

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
(Direktor: Prof. Dr. Peter Kropp)
der Universitätsmedizin Rostock

Der Einfluss der psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen
Lebensqualität im Alter
unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten
auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen
in einer Hausarztpraxis
in Rostock

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

Jenny Petermann (geb. Ohk)
geboren am 31.08.1980
in Rostock

Dekan: Prof. Dr. E. C. Reisinger

1. Gutachter: Prof.Dr. Peter Kropp, Universität Rostock, Institut für
Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie

2. Gutachter: Prof.Dr. Karin Kraft, Universität Rostock, Klinik für Innere
Medizin

3. Gutachter: Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich, Universität Greifswald,
Institut für medizinische Psychologie

Datum der Abgabe: 30.06.2014

Datum der öffentlichen Verteidigung: 14.01.2015

Stufen

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft zu leben.

Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
An keinem wie an einer Heimat hängen,
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.

Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegenschicken,
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

Hermann Hesse

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Besonderheiten im Alter.....	6
1.2 soziale Unterstützung.....	13
1.3 subjektive Gesundheit.....	15
1.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	18
1.4.1 Definition.....	18
1.4.2 Messinstrumente.....	20
1.5 Einflussfaktoren zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung.....	24
1.5.1 Gesundheitsökonomische Konzepte.....	26
1.5.2 Sozialwissenschaftliche Konzepte.....	27
2 Zielstellung der Arbeit und Hypothesen	31
3 Studiendesign und Methodik	35
3.1 Erhebungsinstrumente.....	35
3.2 statistische Datenanalyse.....	40
3.3 Patienten.....	40
4 Ergebnisse	42
5 Diskussion der Ergebnisse	79
6 Fazit und Ausblick	94
7 Zusammenfassung	96
8 Thesen	98
9 Literatur- und Quellenverzeichnis	101
10 Anhang	
10.1 Abkürzungsverzeichnis.....	125
10.2. Abbildungsverzeichnis.....	126
10.3 Tabellenverzeichnis.....	129
10.4 Ergebnistabellen des SF-8.....	133
10.5 Korrelationstabellen.....	143
10.6 Fragebögen.....	147
10.7 Eidesstattliche Erklärung.....	150
10.8 Lebenslauf.....	151
10.9 Danksagung.....	152

1 Einleitung

„Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung, und sie gedeiht mit der Freude am Leben.“ Thomas von Aquin (1225-1274)

Die Bevölkerungsgruppe der Menschen über 60 Jahren macht aufgrund der demographischen Entwicklungen einen Großteil der Patienten aus (Menning, 2007; Winter, 2006).

Eine zunehmende Anzahl älterer Patienten hat zur Folge, dass immer mehr Menschen mit langjährigen chronischen Erkrankungen und Multimorbidität medizinisch versorgt werden müssen. Dabei stehen Beschwerdelinderung, Vermeidung zunehmender Pflegebedürftigkeit und Unterstützung beim Erhalt der Lebensqualität der älteren Menschen im Vordergrund.

Um dem ärztlichen Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen gerecht zu werden, sind die Aspekte der subjektiven Gesundheitsbeurteilung, neben der objektiven Bewertung des Gesundheitszustandes, in der patientenorientierten Versorgung nicht mehr wegzudenken.

Die mit dem demographischen Wandel einhergehende zunehmende Lebenserwartung der Menschen kann möglicherweise auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen Älterer Einfluss nehmen.

Vor dem Hintergrund einer sich verändernden Familienstruktur und einer stetig ansteigenden Anzahl pflegebedürftiger geriatrischer Menschen bildet die Gerontologie beziehungsweise die Gerontoprophylaxe auch Grundlage zahlreicher sozialpolitischer Debatten.

Die Altersforschung unterstützt dabei das Ziel, dass die Menschen mit psychischem und physischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter erreichen.

Die mit dem Lebensende verbundenen Belastungen, die sozialen Verluste sowie das erhöhte Morbiditätsrisiko können als eine Art chronische Stresssituation verstanden werden, die einer beträchtlichen Anpassungsleistung des älteren Menschen bedarf.

Aus dieser Perspektive heraus wird die Notwendigkeit deutlich, individuelle und strukturelle Ressourcen für ein gesundes Altwerden zu identifizieren und auszuschöpfen.

1.1 Besonderheiten im Alter

Aufgrund der stetigen Zunahme des Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl jüngerer Menschen rücken Untersuchungen zur Altersforschung in den Mittelpunkt auch öffentlichen Interesses.

Das Fremdbild des alten Menschen und des Alterungsprozesses, aber auch die von der Gesellschaft erwarteten altersgemäßen Verhaltensweisen, beeinflussen die eigenen Wünsche und Selbstbildnisse des älter werdenden Menschen.

Dabei wird die Vorstellung vom alten Menschen noch zu oft mit sozialem Abstieg, Isolation und körperlichen Defiziten verbunden (Backes, 2004).

Besonders nach Beurteilung jüngerer Personen ist das Bild des älteren Menschen häufig negativ besetzt. Diese Einstellung ändert sich aber mit steigendem Alter der Befragten (Lehr, 2007).

Als Altersbilder bezeichnet man die individuellen Vorstellungen von Alter, Altern und älteren Menschen als soziale Gruppe. Es existieren in der Gesellschaft und auch bei jedem Einzelnen eine Vielzahl von Altersbildern, die jedoch wandelbar sind und zudem einen bedeutenden Einfluss auf die Verwirklichung von Entwicklungsmöglichkeiten älterer Menschen haben können (BMFSFJ, 2010).

Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten wird Multimorbidität bezeichnet (Marengoni et al., 2011; Van den Akker et al., 2001). Mit zunehmendem Alter steigt dabei die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Mehrfacherkrankungen bei beiden Geschlechtern an (Bussche et al., 2011; Kohler und Ziese, 2004; Scheidt-Nave et al., 2010).

Des Weiteren zeigt es sich in der Praxis, dass es den älteren Menschen selbst, aber auch Ärzten und Therapeuten bisweilen schwerfällt zwischen normalen physiologischen Begleiterscheinungen des Alters, wie zum Beispiel das Nachlassen der Sehkraft, und behandlungsbedürftigen Krankheiten zu unterscheiden.

Demographische Entwicklungen

Immer mehr Menschen können dank des medizinischen Fortschrittes, des Bewusstseins für gesundheitliche Risikofaktoren und der verbesserten Lebensbedingungen, ein hohes oder sehr hohes Lebensalter erreichen (Morfeld, 2007; Rott, 2004; Wedding, 2007).

Der Zensus vom Jahre 2011 erfasste 80,2 Millionen in Deutschland lebende Menschen.

Schon heute ist jeder fünfte Mensch in Deutschland älter als 64 Jahre.

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die deutsche Bevölkerung in den letzten Dekaden deutlich gealtert ist (Statistisches Bundesamt, 2014).

Die demographische Alterung der Bevölkerung ist in Mecklenburg-Vorpommern besonders stark ausgeprägt. Aufgrund niedriger Geburtenzahlen, Abwanderung und steigender Lebenserwartung sind ein Rückgang und eine Alterung der Bevölkerung zu verzeichnen. Besonders auffällig ist die Abnahme von Familien mit Kindern in der Bevölkerung (Menning, 2005; Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2013).

Einteilung Älterer

In dieser Arbeit werden Menschen ab 65 Jahren als „Ältere“ bezeichnet.

Ein positives Bild von Älteren hat die Gesellschaft von jenen Alten, die gesund sind und aktiv am sozialen Leben teilnehmen.

Der Lebensabschnitt, der nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben folgt, wird als drittes Lebensalter bezeichnet (Laslett und Flügel, 1995). Diese sogenannten „jungen Alten“ sind im Alter zwischen 60 und 85 Jahren. Sie halten sich körperlich und geistig fit und sind in das soziale Leben integriert. Sie haben dazu ein hohes emotionales und kognitives Wohlbefinden (Baltes und Smith, 2003).

Das vierte Lebensalter beginnt ab 80 bis 85 Jahren (Wahl und Rott, 2002). Es ist dagegen durch chronische Krankheiten, funktionelle Einbußen, kognitive Defizite und ein reduziertes soziales Netzwerk gekennzeichnet.

Die demographischen Entwicklungen bewirken eine zunehmende Inhomogenität innerhalb der Gruppe älterer Menschen.

Einteilung des Alternsprozesses

Der normale Alternsprozess stellt einen multifaktoriellen Prozess dar, der auch von der Umwelt und der genetischen Disposition beeinflusst wird (von Zglinicki und Nikolaus, 2007).

Er kann in einen biologisch-physiologischen, einen psychologischen und einen sozialen Prozess eingeteilt werden (Kruse et al, 1999; Tesch-Römer und Wurm, 2009).

In diesem Zusammenhang ist die Möglichkeit der Beeinflussbarkeit des Alterungsprozesses, die sogenannte Plastizität, bedeutend.

Es soll zunächst näher auf die drei Dimensionen des Alterungsprozesses eingegangen werden. Dann werden Theorien zum erfolgreichen Altern und die möglichen Ressourcen für den Erhalt von Gesundheit im Alter vorgestellt.

biologisch-physiologische Dimension

Die biologisch-physiologische Dimension des Alterns beschreibt die mit zunehmendem Alter einhergehenden körperlichen Veränderungen. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder zu versterben nimmt nach dieser eher verlustbetonten Definition im Alter zu.

Mit zunehmendem Lebensalter steigen nach Kruse gemäß dem biologischem Alterungsprozess folgende gesundheitliche Risiken: „...verringerte Funktionsreserven der Organe, die abnehmende Vitalkapazität, der zunehmende Blutdruck, die erhöhte Cholesterinkonzentration im Blut, die verminderte Glukosetoleranz, Veränderungen der Muskulatur (Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei gleichzeitiger Zunahme des Bindegewebes), biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, die Abnahme des Mineralgehaltes des Skeletts, die Trübung der Augenlinse und der Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen...“ (Kruse, 2001).

Vor allem die zunehmend eingeschränkten Funktionen der Sinnesorgane beeinträchtigen ältere Menschen im Alltagsleben (Kytir, 2005; Motel-Klingebiel et al., 2010).

Bei älteren Patienten kommt es nach Heuft et al. zudem zu einem stärkeren Zusammentreffen von körperlichen Beschwerden mit psychischen Erkrankungen (Heuft et al., 2000). Besonders depressive Erkrankungen und Angststörungen können im höheren Lebensalter verstärkt auftreten: zum Beispiel durch körperliche Beschwerden gefördert, als Begleitsymptom von Schmerzen oder gleichzeitig in Unabhängigkeit von anderen Erkrankungen (Beblo et al., 2005).

Insbesondere somatoforme Störungen bei älteren Menschen sind Gegenstand aktueller Forschung.

Auch Depressionen und demenzielle Erkrankungen sind relevante Erkrankungen des älteren Menschen (Lin et al., 2007).

Nach Schröder et al. leidet jeder vierte Ältere am depressiven Syndrom (Schröder et al., 2000).

Gemäß den Angaben des Robert-Koch-Institutes litten 2010 dagegen „nur“ 8 bis 10 Prozent der älteren Menschen an Depressionen (Wittichen et al., 2010).

Es konnte zudem festgestellt werden, dass ältere Patienten mit Depressionen mehr als zweimal so häufig einen Arzt aufsuchen als Ältere ohne psychische Beschwerden (Glaesmer et al., 2008; Wild et al., 2004).

Mit höherem Lebensalter kommt es zu einem altersabhängigen Anstieg von Erkrankungen und zu Funktionsverlusten aufgrund altersphysiologischer Abbauprozesse (Saß et al., 2009; Walter et al., 2001).

Einige Erkrankungen haben eine lange präklinische Latenzzeit, wie zum Beispiel bestimmte Krebsleiden, und werden daher erst in späteren Lebensabschnitten diagnostiziert.

Mit zunehmendem Alter kann die Immunabwehr des Organismus abnehmen, damit steigt die Gefahr einer unzureichenden inneren und äußeren Immunantwort. Das kann zum Beispiel eine erhöhte Gefahr für Infektionen bedeuten. Auch kann der Verlauf von Infektionskrankheiten im Alter verändert sein.

Des Weiteren waren ältere Menschen jahrzehntelang verschiedenen Noxen und Risikofaktoren ausgesetzt, welche als wichtige Faktoren bei der Pathogenese unterschiedlichster Krankheiten eine Rolle spielen können (Saß et al., 2009).

Zudem treten im höheren Lebensalter die Folgeerkrankungen mitalternder chronischer Krankheiten auf, wie zum Beispiel Diabetes mellitus und arterieller Hypertonus (Schwartz und Arolt, 1998).

Auch in der Berliner Altersstudie konnte die Zunahme vieler Krankheiten mit steigendem Lebensalter bestätigt werden, zudem konnte eine Abnahme von Mobilität und sensorischen Fähigkeiten festgestellt werden. Die häufigsten Krankheiten stellten bei älteren Patienten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates dar (Mayer und Baltes, 1996).

Auch die Häufigkeit von Tumorerkrankungen nahm mit steigendem Lebensalter zu (Rabatta und Rieser, 2005).

Psychologische Dimension

In der psychologischen Dimension des Alternsprozesses sind sowohl Gewinne als auch Verluste zu finden. Demnach können im Alter neue Kompetenzen erworben werden, neue soziale Rollen übernommen und ein neuer Lebenssinn definiert werden.

Dagegen können alte Kompetenzen verloren gehen, alte Freunde und Vertraute sterben, alte soziale Rollen aufgegeben werden und das Ende des eigenen Lebens rückt näher.

Es kommt bereits ab dem mittleren Lebensalter zu einem biologischen Abbau der fluiden Intelligenz, der Prozess von Denkfähigkeit und Wahrnehmung. Bei der sogenannten „Altersweisheit“, der kristallinen Intelligenz, kann eine Abnahme erst im hohen Alter beobachtet werden. Dabei ist zu beachten, dass es im Alter zu individuellen Ausprägungen der Intelligenz-erhaltung und -entwicklung kommen kann. Körperliche und kreative Freizeitaktivitäten und soziale Teilhabe spielen bei dem kognitiven Alterungsprozess eine wesentliche Rolle (Müller und Kropp, 2011).

Soziale Dimension

Die Veränderungen der sozialen Teilhabe beschreibt die soziale Dimension des Alterns mit seinen individuellen, sich den jeweiligen Lebensveränderungen anpassenden Sozialisationsprozessen. Der Alternsprozess wird demnach von der jeweiligen Biographie des Menschen entscheidend beeinflusst.

Ein großes Forschungsinteresse besteht seit langem darin, unter welchen Einflüssen gesundes Altern möglich ist. Ein einheitliches Kriterium für erfolgreiches Altern kann es aufgrund großer individueller Unterschiede zwischen den Menschen nicht geben.

Die Anpassungsleistungen von Menschen im vierten Lebensalter, also ab 80 Jahren, werden aufgrund sozialer Verluste und altersbedingten biologischen Abbauprozessen im Vergleich zu anderen Lebensabschnitten besonders stark gefordert.

In der Studie von Montross et al. gaben mit 92 Prozent die Mehrheit der Studienteilnehmer an, erfolgreich zu altern, obwohl die objektiven Kriterien nach Rowe und Kahn hierfür von den Wenigsten erfüllt wurden (Montross et al., 2006; Rowe und Kahn, 1987). Auf dieses Paradoxon soll später noch genauer eingegangen werden.

Als nächstes sollen verschiedene Theorien erfolgreichen Alterns vorgestellt werden.

Theorien erfolgreichen Alterns

Eine bedeutende Theorie stellt das Modell der Salutogenese von Antonovsky dar (Antonovsky, 1979). Im Zentrum dieser Theorie steht das sogenannte Kohärenzgefühl, das bei guter Ausprägung die Gesundheit des Menschen stabilisieren kann.

Unter dem Kohärenzgefühl versteht Antonovsky ein Vertrauensgefühl mit dem der Mensch eine Balance zwischen Über- und Unterforderung finden kann.

Der Patient befindet sich nach diesem Modell auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Äußere Stressfaktoren können den Menschen, je nach vorhandenen Schutz- und Anpassungsstrategien, in die eine oder andere Richtung bewegen. Als charakteristisch für das Kohärenzgefühl gelten die Kriterien Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Das vorhandene Kohärenzgefühl hat einen positiven Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit (Schneider et al., 2006; Wiesmann et al., 2006). Nach Bengel et al. kann das Salutogenese-Modell dazu dienen, vorhandene Ressourcen für die Gesundheit zu nutzen (Bengel et al., 2001).

Die Aktivitätstheorie beinhaltet, dass nur Menschen, die aktiv am Gesellschaftsleben teilnehmen eine hohe Lebenszufriedenheit erreichen können.

Im Gegensatz hierzu besagt die Disengagement-Theorie, dass Menschen sich durch sozialen Rückzug und Abgabe sozialer Verpflichtungen entlastet und glücklicher fühlen. Entsprechend der Kontinuitätstheorie können nur Menschen glücklich sein, die ihren Lebensstil trotz Änderung der Lebensphase beibehalten können.

Dem Prinzip der kognitiven Persönlichkeitstheorie zufolge können Menschen trotz negativer Einflüsse glücklich altern.

Das Prinzip der selektiven Optimierung mit Kompensation besagt, dass ältere Menschen mit dem Ausgleich von erkannten Verlusten oder Defiziten flexibel auf sich ändernde Lebensbedingungen anpassen können (Baltes, 1999).

Ressourcen

Als nächstes sollen mögliche Ressourcen zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter dargestellt werden.

Individuelle Ressourcen

Als erste individuelle Ressource soll der Erhalt körperlicher Funktionsfähigkeit und Gesundheit vorgestellt werden.

Nach Denk und gemäß des Ansatzes von Engeln kann eine körperlich und psychisch anregende Lebensgestaltung für ältere Menschen sehr bedeutsam sein (Denk, 1997; Engeln, 2003).

In der Studie „Gesund altern“ konnte festgestellt werden, dass viele Ältere gar keinen sportlichen Aktivitäten nachgehen (Kruse, 2002a).

Körperlich aktive Ältere profitieren aber von regelmäßiger sportlicher Betätigung: mit Verbesserungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparates, der Koordination und einem gesteigertem psychischen Wohlbefinden (Allmer, 1997). Dabei ist festzuhalten, dass die Muskulatur bis ins hohe Alter trainiert werden kann (Mensink, 2003).

Eine weitere Ressource stellt die Einkommenssituation dar. Menschen mit ausreichend finanziellen Mitteln haben einen leichteren Zugang zu individueller und aktiver Lebensgestaltung. Dazu gehören Nutzung von Sportangeboten, Erholungsurlaub, gesunde Ernährung, Teilnahme an Bildungs- und Fortbildungsangeboten und kulturelle Angebote.

Ein höherer Bildungsstand kann einen längeren Erhalt von Kompetenzen für die Selbständigkeit bewirken (Mayer und Baltes, 1996).

Unter den psychischen Ressourcen kann man das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeitserwartung, das Kohärenzgefühl, die Lebensmanagementstrategien, den Optimismus und die Persönlichkeitseigenschaften subsumieren.

Auch das soziale Netzwerk stellt eine wichtige individuelle Ressource dar, auf welche im nächsten Kapitel noch näher eingegangen werden soll.

Infrastrukturelle Ressourcen

Hierunter wird ein System medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen, sozialkultureller und Bildungsangebote sowie die Stadtinfrastruktur mit Mobilitätsmöglichkeiten und Versorgungseinrichtungen verstanden, das einen positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden ausübt (Kruse, 2002b).

Das Nachlassen von persönlichen Kompetenzen führt dazu, dass Umwelteinflüsse und Rahmenbedingungen der Umwelt mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen.

Des Weiteren muss hierbei zwischen objektiver und subjektiv erlebter Umwelt unterschieden werden.

1.2 Soziale Unterstützung

Die Einbindung in ein soziales Netzwerk mit der Möglichkeit in sozialen Rollen aktiv zu sein und gleichzeitig soziale Unterstützung zu erhalten, kann einen positiven Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen haben (George, 1996).

Als soziale Integration wird dabei die Eingliederung in ein soziales Gefüge bezeichnet (Knoll und Kienle, 2007).

Positive soziale Beziehungen bewirken eine Senkung von Morbidität und Mortalität (Von dem Knesebeck, 2005; Klein et al., 2002).

Soziale Beziehungen führen zu geringerer Einsamkeit und vermitteln Sicherheit und Geborgenheit, somit können sie direkt die Lebensqualität und die Gesundheit älterer Menschen beeinflussen (Menning, 2007b).

Nach Prahl et al. dagegen ist ein bewusster sozialer Rückzug des älteren Menschen nötig, um seinem Bedürfnis nach Ruhe, Entspannung und Loslösen von Verhaltenszwängen nachzukommen (Prahl et al., 1996).

Ältere Menschen sind aus unterschiedlichsten Gründen von einer Reduktion der Möglichkeiten zur Aufnahme von Sozialkontakten betroffen.

Dies sind unter anderem Verschlechterung des Gesundheitszustandes, seltener Kontakt zu nahen Angehörigen, Krankheit und Tod Nahestehender, sowie verringertes Einkommen nach Eintritt in den Ruhestand (Kruse, 1998).

Ebenso kann es durch zunehmende körperliche Einschränkungen auch ungewollt zu einer sozialen Isolation kommen.

Für das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen sind besonders intergenerationale Beziehungen wichtig (Antonucci, 2001; Attias-Donfut, 2000).

Nachbarschaftliche Beziehungen haben bei älteren Menschen dagegen keinen besonders wichtigen Stellenwert (Reimann und Reimann, 1994).

Familienangehörige stellen wichtige Kontaktpersonen dar, diese besondere Stellung der Verwandtschaftsbeziehungen ist dabei altersgruppenunabhängig. Einrichtungen des Sozialstaates, wie z.B. Alterssicherungssysteme können den Abbau anderer sozialer Netzwerke zur Folge haben (Lehr, 2007). Demnach würde den Kindern die Pflicht zur materiellen Versorgung der Eltern abgenommen.

Das Risiko von Isolation und gefühlter Einsamkeit ist für Kinderlose höher als für alte Menschen mit Kindern (Wagner et al., 1996).

In empirischen Studien konnte belegt werden, dass das Vorhandensein mindestens eines Kindes auch die Lebenszufriedenheit erhöht (Efklides et al., 2003).

Soziale Netzwerke bestehen aus sozialen Beziehungen zwischen Personen und Gruppen, die Einfluss auf das Verhalten der Individuen haben.

Diese informellen Beziehungsgeflechte können enger und weiter gefasst sein.

Dagegen stellen z.B. Pflegedienstleistungen formelle Organisationssysteme dar (Schäfers, 2000).

Man unterscheidet zwei Ebenen der sozialen Netzwerke. Zum einen die natürlich geltenden Gemeinschaftsbindungen wie zum Beispiel Verwandtschaft und Nachbarschaft, zum anderen die künstliche Gestaltung sozialer Netzwerke, wie Selbsthilfegruppen und Vereine, deren Grundlage verbindende Probleme oder Interessen sind.

Das soziale Netzwerk kann als struktureller Aspekt (Kontaktdichte, Kontakthäufigkeit) und die soziale Unterstützung als funktionaler Aspekt (Beziehungsqualität) sozialer Beziehungen verstanden werden.

Die wesentliche Funktion der sozialen Netzwerke beinhaltet die soziale Unterstützung. Häufig wird die soziale Unterstützung auch in erwartete und erhaltene Unterstützung eingeteilt (Knoll und Kienle, 2007).

Die soziale Unterstützung kann außerdem in emotionale Unterstützung, instrumentelle Unterstützung und informative Unterstützung eingeteilt werden (Antonucci, 2001).

Bei der Bewältigung des Alltags, in Krisensituationen und bei entscheidenden Änderungen der Lebensführung ist die soziale Unterstützung von besonderer Bedeutung. Auch in der Krankheitsbewältigung spielt diese Unterstützung eine entscheidende Rolle (Gunzelmann et al., 1999).

Eine gute Integration in soziale Netzwerke ist mitbestimmend für das Selbstwertgefühl, die soziale Identität, subjektives Wohlbefinden und die Gesundheit.

Nach Laireiter gibt es eine negative Korrelation zwischen erwarteter sozialer Unterstützung und Gesundheitsbeschwerden und Depressivität (Laireiter, 1993).

Studien haben gezeigt, dass sich die soziale Unterstützung Älterer auch hinsichtlich der Förderung eines gesunden Lebensstils, wie Bewegung und gute Ernährung, positiv auf die Gesundheit der Älteren auswirken kann (Zank, 2000; Rabbata und Rieser, 2005).

Auch der subjektive Gesundheitsstatus bessert sich deutlich bei einer gelungenen sozialen Integration (Sirven und Debrand, 2008).

Dagegen kann eine geringe soziale Unterstützung mit erhöhter Depressivität und einer geringeren Lebenserwartung einhergehen (Adam, 1998; Winningham und Pike, 2007).

Es können sich aber auch durch neu entstandene Abhängigkeitsverhältnisse durchaus negative Auswirkungen für den älteren Menschen ergeben (Lang, 2000).

Aspekte der sozialen Belastung sind zum Beispiel sich kritisiert, eingeengt oder überfordert zu fühlen. Durch Verhaltensweisen, die eine Unselbständigkeit des Älteren fördern, kann auch ein negativer Einfluss auf die Gesundheit entstehen (Schröder und Pantel, 2000).

Eine gute soziale Integration geht mit einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Dienste einher (Berkmann et al., 2000; Bosworth und Schaie, 1997).

Das soziale Netzwerk ist also auch eine wichtige Ressource für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit.

Eine fehlende soziale Unterstützung in Notfallsituationen scheint hingegen einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zu haben (Fagerström et al., 2007).

1.3 Subjektive Gesundheit

Zum einen scheint das höhere Lebensalter mit einer Verschlechterung der Gesundheit, eingeschränkter Mobilität, Zunahme von Depressionen, Isolation oder Einsamkeit einher zu gehen.

Aber trotz zahlreicher Verluste und Einschränkungen können Menschen auch mit zunehmendem Alter ein gutes subjektives Wohlbefinden erleben.

Nach Kohlmann und gemäß den Untersuchungen von Wurm et al. existiert ein sogenanntes „Alters-Invarianz-Paradoxon“: die objektive Morbidität divergiert im Alter mit der stabilen subjektiven Gesundheitswahrnehmung, die vornehmlich von Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, sozialer Unterstützung und finanzieller Sicherheit abhängig ist (Kohlmann, 2000; Wurm et al., 2009).

Es ist also notwendig, zwischen objektiv ermittelter Gesundheit und subjektiver Gesundheit zu unterscheiden.

Im höheren Lebensalter kann sich die objektiv beurteilte Gesundheit deutlicher von der subjektiven Gesundheit unterscheiden als bei Jüngeren. Untersuchungen haben ergeben, dass die objektive Gesundheit mit zunehmendem Alter stärker als die subjektive Gesundheit abnimmt.

Die verschiedenen Perspektiven zur Beurteilung der eigenen Gesundheit scheinen vom Alter abhängig zu sein. Demnach ist für jüngere Menschen vor allem das Gesundheitsverhalten bei der Bewertung der subjektiven Gesundheit entscheidend. Dagegen sind für die Älteren eher bereits vorhandene Krankheiten und Funktionseinschränkungen, sowie der Vergleich mit Gleichaltrigen bedeutend bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (Wurm et al., 2009; Von dem Knesebeck, 1998).

Eine weitere Theorie zur Erklärung des „Alters-Invarianz-Paradoxon“ ist die im Lebensverlauf erworbene Widerstandsfähigkeit gegen Verlusterfahrungen, die sogenannte „Resilienz“ (Staudinger, 2001).

Der subjektiv bewertete Gesundheitszustand kann also von dem ärztlich objektiv erhobenen Befund abweichen und eignet sich zudem besser zur Vorhersage des Wohlbefindens (Aldwin et al., 2006; Merbach et al., 2005).

Die subjektive Gesundheitsbewertung kann somit auch ein Kriterium für gelungene Adaptationsprozesse an Belastungen und Verlusten im Alter sein (Lehr, 1997).

Die Gesundheit ist für ältere Menschen unter physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Gesichtspunkten zu betrachten (Phelan et al., 2004; Zank, 2000).

Die Definition von Gesundheit kann in drei Aspekte unterteilt werden:

- somatische und psychische Gesundheit
- funktionale Gesundheit
- subjektive Gesundheit (Tesch-Römer und Wurm, 2009).

Die subjektive Gesundheit wird in nicht geringem Maße von der sozioökonomischen Situation beeinflusst: mit höherer sozialer Schicht erfolgt eine bessere Beurteilung (Ellert et al., 2005; Rudinger et al., 1997).

Die subjektive Gesundheitseinschätzung kann zudem als Prädiktor für eine spätere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und für den Erhalt funktionaler Fähigkeiten aussagekräftiger sein als der objektive Gesundheitszustand (Künemund, 2000; Wurm et al., 2009).

Nach Jang et al. kann die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität Älterer sogar darauf Einfluss nehmen, ob eine Erkrankung mit einer Depression einhergeht (Jang et al., 2004).

Es ist aber zu unterstreichen, dass die eigene Biographie und die Persönlichkeit des Menschen die Grundlage für die individuelle Interpretation der subjektiven Gesundheit darstellen (Borchelt et al., 1996).

Auch in der Berliner Altersstudie konnte ein insgesamt positives subjektives Wohlbefinden älterer Menschen festgestellt werden, besonders bei den jüngeren Alten unter 85 Jahren (Mayer und Baltes, 1996). „Es konnte aufgezeigt werden, dass bei Verschlechterung der objektiven Gesundheit im Alter ein weiterhin subjektiv empfundenes gesundheitliches Wohlbefinden besteht.“ (Höpflinger, 2003).

Die Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter (ESAW) ermittelte zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit die Prädiktoren „materielle Sicherheit“, „Gesundheit“ und „funktioneller Status“. Als wichtigste individuelle Ressourcen für das Erleben von subjektivem Wohlbefinden fanden sich materielle Sicherheit und soziale Einbindung. In der ESAW-Studie konnte belegt werden, dass die personalen Ressourcen Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung, Widerstandsfähigkeit und die emotionale und geistige Befindlichkeit das subjektive Wohlbefinden positiv beeinflussen (Weber et al., 2005).

Die Untersuchungen von Robins et al. ergeben allerdings ein Absinken der Selbstressourcen im Alter (Robins et al., 2002).

Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität Älterer, zum Beispiel durch Verbesserung des Bewegungsverhaltens, werden noch zu häufig unterschätzt (Walter und Schwartz, 2001).

Von der subjektiven Gesundheit ist die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität abzugrenzen. Dabei spielen in der Beurteilung der Lebensqualität, neben dem rein körperlichen Gesundheitszustand, auch psychisches Wohlbefinden und den Alltag betreffende Kriterien eine bedeutende Rolle.

Die subjektive Gesundheit dagegen bezieht sich vorwiegend auf das körperliche Gesundheitserleben (Wurm et al., 2009).

Untersuchungen zur Lebensqualität von Rose et al. ergeben eine verminderte Lebensqualität bei Reduktion der Physis (Rose et al., 2005).

Auch andere Studienergebnisse bestätigen, dass der biologische Alterungsprozess eine bedeutende Einflussgröße auf die empfundene Lebensqualität darstellt (Drewnowski und Evans, 2001; Kruse, 2001).

Erhaltene Selbständigkeit und autonome Lebensführung sind wichtige Voraussetzungen für eine gute Lebensqualität im Alter.

1.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

1.4.1 Definition

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist die Übersetzung aus dem Englischen „health-related quality of life“ (HRQOL). Dieses hypothetische Konzept stellt die vom Patienten selbst berichtete Wahrnehmung sozialer, psychischer, körperlicher und alltagsrelevanter Aspekte des eigenen Wohlbefindens dar (Bullinger, 2000).

Es handelt sich dabei um ein ganzheitliches Konzept zur Einschätzung der subjektiv erlebten Lebensqualität, ohne Fremdbeurteilung dieser.

Die selbstberichtete Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, welches zudem von persönlichen und kulturellen Werten, sowie von Selbstauffassung, Lebenszielen und Lebenserfahrungen beeinflusst wird (Doehn und Jocham, 2003; Gunzelmann et al., 2000).

Die Wahrnehmung der Schwere einer Krankheit kann also bei gleicher Ausprägung bei verschiedenen Menschen ganz anders sein.

Man kann bei dieser Empfindung zwischen äußeren (krankheitsabhängigen) sowie inneren (krankheitsunabhängigen beziehungsweise persönlichen) Faktoren und Variablen unterscheiden. Das Konzept der Lebensqualität versucht nun diese Faktoren zu definieren (Bellebaum, 1994).

Nach Siegrist kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht direkt beobachtet werden, die physischen, psychischen und sozialen Dimensionen aber quantitativ erfasst werden (Siegrist, 2005).

In der klinischen Forschung und der Gesundheitswissenschaft (Public Health) ist das multidimensionale Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität neben Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen von Therapien ein bedeutsames Kriterium geworden und wird vermehrt eingesetzt. Nach Strittmatter stellt dies einen Wandel in der Therapieforschung dar (Bullinger, 1997; Strittmatter et al., 2006).

Die bislang aussagekräftigsten Zielkriterien „Lebenszeitverlängerung“ und „Besserung klinischer Symptome“ werden somit um eine persönliche Einschätzung des Wohlbefindens des Patienten sinnvoll erweitert (Bullinger, 1997).

Neben einer objektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus, kann der Patient nun selbst zu Wort kommen und die erlebte subjektive Gesundheit und Funktionsfähigkeit bewerten.

Als wichtiges Zielkriterium zur Evaluation von Therapieverfahren, insbesondere in Hinblick auf die wachsende Anzahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Patienten, gilt somit nun auch die Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Zudem kann eine zuvor wenig beachtete Einsicht in die persönlichen Auswirkungen von Krankheit und Therapie auf den Patienten erfolgen.

Lebensqualitätsfaktoren können bei der Planung von Therapiemaßnahmen und der Diskussion um Behandlungsalternativen eine wertvolle Entscheidungshilfe sein, und nicht zuletzt die Betreuung der Patienten verbessern (Pöppel et al., 1994).

