1)$/prob≥$chibar^2$	53,64/0,000			183,7/0,000			122,66/0,000			129,31/0,000			107,77/0,000			110,50/0,000			79,31/0,000		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; **bar^2** testet LR-Test vs. lineare Regression

Hinsichtlich der zur Dimension Selbstverwirklichung gehörenden Lebensbedeutungen (Herausforderung; Individualismus; Macht; Entwicklung; Leistung; Freiheit; Wissen; Kreativität) muss zunächst festgehalten werden, dass keine von ihnen eine statistisch signifikante Veränderung über den Untersuchungszeitraum aufweist. Lediglich bei Leistung (b=-0,085; p=0,014) und bei Wissen (b=-0,65; p=0,045) ist in der ersten Woche eine signifikante Reduktion des Scores festzustellen. Je höher das Alter des Patienten, desto stärker nehmen die Lebensbedeutungen „Herausforderung“ (b=-0,11; p=0,000), „Individualität“ (b=-0,10; p=0,006), „Entwicklung“ (b=-0,13; p=0,001) und „Kreativität“ (b=-0,11; p=0,011) ab. Weibliches Geschlecht des kranken Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der „Kreativität“ (b=-0,12; p=0,756) des betreuenden Angehörigen. Höhere psychische Autonomie des Patienten (PPS) hat einen positiven Einfluss auf „Individualismus“ (b=0,60; p=0,042) des betreuenden Angehörigen. Höhere körperliche Belastung hat einen negativen Einfluss auf die Lebensbedeutung „Gesundheit“, während die psychische Belastung einen positiven Einfluss auf „Herausforderung“ (b=0,26; p=0,001), „Individualismus“ (b=0,22; p=0,025), „Macht“ (b=0,26; p=0,001), „Leistung“ (b=0,25; p=0,001) und „Kreativität“ (b=0,23; p=0,027) ausübt.

Anderseits übt psychische Belastung des Angehörigen einen negativen Einfluss auf die eigene „Herausforderung“ (b=-1,35; p=0,037), „Individualismus“ (b=-2,28; p=0,005), „Leistung“ (b=-1,40; p=0,023) und „Freiheit“ (b=-2,53; p=0,020) aus. Schließlich übt eine höhere Schulbildung des betreuenden Angehörigen einen positiven Einfluss auf Wissen (b=1,07; p=0,003) und Entwicklung (b=1,11; p=0,014) aus (s. Tabellen 20a und 20b).

Tabelle 20a: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen von „Selbstverwirklichung“																	
	Herausforderung			Individualismus			Macht			Entwicklung			Leistung			Freiheit		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe																		
t	0,80	1,61	0,107	0,07	0,14	0,890	-1,01	-0,26	0,800	-0,70	-1,48	0,140	-0,81	-1,87	0,062	-0,40	-0,57	0,570
t^2	-0,21	-1,21	0,227	0,02	0,11	0,913	0,02	0,11	0,912	0,22	1,31	0,191	0,23	1,49	0,140	0,28	1,16	0,250
Alternativmodell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)																		
t_1	0,73	1,85	0,064	-0,15	-0,37	0,712	-0,22	-0,58	0,560	-0,31	-0,82	0,413	-0,84	-2,46	0,014	-0,21	-0,38	0,704
t_2	0,57	1,17	0,241	0,54	1,04	0,297	-0,02	-0,04	0,966	-0,76	-1,60	0,109	-0,38	-0,89	0,372	0,46	0,65	0,514
t_3	0,62	1,09	0,274	0,21	0,35	0,724	-0,29	-0,53	0,595	-0,03	-0,05	0,961	-0,60	-1,21	0,691	1,28	1,58	0,113
Patienten-Kontrollvariablen																		
Alter des Patienten	-0,11	-3,64	0,000	-0,11	-2,73	0,006	-0,04	-1,09	0,278	-0,13	-3,35	0,001	0,01	0,39	0,693	0,01	0,21	0,836
Geschlecht des Patienten	-1,25	-1,28	0,199	0,16	0,14	0,892	-0,70	-0,62	0,536	-0,51	-0,42	0,672	-0,59	-0,64	0,524	0,40	0,25	0,799
Dauer der Erkrankung	0,00	0,35	0,726	0,02	1,23	0,219	0,01	0,40	0,693	0,01	0,63	0,531	0,01	0,79	0,429	0,02	1,09	0,275
PPS-Score	0,45	1,92	0,054	0,60	2,03	0,042	0,32	1,12	0,265	0,57	1,88	0,060	0,19	0,87	0,383	0,37	0,94	0,346
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,16	-1,51	0,131	-0,17	-1,32	0,186	-0,12	-0,93	0,354	-0,22	-1,63	0,102	-0,29	-2,88	0,004	-0,05	-0,31	0,759
Psychische Belastung (Gesamt)	0,26	3,40	0,001	0,22	2,24	0,025	0,26	2,74	0,006	0,18	1,84	0,065	0,25	3,38	0,001	0,19	1,42	0,155
Angehörigen-Kontrollvariablen																		
Geschlecht Angehörige	-1,38	-1,19	0,232	1,97	1,37	0,170	0,10	2,74	0,938	1,11	0,76	0,446	-1,25	-1,14	0,254	-0,87	-0,45	0,652
Grad der Verwandtschaft	-1,50	-1,58	0,114	0,75	0,64	0,524	-0,74	0,08	0,508	0,52	0,44	0,659	0,01	0,01	0,995	1,45	0,92	0,356
Schulbildung	-0,24	-0,70	0,484	0,12	0,28	0,783	0,26	-0,66	0,540	1,11	2,46	0,014	-0,22	-0,67	0,505	-0,70	-1,18	0,237
Psychische Belastung d. Angehörigen	-1,36	-2,08	0,037	-2,28	-2,81	0,005	-1,26	0,61	0,106	-1,31	-1,59	0,112	-1,40	-2,27	0,023	-2,53	-2,33	0,020
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,72	1,28	0,200	0,37	0,54	0,588	0,90	-1,62	0,174	1,00	1,42	0,154	0,84	1,57	0,116	0,81	0,88	0,381
Konstante	16,96	5,35	0,000	14,69	3,73	0,000	10,81	2,87	0,004	21,48	5,37	0,000	9,72	3,24	0,001	10,79	2,05	0,040
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2 für t/t^2	39,13/0,0002			33,03/0,0017			17,91/0,161			37,66/0,0003			29,10/0,006			17,21/0,189		
log likelihood für t/t^2	-546,65			-574,39			-557,86			-563,73			-525,63			-636,65		
sd (residual)	2,23	0,14	1,95:2,54	2,35	0,155	2,07:2,68	2,11	0,14	1,85:2,41	2,11	0,13	1,86:2,40	1,94	0,129	1,71:2,21	3,15	0,20	2,77:3,58
$chibar^2(1)$/prob≥$chibar^2$	57,61/0,000			86,04/0,000			79,07/0,000			109,57/0,000			67,02/0,000			96,20/0,000		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; $\mathbf{t^2}$=quadratische Kurvenanpassung; $\mathbf{t_0}$=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); $\mathbf{t_1}$=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{t_2}$= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; $\mathbf{t_3}$=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{R^2}$=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; $\mathbf{bar^2}$ testet LR-Test vs. lineare Regression

Tabelle 20b: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) – Fortsetzung - bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen von „Selbstverwirklichung“					
	Wissen			Kreativität		
	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe						
t	-0,77	-1,89	0,060	-0,12	-0,31	0,760
t^2	0,20	1,45	0,150	0,02	0,13	0,900
Alternativmodell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)						
t_1	-0,65	-2,00	0,045	-0,05	-0,15	0,881
t_2	-0,60	-1,48	0,139	-0,24	-0,62	0,536
t_3	-0,52	-1,12	0,264	-0,16	-0,36	0,719
Patienten-Kontrollvariablen						
Alter des Patienten	-0,01	-0,37	0,709	-0,11	-2,62	0,009
Geschlecht des Patienten	-0,00	-0,00	0,999	-2,61	-2,16	0,031
Dauer der Erkrankung	0,00	0,20	0,845	0,03	1,50	0,133
PPS-Score	0,16	0,65	0,513	0,59	1,84	0,065
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,14	-1,29	0,197	-0,12	-0,84	0,402
Psychische Belastung (Gesamt)	0,04	0,58	0,563	0,24	2,20	0,027
Angehörigen-Kontrollvariablen						
Geschlecht Angehörige	1,92	1,62	0,106	-0,76	-0,50	0,616
Grad der Verwandtschaft	0,11	0,11	0,909	1,90	1,52	0,129
Schulbildung	1,07	2,94	0,003	0,25	0,52	0,602
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,33	-0,50	0,620	-0,61	-0,69	0,489
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,99	1,73	0,083	0,72	0,99	0,322
Konstante	13,08	4,02	0,000	15,71	3,74	0,000
Anzahl Beobachtungen/Patienten		214/97			214/97	
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)		1/2,2/4			1/2,2/4	
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2 für t/t^2		22,07/0,054			36,88/0,0004	
log likelihood für t/t^2		-525,60			-545,14	
sd (residual)	1,81	0,120	1,59:2,06	1,71	0,11	1,51:1,95
chibar^2(1)/prob≥chibar^2		92,62/0,000			170,48/0,000	

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; **bar^2** testet LR-Test vs. lineare Regression

Anschließend werden die Zusammenhänge für die Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Ordnung“ (Tradition, Bodenständigkeit, Moral, Vernunft) untersucht. Sowohl „Tradition“, als auch „Moral“ zeigen eine statistisch signifikante negative Entwicklung in linearen aber eine positive in quadratischen Regressionsmodellen, denn die Werte zu den vier Messzeitpunkten zeigen eine U-förmige Verteilung.
Höhere Schulbildung hat einen negativen Einfluss auf Tradition (b=-1,07; p=0,011), Bodenständigkeit (b=-1,02; p=0,015) und Vernunft (b=-0,77; p=0,018). Die Tatsache, dass der zu betreuende Angehörige der Partner ist, hat einen stärkeren positiven Einfluss auf die Lebensbedeutung „Tradition“ (b=2,48; p=0,026). Höhere somatische funktionelle Autonomie (PPS) übt einen positiven Einfluss auf „Moral“ (b=0,51; p=0,024) und „Vernunft“ (b=0,55; p=0,011) aus. Höheres Alter des Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf „Bodenständigkeit“ (b=-0,09; p=0,024) und „Moral“ (b=-0,08; p=0,007) des betreuenden Angehörigen (s. Tabelle 21).

Tabelle 21: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Ordnung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen von „Ordnung“											
	Tradition			Bodenständigkeit			Moral			Vernunft		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe												
t	-1,42	-2,85	0,004	-0,08	-0,13	0,894	-1,01	-2,44	0,020	-0,35	-0,78	0,432
t^2	0,45	2,62	0,009	0,07	0,31	0,760	0,29	2,05	0,040	0,20	1,32	0,190
Alternativmodell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)												
t_1	-1,04	-2,61	0,009	0,05	0,10	0,918	-0,81	-2,41	0,016	-0,13	-0,35	0,727
t_2	-0,91	-1,84	0,065	0,02	0,03	0,974	-0,73	-1,76	0,079	0,09	0,22	0,826
t_3	-0,22	-0,39	0,700	0,42	0,58	0,564	-0,43	-0,90	0,366	0,83	1,60	0,110
Patienten-Kontrollvariablen												
Alter des Patienten	-0,0	-1,41	0,016	-0,09	-2,25	0,024	-0,08	-2,69	0,007	-0,02	-0,87	0,384
Geschlecht des Patienten	0,89	0,78	0,433	0,30	0,23	0,816	0,40	0,44	0,663	-0,02	-0,02	0,981
Dauer der Erkrankung	0,01	0,40	0,687	0,33	1,80	0,072	0,00	0,44	0,663	0,02	1,81	0,071
PPS-Score	0,26	0,94	0,347	0,47	1,48	0,139	0,51	2,26	0,024	0,55	2,53	0,011
Somatische Belastung (Gesamt)	0,02	0,19	0,853	-0,02	-0,13	0,895	-0,03	-0,26	0,793	-0,02	-0,21	0,832
Psychische Belastung (Gesamt)	-0,07	-0,74	0,462	-0,10	-0,94	0,346	-0,10	-1,36	0,173	-0,02	-0,35	0,729
Angehörigen-Kontrollvariablen												
Geschlecht Angehörige	1,49	1,09	0,277	2,64	1,70	0,090	1,34	1,21	0,226	-0,70	-0,66	0,512
Grad der Verwandtschaft	2,49	2,23	0,026	2,37	1,87	0,062	0,56	0,62	0,535	1,05	1,20	0,232
Schulbildung	-1,07	-2,54	0,011	-1,16	-2,45	0,014	-0,25	-0,74	0,460	-0,78	-2,37	0,018
Psychische Belastung d. Angehörigen	-0,76	-0,98	0,328	-0,78	-0,90	0,370	-0,72	-1,16	0,245	-0,33	-0,55	0,584
Somatische Belastung d. Angehörigen	0,94	1,42	0,156	0,47	0,63	0,524	0,44	0,82	0,411	0,19	0,37	0,708
Konstante	19,25	5,14	0,000	29,49	6,95	0,000	22,08	7,32	0,000	16,47	5,60	0,000
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Wald chi^2(13)/prob>chi^2 für t/t^2	36,02/0,0006			30,27/0,0043			23,31/0,028			25,16/0,022		
log likelihood für t/t^2	-563,01			-603,28			-521,15			-528,70		
sd (residual)	2,22	0,14	1,95:2,53	2,83	0,187	2,49:3,23	1,86	0,122	1,64:2,12	2,03	0,133	1,79:2,31
$chibar^2$(1)/prob≥$chibar^2$	89,17/0,000			62,67/0,000			85,54/0,000			63,50/0,000		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; $\mathbf{t^2}$=quadratische Kurvenanpassung; $\mathbf{t_0}$=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); $\mathbf{t_1}$=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{t_2}$= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; $\mathbf{t_3}$=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; $\mathbf{R^2}$=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; $\mathbf{bar^2}$ testet LR-Test vs. lineare Regression

Schließlich werden die Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ (Gemeinschaft, Spaß, Liebe, Wellness, Fürsorge, Bewusstes Erleben und Harmonie) untersucht.

