universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Lebensqualität - Vergleich zweier Lebensqualitätsfragebögen anhand unterschiedlicher Behandlungsmethoden“

Verfasserin

Manuela Posselt

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 1222
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
Betreuerin:	Dr. Micha Bitschnau

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

I. THEORETISCHER TEIL 8

1. Lebensqualität und Gesundheit 9

1.1. Gesundheit 10

1.1.1. Definitionen 10

1.1.2. Faktoren für Gesundheit 12

1.2. Gesundheitsförderung 12

1.2.1. Ottawa Charta 13

1.2.2. Jakarta Erklärung 14

1.2.3. Gesundheitsförderung - Gesundheitswesen 14

1.2.4. Gesundheitsförderung – Gesundheitsdienst 15

1.2.4.1. Gesundheitsdienst: Gesundheits- und Krankenpflege 15

1.2.5. Gesundheitsförderung – Alternative Heilmethoden 16

1.2.5.1. Alternative Heilmethode - Homöopathie 17

2. Lebensqualität 19

2.1. Definitionen 19

2.2. Der Begriff Lebensqualität 20

2.3. Lebensqualität - gesundheitsbezogene Lebensqualität 22

2.4. Geschichtliche Hintergründe 22

2.5. Lebensqualität in der Gesundheitswissenschaft 24

3. Messung von Lebensqualität 25

3.1. Erhebung von Daten 27

3.2. Messinstrumente 29

3.3. Konstruktion eines Fragebogens 30

3.3.1. Theoretische Fundierung 30

3.3.2. Auswertung 30

3.3.3. Methodische Prüfung 30

3.3.4. Güte eines Meßinstruments 31

4. Entwicklung standardisierter Fragebögen 32

4.1. SF-36 32

4.1.1. Entwicklung des SF-36 32

4.1.2. Dimensionen des SF-36 33

4.1.3. Darstellung der Fragen 34

4.1.4. Antwortkategorien des SF-36 34

4.2. HLQ 36
4.2.1. Entwicklung des HLQ 38
4.2.2. Dimensionen des HLQ 39
4.2.3. Antwortkategorien des HLQ 40
4.2.4. Darstellung der Fragen 41
4.3. Etablierung eines neuen Fragebogens 41
4.3.1. Gewinnung der Daten für den Vergleich der Fragebögen 42
5. Studie 43
5.1. Aufbau der Studie 43
5.1.1. Durchführungsplan 44
5.1.2. Medikation 44
5.1.3. Behandlungsplan 45
5.2. Klassische Homöopathie 45
5.2.1. Geschichte der Homöopathie 45
5.2.3. Homöopathie in Österreich 48
5.2.4. Homöopahtie international 49
5.2.5. Homöopathie in der bearbeiteten Studie 49
II. EMPIRISCHER TEIL 50
Ziele der Arbeit 51
6. Bearbeitung der Daten 52
6.1. Zur Verfügung stehende Daten 53
6.2. Datenbereinigung 54
6.4. Normierung der Daten 54
6.5. Erwartungen an einen Fragebogen 55
7. Korrelationsanalysen 56
7.1. Korrelationsanalyse des HLQ 57
7.1.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen des HLQ 57
7.1.2. Korrelationsanalyse der Einzelfragen des HLQ 58
7.2. Korrelationsanalyse des SF-36 60
7.2.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen des SF-36 60
7.2.2. Korrelationsmatrix der Einzelfragen des SF-36 61
7.3. Korrelationsanalyse des SF-36 und des HLQ 63
7.3.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen beider Fragebögen 63
7.3.2. Korrelationsmatrix der Einzelfragen des SF-36 und des HLQ 64
7.4. Korrelationsanalysen der weiteren Fragebögen 66
7.4.1. Korrelationsanalyse der Visual analogue scale (VAS) 66
7.4.2. Korrelationsmatrix der Beschwerdeliste (B-L) 67

7.5. Korrelationsmatrix von VAS und B-L mit SF-36 und HLQ 69
7.5.1. Korrelationsmatrix von VAS mit SF-36 69
7.5.2. Korrelationsmatrix von VAS mit HLQ 70
7.5.3. Korrelationsmatrix von B-L mit SF-36 71
7.5.4. Korrelationsmatrix von B-L mit HLQ 73
8. Auswirkungen der verschiedenen Behandlungsmethoden 74
8.1. Bearbeitung der Daten für die Tendenzanalysen 76
8.2. Tendenzauswertungen des SF-36 77
8.2.1. SF-36 - Faktoren 77
8.2.2. SF-36 - Faktoren - beide Behandlungsgruppen 78
8.2.3. SF-36 - Einzelfragen 79
8.2.4. SF-36 - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen 81
8.3. Tendenzanalyse des HLQ 82
8.3.1. HLQ - Faktoren 82
8.3.2. HLQ - Faktoren - beide Behandlungsgruppen 82
8.3.3. HLQ - Einzelfragen 83
8.3.4. HLQ - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen 83
8.4. Tendenzanalyse der VAS 85
8.4.1. VAS - Einzelfragen 85
8.4.2. VAS - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen 86
8.5. Tendenzanalyse der B-L 87
8.5.1. B-L - Einzelfragen 87
8.5.2. B-L - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen 88
9. Diskussion 89
9.1.Kritische Auseinandersetzung mit dem HLQ 89
9.1.1. Erkenntnisgewinn aus den Korrelationsmatrizen 89
9.1.2. Bestehende Verifizierungen des HLQ 90
9.1.2.1. Vortest der Entwickler 90
9.1.2.2. Kritik 90
9.1.2.2. Korrelationsanalyse von Dr. Benzinover 91
9.1.2.3. Kritik 91
9.2. Vergleich der Ergebnisse 95
9.3. Verwendungs- (Verbesserungs-)möglichkeiten für den HLQ 97
9.4. Erkenntnisgewinn aus der Tendenzauswertung 98
10. Relevanz für die Pflegeforschung 100
LITERATURVERZEICHNIS 101

Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Vergleich zweier Fragebögen.
Fragebögen können aufgrund ihrer Dimensionen und Einzelfragen verglichen werden. Dimensionen stellen dabei die Überschrift für eine Gruppe von Einzelfragen dar. Doch selbst bei gleichnamigen Dimensionen in verschiedenen Fragebögen ist es nicht gesichert, daß die unter dieser Überschrift zusammengefaßten Fragen das Gleiche erfragen.
Daher werden die beiden Fragebögen statistisch verglichen und anhand dieser Ergebnisse interpretiert.

Bei den zu vergleichenden Fragebögen handelt es sich um zwei unterschiedliche Fragebögen zur Erfaßung von Lebensqualität. Den SF-36 und den HLQ.

Der Parameter Lebensqualität wird immer häufiger dazu verwendet um Interventionen zu bewerten.
Vor allem im Bereich der Pflege und bei medizinischen Maßnahmen wird mit Hilfe des Überbegriffs Lebensqualität versucht die Qualität gesetzter Interventionen zu evaluieren.