Nun kann die Individualität des Patienten als Bewertungsgrundlage dienen und in diesem Zusammenhang die Krankheitseinsicht und damit die Compliance des Patienten verbessern (Weiner et al., 2003).

Die World Health Organisation (WHO) definierte schon 1946, dass Gesundheit nicht nur allein die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, sondern soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden miteinschließt (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, 1946).

Erst in den achtziger Jahren wurde der Terminus Lebensqualität in die Medizin eingeführt, und ist somit noch ein eher junges Forschungsgebiet (Bullinger, 2000; Gandek et al., 1998).

Die Erforschung der Lebensqualität gewann in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und den hieraus resultierenden Herausforderungen für das Gesundheitssystem unter den vorhandenen sozioökonomischen Zwängen an Bedeutung.

Das multidimensionale psychologische Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet mindestens 4 Komponenten:

- psychisches Befinden
- körperliche Verfassung
- soziale Beziehungen
- funktionelle Alltagskompetenz

Nach Ware et al. kann die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei gesunden und kranken Menschen angewandt werden, und ist damit krankheitsübergreifend (generisch) (Ware et al., 1999).

Nach Lehr besteht zwischen subjektiver Gesundheit und Lebensdauer eine stärkere Korrelation als der durch den Arzt beurteilten objektiven Gesundheit (Lehr, 1997).

Die subjektive Gesundheit hat zudem einen größeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit als die objektive Gesundheit (Schneider et al., 2006).

Des Weiteren scheint eine schlechte subjektive Gesundheit, unabhängig von der objektiv messbaren Gesundheit, mit einer erhöhten Mortalität einherzugehen (Borchelt, 2000; Wurm et al., 2009).

1.4.2 Messinstrumente

Das sensitivste Messinstrument der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bleibt das einfühlsame und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Gespräch.

Nur im persönlichen Gespräch kann auf Ängste, Probleme und individuelle Besonderheiten des Patienten eingegangen werden (Schwarz et al., 1991).

Die objektive Gesundheit wird durch klinischen den Gesundheitsstatus, Diagnosen, Risikofaktoren und Einschätzung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit bestimmt.

Ein Standardinstrument zur Fremdbeurteilung der körperlichen Aktivität in der klinischen Forschung stellt die Bestimmung des Karnofsky-Index dar (Karnofsky, 1949).

Die Erfassung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung stellt neben den objektiven Kriterien in der medizinischen Forschung eine Novellierung dar (Power et al., 1999).

Es werden in der Literatur viele verschiedene standardisierte Verfahren, teils sehr spezialisiert, zur Testung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beschrieben (Roposch, 2005). Dazu gehören das Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt et al., 1985), das SF-36 Health Survey (Ware et al., 199), der EuroQOL-Fragebogen (Kind, 1996), der EORTC-Fragebogen (Aaronson et al., 1996) oder der WHOQOL-Fragebogen (Power et al., 1999).

Man unterscheidet krankheitsübergreifende (generische) und krankheitsspezifische Messverfahren.

Ein international vielfach eingesetztes Lebensqualitäts-Messinstrument stellt der „Medical Outcome Study Short Form - 36 Health Survey“ (MOS SF-36) dar.

Er erfasst standardisiert mit 36 Fragen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit, und zählt zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Fragebögen (Bullinger und Kirchberger, 1998; Ellert et al., 1999; Ware, 2000).

Es handelt sich hierbei um einen krankheitsgenerischen Fragebogen, der unabhängig vom Krankheitszustand des Befragten, die Lebensqualitätsaspekte der funktionellen Gesundheit erfasst (Dijkers, 1999).

In einer Vielzahl von Studien bewies der SF-36 aufgrund seiner guten Verständlichkeit eine große Akzeptanz bei den Befragten (Chia et al., 2006; Linde et al., 2008).

Die Arbeitsgruppe um Bullinger an der Universität Hamburg entwickelte die deutsche Fassung des SF-36-Fragebogens (Bullinger und Kirchberger, 1998).

Lyons et. al bestätigten die Validität dieses Messinstrumentes auch bei älteren Patienten (Lyons et al., 1994).

In dieser Arbeit wurde der SF-36-Fragebogen in der Version als SF-8 (Short Form – 8 Health Survey) in gekürzter Fassung verwendet. Dabei bildet jedes der 8 Items eine Skala des SF-36 ab.

Die SF-8-Item-Version wurde ursprünglich für bevölkerungsbezogene Umfragen erstellt, kann aber auch klinisch eingesetzt werden und erfüllt die Standardkriterien von Validität und Reliabilität (Turner-Bowker et al., 2003).

Der SF-8-Fragebogen stellt aufgrund seiner schnellen Durchführbarkeit besonders für epidemiologische Studien ein geeignetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar.

Es gibt drei Versionen, die sich auf den jeweiligen Befragungszeitraum beziehen:

24 Stunden, eine Woche und 4 Wochen.

Im deutschen Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 (GSTel-03) wurde der SF-8 als Messinstrument der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgreich eingesetzt, es konnten in dieser Studie umfangreiche Informationen zu Erkrankungen, Risikofaktoren und Sozialstatus erhoben werden. Außerdem konnten erstmals Normwerte für die deutsche Bevölkerung ermittelt werden (Ellert et al., 2005).

Aus einer schriftlichen bundesweiten Befragung konnten 2004 ebenfalls alters- und geschlechtsdifferenzierte spezifische Referenzdaten für die deutsche Bevölkerung ermittelt werden (Beierlein et al., 2012).

Beim Vergleich beider Normdatenanalysen stellen sich einige Dimensionen der GSTel-03-Daten um zwei oder mehr Punktwerte niedriger dar, was möglicherweise an den verschiedenen Erhebungsmethoden liegen könnte (Beierlein et al., 2012).

Der SF-8 besteht jeweils aus einer Frage zu folgenden 8 Dimensionen (Items):

Körperliche Funktionsfähigkeit:

Die körperliche Funktionsfähigkeit bezeichnet das Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand die körperlichen Aktivitäten beeinträchtigt.

Körperliche Rollenfunktion:

Die körperliche Rollenfunktion gibt das Ausmaß an, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit und andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt.

Schmerz:

Der Schmerz beschreibt die Intensität und den Einfluss der Schmerzen auf das Alltagsleben.

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung:

Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung stellt die persönliche Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes dar.

Vitalität:

Die Vitalität meint das Vorhandensein von Energie und fehlender Müdigkeit.

Soziale Funktionsfähigkeit:

Die soziale Funktionsfähigkeit bezeichnet das Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder die emotionalen Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen.

Emotionale Rollenfunktion:

Die emotionale Rollenfunktion beschreibt das Ausmaß, in dem die emotionale Situation rollenbezogene Aktivitäten bei der Arbeit oder im Haushalt ermöglicht. Gemeint sind damit Qualität und Quantität des Erfüllens dieser alltäglichen Aufgaben.

Psychisches Wohlbefinden:

Das psychische Wohlbefinden ist gekennzeichnet durch die aktuelle Stimmung.

Der SF-8 ist ordinal skaliert, die Rohwerte werden auf einer Skala von null bis einhundert linear transformiert.

Neben dem 8-dimensionalen Gesamtprofil können aus den 8 Items zusätzlich zwei Summenskalen gebildet werden:

- PCS: körperlicher Summenscore
- MCS: psychischer Summenscore

Im Anhang ist die konkrete Formulierung der acht Fragen des SF-8 mit den jeweiligen Antwortkategorien aufgeführt. Die mit dem Fragebogen gewonnenen Daten wurden mit der online verfügbaren Auswertungssoftware nach den Vorgaben des Handbuchs zum SF-8 aufbereitet (Ware et al., 2001).

Nach Erhart et al. hat das Alter keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse des SF-8-Fragebogens (Erhart et al., 2005). In einigen Untersuchungen wurde in allen Altersgruppen eine schlechtere Gesundheitseinschätzung durch die Frauen festgestellt (Beierlein et al., 2012; Ellert et al., 2005; Mueller und Heinzl-Gutenbrunner, 2001). Hess begründet dies mit einer geschlechtsdifferenten Bedeutung von Gesundheit. Demnach haben Männer eine vorwiegend leistungs- und funktionsorientierte Gesundheitsbewertung.

Für Frauen spielt bei der Bewertung der Gesundheit auch soziales und psychisches Befinden eine wichtige Rolle (Hess, 2002).

Mit Zunahme der Erkrankungsanzahl lässt sich ein deutliches Absinken der gesundheitsbezogenen Lebensqualität feststellen (Alonso et al., 2003; von Steinbüchel et al., 2005).

Besonders in den körperlichen Dimensionen der subjektiven Gesundheitseinschätzung zeigt sich eine signifikante Abnahme bei Älteren (Hodek et al., 2009).

1.5 Einflussfaktoren zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

Versorgungsepidemiologische Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen darstellen (Menning, 2007a).

Das liegt zum einen am steigenden Krankheitsrisiko, insbesondere für chronische Erkrankungen, und zum anderen an der Zunahme vorliegender Multimorbidität (Linden, 2002; Robertz-Grossmann, 2006).

Zur Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden seit den Sechziger Jahren gesundheitsökonomische und sozialwissenschaftliche Konzepte erarbeitet.

Aus der sozialwissenschaftlichen Perspektive wird dabei die medizinische Inanspruchnahme als Teil des Gesundheitsverhaltens des Menschen verstanden (Ziegelmann, 2002).

Gesundheitsverhalten

Erstmals wurde der englische Begriff „health behavior“ von dem Amerikaner Koos in den Fünfziger Jahren in die medizinische Soziologie eingeführt.

Er verstand darunter alle Verhaltensweisen des Menschen, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit stehen (Koos, 1954).

Alle Aktivitäten des gesunden Menschen zur Prophylaxe und Früherkennung von Krankheiten bezeichneten dagegen Kasl und Cobb als Gesundheitsverhalten (Kasl und Cobb, 1966).

Die Wichtigkeit, dass auch kranke Menschen Gesundheitsverhalten zeigen, unterstreichen Kaptein und Weinman in ihrer Definition: „Aktivitäten, durch die Krankheiten und Behinderungen verhindert bzw. früh erkannt werden können und welche die Gesundheit fördern und verbessern“ (Kaptein und Weinman, 2004).

Dass auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen Teil des Gesundheitsverhaltens darstellen, befinden dagegen andere Autoren (Carmody, 1997; Schwarzer, 2005).

Häufig kommt es auch zum Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen. Zum Beispiel rauchen sportlich Inaktive häufiger und leiden öfter an Übergewicht (Lampert et al., 2005b). Außerdem sind Alkoholranke zumeist auch Raucher.

Ein Beispiel für das Zusammentreffen von gesundheitsfördernden und -schädigenden Verhaltensweisen sind Personen, die auf eine gesunde Ernährung achten, Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt aber nicht wahrnehmen.

Nach Ziegelmann gehören alle Verhaltensmuster, Handlungen und Gewohnheiten, die im Zusammenhang mit der Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit stehen, zum Gesundheitsverhalten (Ziegelmann, 2002).

Im sechsten Altenbericht der Bundesregierung konnte bestätigt werden, dass eine positive Einstellung zum Älterwerden zu gesundheitsförderlichem Verhalten führt (BMFSFJ, 2010).

Krankheitsverhalten

Das Krankheitsverhalten (illnes behavior) bezeichnet die Verhaltensweisen und Aktivitäten einer Person, die Krankheitssymptome selbst feststellt, und mögliche Ursachen abklären möchten.

Krankenrollenverhalten

Krankenrollenverhalten (sick role behavior) zeigen Personen, die sich selbst für krank halten und gesund werden möchten.

1.5.1 Gesundheitsökonomische Konzepte

Die gesundheitsökonomischen Konzepte zur Analyse der Einflussfaktoren auf die medizinische Inanspruchnahme versuchen entstehende Probleme der Steuerbarkeit von Gesundheit und Gesundheitsproduktion vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft zu lösen.

Konzept der Gesundheitsproduktion

Hierbei wird die Gesundheit als Gut betrachtet, bezogen auf die herkömmliche Produktionstheorie. Ein Faktor des Produktionsprozesses stellt dabei die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar.

Grossmann formulierte das Modell der Gesundheitsnachfrage durch den Menschen. Dabei wird Gesundheit als Bestandgut aufgefasst, dessen Bestand durch individuelle Handlungen ab- oder aufgebaut wird (Grossmann, 1972).

Nach Breyer und Zweifel wägt der Mensch zwischen Kosten und Nutzen der Gesundheitsproduktion ab. Der Gesundheitszustand hänge auch von äußeren Einflussfaktoren ab (Breyer und Zweifel, 1997).

Konzept der Angebotsinduktion durch den Arzt

Dabei sind Art und Umfang der medizinischen Leistungen erheblich vom Arzt abhängig. Wenn der Arzt aus eigenem Interesse heraus mehr Leistung erbringt als notwendig spricht man von Angebotsinduzierung. Mögliche Gründe dafür können die leistungsbezogene Vergütung nach Katalog der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch ein moralisches Pflichtgefühl der Leistungserbringer sein.

Auch der medizinisch-technische Fortschritt, der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand und die zunehmende Spezialisierung von Fachkräften und deren Verfügbarkeit kann eine Erklärung für eine Angebotsinduktion sein (Mardorf und Böhm, 2009).

Es erfolgten einige Untersuchungen zur angebotsinduzierten Nachfrage bei hoher Arztdichte mit zum Teil verschiedenen Ergebnissen.

Pohlmeier und Ulrich untersuchten die SOEP(Sozio-ökonomisches Panel)-Daten von 1985 und stellten fest, dass eine höhere Arztdichte zu einer erhöhten Arztkontakthäufigkeit führen kann (Pohlmeier und Ulrich, 1995).

Mit den Daten des SOEP von 1987 und 1994 fanden Andersen und Schwarze Belege für eine angebotsinduzierte Nachfrage. Es bestünden dabei aber komplexe Zusammenhänge (Andersen und Schwarze, 1997).

Cassel und Wilke konnten dagegen keinen signifikanten Einfluss der Arztdichte auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit den Daten des EHP (Europäisches Haushalts Panel) von 1984-1989 und den Daten des SOEP 1991-1997 feststellen (Cassel und Wilke, 2000).

1.5.2 Sozialwissenschaftliche Konzepte

Health Belief Modell nach Rosenstock

Nach dem Health Belief Modell wird das menschliche Verhalten bestimmt durch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen, Bedarf, erwarteten Nutzen, Prävention und Kosten.

Verhaltensmodell nach Andersen

Andersen et al. entwickelten Ende der Sechziger Jahre das Grundmodul eines umfassenden Verhaltensmodelles zu möglichen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Andersen, 1968).

Zu dieser international bewährten Analyse erfolgte die Einteilung der Einflussgrößen in Predisposing Characteristics, Enabling Resources und Need.

Später wurde das Kernmodell um die Komponenten Outcome und Environment ergänzt (Andersen, 1995).

Predisposing Characteristics

Demnach werden Predisposing Characteristics in die Bereiche Demographie, Sozialstruktur, Gesundheitsverhalten und Health Beliefs eingeteilt. Diese Merkmale wirken indirekt auf die Inanspruchnahme.

Unter der Demographie werden die Einflussgrößen des sogenannten „biologischen Imperativs“ Alter und Geschlecht verstanden.

Zur Sozialstruktur gehören sozialer Status, Bildung, Beruf, Wohnumfeld und die vorhandenen sozialen Netzwerke.

Unter Health Beliefs versteht man Einstellungen, Werte und Wissen, die eine Person über Gesundheit und Versorgungseinrichtungen hat.

Enabling Resources

Als Enabling Resources werden mit Personal/Family die Einkommenssituation und der Krankenversicherungsstatus erfasst.

Unter den Community Enabling Resources werden das Vorhandensein von Versorgungseinrichtungen und die Erreichbarkeit dieser verstanden.

Need

Perceived Evaluated Need ist der vom Patienten wahrgenommene Bedarf an medizinischer Versorgung.

Der Evaluated Need stellt demgegenüber eher ein Maß für die biologische Notwendigkeit dar, die vom behandelnden Arzt erkannt wird.

Outcome

Unter den Outcomes versteht man die Effekte aus der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wie die subjektive und die objektive Gesundheit.

Environment

Unter Environment ist die Umwelt gemeint, das Gesundheitssystem ist darin inbegriffen.

Die Untersuchungen des Robert-Koch-Institutes anhand der Querschnittsdaten des Bundes-Gesundheitssurveys beruhen ausschließlich auf Patientenangaben. Die Befragten stellen eine Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung dar.

In dieser Befragung von 1998 wurde festgestellt, dass Patienten mit einer schlechten subjektiven Gesundheitsbewertung deutlich häufiger zum Hausarzt gehen. Die Einschätzung der körperlichen subjektiven Gesundheit hatte hierbei eine stärkere Auswirkung als die des psychischen Gesundheitszustandes.

Die subjektive Gesundheitsbeurteilung stellte sich sogar als ein eigener von Morbidität unabhängiger Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar.

In dieser Untersuchung von Thode et al. konnten des Weiteren keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinerinnen festgestellt werden.

Als wichtiger Predisposing-Faktor bestätigte sich das Lebensalter, von den Need-faktoren stellten sich neben der subjektiven Gesundheitseinschätzung, die Anzahl von Krankheiten und die Häufigkeit von Infekten als wichtige Einflussgrößen heraus.

Ein vergleichsweise geringer Effekt wurde für den Grad der Behinderung festgestellt. Die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistung sank mit höherem sozialen Status. Kein Einfluss dagegen waren für Schmerzorte, psychische Auffälligkeiten, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie Rauchen oder sportliche Aktivität, die allgemeine Lebenszufriedenheit, das Zusammenleben mit einem Partner und die Anzahl der Helfer im Notfall festzustellen (Thode et al., 2005).

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gaben die meisten Befragten an, einen Hausarzt zu haben. Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, bei einem Hausarzt in Behandlung zu sein, dies war geschlechtsunabhängig. Patienten zwischen 65 und 84 Jahren gehen etwa 6 mal pro Jahr zu ihrem Hausarzt, wobei ältere männliche Patienten etwas seltener als Frauen den Hausarzt aufsuchen. Mit steigendem Alter nimmt die Anzahl der Hausarztbesuche u-förmig zu. Des Weiteren wurden ein niedriger sozialer Status, ein hoher Body-Mass-Index, chronische Krankheiten und eine schlechte subjektive Gesundheit als Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen identifiziert. Für Frauen zeigten sich vor allem die Anzahl an chronischen Krankheiten und die selbst eingeschätzte Gesundheit für die Inanspruchnahme von Bedeutung (Bergmann et al., 2005).

Die subjektive Beurteilung der Gesundheit wurde auch in anderen Studien als entscheidende Einflussgröße für die ärztliche Inanspruchnahme bestätigt (Herschbach, 1995; Kennedy et al., 2001; Menec und Chipperfield, 2001; Phillips et al., 1998).

Auch die Untersuchungen von De Boer et al. identifizierten die Need-Faktoren als entscheidende Prädiktoren für die ärztliche Inanspruchnahme (De Boer et al., 1997).

Die Analyse des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ergab eine mittlere Arztkontaktanzahl von 17 Arztbesuchen für das Jahr 2007.

Es wurde ermittelt, dass nur 16 Prozent der Patienten insgesamt 50 Prozent aller Arztkontakte in Anspruch nehmen. Diese so genannten „high-user“ (Hoch-Inanspruchnehmer) sind vornehmlich ältere, multimorbide Patienten.

Auf Grundlage der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten 2007 wurde die Anzahl der Arztkontakte pro gesetzlich Krankenversicherten festgestellt und mögliche Einflussfaktoren untersucht. Als Arztkontakt wurde dabei jede vom Arzt abgerechnete Leistung definiert, insofern müsste man korrekterweise also von Abrechnungskontakt statt Arztkontakt sprechen. Es konnte insgesamt festgestellt werden, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen als Männer (20 vs. 14 Arztkontakte pro Jahr).

In der Altersgruppe der über 75-Jährigen hingegen wiesen die Arztkontakte nur noch geringe geschlechtsspezifische Unterschiede auf. In der Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen gehen Männer mit 37,4- mal pro Jahr sogar häufiger zum Arzt als Frauen (35,3- mal pro Jahr). Zusammenfassend wurde festgestellt, dass der hohe Gesamtmittelwert von 17 Arztkontakten pro Versicherten und Jahr wesentlich durch Patienten mit sehr hoher ärztlicher Inanspruchnahme bestimmt wurde (Riens et al., 2012).

Auch eine von der Barmer GEK veröffentlichte Untersuchung ergab, dass chronische Erkrankungen, der Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder die Versorgung zum Lebensende die Anzahl an Arztkontakten maßgeblich beeinflussen (Grobe, et al. 2010).

Nicht nur in international vergleichenden Studien wurde festgestellt, dass Angehörige unterer sozialer Schichten bei ähnlichem Gesundheitszustand deutlich seltener Fachärzte aufsuchen als Personen mit einem vergleichsweise hohem sozialen Status (Stirbu et al., 2011; Van Doorslaer et al., 2004).

Auch in Deutschland stellten sich Patienten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weniger häufig bei einem Facharzt vor, bei gleichem medizinischen Bedarf (Beierlein et al., 2012; Bremer und Wübker, 2013; Ellert et al., 2005).

2 Zielstellung der Arbeit

Die subjektive Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen in Rostock mit dem Fokus auf die psychischen Dimensionen soll mittels SF-8-Fragebogen erfasst und mit den Normwerten der deutschen Bevölkerung verglichen werden.

Des Weiteren soll eine genaue Erhebung der Lebensumstände und der sozialen Kontakte der Studienteilnehmer erfolgen.

Die tatsächlich stattgefundenen Anzahl der Arztkontakte in den letzten 3 Monaten vor Beginn der Befragung soll registriert werden.

Die Diagnosen chronischer Krankheiten und der objektive Gesundheitszustand sollen ärztlich gesichert erfasst werden.

Es sollen mögliche Zusammenhänge zwischen Selbsteinschätzung der psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Arztkontaktanzahl mit dem Hausarzt untersucht werden.

Weiterhin sollen relevante Einflüsse der sozialen Umstände, der Gesundheitsparameter und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen in diese Analysen miteinbezogen werden.

Der Einfluss der psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen

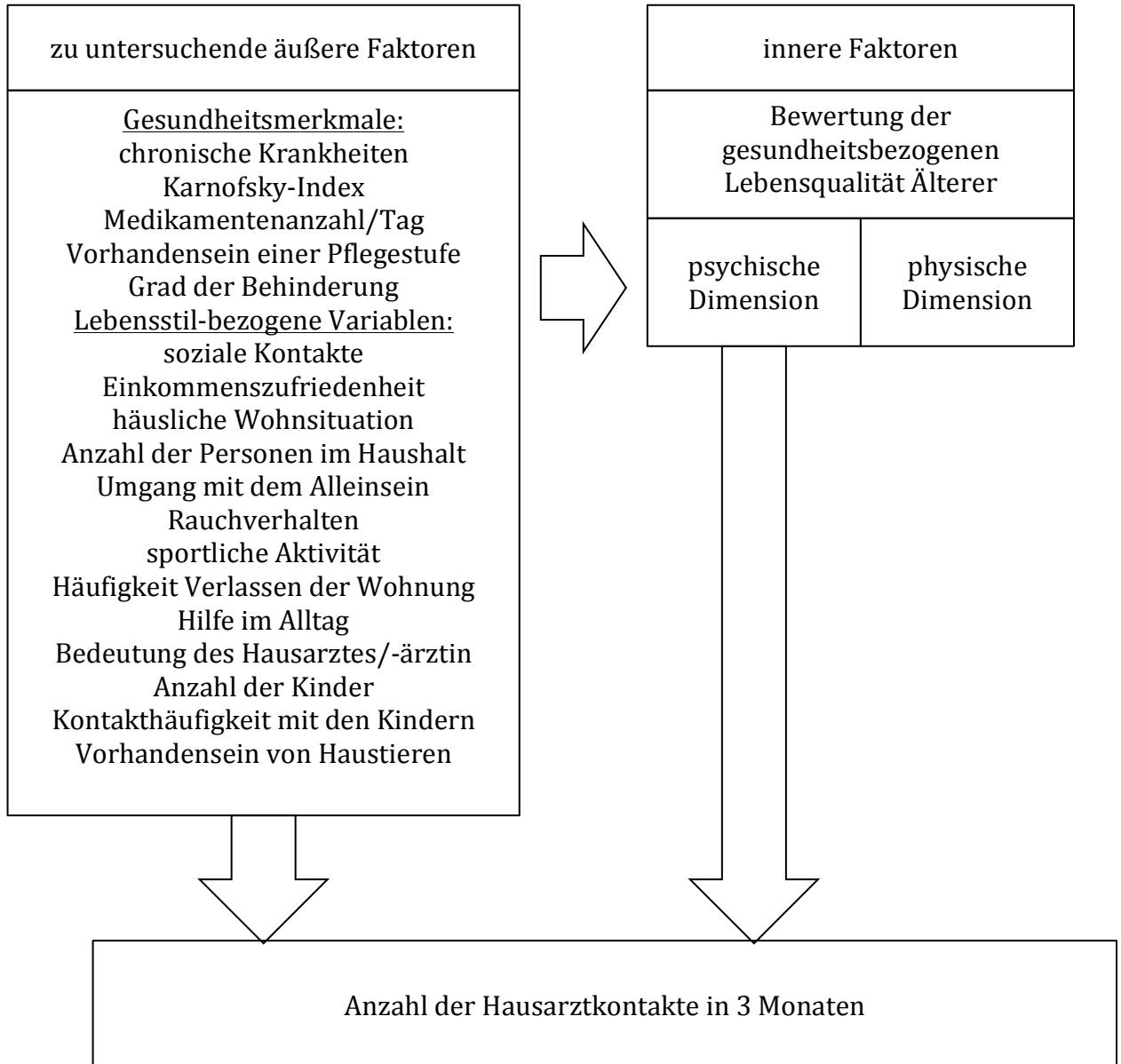


Abb. 1: graphische Darstellung der Zielstellung der Arbeit

Hypothesen

Aus den bisher diskutierten Punkten und den formulierten Zielstellungen ergeben sich folgende Hypothesen:

- H1 Es ist zu erwarten, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit steigendem Alter abnimmt.
- H1.1 Es ist zu erwarten, dass dabei die körperlichen Dimensionen stärker als die psychischen Dimensionen abfallen.
- H2 Es ist zu erwarten, dass die Gesundheitsmerkmale die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in signifikantem Ausmaß beeinflussen.
- H2.1 Es ist zu erwarten, dass die Gesundheitsmerkmale die Einschätzung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in signifikantem Ausmaß beeinflussen.
- H3 Es ist zu erwarten, dass die Lebensstil-bezogenen Variablen die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in signifikantem Ausmaß beeinflussen.
- H3.1 Es ist zu erwarten, dass die Lebensstil-bezogenen Variablen die Einschätzung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in signifikantem Ausmaß beeinflussen.
- H4 Es ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen mit steigendem Alter signifikant zunimmt.
- H5 Es ist zu erwarten, dass die Gesundheitsmerkmale die Häufigkeit der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in signifikantem Ausmaß beeinflussen.

- H6 Es ist zu erwarten, dass die Lebensstil-bezogenen Variablen die Häufigkeit der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen in signifikantem Ausmaß beeinflussen.
- H7 Es ist zu erwarten, dass die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Häufigkeit der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen signifikant beeinflusst.
- H7.1 Es ist zu erwarten, dass die Einschätzung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Häufigkeit der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen signifikant beeinflusst.

3 Studiendesign und Methodik

In der Zeit vom 01. Juli bis 30. September 2013 wurden 400 konsekutive Patienten aus einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in die Studie aufgenommen.

Von der Ethikkommission der Universität Rostock wurden die rechtlichen und ethischen Aspekte der geplanten Studie in Bezug auf Risiken für den Probanden, Bedeutung für die medizinische Forschung und Vorliegen fachlicher Kompetenzen untersucht. Entsprechend dem Datenschutzgesetz für medizinische Forschung konnte nach positiver Stellungnahme der Ethikkommission die Studie durchgeführt werden.

Vor Einschluss in die Studie erfolgte eine ausführliche schriftliche Aufklärung der freiwillig teilnehmenden Patienten. Nach Eingang der Fragebögen und der zugehörigen Daten erfolgte deren Anonymisierung.

Insgesamt 379 vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden von Studienteilnehmern zur Auswertung zurückgegeben.

Der Zugang zu den Patienten und den persönlichen Daten ergab sich aus der Kooperation mit einer großen Praxis für Allgemeinmedizin in Rostock.

Als allgemeine Ausschlusskriterien galten:

Alter unter 65 Jahren

Unfähigkeit aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung den Fragebogen selbständig auszufüllen.

Die Probanden sind zufällig ausgewählt worden. Voraussetzung für die Verwendung der Daten war das selbständige Ausfüllen des Fragebogens ohne Fremdbeeinflussung.

3.1 Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde der standardisierte SF-8-Fragebogen in der deutschen Fassung nach Ellert et al. als Evaluierungsmittel eingesetzt (Ellert, 2005). Mit Hilfe dieses Instrumentes lassen sich mit 8 Fragen in kurzer Bearbeitungszeit die Subskalen und Summenskalen der körperlichen und psychischen Gesundheit ermitteln. Die genaue Beschreibung der einzelnen Items ist im Kapitel 1.3.2. zu entnehmen.

Zu den körperlichen Dimensionen gehören PF (Physical Functioning) für die „körperliche Funktionsfähigkeit“, RP (Role Physical) für die „körperliche Rollenfunktion“, BP (Bodily Pain) für den „körperlichen Schmerz“ und GH (Global Health) für die „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Die psychischen Dimensionen beinhalten VT (Vitality) für die „Vitalität“, SF (Social Functioning) für die „soziale Funktionsfähigkeit“, RE (Role Emotional) für die „emotionale Rollenfunktion“ und MH (Mental Health) für das „psychische Wohlbefinden“.

Zur Beurteilung der objektiven Gesundheit und Leistungsfähigkeit wurde der klinisch gebräuchliche Klassifikationsindex Karnofsky-Index nach Karnofsky ermittelt, dieser entspricht dem ärztlich diagnostizierten Gesundheitszustand (Karnofsky, 1949).

Die Einteilung des Indexes ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Karnofsky-Skala:		
Prozent	Numerisch	
100 %	0	normal, keine Beschwerden oder Krankheitszeichen
90 %	1	geringfügige Symptome, normale Lebensführung möglich
80 %	2	Symptome, die normales Leben mit Anstrengung zulassen
70 %	3	Selbstversorgung noch möglich
60 %	4	Selbstversorgung mit gelegentlicher Hilfe noch möglich
50 %	5	auf häufige Hilfe angewiesen
40 %	6	behindert und pflegebedürftig, noch nicht hospitalisiert
30 %	7	schwer behindert, hospitalisiert
20 %	8	schwer krank, stationäre Behandlung
10 %	9	moribund, sterbend

Tabelle 1: Skala des Karnofsky-Index zur objektiven Einschätzung der Aktivität durch den Arzt unter Berücksichtigung körperlicher und sozialer Faktoren nach Karnofsky

Neben anthropometrischen Daten und Angaben zur Person wurden mit einem manuell erstellten, selbst erarbeiteten Fragebogen folgende Informationen im Hinblick auf Krankheiten, Risikofaktoren für Gesundheitsgefährdung, Lebens – und Wohnsituation, Hilfebedürftigkeit und soziale Unterstützung gesammelt:

1) Altersgruppen nach dem Alter in Jahren:

- Altersgruppe 1: 65 bis 69 Jahre
- Altersgruppe 2: 70 bis 74 Jahre
- Altersgruppe 3: 75 bis 79 Jahre
- Altersgruppe 4: 80 bis 84 Jahre
- Altersgruppe 5: ab 85 Jahre

Gesundheitsmerkmale:

2) Vorhandensein ärztlich diagnostizierter chronische Erkrankungen:

- Herzkreislauferkrankung: ja/nein
- psychische Erkrankung: ja/nein
- Erkrankung des Skelettsystems: ja/nein
- endokrine Erkrankung: ja/nein
- Multimorbidität als Vorhandensein von mindestens zwei chronischen Erkrankungen: ja/nein

3) Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente:

- 1 – 2 Medikamente / Tag
- 3 – 4 Medikamente / Tag
- 5 Medikamente / Tag
- > 5 Medikamente / Tag

4) anerkannte Pflegestufe

5) Grad der Behinderung nach dem SGB IX

Lebensstil-bezogene Variablen:

6) häusliche Wohnsituation:

- in Wohneigentum wohnend
- zur Miete wohnend
- in einer betreuten Einrichtung wohnend

- 7) Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:
- alleine lebend
 - mit Partner/-in lebend
 - mit anderen Familienangehörigen/Freunden wohnend
- 8) Bedeutung des Hausarztes bei Pflegebedürftigkeit: ja/nein
- 9) Umgang mit dem Alleinsein Alleinlebender:
- gerne alleinlebend
 - ans Alleinleben gewöhnt
 - mit dem Alleinleben abfinden
 - unter dem Alleinleben leidend
- 10) wie lange alleinlebend
- 11) Rauchverhalten:
- regelmäßig rauchend
 - gelegentlich rauchend
 - nicht rauchend
- 12) sportliche Aktivität
- regelmäßig Sport treibend
 - gelegentlich Sport treibend
 - selten Sport treibend
- 13) Kontakthäufigkeit mit den Kindern:
- keine Kinder
 - täglicher Kontakt
 - mehrmals wöchentlicher Kontakt
 - einmal wöchentlicher Kontakt
 - einmal monatlicher Kontakt
 - seltener als einmal monatlicher Kontakt
- 14) Anzahl der Kinder

- 15) Haustier: ja/nein
- 16) Häufigkeit Verlassen der Wohnung:
- täglich Wohnung verlassen
- 1 – 2 / Woche Wohnung verlassen
- 1 – 2 / Monat Wohnung verlassen
- seltener als 1 – 2 / Monat Wohnung verlassen
- 17) Hilfe im Alltag - familiär sowie Inanspruchnahme sozialer Dienste: ja/nein
- 18) soziale Kontakte mit Freunden/Bekanntem/Nachbarn (ausgenommen Familienangehörige):
- täglich soziale Kontakte
- so oft wie möglich, mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte
- selten soziale Kontakte
- kaum soziale Kontakte
- 19) Einkommenszufriedenheit:
- sehr zufrieden mit dem Einkommen
- eher zufrieden mit dem Einkommen
- einigermaßen zufrieden mit dem Einkommen
- unzufrieden mit dem Einkommen
- 20) Freude auf die Zukunft:
- große Zukunftsfreude
- Zukunftsfreude weniger als früher
- kaum Zukunftsfreude
- keine Zukunftsfreude

3.2 statistische Datenanalyse

Die primäre Dateneingabe erfolgte zunächst in eine Excel-Datenbank. Im Anschluss erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung der Universität Rostock die statistische Auswertung mit dem Statistikprogramm SPSS® (Statistical Package for Social Science, Firma SPSS Inc., USA) Version 20 für Microsoft Windows®.