Lediglich die Lebensbedeutung „Spaß“ zeigt eine statistisch signifikante negative Entwicklung. Je höher das Alter des kranken Angehörigen, desto negativer die Entwicklung aller Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“.

Höhere funktionelle Autonomie (PPS) des Patienten hat einen positiven Einfluss auf „Spaß“ (b=0,65; p=0,024) und „Fürsorge“ (b=0,54; p=0,011) des betreuenden Angehörigen. Weibliches Geschlecht des betreuenden Angehörigen hat einen positiven Einfluss auf „Gemeinschaft“ (b=3,42; p=0,005) und auf „Bewusstes Erleben“ auf Seiten des betreuenden Angehörigen (b=5,81; p=0,003).

Psychische Belastung des betreuenden Angehörigen hat einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Lebensbedeutung „Gemeinschaft“ (b=-1,74; p=0,010), „Spaß“ (b=-2,0; p=0,012), „Liebe“ (b=-1,32; p=0,048), „Wellness“ (b=-2,61; p= 0,002), „Bewusstes Erleben“ (b=-2,82; p=0,011) und „Harmonie“ (b=-2,17;p=0,034) (s. Tabelle 22).

Tabelle 22: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014)

Erklärbare Variablen	Abhängige Variablen: Lebensbedeutungen von „Wir-/Wohlgefühl“																				
	Gemeinschaft			Spaß			Liebe			Wellness			Fürsorge			Bewusstes Erleben			Harmonie		
	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p	b	z	p
Modell Gesamtreihe																					
t	-0,56	-1,06	0,290	-1,39	-2,20	0,030	-0,19	-0,41	0,690	-0,17	-0,30	-0,762	-0,43	-1,11	0,270	0,16	0,23	0,820	-0,68	-0,87	0,384
t^2	0,24	1,31	0,192	0,31	1,43	0,152	-0,004	-0,03	0,980	0,05	0,25	0,799	0,17	1,28	0,200	-0,17	-0,70	0,484	0,21	0,77	0,441
Alternativmodell:Einzelzeitpunkte (baseoutcome:t_0)																					
t_1	-0,67	-1,58	0,113	-1,06	-2,10	0,036	-0,40	-1,08	0,282	-0,51	-1,14	0,255	-0,50	-1,63	0,103	-0,10	-0,18	0,860	-0,57	-0,91	0,364
t_2	0,30	0,56	0,572	-1,53	-2,42	0,015	-0,13	-0,28	0,779	0,35	0,63	0,527	0,15	0,39	0,695	-0,25	-0,36	0,720	-0,39	-0,51	0,614
t_3	0,23	0,38	0,701	-1,31	-1,80	0,072	-0,77	-1,43	0,152	-0,36	-0,56	0,576	0,08	0,20	0,843	-1,16	-1,41	0,160	-0,22	-0,25	0,810
Patienten-Kontrollvariablen																					
Alter des Patienten	-0,09	-2,82	0,005	-0,21	-5,59	0,000	-0,09	-2,85	0,004	-0,13	-3,12	0,002	-0,07	-2,68	0,007	-0,14	-2,62	0,010	-0,14	-2,89	0,004
Geschlecht des Patienten	-0,23	-0,22	0,823	-1,13	-0,93	0,350	-0,75	-0,75	0,450	-0,21	-0,17	0,869	-0,84	-0,09	0,332	-0,48	-0,29	0,771	-1,33	-0,86	0,390
Dauer der Erkrankung	0,01	0,58	0,563	0,02	1,11	0,267	-	-0,34	0,734	-	-0,09	0,925	0,01	1,06	0,287	0,30	1,32	0,190	-0,00	-0,11	0,912
PPS-Score	0,39	1,60	0,109	0,66	2,26	0,024	0,004	1,72	0,086	0,001	0,98	0,328	0,54	2,53	0,011	0,31	0,77	0,443	0,60	1,64	0,102
Somatische Belastung (Gesamt)	-0,11	-0,95	0,342	-0,06	-0,51	0,611	0,41	-0,28	0,778	0,30	-0,64	0,524	-	-0,02	0,987	-0,17	-0,95	0,342	-0,07	-0,44	0,660
Psychische Belastung (Gesamt)	0,16	1,93	0,053	0,10	1,13	0,258	-0,03	1,11	0,265	-0,08	0,42	0,672	0,001	0,09	0,932	0,17	1,32	0,190	0,17	1,43	0,151
							0,09			0,04			0,00								
Angehörigen-Kontrollvariablen																					
Geschlecht Angehörige	3,42	2,83	0,005	2,53	1,78	0,075	-0,18	-0,15	0,004	1,36	0,92	0,359	1,15	1,11	0,269	5,80	2,94	0,003	2,04	1,12	0,263
Grad der Verwandtschaft	1,16	1,18	0,239	-1,72	-1,55	0,122	-0,25	-0,26	0,450	-2,12	-1,75	0,079	0,48	0,57	0,572	0,80	0,50	0,620	0,25	0,17	0,870
Schulbildung	0,24	0,65	0,516	-0,47	-1,11	0,269	-0,37	-1,01	0,734	-0,39	-0,86	0,390	-0,45	-1,41	0,160	-0,25	-0,42	0,670	-0,98	-1,77	0,080
Psychische Belastung d. Angehörig.	-1,74	-2,57	0,010	-2,00	-2,51	0,012	-1,32	-1,98	0,086	-2,61	-3,12	0,002	-0,51	-0,86	0,388	-2,82	-2,54	0,011	-2,17	-2,13	0,033
Somatische Belastung d. Angehörig.	0,04	0,07	0,941	1,12	1,62	0,104	-0,13	-0,22	0,778	1,18	1,65	0,100	0,23	0,46	0,645	0,86	0,91	0,362	1,50	1,70	0,090
Konstante	17,27	5,23	0,000	28,74	7,39	0,000	16,37	5,05	0,000	25,52	6,28	0,000	16,53	5,80	0,000	27,1	5,02	0,000	34,42	6,90	0,000
Anzahl Beobachtungen/Patienten	214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97			214/97		
Beobachtungen pro Pat. (min/Ø/max)	1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4			1/2,2/4		
Wald $chi^2(13)$/prob>chi^2 für t/t^2	45,31/0,0000			63,92/0,000			18,21/0,149			23,78/0,033			24,95/0,023			36,83/0,0004			27,31/0,011		
log likelihood für t/t^2	-560,16			-595,74			-542,80			-585,10			-508,47			-641,56			-644,67		
sd (residual)	2,42	0,15	2,13:2,74	2,86	0,18	2,52:3,25	2,11	0,13	1,86:2,40	2,51	6,28	17,56:33,49	1,75	0,11	1,54:1,99	3,21	0,20	2,83:3,65	3,54	0,22	3,11:4,01
$chibar^2(1)$/prob≥$chibar^2$	63,35/0,000			58,48/0,000			74,04/0,000			84,71/0,000			89,71/0,000			90,07/0,000			65,35/0,000		

Legende: **b**=nicht-standarisierter Regressionskoeffizient; **z**=Wert für Regressionskoeffizient auf normalisierter z-Verteilung; **p**=Signifikanzniveau; **95%CI**= Konfidenzintervall; t (Zeitvariable)= Messzeitpunkte als intervallskalierte Variable; **t^2**=quadratische Kurvenanpassung; **t_0**=Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); **t_1**=Messzeitpunkt 1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **t_2**= Messzeitpunkt 1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg; **t_3**=Messzeitpunkt 3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung; **R^2**=Determinationskoeffizient; **Wald Chi2**= testet, ob mindestens 1 Koeffizient ≠0 ist; **log likelihood** = logarithmische Transformation der maximalen Wahrscheinlichkeit; **bar^2** testet LR-Test vs. lineare Regression

4 Diskussion der Ergebnisse anhand der Fragestellungen

Die vorliegende Studie hat als Ziel die Erfassung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Palliativpatienten, die durch das aufsuchende Projekt Clinic Home Interface in Oberschwaben unterstützt wird.
Die Studie ist eine interventionelle prospektive Untersuchung auf der Grundlage einer Kohorte von 182 konsekutiv versorgten Patienten, von welchen nur 100 in die Studie einwilligten. Die Untersuchung hat Erkundungscharakter hinsichtlich der Bedürfnisse und Lebenseinstellungen von Angehörigen von Palliativpatienten.
Innerhalb des Projektes wurden keine Vorgaben bezüglich Einschluss- oder Ausschlusskriterien gemacht.
Die Entwicklung von klinischen, psychosozialen Aspekten und von Lebensbedeutungen seitens der Angehörigen wurde zu vier Messzeitpunkten erfasst.
Die untersuchten Variablen wurden in vier Kategorien unterteilt:
Medizinische und psychosoziale Aspekte des betreuenden Angehörigen wurden anhand eines strukturierten Angehörigenfragebogens erfasst.
Klinische und psychosoziale Charakteristika des betreuten Angehörigen wurden mittels strukturiertem Fremdanamnesefragebogen erfasst.
Funktionelle Beeinträchtigung wurde von einem Experten (Mitglieder des aufsuchenden Teams) geschätzt.
Mit standarisierten Instrumenten wurden der aktuelle Funktionsstatus anhand der WHO-ECOG-Skala und parallel dazu die Funktionalität anhand der Palliative Performance Scale der Victoria Hospice Society (PPSv2) erfasst.
Die daseinsanalytischen Aspekte bei den pflegenden Angehörigen wurden zu allen vier Messzeitpunkten anhand des standarisierten Fragebogens LEBE erhoben.
Dieser Fragebogen, basierend auf 151 Fragen, untersucht 26 Skalen entsprechend sechs Dimensionen (Selbsttranszendenz vertikal, Selbsttranszendenz horizontal, Selbstverwirklichung, Ordnung, Wir-/Wohlgefühl).
Das Hauptergebnis der Untersuchung liegt darin, dass die Entwicklung der Werte für die verschiedenen gemessenen Kategorien eine U-förmige Verteilung aufweist (Ausnahme: Sinnkrise), d.h., dass eine Woche nach Beginn der aufsuchenden Palliativpflege die Werte

sinken, um einen Monat danach wieder zu steigen, schließlich nach drei Monaten sogar über dem Ausgangswert liegen. Wird dieser Verlauf nicht als Verteilung, sondern als Zeitreihe in Regressionsmodellen untersucht, wird festgestellt, dass quadratische Regressionsmodelle auf die variable Zeit positive Regressionskoeffizienten aufweisen, im Gegensatz zu den linearen Regressionsmodellen und somit besser die Wertverteilung über den untersuchten Zeitraum abbilden. Dieses Ergebnis wird verfeinert durch den Einsatz der Messzeitpunkte. Einzeln, wenn man sie als nominelle unabhängige Variable behandelt. Dabei zeigen die Regressionskoeffizienten das Verhältnis zum Ausgangspunkt (t_0) und die deskriptive Verteilung wird dabei in Regressionsmodellen untermauert.

Der Zusammenhang zwischen soziodemografischen und klinischen Variablen sowohl bezogen auf Patienten wie auf Angehörigen und die Lebensbedeutungen für die Angehörigen im Querschnitt zum Zeitpunkt t_0, d.h., genau vor Beginn der aufsuchenden Pflege zeigt, dass nur wenige Variablen wie Alter, körperliche Beeinträchtigung und psychische Belastungen des Patienten sowie weibliches Geschlecht als psychische Belastung des Angehörigen einen signifikanten Zusammenhang mit den Lebensbedeutungen des Angehörigen aufweisen. Wird die Veränderung der Lebenseinstellungen als abhängige Variable in random-effects-Modellen berücksichtigt, dann bestätigen sich diese Zusammenhänge, die sogar für mehr Lebensbedeutungen als in den multivariaten, linearen Modellen zu finden ist, wobei dieser Effekt auf Dauer der Erkrankung erweiterbar ist in dem Sinne, dass je länger die Erkrankung dauert, desto stärker hat diese Variable einen Einfluss auf die positive Veränderung der Lebensbedeutungen. Die Regressionsmodelle zeigen besonders für Alter des Patienten und psychische Belastungen des Angehörigen negative Zusammenhänge, während für psychische Belastung, Autonomieeinschätzung und Dauer der Erkrankung bei den Patienten positive Zusammenhänge mit Lebensbedeutungen zu erkennen sind.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Lebensbedeutungen eine gewisse Stabilität aufweisen.