Um Lebensqualität faßbar zu machen, werden in der Praxis verschiedene Fragebögen unterschiedlicher Art und Qualität herangezogen. Außerdem werden laufend neue Meßinstrumente zur Beurteilung von Lebensqualität entwickelt.
Eines dieser relativ neu entwickelten Meßinstrumente ist der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität, kurz HLQ genannt.

Damit sich ein neues Meßinstrument etablieren kann ist es wichtig den neuen Fragebogen mit bestehenden Fragebögen zu vergleichen und an ihnen zu messen.

Um eine weitere Qualitätsprüfung für den Herdecker Fragebogen für Lebensqualität zu ermöglichen setzt sich diese Arbeit mit dem Vergleich des standardisierten Lebensqualitätsfragebogens SF-36 und dem verhältnismäßig neuen HLQ auseinander.

Um herauszufinden welcher der vorliegenden Fragebögen das geeignetere Meßinstrument für die Erfassung von Lebensqualität ist, wurde mir von Frau Dr. Bitschnau eine Studie, die sie gemeinsam mit Kollegen am Wiener AKH durchgeführt hatte, zur Verfügung gestellt.

Bei dieser Studie waren nicht nur zwei verschiedene Lebensqualitätsfragebögen verwendet worden, sondern es wurden auch zwei verschiedene Behandlungsarten eingesetzt.
Dies ist vor allem dahingehend von Bedeutung, da so zusätzlich zum allgemeinen Vergleich der Fragebögen auch auf andere spezielle Fragestellungen eingegangen werden kann. Die Entwickler des HLQ behaupten, daß ihr Fragebogen viel empfindlicher auf Veränderungen reagiert, vor allem bei alternativen Therapien.
Es gilt also nicht nur herauszufinden, ob der HLQ ein adäquates Meßinstrument für Lebensqualität ist sondern auch, ob er tatsächlich sensibler auf auftretende Veränderungen reagiert als der bestehende, standardisierte Lebensqualitäts-fragebogen SF-36.

In der zur Verfügung gestellten Studie wurden Frauen mit rezidivierenden vulvovaginalen Infektionen 12 Monate hindurch entweder herkömmlich schul--medizinisch mit einem Antimykotikum oder alternativ medizinisch mit klassischer Homöopathie behandelt.
Die Zuteilung, wer in welche Gruppe fiel, wurde mit Hilfe eines Computerprogramms zufällig entschieden.
Bei jedem Kontrolluntersuchungstermin wurde bei jeder Probandin ein Abstrich gemacht und zusätzlich mußte jede Einzelne verschiedene Fragebögen, sowohl zum Thema Lebensqualität als auch zu allgemeinen Parametern, ausfüllen.

Um zukünftige Einsatzmöglichkeiten des HLQ aufzuzeigen, werden in dieser Arbeit die beiden Fragebögen HLQ und SF-36 unter Zuhilfenahme einer Korrelations-analyse unter verschiedenen Gesichtspunkten verglichen.

Außerdem wird untersucht, ob die klassisch homöopathische Behandlungsmethode im Vergleich zur konventionell medizinischen Behandlungsmethode eine erkennbare Auswirkung auf die Lebensqualität hat.
Dies ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, da das heutige Gesundheitssystem mit einer problematischen finanziellen Situation konfrontiert ist. Außerdem wird für die Patienten eine ganzheitliche Wahrnehmung ihrer Beschwerden immer wichtiger und daher der Ruf nach der Möglichkeit alternativen Behandlungsmethoden immer lauter.

Die Autoren des HLQ haben diesen Fragebogen vor allem deshalb entwickelt, um für die Bewertung alternative Behandlungsmethoden ein sensibleres Meßinstrument zu haben. Ob der HLQ tatsächlich diese Anforderung erfüllt wird mit Hilfe einer Tendenz-auswertung überprüft.

Um sich dem Begriff Lebensqualität grundsätzlich anzunähern wird am Anfang dieser Arbeit eine ausführliche Betrachtung von Gesundheit und deren Förderung stehen.
Gesundheit gilt als Grundvoraussetzung für Lebensqualität, genauer gesagt als Hauptbestandteil. Aus diesem Grund ist auch die Entwicklung von Lebensqualitätsfragebögen eng mit Gesundheitsförderungsprogrammen verwoben, da für die Überprüfung der gesundheitsfördernden Programme Meßinstrumente zur Evaluierung benötigt wurden.

Schwierigkeiten

Informationen über den HLQ zu bekommen gestaltete sich schwierig. Er wurde an der Universität Witten/Herdecke entwickelt, doch weder per e-mail noch telefonisch war es möglich mit jemandem von dieser Universität in Kontakt zu treten, der mir Auskünfte zum HLQ hätte geben können.
Ein Kontakt zu Dimitri Benzinover, der eine erste Analyse des HLQ in seiner Dissertation vorstellte, war ebenfalls nicht möglich.

Dank

Dr. Micha Bitschnau, die mir die Daten zur Verfügung gestellt und mich während der Arbeit aufmunternd begleitet hat.
Mag. Peter Pöschl, der die statistischen Überlegungen und Berechnungen erst möglich machte.
Meiner Familie, die mich ungern aber doch aus meinen alltäglichen Aufmerksamkeitsverpflichtungen entließ, damit ich mich dem Schreiben widmen konnte.
Meinem Mann, der trotz Widerwillen Verständnis zeigte.
Meinen Freunden, die ihres dazu beigetragen haben, diese Arbeit verständlich zu machen.

Schlußwort

Leider stellte sich der HLQ nicht als adäquates Meßinstrument für alternative Behandlungsmethoden heraus.
Seine Korrelationsanalyse machte deutlich, daß die verwendeten Überbegriffe (Dimensionen) keine exakten Trennungen von einander aufweisen.
Im Vergleich mit dem SF-36 ist eine „unsaubere“ Arbeitsweise zu erkennen.

Trotzdem wird durch einige Fragen, die im Herdecker Fragebogen für Lebensqualität gestellt werden, deutlich, daß der standardisierte und gut gemachte SF-36 bestimmte Teilbereiche der Lebensqualität nicht abdeckt.

Bei einigen Fragen des HLQ weist tatsächlich die alternativmedizinisch behandelte Gruppe eine deutlichere Änderung auf als die herkömmlich medizinisch behandelte Vergleichsgruppe.
Es besteht also weiterhin der Bedarf nach einem Meßinstrument das sensibel auf bestimmte Umstände reagiert, die durch alternative Behandlungsmethoden scheinbar mehr beeinflußt werden als durch schulmedizinische Medikation.
Für zukünftige Meßinstrumente gilt es, diese Bereiche herauszufinden.

---

[1] Es wird darauf hingewiesen, daß aus Gründen der Lesbarkeit auf die maskuline Formulierung „Patienten“, „Ärzte“ usw. zurückgegriffen wird. Selbstverständlich sind immer, beide Geschlechter gemeint. Ausgenommen sind die studienbezogenen Ausführungen. Da an dieser Studie nur Frauen teilnahmen wird hier die weibliche Form verwendet.