Dabei kamen deskriptive Prozeduren für Mittelwertermittlung, Häufigkeiten und Kreuztabellen zur Anwendung. Nach Testung auf Normalverteilung kamen Signifikanztests (Mann-Whitney-U-Tests) zum Mittelwertvergleich zum Einsatz.

Um den Einfluss von möglichen Zusammenhängen zwischen Lebensumständen, sozialer Unterstützung und Selbsteinschätzung der psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf die Anzahl der stattgefundenen Arztkontakte zu ermitteln, wurden Korrelations- und Regressionsanalysen angewandt.

Hierzu wurden Subgruppenanalysen bezüglich Alter, Geschlecht, Erkrankungsgruppen, Lebensgewohnheiten und soziale Eingliederung beziehungsweise Unterstützung durchgeführt.

Die Mittelwerte wurden mit \pm Standardabweichung angegeben. Für alle statistischen Tests wurde das Signifikanzniveau auf $p < 0,05$ festgelegt.

3.3 Patienten

In dem Zeitraum vom 01.07.2013 bis 30.09.2013 wurden von insgesamt 400 ausgeteilten Unterlagen 379 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung zurückgegeben.

Von den Studienteilnehmern sind 58,3 % (n=221) weiblichen und 41,7 % (n=158) männlichen Geschlechts.

Geschlecht	n	Prozent
weiblich	221	58,3
männlich	158	41,7
	379	100

Tabelle 2: Anzahl der Studienteilnehmer - Geschlechterverteilung

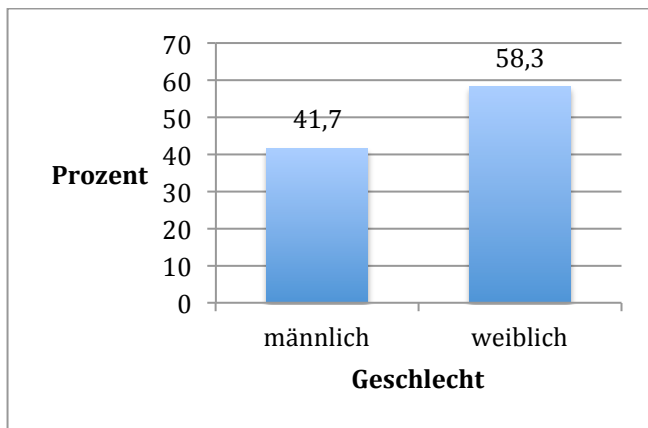


Abb. 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer

Das mittlere Alter aller Studienteilnehmer beträgt $76,8 \pm 5,4$ Jahre. Dabei liegt das durchschnittliche Alter der Frauen bei $76,9 \pm 5,6$ Jahren und das der Männer beträgt $76,6 \pm 5$ Jahren. Der jüngste bzw. älteste Teilnehmer ist 65 bzw. 93 Jahre alt.

Es besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des mittleren Alters zwischen beiden Geschlechtern ($p=0,93$).

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
weiblich	221	65	93	76,97	5,67
männlich	158	65	91	76,56	5,02
alle Patienten	379	65	93	76,80	5,40

Tabelle 3: deskriptive Statistik - Alter der Studienteilnehmer

4 Ergebnisse

4.1 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels SF-8-Fragebogen erfasst

Die Beantwortung der Fragen des standardisierten SF-8-Fragebogens bezieht sich auf die vorausgegangenen vier Wochen.

	SF-8	Mittelwert	Standard- abweichung	Signifikanz p
PF	weiblich	41,37	8,89	0,24
	männlich	40,31	8,76	
RP	weiblich	41,67	9,55	0,06
	männlich	39,82	9,33	
BP	weiblich	47,71	9,54	0,66
	männlich	47,98	10,20	
GH	weiblich	42,52	6,29	0,19
	männlich	41,71	6,18	
VT	weiblich	45,98	7,62	0,86
	männlich	45,60	7,24	
SF	weiblich	46,06	9,58	0,23
	männlich	45,08	9,44	
RE	weiblich	43,99	8,09	0,48
	männlich	43,27	8,51	
MH	weiblich	45,34	10,18	0,48
	männlich	46,07	10,03	
PCS8	weiblich	42,16	9,77	0,11
	männlich	40,56	9,52	
MCS8	weiblich	46,09	10,97	0,71
	männlich	46,52	11,26	

Tabelle 4: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP: Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social
 Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental
 component score

Die geschlechtsdifferenzierte Auswertung des SF-8-Fragebogen ergibt in allen Dimensionen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

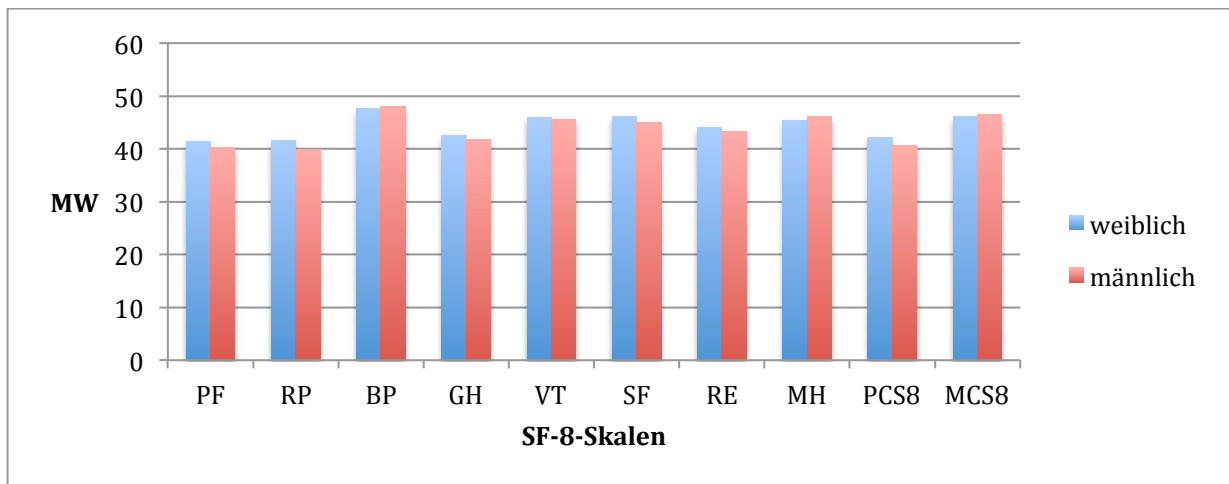


Abb. 3: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Geschlecht
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Auffallend niedrige Werte werden in den Skalen „körperliche Funktionsfähigkeit“ (PF) und „körperliche Rollenfunktion“ (RP) erreicht.

Die höchsten Werte sind in den Items „körperliche Schmerzen“ (BP) und psychische Summenskala (MCS8) zu finden.

4.2 Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten

Der Mittelwert der stattgefundenen Arztkontakte aller Patienten beträgt $2,37 \pm 1,1$ in den vergangenen 3 Monaten vor Beginn der Befragung.

Die Frauen suchen im Mittel $2,43 \pm 1,1$ mal den Arzt auf, die Männer mit $2,28 \pm 1,1$ Kontakten etwas weniger häufig. Es lassen sich für die Geschlechter keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p=0,18$) feststellen.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
weibliche Patienten	221	2,43	1,06	0,18
männliche Patienten	158	2,28	1,11	
alle Patienten	379	2,37	1,08	

Tabelle 5: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Geschlecht - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Zwischen den einzelnen psychischen Dimensionen der Lebensqualitätsparameter und der Anzahl an Arztkontakten zeigen sich mittlere negative Korrelationen (Tabelle 21 im Anhang). Das heißt, je höher die subjektive psychische Lebensqualität, desto geringer die Arztkontakthäufigkeit. Die bivariate Korrelationsanalyse ergibt für die emotionale Rollenfunktion (RE) die engste Korrelation ($r=-0,49$).

Bei Betrachtung aller Patienten lässt sich mithilfe aller SF-8-Werte mit 33 Prozent die Varianz der Anzahl der Arztkontakte vorhersagen. Dabei zeigt sich besonders die Einschätzung der „allgemeinen Gesundheitswahrnehmung“ (GH) als entscheidend ($\beta = -0,36^{***}$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten									
	alle Patienten R=0,58 R ² =0,34 korr. R ² =0,33 p<0,001			weibliche Patienten R=0,59 R ² =0,34 korr. R ² =0,32 p<0,001			männliche Patienten R=0,62 R ² =0,38 korr. R ² =0,35 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	7,21	0,50		7,46	0,64		7,14	0,60	
PF	-0,03	0,01	-0,23*	-0,05	0,02	-0,41**	0,00	0,02	0,03
RP							0	0,02	0,00
BP	-0,02	0,01	-0,17*	-0,03	0,01	-0,25*	-0,01	0,01	-0,07
GH	-0,06	0,01	-0,36***	-0,08	0,02	-0,46***	-0,04	0,02	-0,23*
VT	-0,01	0,01	-0,08	-0,01	0,01	-0,07	0,02	0,02	-0,10
SF	-0,00	0,01	-0,04	-0,00	0,01	-0,04	-0,02	0,02	-0,16
RE	-0,03	0,01	-0,22*	-0,02	0,02	-0,16	-0,44	0,02	-0,34*
PCS8	0,04	0,02	0,36	0,06	0,03	0,56*			
MCS8	0,00	0,02	0,04	0,01	0,02	0,10	0,01	0,02	0,11

Tabelle 6: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen: alle SF-8 Dimensionen
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Betrachtet man nur die psychischen Lebensqualitätskomponenten, so sind die „emotionale Rollenfunktion“ (RE), die „Vitalität“ (VT) und das „psychische Wohlbefinden“ (MH) wichtig.

Bei den Frauen erreicht die „Vitalität“ (VT) ein signifikantes β , bei den Männern ist die „emotionale Rollenfunktion“ (RE) ein signifikanter Einflussfaktor. Das korrigierte Bestimmtheitsmaß ist mit 0,34 bei den Männern deutlich höher (weibliche Patienten: korrigiertes R² =0,23).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten									
	alle Patienten R=0,53 R ² =0,28 korr. R²=0,27 p<0,001			weibliche Patienten R=0,5 R ² =0,25 korr. R²=0,23 p<0,001			männliche Patienten R=0,59 R ² =0,36 korr. R²=0,34 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,31	0,39		6,06	0,52		6,94	0,61	
VT	-0,03	0,01	-0,21***	-0,03	0,01	-0,21**	-0,04	0,01	-0,23
SF	-0,01	0,01	-0,12	-0,01	0,01	-0,08	-0,03	0,01	-0,25*
RE	-0,04	0,01	-0,33***	-0,04	0,02	-0,28	-0,06	0,02	-0,48***
MH	0,04	0,02	-0,34*	-0,04	0,02	-0,35	-0,03	0,03	-0,26
MCS8	0,03	0,02	0,34	0,03	0,03	0,31	0,05	0,03	0,49

Tabelle 7: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, SF: Social Functioning, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

Die Regressionsanalyse zur Vorhersage der Arztkontaktanzahl allein mit den Dimensionen der körperlichen Lebensqualität ergibt, dass mit einer Varianz von 30 Prozent die Arztkontakthäufigkeit vorausgesagt werden kann.

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten									
	alle Patienten R=0,56 R ² =0,31 korr. R²=0,30 p<0,001			weibliche Patienten R=0,58 R ² =0,33 korr. R²=0,32 p<0,001			männliche Patienten R=0,56 R ² =0,34 korr. R²=0,30 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	7,1	0,39		7,21	0,5		7,04	0,63	
PF	-0,04	0,01	-0,32**	-0,05	0,02	-0,44*	-0,02	0,02	-0,12
RP	-0,03	0,01	-0,22	-0,01	0,02	-0,05	-0,05	0,02	-0,42*
BP	-0,03	0,01	-0,29***	-0,03	0,01	-0,26**	-0,03	0,02	-0,29
GH	-0,08	0,01	-0,45***	-0,09	0,01	-0,51***	-0,09	0,02	-0,48***
PCS8	0,07	0,02	0,64**	0,06	0,03	0,58*	0,07	0,04	0,63

Tabelle 8: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen körperliche Dimensionen des SF-8
PF: Physical Functioning, RP: Role Physical, BP: Bodily Pain, GH: Global Health, PCS8: physical component score

4.3 Karnofsky-Index

Der Karnofsky-Index aller Patienten beträgt im Mittel 85,8 ± 8,1 Prozent. Die weiblichen Patienten erreichen im Durchschnitt 86,1 ± 7,9 Prozent, die männlichen Patienten haben einen durchschnittlichen Karnofsky-Index von 85,5 ± 8,3 Prozent.

Es besteht zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied (p=0,58).

	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
weiblich	221	70	100	86,1	7,94
männlich	158	60	100	85,5	8,26
alle Patienten	379	60	100	85,8	8,07

Tabelle 9: deskriptive Statistik - Karnofsky-Index

Alle Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität korrelieren signifikant positiv mit dem Karnofsky-Index. Auch die psychischen Dimensionen zeigen eine schwache positive Korrelation mit dem Karnofsky-Index (siehe Tabelle 21 und 22 im Anhang).

Zwischen der Anzahl der Arztkontakte und dem Karnofsky-Index besteht eine signifikante aber schwache negative Korrelation ($r=-0,35$; $p<0,001$).

4.4 Altersgruppen

Das Patientenkollektiv wurde nach dem Alter in Jahren in fünf Altersgruppen eingeteilt:

Altersgruppe 1 : 65 bis 69 Jahre

Altersgruppe 2 : 70 bis 74 Jahre

Altersgruppe 3 : 75 bis 79 Jahre

Altersgruppe 4 : 80 bis 84 Jahre

Altersgruppe 5 : ab 85 Jahre

Altersgruppe	n	Prozent
1	22	5,80
2	117	30,9
3	132	34,8
4	74	19,5
5	34	9

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Altersgruppe 1	22	2,41	1,22	n.s.
Altersgruppe 2	117	2,31	0,96	
Altersgruppe 3	132	2,35	1,15	
Altersgruppe 4	74	2,46	1,10	
Altersgruppe 5	34	2,41	1,13	

Tabelle 11: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Altersgruppen -Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt ab der Altersgruppe 2 eine deutliche Tendenz zur Werteabnahme in allen Dimensionen.

Bei direktem Vergleich der psychischen Dimensionen zwischen den jeweiligen Altersgruppen zeigen sich hochsignifikant niedrigere Werte bei Patienten der fünften Altersgruppe. Es zeigen sich besonders in den körperlichen Dimensionen „körperliche Funktionsfähigkeit“ (PF), „körperliche Rollenfunktion“ (RP) und die körperliche Summenskala (PCS 8) hochsignifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen 2 und 5 ($p < 0,001$), sowie den Altersgruppen 3 und 5 ($p < 0,001$).

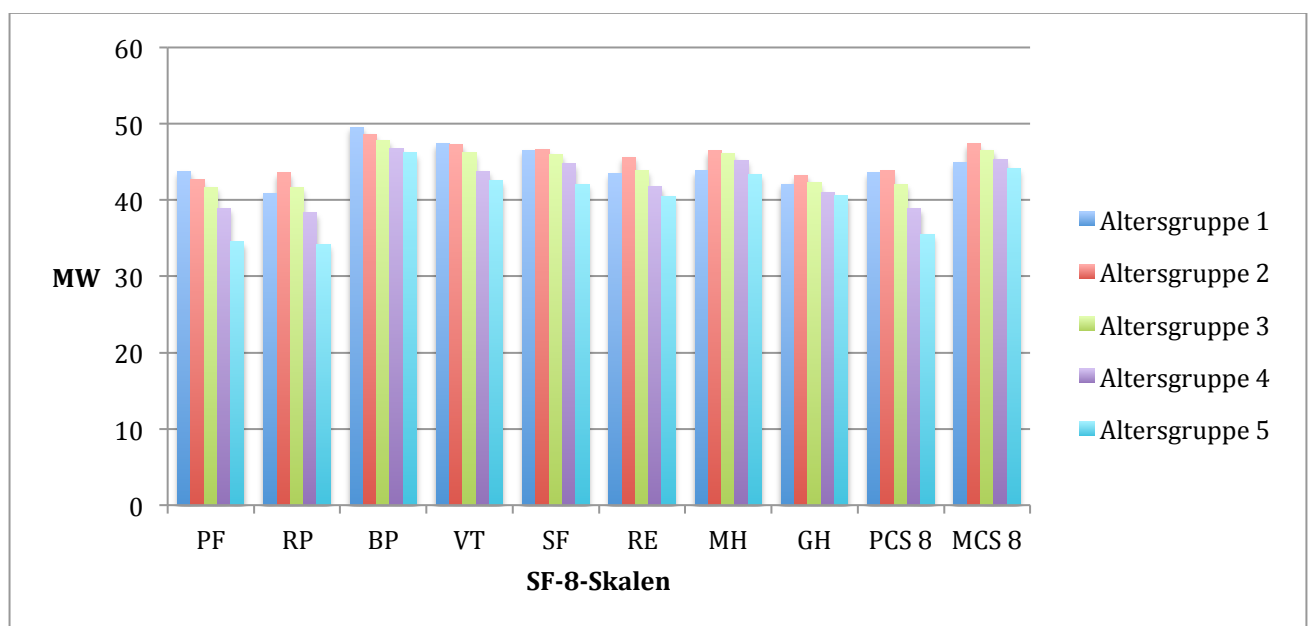


Abb. 4: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen nach Altersgruppen

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

4.5 Erkrankungen

Es erfolgten Subgruppenanalysen bezüglich ärztlich diagnostizierter chronischer Krankheiten.

Insgesamt 333 Patienten (87,9 %) erhalten die Diagnose Herz-Kreislaufkrankung, davon sind 194 (87,8 %) weiblich und 139 (88%) männlich.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Herz-Kreislaufkrankung	333	2,46	1,05	p<0,001
keine Herz-Kreislaufkrankung	46	1,70	1,09	

Tabelle 14: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Herz-Kreislaufkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Patienten ohne Herz-Kreislaufkrankung gehen hochsignifikant weniger oft zum Hausarzt als Herz-Kreislaufpatienten.

Es können für die gesundheitsbezogene Lebensqualität hochsignifikant niedrigere Werte für die Herz-Kreislaufpatienten in den Dimensionen „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (GH) und „Vitalität“ (VT) festgestellt werden.

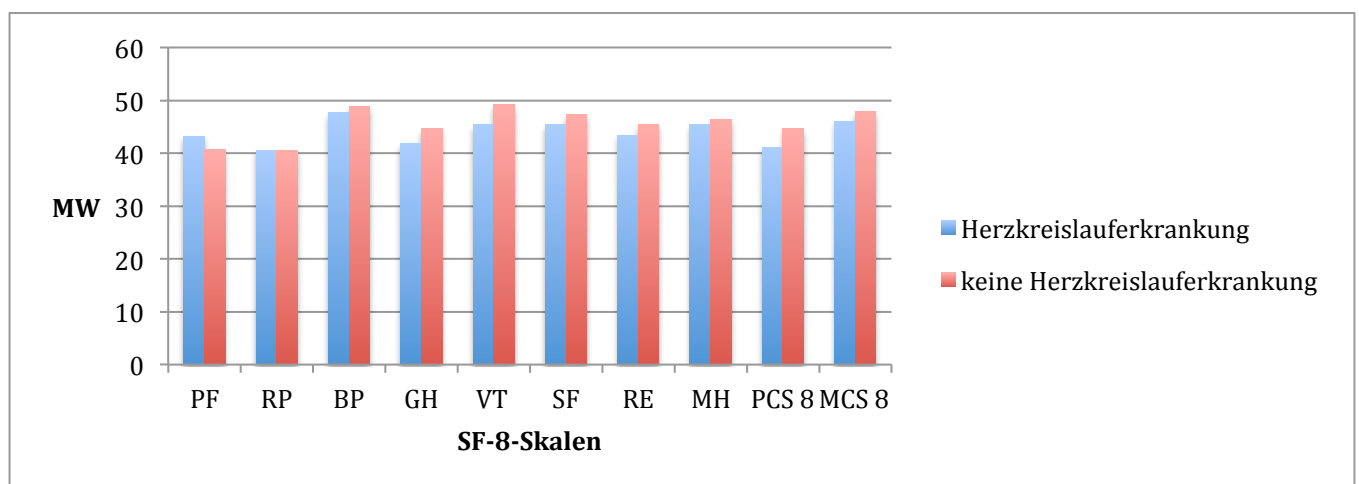


Abb. 5: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Herz-Kreislaufkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP: Bodily Pain, GH:Global Health, VT: Vitality, SF: Social Functioning, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, PCS8: physical component score, MCS8: mental component score

Beim Vergleich beider Gruppen zeigen sich in folgenden Dimensionen engere signifikante negative Korrelationen bei Patienten ohne Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen Lebensqualität und Anzahl der Arztkontakte: „Vitalität“ (VT), „emotionale Rollenfunktion“ (RE) und der psychischen Summenskala (MCS8) (siehe Tabelle 23 im Anhang).

Die Regressionsanalyse ergibt einen signifikanten Einfluss der „emotionalen Rollenfunktion“ (RE) auf die Anzahl der Arztkontakte von Herz-Kreislauf-Patienten ($\beta = -0,31^{**}$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	Herz-Kreislauf-Erkrankung R=0,51 R ² =0,26 korr. R²=0,25 p<0,001			keine Herz-Kreislauf-Erkrankung R=0,64 R ² =0,41 korr. R²=0,34 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,07	0,41		6,68	1,12	
VT	-0,03	0,01	-0,18^{**}	-0,02	0,02	-0,14
SF	-0,01	0,01	-0,07	-0,04	0,02	-0,38*
RE	-0,04	0,01	-0,31^{**}	-0,05	0,03	-0,43

Tabelle 15: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Herz-Kreislauf-Erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT: Vitality, SF: Social Functioning, RE: Role Emotional

Eine psychische Erkrankung wird bei 67 (17,7 %) Patienten diagnostiziert, davon sind 49 (22,2 %) weiblich und 18 (11,4 %) männlich.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
psychische Erkrankung	67	3,01	0,93	p<0,001
keine psychische Erkrankung	312	2,23	1,06	

Tabelle 16: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal psychische Erkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Die Untersuchung der Anzahl der Arztkontakte ergibt, dass Patienten mit einer psychischen Erkrankung hochsignifikant ($p < 0,001$) häufiger zum Arzt gehen.

Besonders in den psychischen Dimensionen der Lebensqualität zeigen sich erwartungsgemäß hochsignifikant schlechtere Werte in der Patientengruppe mit psychischen Erkrankungen als die psychisch gesunden Patienten.

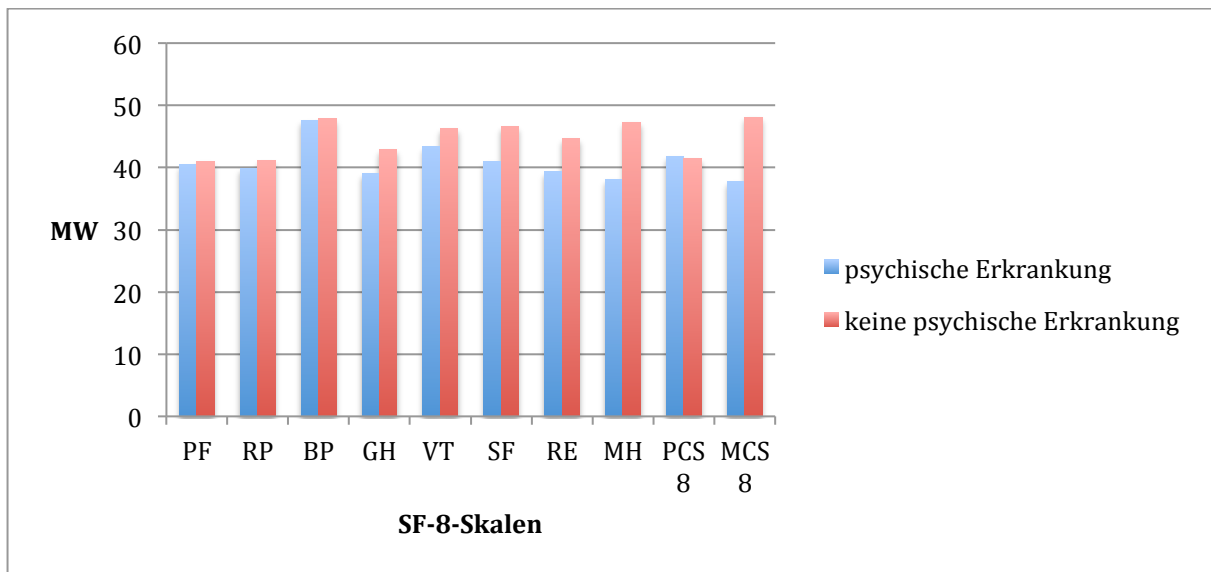


Abb. 6: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal psychische Erkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Bei Patienten ohne psychische Erkrankungen zeigen sich stärkere negative Korrelationen zwischen den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Anzahl der Arzt-Patientenkontakte als bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung (Tabelle 23 im Anhang). Bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung ergibt die Regressionsanalyse ein korrigiertes R^2 von nur 0,11 ($p=0,034$), bei den anderen Patienten dagegen 0,26 ($p<0,001$). Die signifikante Einflussgröße bei den psychisch Erkrankten ist die „emotionale Rollenfunktion“ (RE).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	psychische Erkrankung $R=0,42$ $R^2=0,17$ korrr. $R^2=0,11$ $p=0,034$			keine psychische Erkrankung $R=0,52$ $R^2=0,27$ korrr. $R^2=0,26$ $p<0,001$		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	5,43	0,87		6,39	0,43	
VT	-0,02	0,02	-0,19	-0,03	0,01	-0,23***
SF	0	0,02	0,002	-0,02	0,01	-0,16*
RE	-0,05	0,02	-0,49*	-0,04	0,01	-0,32**
MH	-0,01	0,03	-0,13	-0,04	0,02	-0,45*

Tabelle 17: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal psychische Erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Eine Erkrankung des Skelettsystems wird bei 190 (50,1 %) Patienten festgestellt, davon sind 104 (47,1 %) weiblich und 86 (54,4 %) männlich.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Erkrankung des Skelettsystems	190	2,37	1,09	p=0,89
keine Erkrankung des Skelettsystems	189	2,37	1,08	

Tabelle 18: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Erkrankung des Skelettsystems - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Es lässt sich in Bezug auf die Anzahl der Arztkontakte kein Unterschied zwischen Patienten mit beziehungsweise ohne Skeletterkrankung feststellen (p=0,89).

Bei Patienten mit einer Skeletterkrankung lassen sich in sämtlichen körperlichen Dimensionen signifikant schlechter Werte verzeichnen.

In den psychischen Subskalen erreichen diese Patienten niedrigere Werte, wenn auch nicht signifikant.

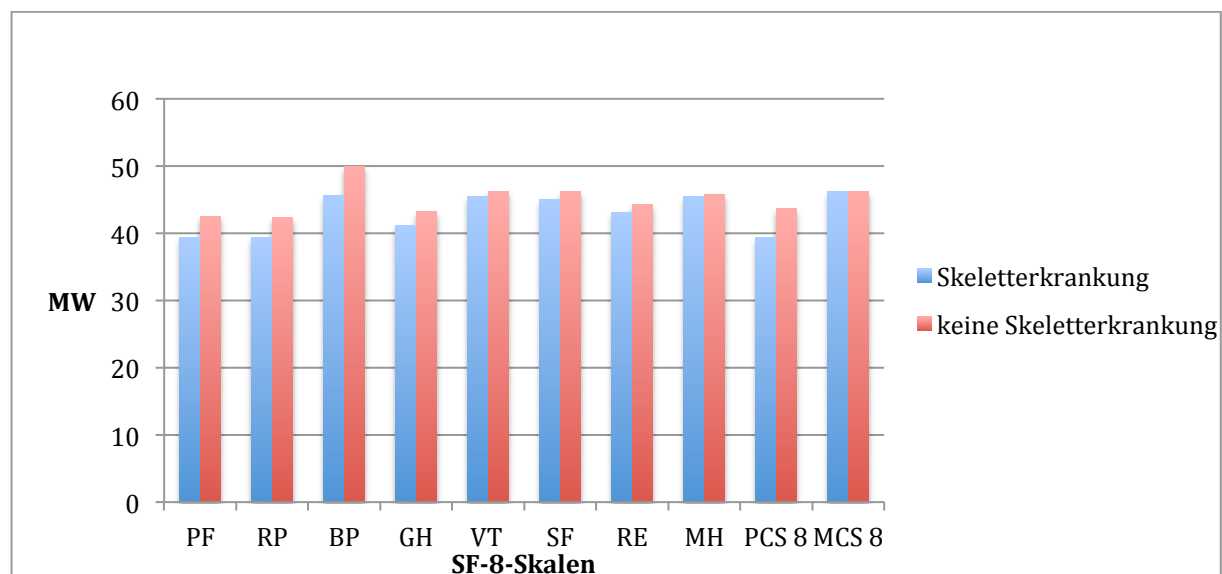


Abb. 7: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Skeletterkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Bei Patienten ohne Skeletterkrankung lassen sich nur gering engere signifikante negative Korrelationen zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Arztkontaktanzahl feststellen (siehe Tabelle 23 Anhang).

Für Patienten mit einer Skeletterkrankung lassen sich keine signifikanten Einflüsse der psychischen Gesundheit auf die Häufigkeit der Arztkontakte feststellen (korr. $R^2=0,25$). Bei Patienten ohne Skeletterkrankung zeigen sich die psychischen Dimensionen der Lebensqualität als signifikante Prädiktoren.

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	Skeletterkrankung R=0,52 R ² =0,27 korr. R²=0,25 p=0,034			keine Skeletterkrankung R=0,56 R ² =0,31 korr. R²=0,29 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	5,99	0,59		6,78	0,54	
VT	-0,26	0,01	-0,16	-0,04	0,01	-0,26**
RE	-0,03	0,02	-0,24	-0,06	0,02	-0,44***
MH	-0,02	0,02	-0,16	-0,06	0,03	-0,61*
MCS8	0,01	0,03	0,07	0,07	0,03	0,75*

Tabelle 19: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Skeletterkrankung- unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

Insgesamt 167 (44,1 %) Patienten leiden an einer endokrinen Erkrankung. Dies sind 97 (43,9 %) weibliche und 70 (44,3 %) männliche Studienteilnehmer.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
endokrine Erkrankung	167	2,49	0,99	p=0,03
keine endokrine Erkrankung	212	2,27	1,14	

Tabelle 20: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal endokrine Erkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Patienten mit einer endokrinen Erkrankung gehen mit 2,49 Arztbesuchen signifikant häufiger in die Hausarztpraxis (p=0,03) als Patienten ohne endokrine Diagnose.

Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, es lassen sich aber in fast allen Dimensionen etwas höhere Werte für Patienten ohne endokrine Erkrankung feststellen.

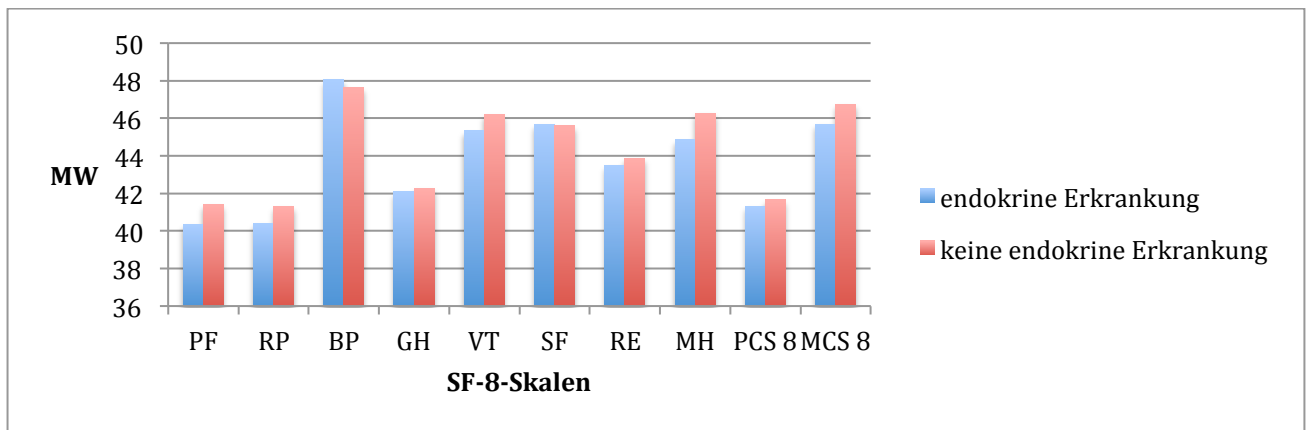


Abb. 8: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal endokrine Erkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Es lassen sich leichte Tendenzen einer engeren Korrelation zwischen Lebensqualität und Anzahl der Arztkontakte bei Patienten mit endokriner Diagnose erkennen (siehe Tabelle 23 im Anhang).