Werden die soziodemografischen Profile von gepflegten und pflegenden Angehörigen verglichen, so wird festgestellt, dass Frauen in der Minderzahl bei den kranken Angehörigen ausmachen und dagegen die Mehrheit der pflegenden Angehörigen. Das entspricht der gesellschaftlichen Rollenverteilung in der häuslichen Pflege von schwer kranken Angehörigen. Der Altersunterschied von genau 10 Jahren weist darauf hin, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe vorwiegend um eine Mischung aus Eltern bzw. Schwiegereltern und Partnern handelt. Wären es nur Partner, gäbe es kaum Altersunterschiede. Wären es Eltern, dann würde der Altersunterschied eine Generation betragen.
Die Verteilung nach Schulbildung und nach Schulabschluss (27% Gymnasium, 20% Studium) spiegelt weitgehend die durchschnittliche Verteilung in Deutschland.
Ein Drittel der Angehörigen kümmern sich um den Haushalt und um die Pflege des kranken Angehörigen, während die Hälfte in irgendeiner Weise berufstätig ist. Dieses Profil bestätigt nur teilweise die oben erwähnte Rollenverteilung.
Dass ein Drittel der pflegenden Angehörigen unter anderen Problemen als die Pflege selbst leidet, aber nur 7% wirtschaftliche Probleme meldet, hat womöglich mit der Tatsache zu tun, dass es sich bei der untersuchten Region um eine der wohlhabendsten Deutschlands handelt.
Das klinische Profil der kranken Angehörigen ist anhand der hier untersuchten Variablen relativ homogen, denn es handelt sich fast ausschließlich um krebskranke Menschen, die durchschnittlich zwischen 5 und 6 Jahren erkrankt sind bei geringer Streuung und sich in einem Terminalstadium befinden, wobei die funktionelle Beeinträchtigung und die psychische Belastung als erheblich zu bewerten sind, allerdings hier mit einer großen Streuung, wie aus dem Variationskoeffizient ablesbar.
Aber auch die pflegenden Angehörigen leiden unter körperlichen Problemen (knapp zwei Drittel) und psychischen Belastungen (über ein Viertel), was das Alter der pflegenden Angehörigen und die Belastung durch die Pflege selbst spiegeln dürfte [14].

Die globale Lebenseinstellung sowie die einzelnen Dimensionen und Lebensbedeutungen von Angehörigen von Palliativpatienten wurden mit dem Fragebogen LEBE zu vier Messzeitpunkten nach Beginn eines Einsatzes von Clinic Home Interface erfasst.
Nach der Analyse der deskriptiven Statistik für die einzelnen Items (Tabelle 5) zeigte sich, dass es eine U-förmige Verteilung der Werte für die meisten der untersuchten Items besteht, in

dem Sinne, dass verglichen mit dem Ausgangspunkt $t_{0,}$ zum Messzeitpunk t_1, die Werte sinken, um zu den Messzeitpunkten t_2 und t_3 wieder anzusteigen.
Deswegen wurde nicht nur eine lineare Regressionsanalyse, sondern auch eine quadratische Kurvenanpassung durchgeführt.
Der LEBE-Gesamtwert zeigte knapp keine signifikante Veränderung über die Zeit.
Allerdings konnten signifikante Veränderungen für folgende Dimensionen und Lebenseinstellungen gefunden werden: Ordnung, Tradition, soziales Engagement, Moral und Spaß, absteigend für alle mit Ausnahme von sozialem Engagement.
Es handelt sich dabei um fünf von 26 Skalen, was für eine Stabilität der daseinsbezogenen Einstellungen trotz widriger Umstände wie bei der Sterbebegleitung eines Angehörigen der Fall ist, spricht.
Dabei zeigt spiegelbildlich die quadratische Kurvenanpassung ein anfängliches Absinken der Werte, um einen Monat später eine Steigerung der Werte aufzuweisen, natürlich auch hier mit Ausnahme des Sozialen Engagements (siehe Übersicht in Tab. 23 im Anhang). Diese Ergebnisse sind nur mit Vorsicht zeitlich zu extrapolieren, da die Messzeitpunkte t_2 und t_3 deutlich weniger Patienten umfassen, sehr wahrscheinlich eher die „Überlebenden“ abbilden, was einen positiven Einfluss auf die Einstellung der Pflege der Angehörigen haben dürfte und, dass zum Zeitpunkt t_1 viele Patienten sich in einem für Angehörigen belastenden Terminalstadium befunden haben.
Es bleibt die Frage offen, wie es sich bei allen Angehörigen Monate und Jahre nach Ableben des gepflegten Angehörigen verhalten würde, was weiteren Aufschluss über die Robustheit des Modells „Lebensbedeutungen“ geben könnte.
Offensichtlich sinken am stärksten Lebenseinstellungen, die der Dimension „Ordnung“ zugehören, was darauf hinweisen könnte, dass die Angehörigen zumindest in dieser kritischen Zeit in ihren Grundfesten erschüttert sind und manche Überzeugungen (Tradition, Moral) in Frage stellen. Dass die Genussfähigkeit („Spaß“) abnimmt, kann nachvollzogen werden. Es bleibt jedoch unklar, weshalb das soziale Engagement im selben Zeitraum steigt.
Bei diesen geringen Veränderungen der untersuchten Daseinsdimensionen und Einstellungen kann vorsichtig davon ausgegangen werden, dass sie robust im psychometrischen Sinne sind, da sie offensichtlich etwas über die tief verwurzelte Einstellung zum Dasein eines Menschen aussagen und geringfügig von belastenden Umständen abhängig sind.

Die Untersuchung dieser Zusammenhänge erfolgt zum Zeitpunkt t_0.
Es handelt sich also um eine Querschnittsanalyse von Zusammenhängen.
Geschlecht, Dauer der Erkrankung und somatische Belastungen des kranken Angehörigen, sowie Verwandtschaftsgrad und körperliche Belastung auf Seite des pflegenden Angehörigen zeigen keine oder kaum statistische Zusammenhänge mit Lebensbedeutungen der pflegenden Angehörigen (siehe Übersicht in Tab. 24 im Anhang).
Zunächst überrascht, dass zunehmendes Alter des kranken Angehörigen negativ mit nunmehr 13 Lebenseinstellungen und positiv mit keiner einzigen korreliert
(siehe Tab. 24 im Anhang). Vorsichtig ausgedrückt bedeutet dieses Ergebnis, dass es sich dabei um die Pflege von den eigenen Eltern handelt und, dass das Abschiednehmen von ihnen besonders Lebenseinstellungen, die mit Wohlgefühl und Selbstverwirklichung zu tun haben, beeinträchtigen im Vergleich zu Partnern. Aus der Literatur ist bekannt, dass Behandlungszeit, psychotherapeutische Intervention und die Empfehlung einer weiterführenden psychosozialen Betreuung in verschiedenen Settings negativ mit dem Alter korreliert [38-40].
Der Befund, dass die funktionelle Beeinträchtigung im Gegensatz zu den somatischen Belastungen negativ mit verschiedenen Lebenseinstellungen korreliert (siehe Tab. 24 im Anhang)
hebt die Bedeutung der Autonomie hervor, denn je selbständiger der Kranke ist, desto entlasteter dürfte der pflegende Angehörige sich fühlen.
Der wichtigste Befund jedoch liegt darin, dass je höher psychisch belastet der kranke Angehörige ist, desto positiver ist der Zusammenhang mit Lebenseinstellungen (siehe Tab. 24 im Anhang). Dieser Zusammenhang ist auffallend hoch und nicht plausibel zu erklären, denn dieses Ergebnis erscheint kontraintuitiv zu sein. Dennoch darf auf Grund der gemachten Erfahrungen mit den Patienten und deren Angehörigen im häuslichen Milieu die Hypothese aufgestellt werden, dass gerade die psychische Verfassung- im Gegensatz zur körperlichen- bei Angehörigen die Frage nach dem Sinn ihres Einsatzes anregt und positiv beantworten lässt, was bei der positiven Korrelation mit immerhin acht Lebensbedeutungen zum Ausdruck kommt.
Diese Hypothese erfährt unserer Meinung nach eine gewisse Plausibilität dadurch, dass es sich vorwiegend um Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ handelt.
Nachvollziehbarer ist der Befund, dass die psychische Belastung des pflegenden Angehörigen

bei 11 bzw. 12 (wenn Sinnkrise richtig gedeutet wird) Lebensbedeutungen negativ korreliert (siehe Tab. 24 im Anhang). Aus der Literatur ist bekannt, dass Lebensqualität, Resilienz und Hoffnung stark abhängig sind von der eigenen psychischen Gesundheit [11].

Im Unterschied zu den multivariaten linearen Regressionsmodellen, die in den jeweiligen ersten Spalten auf Tabelle 24 zusammengefasst werden, geht es in random-effects-Regressionsmodellen um *paneldata*, denn die abhängige Variable spiegelt eine Veränderung über verschiedene Messzeitpunkte. Allerdings müssen die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass sich die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Variablen (invariant in unseren Modellen) und den abhängigen Variablen über vier Messzeitpunkte auf den Mittelwert letzterer beziehen, anderenfalls hätten die Modelle Interaktionsvariablen mit der Zeit als weitere unabhängige Variable mitaufnehmen sollen. Random-effects-Modelle bestätigen alle signifikanten Zusammenhänge, die für multivariate lineare Modelle gefunden wurden, jedoch mit deutlich mehr signifikanten Korrelationen mit Lebensbedeutungen, vor allem für Alter der Patienten, sowie für deren Autonomieeinschränkung gemessen mit PPS, aber ganz besonders für Dauer der Erkrankung. Dieses Ergebnis bedeutet, dass Dauer der Erkrankung positiv korreliert mit der Zunahme der Werte für sechs Lebensbedeutungen über den untersuchten Zeitraum. Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass mit der Dauer der Erkrankung sich sowohl ein Akkomodationseffekt einstellt, als auch dass Hoffnung geschöpft werden könnte. Natürlich darf dabei nicht vergessen werden, dass die eigene Einstellung auf das Lebensende und die Zeit, die für eigene Verarbeitung und Verabschiedung von kranken Angehörigen damit gedehnt wird, was unsere Seele offensichtlich braucht.

5 Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine prospektive Multimoment-Studie (vier Messzeitpunkte) hinsichtlich Veränderungen der Lebenseinstellungen bei Angehörigen von durch einen aufsuchenden Pflegedienst versorgten Palliativpatienten (N=182; Teilnehmende=100, nicht-Teilnehmende=82).

Es handelt sich um eine Vollerhebung ohne Ausschlusskriterien anhand standardisierter Instrumente, insbesondere LEBE (Lebensbedeutungen und Lebenssinn von T. Schnell und P. Becker) und Teile des PO-BADO (Psychoonkologische Basisdokumentation), die mit Unterstützung von CHI (Clinic Home Interface) Ravensburg durchgeführt wurde nach Genehmigung einer Ethikkommission.

Da die verschiedenen Dimensionen und Lebensbedeutungen des Tests für jeden Angehörigen zu vier verschiedenen Messzeitpunkten (unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Pflege und jeweils vier und zwölf Wochen später) intra- und interindividuelle Unterschiede über die Zeit aufweisen, wird die Panel-Struktur der Datensätze anhand von random-effects-Regressionsmodellen untersucht. Die deskriptive Statistik als auch die Regressionsanalysen zeigen, dass die meisten Lebensbedeutungen eine U-förmige Entwicklung aufweisen, die meistens negativ in linearer und positiv in quadratischer Regressionsanalyse ausfällt. Von sechs übergeordneten Dimensionen und 26 einzelnen Lebensbedeutungen ändern sich über den untersuchten Zeitraum lediglich Ordnung, Soziales Engagement, Tradition, Moral und Spaß, wobei alle bis auf Soziales Engagement abnehmen, sowohl in bivariaten als auch in multivariaten random-effects- Regressionsmodellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die vom LEBE-Test im daseinsanalytischen Sinne gemessenen Lebenseinstellungen ziemlich stabil sind, dass sich jedoch manche darunter trotz der Unterstützung durch einen spezialisierten Palliativpflegedienst abnehmen, wenngleich im dritten Monat meistens eine Erholung des Wertes festgestellt werden konnte.

Diese Ergebnisse sind vorsichtig zu interpretieren, denn die Stichprobe schrumpft nach drei Monaten auf genau ein Viertel und bezieht sich somit vorwiegend auf die „Überlebenden“. Hervorzuheben ist ferner die Tatsache, dass die in multivariaten Regressionsanalysen mit 11 unabhängigen Variablen (sechs für Patienten und fünf für Angehörige) im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Pflege (t_0) signifikante Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und Lebensbedeutungen der Angehörigen fast deckungsgleich mit den random-effects-Regressionsmodellen zu finden sind mit dem Unterschied, dass sie hier

ausgedehnter ausfallen und zusätzlich einen deutlich positiven Zusammenhang zwischen Dauer der Erkrankung des gepflegten Angehörigen und Lebensbedeutungen der pflegenden Angehörigen aufdecken.

Auf Seite der Patientenvariablen ist festzustellen, dass Geschlecht, Dauer der Erkrankung und somatische Belastung kaum einen Einfluss auf die Entwicklung der Lebensbedeutungen bei den Angehörigen haben, während zunehmendes Alter einen negativen und funktioneller Status als auch psychische Belastung des Patienten einen unerwarteten positiven Einfluss auf Lebensbedeutungen des pflegenden Angehörigen ausüben.