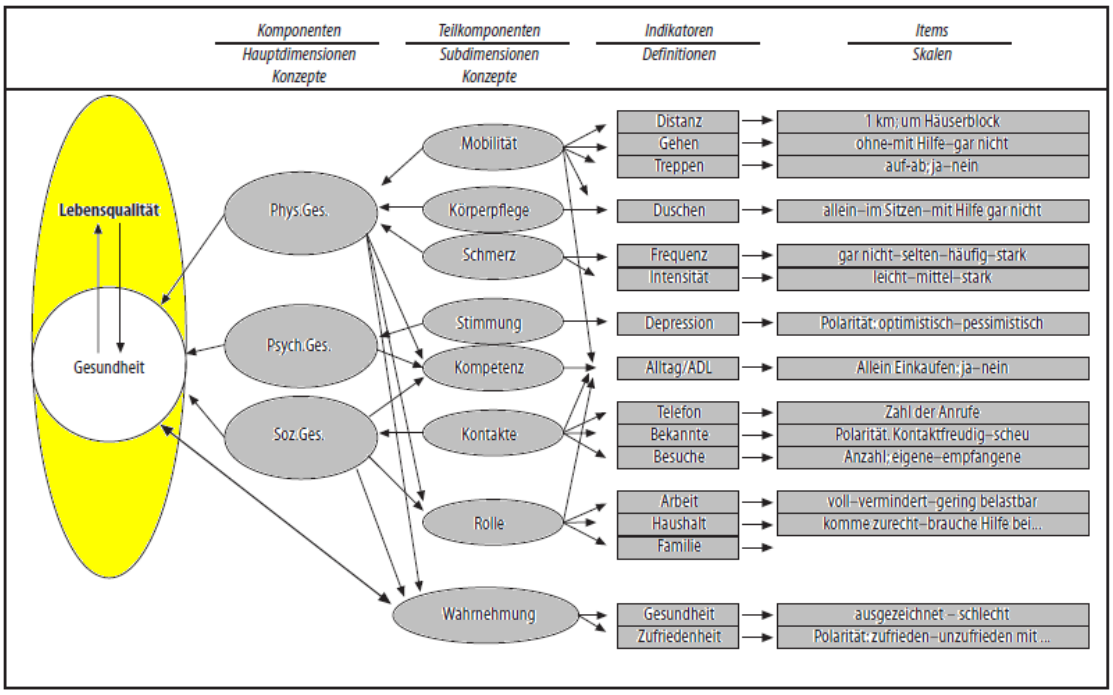
I. Theoretischer Teil

Gesundheit ist nicht alles,

aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Arthur Schopenhauer[2]

1. Lebensqualität und Gesundheit



Komponenten, Dimensionen und Konzepte gesundheitsbezogener Lebensqualität und ihre Operationalisierung (Beispiele)

Abb. 1 modifiziert aus Radoschewski 2000/43:178

In dieser Abbildung wird dargestellt welche Wege zur Zeit genutzt werden, um vom Überbegriff Lebensqualität zu den verschiedenen möglichen Fragen zu kommen, die ein Meßinstrument zur Einschätzung von Lebensqualität benötigt um Lebensqualität überhaupt faßbar machen zu können.

In Kapitel 3.4. wird auf diese Übersicht der Herangehensweise zur Entwicklung eines Fragebogens detaillierter eingegangen. Doch bereits bei der ersten Betrachtung zeigt sich deutlich, daß Gesundheit ein Hauptbestandteil von Lebensqualität ist und man kann sogar behaupten, daß Gesundheit als Grundlage für Lebensqualität angesehen werden kann.

Grundsätzlich wird Gesundheit sehr selbstverständlich als Voraussetzung für die Realisierung sämtlicher Lebensziele angenommen.

---

[2] Dieser Ausspruch spiegelt sinngemäß den Inhalt von Schopenhauer´s Werk *„Aphorismen zur Lebensweisheit“* wider.

Zahlreiche empirische Untersuchungen haben ergeben, daß Gesundheit für den Einzelnen keinen Selbstwert hat, sondern als gegeben vorausgesetzt wird.
Der Gesundheitszustand wird erst wahrgenommen, wenn er zu Einschränkungen führt. (vgl. Hüttner 1998 in Radoschewski 2000/43:168)
Henke macht dies deutlich indem er einen Blick auf den überwiegenden, gesunden Teil der Bevölkerung wirft und feststellt, wie wenig Gesundheit im alltäglichen Leben geschätzt wird, da statt gesunder Lebensführung und Krankheitsprävention eher ungesunde Risikofaktoren den Alltag bestimmen. Erst im Krankheitsfall, wenn Gesundheit verloren scheint, werden alle Möglichkeiten und Ressourcen eingesetzt um sie wieder herzustellen. (vgl. Henke 2005:96)

1.1. Gesundheit

Gesundheit ist ein allumfassender Begriff der etwas beschreibt, was für alle Menschen höchstes Recht und selbstverständlich sein sollte.
Gesundheit setzt sich aus den verschiedensten Grundbausteinen zusammen und ist schwierig zu fassen, weshalb es vielfältige Definitionen für Gesundheit gibt.

1.1.1. Definitionen

Allgemeine Definition der WHO seit dem Jahr 1948:
„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet ein Grundrecht jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."

(Verfassung der WHO 1948 [1])

In der Ottawa Charta wurde 1986 Gesundheit so formuliert:

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten, und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

(Ottawa Charta 1986 [2])

Antonovsky, beschreibt individuelle Gesundheit als einen, auf einem Kontinuum zwischen (absoluter) Gesundheit und (absoluter) Krankheit befindlichen Zustand.

Entsprechend seinem Salutogenesekonzept versteht man unter Gesundheit keinen statischen Zustand, sondern vielmehr einen Prozeß.
Dieses Konzept geht davon aus, daß es weder eine absolute Krankheit noch eine absolute Gesundheit gibt. Man befindet sich gesundheitlich immer auf einem, diese zwei Extreme umspannenden Kontinuum.
Außerdem sind für Antonovsky Gesundheit und Krankheit nicht nur von objektiven Faktoren abhängige Zustände, sondern auch und vor allem subjektiv geprägte Erlebnisse.

(vgl. Antonovsky, Franke 1997:29f)

Laut dem Brockhaus-Lexikon leistete Antonovsky mit dieser Sichtweise einen wichtigen *„Beitrag zum Verständnis d. Gesundheit als einen labilen u. sich dynamisch regulierenden Geschehen."*

(Brockhaus 2006/2:184)

Schöps zitiert den italienischen Theologen, Thomas von Aquin, der schon im 13. Jahrhundert die subjektive Befindlichkeit als grundlegende Komponente für Gesundheit beschrieb:

„Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung,
und sie gedeiht mit der Freude am Leben."