Bei Patienten mit endokriner Erkrankung zeigt sich für die „emotionale Rollenfunktion“ eine besonders enge Korrelation mit der Arztkonsultationshäufigkeit ($r=0,51$).

Die Regressionsanalyse ergibt für Patienten mit endokriner Erkrankung in den Dimensionen „soziale Funktionsfähigkeit“ (SF) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) signifikante β -Werte (korr. $R^2= 0,29$). Bei Patienten ohne endokrine Erkrankung sind „Vitalität“ (VT), „psychisches Wohlbefinden“ (MH) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) signifikante Prädiktoren auf die hausärztliche Inanspruchnahme (korr. $R^2= 0,25$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	endokrine Erkrankung R=0,56 R ² =0,32 korr. R²=0,29 p<0,001			keine endokrine Erkrankung R=0,52 R ² =0,27 korr. R²=0,25 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,10	0,52		6,44	0,57	
VT	-0,02	0,01	-0,17	-0,04	0,01	-0,23**
SF	-0,02	0,01	-0,21*	-0,01	0,01	-0,06
RE	-0,04	0,02	-0,31*	-0,05	0,02	-0,34**
MH	-0,02	0,02	-0,16	-0,05	0,02	-0,43*

Tabelle 21: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal endokrine Erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
 VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Eine Tumorerkrankung besteht nur bei 32 (8,4 %) Patienten, davon sind 12 (5,4 %) weiblich und 20 (12,7 %) männlich. Aufgrund der geringen Patientenanzahl kann keine aussagekräftige statistische Auswertung vorgenommen werden.

Als multimorbid werden hier Patienten klassifiziert, die unter mindestens zwei chronischen Krankheiten leiden. Insgesamt 293 (77,3%) der befragten Patienten sind multimorbid, sie gehen hochsignifikant häufiger zum Hausarzt ($p < 0,001$).

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Multimorbidität	293	2,53	0,99	$p < 0,001$
keine Multimorbidität	86	1,83	1,19	

Tabelle 22: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Multimorbidität - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

In allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geben die multimorbiden Patienten schlechtere Werte als Patienten mit höchstens einer chronischen Erkrankung an.

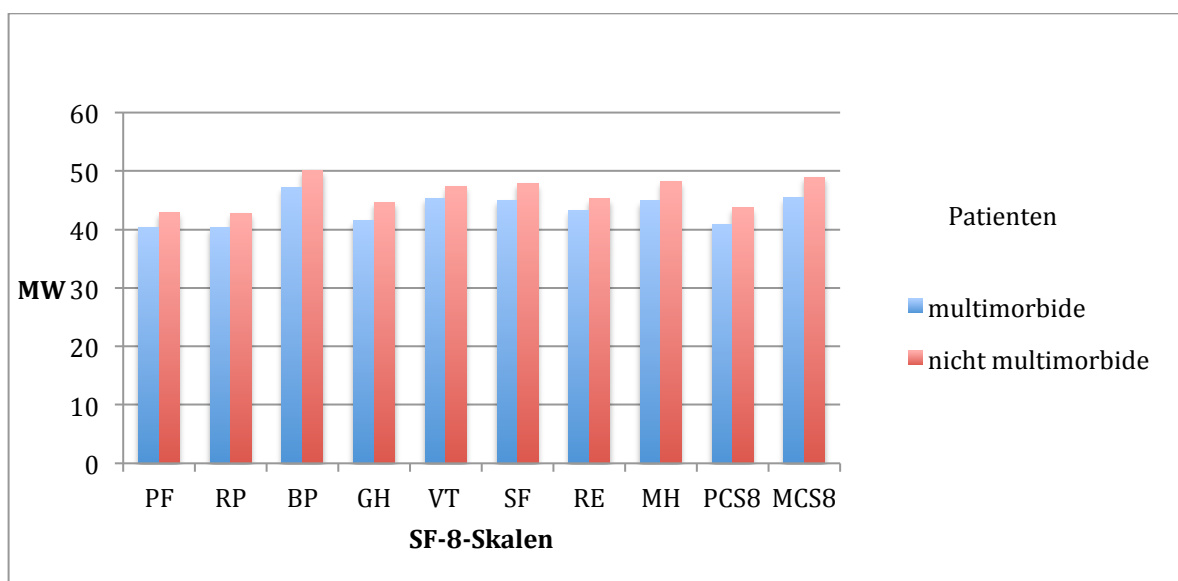


Abb. 9: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Multimorbidität
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die Regressionsanalyse ergibt für die einfach oder nicht chronisch Kranken ein höheres Bestimmtheitsmaß für den Einfluss der psychischen Gesundheit auf die Arztkontakthäufigkeit (korr. $R^2=0,29$). Hierfür zeigen sich die Dimensionen „Vitalität“ (VT) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) als signifikante Größen.

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	Multimorbidität R=0,51 R ² =0,26 korr. R²=0,25 p<0,001			keine Multimorbidität R=0,58 R ² =0,34 korr. R²=0,29 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	5,78	0,42		7,07	0,92	
VT	-0,02	0,01	-0,14*	-0,05	0,02	-0,33**
SF	-0,01	0,01	-0,06	-0,04	0,02	-0,25
RE	-0,04	0,01	-0,31**	-0,07	0,03	-0,45*
MH	-0,03	0,02	-0,28	-0,05	0,05	-0,28*
MCS8	0,02	0,02	0,18	0,07	0,05	0,64

Tabelle 23: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Multimorbidität – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, SF: Social Functioning, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

4.6 Medikamenteneinnahme

Insgesamt 104 Patienten nehmen ein bis zwei Medikamente täglich ein. Im Mittel besuchen diese Patienten 1,89-mal den Hausarzt.

Eine tägliche Einnahme von drei bis vier Medikamenten erfolgt bei 110 Patienten. Deren Anzahl der Arztkontakte beträgt 2,23.

Fünf Medikamente täglich nehmen 82 Patienten ein. Diese Patientengruppe besucht im Mittel 2,62-mal den Hausarzt auf.

Mehr als fünf Medikamente pro Tag müssen 83 Patienten einnehmen, es liegt bei ihnen im Durchschnitt eine Kontakthäufigkeit von 2,89 mit dem Hausarzt vor.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung
1-2 Medikamente/ d	104	1,89	1,12
3-4 Medikamente/ d	110	2,23	0,96
5 Medikamente/ d	82	2,62	0,91
> 5 Medikamente/ d	83	2,89	1,06

Tabelle 24: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Medikamentenanzahl - Mittelwerte und Standardabweichung

Im Vergleich der Gruppen fallen hochsignifikant häufigere Arztbesuche von Patienten auf, die mehr als 2 Medikamente täglich brauchen.

Mit der Anzahl der einzunehmenden Medikamente steigt die Anzahl der Arztbesuche ($r=0,35$, $p<0,001$).

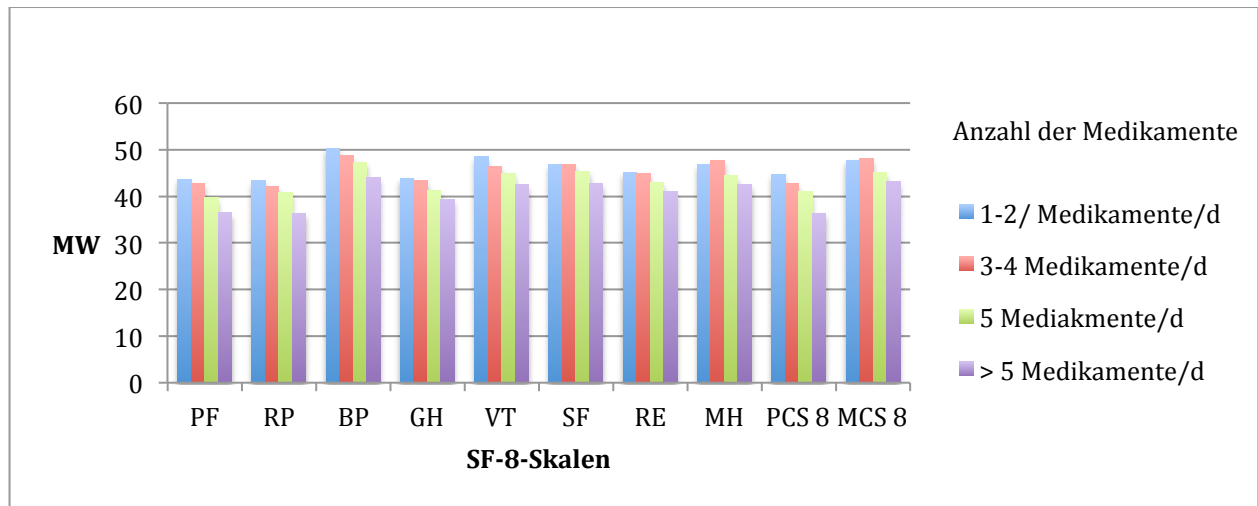


Abb. 10: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Medikamentenanzahl/Tag
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die höchsten Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität erreichen die Patienten mit der geringsten Menge täglich einzunehmender Medikamente.

Wie in Abbildung 10 zu sehen fällt die Bewertung der Lebensqualität mit Zunahme der Medikamentenanzahl sichtbar ab.

Die engsten negativen Korrelationen zwischen Anzahl der Arztkontakte und gesundheitsbezogener psychischer Lebensqualität haben Patienten mit einer täglichen Einnahme von 3 bis 4 Medikamenten (siehe Tabelle 24 im Anhang).

Es lassen sich mit der Regressionsanalyse nur für Patienten mit einer täglichen Medikamenteneinnahme von 3-4 Medikamenten signifikante β -Werte für die „soziale Funktionsfähigkeit“ (SF) und die „emotionale Rollenfunktion“ (RE) feststellen.

Bei diesen Patienten ist ein relativ hohes Bestimmtheitsmaß festzustellen (korrigiertes $R^2=0,46$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten			
3-4 Medikamente/d R=0,69 R ² =0,48 korr. R²=0,46 p<0,001			
	B	SE B	β
Konstante	7,07	0,60	
SF	-0,04	0,01	-0,33**
RE	-0,07	0,02	-0,53***

Tabelle 25: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal 3-4 Medikamente/d – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; SF:Social Functioning, RE:Role Emotional

4.7 Bedeutung des Hausarztes bei Pflegebedürftigkeit

Insgesamt 188 (49,6%, davon sind 48,4% Frauen und 51,3% Männer) der befragten Patienten beantworten die Frage, ob der Hausarzt für sie eine Bedeutung als Hilfe bei eigener Pflegebedürftigkeit hat, mit ja. 191 (50,4% insgesamt, Frauen 51,6%, Männer 48,7%) Patienten messen dem Hausarzt keine bedeutende Hilfe bei eigener Pflegebedürftigkeit bei.

Die Patienten mit Arztvertrauen haben in allen Dimensionen, besonders in den psychischen Subskalen, höhere Werte der subjektiven Lebensqualität angegeben als die Patienten ohne Vertrauen in den Hausarzt.

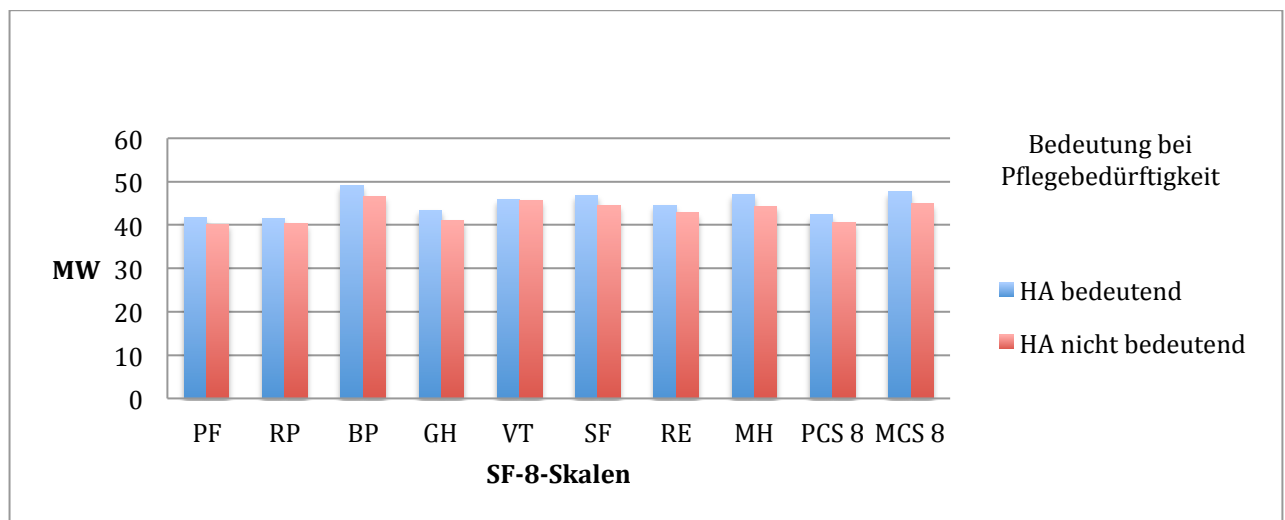


Abb. 11: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Bedeutung des Hausarztes (HA) bei Pflegebedürftigkeit

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Ob dem Hausarzt eine Bedeutung bei Hilfebedürftigkeit beigemessen wird stellt einen hochsignifikanten Unterschied ($p < 0,001$) bezüglich der Arztkontakthäufigkeit dar.

Demnach gehen jene Patienten mit Vertrauen im Mittel nur 1,98-mal zum Hausarzt, Patienten ohne Vertrauen dagegen 2,74-mal

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Hausarzt ist Hilfe im Pflegefall	188	1,98	0,93	p<0,001
Hausarzt ist keine Hilfe im Pflegefall	191	2,74	1,09	

Tabelle 26: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Bedeutung des Hausarztes - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Die signifikanten negativen Korrelationen bei Patienten mit einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis sind in allen Items geringer ausgeprägt (siehe Tabelle 24 im Anhang).

Bei Patienten mit Vertrauen ist die Einschätzung der „emotionalen Rollenfunktion“ (RE) ein signifikanter Einflussfaktor für die Kontaktaufnahme mit dem Arzt (korr. $R^2=0,25$). Bei den Patienten ohne Arztvertrauen sind dagegen die „Vitalität“ (VT) und das „psychische Wohlbefinden“ (MH) signifikante Prädiktoren für die Anzahl der Arztkontakte (korr. $R^2=0,30$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	HA ist keine Hilfe R=0,57 R ² =0,32 korr. R²=0,30 p<0,001			HA ist eine Hilfe R=0,52 R ² =0,27 korr. R²=0,25 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,94	0,52		5,23	0,52	
VT	-0,05	0,01	-0,37***	-0,01	0,01	-0,90
RE	-0,03	0,02	-0,24	-0,06	0,01	-0,48***
MH	-0,06	0,02	-0,56*	-0,01	0,02	-0,05

Tabelle 27: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Bedeutung des Hausarztes – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health

4.8 Wohnsituation

12,4 Prozent der Befragten wohnen in einem eigenen Haus bzw. in einer eigenen Wohnung. Die meisten Patienten wohnen mit 83,8 Prozent zur Miete.

Nur 3,7 Prozent des Patientenkollektivs wohnen in einer betreuten Einrichtung.

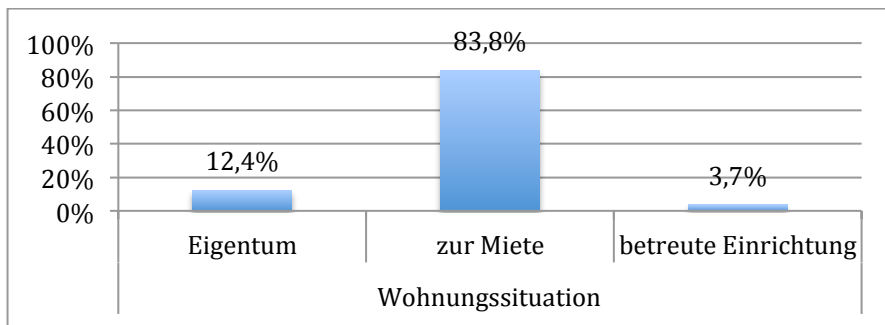


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Wohnsituation

Patienten, die in Wohneigentum leben gehen mit 2,13 Kontakten in den letzten 3 Monaten weniger oft zum Hausarzt als die zur Miete Wohnenden (2,4 Arztkontakte). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,11$).

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
in Wohneigentum wohnend	47	2,13	1,09	n.s.
zur Miete wohnend	318	2,40	1,08	
in einer betreuten Einrichtung wohnend	14	2,50	1,09	

Tabelle 28: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Wohnsituation - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Bei der Beurteilung der Lebensqualität liegen die Werte der in Wohneigentum Lebenden deutlich höher.

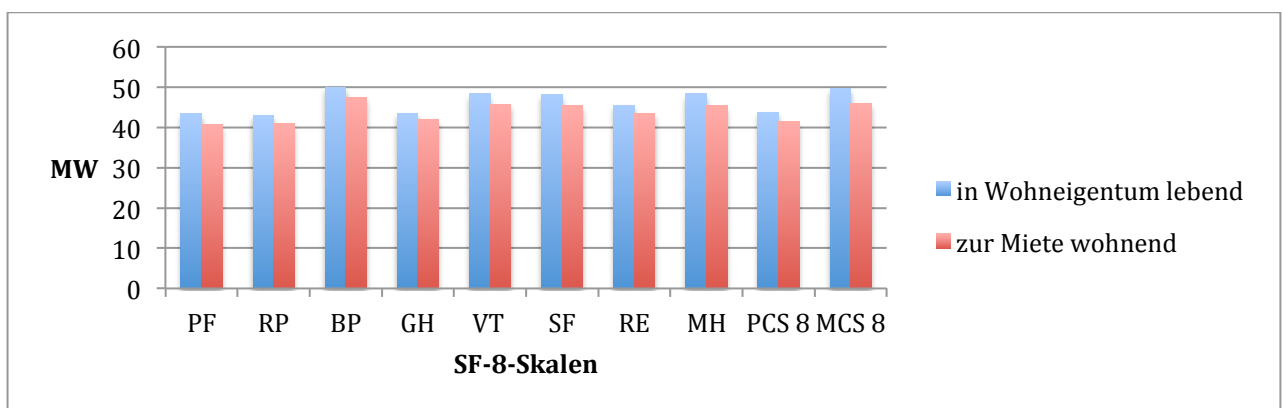


Abb. 13: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Wohnsituation
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die Korrelationen zwischen Anzahl der Arztkontakte und den Werten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der im Eigenheim Wohnenden sind etwas enger als bei den zur Miete Wohnenden, besonders in den Items „Vitalität“ (VT) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) (siehe Tabelle 24 im Anhang).

Auch die Regressionsanalyse bestätigt „Vitalität“ und „emotionale Rollenfunktion“ als signifikante Einflussfaktoren für Patienten, die zu Miete wohnen. Bei Patienten, die im Eigenheim wohnen, ist zusätzlich das „psychische Wohlbefinden“ (MH) einflussnehmend auf die Anzahl der Arztbesuche (korr. $R^2=0,26$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	zur Miete wohnend R=0,68 R ² =0,68 korr. R²=0,47 p<0,001			im Eigenheim wohnend R=0,52 R ² =0,27 korr. R²=0,26 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	8,10	1,14		6,23	0,43	
VT	-0,05	0,03	-0,37*	-0,03	0,01	-0,19**
RE	-0,09	0,04	-0,59*	-0,04	0,01	-0,29**
MH	-0,03	0,05	-0,27	-0,04	0,02	-0,37*

Tabelle 29: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Wohnsituation- unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health

4.9 Anzahl der im Haushalt lebenden Personen

34,6 Prozent (48 % der Frauen, 15,8 % der Männer) der befragten Patienten leben alleine im Haushalt. Die meisten Patienten leben mit 63,6 Prozent (51,1 % der Frauen, 81 % der Männer) zu zweit in einem Haushalt.

Nur 0,8 Prozent der Befragten leben zu dritt oder zu viert in einem Haushalt. Nur ein Mann wohnt mit mehr als 4 Personen in einem Haushalt. Es besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Kontakthäufigkeit mit dem Hausarzt ($p=0,31$).

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
allein lebend	131	2,44	1,02	p=0,31
zu zweit lebend	243	2,34	1,11	

Tabelle 30: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Anzahl im Haushalt Lebender - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Ob alleinlebend oder nicht hat auch keinen signifikanten Einfluss auf die Bewertung der subjektiven psychischen Gesundheit.

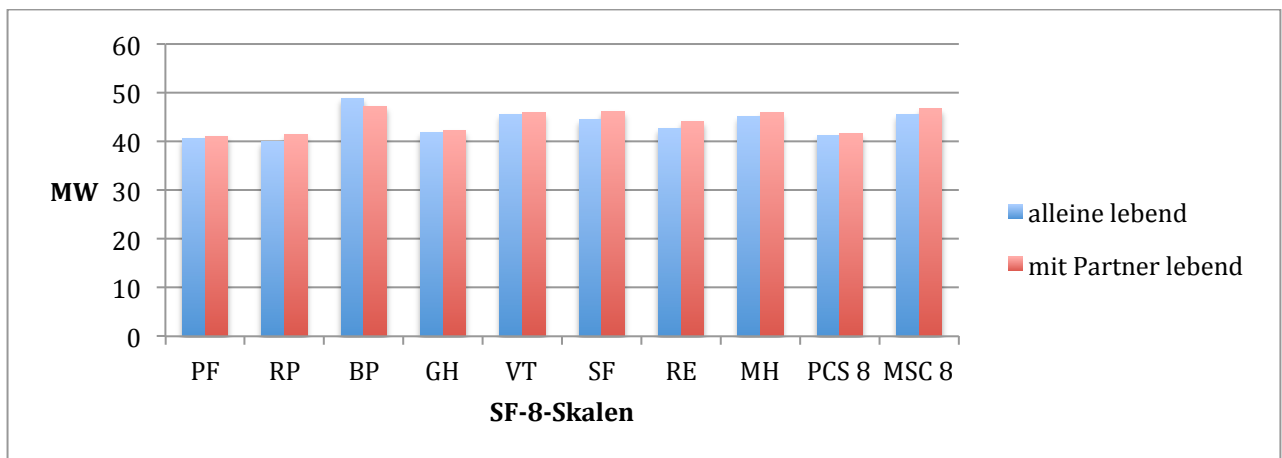


Abb. 14: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Personenanzahl im Haushalt
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die signifikanten negativen Korrelationen zwischen den psychischen Dimensionen der Lebensqualität sind bei Nicht-Alleinlebenden, außer bei der „emotionalen Rollenfunktion“ (RE), enger (Tabelle 25 im Anhang).

Nur bei Patienten, die alleine leben konnte ein signifikanter Einfluss der psychischen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgestellt werden: die „emotionale Rollenfunktion“ (RE) hat ein signifikantes β (korr. $R^2=0,23$).

Auch bei nicht allein Lebenden zeigt sich für die psychische Gesundheitseinschätzung nur ein relativ geringes korrigiertes Bestimmtheitsmaß (korr. $R^2=0,29$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten			
alleine lebend R=0,51 R ² =0,26 korr. R²=0,23 p<0,001			
	B	SE B	β
Konstante	5,61	0,66	
RE	-0,05	0,02	-0,42**

Tabelle 31: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Personenanzahl im Haushalt – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
 RE:Role Emotional

4.10 Umgang mit dem Alleinsein

35,1 Prozent (37,7 % der Frauen, 24 % der Männer) der Alleinlebenden tun dies gerne.

Im Mittel besuchten diese 2,26-mal den Hausarzt (2,23 die Frauen, 2,5 die Männer).

„Ich muss mich ans Alleinsein gewöhnen“ sagen 20,6 Prozent (21,7 % der Frauen, 16 % der Männer) der Singles. Diese gehen 2,11-mal zum Hausarzt (2,09 die Frauen, 2,25 die Männer). Insgesamt 31,3 Prozent(27,4 % der Frauen, 48 % der Männer) der Befragten sagen: „Ich muss mich damit abfinden.“ Der mittlere Arztkontakt liegt bei ihnen bei 2,51 Kontakten (2,62 die Frauen, 2,25 die Männer). 13 Prozent (13,2 % der Frauen, 12 % der Männer) der Patienten leiden unter dem Alleinsein. Diese gehen 3,24-mal (3,29 die Frauen, 3,0 die Männer) zum Hausarzt.

Im Gruppenvergleich gehen Patienten, die unter dem Alleinsein leiden, sehr signifikant häufiger zum Hausarzt.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung
gerne alleinlebend	46	2,26	0,95
darin gewöhnen	27	2,11	1,01
damit abfinden	41	2,51	0,95
darunter leiden	17	3,24	1,15

Tabelle 32: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Alleinsein - Mittelwerte und Standardabweichung

In der Gruppe der gerne Alleinlebenden fallen besonders hohe Werte in den psychischen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität auf. Eine signifikant schlechtere Bewertung der Lebensqualität lassen sich im Gruppenvergleich für Patienten feststellen, die unter dem Alleinsein leiden.

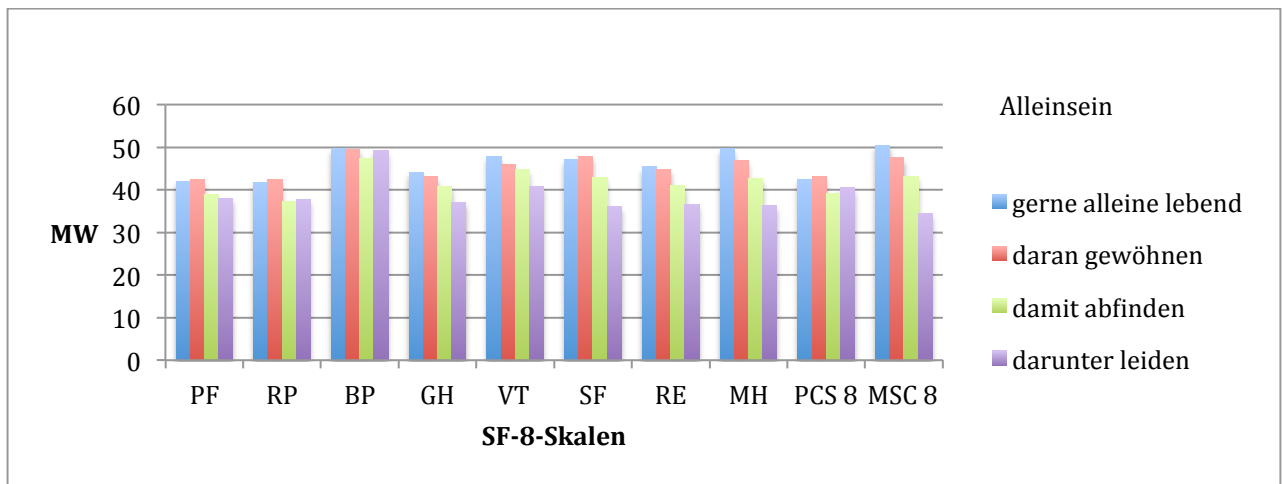


Abb. 15: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Alleinsein
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die Analyse der Korrelationen zwischen den psychischen Lebensqualitätsdimensionen und Anzahl der Arztkontakte hat keine eindeutigen Tendenzen zwischen den Gruppen gezeigt (siehe Tabelle 25 im Anhang).

Die Regressionsanalyse ergibt nur für die gerne alleine Lebenden einen signifikanten Einfluss der emotionalen Rollenfunktion auf die ärztliche Inanspruchnahme, das korrigierte R^2 beträgt aber nur 0,17 ($p=0,03$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten			
gerne alleine $R=0,51$ $R^2=0,26$ korr. $R^2=0,17$ $p=0,03$			
	B	SE B	β
Konstante	5,56	1,15	
RE	-0,08	0,04	-0,60*

Tabelle 33: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Alleinsein – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
 RE:Role Emotional

4.11 Wie lange alleine sein

Die meisten Alleinlebenden leben mit 81,7 Prozent (84 % der Frauen, 72 % der Männer) seit über 2 Jahren alleine.

Nur 10,7 Prozent der Befragten (8,5 % der Frauen, 20 % der Männer) leben erst seit ein bis zwei Jahren alleine.

4.12 Rauchverhalten

Nur 3,4 Prozent (4 Frauen, 9 Männer) der Patienten rauchen regelmäßig (1,8 % der Frauen, 5,7 % der Männer). 4,5 Prozent (2 Frauen, 15 Männer) der Befragten rauchen gelegentlich (0,9 % weiblich, 9,5 % männlich).

Aufgrund der geringen Anzahl Rauchender lassen sich keine aussagekräftigen statistischen Feststellungen treffen.

4.13 sportliche Aktivität

33,2 Prozent (33 % der Frauen, 33,5 % der Männer) der Patienten treiben regelmäßig Sport. Selten sportlich betätigen sich 22,7 Prozent (19,5 % der Frauen, 27,7 % der Männer) der Befragten. 44,1 Prozent der Patienten leben ohne sportliche Betätigung.

Regelmäßig Sporttreibende gehen signifikant weniger oft zum Hausarzt.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
regelmäßig Sport	126	2,10	0,99	p=0,01
selten Sport	86	2,52	1,17	
regelmäßig Sport	126	2,10	0,99	p=0,003
kein Sport	167	2,49	1,06	
selten Sport	86	2,52	1,17	p=0,87
kein Sport	167	2,49	1,06	

Tabelle 34: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Sport - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Die regelmäßig sportlich Aktiven haben in allen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität höhere Werte angegeben.

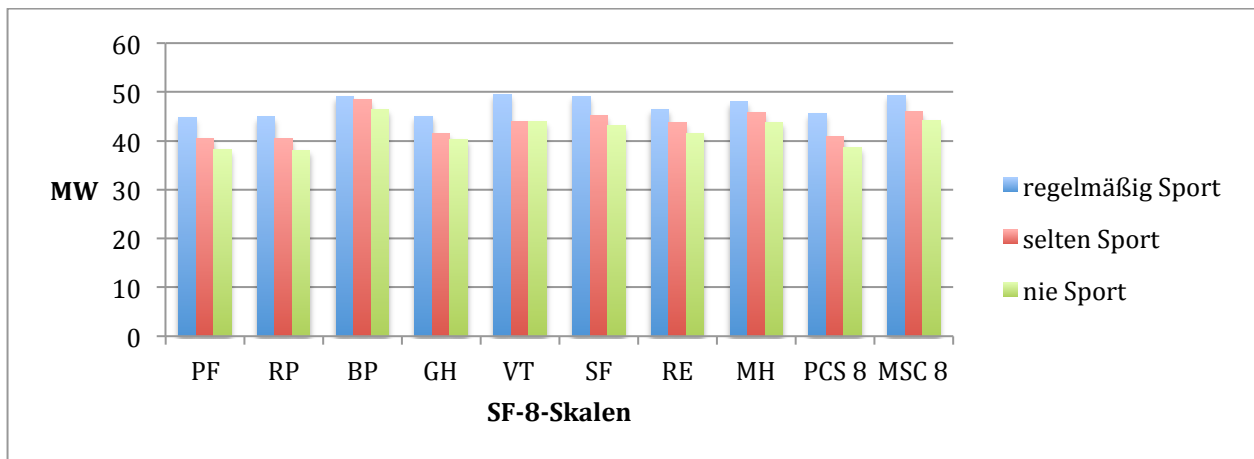


Abb. 16: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Sport

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Es lassen sich signifikante engere Korrelationen zwischen Anzahl der Arztkontakte und den Werten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten, die nicht oder selten Sport treiben, feststellen (siehe Tabelle 26 im Anhang).

Die Analyse der linearen Regression zeigt nur für die sportlich regelmäßig Aktiven in allen psychischen Dimensionen signifikante β -Werte. Der Einfluss auf die Arztkontakthäufigkeit ist bei diesen aber relativ gering (korr. $R^2=0,22$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten									
	Sport regelmäßig R=0,49 R ² =0,25 korr. R ² =0,22 p<0,001			Sport selten R=0,57 R ² =0,32 korr. R ² =0,28 p<0,001			kein Sport R=0,54 R ² =0,29 korr. R ² =0,27 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,72	0,82		6,45	0,96		6,02	0,58	
VT	-0,03	0,01	-0,24*	-0,04	0,02	-0,21	-0,03	0,01	-0,20*
RE	-0,06	0,02	-0,44**	-0,04	0,03	-0,30	-0,03	0,02	-0,24
MH	-0,11	0,03	-1***	0,02	0,04	0,15	-0,01	0,03	-0,13
MCS8	0,12	0,04	1,20**	-0,03	0,05	-0,29	0,01	0,03	0,06

Tabelle 35: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Sport – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

4.14 Pflegestufe

Der Großteil der Patienten hat mit 86,5 Prozent (n= 328) der Patienten keine Pflegestufe erhalten (86,9% der Frauen, 86,1% der Männer).

Nur 10 Prozent (n=38) (9% der Frauen, 11,4 % der Männer) der Befragten haben die Pflegestufe 1. Die Pflegestufe 2 wird nur 3,2 % (n=12) der Patienten zuerkannt.

4.15 GdB

Bei den meisten Patienten liegt mit 79,9 Prozent keine Behinderung gemäß SGB IX vor.

4.16 Kontakthäufigkeit mit den Kindern

10,6 Prozent der Befragten sind kinderlos. Täglichen Kontakt mit ihren Kindern pflegen nur 4 Prozent der Patienten. 11,3 Prozent der Patienten treffen ihre Kinder mehrmals wöchentlich. Einmal in der Woche sehen sich Eltern und Kinder bei 29,8 Prozent der Befragten. 24,8 Prozent Patienten haben einmal im Monat Kontakt mit ihren Kindern. Seltener als einmal im Monat sehen sich Eltern und Kinder bei 19,5 Prozent der Patienten.

Am häufigsten gehen die Patienten ohne Kinder zum Hausarzt.