Bei den Angehörigenvariablen haben der Verwandtschaftsgrad und die körperliche Belastung der Angehörigen selbst kaum einen Einfluss auf deren Lebensbedeutung, während psychische Belastung – die leicht bis mittel ausfällt und nie schwer – einen negativen Einfluss auf die Lebensbedeutungen ausüben, weibliches Geschlecht des Angehörigen eher einen positiven Einfluss hat. Bei Schulbildung ergeben sich aufschlussreiche Zusammenhänge in unterschiedlichen Richtungen.

In künftigen Untersuchungen könnten Patientengruppen mit und ohne aufsuchende Pflege oder zu Hause vs. Hospiz oder aber transnationale Vergleiche durchgeführt werden.

Eine wichtige Limitation der vorliegenden Studie ist die hohe Zahl an Nicht-Beteiligten und die hohe drop-out-Rate durch Ableben während des Untersuchungszeitraums. Wichtig wäre ebenfalls den Einfluss der unabhängigen Variablen auf den Verlauf der abhängigen Variablen anhand zeitabhängiger Werte für die erklärenden Variablen sowie anhand von Interaktionsvariablen mit der Zeit in den random-effects-Modellen zu untersuchen. Längere Beobachtungszeiträume könnten weitere Zusammenhänge oder die Veränderungsstruktur derselben über die Zeit aufzeigen.

6 Literaturverzeichnis

[1] Adams HA: Von den letzten Dingen. Leid, Sterben und Leben aus medizinischer und theologischer Sicht. Lehmanns Media, Berlin, S. 89-98, 219-223 (2015)

[2] Albrecht E, Rémi C: Neues aus der Palliativmedizin. Bayerisches Ärzteblatt 11: 600 – 604 (2012)

[3] Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N: Palliative Performance Scale (PPS) A new tool. Journal of Palliative Care 12: 5-11 (1996)

[4] Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, 3. Auflage, Schattauer, Stuttgart, S. 1-10 (2011)

[5] Borasio GD: Über das Sterben., 8. Auflage, C. H. Beck, München, S. 55-91 (2011)

[6] Borasio GD: Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, 1. Auflage, C. H. Beck, München, S. 14-60, 85-145 (2014)

[7] Borasio GD, Niebling W-B, Scriba PC (Hrsg.): Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin. Medizinische, psychosoziale und spirituelle Aspekte, (Report Versorgungsforschung), Band 7, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 3-9, 63-69 (2013)

[8] Condrau G: Der Mensch und sein Tod: Certa moriendi condicio. Benzinger, Zürich (1984)

[9] De Ridder M: Wie wollen wir sterben? Pantheon, München, S 194-220 (2011)

[10] Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV): Sterben in Deutschland. Wissen und Einstellungen zum Sterben.
http://www.dhpv.de/service forschung detail/items/ (07.03.2016)
http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Anzahl_Hospize_PS.gif (07.03.2016)

[11] Dorst Brigitte: Resilienz. Seelische Widerstandskräfte stärken. Patmos, Ostfildern, S. 11-38 (2015)

[12] Fegg M: Zusammenfassende Ergebnisse zur Existenziell Behavioralen Therapie (EBT) für Angehörige von Palliativpatienten. Zeitschrift für Palliativmedizin 17: 76-82 (2016)

[13] Goldzweig G, Hubert A, Wallach N, Brenner P, Perry S, Andritsch E, Baider L: Gender and psychological distress among middle and olderaged colorectal cancer patients and their spouses: an unexpected outcome. Crit Rev Oncol Hematol 70:71-82 (2009)

[14] Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Partenoy RK(Hrsg.): Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4. Auflage, Oxford University Press, Oxford (2011)

[15] Herschbach P, Brandl T, Knight L , Keller M: Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatienten. Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation. Deutsches Ärzteblatt 4: 173-176 (2004).

[16] Herschbach P, Marten-Mittag B: Manual und Interviewleitfaden zur psychoonkologischen Basisdokumentation- Standardversion. Arbeitsgruppe PO-Bado München, S. 4-24, 27- 29 (2009)

[17] Hilt A, Jordan I, Frewer A (Hrsg.): Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte-Theorie-Ethik. Franz Steiner, Stuttgart (2010)

[18] Historische Entwicklung CHI http://ek.oberschwabenklinik.de/abteilungen/innere-medizin-gastroenterologie-onkologie/haematologie-und-onkologie/historische-entwicklung/index.html (07.02.2013)

[19] Hoffmann TS, Knaup M: Sterbehilfe durch Ärzte. Die Rückkehr des „Medizinmanns“?, Der Allgemeinarzt 17: 92-94 (2015)

[20] Klaschik E: Leben bis zuletzt- Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen http://www.liborianum.de/medium/Dokumentation-Aerztetag-2008.pdf?m=2584 (07.03.2016)

[21] Klaschik E: Palliativmedizin- Neue Horizonte im Fächerkanon. Nervenheilkunde 19:443-446 (2000)

[22] Klaschik E, Nauck F, Sabatowski R: Palliativmedizin- Definitionen und Grundzüge. Der Internist 41: 606-611 (2000)

[23] Klaschik E, Leitsätze der Palliativmedizin http://www3.klinikum-augsburg.de/2460/Definition_Palliativmedizin.htm (07.03.2016)

[24] Klinkhammer G: „Sterben in Deutschland". Leben mit dem Tod. Deutsches Ärzteblatt 109: 547 (2012)

[25] Lichtenthal WG, Nilsson M, Zhang B, Trice ED, Kissane DW, Breitbart W, Prigerson HG: Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? Psychooncology 18: 50-61 (2009)

[26] Maio G: „Therapieziel Tod? Warum der assistierte Suizid nicht die Antwort ist" Sendung, SWR2 (9.11.2014, 8: 30 Uhr)

[27] Meißner M: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Angebote nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt 110: A118 (2013)

[28] Müller-Busch HC: Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens, 3. Auflage, Suhrkamp, Berlin, S. 17-40, 237-250 (2012)

[29] Nauck F, Ostgathe Ch, Radbruch L: „Hilfe beim Sterben-keine Hilfe zum Sterben". Deutsches Ärzteblatt 111: A67-71 (2014)

[30] Palliative Performance Scale (PPSv2). End of Life/Palliative Education Resource Center. http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff125.htm. (09.02.2013)

[31] Palliative Performance Scale (PPSv2). Medical Care of the Dying, 4th ed.; p.120. copyright Victoria Hospice Society (2006) http://www.victoriahospice.org/ed publications.html (09.02.2013)

[32] Rosenberger C, Höcker A, Cartus M, Schulz-Kindermann F, Härter M, Mehnert A: Outpatient psychooncological care for family members and patients: access, psychological distress and suportive care needs. Psychother Psychosom Med Psychol (auf Deutsch) 62: 185-194 (2012)

[33] Schäfer D, Müller-Busch Ch, Frewer A (Hrsg.): Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova? Franz Steiner, Stuttgart (2012)

[34] Schnell T, Becker P: Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn(LEBE). Hogrefe, Göttingen, Bern, Wien, S. 4, 8, 28-32 (2007)

[35] Schüle C: Wie wir sterben lernen. Lange haben wir den Tod verdrängt. Jetzt kommt er zurück. DIE ZEIT 49: 39-40 (08.11.2012)

[36] Schulz-Kindermann: Psychoonkologie, Grundlagen und psychotherapeutische Praxis, Beltz, Basel, S. 111-122, 195 (2013)

[37] Teixeira RJ, Pereira MG: Psychological morbidity, burden, and the mediating effect of social support in adult children caregivers of oncological patients undergoing chemotherapy. Psychooncology DOI:10.1002/pon.3173 (2012)

[38] Valdés-Stauber J, Bachthaler S: Patientenversorgung im psychoonkologischen Liaisondienst – Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne psychiatrische Komorbidität. Psychother Psych Med 66: 429-440 (2016)

[39] Valdés-Stauber J, Bachthaler S: Versorgungsunterschiede im Konsil- und Liaisondienst in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose. Nervenarzt (2016) doi:10.1007/s00115-016-0223-9.

[40] Valdés-Stauber J, Vietz E, Kilian R: The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital. BMC Psychiatry 13: 226 (2013)

[41] Versorgungsprojekt Clinic Home Interface (CHI) http://ek.oberschwabenklinik.de/index.php?id=365 (07.02.2013)

[42] Versorgungsregion - Palliative-Care-Teams (PCT) http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/2000/15_2473_D.pdf (06.02.2013)

[43] Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de (07.03.2016)

[44] Palliativmedizin http://www.ethikrat.org/themen/medizin-und-pflege/palliativmedizin/ (07.03.2016)

[45] Palliativportal
http://www.palliativ-portal.de/Definitionen#p2 (07.03.2016)
[46] Palliativversorgung in Baden-Württemberg
http://www.palliativzentrum-vs.de/palliativmedizin/baden-württemberg/(07.03.2016)
[47] Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland
http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de (07.03.2016)

7 Tabellarischer Anhang und verwendete Untersuchungsinstrumente

Anhang 1: Synopse aller Ergebnisse, die in der Gesamtschau in der Diskussion erörtert wurden

Anhang 2: Einverständniserklärung und Genehmigung von der Ethikkommission

Anhang 3: Erhebungsinstrumente

Anhang 4: Verwendete Variablen

Anhang 5: Zusatztabellen

Anhang 6: Darstellung der Versorgungsregionen

Anhang 1

Synopse aller Ergebnisse, die in der Gesamtschau in der Diskussion erörtert wurden

Tabelle 23: Vergleich für LEBE-Dimensionen zwischen den bivariaten und den linearen und quadratischen multivariaten random effects Regressionsmodellen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

	Bivariate Regressionsmodelle Regressor: Zeit			Multivariate Regressionsmodelle Regressoren: Zeit+11 Kontrollvariablen	
		b	**p**	**b**	**p**
Ordnung	t	-3,38	0,042	-3,41	0,039
	t^2	1,14	0,050	1,16	0,044
Soziales Engagement	t	1,13	0,030	1,13	0,030
	t^2	-0,36	0,049	-0,36	0,047
Tradition	t	-1,41	0,005	-1,42	0,004
	t^2	0,45	0,010	0,45	0,009
Moral	t	-0,99	0,018	-1,02	0,015
	t^2	0,29	0,047	0,030	0,040
Spaß	t	-1,26	0,051	-1,39	0,028

Legende zu Tabelle 23: **b**= Regressionskoeffizient; **p**= Signifikanzniveau; **t**= Messzeitpunkte ordinal-skaliert, hier als metrische Variable behandelt; **t^2** = Zeitvariable (Messzeitpunkte metrisch) quadriert.

Tabelle 24: Vergleich der linearen multivariaten (Im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) und der random effects Regressionsmodelle während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3) hinsichtlich Zusammenhänge zwischen Regressoren und Outcome-Variablen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface (2012-2014).

	Patienten-Variablen												Angehörigen-Variablen									
	Alter		Geschlecht		Dauer Erkrankung		PPS		Somatische Belastungen		Psychische Belastungen		Geschlecht		Verwandt-schaftsgrad		Schulbildung		Psychische Belastungen		Körperliche Belastungen	
	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE	M	RE
LEBE gesamt	-	-						+				+							-	-		
DIMENSIONEN																						
Selbstranszendenz		-																-		-		
Selbstverwirklichung	-	-						+			+	+							-	-		
Ordnung		-						+							+			-				
Wir-/Wohlgefühl	-	-					+	+					+	+					-	-		
Sinnerfüllung											+		+							-		
Sinnkrise																			+	+		
SELBSTTRANSZENDENZ																						
Soziales Engagement												+										
Explizite Religiosität																						
Naturverbundenheit	-	-	-	-															-	-	+	+
Selbsterkenntnis	-																					
Gesundheit						+						+						-	-	-		
Generativität								+			+	+	+	+								
Spiritualität	-	-																				
SELBSTVERWIRKLICHUNG																						
Herausforderung	-	-									+	+								-		
Individualität	-	-				+		+			+	+								-		
Macht								+			+	+										
Entwicklung	-	-															+	+				
Leistung									-	-	+	+	-						-	-		
Freiheit																			-	-		
Wissen																	+	+	-			
Kreativität	-	-		-							+	+										
DIMENSIONEN ORDNUNG																						
Tradition															+		-	-				
Bodenständigkeit		-															-					
Moral		-				+		+														
Vernunft						+	+	+										-				
Wir-/Wohlgefühl																						
Gemeinschaft	-	-											+	+					-	-		
Spaß	-	-				+		+											-	-		
Liebe		-																		-		
Wellness	-	-																	-	-		
Fürsorge		-				+	+	+														
Bewusstes Erleben		-					+						+	+					-	-		
Harmonie	-	-																		-		

Legende zu Tabelle 24 :M= Multivariates Regressionsmodell (t_0) ; RE= Random effects Regressionsmodell (t_0-t_3) ; PPS= Palliative Performance Scale.