(vgl. Schöps 2009:13)

Das dtv-Lexikon beschreibt Gesundheit als körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden im objektiven Sinn. Dabei sind kleine Schäden, falls sie nicht subjektiv das Wohlbefinden beeinflussen, kein Mangel. Die Gesundheit umfaßt außerdem die Erbanlagen, die krank sein können, ohne daß dies objektiv in Erscheinung tritt und subjektiv empfunden wird. Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine ständige aktive Leistung des Gesamtorganismus, vor allem der Psyche.

(vgl. dtv-Lexikon 2006/8:150)

Hahnemann beschreibt Gesundheit in §9 so:
„Im gesunden Zustande des Menschen waltet die geistartige, als Dynamis den materiellen Körper (Organism) belebende Lebenskraft (Autocratie) unumschränkt und hält alle seine Theile in bewundernswürdig harmonischem Lebensgange in Gefühlen und Thätigkeiten, so daß unser inwohnende, vernüftige Geist sich dieses lebendigen, gesunden Werkzeugs frei zu dem höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann." (Hahnemann 1921:68)

1.1.2. Faktoren für Gesundheit

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend bezeichnet die von der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1948 festgelegte Begriffsbestimmung für Gesundheit, als Loslösung des Terminus Gesundheit aus den engen Bezügen des professionellen Krankheitssystems ebenso, wie aus einer rein biomedizinischen Sichtweise. (vgl. BMGFJ [3])

Entsprechend der WHO Definition und der oben genannten Ansätze gibt es verschiedene bedeutende Faktoren für die Gesundheit:

- Genetische Faktoren
- Persönlicher Charakter
- Lebensweise
- Soziales Umfeld
- Umweltfaktoren

Die Ottawa Charta beschreibt Gesundheit, betrachtet unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung, nicht vorrangig als Lebensziel sondern im Wesentlichen als Bestandteil des alltäglichen Lebens.
„Sie ist ein Zustand der Balance zwischen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren. Gesundheit entsteht, wenn Menschen ihre Ressourcen optimal entfalten und mobilisieren können, um so den inneren und äußeren Anforderungen zu begegnen. Sie ist ein dynamischer Prozess, der – abhängig von den wechselnden Belastungen und Möglichkeiten konkreter Lebenssituationen – immer wieder neu gestaltet und ausbalanciert werden muss“

(Fond Gesundes Österreich [4])

1.2. Gesundheitsförderung

Erst die Interventionen für die Gesundheitsförderung und der Anspruch diese Maßnahmen zu evaluieren führte zu der Entwicklung des qualitativ hochwertigen SF-36. (Siehe Kapitel 2.4.) Dieser Lebensqualitätsfragebogen ist heute standardisiert und der am häufigsten verwendeten Fragebogen zur Lebensqualität. Er gilt auch für den *„deutschen Sprachraum als psychometrisch zufriedenstellendes Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“.* (vgl. Bullinger 2000/43:195)

Auch aus diesem Grund ist nicht nur dem Begriff Gesundheit im Zusammenhang mit dem Thema Lebensqualität ein hoher Stellenwert beizumessen, sondern auch dem Begriff der Gesundheitsförderung.

Damit Gesundheit ent- und bestehen kann, wurde in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts von den Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Erklärung von Alma-Ata „Gesundheit für alle“ zum Ziel erklärt.
In Kanada folgte 1986 die 1. internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, aus der die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hervorging.

1.2.1. Ottawa Charta

In der Ottawa Charta ist formuliert, daß „Gesundheit für alle“ darauf abzielt
"[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können."

(Ottawa Charta, 1986 [2])

Die Ottawa-Charta wird auch vom Ministerium für Gesundheit, Familie und Jugend als wesentliches Element für die Bedeutungszunahme von Gesundheitsförderung und Primärprävention beschrieben. (vgl. BMGFJ [3])

In der Niederschrift dieser ersten Konferenz für Gesundheitsförderung werden alle Gesundheitsverantwortlichen angeregt und aufgefordert ihren Beitrag für Gesundheit zu leisten. Dieser Auftrag betrifft nicht nur Regierungen sondern auch Institutionen und vor allem auch jedes einzelne Individuum.

Die Ottawa-Charta faßt die notwendigen Aufgaben in drei Grundprinzipien und fünf Handlungsstrategien zusammen.

Die drei Grundprinzipien lauten:

- Interessen vertreten
- Befähigen und Ermöglichen
- Vermitteln und Vernetzen

Die fünf Handlungsstrategien sind:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

1.2.2. Jakarta Erklärung

Bei der 4ten internationalen Konferenz 2002 wurden in Indonesien in der Jakarta Erklärung (Jakarte Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Centure) Prioritäten für die Gesundheitsförderung festgelegt, die der Fonds Gesundes Österreich wie folgt zusammenfasst:

- Förderung der sozialen Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potentiale von Gemeinschaften und Individuen
- Sicherstellen einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung

(vgl. Fond Gesundes Österreich [5])

1.2.3. Gesundheitsförderung - Gesundheitswesen

Eine fundamentale Säule für unsere Gesundheit bietet unser Gesundheitswesen. Es stellt die Versorgung der Bevölkerung mit den verschiedenen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, präventiv und im Krankheitsfall, dar. Unser heutiges Gesundheitssystem basiert größtenteils auf den Errungenschaften der sogenannten Schulmedizin.

Doch wie schon in der Ottawa Charta beschrieben ist Gesundheit und deren Förderung nicht die Aufgabe einer Institution alleine.

Der relativ neue Studienlehrgang „Public Health“ an der Universität in Graz beschreibt, daß das Ziel des Gesundheitswesens am gesundheitlichen Bedarf der Bevölkerung orientiert sein sollte.

Es muß (müßte) für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung stehen.

Das Gesundheitswesen sollte ebenso wirksam wie wissenschaftlich sein und die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung hilfebedürftiger Menschen gewährleisten.

Unser heutiges Gesundheitswesen beruht auf der kurativen Medizin, die ihren Aufschwung seit Anfang des 20. Jahrhunderts erlebte.

Während dieser Teil des Gesundheitswesens stark wachsen konnte, wurden andere Säulen des Gesundheitssystems immer mehr außer Acht gelassen.

Die, laut der medizinischen Universität Graz, unbedeutende Stellung von „Public Health“ in den letzten Jahrzehnten kann als wesentlicher Grund für die Krise des Gesundheitssystems heute angesehen werden.

(vgl. Medizinische Universität Graz, Public Health [7])

1.2.4. Gesundheitsförderung – Gesundheitsdienst

Entsprechend der Handlungsstrategie der Ottawa Charta „Gesundheitsdienste neu orientieren“ sind die Träger der Gesundheitsförderung die Gesundheitsdienste, Ärzte, Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Gesundheitseinrichtungen und der Staat sind aufgefordert ein Versorgungssystem zu entwickeln, das weit über die medizinisch-kurativen Behandlungen hinaus geht. Dabei müssen die kulturellen Bedürfnisse respektiert, die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen berücksichtigt, und die Vernetzung und Koordination zwischen den einzelnen gesundheitsrelevanten Bereichen verbessert werden.