In Bezug auf die Kontakthäufigkeit mit den Kinder lässt sich die Aussage treffen, dass diejenigen Patienten, die wöchentlich ihre Kinder sehen seltener beim Hausarzt vorstellig werden als Patienten, die nur monatlich oder seltener ihre Kinder treffen.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung
keine Kinder	40	2,80	1,26
täglicher Kontakt	15	2,13	0,92
mehrmals / Woche	43	2,37	1,11
einmal / Woche	113	2,19	1,01
einmal / Monat	94	2,43	1,07
seltener	74	2,36	1,07

Tabelle 36: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Kontakthäufigkeit mit Kindern - Mittelwerte und Standardabweichung

Es lassen sich zwischen den Gruppen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine signifikanten Unterschiede feststellen, wobei die Patienten ohne Kinder in allen Dimensionen die niedrigsten Werte angaben.

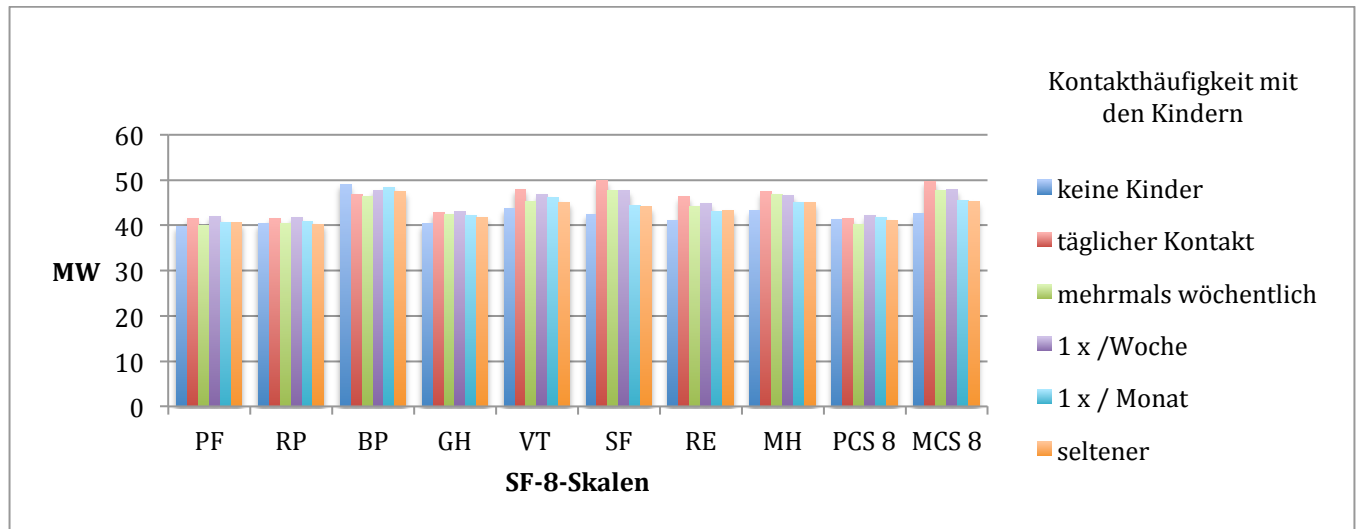


Abb. 17: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Kontakthäufigkeit mit den Kindern
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die engsten signifikanten Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität und Anzahl der Arztkontakte lassen sich besonders bei Patienten, die täglichen und monatlichen Kontakt mit den Kindern pflegen feststellen (siehe Tabelle 28 im Anhang). Die Regressionsanalyse zur Vorhersage der Arztkontaktanzahl in drei Monaten ergibt für den einmal monatlichen Kontakt mit den Kindern das höchste Bestimmtheitsmaß bei signifikanten β -Werten der psychischen Items (korr. $R^2=0,41$).

	einmal wöchentlich R=0,38 R ² =0,15 korr. R ² =0,11 p=0,004			einmal monatlich R=0,67 R ² =0,44 korr. R ² =0,41 p<0,001			mehrmals / Woche R=0,66 R ² =0,44 korr. R ² =0,36 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	5,11	0,77		7,72	0,71		6,82	1,12	
VT	-0,04	0,02	-0,26*	-0,04	0,02	-0,32**			
SF	0	0,02	-0,004	-0,03	0,01	-0,29*			
RE	-0,02	0,02	-0,16	-0,05	0,02	-0,39*	-0,07	0,03	-0,50*
MH	-0,01	0,03	-0,12	-0,10	0,03	-0,89**			
MCS8	0,01	0,04	0,08	0,10	0,04	1,10**			

Tabelle 37: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal einmal wöchentlich, einmal monatlich und mehrmals/Wochenkontakt mit Kindern – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8

VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

4.17 Anzahl der Kinder

Die durchschnittliche Anzahl an Kindern beträgt im Mittel $1,74 \pm 1,1$. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($p=0,87$).

Es lassen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Anzahl der Kinder und Höhe der Subskalen der subjektiven psychischen Lebensqualität feststellen (siehe Tabelle 21 im Anhang).

Zwischen der Anzahl der Kinder und der Kontakthäufigkeit mit dem Hausarzt lässt sich keine signifikante Korrelation feststellen ($r=-0,07$; $p=0,19$).

4.18 Vorhandensein eines Haustieres

Nur 8,2 Prozent (7,7 % der Frauen, 8,9 % der Männer) der Patienten haben ein Haustier. Es lassen sich aufgrund der geringen Anzahl nur eingeschränkte Aussagen treffen.

Tendenziell erreichten Patienten mit Haustier aber in allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität höhere Werte, diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
Haustier	31	2,35	0,88	$p=0,91$
kein Haustier	348	2,37	1,10	

Tabelle 38: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Haustier - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

4.19 Häufigkeit Wohnung verlassen

83,6 Prozent der Befragten verlassen täglich ihre Wohnung. Ein bis zwei mal pro Woche verlassen 13,2 Prozent der Patienten die Wohnung. Maximal ein bis zweimal im Monat gehen nur 2,4 Prozent der Befragten außer Haus. Nur 0,8 Prozent (0,9 % der Frauen, 0,6 % der Männer) der Patienten können ihre Wohnung nicht mehr verlassen.

Patienten, die ihre Wohnung nur 1-2 mal wöchentlich verlassen gehen signifikant häufiger zum Hausarzt ($p=0,006$).

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
täglich die Wohnung verlassen	317	2,30	1,09	p=0,006
1-2 x / Woche die Wohnung verlassen	50	2,72	0,93	

Tabelle 39: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Wohnung verlassen - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Patienten, die täglich ihre Wohnung verlassen haben in allen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität höhere Werte erreicht. Je häufiger die Wohnung verlassen wurde desto höher erfolgte die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

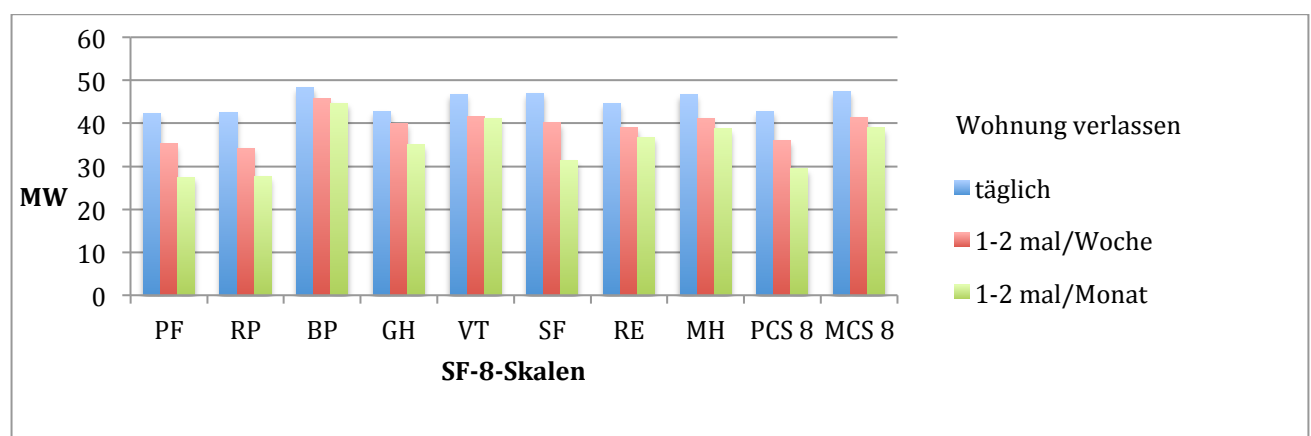


Abb. 18: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Wohnung verlassen
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Es kann eine signifikante engere negative Korrelation zwischen Lebensqualität und Arztkontaktanzahl bei Patienten festgestellt werden, die täglich ihre Wohnung verlassen (siehe Tabelle 28 im Anhang).

Die Regressionsanalyse ergibt nur für die Patienten, die täglich die Wohnung verlassen signifikante β -Werte in allen psychischen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität zur Vorhersage der Arztkontakthäufigkeit (korr. $R^2=0,27$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten			
täglich Wohnung verlassen R=0,53 R ² =0,28 korr. R²=0,27 p<0,001			
	B	SE B	β
Konstante	6,84	0,47	
VT	-0,04	0,01	-0,25***
RE	-0,05	0,01	-0,32***
MH	-0,05	0,02	-0,45**
MCS8	0,05	0,02	0,48*

Tabelle 40: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal täglich Wohnung verlassen – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

4.20 Hilfe im Alltag

Nur 10,6 Prozent (12,7 % der Frauen, 7,6 % der Männer) der Patienten erhalten Hilfe im Alltag. Diese gehen mit 2,55 Arztkontakten pro Quartal häufiger zum Hausarzt als die anderen Patienten.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
keine Hilfe	339	2,35	1,09	p=0,29
Hilfe im Alltag	40	2,55	1,04	

Tabelle 41: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Hilfe im Alltag - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Patienten ohne Hilfe im Haushalt bewerten ihre Lebensqualität in allen Dimensionen deutlich höher als Patienten mit Hilfe im Alltag.

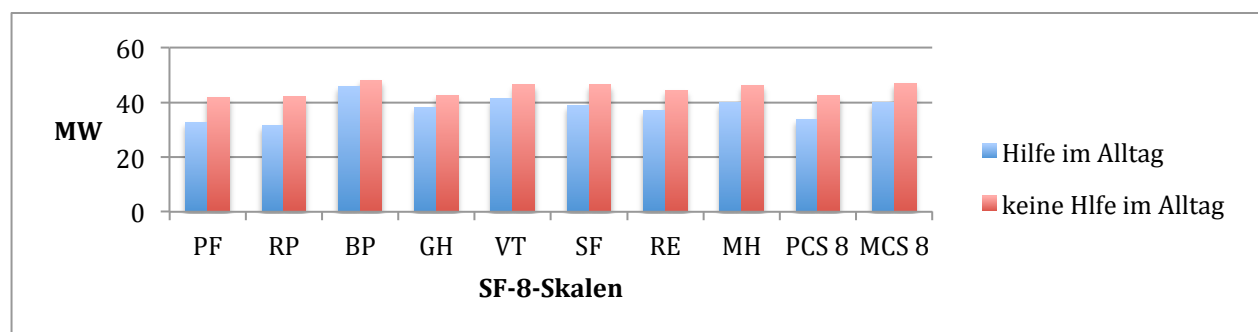


Abb. 19: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Hilfe im Alltag
PF: Physical Functioning, RP: Role Physical, BP: Bodily Pain, GH: Global Health, VT: Vitality, SF: Social Functioning, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, PCS8: physical component score, MCS8: mental component score

Es lassen sich nur für die Patienten ohne Hilfe im Haushalt signifikante negative Korrelationen zwischen Anzahl der Arztkontakte und den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität feststellen (siehe Tabelle 27 im Anhang).

Auch die Regressionsanalyse ergibt nur für Patienten ohne Hilfe signifikante β -Werte für die psychischen Dimensionen der Lebensqualität (korr. $R^2=0,29$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	keine Hilfe im Alltag R=0,55 R ² =0,30 korr. R²=0,29 p<0,001			Hilfe im Alltag R=0,59 R ² =0,35 korr. R²=0,25 p<0,01		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,75	0,43		5,23	1,66	
VT	-0,04	0,01	0,24***	0,01	0,03	0,03
RE	-0,04	0,01	-0,32***	-0,07	0,04	-0,57
MH	-0,05	0,02	-0,47**	0,01	0,06	0,14
MCS8	0,05	0,02	0,49*	0	0,08	-0,003

Tabelle 42: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Hilfe im Alltag – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8

VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

4.21 soziale Kontakte

Auf die Frage, wie oft die Studienteilnehmer soziale Kontakte (ausgenommen Familienangehörige) pflegen, antworten 15,3 Prozent mit „täglich“. Die meisten (49,3%) Patienten pflegen regelmäßigen Kontakt mit Freunden und Bekannten. 31,9 Prozent haben selten sozialen Kontakt, nur 3,4 Prozent haben kaum Kontakt zu Anderen.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung	Signifikanz p
täglich soziale Kontakte	58	1,34	0,70	p < 0,001
regelmäßig soziale Kontakte	187	1,99	0,79	
selten soziale Kontakte	121	3,24	0,76	
kaum soziale Kontakte	13	4,15	0,80	

Tabelle 43: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal soziale Kontakte - Mittelwerte und Standardabweichung, Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Wie in der Tabelle 43 und in Abbildung 20 dargestellt, gehen Patienten mit häufigen sozialen Kontakten signifikant seltener zu Hausarzt und geben in allen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität die höheren Werte an.

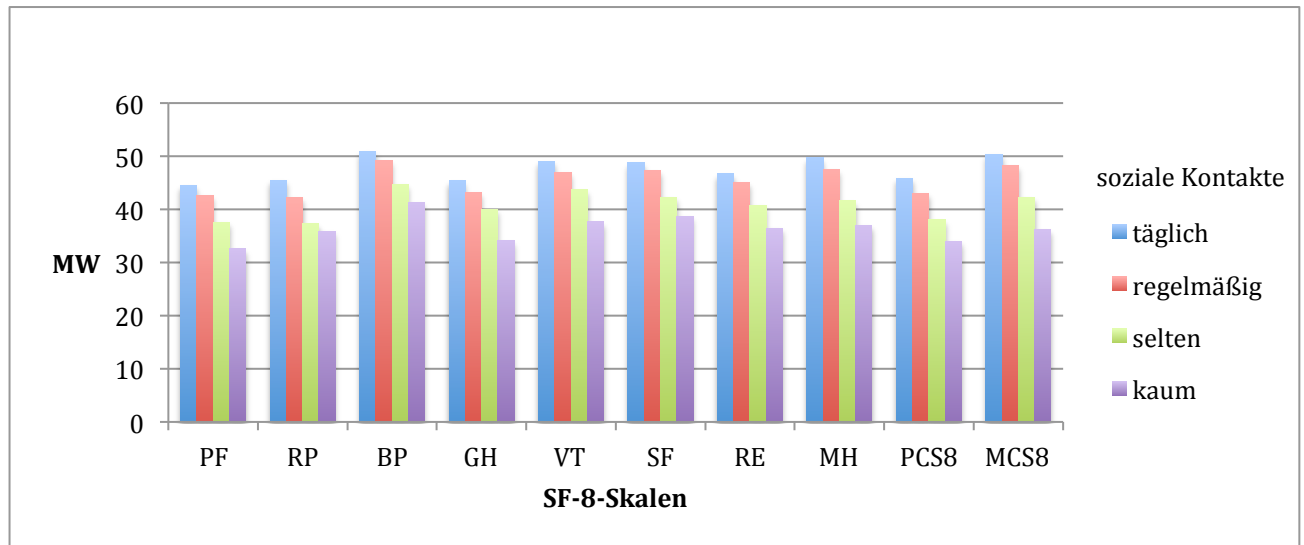


Abb. 20: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Häufigkeit sozialer Kontakte
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Die Korrelationsanalyse ergibt signifikante negative Korrelationen zwischen Arztkontaktanzahl und psychischer Gesundheit bei Patienten mit regelmäßigen und seltenen Sozialkontakten, die engste Korrelation besteht dabei mit der Dimension emotionale Rollenfunktion ($r=-0,4$; $p<0,001$).

Die Regressionsanalyse ergibt für alle Subgruppen zur Häufigkeit sozialer Kontakte nur sehr geringes Bestimmtheitsmaß ohne signifikante β -Werte.

4.22 Einkommenszufriedenheit

21,6 Prozent der Befragten sind mit ihrer Einkommenssituation sehr zufrieden. Die meisten Studienteilnehmer (40,9 %) kommen mit ihrem Einkommen eher gut zurecht. Einigermaßen kommen 34,8 Prozent der Befragten mit ihrem monatlichen Einkommen zurecht. Nur 2,6 Prozent bewerten ihre Einkommenssituation als schlecht.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung
sehr zufrieden	82	2,13	1,03
eher zufrieden	155	2,19	1,09
einigermaßen zufrieden	132	2,70	1,02
schlecht	10	2,70	1,25

Tabelle 44: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Einkommenszufriedenheit - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Je zufriedener die Patienten mit ihrem Einkommen sind, desto weniger häufig gehen sie zum Hausarzt. Mit 2,7 Arztkontakten gehen Patienten, die nur einigermaßen zufrieden mit ihrem Einkommen sind, hochsignifikant am häufigsten zum Arzt.

Die subjektive Lebensqualität wird höher bewertet, je zufriedener die Patienten mit ihrer Einkommenssituation sind.

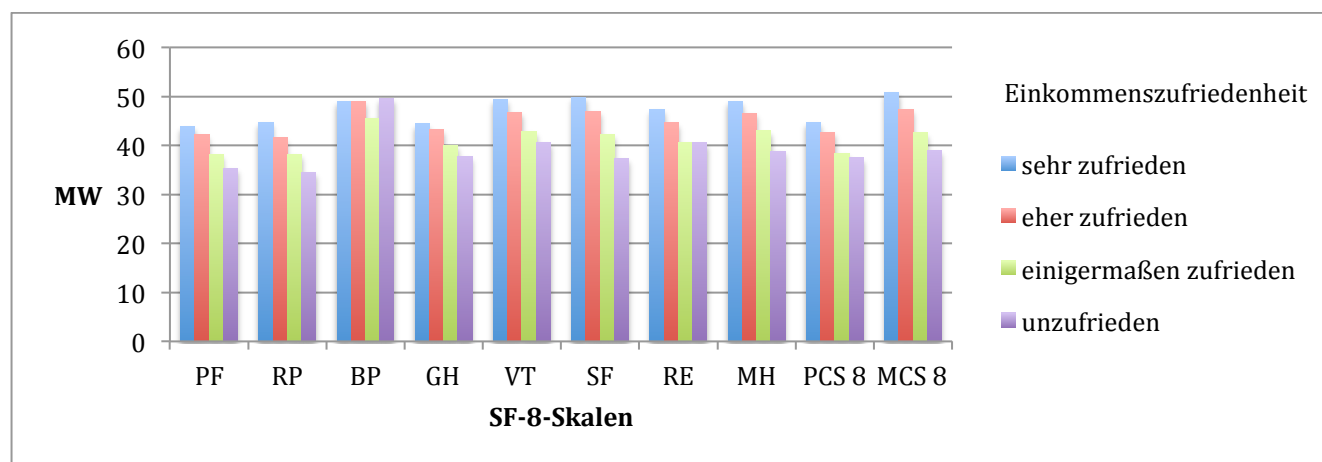


Abb. 21: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Einkommenszufriedenheit
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Es lassen sich keine Tendenzen zur engeren Korrelation zwischen der Bewertung der subjektiven Lebensqualität und der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte bei den Subgruppen zur Einkommenszufriedenheit feststellen.

Die Analyse der Regression ergibt nur geringe korrigierte R^2 -Werte für die Vorhersage der Arztkontaktanzahl für das Merkmal Einkommenszufriedenheit.

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	sehr gutes Einkommen R=0,49 R ² =0,24 korr. R²=0,19 p<0,001			eher gutes Einkommen R=0,47 R ² =0,23 korr. R²=0,20 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	6,73	1		6,37	0,73	
VT	-0,04	0,02	-0,29*	-0,03	0,02	-0,19
RE	-0,03	0,03	-0,19	-0,05	0,02	-0,35**
MH	-0,09	0,04	-0,79*	-0,04	0,03	-0,35
MCS8	0,09	0,05	0,91*	0,04	0,03	0,34

Tabelle 45: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Einkommenszufriedenheit – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT: Vitality, RE: Role Emotional, MH: Mental Health, MCS8: mental component score

4.23 Freude auf die Zukunft

Nur 19,5 Prozent der Patienten freuen sich sehr auf die Zukunft. Weniger als früher freuen sich mit 50,1 Prozent die meisten der Befragten auf die Zukunft. Kaum Freude auf die Zukunft empfinden 26,9 Prozent der Studienteilnehmer.

Gar keine Zukunftsfreude geben lediglich 3,4 Prozent der Patienten an.

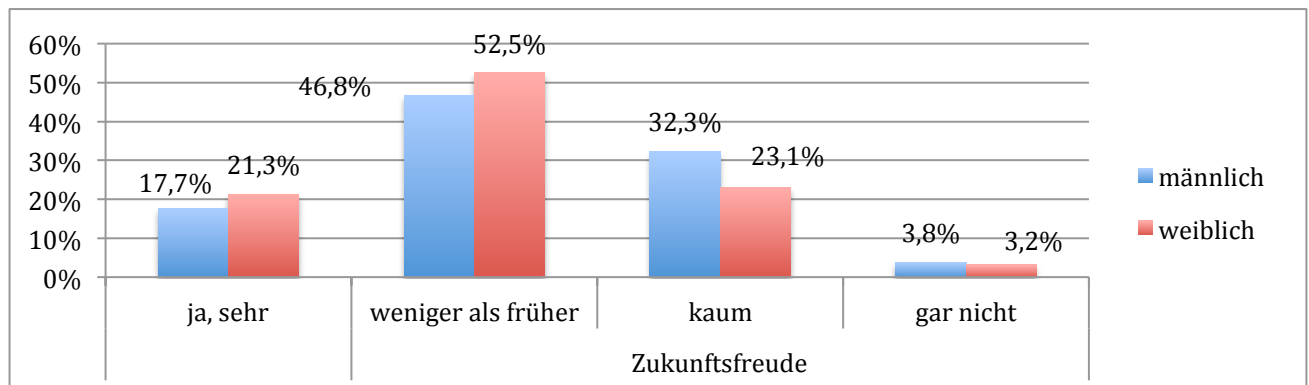


Abb. 22: Häufigkeitsverteilung Zukunftsfreude

Patienten mit kaum Zukunftsfreude gehen mit 2,81 Kontakten hochsignifikant häufiger zum Hausarzt.

Variable	Anzahl	Mittelwert der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten	Standardabweichung
große Zukunftsfreude	74	2,20	1,09
Zukunftsfreudeweniger als früher	190	2,15	1,02
kaum Zukunftsfreude	102	2,81	1,04
keine Zukunftsfreude	13	3	1

Tabelle 46: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Zukunftsfreude - Mittelwerte und Standardabweichung

Je höher die empfundene Zukunftsfreude desto höher erfolgt die Bewertung der subjektiven Lebensqualität.

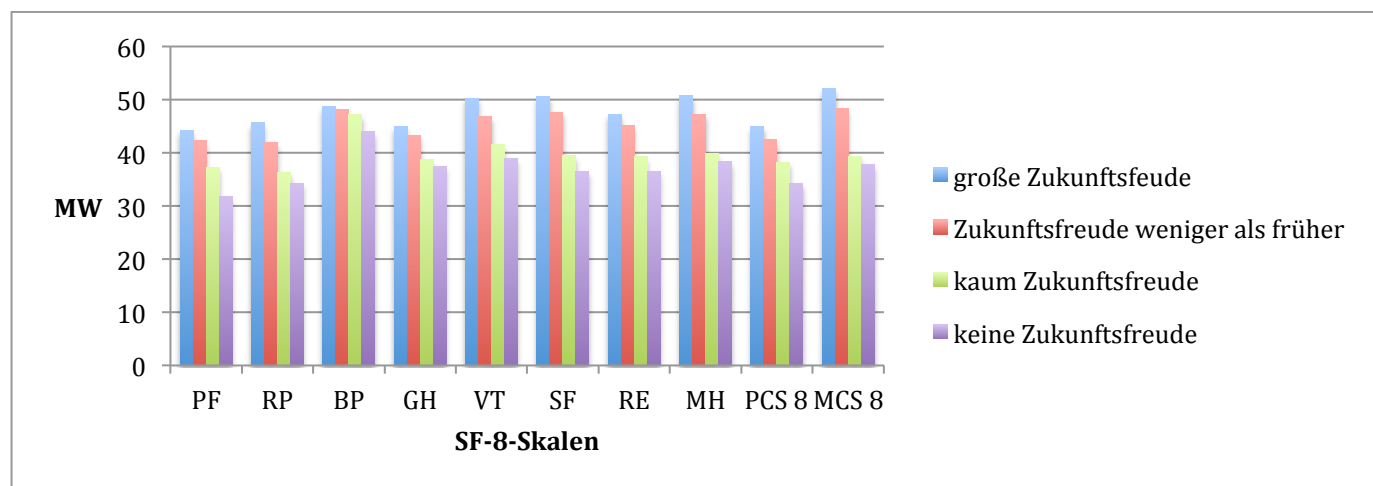


Abb. 23: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Zukunftsfreude
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Zwischen den psychischen Dimensionen der Lebensqualität und der Anzahl der Arztkontakte zeigen sich die keine signifikanten Korrelationen bei der Subgruppenanalyse (siehe Tabelle 29 im Anhang).

Bei Patienten, die kaum Zukunftsfreude empfinden, sind „Vitalität“ (VT) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) signifikante Prädiktoren für die Anzahl der Arztkontakte (korr. $R^2=0,25$). Bei Patienten, die sich weniger als früher freuen ist dagegen das „psychische Wohlbefinden“ (MH) ein besonderer Einflusswert (korr. $R^2=0,21$).

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten						
	große Zukunftsfreude R=0,49 R ² =0,24 korr. R²=0,18 p=0,002			weniger als früher Zukunftsfreude R=0,48 R ² =0,23 korr. R²=0,21 p<0,001		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	7,69	1,30		5,69	0,62	
VT	-0,06	0,02	-0,40**	-0,02	0,012	-0,11
MH	-0,08	0,05	-0,52	-0,05	0,03	-0,46*
MCS8	0,09	0,06	0,64	0,03	0,03	0,28*

Tabelle 47: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal große Zukunftsfreude und weniger als früher Zukunftsfreude – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Regression zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten			
	kaum Freude auf die Zukunft R=0,54 R ² =0,29 korr. R²=0,25 p<0,001		
	B	SE B	β
Konstante	6,67	0,82	
VT	-0,04	0,02	-0,23*
RE	-0,05	0,02	-0,39*

Tabelle 48: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal kaum Freude auf die Zukunft – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8 VT:Vitality, RE:Role Emotional

5 Diskussion

In der abschließenden Diskussion werden die gewonnenen Ergebnisse, insbesondere die untersuchten Einflüsse der einzelnen Variablen Gruppen auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen, bewertet und in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet. Dazu erfolgt zunächst die Beurteilung der eingangs formulierten Hypothesen in aufgestellter Reihenfolge (s. Kapitel 2). Anschließend wird der mittels Regressionsanalyse untersuchte Einfluss der psychischen Lebensqualität auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen diskutiert.

5.1 Alter und die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in dieser Arbeit die Standardversion des SF-8-Fragebogens gewählt, das heißt die jeweiligen Angaben beziehen sich auf die vergangenen vier Wochen vor der Befragung.

Nach der ersten Hypothese nimmt die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit steigendem Alter ab. In dieser Studienpopulation ist ein Absinken der Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erst ab der zweiten Altersgruppe feststellbar. Der Hypothese 1 kann daher nicht voll zugestimmt werden. Eine Erklärung hierfür ist, dass die jüngste Altersgruppe 1 mit nur 22 Patienten unterrepräsentiert ist.

Wie in den mit dem SF-8-Fragebogen erhobenen Normdatenanalysen und vorhergehenden Untersuchungen zeigt sich auch in den vorliegenden Studienergebnissen ein stärkeres Absinken der körperlichen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit zunehmendem Lebensalter (Beierlein et al., 2012; Ellert et al., 2005; Hodek et al., 2009). Die Hypothese 1.1 hat sich damit bestätigt.

Wie bereits erwähnt liegen Normdaten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der deutschen Bevölkerung, ermittelt mit dem SF-8-Fragebogen (4 Wochen Version), vor. Zum Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studienpopulation wurden die schriftlich erhobenen Normdaten von Beierlein et al. hinzugezogen (Beierlein et al., 2012).

Die in der vorliegenden Studie erhobenen Mittelwerte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen innerhalb der einfachen Standardabweichung um den Referenzmittelwert der über 70-jährigen deutschen Menschen.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Stichprobe Älterer aus Rostock ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität so bewertet wie die deutsche Referenzgruppe. Die Studienteilnehmer der vorliegenden Arbeit sind im Mittel 76,8 Jahre alt. Bei der Altersgruppeneinteilung von Beierlein et al. stellen die über 70-Jährigen die älteste Altersgruppe mit einem Altersdurchschnitt von 77,2 Jahren dar (Beierlein et al., 2012).

5.2 Gesundheitsmerkmale und die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Karnofsky-Index, als objektiver Parameter zur Einschätzung des Gesundheitszustandes durch den Arzt, korreliert in der vorliegenden Arbeit mit allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikant positiv. Damit können die Hypothesen 2 und 2.1 für das Gesundheitsmerkmal Karnofsky-Index bestätigt werden. Die berechneten Korrelationen sind jedoch nur schwach positiv. Dieses Ergebnis ist gut vereinbar mit anderen Untersuchungen, in denen trotz Vorhandensein chronischer Erkrankungen und Behinderungen die eigene Gesundheit als gut beurteilt wird (Montross et al. 2006; Pinquart, 2001).

Gemäß dem „Alters-Invarianz-Paradoxon“ verschlechtert sich mit steigendem Alter die objektive Gesundheit oft, demgegenüber nimmt das subjektive Gesundheitserleben nicht unbedingt im selben Maße ab (Beierlein et al., 2012; Ellert et al., 2005; Kohlmann, 2000). Dies wird durch eine Anpassungsfähigkeit an eine sich verschlechternde objektive Gesundheit ermöglicht, zum Beispiel durch einen positiven Vergleich mit Gleichaltrigen oder durch die Resilienz (Staudinger, 2001; Von dem Knesebeck, 1998).

Neben allgemeinen altersbedingten physiologischen Einflüssen sind bei der Krankheitsentstehung, aber auch bei der Genesung im Alter die unveränderlichen (z. B. genetische Disposition) und die variablen Faktoren (z.B. Umwelteinflüsse und verhaltensbedingte Risikofaktoren) mitentscheidend (Weyerer et al., 2008).

Gesundheitsverhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, mangelnde körperliche Aktivität, unausgewogene Ernährung und unregelmäßige Einnahme von Medikamenten haben sich in Studien als wichtige veränderbare Einflussgrößen für ein gesundes Altern herausgestellt (Peel et al., 2005).

Zur Prüfung, ob bestimmte Erkrankungen einen wichtigen Stellenwert als Einflussfaktor auf die Arztkontakthäufigkeit darstellen, wurden in der vorliegenden Arbeit ärztlich gesicherte Diagnosen chronischer Erkrankungen in die statistischen Berechnungen miteinbezogen.

Die hieraus gewonnenen Ergebnisse bestätigen die in vorausgegangenen Studien aufgedeckte schlechtere Lebensqualitätseinschätzung bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung (Drewanowski und Evans, 2001; Kruse, 2001; Rose et al., 2005).

Bei fast allen Studienteilnehmern in der vorliegenden Arbeit wurde mindestens eine chronische Krankheit diagnostiziert. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist die Zunahme der Morbidität mit steigendem Lebensalter (Mayer und Baltes, 1996; Alonso et al., 2003; von Steinbüchel et al., 2005). Auch die erhobenen Daten der SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) belegen einen altersassoziierten Anstieg folgender Krankheiten: Demenz, Myokardinfarkt, Diabetes und Krebserkrankungen (Siewert et al., 2010). Die häufigsten Todesursachen der Sterbefälle der deutschen Bevölkerung entfallen auf Herz-Kreislaufkrankungen und Tumorleiden (Statistisches Bundesamt, 2014).

Die Studienteilnehmer der vorliegenden Untersuchung mit einer Herz-Kreislaufkrankung berichten über eine signifikant schlechtere Lebensqualität in fast allen Dimensionen.

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung erhielten 17,7 Prozent der Studienteilnehmer. Depressionen, somatoforme Störungen und demenzielle Erkrankungen sind als relevante Erkrankungen Älterer bekannt (Lin et al., 2007; Schröder et al., 2000). Etwa 25 Prozent der 65-Jährigen und Älteren leiden unter einer psychischen Störung (Motel-Klingebiel et al., 2010). In der vorliegenden Arbeit werden bei psychisch erkrankten Patienten schlechtere Lebensqualitätswerte in allen Dimensionen erhoben.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird auch von den Patienten mit einer Skeletterkrankung schlechter eingeschätzt. Auch bei Vorliegen einer endokrinen Erkrankung konnte in fast allen Dimensionen eine etwas niedrigere empfundene Lebensqualität festgestellt werden.

Als multimorbid werden Patienten bei Vorhandensein von mindestens zwei chronischen Erkrankungen bezeichnet (Marengoni et al., 2011; van den Acker et al., 2001). Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Mehrfacherkrankung steigt mit zunehmendem Alter (Marengoni et al., 2011; Saß et al., 2009).

Ein Großteil der Studienteilnehmer hat mehr als eine chronische Erkrankung, die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist in allen Dimensionen schlechter.

Bei Vorliegen des Gesundheitsmerkmals chronische Erkrankung verschlechtert sich also die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen Dimensionen.

Somit kann den Hypothesen 2 und 2.1 voll zugestimmt werden.