Anhang 2

Einverständniserklärung des Teilnehmenden und das Genehmigungsschreiben von der Ethikkommission

Einverständniserklärung

Information und Einverständniserklärung
zur Untersuchung von Lebensqualität und Veränderung von Einstellungen bei Angehörigen von schwer kranken Menschen, die aufsuchend palliativ von Clinic Home Interface (CHI) betreut werden

Liebe Angehörige, lieber Angehöriger,
Sie erhalten bzw. werden in Kürze die pflegerische Unterstützung zu Hause für Ihren kranken Angehörigen durch Clinic Home Interface erhalten. Ärztliche Mitarbeiter möchten mit Unterstützung der aufsuchenden Pflege untersuchen, ob durch diese Unterstützung sich bei Ihnen eine Entlastung ergibt und wie diese sich in Ihrem Erleben auswirkt. Somit könnten wir in Zukunft gezielter auf Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen eingehen.
Die Untersuchung beruht auf der Beantwortung von einfachen Fragebögen zu Ihrer Situation und zu der Ihres kranken Angehörigen. Genau vor Beginn der aufsuchenden Pflege, eine Woche nach Beginn des Einsatzes und dann einen Monat und drei Monate später erhalten Sie denselben Fragebogen, der Ihnen auch helfen wird, über wichtige Aspekte Ihres Lebens, Erlebens und Einstellungen nachzudenken. Dadurch untersuchen wir die kurz- und mittelfristige Auswirkung der aufsuchenden spezialisierten Pflege auf pflegende Angehörige schwer kranker Menschen.
Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Selbstverständlich können Sie jederzeit mit der Beteiligung an der Untersuchung aufhören, ohne dass diese Entscheidung einen Einfluss auf den Pflegeeinsatz mit sich zieht. Die Untersuchung erfolgt aus rein wissenschaftlichem Interesse (Uni Ulm und TU München) ohne finanzielle Auswirkungen für die Beteiligten. Der federführende Arzt, Rafal Lemanczyk, beantwortet gerne etwaige aufkommende Fragen. Wenn Sie es wünschen, können Sie sich über die Ergebnisse der Untersuchung gerne informieren (ca. Mitte 2014).
Ich bin mit der Beteiligung an der Untersuchung einverstanden.

Datum	Name Angehöriger	Aufklärender/e Mitarbeiter/in

Beteiligte Personen: Prof. Decker, R. Lemanczyk, Dr. S. Bachthaler, PD Dr. J. Valdés-Stauber, Pflegemitarbeiterinnen/-mitarbeiter von Clinic Home Interface.

Genehmigung von der Ethikkommission

Genehmigung der Ethikkommission liegt vor und wurde aus Datenschutzgründen entfernt. Dieses Verfahren ist so mit dem Promotionsausschuss besprochen.

Anhang 3

Erhebungsinstrumente

1. Aktueller Funktionsstatus WHO-ECOG-Scala (0-4)
2. Palliative Performance Scale (PPSv2= Palliative Performance Scale version 2.0 of the Victoria Hospice Society)
3. Angehörigen-Fragebogen zu medizinischen und psychischen Aspekten
4. Fragebogen zu den betreuten Angehörigen
5. Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE)

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

Normale Aktivität	☐
Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig	☐
Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit	☐
Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen	☐
Patient ist ständig bettlägerig	☐

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. med. Susanne Bachthaler.

Tabelle 25: Palliative Performance Scale version 2.0 of the Victoria Hospice Society

PPS Level	Mobilität	Aktivität & Krankheitsanzeichen
100%	voll	Normale Aktivität und Tätigkeit. Keine Krankheitsanzeichen.
90%	voll	Normale Aktivität und Tätigkeit. Einige Krankheitsanzeichen.
80%	voll	Normale Aktivität mit Anstrengung. Einige Krankheitsanzeichen.
70%	reduziert	Unfähig zu normaler Arbeit. Deutliche Krankheitsanzeichen.
60%	reduziert	Unfähig für Hobby/Hausarbeit. Deutliche Krankheitsanzeichen.
50%	überwiegend Sitzen/Liegen	Unfähig zu jeglicher Arbeit. Starke Krankheitsanzeichen.
40%	überwiegend im Bett	Unfähig zu den meisten Aktivitäten. Starke Krankheitsanzeichen.
30%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen.
20%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen (minimale Flüssigkeitsaufnahme)
10%	bettlägerig	Unfähig zu jeglicher Aktivität. Starke Krankheitsanzeichen (nur Befeuchtung der Schleimhäute)
0%	Tod	----------

<u>Tabelle 26:</u> Angehörigen-Fragebogen zu medizinischen und psychosozialen Aspekten (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen oder Altersangaben	
Frage 1 Wie alt sind Sie?	Frage 7 Welche Tätigkeit üben Sie aus? o Haushalt und Pflege des Angehörigen o Berufstätig stundenweise/Teilzeit o Berufstätig Vollzeit o Rentner
Frage 2 Sind Sie Mann oder Frau? o Mann o Frau	Frage 8 Leiden Sie selber unter einer körperlichen Erkrankung? o nein o leichte o mittelschwere o schwere
Frage 3 Wen betreuen Sie? o Kind o Partner o Geschwister o Eltern o Verwandte zweiten Grades o Andere	Frage 9 Leiden Sie selber unter psychischen Problemen? o nein o leichte o mittelschwere o schwere
Frage 4 Mit welchen Personen leben Sie zusammen? o Alleine o Partner o Kinder o Partner + Kinder o Sonstige	Frage 10 Haben Sie wirtschaftliche Probleme? o nein o Ja
Frage 5 Welche Schule haben Sie besucht? o Hauptschule o Realschule/Fachoberschule o Gymnasium o Studium abgeschlossen	Frage 11 Leiden Sie gegenwärtig unter Belastungen, die Sie beschäftigen unabhängig von der Betreuung des Angehörigen? o nein o ja
Frage 6 Welchen beruflichen Abschluss haben Sie? o kein o Lehre/Ausbildung o Hochschule/Studium	

<u>Tabelle 27:</u> Fragebogen zu den betreuten Angehörigen (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen oder Altersangaben	
Frage 1 An welcher Erkrankung leidet ihr Angehöriger? o Krebs o Neurologische Erkrankung o Herz-Lunge-Krankheit o Nierenkrankheit mit Dialyse o Andere	Frage 4 Ist Ihr Angehöriger Mann oder Frau? o Mann o Frau
Frage 2 Das Alter Ihres Angehörigen?	Frage 5 Somatische Belastungen (0=nicht, 1=wenig, 2=mittel, 3=ziemlich, 4=sehr) □ Erschöpfung/Mattigkeit □ Schmerzen □ Einschränkungen des täglichen Lebens □ Andere somatische Belastungen (Übelkeit, Verletzung des Körperbilds, sex. Funktionsstörungen
Frage 3 Wie lange ist Ihr Angehöriger bereits erkrankt?	Frage 6 Psychische Belastungen (0=nicht, 1=wenig, 2=mittel, 3=ziemlich, 4=sehr) □ Schlafstörungen □ Kognitive Einschränkungen □ Hilflosigkeit □ Angst/Sorgen/Anspannung □ Scham □ Trauer/Depressivität □ Andere psychische Belastungen (Wut, Ärger, Schuldgefühle)

Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

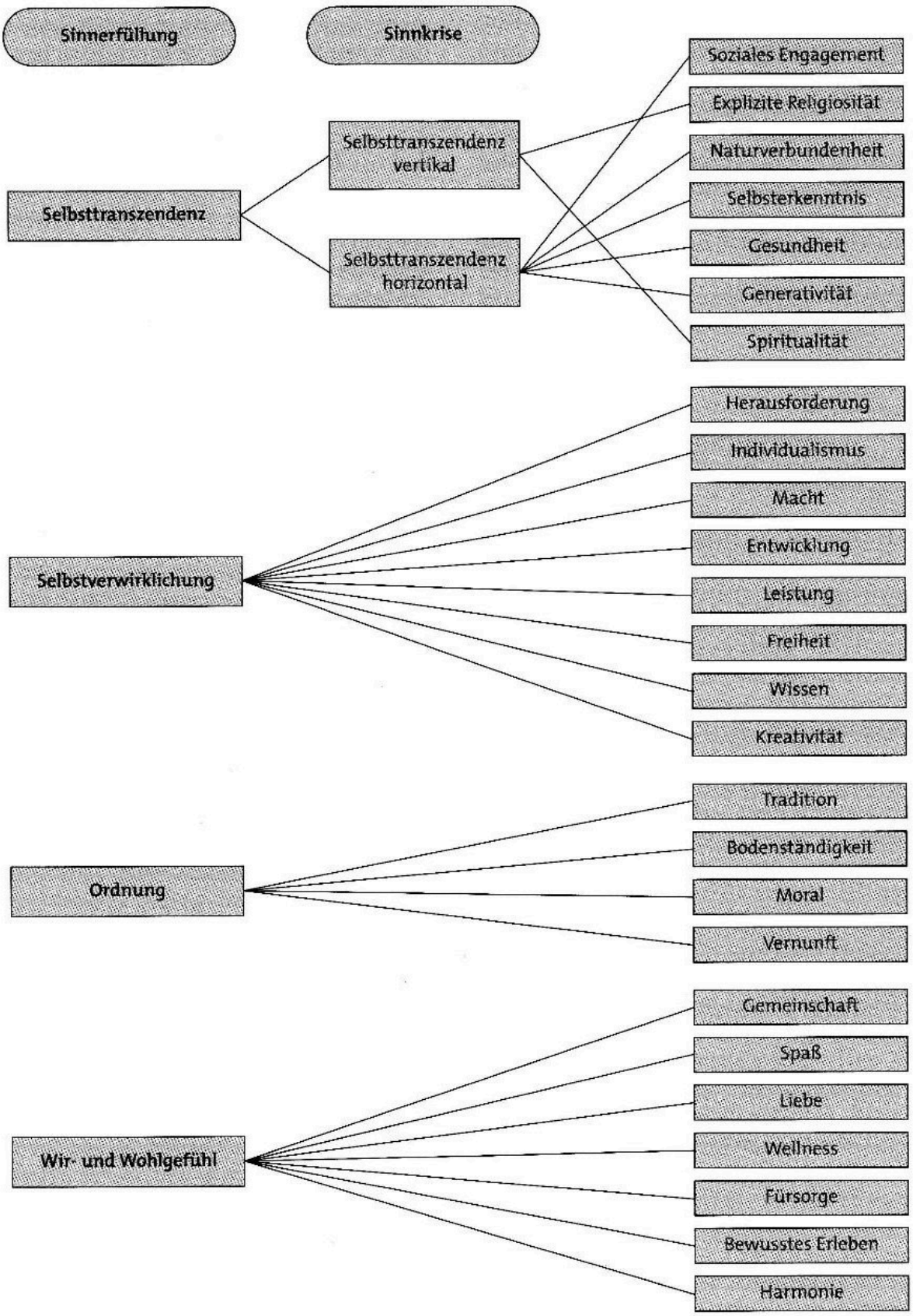
Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) [34]
wurde aus urheberrechtlichen Gründen entfernt.

Skalen und Dimensionen des LEBE im Überblick



Zuordnung der Skalen zu den Dimensionen

Skala/Dimension	Inhaltliche Erläuterung
Sinnerfüllung	Ausmaß, in dem das eigene Leben als sinnerfüllt wahrgenommen wird
Sinnkrise	Ausmaß des Leidens an empfundener Sinnlosigkeit des eigenen Lebens
D1 Selbsttranszendenz	
D1_1 Selbsttranszendenz-vertikal	
Explizite Religiosität	Sinn durch Religion und Glaube
Spiritualität	Sinn durch Orientierung an einer anderen Wirklichkeit und Schicksalsglaube
D1_2 Selbsttranszendenz-horizontal	
Soziales Engagement	Sinn durch aktives Eintreten für Gemeinwohl oder Menschenrechte
Naturverbundenheit	Sinn durch Einklang und Verbundenheit mit der Natur
Selbsterkenntnis	Sinn durch Suche nach und Auseinandersetzung mit dem Selbst
Gesundheit	Sinn durch Erhalt und Förderung von Fitness und Gesundheit
Generativität	Sinn durch Tun oder Erschaffen von Dingen mit bleibendem Wert
D2 Selbstverwirklichung	
Herausforderung	Sinn durch Suche nach Neuem, Abwechslung und Risiko
Individualismus	Sinn durch Individualität und Ausleben von Potentialen
Macht	Sinn durch Kampf und Dominanz
Entwicklung	Sinn durch Zielstrebigkeit und Wachstum
Leistung	Sinn durch Kompetenz und Erfolg
Freiheit	Sinn durch Ungebundenheit und Selbstbestimmung
Wissen	Sinn durch Hinterfragen, Informieren und Verstehen dessen, was ist
Kreativität	Sinn durch Phantasie und schöpferische Gestaltung
D3 Ordnung	
Tradition	Sinn durch Festhalten an Ordnung, Bewährtem und Gewohntem
Bodenständigkeit	Sinn durch Pragmatismus und Anwendungsbezug
Moral	Sinn durch Orientierung an klaren Richtlinien und Werten
Vernunft	Sinn durch Abwägung und Rationalität
D4 Wir- und Wohlgefühl	
Gemeinschaft	Sinn durch menschliche Nähe und Freundschaft
Spaß	Sinn durch Humor und Vergnügen
Liebe	Sinn durch Romantik und Intimität
Wellness	Sinn durch Wohlgefühl und Genuss
Fürsorge	Sinn durch Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft
Bewusstes Erleben	Sinn durch Achtsamkeit und Rituale
Harmonie	Sinn durch Ausgewogenheit und Gleichklang mit sich selbst und anderen

Anhang 4

Verwendete Variablen nach Variablenkategorien.