(vgl. Ottawa Charta 1986 [2)

1.2.4.1. Gesundheitsdienst: Gesundheits- und Krankenpflege

Da es vor allem Pflegepersonen sind, die viel Zeit mit den Patienten verbringen, sind sie ein immer wichtiger werdender Faktor für die Umsetzung verschiedener gesundheitsfördernder Strukturen.

Im Paragraph 11 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) wird das allgemeine Berufsbild diplomierter Kranken- und Gesundheitspflegepersonen wie folgt beschrieben und vor allem durch Zusatz 1) wird ihre Rolle in Rahmen der Gesundheitsförderung deutlich.

§ 11

(1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege1) ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(3) Die in Abs 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.

1) Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst alle Tätigkeiten, die direkt am Menschen oder indirekt für den Menschen ausgeführt werden. Ein vermehrtes Augenmerk soll jetzt auf die Vor- und Nachsorge

gelegt werden. Auch die (bisher vernachlässigte) Gesundheitsschwester muss mehr in den Vordergrund gerückt werden. Ihre Aufgaben sind unter anderem die Gesundheitsvorsorge in Schulen, Kindergärten und sozialen Einrichtungen verschiedener Art. Diese Vorsorge ist notwendig, um Krankheiten zu verhindern und das Gesundheitswesen wieder finanzierbar zu machen. Der extramurale Bereich der Gesundheitsbetreuung durch Hauskrankenschwestern ist für die Zukunft mehr auszubauen und die Zusammenarbeit der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit anderen Gesundheitsberufen ist zu fördern. [...]

(Auszug aus dem GuKG [6])

1.2.5. Gesundheitsförderung – Alternative Heilmethoden

Die Grundprinzipien der Ottawa Charta beschreiben sowohl den ökonomischen als auch den sozialen und persönlichen Bereich als einen wichtigen Bestandteil von Gesundheit.

Der Förderung dieser Bereiche wird daher immer mehr Beachtung geschenkt. Es gilt den Zugang zu allen wesentlichen Informationen zu ermöglichen, um so die Entwicklung von praktischen Fertigkeiten zu fördern.

Ebenso soll die Möglichkeit der individuellen Entscheidung in Bezug auf die eigene Gesundheit unterstützt werden.

Nur wenn man einflußnehmende Faktoren beeinflussen kann, ist man befähigt sein persönliches Gesundheitspotential weitgehend zu entfalten.

(vgl. Ottawa Charta 1986[2])

Die Förderung der Gesundheitsverantwortung des Einzelnen und das Vernetzen mit Institutionen, wird vor allem von Vertretern alternativer Heilmethoden genutzt, die ihr Wissen vermehrt zugänglich machen. Daß dies auf Anklang trifft wird deutlich, wenn man die Erscheinungs- und Absatzzahlen jener Bücher betrachtet, die zu dieser Kategorie zählen. Gerade in den letzten Jahren läßt sich ein deutlicher Aufschwung in diesem alternativen Sektor feststellen.

Das Ziel der Handlungsstrategien der Ottawa Charta, persönliche Kompetenzen zu entwickeln, und Gesundheit nicht nur in die Verantwortung von Institutionen sondern in das Bewußtsein des Einzelnen zu bringen, scheint erreichbar.

Vor allem die gesellschaftliche Mittelschicht in unseren Breiten zeigt vermehrtes gesundheitliches Interesse.

Verschiedenste alternative Angebote wie Ajurveda, Akupunktur, Bachblütentherapie, Cranio-Sakral-Therapie, Grinberg Methode, Homöopathie, Kinesiologie, Schüssler Salze, Shiatsu, Zen-Meditation u.v.m. werden vermehrt in unsere Gesundheits- und Heilungsvorstellungen integriert.

„Eine von der Diagnostic Clinic in Auftrag gegebene Studie hat ergeben, dass der Großteil der Menschen alternative Heilmethoden für genauso wirksam wie die Schulmedizin hält. Von 1.000 befragten Briten vertrauten 68 Prozent auf pflanzliche Heilmittel und Naturheilkunde. Einer von vier Teilnehmern ging davon aus, dass traditionelle Heilmethoden die einzige Möglichkeit zur Behandlung von Krankheiten sind. Die Altersgruppe der 35 bis 44-Jährigen vertraut alternativen Heilmethoden am ehesten. Die Briten geben derzeit bei steigender Tendenz jährlich mehr als 130 Mio. Pfund (187 Mio. Euro) für alternative Behandlungsformen aus. Laut BBC wird in den nächsten vier Jahren ein Anstieg von weiteren 70 Mio. Pfund (101 Mio. Euro) erwartet.[...]" (Journalmed [12])

Auch der Leiter des Berliner Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der renommierten Berliner Charité, warnt davor, die Wichtigkeit der Komplementärmedizin im Rahmen eines modernen, effizienten Gesundheitssystems zu unterschätzen.

Willich hatte im Auftrag zweier deutscher Krankenkassen *„die Wirksamkeit von Akupunktur- und homöopathischen Zusatzbehandlungen bei Patienten mit chronischen Beschwerden getestet. Das Ergebnis überraschte in seiner Eindeutigkeit, denn „die überwiegende Mehrzahl der Patienten, die eine mit Homöopathie oder Akupunktur kombinierte Behandlung erhielten, wiesen bessere Therapieerfolge auf“*.“ (Gesundheitswirtschaft [13])

1.2.5.1. Alternative Heilmethode - Homöopathie

Da bei der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie die alternative Heilmethode Homöopathie gewählt wurde, wird hier auf den Stand der Homöopathie im heutigen Gesundheitswesen eingegangen.

Diese traditionsreiche Behandlungsmethode, die im 19. Jahrhundert auch in Krankenhäusern ausgeübt wurde (siehe Kapitel 5.2.3.), ist heute nahezu gänzlich aus dem öffentlichen Gesundheitssystem gedrängt.

Dies liegt vor allem an der weit verbreiteten Meinung, Homöopathie sei wissenschaftlich nicht fundiert und entspräche daher nicht dem Standard der Evidence-Based-Medicin (EBM).

Homöopathische Behandlung zielt im Vergleich zur konventionellen Medizin, auf die ganzheitliche Behandlung und Heilung des Patienten ab. Symptome werden als Ausdruck des *ganzen Menschen* gewertet, wohingegen in der herkömmlichen medizinischen Therapie nur das vorliegende Symptom Beachtung findet und behandelt wird.

Die meisten Studiendesigns sind auf schulmedizinische Wirkmethoden einzelner Medikamente ausgerichtet.