Die mittlere Anzahl täglich einzunehmender Medikamente lag für diese Studienpopulation bei 3,6 Medikamenten. Andere Studien ergeben für Ältere eine durchschnittliche Anzahl von 4,5 Medikamenten pro Tag (Denkinger et al., 2010; Thürmann et al., 2012). Die Steigerung der Medikamentenanzahl ist mit einer Verschlechterung der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen Dimensionen verbunden. Damit können die Hypothesen 2 und 2.1 für das Gesundheitsmerkmal 'täglich einzunehmende Medikamentenanzahl' bestätigt werden. Die Verordnung einer Arzneimitteltherapie hat sich als stark altersabhängig erwiesen (Glaeske et al., 2008). Mit steigender Anzahl der Medikamente nimmt aber die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Medikationsfehlern, unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelinteraktionen zu. Für geriatrische Patienten wird daher allgemein empfohlen, nicht mehr als vier Medikamente regelmäßig anzuwenden (Borchelt, 2005; Glaeske und Janhsen, 2006).

5.3 Lebensstil-bezogene Variablen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität

44 Prozent der Studienteilnehmer treiben keinen Sport, dies entspricht dem Befund anderer Untersuchungen (Kohler und Ziese, 2004; Kruse, 2000a).

Sportlich Aktive zeigen in allen Dimensionen signifikant höhere Lebensqualitätswerte. Damit können die Hypothesen 3 und 3.1 für die Lebensstil-Variable 'Sport' bestätigt werden. Körperliche Aktivität kann Studien zufolge nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch die subjektive Lebensqualität im Alter beeinflussen (Allmer, 1997; Basler et al., 2001; Denk et al., 1997; Martin, 2000). Es ist auch umgekehrt denkbar, dass Ältere aufgrund gutem subjektiven Befinden mehr Sport treiben.

In der Studie von Gogulla et al. fand sich eine signifikante Reduktion von Depression und Sturzangst durch körperliches Training bei älteren Menschen (Gogulla et al., 2012).

Fast genau die Hälfte der Patienten hat ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis.

Diese Patienten geben interessanterweise in allen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität höhere Werte an. Damit können die Hypothesen 3 und 3.1 auch für diese Lebensstil-bezogene Variable bestätigt werden.

Mit den Fragen nach vorhandenem Wohneigentum und der Zufriedenheit mit dem Einkommen soll der sozioökonomische Status der Patienten erfasst werden.

Dieser kann das Gesundheitsverhalten entscheidend beeinflussen: zum Beispiel für Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährungsweisen und körperliche Aktivität (Lampert und Thamm, 2004; Lynch et al., 1997; Tesch-Römer und Wurm, 2009; Thode et al., 2005). Angehörige unterer sozialer Schichten berichteten zudem über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Beierlein et al., 2012; Ellert et al., 2005; Rudinger, 1997). Die dargestellten Studienergebnisse zeigen für Patienten mit Wohneigentum eine bessere Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen Dimensionen. Für das Lebensstil-bezogene Merkmal `Wohnsituation` kann daher den Hypothesen 3 und 3.1 zugestimmt werden. Je zufriedener die Studienpatienten mit ihrem Einkommen sind, desto höher wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität bewertet. Somit lassen sich auch mit dieser Variablen die Hypothesen 3 und 3.1 bestätigen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit vorausgegangen Analysen (Beierlein et al., 2012; Ellert et al., 2005).

Positive Wirkungen sozialer Beziehungen sind bekanntermaßen Stimulation, Gefühl der Zuwendung und Geborgenheit, verminderte Stresswahrnehmung und eine verbesserte Lebenszufriedenheit. In der vorliegenden Untersuchung zeigen sich keine Unterschiede in der Lebensqualitätsbewertung in Abhängigkeit von der Anzahl im Haushalt lebender Personen. Das Alleinleben beschreibt lediglich die soziale Wohnsituation als Ein-Personen-Haushalt. Dagegen bedeutet Alleinsein die Zeit für sich allein. Die Isolation zeichnet sich durch einen Mangel an sozialen Beziehungen aus (Tesch-Römer, 2000). Damit kann den Hypothesen 3 und 3.1 für die Lebensstil-bezogene Variable `Anzahl der Personen im Haushalt` nicht zugestimmt werden. Dies kann darin begründet sein, dass das Alleinleben für viele Ältere gleichbedeutend ist mit Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Autonomie. Das Alleinsein beschreibt nur die Zeit, die eine Person wirklich alleine verbringt. Sie kann sowohl negative als auch positive Aspekte mit einschließen. In der vorliegenden Studie wurden nur die Alleinlebenden nach ihrem Umgang mit dem Alleinsein befragt. Patienten, die angeben unter dem Alleinsein zu leiden, schätzen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Dies sind zum Glück nur sehr wenige Patienten. Die aufgestellten Hypothesen 3 und 3.1 können für diese Variable bestätigt werden.

Je öfter soziale Kontakte (Lebenspartner und Kinder ausgenommen) gepflegt werden, desto höher wird die subjektive Lebensqualität in allen Dimensionen bewertet.

Für diese Lebensstil-bezogene Variable können die Hypothesen 3 und 3.1 bestätigt werden.

Der positive Einfluss sozialer Kontakte ist vorwiegend durch die Qualität der emotionalen Nähe und weniger durch die Häufigkeit und Anzahl bestimmt (Lang, 2000).

Kinderlose geben in allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität niedrigere Werte an. Die Hypothesen 3 und 3.1 können für die Lebensstil-bezogene Variable `Elternschaft` bestätigt werden. Auch andere Untersuchungen belegen diesen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Kinderlosigkeit (Efklides et al., 2003; Sirven und Debrand, 2008). Kinderlose alte Menschen haben ein höheres Risiko Einsamkeit zu erleben als Ältere mit Kindern (Wagner et al., 1996).

Die Kontakthäufigkeit mit den Kindern hat nach den vorliegenden Studienergebnissen keinen signifikanten Einfluss auf die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Hypothesen 3 und 3.1 können für diese Variable nicht bestätigt werden. Dies scheint darin begründet zu sein, dass die Qualität der Beziehungen und das Vertrauensverhältnis zu den Kindern entscheidender ist als die Häufigkeit des persönlichen Kontaktes. Des Weiteren werden Beziehungen, neben Telefonaten, zunehmend auch von Älteren über moderne Medien wie das Internet gepflegt.

Es kann keine Korrelation zwischen der Anzahl der Kinder und den Werten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgestellt werden. Studien bestätigen die Bedeutung der familiären Netzwerke, trotz bestehender Infrastruktur von Hilfs- und Unterstützungsdiensten, und den signifikanten positiven Effekt von Elternschaft auf die subjektive Lebensqualität. Für die subjektive Gesundheit Älterer ist es demnach wichtig, mindestens ein Kind zu haben, die Anzahl der Kinder insgesamt sei zweitrangig (Efklides et al., 2003; Tesch-Römer et al., 2002). Die Untersuchungen von Garcia et al. zeigen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter stärker von einer fehlenden sozialen Integration als von Morbidität abhängig ist (Garcia et al., 2005).

Mit 10,6 Prozent erhalten nur wenige der befragten Patienten familiäre oder professionelle Hilfe im Alltag. Diese Inanspruchnahme geht mit einer schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsbewertung in allen Dimensionen einher. Den Hypothesen 3 und 3.1 kann für die Variable `Hilfe im Alltag` entsprochen werden.

Trotz der relativ geringen Anzahl an Haustierhaltern in der vorliegenden Studienpopulation lassen sich Tendenzen zu einer besseren Bewertung der subjektiven Lebensqualität von Tierbesitzern erkennen. Den Hypothesen 3 und 3.1 kann nicht voll zugestimmt werden, da sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Tierhaltern und Patienten ohne Haustier bezüglich der Lebensqualitätsbewertung nachweisen lassen. Das Halten eines Haustieres hat Studien zufolge aber einen positiven Einfluss auf die allgemeine Gesundheit. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass sich Tierhalter häufiger bewegen, sich weniger einsam fühlen, mehr soziale Kontakte haben und Stress besser abbauen können (Jennings, 1997; Obendaal und Meintjes, 2003; Raina et al., 1999).

Je höher die empfundene Zukunftsfreude, desto besser wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität eingeschätzt. Mit dieser Lebensstil-bezogenen Variablen können daher die Hypothesen 3 und 3.1 bestätigt werden. In der Literatur wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Optimismus und Wohlbefinden bereits beschrieben (Carver und Scheier, 2001).

5.4 Alter und die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen

Die gewonnenen Daten der vorliegenden Arbeit zur Häufigkeit der Inanspruchnahme des Hausarztes gewinnen an Aussagekraft, weil die tatsächlich stattgefundenen Arzt-Patientenkontakte erfasst werden konnten. Insgesamt gibt es nur wenige deutsche Studien zur Untersuchung der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen.

Bei der vorliegenden Studienpopulation konnte eine mittlere Arztkontaktanzahl von 2,37 in dem letzten Abrechnungsquartal vor Beginn der Befragung festgestellt werden. Das entspricht einer Arztkontakthäufigkeit von 9,48 im Jahr.

Im telefonischen Gesundheitssurvey von 2003 wurde bei den Älteren über 65 Jahren eine mittlere jährliche Hausarztkontaktanzahl von 6,41 ermittelt (Bergmann et al., 2005). Hauswaldt et al. untersuchten in einer retrospektive Studie von insgesamt 10 Jahren die hausärztliche Inanspruchnahme von über 300.000 Patienten, 14,4 % der Befragten waren 65 bis 79 Jahre und 6,6 % 80 Jahre und älter. Die Studie ergab eine durchschnittliche Arztkontaktanzahl von 7,3 Kontakten pro Jahr und Patient (Hauswaldt et al., 2012).

Es konnte auch festgestellt werden, dass die Anzahl der Hausarztkontakte im gesamten Untersuchungszeitraum nicht angestiegen war, entgegen den Ergebnissen mehrerer ländervergleichender Studien (Koch et al., 2011; OECD, 2009).

Basierend auf den Daten des Bundesgesundheitsurvey von 1998 wurden bei den Frauen ab 65 Jahren durchschnittlich 10 Arztkontakte und bei den Männern 6 Arztkontakte pro Jahr ermittelt (Thode et al., 2005).

Es kann in der vorliegenden Arbeit keine signifikante Korrelation zwischen Alter und der Anzahl der Arztkontakte nachgewiesen werden. Interessant ist dabei, dass sich auch zwischen den verschiedenen Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Arztkontakthäufigkeit feststellen lassen. Damit kann der Hypothese 4, wonach mit ansteigendem Alter eine höhere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen zu beobachten sei, nicht zugestimmt werden. Dabei ist aber zu bedenken, dass in der vorliegenden Studienpopulation der jüngste Patient bereits 65 Jahre alt ist.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ab einer Altersgrenze von über fünfundsechzig Jahren keine Steigerung der Häufigkeit der Arzt-Kontaktanzahl mit zunehmendem Alter zu beobachten ist. In zahlreichen anderen Studien wurde ein altersabhängiger, morbiditätsbedingter Anstieg der Arztkontakte mit zunehmendem Alter bereits aufgedeckt (Berkmann et al., 2005; Hauswaldt et al., 2012; Riens et al., 2012; Thode et al., 2005). Dabei richteten sich die Untersuchungen aber auf Patienten aller Altersgruppen ab 18 Jahren. Die meisten Studienpatienten der vorliegenden Arbeit sind dagegen zwischen 70 und 79 Jahren alt.

5.5 Gesundheitsmerkmale und die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen

Zwischen der Anzahl der Hausarztkontakte und dem Karnofsky-Index lassen sich mit den Studienergebnissen statistisch signifikante negative Zusammenhänge feststellen. Der fünften Hypothese kann für das Merkmal `Karnofsky-Index` daher zugestimmt werden.

Es zeigen sich in den Analysen der vorliegenden Arbeit deutlich engere Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität und Arztkontaktanzahl als zwischen Karnofsky-Index und der Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme. Damit bestätigen die erhobenen Studienergebnisse, dass auch im Alter die subjektive Gesundheitsbeurteilung bedeutsam ist (Kruse, 2002b; Menning, 2007b; Tesch-Römer und Wurm, 2009).

Der Einflussfaktor Gesundheitszustand auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde bereits in zahlreichen Untersuchungen bewiesen (Grobe et al., 2010; Hauswaldt et al., 2012; Riens et al., 2012; Thode et al., 2005).

Die Prüfung der Inanspruchnahme nach Krankheitsgruppen hat ergeben, dass Patienten mit einer Herz-Kreislauf-erkrankung oder einer endokrinen Erkrankung signifikant häufiger zum Hausarzt gehen als Patienten ohne die jeweilige Diagnose. Auch bei den psychisch erkrankten Patienten wird eine höhere Arztkontaktanzahl erhoben. Dies bestätigten auch vorausgegangenen Untersuchungen (Glaesmer et al., 2008; Wild et al., 2004). Die Analysen von Thode et al. dagegen ergaben keinen Einfluss psychischer Auffälligkeiten auf die Anzahl der Hausarztkontakte (Thode et al., 2005).

Patienten mit und ohne Skeletterkrankung gehen gleich häufig zum Hausarzt. Außer bei der Diagnose Erkrankung des Skelettsystems, kann also eine signifikant höhere Anzahl an Hausarztkontakten bei Vorliegen der gesundheitsbetreffenden Variablen `chronische Erkrankung` für diese Studienpopulation festgestellt werden. Damit kann der Hypothese 5 nur teilweise zugestimmt werden. Übereinstimmend mit anderen Analysen kann ein Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Älterer auch mit den in der Arbeit gefundenen Ergebnissen bestätigt werden (Hessel et al., 2000; Laux et al., 2007; Lehnert und König, 2012). Entsprechend den Analysen des Bundesgesundheits surveys 1998 kann auch mit den vorliegenden Studienergebnissen der Need-Faktor Morbidität als Prädiktor für die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen bestätigt werden (Thode et al., 2005). Bei den Untersuchungen von Hauswaldt et al. konnte kein erhöhter Ressourcenverbrauch auf hausärztlicher Versorgungsebene durch chronisch Kranke nachgewiesen werden (Hauswaldt et al., 2012).

Die Kenntnis über die genaue ärztlich diagnostizierte chronische Erkrankung hat in der vorliegenden Arbeit keine neuen Erkenntnisse über Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen erbracht.

Es kann eine signifikante positive Korrelation zwischen der Anzahl der täglichen einzunehmenden Medikamente und der Arztkontakthäufigkeit festgestellt werden. Mit Steigerung der Medikamentenanzahl erhöht sich also die Häufigkeit der Vorstellung beim Hausarzt. Daher kann die Hypothese 5 für das Gesundheitsmerkmal `Anzahl der Medikamente` bestätigt werden.

5.6 Lebensstil-bezogene Variablen und die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen

Je sportlicher die Patienten der vorliegenden Untersuchung sind, desto seltener wird der Hausarzt aufgesucht. Damit kann die Hypothese 6 für die Lebensstil-bezogene Variable `Sport` bestätigt werden. Auch in der Studie „Actife“ wurde festgestellt, dass verminderte körperliche Aktivität Älterer eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Folge hat (Denkinger, 2010). Die Untersuchungen von Thode et al. ergeben hinsichtlich der Arztkontaktanzahl keinen signifikanten Unterschied zu regelmäßig Sporttreibenden. In diese Untersuchung wurden allerdings alle Befragten ab 18 Jahren des Bundesgesundheitssurvey 1998 miteinbezogen (Thode et al., 2005).

Patienten mit einem vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis gehen signifikant seltener zum Arzt. Damit kann die Hypothese 6 für diese Variable bestätigt werden.

Diese Erkenntnis ist überraschend, in weiteren Studien sollte die Arzt-Patienten-Beziehung noch genauer analysiert werden und in Bezug zur Arzt-Kontakthäufigkeit gesetzt werden. Bislang wurde lediglich festgestellt, dass eine höhere hausärztliche Kontaktwahrscheinlichkeit beobachtet werden konnte, wenn ein Patient angab, einen Hausarzt zu haben (Thode et al., 2005).

Die dargestellten Studienergebnisse zeigen für Patienten mit Wohneigentum weniger Arztkontakte. Sie stützen damit die gewonnenen Erkenntnisse von Bergmann et al. und Thode et al., dass die Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit steigendem sozialen Status sinkt (Bergmann et al., 2005; Thode et al., 2005). Für das Merkmal Wohnsituation kann daher der Hypothese 6 entsprochen werden. Je zufriedener die Studienpatienten mit ihrem Einkommen sind, desto seltener wird der Hausarzt aufgesucht. Somit lässt sich auch mit dieser Variablen die Hypothese 6 bestätigen.

Das Gesundheitsverhalten Angehöriger statusniedriger Gruppen, mitbestimmt durch ihre gesundheitsbezogenen Einstellungen, ist nach Lampert et al. mit einer niedrigeren Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens verbunden (Lampert et al., 2005b). Die Studie von Bremer und Wübker ergab jedoch, dass Angehörige unterer sozialer Schichten seltener einen Facharzt aufsuchen. Für diese soziale Schicht ist aber die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Hausarzt aufgesucht wird (Bremer und Wübker, 2013).

Es lässt sich eine gesundheitliche Ungleichheit von Angehörigen statusniedriger gestellter Bevölkerungsgruppen feststellen. Dabei leiden diese Patienten häufiger unter chronischen Krankheiten und Behinderungen (Lampert, 2009).

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Wichtigkeit soziale Unterschiede auch im Alter weiter zu vermindern und Angehörige unterer sozialer Schichten noch besser zu unterstützen.

Es konnte in Studien bewiesen werden, dass soziale Integration mit einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Dienste und niedrigeren Gesundheitskosten einhergeht (Berkman et al., 2000; Bosworth und Schaie, 1997; George, 1996; Menning, 2007). Ursächlich kann dies an einem besseren Gesundheitszustand, bewirkt durch ein erhöhtes Wohlbefinden, verbesserte Stressbewältigung und geringere Einsamkeit sozial eingebundener Älterer liegen (Sirven und Debrand, 2008). Ein möglicher indirekter gesundheitsschützender Effekt könnte darin bestehen, dass Angehörige des sozialen Netzes dafür sorgen, dass ältere Menschen ein besseres Gesundheitsverhalten zeigen und präventive medizinische Dienste in Anspruch nehmen (Zank, 2000; Rabbata und Rieser, 2005).

Entgegen eines weitverbreiteten Bildes, gehen die befragten Alleinlebenden nur gering häufiger zum Hausarzt als Patienten, die mindestens zu zweit wohnen. Damit kann die Hypothese 6 für diese Lebensstil-bezogene Variable nicht bestätigt werden.

Auch bei Thode et. al hatte das Merkmal Zusammenleben mit einem Partner keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen (Thode et al., 2005).

Patienten, die dagegen angeben unter dem Alleinsein zu leiden, gehen häufiger zum Hausarzt. Die aufgestellte Hypothese 6 kann für diese Variable bestätigt werden.

Je öfter soziale Kontakte (Lebenspartner und Kinder ausgenommen) gepflegt wurden, desto seltener wurde der Hausarzt aufgesucht. Für die Lebensstil-bezogene Variable `soziale Kontakte` bestätigt sich die Hypothese 6.

Kinderlose gehen in der vorliegenden Arbeit signifikant häufiger zum Hausarzt als Patienten mit Kindern. In vorhergehenden Untersuchungen wurde dieser Effekt der Elternschaft bislang nicht aufgedeckt. Studien zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen konzentrierten sich mehr auf das soziodemographische Merkmal Familienstand.

Es kann in dieser Arbeit keine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der Kinder und der Arztkontaktanzahl festgestellt werden. Für diese Lebensstil-bezogene Variable kann daher der sechsten Hypothese nicht zugestimmt werden.

Die Inanspruchnahme familiärer oder professioneller Hilfe im Alltag geht mit einer höheren Arztkontaktanzahl einher. Eine Erklärung hierfür ist, dass es sich hauptsächlich um pflegebedürftige Patienten handelt, die an mehreren behandlungsbedürftigen chronischen Krankheiten leiden. Die Hypothese 6 kann mit der Variable `Hilfe im Alltag` bestätigt werden.

Je höher die empfundene Zukunftsfreude umso geringer fiel die Inanspruchnahme der hausärztlichen Leistung aus. Auch mit dieser Lebensstil-bezogenen Variablen kann daher der Hypothese 6 zugestimmt werden. Andere Untersuchungen ergaben des Weiteren, dass eine positive Selbstwahrnehmung und eine optimistische Lebensanschauung zu einer insgesamt längeren Lebenserwartung führen (Giltey et al., 2006; Levy et al., 2002).

5.7 gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen

Bei der Betrachtung aller Dimensionen der subjektiven Lebensqualität lässt sich ein bedeutender Einfluss auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen feststellen: mit 33 % lässt sich die Varianz der Arztkontaktanzahl vorhersagen. Somit kann der Hypothese 7 voll zugestimmt werden. Auch Thode et al. bestätigen, dass die subjektive Lebensqualitätseinschätzung, ermittelt mit dem SF-36-Fragebogen, die Anzahl an Arztkontakten signifikant beeinflusst. Es konnte zudem belegt werden, dass ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand auch ohne Angabe einer Erkrankung, zu einer deutlich erhöhten Arztkontaktanzahl führt, unabhängig vom Geschlecht (Thode et al., 2005).

Auch in der großen repräsentativen Bevölkerungsstudie „Actife“, bei der 1500 Studienteilnehmer im Alter zwischen 65 und 90 Jahren befragt wurden, bestätigte sich ein selbst beurteilter schlechter Gesundheitszustand als Prädiktor für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Denkinger, 2010).

Die vorliegenden regressionsanalytischen Untersuchungen ergeben, dass die psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität allein betrachtet auch einen signifikanten Einfluss auf die Arztkontakthäufigkeit haben: mit 27 % lässt sich die Varianz der Anzahl der Hausarztkontakte voraussagen. Damit bestätigt sich auch die Hypothese 7.1.

Der Einfluss der körperlichen Dimensionen alleine betrachtet fällt aber größer aus (korr. $R^2=0,30$). Diese Beobachtung entspricht den Analysen des Bundesgesundheits surveys 1998, bei denen sich die Einschätzung der subjektiven körperlichen Gesundheit auch stärker auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen auswirkte (Thode et al., 2005).

Es zeigt sich auch in den vorliegenden Ergebnissen eine deutlich engere Korrelation zwischen subjektiver Lebensqualität und Arztkontaktanzahl als zwischen Karnofsky-Index und der Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme. Damit kann die Aussage bestätigt werden, dass die subjektive Gesundheitsbeurteilung auch im Alter Bedeutung hat (Kruse, 2002b; Menning, 2007b; Tesch-Römer und Wurm, 2009).

Der Einflussfaktor „Gesundheitszustand“ auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde bereits in zahlreichen Untersuchungen bewiesen (Grobe et al., 2010; Hauswaldt et al., 2012; Riens et al., 2012; Thode et al., 2005).

5.2 Regressionsanalysen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der Einfluss der psychischen Lebensqualität auf die Anzahl der Arztkontakte wurde mit Regressionsanalysen für die jeweiligen Subgruppen untersucht.

Hierbei zeigt sich ein deutlicher Alterseffekt: vor allem bei den jüngeren Patienten (65-69 Jahre) prädizieren die psychischen Dimensionen die Arztkontaktanzahl mit einer Varianzaufklärung von 41 Prozent, wobei die Dimension `Vitalität` eine vornehmliche Rolle spielt.

In der vorliegenden Arbeit haben die psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der männlichen Patienten ein höheres Bestimmtheitsmaß als die der Frauen. Daraus kann abgeleitet werden, dass besonders für männliche Patienten das psychische Wohlbefinden einflussnehmend auf die Vorstellung beim Hausarzt ist.

Die Einteilung der Studienteilnehmer in Gruppen mit und ohne diagnostizierte chronische Erkrankungen erbrachte ein höheres Bestimmtheitsmaß der psychischen Lebensqualität bei Nichtvorhandensein der jeweiligen Krankheiten, mit Ausnahme bei einer endokrinen Diagnose.

Auch in Abhängigkeit von der Anzahl täglich eingenommener Medikamente variiert der Einfluss psychischer Dimensionen auf die Arztkontakthäufigkeit: bei Patienten mit 3-4 Medikamenten zeigt sich mit 46 Prozent Varianzaufklärung der stärkste Effekt. Die Dimensionen „soziale Funktionsfähigkeit“ (SF) und „emotionale Rollenfunktion“ (RE) sind dabei die wichtigsten Prädiktoren. Im Rahmen dieser Arbeit lässt sich der Einfluss der psychischen Lebensqualität auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen für diese Gruppe von Patienten nicht erklären. Um die Ergebnisse besser zu differenzieren, könnte eine genaue Analyse der Wirkstoffklassen der Medikamente aufschlussreich sein.

Im Hinblick auf das Kriterium `Vertrauen zum Arzt` zeigt sich, dass die „emotionale Rollenfunktion“ (RE) für die Vertrauenden eine wichtige Rolle spielt. Bei den `Vertrauenslosen` dagegen sind „psychisches Wohlbefinden“ (MH) und „Vitalität“ (VT) signifikant einflussnehmend auf die Arztkontaktanzahl.

Bezüglich des Merkmals `Wohneigentum ja/ nein` spielen psychische Dimensionen für die Arztkontaktanzahl eine deutlich größere Rolle bei Patienten, die zur Miete wohnen (korr. $R^2=0,47$) im Vergleich zu jenen, die Wohneigentum besitzen (korr. $R^2=0,26$). Diese Ergebnisse können dafür sprechen, dass die im eigenen Haus Wohnenden aufgrund ihres insgesamt besseren psychischen Wohlbefindens sich weniger von ihrer psychischen Gesundheit beeinflusst fühlen den Hausarzt aufzusuchen.

Die psychischen Dimensionen der Lebensqualitätsbewertung sind für das Gruppenmerkmal `Einkommenszufriedenheit` kein signifikanter Prädiktor für die Arztkontaktanzahl. Das kann darin begründet sein, dass Zufriedenheit auch bei niedrigem Einkommen empfunden werden kann. Für eine genauere Definition des sozialen Status wäre das Nettoeinkommen des Haushaltes zu erfragen.

Die Einschätzung der psychischen Lebensqualität ist für das Merkmal `Umgang mit dem Alleinsein` kein geeigneter Vorhersageparameter für die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen.

Die Regressionsanalyse bezüglich des Merkmals `Zukunftsfreude` ergibt nur ein geringes Bestimmtheitsmaß für die ärztliche Inanspruchnahme durch die psychische Lebensqualitätsbewertung. Um die bedeutsame individuelle Ressource Optimismus besser abzubilden, könnte für folgende Untersuchungen zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ein Standardfragebogen, zum Beispiel der Life Orientation Test (LOT), genutzt werden.

Hervorgehoben werden sollte der im Vergleich besonders starke Einfluss der psychischen Lebensqualität auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen bei Männern, bei jüngeren Patienten, bei einer Einnahme von 3-4 Medikamenten pro Tag, bei keinem vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis und bei Patienten, die zur Miete wohnen.

6 Fazit und Ausblick

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung ist mit einer Änderung der Morbiditätslast und einem erhöhten Versorgungs – und Pflegebedarf älterer Patienten verbunden.

Die mit Multimorbidität einhergehende häufigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen muss, auch unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte, patientenorientierter und besser werden.

Dazu ist die genauere Erfassung relevanter Einflussfaktoren auf die hausärztliche Inanspruchnahme Älterer notwendig. Ein geeignetes Modell zur detaillierteren Einschätzung von Morbidität, Erkrankungsverläufen und Einflussfaktoren durch episodenzugehörige Dokumentation in hausärztlichen Praxen, scheint ersten Ergebnissen zufolge das Projekt CONTENT zu sein (Laux, 2007).

Ziel ist es, die Lebensqualität Älterer zu verbessern. Dazu müssen vorhandene individuelle und infrastrukturelle Ressourcen noch besser ausgeschöpft werden.

In Deutschland liegen präventive und gesundheitsförderliche Angebote für Senioren nur vereinzelt vor (Schwartz, 2003). Vorhandene Präventionsangebote müssen an den spezifischen Bedürfnissen Älterer ausgerichtet und erweitert werden (Garms-Homolová, 2003; Walter, 2006). Denn körperliche Aktivität im Alter und eine ausgewogene Ernährung mit angemessener Kalorienzufuhr kann dazu beitragen Gebrechlichkeit auch noch im hohen Alter vorzubeugen.

Zur Verbesserung der vorhandenen Versorgungsangebote und Versorgungswege Älterer müssen weitere Erkenntnisse über die individuelle Lebenssituation älterer Patienten und mögliche Defizite in der sozialen Integration gewonnen werden.

Die Bedeutung des Hausarztes als soziale Stütze muss in der Zusammenarbeit mit Pflegedienst, Sozialdienst und den Angehörigen für eine bessere Betreuung und Beistand Älterer besser genutzt werden.

Schwächen und Stärken der Studie

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf eine in einem Zeitraum von 3 Monaten durchgeführte Gelegenheitsstichprobe von Patienten, die in der Hausarztpraxis vorstellig waren und an der Studie teilnehmen wollten. Es konnten mit 379 Patienten eine relativ große Anzahl von Studienteilnehmern gewonnen werden.

Die objektive Gesundheitseinschätzung und Diagnosestellung erfolgten nicht anamnestisch, sondern ärztlich gesichert.

Erfasst wurden die tatsächlich stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte in den letzten 3 Monaten vor Beginn der Befragung.

Leider stellt sich das Geschlechterverhältnis in der Studienpopulation als nicht ausgeglichen dar. Mit 58,3 Prozent Frauenanteil überwiegen in dieser Untersuchung die weiblichen Studienteilnehmer. Das könnte zum einen daran liegen, dass in der Bevölkerungsgruppe der Älteren die Frauen anteilmäßig überwiegen. Zum anderen zeigten sich die weiblichen Patienten bei der Befragung grundsätzlich aufgeschlossener.

Die jüngste Altersgruppe und die Gruppe der Hochaltrigen bleiben mit einer im Vergleich geringen Anzahl an Patienten unterrepräsentiert.

Ebenfalls kritisch betrachtet werden muss, dass sich die Beurteilung der subjektiven Lebensqualität auf die vorausgegangenen 4 Wochen bezieht, die Anzahl der Arztkontakte betrifft jedoch die letzten 3 Monate vor Studienbeginn.

7 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft bleibt das große Forschungsinteresse auf den Gebieten der Geriatrie, der Gerontologie und der Gerontoprophylaxe aktuell.

Die ambulante ärztliche Versorgung älterer Patienten, auch im Hinblick auf gesundheitsökonomische Vorgaben, muss weiter an die besonderen Einschränkungen und speziellen Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. Dabei ist zu beachten, dass sich die Gruppe der Älteren zunehmend inhomogen darstellt.

Die vorliegende Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen Älterer erfolgte unter dem Aspekt der Bewertung der gesundheitsbezogenen psychischen Lebensqualität. Dazu wurden die individuellen sozialen und gesundheitlichen Voraussetzungen der Patienten in die Analysen mit einbezogen.

Die zur Auswertung erhobenen Daten wurden mit standardisierten Fragebögen für Patienten ab einem Alter von 65 Jahren in einer Hausarztpraxis in Rostock gewonnen. Es wurden 379 vollständig ausgefüllte Fragebögen für die Untersuchung zurückgegeben. Die mit dem SF-8-Fragebogen ermittelte Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der teilnehmenden Patienten liegt im Normbereich der Referenzwerte der deutschen Bevölkerung. Es kann ab der zweiten Altersgruppe ein Absinken der Lebensqualitätseinschätzung beobachtet werden, die körperlichen Dimensionen fallen dabei stärker als die psychischen Dimensionen.

Das Gesundheitsmerkmal Karnofsky-Index korreliert schwach positiv mit der Bewertung der Lebensqualität. Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität in allen Dimensionen signifikant niedriger eingeschätzt. Es zeigt sich auch eine signifikante Verschlechterung der Lebensqualität mit steigender Anzahl täglich einzunehmender Medikamente.

Die Untersuchungen für die Lebensstil-bezogenen Variablen ergeben signifikant höhere Lebensqualitätswerte bei den regelmäßig Sporttreibenden, bei Patienten mit einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis, bei einem höheren sozialen Status, bei sozialer Integration, bei Elternschaft und einer optimistischen Lebenseinstellung.

Die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen und die Kontakthäufigkeit mit den Kindern haben dagegen keinen Einfluss auf die Lebensqualitätseinschätzung.

Es bestätigen sich folgende Gesundheitsmerkmale für signifikant häufigere Hausarztconsultationen: schlechter objektiver Gesundheitszustand nach Karnofsky, geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Vorliegen einer Herzkreislauferkrankung, die Diagnose einer psychischen oder endokrinen Erkrankung, Vorliegen von Multimorbidität und mehr als zwei täglich einzunehmende Medikamente. Für folgende Lebensstil-bezogenen Variablen kann eine signifikant höhere Anzahl an Hausarztkontakten bestimmt werden: sportliche Inaktivität, kein Vertrauen in den Hausarzt, niedriger sozialer Status, geringe soziale Integration, Kinderlosigkeit und gering empfundene Zukunftsfreude.

Keinen Einfluss auf die Arztkontakthäufigkeit haben das Alter in Jahren, das Vorliegen einer Skeletterkrankung, die Kinderanzahl, die Kontakthäufigkeit mit den Kindern und die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen.

Anschließend wurde der Einfluss der psychischen Dimensionen auf die Arztkontaktanzahl unter Einteilung in gesundheitliche und soziale Subgruppen untersucht.

Die psychische Lebensqualität hat allein betrachtet ein geringeres Bestimmtheitsmaß als die körperlichen Dimensionen und alle Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammengenommen betrachtet.

Es kann ein höheres Bestimmtheitsmaß für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistung mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als unabhängige Variablen bei Männern, bei den 65 bis 69 Jahre alten Patienten der 1. Altersgruppe, bei einer Einnahme von 3-4 Medikamenten pro Tag, bei keinem vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis und bei Patienten, die zur Miete wohnen festgestellt werden. Vor allem die Einschätzung der Dimensionen „emotionale Rollenfunktion“ und „Vitalität“ zeigt einen signifikanten Einfluss auf die Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte. Die Beurteilung der psychischen Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist besonders bei jüngeren und nicht schwer erkrankten Patienten einflussnehmend auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen.