Verwendete Variablen nach Kategorien

Tabelle 28: Administrative Variablen bei Angehörigen und palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).

Variablenname	Skalenniveau	Ausprägungen	Begründung
Laufende Patientennummer	Ordinal	1-100	Möglichkeit der Pseudonymisierung nach der Datenerhebung
Patientenname	Nominal		Zur eindeutigen Zuordnung während der Datenerhebung
Messzeitpunkte	Ordinal-skaliert	T0=erster Kontakt durch CHI T1=eine Woche später T2=ein Monat später T3=drei Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung durch CHI	Zur Messung von Effekten und Veränderungen von Variablen über die Zeit, insbesondere beim ersten Kontakt mit Clinic Home Interface und drei Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung.
Erhebungsdatum	String		Ergänzend zur eindeutigen Datenzuordnung. Berechnung des Alters.
Kooperation in Studie	Dichotom	0=nein 1=ja	Erfassung der Zahl von Patienten/Angehörigen, die nicht einwilligen bzw. aussteigen, den Kriterien der Ethikkommission folgend.

Tabelle 29: Medizinische und psychosoziale Aspekte des betreuenden Angehörigen (Soziodemographische Variablen) versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).

Variablenname	Skalenniveau	Ausprägungen	Begründung
Alter	Metrisch		
Geschlecht	Dichotom	0=Mann 1=Frau	Wichtige Kontrollvariable. Erlebensqualität ist geschlechtsabhängig.
Verwandtschaftsgrad zur betreuten Person	Nominal	0=Kind 1=Partner 2=Geschwister 3=Eltern 4=Verwandte zweiten Grades 5=Andere	Verwandtschaftsgrad geht mit Bildungsqualität einher.
Verwandtschaftsgrad	Dichotom	0=Eltern und andere Angehörige 1=Partner	
Lebensgemeinschaft	Nominal	0=Alleine 1=Partner 2=Kinder 3=Partner+Kinder 4=Sonstige	Einsamkeit, wenn nicht gewollt, hat einen Einfluss auf Erleben.
Schulbildung	Nominal	0=Hauptschule 1=Realschule/Fachoberschule 2=Gymnasium 3=Studium abgeschlossen	Persönliche Ressourcen sind von der Bildung abhängig. Berufstätigkeit kann doppelte Belastung bedeuten aber auch Struktur und Sinn verleihen.
aktuelle Tätigkeit	Nominal	0=Haushalt und Pflege des Angehörigen 1=Berufstätig stundenweise/Teilzeit 2=Berufstätig Vollzeit 3=Rentner	85% konzentrieren sich auf den erkrankten Angehörigen und widmen ihm sehr viel Zuwendung.
Vorhandensein einer körperlichen Erkrankung	Metrisch	0=nein 1=leichte 2=mittelschwere 3=schwere	Körperliche Belastung beeinträchtigt Autonomie und Wohlbefinden.
Vorhandensein einer psychischen Belastung	Metrisch	0=nein 1=leichte 2=mittelschwere 3=schwere	Psychische Belastung reduziert die Spannkraft und die eigene Einsetzbarkeit.
Wirtschaftliche Probleme	Dichotom	0=nein 1=ja	Armut hat negativen Einfluss auf Lebenssinn und Gesundheit.
anderweitige Belastungen	Dichotom	0=nein 1=ja	

Tabelle 30: Klinische und psychosoziale Charakteristika des betreuten Angehörigen versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).

Variablenname	Skalenniveau	Ausprägungen	Begründung
Erkrankung	Nominal	0=Krebs 1=Neurologische Erkrankung 2=Herz-Lunge-Krankheit 3=Nierenkrankheit mit Dialyse 4=Andere	94% betreuten Patienten weisen eine Krebserkrankung vor.
Alter	Nominal		
Geschlecht	Dichotom	0=Mann 1=Frau	
Dauer der Erkrankung	Metrisch	1-132	Mittelwert liegt bei 23 Tagen.
Aktuelle somatische Belastungen (fünf Grade)	Metrisch	0=nicht 1=wenig 2=mittel 3=ziemlich 4=sehr	
Aktuelle psychische Belastungen (fünf Grade)	Metrisch	0=nicht 1=wenig 2=mittel 3=ziemlich 4=sehr	

Tabelle 31: Funktionelle Beeinträchtigungen. Variablen zur Erfassung des aktuellen Funktionsstatus und der Funktionalität der Palliativpatienten versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).

Variablenname	Skalenniveau	Ausprägungen	Begründung
Aktueller Funktionsstatus WHO-ECOG -Skala	Metrisch (Score)	0- 4	Psychoonkologische Basisdokumentation, hier die ECOG-Skala, die psychischen Belastungen und die somatischen Belastungen. Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO- Bado) ist eine Fremdeinschätzungsskala für das psychosoziale Befinden von Krebspatienten (aller Diagnosen und Stadien). Sie wurde von der Arbeitsgruppe PO- Bado mit Unterstützung von DAPO (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie) und PSO (Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft), gefördert von der Deutschen Krebshilfe, in den Jahren 2000 bis 2006 entwickelt. Die PO- Bado kann von Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften angewandt werden, um Art und Ausmaß psychologischer Belastung von Krebspatienten einzuschätzen
Palliative Performance Scale der Victoria Hospice Society (PPSv2)	Metrisch (Score)	0-10	Die PPS ist ein zuverlässiges und valides Instrument und hängt gut zusammen mit dem tatsächlichen Überleben und medianer Überlebenszeit von Krebspatienten. Dieser Score wurde eingesetzt zum Zwecke der Identifizierung und Verfolgung von möglichen Bedürfnissen der Palliativpatienten, zumal sich diese Bedürfnisse mit Progression der Erkrankung ändern.

<u>Tabelle 32:</u> Erfassung von daseinsanalytischen Aspekten in der Versorgung krebskranker Patienten anhand des standarisierten Fragebogens LEBE. (Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).

Variablenname	Skalenniveau	Ausprägungen	Begründung
LEBE- Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn	Metrisch (Score)	0=stimme **überhaupt** nicht zu bis: 5=stimme **vollkommen** zu	Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LEBE) ist ein objektiv auswertbares Verfahren zur umfassenden und differenzierten Erfassung von Lebensbedeutungen, Sinnerfüllung und Sinnkrise. Er ist für den Einsatz in Forschung und Praxis konzipiert, wobei es Ansatzpunkte für unterschiedlichste Disziplinen und Anwendungsfelder gibt. Den theoretischen Hintergrund des Verfahrens bildet ein hierarchisches Sinn- Konstrukt. Es wird davon ausgegangen, dass Sinnstiftung in menschlichem Leben und Erleben unablässig stattfindet: im Kontext von Wahrnehmungen und Handlungen, auf der komplexeren Ebene der Ziele, Absichten und Pläne sowie letztendlich in der Konstruktion von Lebensbedeutungen und Lebenssinn.

Anhang 5

Zusatztabellen

Tabelle 33: Soziodemographische Angaben von durch Clinic Home Interface versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	%	M	SD	Vc	range
Alter	100		67,9	12,1	18%	31 - 92
Dauer Erkrankung (Monate)	100		23,1	26,5	115%	1 - 132
Anteil Frauen	100	40				
Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite						

Tabelle 34: Allgemeine klinische Variable von durch Clinic Home Interface versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	%	M	SD	Vc	range
Anteile Krebserkrankungen	100	94				
Summen score somat. Belastungen t_0	100		9,8	4	41	1 - 16
Summen score psych. Belastungen t_0	100		12,5	5,8	46	0 - 26
WHO-ECOG Skala t_0	100		2,91	0,93	32	1 - 4
Palliative Performance Scale t_0			6,21	1,67	27	2 - 9
Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI)						

Tabelle 35: Verteilung der einzelnen psychischen Belastungen nach Stufen entsprechend PO-BADO unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) bei durch Clinic Home Interface versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014).

	nicht (0)	wenig (1)	mittel (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
Schlafstörungen	26%	12%	26%	27%	9%
Kognitive Einschränkungen	45%	13%	19%	15%	8%
Hilflosigkeit	16%	9%	17%	27%	31%
Angst/Sorgen/Anspannung	7%	6%	23%	38%	26%
Scham	44%	18%	23%	10%	5%
Trauer/Depressivität	23%	17%	23%	24%	13%
Andere psychische Belastungen	40%	19%	21%	16%	4%

Tabelle 36: Verteilung des anhaltenden funktionellen Status anhand der WHO-ECOG-Skala unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) bei durch Clinic Home Interface palliativ versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014).

Aktivitätsgrad	N	%
Normale Aktivität (0) oder Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig (1)	9	9%
zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit (2)	21	21%
Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen (3)	40	40%
Patient ist ständig bettlägerig (4)	30	30%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 37: Verteilung des aktuellen funktionellen Status anhand der Palliative Performance Scale (version 2.0 of the Victoria Hospice Society) unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) bei durch Clinic Home Interface palliativ versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014).

PPS-Level (Mobilität)	N	Anteil %
100% (volle Mobilität)	-	-
90% (volle Mobilität)	-	-
80% (volle Mobilität)	3	3%
70% (reduzierte Mobilität)	3	3%
60% (reduzierte Mobilität)	9	9%
50% (überwiegend sitzen/liegen)	18	18%
40% (überwiegend im Bett)	21	21%
30% (bettlägerig)	19	19%
20% (bettlägerig)	22	22%
10% (bettlägerig)	5	5%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 38: Klinische Angaben zu den betreuenden Angehörigen von durch Clinic Home Interface palliativ versorgten Patienten in Ravensburg (2012-2014) unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) .

	N	Nein (0)	Leichte (1)	Mittel (2)	Schwere (3)
Aktuell unter körperlichen Problemen leidenden Angehörigen	100	59%	28%	13%	-
Aktuell unter psychischen Problemen leidenden Angehörigen	100	72%	22%	6%	-

Tabelle 39: Verwandtschaftsgrad des betreuenden Angehörigen zu dem von Clinic Home Interface aufsuchend versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	Anteil
Kind	2	2%
Partner	62	62%
Geschwister	3	3%
Elternteil	29	29%
Verwandte 2. Grades	1	1%
Andere	3	3%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 40: Mit wem lebt die betreuende Person zusammen. Angehörige von palliativ versorgten Patienten. Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).

	N	Anteil
Alleine	5	5%
Mit Partner	56	56%
Mit Partner und Kindern	37	37%
Sonstige	2	2%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 41: Schulabschluss der Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	Anteil
Hauptschulabschluss	37	37%
Realschule/Hauptschule	36	36%
Gymnasium	10	10%
Studium abgeschlossen	17	17%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 42: Beruflicher Abschluss der Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	Anteil
Kein Abschluss	4	4%
Lehre/Ausbildung	75	75%
Hochschule/Studium	21	21%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 43: Aktuelle Berufstätigkeit der Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).

	N	Anteil
Haushalt und Pflege des kranken Angehörigen	33	33%
Berufstätig stundenweise/Teilzeit	34	34%
Berufstätig Vollzeit	15	15%
Rentner	18	18%
	100	100%

Legende: N = Stichprobenumfang; % = Anteil

Tabelle 44: Entwicklung des Gesamtwertes von LEBE (Fragebogen zu Lebensbedeutungen) bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Messzeitpunkte	N	M	SD	Vc	range
t_o	97	993	187	19%	496 - 1386
t_1	59	966	188	18%	363 - 1306
t_2	34	982	172	17%	640 - 1389
t_3	24	1013	154	15%	706 - 1337

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 45: Entwicklung der übergeordneten Dimensionen von LEBE bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Dimensionen	t_0 [M(SD)]	t_1 [M(SD)]	t_2 [M(SD)]	t_3 [M(SD)]
Selbsttranszendenz	99,8 (29,4)	97,9 (26,4)	99,1 (20,9)	106,7 (32,1)
Selbstverwirklichung	112,3 (27,3)	110,1 (28,05)	109,9 (28,3)	115,8 (24,1)
Ordnung	83,9 (14,8)	82,0 (16,1)	83,9 (12,1)	85,9 (15,8)
Wir- und Wohlgefühl	136,7 (26,9)	131,2 (31,2)	135,06 (26,8)	138,0 (24,9)
Sinnerfüllung	17,1 (4,5)	16,8 (4,4)	17,06 (4,5)	17,25 (4,4)
Sinnkrise	4,6 (4,9)	5,3 (5,2)	5,7 (5,6)	5,8 (5,7)

Legende: t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); M= Mittelwert; SD= Standardabweichung

Tabelle 46: Entwicklung der Dimension Sinnerfüllung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Sinnerfüllung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	17,1	4,5	26%	6 - 25
t_1	59	16,7	4,4	26%	6 - 25
t_2	34	17,06	4,5	26%	7 - 28
t_3	24	17,2	4,4	26%	7 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 47: Entwicklung der Dimension Sinnkrise bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Sinnkrise	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	4,6	4,9	106%	0 - 19
t_1	59	5,3	5,3	100%	0 - 17
t_2	34	5,7	5,6	98%	0 - 18
t_3	24	5,8	5,7	98%	0 - 17