Die klassische Homöopathie ist eine Regulationstherapie, die nicht primär auf ein einzelnes Organ abzielt, sondern auf immunologischer Ebene den gesamten Organismus stärkt und so Krankheiten einzelner Organe beheben soll. Homöopathische Arzneien sollen die Selbstheilungskräfte des Körpers wiederherstellen und so gesundheitsfördernd wirken.
Da der Ansatzpunkt der konventionellen Therapie und der klassischen Homöopathie verschieden sind, ist ein objektiver Vergleich der beiden Behandlungsmethoden kaum in Studien zu finden.
Zusätzlich ist die Finanzierung qualitativ hochwertiger Homöopahtiestudien problematisch. *„Homöopathische Arzneien sind relativ billig, die Finanzkraft der homöopathische Industrie ist sehr begrenzt“*, wie Max Daege, der Präsident der ECHAMP, European Coalition on Homeopathic an Anthroposophic Medicinal Products, feststellt. Umfangreichen Forschungen sind so durch die in dem Bereich tätigen Unternehmen selbst kaum finanzierbar. Daher wäre es für Daege *„unbedingt notwendig, dass der Komplementärmedizin auch im 7. EU-Forschungsrahmen-programm entsprechender Platz eingeräumt wird.“* (Gesundheitswirtschaft [13])

Heute wird Homöopathie in Österreich in sogenannten Kassenpraxen oft komplementär, also zusätzlich zur konventionellen Medizin, angeboten.
Doch nur wenige österreichische Ärzte sind im Sinne der klassischen Homöopathie ausgebildet und wenden diese Lehre entsprechend den homöopathischen Grundsätzen an. (Homöopathische Grundsätze siehe Kapitel 5.2.1.)

2. Lebensqualität

Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, ob unterschiedliche medizinische Interventionen eine unterschiedliche Auswirkung auf die Lebensqualität haben.

Wie man der Ottawa Charta entnehmen kann, ist das große Ziel aller Bemühungen zur Gesundheitsförderung ein Wandel im Gesundheitssystem. Im Zuge dieses Wandels soll der Mensch als ganzheitliche Persönlichkeit betrachtet werden und seine ganzheitlichen Bedürfnisse sollen in den Mittelpunkt gerückt werden.

Um diesem Anspruch gerecht werden zu können und um eine Möglichkeit zur Überprüfung der Auswirkungen von Interventionen auf den Menschen zu haben, ist die Messung der Lebensqualität von Bedeutung.
Ausgereifte und sorgfältig erarbeitete Meßinstrumente leisten einen sehr wichtigen Beitrag zur Erfassung des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit.

Bloomfield macht darauf aufmerksam, daß Lebensqualität und Gesundheitsstatus strikt zu unterscheiden sind. Die Messung von Lebensqualität darf daher nicht mit Maßen erfolgen, die sich ausschließlich am körperlichen Gesundheitszustand orientieren. (vgl. Hunt 1995, Tennant 1995 in Bloomfield 1996:9)

Der Begriff Lebensqualität ist ähnlich wie der Begriff Gesundheit schwer zu fassen, weshalb nun einige Definitionen folgen.

2.1. Definitionen

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (1993) für Lebensqualität lautet:
„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“

(WHO in Bullinger 2000:15)

Für Prof. Franz Porzsolt, von der Universität Ulm, ergibt sich die Lebensqualität als die Differenz zwischen dem Soll- und dem Istwert. Er beschreibt den Sollwert als Ausdruck der Ansprüche des Menschen und den Istwert als die selbstbeobachtete Realität. Ist die Differenz sehr groß, ist die Lebensqualität schlecht. Ist die Differenz gering, ist die Lebensqualität gut.

(vgl. Porzsolt, Universität Ulm [8])

Bullinger versteht unter dem Begriff Lebensqualität die vom Patienten wahrgenommene und selbst berichtete Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit im körperlichen, psychischen, kognitiven, sozialen und alltagbezogenen Bereich.

(vgl. Bullinger 1991:143)

Laut Lütterfelds ist, was jedes Individuum als Lebensqualität definiert und empfindet, nicht nur von der subjektiven Wahrnehmung des Einzelnen abhängig, sondern ist auch durch äußere Faktoren, wie unter anderem dem sozialen Umfeld oder Umweltfaktoren, bedingt.

(vgl. Lütterfelds 1991:169f)

Von diesen verschiedenen Definitionen scheint mir jene von Porzsolt am ansprechendsten. Sein Verständnis von Lebensqualität ist weder von Werten und Maßstäben bestimmter Kulturen geprägt noch von sozialen oder ökonomischen Einflüssen. Er versucht mit seiner Definition der individuellen Einschätzung des Individuums gerecht zu werden.

2.2. Der Begriff Lebensqualität

An den unterschiedlichen Definitionen kann man erkennen, wie unterschiedlich auch in der Fachwelt der Begriff Lebensqualität verstanden wird. Die Schwierigkeit subjektive Befindlichkeiten und subjektiv empfundene soziale Phänomene zu operationalisieren, also durch bestimmte Fragen faßbar und dadurch meßbar zu machen, erweist sich als nicht unbeachtliches Problem und führt auch zu Beschränkungen des Phänomens Lebensqualität. Erschwerend kommt hinzu, daß Lebensqualität im alltäglichen Sprachgebrauch relativ unspezifisch verwendet wird.

Lebensqualität wird von Radoschewski als ein sehr komplexes, vielschichtiges Gebilde beschrieben. Es ist multidimensional und umfaßt Spezifitäten und Eigenschaften der menschlicher Existenz, die nicht nur einer wissenschaftlichen Disziplin zuzuordnen sind. Er stellt fest, daß Lebensqualität keiner abgrenzbaren beziehungsweise feststehenden Definition unterliegt. Und trotzdem das Thema Lebensqualität einen so wichtigen Platz im Forschungsfeld der verschiedenen wissenschaftlichen Richtungen einnimmt, unterliegen die Fragen nach der Lebensqualität laut Radoschewski in keiner Weise einem einheitlichen Konzept. (vgl. Radoschewski 2000/43:166ff)

Er schreibt weiter: *"Lebensqualität ist kein der Medizin vorbehaltenes, erweitertes Konzept von Gesundheit oder gar subjektiver Gesundheit. Aus wissenschaftlicher*

Perspektive muss Lebensqualität als ein komplexer interdisziplinärer Forschungsgegenstand betrachtet werden, der nur mit einem breiten konzeptionellen und methodischen Spektrum angemessen strukturiert und dimensioniert, empirisch erfasst und untersucht werden kann. Dies bietet große Chancen für interdisziplinäre Zusammenarbeit und erweitert das Paradigma von Public Health.“ (Radoschewski 2000/43:186)

Doch durch die verschiedenen Blickwinkel der einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit dem Begriff Lebensqualität auseinandersetzen, wird dieses Problem nicht behoben, da immer noch zu wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Lebensqualitätsforschung stattfindet.

Aufgrund des weiten Spektrums von Lebensqualität liegt es nahe, daß die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen verschiedene Studienziele aufweisen.

Philosophisch betrachtet wird also primär nach dem Sinn des "guten Lebens" gefragt. Die Soziologie legt das Hauptaugenmerk eher auf die Bedürfnisse und Wünsche des Einzelnen, wohingegen die Psychologie versucht die Ursachen des psychischen Wohlbefindens herauszufinden.

In der Medizin wird liegt das Anliegen daran dem Patienten die Lebensqualität durch die Wiederherstellung der "Normalität" zu ermöglichen.