Die Analysen der erhobenen Daten bestätigen den starken Einfluss der Bewertung der Lebensqualität, der sozialen Integration und der Morbidität auf die Anzahl der Hausarztkontakte.

Thesen

1. Ältere Menschen über 65 Jahre stellen eine immer größer werdende Bevölkerungsgruppe dar. Innerhalb dieser Gruppe kann eine Heterogenität bezüglich sportlicher Aktivität, sozialer Integration und Morbidität festgestellt werden.
2. Um die körperliche Funktionsfähigkeit und die Gesundheit zu erhalten, müssen Ältere auf Ressourcen zurückgreifen. Bedeutsame individuelle Ressourcen stellen die soziale Unterstützung, der soziale Status und die psychischen Kompetenzen dar.
3. Menschen mit zunehmendem Alter können trotz Einschränkungen und Verlusten eine gute subjektive Lebensqualität empfinden. Das Alters-Invarianz-Paradoxon beschreibt diesen beobachtbaren Widerspruch zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit.
4. Die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann auch bei älteren Menschen das subjektive Erleben des Gesundheitsstatus und der Funktionsfähigkeit beschreiben. Hierbei werden psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionelle Alltagskompetenz miterfasst.
5. Mit zunehmendem Alter sinkt zwar die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen Dimensionen, die körperliche Lebensqualitätsbewertung nimmt dabei aber stärker ab als die Bewertung der psychischen Lebensqualität.
6. Zwischen Männern und Frauen lässt sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität feststellen. Im Vergleich mit den Normdaten der deutschen Bevölkerung liegt die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten älteren Rostocker im Normbereich.

7. Bei Vorliegen chronischer Erkrankungen und bei mehr als zwei täglich einzunehmenden Medikamenten zeigt sich eine signifikant schlechtere Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
8. Die Analysen der Lebensstil-bezogenen Variablen ergeben signifikant höhere Lebensqualitätswerte bei den regelmäßig Sporttreibenden, bei Patienten mit einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis, mit einem höheren sozialen Status, mit sozialer Integration, mit einer optimistischen Lebenseinstellung und bei bestehender Elternschaft .
9. Das Geschlecht, die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen und die Kontakthäufigkeit mit den Kindern haben keinen Einfluss auf die Lebensqualitätseinschätzung.
10. Es bestätigen sich folgende Gesundheitsmerkmale für signifikant häufigere Hausarztconsultationen: ein schlechter objektiver Gesundheitszustand nach Karnofsky, eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Vorliegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, die Diagnose einer psychischen oder endokrinen Erkrankung, das Vorliegen von Multimorbidität und mehr als zwei täglich einzunehmende Medikamente.
11. Für folgende Lebensstil-bezogenen Variablen kann eine signifikant höhere Anzahl an Hausarztkontakten bestimmt werden: sportlich Inaktive, Patienten ohne Vertrauen in den Hausarzt oder mit niedrigem sozialen Status, bei wenig sozial Integrierten, bei Kinderlosigkeit und bei gering empfundener Zukunftsfreude.
12. Keinen Einfluss auf die Arztkontakthäufigkeit haben das Alter in Jahren, das Vorliegen einer Skeletterkrankung, die Kinderanzahl, die Kontakthäufigkeit mit den Kindern und die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen.
13. Die psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität haben einen signifikanten Einfluss auf die Arztkontaktanzahl, der Einfluss der körperlichen Dimensionen alleine betrachtet fällt aber größer aus.

14. Ein besonders starker Einfluss der psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen kann bei Männern, bei den 65 bis 69 Jahre alten Patienten der 1. Altersgruppe, bei einer Einnahme von 3-4 Medikamenten pro Tag, bei keinem vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis und bei Patienten, die zur Miete wohnen festgestellt werden.
15. Die medizinische Versorgung und Betreuung von chronisch kranken Patienten mit geringer sozialer Unterstützung im Alter muss durch Zusammenarbeit von Angehörigen, Pflegedienst, Sozialdienst und dem Hausarzt durch bessere Organisation und Kommunikation optimiert werden.
16. Präventive Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Aktivität von Menschen höheren Lebensalters müssen weiter ausgebaut werden und zum Beispiel durch mehr Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung an Attraktivität gewinnen.

9 Literatur – und Quellenverzeichnis

Aaronson, N. K., Cull, A., Kaasa, S., Sprangers, M. A. G. (1996). EORTC Study Group on Quality of Life. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology: an update. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, Philadelphia: Lippincott±Raven Publishers, 179-189.

Adam, C. (1998). *Depressive Störungen im Alter: Epidemiologie und soziale Bedingungen*. Beltz Juventa.

Aldwin, C. M., Spiro III, A., Park, C. L., Birren, J. E. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A life span developmental perspective. *Handbook of the psychology of aging*, 6, 85-104.

Allmer, H. (1997). Psychosoziale Effekte sportlicher Aktivität mit Älteren–zwischen Wunschdenken und empirischer Realität. *Bewegung und Sport mit älteren Menschen. Wie–was–warum*, 27-42.

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware Jr, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., ... & Lepège, A. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of life research*, 13(2), 283-298.

Andersen R.M. (1968). A behavioral model of families' use of health services. In: *Research Series. Center for Health Administration Studies; The University of Chicago, Chicago 1968*.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of health and social behavior*, 36, 1-10.

Andersen, H. H. und Schwarze, J. (1997). Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health. Berlin, 1-73.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping.

Antonucci, T. C. (2001). Social relations. Handbook of the psychology of aging, 53-77.

Antonucci, T. C., Akiyama, H. (1995). Convoys of social relations: Family and friendships within a life span context.

Attias-Donfut, C. (2000). Familialer Austausch und soziale Sicherung. In Generationen in Familie und Gesellschaft VS Verlag für Sozialwissenschaften, 222-237.

Backes, G. (2004). Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft. Enzyklopädie der Gerontologie. Bern: Huber, 82-96.

Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Gerontologie und Geriatrie 32 (6), 433-448.

Baltes, P. B., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. Gerontology, 49(2), 123-135.

Basler, H., Bloem, R., Kaluza, G., Keller, S., Kreutz, A. C. (2001). Motivation zur sportlichen Aktivität und Befinden. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2001/1, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Beblo, T., Schrader, S., Brand, C. (2005). Diagnostik depressiver Störungen im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie &-psychiatrie, 18(4), 177-187.

Beierlein, V., Morfeld, M., Bergelt, C., Bullinger, M., Brähler, E. (2012). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Diagnostica, 58(3), 145-153.

Bellebaum, A. (1994). Lebensqualität. Ein Konzept für Praxis und Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7-12.

Bengel, J. S., Willmann, R. H (2001). Was erhält den Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert, 6.

Bergmann E., Kalcklösch M., Tiemann F. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurvey 2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (12): 1365 – 1373.

Berkman L.F., Glass T., Brissette I. et al. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new mil- lenium. Social Science & Medicine 51: 843 – 857.

Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., Geiselman, B. (1996). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. Die Berliner Altersstudie, 2, 449-47.

Borchelt, M. (2000). Prävention körperlicher Krankheiten. In: Wahl, H.W., Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 366-372.

Borchelt, M. (2005). Wichtige Aspekte der Pharmakotherapie beim geriatrischen Patienten. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 5: 593 – 598.

Bosworth, H. B., Schaie, K. W. (1997). The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytical approaches. The Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences, 52(5), 197-205.

Bremer, P., Wübker, A. (2013). Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus-und Facharztleistungen in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 8(1), 15-21.

Breyer, F., Zweifel, P. (1997). Gesundheitsökonomie. Berlin: Springer.

Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(3-4), 76-91.

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 43(3), 190-197.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“: Stellungnahme der Bundesregierung, Stand, Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland „Altersbilder in der Gesellschaft“: Stellungnahme der Bundesregierung, Stand, Bonn.

Bussche, H. v. d., Hansen, H., Koller, D. et al. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health* 11:101.

Carmody, T. P. (1997). Health-related behaviors: common factors. In: Baum, A., Newman, S., Weinmann, J. , West, R. , McManus, C. (Hrsg.): *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*, Cambridge: University Press, 117-121.

Carver, C.S., Scheier, M.F. (2001) Optimism, pessimism, and self regulation. In: Chang, E.C. (Ed.) *Optimism & pessimism*. Washington: APA, 31 – 51.

Cassel, D. und Wilke, K. (2000). Das Say'sche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten. Dortmund.

Chia, E., Chia, E., Rochtchina, E., Wang, J., Mitchell, P. (2006). Utility and validity of the self-administered SF-36: findings from an older population. *Annals-Academy of medicine Singapore*, 35(7), 461.

Coper, H. (1992). Lässt sich Altern durch Medikamente beeinflussen? In: Baltes, M.M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, 183-187.

De Boer, A. G. E. M., Wijker, W. und de Haes, H. C. J. M. (1997). Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42, 101-115.

Denk, H.; Pache D.; Rieder H. (1997). Zur Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, 311–320.

Denkinger, M. D., Franke, S., Rapp, K., Weinmayr, G., Duran-Tauleria, E., Nikolaus, T., Peter, R. (2010). Accelerometer-based physical activity in a large observational cohort-study protocol and design of the activity and function of the elderly in Ulm (ActiFE Ulm) study. *BMC geriatrics*, 10(1), 50.

Dijkers, M. (1999). MEASURING QUALITY OF LIFE: Methodological Issues1. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(3), 286-300.

Doehn, C., Jocham, D. (2003). Neues zur Lebensqualität in der urologischen Onkologie. *Onkologie*, 26(Suppl. 4), 30-34.

Drewnowski A., Evans, W.J. (2001). Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56A (Special Issue II), 89-94.

Efklides, A., Kalaitzidou, M., Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3), 178.

Ellert, U., Lampert, T., Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 48(12), 1330-1337.

Engeln, A. (2003). Zur Bedeutung von Aktivität und Mobilität für die Entwicklung im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie &-psychiatrie, 16(3), 117-129.

Erhart, M., Wetzels, R., Krügel, A., Ravens-Sieberer, P. D. U. (2005). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem deutschen SF-8. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 48(12), 1322-1329.

Fagerström, C., Holst, G., Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. Archives of Gerontology and Geriatrics, 44(2), 181-201.

Gandek, B., Ware Jr, J. E., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J., ... & Sullivan, M. (1998). Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: Results from the IQOLA project. Journal of clinical epidemiology, 51(11), 1149-1158.

García, E. L., Banegas, J. R., Perez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H., Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. Quality of Life Research, 14(2), 511-520.

Garms-Homolová V., Schaeffer D. (2003). Einzelne Bevölkerungsgruppen: Ältere und Alte. In: Schwartz F.W., Badura B., Busse R. et al. (Hrsg) Das Public-Health- Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, München Jena, 675 – 686.

George L.K. (1996). Social factors and illness. In: Ninstock RH, George LK (Hrsg) Handbook of aging and the social sciences. Academic Press, San Diego, 229–252.

Giltay E.J., Kamphuis M.H., Kalmijn S., Zitman F.G., Kromhout D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. Arch Intern Med;166(4):431-436.

Glaeske G., Schicktanz C., Janhsen K. (2008). GEK-Arzneimittel-Report 2008. Asgard-Verlag, St. Augustin

Glaeske G., Janhsen K. (2006). GEK-Arzneimittel-Report 2006. Asgard-Verlag, St. Augustin

Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Martin, A., Brähler, E., Rief, W. (2008). Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. *Psychiatrische Praxis*, 35(04), 187-193.

Gogulla, S., Lemke, N., Hauer, K. (2012). Effekte körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings auf den psychischen Status bei älteren Menschen mit und ohne kognitive Schädigung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(4), 279-289.

Grobe, T. G., Dörning, H., Schwartz, F. W. (2010). Barmer GEK Arztreport. ISEG Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover.

Grossmann, Michael (1972). On the concept of Health Capital and.. , *Journal of Political Economy* Vol 80, 223-255.

Gunzelmann, T.; Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E. (1999). Formen der Krankheitsbewältigung bei älteren Menschen - Differentielle Effekte von Kontrollerleben, subjektiver Morbidität, sozialer Unterstützung und soziodemographischen Variablen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32 (4), 238 - 245.

Gunzelmann, T., Schumacher, J., Brähler, E. (2000). Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48(2000), 145-165.

Hauswaldt, J., Hummers-Pradier, E., Junius-Walker, U. (2012). Originalarbeit- Leistungsansprüche von chronisch Kranken, Multimorbiden und Häufignutzern- Sekundäranalyse von Routinedaten aus Hausarztpraxen, der Jahre 1996 bis 2006. Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A, 109(47), 814-820.

Health at a Glance (2009): OECD Indicators. English version, 2009.

Herschbach, P. (1995). Über den Unterschied zwischen Kranken und Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 45, 83-89.

Hess S. (2002). Entkörperungen – Suchbewegungen zur (Wieder-)Aneignung von Körperlichkeit. Eine biografische Analyse. Opladen: Leske & Budrich.

Hessel A., Gunzelmann T., Geyer M., Brähler E. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland. Z Gerontol Geriatr 33:289–299.

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie: 20 Tabellen (Vol. 8201). UTB.

Hodek, J. M., Ruhe, A., Greiner, W. (2009). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 52(12), 1188-1201.

Hoff, A., Tesch-Roemer, C. (2007). Family relations and aging-Substantial changes since the middle of the last century. New dynamics in old age: Individual, environmental and societal perspectives. Amityville New York: Baywood.

Höpflinger, F. (2003). Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. Gesundheitsbiographien, Variationen und Hintergründe, Bern, 59-74.

Hunt, S. M., McEwen, J., McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 35(273), 185-188.

Jang, Y., Poon, L.W., Martin, P. (2004). Individual differences in the effects of disease and disability on depressive symptoms: The role of age and subjective health. *International Journal of Aging and Human Development* 59 (2): 125 – 137.

Jennings, L.B. (1997). Potential benefits of pet ownership in health promotion. *J Holist Nurs* 1997;15(4):358-372.

Kaptein, A. D., Weinman, J. (2004). *Health Psychology: Some Introductory Remarks*. Blackwell Publishing.

Karnofsky, D. A. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *Evaluation of chemotherapeutic agents*.

Kasl, S. V., Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.

Kennedy, B.S., Kasl, S.V., Vaccarino, V. (2001) Repeated hospitalizations and self-rated health among the elderly: A multivariate failure time analysis. *American Journal of Epidemiology* 153 (3): 232 – 241.

Kind, P. (1996). The EuroQol instrument: an index of health-related quality of life. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2, 191-201.

Klein, T., Löwel, H., Schneider, S., Zimmermann, M. (2002). Soziale Beziehungen, Stress und Mortalität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 441-449.

Kliegl, R. (1992). Kognitive Plastizität und altersbedingte Grenzen am Beispiel des Erwerbs einer Gedächtnistechnik. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, 287-282.

Knoll, N., Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick Self-report questionnaires for the assessment of social support: An overview. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16(1), 57-71.

Koch, K., Miksch, A., Schürmann, C., Joos, S., Sawicki, P. T. (2011). The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(15), 255.

Kohler, M., Ziese, T. (2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen: deskriptiver Ergebnisbericht: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut.

Kohli M., Künemund H., Motel A. et al. (2000). Generationenbeziehungen. In: Kohli M, Künemund H (Hrsg) Die zweite Lebenshälfte Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Leske+Budrich, Opladen, 176 – 211.

Kohlmann, T. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In *Klinische Geriatrie* (pp. 93-99). Springer Berlin Heidelberg.

Koos, E. L. (1954). The health of Regionville; What the people thought and did about it.

Kruse, A. (Hrsg.) (1998). *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe

Kruse, A., Rott, C., Schmitt, E. (1999). Einflussfaktoren der Kompetenz und Möglichkeiten der Kompetenzförderung im Alter. *Sportwissenschaft*, 29, 298-310.

Kruse A. (2001). Gesundheit im Alter. In: Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.

Kruse, A. (2002a). *Gesund Altern: Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Nomos-Verlag-Ges..

Kruse, A. (2002b). Autonomie und soziale Teilhabe im Alter als politische Leitbilder eines erfolgreichen Alters. Autonomie und Kompetenz. Aspekte einer gerontologischen Herausforderung, Münster, 17-34.

Künemund, H. (2000). Die zweite Lebenshälfte. M. Kohli (Ed.). Leske+ Budrich.

Kytir, J. (2005). Demographische Prognosen über die voraussichtliche Altersverteilung der nächsten Jahre. In Lebensqualität im Alter. Springer Vienna, 17-20.

Laireiter, A. (1993). Begriffe und Methoden der Netzwerk-und Unterstützungsforschung. Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde, 15-44.

Lampert, T., Thamm, M. (2004), Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47, 1033 – 1042

Lampert, T., Mensink, G. B. M., Ziese, T. (2005a). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 48(12), 1357-1364.

Lampert T., Saß, A.C., Häfeling M. et al. (2005b) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut

Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, 7-20.

Lang, E. (1994). Altern–Alterskrankheiten–Geroprohylaxe. Das Alter Einführung in die Gerontologie. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 282-302.

Lang, F.R. (2000): Soziale Beziehungen im Alter: Ergebnisse der empirischen Forschung. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 142-147.

Laslett, P., Flügel, A. (1995). Das dritte Alter: Historische Soziologie des Alterns. Juventa-Verlag.

Laux, G., Rosemann, T., Körner, T., Heiderhoff, M., Schneider, A., Kühlein, T., Szecsenyi, J. (2007). Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugehörige Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen*, 69(5), 284-91.

Lehnert, T., König, H.-H. (2012). Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* May 2012, Volume 55, Issue 5, 685-692.

Lehr, U. (1987). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)(S. 153-159). Stuttgart: Enke.

Lehr, U. (1997). Gesundheit und Lebensqualität im Alter Health and quality of life in old age. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 10, 277-287.

Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. 11., korr. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., Kasl, S.V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*;83(2), 261-270.

Lin, P. C., Wang, H. H., Huang, H. T. (2007). Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1719-1725.

Linde, L., Sørensen, J., ØSTERGAARD, M., Hørslev-Petersen, K., Hetland, M. L. (2008). Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, EQ-15D, EQ-5D, RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 35(8), 1528-1537.

Linden, M. (2002). Versorgungsepidemiologie: Umfang und Bedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Hilfe. In Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (pp. 73-86). Springer Berlin Heidelberg.

Lyons, R. A.; Perry, I. M.; Littlepage, B. N. (1994). Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age and Ageing*, 23(3), 182-184.

Löllgen, H. (2003). Primärprävention kardialer Erkrankungen: Stellenwert der körperlichen Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt* 100, Ausgabe 15 vom 11.04.2003 p. 985.

Lynch, J.W.; Kaplan, G.A.; Salonen, J.T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine* 44, 809 – 819.

Mardorf, S; Böhm, K. (2009). Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen - Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Robert-Koch-Institut, Berlin 2009, 247-266.

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R. et al (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10, 430–439.

Martin, P. (2000). Ergebnisse zur Bedeutung „aktiven“ Alterns. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, 173-177.

Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie-Verlag.

Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., ... & Wagner, M. (1996). Wissen über das Alter (n): eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. *Die Berliner Altersstudie*. Berlin, 599-634.

Menec, V.H., Chipperfield, J.G. (2001). A prospective analysis of the relation between self-rated health and health care use among elderly Canadians. *Canadian Journal of Aging* 20 (3), 293 – 306.

Menning, S. (2005). Demographische Alterung in den Regionen–das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. *Informationsdienst Altersfragen*, (3).

Menning, S. (2007a). Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch ältere Menschen, *GeroStat-Beitrag im „Informationsdienst Altersfragen“*, Heft 01/2007. Berlin, 16-17.

Menning, S. (2007b). Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen. *GeroStat Report Altersdaten*, 2, 2007.

Mensink, G. (2003). Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. In *Gesundheitsberichterstattung-Hefte-(GBE-Hefte)*. Robert Koch-Institut.

Merbach, M., Brähler, E., Klaiberg, A. (2005). Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005*.

Morfeld, M., Mau, W., Jäckel, W. H., Koch, U. (2007). *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*.

Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Tesch-Römer, C. (Eds.). (2010). *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Verlag W. Kohlhammer.

Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., ... & Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psych*, 14(1), 43-51.

Müller, B., Kropp, P. (2011). Aktivität und Kognition im höheren Lebensalter – Befunde aus der ILSE oder: Wie bleibt das Hirn frisch? In: J. Höppner, D. Schlaefke, J. Thome (Hrsg.) *Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 215 – 228.

Mueller, U., Heinzl-Gutenbrunner, M. (2001). Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. BiB, Bundesinst. für Bevölkerungsforschung.

OECD (2009). Health at a glance. Health policies across OECD countries. Paris: OECD.

Odendaal J. S. J. Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *The Veterinary Journal* 165, 296-301.

Peel, N. M., McClure, R. J., Bartlett, H. P. (2005). Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine* 28 (3), 298 – 304.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stähelin, H. B., Ehram, R. (1997). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 10(1), 3-16.

Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging"—how do they compare with researchers' definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.

Philips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R. und Aday, L. A. (1998). Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Services Research*, 33, 571-596.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 16 (3), 414 – 426.

Pohlmeier, W. und Ulrich, V. (1995). An Econometric Model of the Two-Part Decision Process in the Demand for Health. *Journal of Human Resources*, 30(2), 339-361.

Pöppel, E; Bullinger, M.; Härtel, U. (Hrsg.) (1994): Lebensqualität. In: *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Weinheim: Chapman & Hall GmbH, 1. Auflage, 369-376.

Power, M., Bullinger, M., Harper, A. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health psychology*, 18(5), 495.

Prahl, H. W., Schroeter, K. R. (1996). *Soziologie des Alterns*. Schöningh.

Rabbata, S., Rieser, S. (2005). Politik-Herausforderung demographischer Wandel-Es kommt drauf an, was man draus macht. *Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 102(45), 3068-3073.

Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., Abernathy, T. (1999). Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: an analysis of a one-year longitudinal study. *J Am Geriatr Soc*; 47(3), 323-9.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J., ... & Rajmil, L. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(5), 294-302.

Reimann, H., Reimann, H. (Eds.). (1994). *Das Alter: Einführung in die Gerontologie*; 19 Tabellen. Lucius & Lucius DE.

Riens, B., Erhart, M., Mangiapane, S. (2012). *Arztkontakte im Jahr 2007-Hintergründe und Analysen*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg.). Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51 – Depression*. RKI, Berlin

Robertz-Grossmann, B. (2006). Wissen umsetzen. Aufgaben und Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsbl ± Gesundheitsforsch ± Gesundheitsschutz*; 6: 523 ± 528.

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and aging*, 17(3), 423-434.

Roposch, A. (2005). Gesundheitszustand und Lebensqualität: Möglichkeiten der Bewertung von Behandlungsergebnissen. *Orthopäde*, 34, 375-382.

Rose, M., Köhler, K., Köhler, F., Sawitzky, B., Fliege, H., Klapp, B. F. (2005). Determinants of the quality of life of patients with congenital heart disease. *Quality of life research*, 14(1), 35-43.

Rudinger, G., Rietz, C., Schiffhorst, G. (1997). Aspekte der subjektiven und objektiven Lebensqualität: Zufriedenheit und Kompetenz im Rahmen interdisziplinärer Modelle. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 10(4), 259-275.

Rott, C. (2004). Demografie des hohen und sehr hohen Alters. Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.), 51-65.

Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770

Online verfügbar:

http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf. zuletzt geprüft am 30.05.2014.

Saß, A. C., Wurm, S., Ziese, T. (2009). Somatischen und psychische Gesundheit. *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Robert Koch-Institut, Berlin, 31-61.

Schäfers, B. (1992). Sozialstruktur. In *Grundbegriffe der Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 283-286.

Schäfers, B. (2000). Soziales Handeln und seine Grundlagen: Normen, Werte, Sinn. In Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 25-43.

Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuch, J. Kuhlmei, A. (2010). Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 53, 441-450.

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G., Heuft, G. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in ≥ 60 year olds: The role of the sense of coherence. American Journal of Geriatric Psych, 14(10), 850-859.

Schröder, J., Pantel, J. (2000). Prävention psychischer Krankheiten. Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen, 373-378.

Schwarz, R., Flechtner, H., Küchler, T., Bernhard, J., Hürny, C. (1991). Konsens-Konferenz: Erfassung von Lebensqualität in der Onkologie-Konzepte, Methodik und Anwendung Deutsche Gesellschaft Chir. Mitt, 20, 20-22.

Schwarzer, R. (2005). Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 10).

Schwartz, F. W., Arolt, V. (Eds.). (1998). Das Public-Health-Buch. München: Urban & Schwarzenberg.

Schwartz, F.W., Walter, U. (2003). Altsein – Kranksein? In: Schwartz, F.W, Badura, B. Busse, R. et al. (Hrsg) Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München Jena, 163 – 180

Siegrist, J. (2005). Medizinische Soziologie. 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban und Fischer.

Siewert, U., Fendrich, K., Doblhammer-Reiter, G., Scholz, R. D., Schuff-Werner, P., Hoffmann, W. (2010). Originalarbeit: Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern: Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP). Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe B, 107(18), 328.

Sirven, N.; Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: an international comparison using SHARE data. In: Social Science & Medicine 67 (12), 2017-2026.

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit im Alter

Online verfügbar unter
[destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheitszustand/Gesundheit im Alter.html](http://destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheitszustand/Gesundheit%20im%20Alter.html), zuletzt geprüft am 30.05.2014

Statistisches Bundesamt (2014): Zensus 2011

Online verfügbar unter
destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html, zuletzt geprüft am 30.05.2014

Statistisches Bundesamt (2014): Todesursachen 2012

Online verfügbar unter
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html>, zuletzt geprüft am 30.05.2014.

Statistisches Bundesamt (2014): Pflegestatistik 2011

Online verfügbar unter
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Aktuell.html>, zuletzt geprüft am 30.05.2014.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Statistische Berichte –Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2013. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern Lübecker Straße 287 19059 Schwerin

Staudinger UM, Greve W. Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band I. Opladen: Leske & Budrich; 2001. 95-144.

Steinbüchel, N. v., Lischetzke, T., Gurny, M., Winkler, I., Group, T. W. O. (2005). Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen mit dem WHOQOL-BREF-Fragebogen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14(1), 13-23.

Stirbu, I., Kunst, A., Mielck, A., Mackenbach, J. (2011). Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. BMC health services research, 11(1), 288.

Stracke-Mertes, A. (1994). Was der alte Mensch heute ist, ist er geworden. Biographiearbeit und ihre Umsetzung im pflegerischen Prozeß. Altenpflege, 19 (3), 173-176.

Strittmatter, H. J., Neises, M., Blecken, S. R. (2006). Kriterien der Lebensqualität nach rekonstruktiven Mammakarzinomoperationen. Zentralblatt für Gynäkologie, 128(04), 217-223.

Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., Kurth, B. M. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz, 48(3), 296-306.

Tesch-Römer, C. (2000): Einsamkeit. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 163-167.

Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H.-J. v. (2002). Die Bedeutung der Familie für die Lebensqualität alter Menschen im Gesellschafts- und Kulturvergleich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35.4, 335-342.

Tesch-Römer, C., Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, 7-20.

Thürmann, P. A., Holt-Noreiks, S., Nink, K., & Zawinell, A. (2012). Arzneimittelversorgung älterer Patienten. Versorgungs-Report, 111-130.

Turner-Bowker, D. M., Bayliss, M. S., Ware Jr, J. E., Kosinski, M. (2003). Usefulness of the SF-8™ Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions. *Quality of Life Research*, 12(8), 1003-1012.

Van Doorslaer, E., Koolman, X., Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics*, 13(7), 629-647.

Van den Akker, M., Buntinx, F., Roos, S., Knottnerus, J.A. (2001). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol* 54, 675–679.

Von dem Knesebeck O. *Subjektive Gesundheit im Alter: Soziale, psychische und somatische Einflüsse*. Münster: LIT Verlag; 1998.

Von dem Knesebeck, O. (2005). *Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie*. 1st edn. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Von dem Knesebeck, O. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Alter – Klassische oder alternative Statusindikatoren ? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*; 35, 224-231.

Wagner, M., Schütze, Y., Lang, F.R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer K-U, Baltes PB(Hrsg) *Die Berliner Altersstudie*. Akademie Verlag, Berlin, 301–319.

Walter, U. (2002). Gesundheitspotenziale und Krankheitslast im Alter – Implikationen für Gesundheitsinformationen. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen: *Gesundheitsinformationen für jung und alt? Wie können die Informationsbedürfnisse älterer Menschen befriedigt werden?* Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, 19-33.

Wahl, H. W., Rott, C. (2002). Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. Expertise im Auftrag der Geschäftsstelle der Sachverständigenkommission für den, 4, 5-95.

Walter, U., Schwartz, F. W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter VS Verlag für Sozialwissenschaften, 145-251.

Walter, U., Schneider, N., Bisson, S. (2006). Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49, 537 – 546.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J.E., Gandek, B. (1999). How to score and interpret single-item health status measures: an manual for users of the SF-8 Health Survey.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., Gandek, B. (2000). SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Quality Metric Inc..

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. (2001). How to Score, Version 2. Lincoln, Rhode Island: SF-36 Health Survey Quality Metric Incorporated.

Weber, G., Glück, J., Heiss, C., Sassenrath, S., Schäfer, L., Wehringer, K. (2005). ESAW. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien: WUV.

Weber, G., Ferring, D. Glück, J. (2008). Prognose von subjektivem Wohlbefinden im Alter: Ausgewählte Ergebnisse aus der European Study on Adult Well-Being (ESAW-Projekt). In S. Zank & A. Hedtke-Becker (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel – Europäische Perspektiven (S. 55-70). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Wedding, U. (2007). Grundwissen Medizin des Alterns und des alten Menschen. Huber.

Weiner, S., Weiner, R. A., Pomhoff, I. (2003). Lebensqualität nach bariatrischen Eingriffen–ein Überblick. *Viszeralmedizin*, 19(1), 70-75.

Weyerer, S., Ding-Greiner, C., Marwedel, U. et al. (2008). *Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter*. Kohlhammer, Stuttgart

World Health Organisation (WHO). Definition des Wortes Gesundheit, aufgenommen in die Konstitution der WHO. 1946. *WHO Chronicle* 1: 29.

Wiesmann, U., Rölker, D. P. S., Ilg, H., Hirtz, P., Hannich, H. J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2), 90-99.

Wiesmann, U., Einfeld, K., Hannich, H. J., Hirtz, P. (2004). Motorische Handlungskompetenz und Lebensqualität älterer aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(5), 377-386.

Wild, B., Kruse, A., Hartmann, M., Herzog, W. (2004). Somatoforme Beschwerden bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(4), 293-300.

Winter M. H. J., Maaz A., Kuhlmeier A. (2006). Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 49, 557 – 582.

Winningham, R. G., Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51: Depressive Erkrankungen.

Wurm S., Lampert T., Menning S. (2009). *Subjektive Gesundheit. - Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Robert-Koch-Institut, Berlin 2009, 79-91.*

Zank, S. (2000). Gesundheit und Krankheit. In Wahl, H.W.;Tesch-Römer, C. (Hrsg.) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart:Kohlhammer 44.

Zglinicki, Th. v.; Nikolaus, T. (2007). Alter und Altern. Kapitel 41. In: R. F. Schmidt und F. Lang (Hg.): Physiologie des Menschen. 30., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer, 953–967.

Ziegelmann, J. P. (2002). Gesundheits-und Risikoverhalten. Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, 152-155.