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 48: Entwicklung der Dimension Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Selbsttranszendenz	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	99,8	29,4	29%	28 - 222
t_1	58	97,9	26,4	27%	32 - 179
t_2	34	99,1	20,9	21%	62 - 149
t_3	24	106,7	32,1	30%	68 - 237

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 49: Entwicklung der Dimension Selbstverwirklichung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Selbstverwirklichung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	112,3	27,3	24%	43 - 167
t_1	58	110,1	28,05	25%	32 - 161
t_2	34	109,9	28,3	26%	56 - 173
t_3	24	115,8	24,1	21%	81 - 161

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 50: Entwicklung der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Ordnung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	83,9	14,8	18%	49 - 120
t_1	58	82,0	16,1	20%	43 - 116
t_2	34	83,9	12,1	14%	56 - 107
t_3	24	85,9	15,8	18%	40 - 107

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 51: Entwicklung der Dimension Wir- und Wohlgefühl bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Wir- und Wohlgefühl	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	136,7	26,9	20%	61 - 183
t_1	58	131,2	31,2	24%	42 - 190
t_2	34	135,1	26,8	20%	77 - 180
t_3	24	138,0	24,9	18%	80 - 170

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 52: Entwicklung der Subdimension vertikale Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Vertikale Selbsttranszendenz	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	22,2	9,7	44%	0 - 40
t_1	58	22,1	8,9	40%	3 - 40
t_2	34	22,1	9,2	42%	6 - 39
t_3	24	22,7	8,04	35%	7 - 35

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 53: Entwicklung der Subdimension horizontale Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Horizontale Selbsttranszendenz	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	77,02	18,8	24%	25 - 117
t_1	58	75,6	17,8	23%	24 - 115
t_2	34	77,06	14,6	19%	49 - 111
t_3	24	79,3	12,01	15%	49 - 101

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 54: Entwicklung der Lebensbedeutung der Dimension Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Lebensbedeutungen	t_0 (N = 97)	t_1 (N = 59)	t_2 (N = 34)	t_3 (N = 24)
Soziales Engagement	15,1 (4,2)	15,7 (3,4)	15,7 (3,6)	14,6 (2,6)
Explizite Religiosität	8,0 (5,0)	7,8 (4,5)	7,4 (4,6)	7,8 (4,9)
Naturverbundenheit	18,2 (4,9)	17,9 (4,6)	18,3 (3,7)	19,8 (4,1)
Selbsterkenntnis	16,7 (6,1)	16,7 (6,3)	16,7 (6,3)	17,4 (6,6)
Gesundheit	8,8 (3,7)	7,9 (3,6)	8,4 (3,8)	8,4 (3,3)
Generativität	17,9 (6,2)	17,5 (5,9)	17,7 (5,1)	18,9 (4,3)
Spiritualität	14,1 (5,6)	14,2 (5,4)	14,6 (5,4)	14,5 (4,4)

Legende: N = Stichprobenumfang; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 55: Entwicklung der Lebensbedeutung Soziales Engagement bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Soziales Engagement	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	15,1	4,2	28%	0 - 25
t_1	59	15,7	3,4	22%	7 - 23
t_2	34	15,7	3,6	23%	8 - 23
t_3	24	14,6	2,6	18%	10 - 21

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 56: Entwicklung der Lebensbedeutung Explizite Religiosität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Explizite Religiosität	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	8,0	5,0	62%	0 - 15
t_1	59	7,8	4,5	58%	0 - 17
t_2	34	7,4	4,6	62%	0 - 15
t_3	24	7,8	4,9	63%	0 - 15

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 57: Entwicklung der Lebensbedeutung Naturverbundenheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Naturverbundenheit	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	18,2	4,9	27%	4 - 29
t_1	59	17,9	4,6	26%	3 - 25
t_2	34	18,3	3,7	20%	10 - 25
t_3	24	19,8	4,1	20%	11 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 58: Entwicklung der Dimension Selbsterkenntnis bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Selbsterkenntnis	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	16,7	6,1	36%	2 - 30
t_1	59	16,7	6,3	38%	4 - 29
t_2	34	16,7	6,3	38%	4 - 30
t_3	24	17,4	6,6	38%	4 - 30

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 59: Entwicklung der Lebensbedeutung Gesundheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Gesundheit	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	8,8	3,7	42%	0 - 26
t_1	59	7,9	3,6	46%	1 - 16
t_2	34	8,4	3,8	45%	0 - 15
t_3	24	8,4	3,3	39%	1 - 13

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 60: Entwicklung der Lebensbedeutung Generativität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Generativität	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	17,9	6,2	35%	3 - 29
t_1	59	17,5	5,9	34%	3 - 29
t_2	34	17,7	5,1	29%	8 - 28
t_3	24	18,9	4,2	22%	8 - 26

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 61: Entwicklung der Lebensbedeutung Spiritualität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Spiritualität	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	14,1	5,6	40%	0 - 25
t_1	59	14,2	5,4	38%	0 - 25
t_2	34	14,6	5,4	37%	2 - 25
t_3	24	14,5	4,4	30%	7 - 23

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 62: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Selbstverwirklichung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Lebensbedeutungen	t_0 (N = 97)	t_1 (N = 59)	t_2 (N = 34)	t_3 (N = 24)
Herausforderung	11,1 (4,4)	11,7 (3,9)	11,3 (4,3)	12,0 (4,2)
Individualismus	14,3 (5,3)	13,9 (5,1)	14,9 (5,2)	15,8 (4,6)
Macht	11,9 (4,7)	11,6 (4,03)	11,9 (4,6)	11,9 (3,6)
Entwicklung	18,6 (5,2)	18,1 (5,6)	17,8 (5,6)	18,9 (5,02)
Leistung	10,1 (4,1)	10,1 (3,4)	10,5 (3,4)	10,8 (3,1)
Freiheit	15,5 (6,2)	14,8 (6,8)	15,3 (6,5)	17,2 (6,3)
Wissen	15,6 (4,0)	15,1 (4,2)	14,9 (3,9)	15,1 (3,7)
Kreativität	14,3 (5,6)	14,3 (5,7)	13,7 (4,4)	14,0 (4,2)

Legende: N = Stichprobenumfang; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 63: Entwicklung der Lebensbedeutung Herausforderung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Herausforderung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	11,1	4,4	40%	0 - 25
t_1	59	11,7	3,9	33%	2 - 20
t_2	34	11,3	4,3	38%	1 - 19
t_3	24	12,0	4,2	35%	3 - 18

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 64: Entwicklung der Lebensbedeutung Individualismus bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Individualismus	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	14,3	5,3	37%	1 - 25
t_1	59	13,9	5,1	37%	2 - 26
t_2	34	14,9	5,2	35%	4 - 26
t_3	24	15,8	4,6	29%	8 - 23

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 65: Entwicklung der Lebensbedeutung Macht bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Macht	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	11,9	4,7	39%	3 - 30
t_1	59	11,6	4,03	35%	3 - 21
t_2	34	11,9	4,6	39%	1 - 21
t_3	24	11,9	3,6	30%	4 - 17

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 66: Entwicklung der Lebensbedeutung Entwicklung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Entwicklung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	18,6	5,2	28%	6 - 28
t_1	59	18,1	5,6	30%	7 - 30
t_2	34	17,8	5,6	31%	7 - 30
t_3	24	18,9	5,02	27%	9 - 30

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 67: Entwicklung der Lebensbedeutung Leistung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Leistung	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	10,1	4,1	40%	2 - 24
t_1	59	10,1	3,4	34%	3 - 18
t_2	34	10,5	3,4	32%	6 - 18
t_3	24	10,8	3,1	29%	7 - 18

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 68: Entwicklung der Lebensbedeutung Freiheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Freiheit	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	15,5	6,2	40%	1 - 29
t_1	59	14,8	6,8	46%	0 - 28
t_2	34	15,3	6,5	42%	1 - 26
t_3	24	17,2	6,3	37%	3 - 26

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 69: Entwicklung der Lebensbedeutung Wissen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Wissen	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	15,6	4,0	26%	8 - 25
t_1	59	15,1	4,2	28%	8 - 25
t_2	34	14,9	3,9	26%	8 - 22
t_3	24	15,1	3,7	24%	8 - 23

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 70: Entwicklung der Lebensbedeutung Kreativität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Kreativität	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	14,3	5,6	39%	1 - 25
t_1	59	14,3	5,7	40%	1 - 28
t_2	34	13,7	4,4	32%	5 - 22
t_3	24	14,0	4,2	30%	6 - 23

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 71: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Lebensbedeutungen	t_0 (N =)	t_1 (N =)	t_2 (N =)	t_3 (N =)
Tradition	19,1 (4,7)	18,5 (5,1)	18,9 (3,6)	19,5 (4,7)
Bodenständigkeit	27,7 (5,4)	28,2 (5,6)	28,6 (4,1)	29,3 (5,1)
Moral	19,7 (3,8)	18,9 (3,6)	19,4 (3,6)	19,9 (4,1)
Vernunft	17,5 (3,6)	18,9 (3,6)	19,4 (3,6)	19,9 (4,1)

Legende: N = Stichprobenumfang; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 72: Entwicklung der Lebensbedeutung Tradition bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Tradition	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	19,1	4,7	25%	9 - 30
t_1	59	18,5	5,1	28%	7 - 29
t_2	34	18,9	3,6	19%	11 - 26
t_3	24	19,5	4,7	24%	9 - 27

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 73: Entwicklung der Lebensbedeutung Bodenständigkeit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Bodenständigkeit	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	27,7	5,4	19%	12 - 40
t_1	59	28,2	5,6	20%	15 - 39
t_2	34	28,6	4,1	14%	19 - 35
t_3	24	29,3	5,1	17%	16 - 38

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 74: Entwicklung der Lebensbedeutung Moral bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Moral	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	19,7	3,8	19%	8 - 25
t_1	59	18,9	3,6	19%	9 - 24
t_2	34	19,4	3,6	19%	10 - 25
t_3	24	19,9	4,1	20%	7 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 75: Entwicklung der Lebensbedeutung Vernunft bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Vernunft	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	17,5	3,6	21%	8 - 25
t_1	59	18,9	3,6	19%	9 - 24
t_2	34	19,4	3,6	19%	10 - 25
t_3	24	19,9	4,1	20%	7 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 76: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Lebensbedeutungen	t_0	t_1	t_2	t_3
Gemeinschaft	17,6 (4,6)	16,6 (4,9)	18,03 (4,2)	18,5 (3,2)
Spaß	19,3 (5,5)	18,2 (5,6)	17,6 (5,6)	18,7 (5,7)
Liebe	12,03 (3,9)	11,2 (4,3)	11,6 (3,8)	11,6 (3,5)
Wellness	17,5 (5,1)	16,9 (5,5)	18,1 (4,8)	18,2 (4,4)
Fürsorge	15,5 (3,4)	14,9 (4,0)	15,5 (3,3)	15,4 (3,5)
Bewusstes Erleben	24,7 (6,7)	24,5 (7,7)	24,6 (7,02)	24,1 (6,6)
Harmonie	30,2 (6,7)	29,9 (6,1)	30,3 (5,4)	31,4 (6,2)

Legende: t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 77: Entwicklung der Lebensbedeutung Gemeinschaft bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Gemeinschaft	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	17,6	4,6	26%	7 - 27
t_1	59	16,6	4,9	29%	2 - 25
t_2	34	18,03	4,2	23%	11 - 28
t_3	24	18,5	3,2	17%	14 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 78: Entwicklung der Lebensbedeutung Spaß bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Spaß	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	19,3	5,5	28%	2 - 30
t_1	59	18,2	5,6	30%	1 - 29
t_2	34	17,6	5,6	32%	6 - 28
t_3	24	18,7	5,7	30%	7 - 27

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 79: Entwicklung der Lebensbedeutung Liebe bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Liebe	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	12,3	3,9	32%	0 - 20
t_1	59	11,2	4,3	38%	0 - 22
t_2	34	11,6	3,8	33%	4 - 19
t_3	24	11,6	3,5	30%	4 - 19

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 80: Entwicklung der Lebensbedeutung Wellness bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Wellness	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	17,5	5,1	29%	5 - 28
t_1	59	16,9	5,5	32%	2 - 30
t_2	34	18,1	4,8	26%	8 - 28
t_3	24	18,2	4,4	24%	10 - 25

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 81: Entwicklung der Lebensbedeutung Fürsorge bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Fürsorge	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	15,5	3,4	22%	4 - 21
t_1	59	14,9	4,0	27%	2 - 24
t_2	34	15,5	3,3	21%	11 - 24
t_3	24	15,4	3,5	23%	7 - 20

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 82: Entwicklung der Lebensbedeutung Bewusstes Erleben bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Bewusstes Erleben	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	24,7	6,7	27%	6 - 38
t_1	59	24,5	7,7	31%	6 - 39
t_2	34	24,6	7,02	28%	5 - 38
t_3	24	24,1	6,6	27%	5 - 36

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Tabelle 83: Entwicklung der Lebensbedeutung Harmonie bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3).

Harmonie	N	M	SD	Vc	range
t_0	97	30,2	6,7	22%	9 - 43
t_1	59	29,9	6,1	20%	12 - 40
t_2	34	30,3	5,4	18%	19 - 39
t_3	24	31,4	6,2	20%	18 - 45

Legende: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Vc = Variationskoeffizienz (SD/Mx100); range = Wertebreite; t_0= 1. Messzeitpunkt (erster Kontakt mit CHI); t_1= 2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Beginn der aufsuchenden Versorgung); t_2= 3. Messzeitpunkt (1 Monat nach Beginn der aufsuchenden Versorg.); t_3= 4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Beginn der aufsuchenden Versorgung)

Anhang 6

Darstellung der Versorgungsregionen.