Aus diesem medizinischen Anspruch heraus ist die Frage nach der Patientenzufriedenheit, den positiven und negativen Auswirkungen von (langfristigen) Behandlungsmethoden zentral geworden. Im Rahmen der Evaluation von Therapien und Versorgungsmaßnahmen rückte die Lebensqualität der Patienten, sowohl im physischen als auch im psychosozialen Bereich in den Mittelpunkt. (vgl. Porzsolt, Rist 1997:19ff)

„Aus diesem Grund ist vor allem im Bereich der Medizin und Pflege eine Tendenz zu beobachten, jede gesetzte Intervention unter dem großen Begriff der Lebensqualität ansehen zu müssen.“ (Zitat: Dr. Hanna Mayer 23.2.2009)

Diese Aussage ist vor allem dahingehend interessant, da die Analyse der Fragebögen in Kapitel 7.2.2. dieser Arbeit zeigt, daß bestimmte Erkrankungen für die Betroffenen zwar unangenehm/einschränkend/schmerzhaft sind, aber deren Bestehen/Behandlung/Ausheilung nicht relevant für die Einschätzung der gesundheitlichen Zukunft ist (siehe Kapitel 7.2.2.).

Diese Erkenntnis läßt den Schluß zu, daß bestimmte Maßnahmen im medizinischen und/oder pflegerischen Bereich einfach nur am Erfolg oder Mißerfolg gemessen werden können, ohne daß Auswirkungen auf die Lebensqualität zu erwarten sind.

2.3. Lebensqualität - gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Begriffe Lebensqualität (QOL - Quality of Life) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL - Health Related Quality Of Life) unterscheiden sich zwar grundsätzlich voneinander, doch werden sie meist synonym angewandt. Dies ist aufgrund der Betrachtung des Zusammenhangs von Lebensqualität und Gesundheit (siehe Kapitel 1.1.) durchaus nachvollziehbar.
Der Unterschied zwischen Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist hauptsächlich bei spezifischen (schweren) Erkrankungen von Bedeutung, da sich in diesem Fall die verwendeten medizinischen Fragebögen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität beziehen, und daher auf die behandelte spezielle Krankheit und Therapieform abgestimmt sind. (vgl. Walker, Rosser 1988/1992 in Radoschewski 2000/43:171)
So unterschiedlich und vielfältig die wissenschaftlichen Blickwinkel auf das Thema Lebensqualität sind, so unterschiedlich und vielfältig sind auch die dazugehörigen Meßinstrumente.

Grundsätzlich wurde die Bezeichnung Lebensqualität als Sammelbegriff für die Medical-Outcome-Forschung, in den 1980er Jahren, ins Leben gerufen. Ware war an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitskonzepten und -parametern in funktionelle Instrumente maßgeblich beteiligt. Er prägte den Begriff Lebensqualität für die Medical-Outcome-Forschung. Später bedauerte er das, da es sich um einen alltäglichen Begriff, der meist ohne wissenschaftlichen Anspruch verwendet wird, handelt. (vgl. Radoschewski 2000/43:170)

2.4. Geschichtliche Hintergründe

Für viele bedeutet die 1948 veröffentlichte Definition der WHO, daß Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit sondern vielmehr ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ist, einen zentralen Anfangspunkt des Forschungsgegenstandes Gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Der Begriff Lebensqualität wurde und wird im alltäglichen Sprachgebrauch häufig und mit variabler inhaltlicher Bedeutung verwendet. Doch bereits im ersten bekannten Werk über Lebensqualität, in Seneca´s Schrift *Vom glücklichen Leben/De vita beata* wird zwischen der Zufriedenheit materielle Güter zu besitzen und tugendhafter Lebensführung und Glück unterschieden. *„Was man bewundernd betrachtet, wovor man stehenbleibt, was einer dem anderen staunend zeigt, ist doch nur die glänzende Fassade; dahinter sieht´s elend aus!“* (vgl. Seneca 1990:12)

Politisch wurde der Begriff erst in der Mitte des 20sten Jahrhunderts in Amerika aufgegriffen.
Richtig populär wurde das Thema Lebensqualität in den 70er Jahren des 20sten Jahrhunderts. Damals verwendete der ehemalige deutsche Bundeskanzler Willi Brandt diesen Begriff in seiner Regierungserklärung. (vgl. wikipedia [14])
In dieser Zeit entstanden vor allem im angloamerikanischen Raum erstmals auch etliche sozialwissenschaftliche Studien zu dem Begriff der "Quality of Life", seit den 80er Jahren ist dies auch in Europa zu beobachten. (vgl. Schölmerich 1990 in Bezinover 2002:5)

Das "Berliner Zentrum für Public Health" schrieb in einem Manual 1996, daß sich die Forschung bezüglich des Gesundheitsstatus der Bevölkerung vor allem mit Ende des zweiten Weltkriegs verändert hat. Traditionelle Indikatoren wie die Mortalitätsrate reichten aufgrund der veränderten medizinischen und hygienischen Bedingungen nicht mehr aus, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung entsprechend darzustellen. (vgl. Bloomfield 1996:7)

Bullinger und Kirchberger schreiben, daß sich der allgemeine Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung der Bevölkerung aufgrund der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention veränderten. Aus diesem Grund wurden Meßinstrumente zur Evaluierung der Programme benötigt. (vgl. Bullinger, Kirchberger 1998:7)

Benzinover schreibt hierzu: *"Das kontinuierlich steigende Interesse an Erforschung der Lebensqualität war kein Zufall, sondern bedingt durch die Notwendigkeit, unter neuen sozialen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Bedingungen in der Mitte des 20. Jahrhunderts eine neue Sichtweise im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und ein neues Konzept hierfür zu entwickeln."* (Benzinover 2002:6)

Es waren aus gesundheitspolitischer Sicht nun nicht mehr primär die übertragbaren oft zum Tode führenden Akutkrankheiten die im Mittelpunkt des Interesses standen, sondern viel öfter auch chronische und hereditäre (vererbte) Krankheiten.
Dadurch veränderte sich auch die Krankheitsbelastung der Bevölkerung. Sowohl die Prognose als auch die Behandlung von chronischen Erkrankungen unterscheidet sich wesentlich im Vergleich zu den akuten Krankheitsverläufen. Ist es in einem akuten Fall möglich Medikamente kurzfristig hoch zu dosieren und wiederholt zu geben, machen sich im Verlauf von chronischen Erkrankungen bei ständiger Medikation zusätzlich zur Krankheit auch noch Nebenwirkungen bemerkbar.

Ebenso ist die soziale Komponente im chronischen Krankheitsverlauf, die Anpassungsnotwendigkeit im persönlichen und sozialen Bereich meist unumgänglich.