10.1 Abkürzungsverzeichnis

Abb. Abbildung

BP (Bodily Pain) Körperliche Schmerzen

d Tag

et al. et alii

GdB Grad der Behinderung

GH (Global Health) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

GSTel03 telefonische Gesundheitssurveys 2003

MCS8 (Mental Component Summary) Summenskala Psychische Gesundheit

MH (Mental Health) Psychisches Wohlbefinden

n Anzahl

ns nicht signifikant

p Signifikanz

PF (Physical Functioning) Körperliche Funktionsfähigkeit

PCS8 (Physical Component Summary) Summenskala Körperliche Gesundheit

r Korrelationskoeffizient

R² Bestimmtheitsmaß

RE (Role Emotional) Emotionale Rollenfunktion

RP (Role Physical) Körperliche Rollenfunktion

SF (Social Functioning) Soziale Funktionsfähigkeit

SF-8 Short-Form-8 Health Survey

SF-36 Short-Form-36 Health Survey

VT (Vitality) Vitalität

WHO World Health Organisation

z.B. zum Beispiel

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: graphische Darstellung der Zielstellung der Arbeit

Abb. 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer

Abb. 3: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Geschlecht

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 4: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen nach Altersgruppen

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 5: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Herz-Kreislaufkrankung

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 6: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal psychische Erkrankung

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 7: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Skeletterkrankung

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 8: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal endokrine Erkrankung

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 9: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Multimorbidität

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 10: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Medikamentenanzahl
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 11: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Bedeutung des Hausarztes (HA) bei Pflegebedürftigkeit
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Wohnsituation

Abb. 13: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Wohnsituation
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 14: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Personenanzahl im Haushalt
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 15: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Alleinsein
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 16: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Sport
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 17: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Kontakthäufigkeit mit den Kindern
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb. 18: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Wohnung verlassen
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Abb.19: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Hilfe im Alltag
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality,
SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score,
MCS8:mental component score

Abb. 20: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Häufigkeit sozialer Kontakte
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality,
SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score,
MCS8:mental component score

Abb. 21: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Einkommenszufriedenheit
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality,
SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score,
MCS8:mental component score

Abb.22: Häufigkeitsverteilung Zukunftsfreude

Abb.23: Mittelwerte (MW) aller SF-8-Skalen bezogen auf das Merkmal Zukunftsfreude
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality,
SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score,
MCS8:mental component score

10.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Skala zur Einschätzung der Aktivität unter Berücksichtigung körperlicher und sozialer Faktoren nach Karnofsky

Tabelle 2: Anzahl der Studienteilnehmer - Geschlechterverteilung

Tabelle 3: deskriptive Statistik - Alter der Studienteilnehmer

Tabelle 4: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U; PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Tabelle 5: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Geschlecht - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 6: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen: alle SF-8 Dimensionen
PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Tabelle 7: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 8: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Geschlecht – unabhängige Variablen: körperliche Dimensionen des SF-8; PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, PCS8:physical component score

Tabelle 9: deskriptive Statistik - Karnofsky-Index

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen

Tabelle 11: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Altersgruppen -Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 12: Regressionsanalyse der Altersgruppe 1 zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8

Tabelle 13: Regressionsanalyse der Altersgruppe 2 und 3 zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8 VT:Vitality, SF:Social Functioning

Tabelle 14: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Herz-Kreislauf-erkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung, Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 15: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Herz-Kreislauf-erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional

Tabelle 16: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal psychische Erkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 17: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal psychische Erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Tabelle 18: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Erkrankung des Skelettsystems - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest Mann-Whitney-U

Tabelle 19: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Skeletterkrankung– unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8, VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 20: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal endokrine Erkrankung - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 21: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal endokrine Erkrankung – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Tabelle 22: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Multimorbidität - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 23: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Morbidität – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 24: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Medikamentenanzahl - Mittelwerte und Standardabweichung

Tabelle 25: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal 3-4 Medikamente/d – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; SF:Social Functioning, RE:Role Emotional

Tabelle 26: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Bedeutung des Hausarztes - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 27: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Bedeutung des Hausarztes – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Tabelle 28: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Wohnsituation - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 29: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Wohnsituation– unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health

Tabelle 30: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Anzahl im Haushalt Lebender - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 31: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Personenanzahl im Haushalt – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; RE:Role Emotional

Tabelle 32: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Alleinsein - Mittelwerte und Standardabweichung

Tabelle 33: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Alleinsein – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8 RE:Role Emotional

Tabelle 34: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Sport - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 35: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Sport – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8 VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 36: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Kontakthäufigkeit mit Kindern - Mittelwerte und Standardabweichung

Tabelle 37: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal einmal wöchentlich, einmal monatlich und mehrmals/Wochenkontakt mit Kindern – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8
VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 38: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Haustier - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 39: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Wohnung verlassen - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 40: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal täglich Wohnung verlassen – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 41: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Hilfe im Alltag - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 42: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Hilfe im Alltag – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 43: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal soziale Kontakte - Mittelwerte und Standardabweichung, Signifikanztest Mann-Whitney-U

Tabelle 44: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Einkommenszufriedenheit - Mittelwerte und Standardabweichung; Signifikanztest nach Mann-Whitney-U

Tabelle 45: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal Einkommenszufriedenheit – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 46: Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten: Merkmal Zukunftsfreude - Mittelwerte und Standardabweichung

Tabelle 47: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal große Zukunftsfreude undweniger als früher Zukunftsfreude – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

Tabelle 48: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl der Arztkontakte in 3 Monaten bezogen auf das Merkmal kaum Freude auf die Zukunft – unabhängige Variablen: psychische Dimensionen des SF-8; VT:Vitality, RE:Role Emotional

10.4 Ergebnistabellen des SF-8

Dimension	Altersgruppe				
	1	2	3	4	5
PF	43,76 (8,76)	42,71 (8,54)	41,66 (8,78)	38,91 (8,11)	34,51 (8,24)
RP	40,91 (10,43)	43,59 (8,79)	41,69 (9,63)	38,33 (8,47)	34,19 (8,67)
BP	49,58 (10,01)	48,65 (9,55)	47,83 (10,11)	46,71 (9,61)	46,19 (9,88)
GH	42,11 (7,11)	43,27 (6,30)	42,29 (6,56)	41,03 (5,27)	40,55 (5,82)
VT	47,41 (8,55)	47,32 (7,82)	46,22 (7,69)	43,78 (5,83)	42,54 (7,46)
SF	46,54 (9,69)	46,68 (9,43)	45,99 (9,65)	44,78 (9,65)	42,09 (10,22)
RE	43,52 (8,76)	45,62 (7,38)	43,90 (8,38)	41,79 (8,05)	40,50 (9,36)
MH	43,86 (11,35)	46,45 (10,57)	46,06 (8,98)	45,21 (8,98)	43,36 (10,14)
PCS 8	43,64 (9,24)	43,86 (9,96)	42,07 (9,75)	38,84 (8,45)	35,51 (7,66)
MCS 8	44,93 (12,09)	47,39 (11,31)	46,55 (11,12)	45,34 (10,08)	44,16 (11,67)
n	22	117	132	74	34

Tabelle 1: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Altersgruppen

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Herz-Kreislaufkrankung vorhanden	Herz-Kreislaufkrankung nicht vorhanden
PF	43,19 (8,68)	40,62 (8,68)
RP	40,52 (9,41)	43,68 (9,76)
BP	47,67 (9,71)	48,94 (10,52)
GH	41,84 (6,18)	44,66 (6,27)
VT	45,36 (7,23)	49,15 (8,30)
SF	45,42 (9,48)	47,28 (9,73)
RE	43,45 (8,17)	45,46 (8,76)
MH	45,53 (9,96)	46,46 (11,19)
PCS 8	41,06 (9,33)	44,63 (11,54)
MCS 8	46,04 (10,84)	47,88 (12,74)
n	333	46

Tabelle 2: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Herz-Kreislaufkrankung

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	psychische Erkrankung	keine psychische Erkrankung
PF	40,44 (9,06)	41,03 (8,8)
RP	39,91 (9,53)	41,11 (9,49)
BP	47,5 (10,06)	47,89 (9,77)
GH	39,06 (5,96)	42,85 (5,96)
VT	43,34 (8,31)	46,36 (7,17)
SF	40,92 (10,93)	46,67 (8,83)
RE	39,32 (8,49)	44,63 (7,91)
MH	38,14 (10,06)	47,26 (9,38)
PCS 8	41,85 (9,73)	41,42 (9,67)
MCS 8	37,72 (11,69)	48,10 (10,06)
n	67	312

Tabelle 3: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal psychische Erkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Skeletterkrankung	keine Skeletterkrankung
PF	39,39 (8,88)	42,47 (8,55)
RP	39,45 (9,23)	42,35 (9,55)
BP	45,69 (9,65)	49,96 (9,52)
GH	41,11 (9,50)	43,25 (5,95)
VT	45,44 (6,90)	46,20 (7,98)
SF	45,03 (9,68)	46,27 (9,34)
RE	43,14 (8,36)	44,25 (8,14)
MH	45,48 (9,77)	45,80 (10,46)
PCS 8	39,36 (9,35)	43,64 (9,56)
MCS 8	46,27 (11,02)	46,27 (11,17)
n	190	189

Tabelle 4: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Skeletterkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	endokrine Erkrankung	keine endokrine Erkrankung
PF	40,34 (9,02)	41,39 (8,69)
RP	40,41 (9,62)	41,29 (9,39)
BP	48,06 (9,89)	47,63 (9,76)
GH	42,08 (6,16)	42,26 (6,34)
VT	45,33 (7,54)	46,21 (7,39)
SF	45,69 (9,59)	45,61 (9,78)
RE	43,47 (8,19)	43,87 (8,33)
MH	44,86 (10,23)	46,26 (9,99)
PCS 8	41,30 (9,72)	41,65 (9,68)
MCS 8	45,68 (11,06)	46,73 (11,11)
n	167	212

Tabelle 5: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal endokrine Erkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Tumorerkrankung	keine Tumorerkrankung
PF	40,62 (8,69)	40,96 (8,86)
RP	41,10 (10,10)	40,88 (9,45)
BP	48,78 (9,44)	47,73 (9,85)
GH	40,66 (6,15)	42,32 (6,25)
VT	45,57 (7,85)	45,85 (7,43)
SF	44,61 (10,27)	45,75 (9,46)
RE	43,13 (7,93)	43,75 (8,29)
MH	44,43 (11,29)	45,76 (10,0)
PCS 8	41,82 (9,56)	41,47 (9,71)
MCS 8	44,83 (11,81)	46,39 (11,03)
n	32	347

Tabelle 6: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Tumorerkrankung
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Hausarzt ist Hilfe im Pflegefall	Hausarzt ist keine Hilfe im Pflegefall
PF	41,67 (8,51)	40,20 (9,11)
RP	41,46 (9,22)	40,35 (9,46)
BP	49,07 (9,30)	46,59 (10,63)
GH	43,44 (5,34)	40,94 (6,83)
VT	45,99 (6,47)	45,66 (8,33)
SF	46,78 (8,89)	44,54 (9,99)
RE	44,59 (7,86)	42,81 (8,57)
MH	47,04 (9,96)	44,26 (10,09)
PCS 8	42,32 (9,24)	40,68 (10,06)
MCS 8	47,67 (10,54)	44,88 (11,46)
n	188	191

Tabelle 7: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Bedeutung des Hausarztes im Pflegefall

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	in Eigentum wohnend	zur Miete wohnend
PF	43,35 (8,28)	40,83 (8,88)
RP	42,91 (8,99)	40,95 (9,48)
BP	49,93 (8,84)	47,49 (9,89)
GH	43,45 (5,97)	42,06 (6,29)
VT	48,42 (7,69)	45,69 (7,32)
SF	48,22 (8,57)	45,44 (9,55)
RE	45,57 (7,55)	43,58 (8,22)
MH	48,39 (9,35)	45,42 (10,22)
PCS 8	43,79 (8,89)	41,39 (9,82)
MCS 8	49,74 (10,24)	45,99 (11,18)
n	47	318

Tabelle 8: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Wohnsituation

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	alleine lebend	mit Partner/in lebend
PF	40,57 (8,73)	41,09 (8,92)
RP	39,96 (9,77)	41,4 (9,34)
BP	48,85 (9,36)	47,23 (10,08)
GH	41,92 (6,34)	42,3 (6,24)
VT	45,54 (7,40)	45,94 (7,50)
SF	44,53 (9,85)	46,24 (9,34)
RE	42,73 (8,06)	44,19 (8,33)
MH	45,18 (10,44)	45,92 (9,97)
PCS 8	41,27 (9,76)	41,57 (9,72)
MCS 8	45,45 (11,37)	46,72 (10,94)
n	131	243

Tabelle 9: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Anzahl im Haushalt Lebender

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	gerne alleine lebend	ans Alleinsein gewöhnen	mit dem Alleinsein abfinden	unter dem Alleinsein leiden
PF	41,99 (8,77)	42,41 (8,19)	38,82 (8,30)	38,05 (9,79)
RP	41,76 (9,83)	42,33 (9,69)	37,28 (9,13)	37,84 (10,06)
BP	49,62 (9,33)	49,44 (9,05)	47,44 (9,87)	49,22 (9,05)
GH	44,14 (5,94)	43,05 (5,96)	40,67 (5,03)	37,12 (8,01)
VT	47,77 (7,23)	45,96 (6,34)	44,68 (7,59)	40,89 (7,00)
SF	47,19 (8,48)	47,90 (6,64)	42,79 (10,80)	36,17 (10,04)
RE	45,38 (6,03)	44,73 (7,89)	40,95 (8,82)	36,66 (7,44)
MH	49,72 (9,97)	46,79 (10,14)	42,75 (10,98)	36,21 (10,76)
PCS 8	42,34 (10,31)	43,12 (8,98)	39,21 (8,54)	40,43 (11,85)
MCS 8	50,34 (7,30)	47,47 (9,99)	43,21 (12,21)	34,39 (12,15)
n	46	27	41	17

Tabelle 10: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Alleinsein

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	1-2 Medikamente/d	3-4 Medikamente/d	5 Medikamente/d	>5 Medikamente/d
PF	43,62 (8,93)	42,72 (8,19)	39,68 (8,01)	36,42 (8,46)
RP	43,37 (9,49)	42,14 (9,18)	40,82 (8,50)	36,25 (9,33)
BP	50,33 (9,32)	48,71 (9,77)	47,33 (9,57)	43,98 (9,65)
GH	43,90 (6,20)	43,37 (6,07)	41,25 (5,95)	39,37 (5,78)
VT	48,55 (7,38)	46,46 (7,92)	44,90 (6,47)	42,46 (6,41)
SF	46,89 (9,12)	46,86 (8,89)	45,36 (10,12)	42,78 (9,72)
RE	45,11 (8,20)	44,95 (7,55)	42,96 (8,03)	40,99 (8,82)
MH	46,89 (10,25)	47,66 (9,17)	44,39 (10,40)	42,63 (10,11)
PCS 8	44,71 (9,88)	42,74 (9,89)	40,96 (8,11)	36,34 (8,52)
MCS 8	47,73 (11,34)	48,08 (10,32)	45,01 (11,05)	43,26 (11,18)
n	104	110	82	83

Tabelle 11: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Medikamentenanzahl
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	regelmäßig rauchen	gelegentlich rauchen	Nichtraucher
PF	45,95 (7,91)	37,66 (8,75)	40,9 (8,82)
RP	44,47 (10,38)	36,25 (10,65)	40,99 (9,35)
BP	52,66 (9,07)	49,64 (10,66)	47,55 (9,77)
GH	43,86 (6,09)	41,18 (6,42)	42,17 (6,26)
VT	48,71 (8,62)	44,82 (6,49)	45,76 (7,46)
SF	48,92 (6,45)	41,18 (9,57)	45,75 (9,56)
RE	45,19 (9,19)	42,99 (8,43)	43,67 (8,24)
MH	50,36 (7,31)	44,99 (10,35)	45,49 (10,17)
PCS 8	45,78 (9,74)	38,61 (10,95)	41,48 (9,59)
MCS 8	50,02 (7,42)	45,66 (11,08)	46,16 (11,19)
n	13	17	349

Tabelle 12: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Rauchen
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	regelmäßig Sport	selten Sport	nie Sport
PF	44,86 (7,66)	40,49 (8,31)	38,18 (8,88)
RP	44,90 (8,51)	40,43 (9,00)	38,12 (9,44)
BP	49,05 (9,26)	48,56 (10,41)	46,51 (9,79)
GH	45,09 (5,31)	41,44 (6,39)	40,36 (6,06)
VT	49,50 (7,36)	44,02 (6,59)	43,97 (6,94)
SF	49,19 (7,34)	45,15 (10,03)	43,23 (9,93)
RE	46,48 (6,87)	43,72 (8,41)	41,58 (8,56)
MH	47,98 (9,53)	45,88 (10,62)	43,76 (9,94)
PCS 8	45,51 (9,33)	40,97 (9,14)	38,73 (9,23)
MCS 8	49,33 (9,88)	46,00 (11,74)	44,09 (11,12)
n	126	86	167

Tabelle 13: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Sport

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	keine Kinder	täglicher Kontakt	mehrmals / Woche	1 x / Woche	1 x / Monat	seltener
PF	39,71 (9,65)	41,53 (8,49)	40,07 (9,15)	42,05 (8,87)	40,72 (8,67)	40,52 (8,54)
RP	40,32 (10,01)	41,47 (8,19)	40,47 (9,94)	41,66 (9,31)	40,84 (9,67)	40,28 (9,47)
BP	49,06 (10,04)	46,71 (9,86)	46,33 (10,41)	47,79 (9,52)	48,39 (9,54)	47,56 (10,28)
GH	40,32 (6,66)	42,75 (6,45)	42,41 (5,73)	42,95 (5,75)	42,21 (6,19)	41,73 (7,02)
VT	43,74 (7,84)	47,89 (8,34)	45,26 (7,37)	46,79 (6,75)	46,07 (7,87)	45,06 (7,51)
SF	42,44 (10,58)	49,81 (6,39)	47,59 (7,78)	47,65 (9,07)	44,28 (9,39)	44,09 (10,27)
RE	41,11 (9,18)	46,27 (6,81)	44,17 (8,32)	44,89 (7,86)	42,97 (8,29)	43,38 (8,31)
MH	43,38 (9,88)	47,40 (13,06)	46,72 (9,67)	46,67 (9,93)	45,12 (9,86)	44,98 (10,43)
PCS 8	41,20 (9,46)	41,55 (9,72)	40,23 (9,64)	42,21 (10,04)	41,73 (9,65)	40,98 (9,54)
MCS 8	42,67 (11,62)	49,75 (13,04)	47,77 (9,79)	47,82 (10,42)	45,43 (11,09)	45,32 (11,69)
n	40	15	43	113	94	74

Tabelle 14: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Kontakthäufigkeit mit den Kindern

PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Haustier vorhanden	kein Haustier vorhanden
PF	42,78 (8,44)	40,77 (8,87)
RP	42,24 (9,86)	40,78 (9,46)
BP	46,93 (10,77)	47,89 (9,73)
GH	43,53 (4,90)	42,06 (6,35)
VT	47,30 (7,70)	45,69 (7,44)
SF	48,04 (8,85)	45,44 (9,56)
RE	45,42 (8,33)	43,54 (8,25)
MH	48,23 (9,18)	45,41 (10,17)
PCS 8	42,18 (10,12)	41,43 (9,66)
MCS 8	49,16 (9,73)	46,01 (11,17)
n	31	348

Tabelle 15: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Haustier
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	täglich Wohnung verlassen	1-2 mal/ Woche Wohnung verlassen	1-2 mal/ Monat Wohnung verlassen	nie die Wohnung verlassen
PF	42,31 (8,24)	35,21 (8,30)	27,48 (6,46)	30,63 (9,30)
RP	42,43 (8,91)	34,23 (8,73)	27,69 (4,86)	30,00 (7,99)
BP	48,24 (9,68)	45,69 (9,52)	44,64 (11,91)	49,00 (20,44)
GH	42,76 (6,09)	40,04 (5,50)	34,98 (6,49)	38,53 (13,63)
VT	46,73 (7,41)	41,48 (5,47)	41,13 (7,08)	36,37 (8,56)
SF	47,03 (8,87)	40,16 (9,69)	31,24 (5,56)	34,73 (9,81)
RE	44,71 (7,69)	39,02 (9,59)	36,72 (7,63)	35,17 (5,08)
MH	46,61 (9,64)	41,22 (11,72)	38,70 (8,78)	38,20 (5,72)
PCS 8	42,79 (9,48)	35,91 (7,59)	29,44 (4,62)	33,40 (14,89)
MCS 8	47,36 (10,57)	41,25 (12,43)	38,92 (11,52)	36,63 (7,97)
n	317	50	9	3

Tabelle 16: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Wohnung verlassen
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	täglich soziale Kontakte	regelmäßig soziale Kontakte	selten soziale Kontakte	kaum soziale Kontakte
VT	48,94 (6,77)	46,92 (7,40)	43,72 (6,84)	37,64 (6,93)
SF	48,75 (8,15)	47,35 (8,66)	42,28 (10,06)	38,72 (9,52)
RE	46,66 (7,09)	45,09 (7,78)	40,79 (8,31)	36,49 (7,79)
MH	49,67 (7,75)	47,59 (9,64)	41,63 (9,98)	37,02 (10,81)
MCS8	50,27 (8,79)	48,31 (10,69)	42,28 (10,86)	36,14 (11,81)
n	58	187	121	13

Tabelle 17: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal soziale Kontakte
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Einkommens- zufriedenheit sehr gut	Einkommens- zufriedenheit eher gut	Einkommens- zufriedenheit einigermaen	Einkommens- zufriedenheit schlecht
PF	43,82 (8,07)	42,15 (8,31)	38,13 (8,79)	35,29 (11,65)
RP	44,66 (8,62)	41,64 (9,13)	38,18 (9,31)	34,46 (11,61)
BP	49,04 (8,87)	49,03 (9,67)	45,51 (10,27)	49,65 (8,96)
GH	44,43 (5,89)	43,17 (5,76)	39,96 (6,06)	37,72 (8,36)
VT	49,39 (7,95)	46,82 (6,24)	42,81 (7,11)	40,70 (8,38)
SF	49,83 (8,05)	46,94 (8,01)	42,17 (10,34)	37,32 (11,12)
RE	47,38 (6,86)	44,59 (7,35)	40,59 (8,83)	40,51 (9,69)
MH	49,02 (9,26)	46,55 (9,65)	42,99 (10,32)	38,86 (10,15)
PCS 8	44,66 (9,09)	42,73 (9,37)	38,38 (9,29)	37,53 (12,68)
MCS 8	50,76 (10,10)	47,44 (10,14)	42,64 (11,43)	39,01 (10,96)
n	82	155	132	10

Tabelle 18: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Einkommenszufriedenheit
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	große Zukunftsfreude	Zukunftsfreude weniger als früher	kaum Zukunftsfreude	keine Zukunftsfreude
PF	44,23 (7,61)	42,27 (8,22)	37,21 (8,75)	31,72 (9,72)
RP	45,63 (8,19)	41,96 (8,79)	36,37 (9,23)	34,23 (10,73)
BP	48,75 (8,68)	48,08 (9,88)	47,16 (10,09)	43,95 (12,32)
GH	45,02 (5,49)	43,25 (5,42)	38,74 (6,34)	37,43 (7,39)
VT	50,27 (7,46)	46,87 (6,76)	41,50 (5,84)	39,03 (7,79)
SF	50,53 (6,72)	47,61 (8,12)	39,42 (8,08)	36,59 (12,79)
RE	47,24 (6,49)	45,18 (7,33)	39,27 (8,08)	36,59 (12,79)
MH	50,73 (7,11)	47,26 (9,11)	39,85 (9,94)	38,36 (15,23)
PCS 8	44,88 (9,43)	42,44 (9,22)	38,21 (9,36)	34,18 (10,10)
MCS 8	52,09 (7,62)	48,28 (9,63)	39,38 (11,06)	37,78 (16,58)
n	74	190	102	13

Tabelle 19: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Zukunftsfreude
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

Dimensionen	Hilfe im Alltag	keine Hilfe im Alltag
PF	32,56 (6,78)	41,92 (8,53)
RP	31,58 (7,09)	42,00 (9,14)
BP	45,87 (10,24)	48,05 (9,75)
GH	38,17 (6,12)	42,65 (6,11)
VT	41,29 (5,99)	46,36 (7,44)
SF	38,77 (9,88)	46,46 (9,15)
RE	37,01 (8,12)	44,48 (7,92)
MH	39,89 (10,52)	46,32 (9,86)
PCS 8	33,75 (7,14)	42,41 (9,54)
MCS 8	40,06 (11,41)	47,00 (10,83)
n	40	339

Tabelle 20: SF-8 Fragebogen- Mittelwerte und Standardabweichung; Merkmal Hilfe im Alltag
 PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Bodily Pain, GH:Global Health, VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, PCS8:physical component score, MCS8:mental component score

10.5 Korrelationstabellen

Korrelationen mit den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Subgruppenanalysen

	VT	SF	RE	MH	MCS8
Alter	-0,22**	-0,15**	-0,20**	-0,09	-0,11*
Karnofsky	0,37**	0,3**	0,32**	0,25**	0,22**
Mittelwerte der Arztkontakte in 3 Monaten	-0,42**	-0,42**	-0,49**	-0,44**	-0,46**
Kinderanzahl	0,08	0,17**	0,12*	0,11*	0,15**

Tabelle 21: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	PF	RP	BP	GH	PCS8
Alter	-0,27**	-0,25**	-0,11*	-0,16**	-0,26**
Karnofsky	0,52**	0,50**	0,34**	0,41**	0,53**
Mittelwerte der Arztkontakte in 3 Monaten	-0,39**	-0,36**	-0,33**	-0,53**	-0,39**
Kinderanzahl	0,04	0,02	-0,1	0,12	-0,02

Tabelle 22: Korrelationen mit den physischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Korrelationsanalyse nach Spearman; PF:Physical Functioning, RP:Role Physical, BP:Body Pain, GH:Global Health, PCS8:physical component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
Herz-Kreislauf- erkrankung	-0,40**	-0,40**	-0,50**	-0,44**	-0,45**
keine Herz-Kreislauf- erkrankung	-0,34*	-0,45**	-0,49**	-0,45**	-0,43**
psych. Erkrankung	-0,31*	-0,29*	-0,39**	-0,27*	-0,30*
keine psychische Erkrankung	-0,41**	-0,42**	-0,46**	-0,40**	-0,41**
Skeletterkrankung	-0,39**	-0,42**	-0,47**	-0,44**	-0,46**
keine Skeletterkrankung	-0,44**	-0,42**	-0,51**	-0,45**	-0,45**
endokrine Erkrankung	-0,44**	-0,49**	-0,51**	-0,45**	-0,49**
keine endokrine Erkrankung	-0,39**	-0,38**	-0,47**	-0,43**	-0,43**
Tumorerkrankung	-0,34	-0,45**	-0,44*	-0,41*	-0,38*
keine Tumorerkrankung	-0,42**	-0,41**	-0,49**	-0,45**	-0,46**

Tabelle 23: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
1-2 Medikamente/d	-0,33**	-0,39**	-0,46**	-0,42**	-0,43**
3-4 Medikamente/d	-0,47**	-0,55**	-0,61**	-0,50**	-0,54**
5 Medikamente/d	-0,27*	-0,29**	-0,29**	-0,33**	-0,32**
> 5 Medikamente/d	-0,20	-0,24*	-0,34**	-0,26*	-0,32**
Hausarzt ist eine Hilfe bei Pflegebedürftigkeit	-0,33**	-0,35**	-0,48**	-0,35**	-0,39**
Hausarzt ist keine Hilfe bei Pflegebedürftigkeit	-0,49**	-0,43**	-0,49**	-0,49**	-0,49**
Wohnen im Eigenheim	-0,53**	-0,49**	-0,53**	-0,38**	-0,46**
zur Miete wohnend	-0,40**	-0,42**	-0,48**	-0,45**	-0,45**

Tabelle 24: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
alleine lebend	-0,39**	-0,38**	-0,50**	-0,39**	-0,44**
nicht alleine lebend	-0,42**	-0,44**	-0,47**	-0,47**	-0,46**
Wohnen im betreuten Wohnen	-0,24	-0,10	-0,38	-0,05	-0,25
gerne alleine sein	-0,12	-0,29*	-0,46**	-0,36*	-0,36*
am Alleinsein gewöhnen	-0,42*	-0,34	-0,54**	-0,41*	-0,45*
mit Alleinsein abfinden	-0,43**	-0,30	-0,32*	-0,30	-0,38*
unter Alleinsein leiden	-0,47	-0,42	-0,45	0,11	0,12

Tabelle 25: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
regelmäßig rauchen	-0,55	-0,61*	-0,53	-0,42	-0,52
selten rauchen	-0,37	-0,61**	-0,75**	-0,65**	-0,69**
nicht rauchen	-0,42**	-0,41**	-0,47**	-0,44**	-0,45**
Sport regelmäßig	-0,25**	-0,25**	-0,38**	-0,29**	-0,28**
Sport selten	-0,46**	-0,44**	-0,55**	-0,49**	-0,52**
kein Sport	-0,45**	-0,47**	-0,49**	-0,47**	-0,49**

Tabelle 26: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
keine Pflegestufe	-0,41**	-0,41**	-0,46**	-0,43**	-0,44**
Pflegestufe 1	-0,26	-0,16	-0,40*	-0,30	-0,34*
Pflegestufe 2	-0,36	-0,76**	-0,75**	-0,41	-0,45
keine Hilfe im Haushalt	-0,43**	-0,42**	-0,48**	-0,46**	-0,46**
Hilfe im Haushalt	-0,27	-0,39*	-0,54**	-0,26	-0,39*
täglich soziale Kontakte	-0,17	-0,19	-0,37**	-0,36**	-0,34**
regelmäßig soziale Kontakte	-0,36***	-0,35***	-0,40***	-0,29***	-0,34**
selten soziale Kontakte	-0,30***	-0,33***	-0,41***	-0,33***	-0,40**
kaum soziale Kontakte	0,08	0,23	0,18	0,17	0,23
Haustier vorhanden	-0,40*	-0,31	-0,29	-0,32	-0,29
kein Haustier vorhanden	-0,42**	-0,43**	-0,5**	-0,46**	-0,47**

Tabelle 27: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
täglich Kontakt mit Kindern	-0,68**	-0,44	-0,53*	-0,50	-0,39
mehrmals/Woche Kontakt mit Kindern	-0,38*	-0,42**	-0,62**	-0,59**	-0,58
1 mal/Woche Kontakt mit Kindern	-0,38**	-0,28**	-0,32**	-0,23*	-0,27**
1 mal/Monat Kontakt mit Kindern	-0,53**	-0,54**	-0,54**	-0,54**	-0,53**
seltener als monatlich Kontakt mit Kindern	-0,36**	-0,41**	-0,48**	-0,43**	-0,44**
Wohnung täglich verlassen	-0,41**	-0,38**	-0,45**	-0,42**	-0,43**
Wohnung verlassen 1x/Woche	-0,30*	-0,46**	-0,53**	-0,43**	-0,49**
Wohnung verlassen 1-2/Monat	-0,27	-0,30	-0,56	-0,42	-0,43

Tabelle 28: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

	VT	SF	RE	MH	MCS8
Einkommen sehr gut	-0,31**	-0,27**	-0,31**	-0,32**	-0,28**
Einkommen eher gut	-0,36**	-0,36**	-0,45**	-0,39**	-0,39**
Einkommen einigermaßen	-0,45**	-0,45**	-0,53**	-0,49**	-0,53**
Einkommen schlecht	-0,55	-0,56	-0,61	-0,51	-0,53
große Zukunftsfreude	-0,41**	-0,25*	-0,33**	-0,23	-0,24*
Zukunftsfreude weniger als früher	-0,27**	-0,32**	-0,45**	-0,45**	-0,44**
kaum Zukunftsfreude	-0,46**	-0,45**	-0,48**	-0,37**	-0,40**
keine Zukunftsfreude	-0,67*	-0,62*	-0,71**	-0,58*	-0,53

Tabelle 29: Korrelationen mit den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Korrelationsanalyse nach Spearman; VT:Vitality, SF:Social Functioning, RE:Role Emotional, MH:Mental Health, MCS8:mental component score

10.6 Fragebögen

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand (SF-8-Fragebogen)

Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand in den vergangenen 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr haben Sie Probleme mit der körperlichen Gesundheit in den vergangenen 4 Wochen bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß, Treppesteigen)?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu körperlichen Aktivitäten nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer tägliche Arbeit zu Hause und außer Haus?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den 4 vergangenen Wochen?

Ich hatte keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Energie hatten Sie in den 4 vergangenen Wochen?

sehr viel	ziemlich viel	mäßig viel	ein wenig	gar keine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den 4 vergangenen Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war dazu nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr haben Ihnen in den 4 vergangenen Wochen seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in den 4 vergangenen Wochen daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war dazu nicht in der Lage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standardisierter Erhebungsbogen

Wo wohnen Sie?

- im eigenen Haus / Wohnung
- zur Miete
- in einer betreuten Einrichtung
- bei Verwandten/Freunden

Wie viele Personen leben, Sie mit eingeschlossen, im Haushalt?

___ Personen

Mit wem leben Sie zusammen?

- allein lebend
- Ehefrau/Mann bzw. Partner/in
- eigenen Kindern
- Enkeln
- anderen Familienangehörigen
- anderen Personen

Wenn Sie alleine leben:

Wie finden Sie es, allein zu leben (nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)?

- ich lebe gern allein
- ich muss mich an das Alleinleben gewöhnen
- ich muss mich damit abfinden
- ich leide unter dem Alleinsein
- keine Angabe

Seit wann leben Sie alleine?

- wenige Wochen
- 3-6 Monate
- 6-12 Monate
- 12-24 Monate
- seit über 2 Jahren

Rauchen Sie?

- Ja
- gelegentlich
- nein

Sind Sie sportlich aktiv? (z.B. Radfahren, Sportgruppe)

- regelmäßig
- selten
- nein

Welche Pflegestufe haben Sie erhalten?

- keine
- 0
- 1
- 2
- 3
- ist beantragt

Welche Angebote nutzen Sie?

- häusliche Krankenpflege
- hauswirtschaftliche Hilfe
- Essen auf Rädern
- Begleit- und Fahrdienste

Welcher Grad der Behinderung wurde bei Ihnen anerkannt?

___ %

Angenommen, Sie sind bzw. werden hilfe- oder pflegebedürftig. Mit welcher Hilfe könnten Sie rechnen?

- Partner / -in
- eigene Kinder
- Enkelkinder
- Andere Familienmitglieder
- Freunde / Bekannte
- Hausarzt

Wie oft haben Sie Kontakt zu Freunden, Bekannten, Nachbarn?

- täglich
- so oft wie möglich, mindestens einmal wöchentlich
- selten
- kaum

Wie oft sehen Sie Ihr Kind, mit dem Sie am häufigsten Kontakt haben? (Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- einmal die Woche
- einmal im Monat
- seltener

Wie viele Kinder haben Sie? ___

Haben Sie ein Haustier?

- Ja
- Nein

Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung?

- täglich
- 1 – 2 mal / Woche
- 1 – 2 mal / Monat
- nie

Wie kommen Sie mit Ihrem Einkommen zurecht?

- sehr gut
- eher gut
- einigermaßen
- schlecht

Schauen Sie mit Freude in die Zukunft?

- Ja, sehr
- weniger als früher
- kaum
- gar nicht

10.7 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum Unterschrift

10.8 Lebenslauf

Jenny Petermann, geb. Ohk

am 31.08.1980 in Rostock geboren

SCHULBILDUNG:

1987-1995	„J. H. von Thünen –Gymnasium“ Rostock
1995-1999	Gymnasium „Reutershagen“ Rostock, Abschluss mit Abitur

MEDIZINSTUDIUM:

2000	Aufnahme des Studiums der Humanmedizin
2002	Physikum
2003	erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2005	zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2006	dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Facharztausbildung:

2007	Beginn der Facharztausbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin
2014	niedergelassen als Fachärztin für Allgemeinmedizin in Rostock

10.9 Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Prof. P. Kropp für die Vergabe und die freundliche Betreuung des Themas bedanken.

Frau Dr. B. Müller vom Institut für Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie der Universität Rostock danke ich für ihre kritische Durchsicht der Arbeit und den hilfreichen Hinweisen.

Besonderen Dank gilt den an der Befragung teilgenommenen Patientinnen und Patienten, sowie dem gesamten Team der Gemeinschaftspraxis `Dr. K. Rott, Dr. M. Evert und W. Klisch` in Rostock.