Darstellung der Versorgungsregionen

Landkreis Rastatt Stadtkreis Baden-Baden nördlicher Ortenaukreis Pallium Bühl gGmbH Hauptstr. 86 77815 Bühl	Neckar-Odenwald-Kreis Palldomo Dr. Konrad-Adenauer-Str. 39 74722 Buchen
Landkreis Tübingen 3 Gemeinden im Landkreis Reutlingen Tübinger Projekt Häusliche Betreuung Schwerkranker Paul-Lechler-Str. 24 72076 Tübingen	Landkreis Ludwigsburg PCT Ludwigsburg Posilipostr. 4 71640 Ludwigsburg
Stadtkreis Mannheim Stadt Heidelberg 21 Städte und Gemeinden im Rhein-Neckar-Kreis levares Palliativ Care Steubenstr. 60 68199 Mannheim	Landkreis Tuttlingen PalliativNETZ Landkreis Tuttlingen Zeppelinstr. 21 78532 Tuttlingen
Landkreis Biberach Palliative Care Team Biberach Ziegelhausstr. 50 88400 Biberach	Stadtkreis Heidelberg 27 Städte und Gemeinden im Rhein-Neckar-Kreis AKI – Häusliche Palliativversorgung Heidelberg Bergheimer Str. 56a 69155 Heidelberg
Landkreis Esslingen SAPV Esslingen Eichenbrunnenweg 7 73760 Ostfildern-Ruit	Landkreis Freudenstadt PICT Palliativ & Intensiv Care Team Nordschwarzwald Straßburger Str. 58 72250 Freudenstadt
Stadtkreis Mannheim Weinheim 8 Städte und Gemeinden im Rhein-Neckar-Kreis PalliativNetz-Region Weinheim e.V. Hauptstr. 151-153 69469 Weinheim	Stadtkreis Baden-Baden Landkreis Rastatt PaTe – Palliativ Team Mittelbaden Rheinstr. 164 76532 Baden-Baden
Stadtkreis Freiburg 32 Städte und Gemeinden im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald 5 Städte und Gemeinden im Landkreis Emmendingen Palliativnetz Freiburg Flurstr. 2 79114 Freiburg	Landkreis Ravensburg vorübergehend Bodenseekreis vorübergehend 7 Gemeinden im Landkreis Sigmaringen CHI Clinic Home Interface Elisabethenstr. 15 88212 Ravensburg
Stadtkreis Stuttgart Angrenzende Bezirke Landkreis Esslingen in Absprache mit SAPV Esslingen PCT Stuttgart Forststr. 22 70176 Stuttgart	Landkreis Göppingen SAPV Filstal Eybstr. 16 73312 Geislingen
Stadt Ulm Palliativnetz Ulm Keplerstr. 18/2 89073 Ulm	Nördlicher Zollernalbkreis SAPV – Team Sozialwerk Hechingen und Umgebung Weilheimer Str. 19 72379 Hechingen
Stadtkreis Mannheim 15 Städte und Gemeinden im Rhein-Neckar-Kreis Palliativnetz Mannheim Theodor-Kutzer Ufer 1-3 68167 Mannheim	Ortenaukreis PTO Palliativ Team Ortenau Ebertplatz 12 77654 Offenburg
Landkreis Ostalb SAPV Ostalb Wetzgauer Straße 85 73557 Mutlangen	Landkreis Reutlingen Palliativ Care Team Reutlingen Steinenbergstr. 31 72764 Reutlingen

(http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/2000/15_24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: An der Studie beteiligte und nicht beteiligte Patienten bzw. deren Angehörige (betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).....30
Tabelle 2: Soziodemographische Angaben von palliativ aufsuchend versorgten Patienten und ihren betreuenden Angehörigen (N=100) (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).....31
Tabelle 3: Übersicht über die erfassten klinischen Variablen bei palliativ aufsuchend versorgten Patienten und betreuenden Angehörigen zum Messzeitpunkt t_0 (unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung) betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 32
Tabelle 4: Ausprägung einzelner somatischer und psychischer Belastungen der palliativ versorgten Patienten unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0), betreut durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 33
Tabelle 5: Ausmaß der Veränderung des LEBE-Gesamtwertes im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....36
Tabelle 6: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes und der übergeordneten Dimensionen im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3).....38
Tabelle 7: Ausmaß der Veränderung aller Lebensbedeutungen zur Dimension „Selbsttranszendenz“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes (t_0-t_3).....40
Tabelle 8a: Ausmaß der Veränderung aller Lebensbedeutungen zur Dimension „Selbstverwirklichung“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes.....42
Tabelle 9: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes der Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Ordnung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....45
Tabelle 10: Ausmaß der Veränderung des Gesamtwertes der Lebensbedeutungen entsprechend der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ während des gesamten Untersuchungszeitraumes (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 47
Tabelle 11: Multivariate Regressionsanalyse für den LEBE-Gesamt im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0).....49
Tabelle 12: Multivariate Regressionsanalyse für LEBE-Dimensionen im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) 51

Tabelle 13a: Multivariate Regressionsanalyse Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 53
Tabelle 14a: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 56
Tabelle 15: Multivariate Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Ordnung“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 59
Tabelle 16a: Regressionsanalyse für Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden pflegerischen Versorgung (t_0) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 61
Tabelle 17: Random effects multivariate Regressionsanalyse für den LEBE-Gesamtwert über den gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) 64
Tabelle 18: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die übergeordneten Dimensionen von LEBE im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....66
Tabelle 19: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Selbsttranszendenz“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....68
Tabelle 20a: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Selbstverwirklichung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....70
Tabelle 21: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Ordnung“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....73
Tabelle 22: Random effects multivariate Regressionsanalyse für die Lebensbedeutungen der Dimension „Wir-/Wohlgefühl“ im gesamten Untersuchungszeitraum (t_0-t_3) bei Angehörigen betreuter

Palliativpatienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014).....75
Tabelle 23: Vergleich für LEBE-Dimensionen zwischen den bivariaten und den linearen und quadratischen multivariaten random effects Regressionsmodellen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3). 91
Tabelle 24: Vergleich der linearen multivariaten (Im Querschnitt unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (t_0) und der random effects Regressionsmodelle während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3) hinsichtlich Zusammenhänge zwischen Regressoren und Outcome-Variablen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface (2012-2014). 92
Tabelle 25: Palliative Performance Scale version 2.0 of the Victoria Hospice Society 98
Tabelle 26: Angehörigen-Fragebogen zu medizinischen und psychosozialen Aspekten (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).....99
Tabelle 27: Fragebogen zu den betreuten Angehörigen (versorgt durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).....100
Tabelle 28: Administrative Variablen bei Angehörigen und palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 110
Tabelle 29: Medizinische und psychosoziale Aspekte des betreuenden Angehörigen (Soziodemographische Variablen) versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 110
Tabelle 30: Klinische und psychosoziale Charakteristika des betreuten Angehörigen versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 111
Tabelle 31: Funktionelle Beeinträchtigungen. Variablen zur Erfassung des aktuellen Funktionsstatus und der Funktionalität der Palliativpatienten versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 111
Tabelle 32: Erfassung von daseinsanalytischen Aspekten in der Versorgung krebskranker Patienten anhand des standarisierten Fragebogens LEBE. (Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg 2012-2014).....112
Tabelle 33: Soziodemographische Angaben Patienten versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 114
Tabelle 34: Allgemeine klinische Variable der Patienten versorgten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 114
Tabelle 35: Verteilung der einzelnen psychischen Belastungen der Patienten nach Stufen (t_0). Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 114
Tabelle 36: Verteilung des anhaltenden funktionellen Status anhand der WHO-ECOG-Skala (t_0) bei palliativ versorgten Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 114
Tabelle 37: Verteilung des aktuellen funktionellen Status anhand der Palliative Performance Scale (version 2.0 of the Victoria Hospice Society) (t_0)

bei palliativ versorgten Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 115
Tabelle 38: Klinische Angaben zu den betreuenden Angehörigen von palliativ versorgten Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 115
Tabelle 39: Verwandtschaftsgrad zur betreuten Person. Angehörige von palliativ versorgten Patienten. Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 115
Tabelle 40: Mit wem lebt die betreuende Person zusammen. Angehörige von palliativ versorgten Patienten. Versorgung durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014). 116
Tabelle 41: Schulabschluss des Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014). 116
Tabelle 42: Beruflicher Abschluss des Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).....116
Tabelle 43: Aktuelle Berufstätigkeit des Angehörigen von durch Clinic Home Interface versorgten Palliativpatienten in Ravensburg (2012-2014).....117
Tabelle 44: Entwicklung des Gesamtwertes von LEBE bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t_0-t_3). 117
Tabelle 45: Entwicklung der übergeordneten Dimensionen von LEBE bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....117
Tabelle 46: Entwicklung der Dimension Sinnerfüllung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....118
Tabelle 47: Entwicklung der Dimension Sinnkrise bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....118
Tabelle 48: Entwicklung der Dimension Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....118
Tabelle 49: Entwicklung der Dimension Selbstverwirklichung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....118
Tabelle 50: Entwicklung der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....119
Tabelle 51: Entwicklung der Dimension Wir- und Wohlgefühl bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home

Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....119
Tabelle 52: Entwicklung der Subdimension vertikale Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....119
Tabelle 53: Entwicklung der Subdimension horizontale Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....119
Tabelle 54: Entwicklung der Lebensbedeutung der Dimension Selbsttranszendenz bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....120
Tabelle 55: Entwicklung der Lebensbedeutung Soziales Engagement bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....120
Tabelle 56: Entwicklung der Lebensbedeutung Explizite Religiosität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....120
Tabelle 57: Entwicklung der Lebensbedeutung Naturverbundenheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....120
Tabelle 58: Entwicklung der Dimension Selbsterkenntnis bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....121
Tabelle 59: Entwicklung der Lebensbedeutung Gesundheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....121
Tabelle 60: Entwicklung der Lebensbedeutung Generativität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....121
Tabelle 61: Entwicklung der Lebensbedeutung Spiritualität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....121
Tabelle 62: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Selbstverwirklichung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3). 122

Tabelle 63: Entwicklung der Lebensbedeutung Herausforderung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....122
Tabelle 64: Entwicklung der Lebensbedeutung Individualismus bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....122
Tabelle 65: Entwicklung der Lebensbedeutung Macht bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....122
Tabelle 66: Entwicklung der Lebensbedeutung Entwicklung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....123
Tabelle 67: Entwicklung der Lebensbedeutung Leistung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....123
Tabelle 68: Entwicklung der Lebensbedeutung Freiheit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....123
Tabelle 69: Entwicklung der Lebensbedeutung Wissen bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....123
Tabelle 70: Entwicklung der Lebensbedeutung Kreativität bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....124
Tabelle 71: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....124
Tabelle 72: Entwicklung der Lebensbedeutung Tradition bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....124
Tabelle 73: Entwicklung der Lebensbedeutung Bodenständigkeit bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....124
Tabelle 74: Entwicklung der Lebensbedeutung Moral bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....125

Tabelle 75: Entwicklung der Lebensbedeutung Vernunft bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....125
Tabelle 76: Entwicklung der Lebensbedeutungen der Dimension Ordnung bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....125
Tabelle 77: Entwicklung der Lebensbedeutung Gemeinschaft bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....125
Tabelle 78: Entwicklung der Lebensbedeutung Spaß bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....126
Tabelle 79: Entwicklung der Lebensbedeutung Liebe bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....126
Tabelle 80: Entwicklung der Lebensbedeutung Wellness bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....126
Tabelle 81: Entwicklung der Lebensbedeutung Fürsorge bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....126
Tabelle 82: Entwicklung der Lebensbedeutung Bewusstes Erleben bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....127
Tabelle 83: Entwicklung der Lebensbedeutung Harmonie bei den Angehörigen palliativ versorgter Patienten durch Clinic Home Interface in Ravensburg (2012-2014) während des gesamten Untersuchungszeitraumes von drei Monaten (t0-t3).....127

8 Lebenslauf

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

9 Danksagung

Allen voran gilt mein Dank meinen Palliativpatienten und deren Angehörigen, die ich auf meinem beruflichen Weg begleiten durfte. Sie haben mich dazu bewegt mich als Palliativarzt zu spezialisieren.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Privatdozent Dr. med. Juan Valdés-Stauber für die Möglichkeit der Promotion und seine hervorragende wissenschaftliche Betreuung, Geduld und ständige Bereitschaft, mir mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Das hat die Dissertation möglich gemacht.

Herzlich bedanke ich mich auch bei allen, die zum Gelingen dieses Projektes maßgeblich beigetragen haben – Frau Gertrud Deiringer, dem gesamten Team von Clinic Home Interface, Herrn Prof. Dr. med. Thomas Decker, Herrn Dr. med. Christoph Nonnenbroich, Frau Dr. med. Susanne Bachthaler.

Mein Dank geht weiterhin an meine Frau und meine Kinder – ohne ihre Hilfe, selbstlose Unterstützung und Motivation wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.