Da also die verbesserten Therapien bei chronischen Krankheiten zu einer längeren Lebenserwartung führen, darf für die Behandlung der chronischen Krankheit, nicht nur die Krankheit selbst im Mittelpunkt stehen, sondern sie muß auch die Minderung des Leidens sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht ein Ziel sein. (vgl. Porzsolt, Rist 1997:19f)

2.5. Lebensqualität in der Gesundheitswissenschaft

Betrachtet man Lebensqualität aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaft ist es notwendig, externe und strukturelle Einflüsse zu berücksichtigen wenn es um ein gesamtes Bild der Lebensqualität gehen soll. (vgl. Medizinische Universität Graz, Public Health [7])

Bezogen auf die Gesundheitsdefinition der WHO beschäftigen sich die Gesundheitswissenschaften (Public Health) mit den geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit wie ihrer systemischen Verknüpfung.
Damit steht dann nicht mehr das Individuum im Zentrum des Interesses, sondern der Gesundheitsstatus von Personen- und Bevölkerungsgruppen beziehungsweise der Gesellschaft und die entsprechende Rückwirkung auf das einzelne Individuum.
Public Health betrifft also die Mikro-, Meso- und Makroebene der Gesellschaft[3]. (vgl. Mann 1997:203)

Bullinger und Kirchberger weisen darauf hin, daß bezogen auf einen epidemiologischen Ansatz im Sinne der Gesundheitswissenschaft ein Indikator von Bedeutung ist, der für die subjektive Gesundheit von ganzen Bevölkerungsgruppen steht und der vom aktuellen Gesundheitszustand unabhängig ist. Nur durch diese Objektivierung kann ein derartiger Indikator eingesetzt werden und für verschiedene Forschungsfragen Verwendung finden. (vgl. Bullinger, Kirchberger 1998:10)

---

3 Die Micro-Ebene betrifft das einzelne Individuum, die Meso-Ebene die Institution(en) und die Makro-Ebene die Regierung(en)

3. Messung von Lebensqualität

Entsprechend verschiedener Autoren ist es notwendig zur Erfassung der Lebensqualität nicht nur den körperlichen Gesundheitszustand zu erfassen, sondern auch andere Aspekte des Lebens müssen miteinbezogen werden.
Johannes Siegrist faßte in einer Tabelle (Abb.2) die bis jetzt am häufigsten untersuchten Aspekte der Lebensqualität zusammen.
Er unterscheidet Handlungsvermögen und Befinden in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. (Siegrist 1990 in Löllgen, Erdmann, Gitt 2009:90)

	Handlungsvermögen	Befinden
Physisch	Mobilität Alltagsaktivitäten	Symptome Schmerzerfahrung
Psychisch	Konzentration Gedächtnis Vitalität Reaktionsfähigkeit	Positive Stimmung (Freude Hoffnung) Negative Stimmung (Depression, Angst)
Sozial	Soziale Kompetenz (Soziabilität, Empathie) Rollenerfüllung (formell/informell)	Zugehörigkeit Intimität Anerkennung Selbstwertgefühl

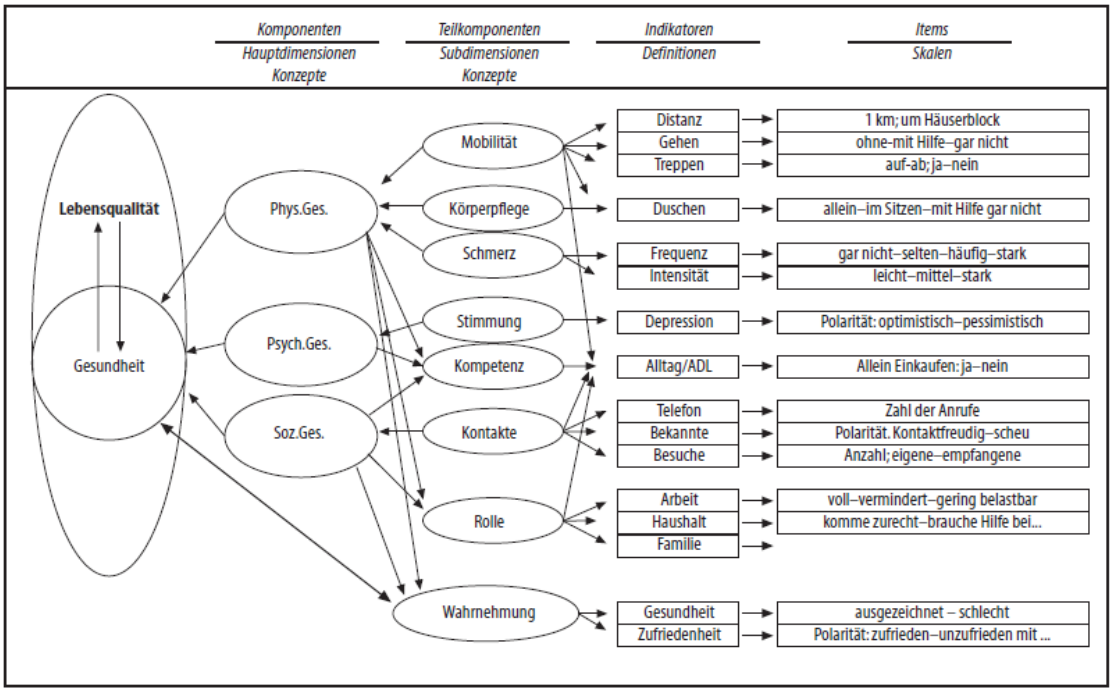
Abb. aus Löllgen, Erdmann, Gitt 2009:90 nach Siegrist 1990

Ähnlich faßt auch Bullinger die in der Literatur verwendeten Komponenten für Lebensqualität zusammen. Sie führt allerdings die funktionale Kompetenz, also wie sehr ein Mensch auch dazu befähigt ist seine sozialen Kompetenzen und seine Rolle auszuführen, als zusätzlichen Punkt hinzu.
Ihre Überbegriffe um Lebensqualität meßbar zu machen sind:

- psychisches Befinden
- körperliche Verfassung
- soziale Beziehungen
- funktionale Kompetenz

Doch sie hält diese vier Grundpfeiler nicht für erschöpfend um Lebensqualität zu erfassen, denn Lebensqualität ist ein multidimensionales, psychologisches Konstrukt, das durch diese vier Komponenten minimal zu erfassen ist. (vgl. Bullinger 1996:15)

Um Lebensqualität tatsächlich messen zu können sind aber noch weitere Schritte notwendig.
Radoschewski zeigt in Abb. 1a die Entwicklung und Umsetzung vom Überbegriff Lebensqualität und seiner theoretischen Konzepte bis hin zu den Fragen die schließlich im Meßinstrument Verwendung finden. (vgl. Radoschewski 2000/43:178)



Komponenten, Dimensionen und Konzepte gesundheitsbezogener Lebensqualität und ihre Operationalisierung (Beispiele)

Abb. 1a aus Radoschewski 2000/43:178

Gesundheit wird in dieser Grafik in ihre WHO-definierten Bestandteile zerlegt, und diese Überbegriffe werden in weitere Komponenten aufgeteilt. Dann wird versucht darzustellen, wodurch man diese Komponenten meßbar machen kann.

Beispielsweise die Mobilität einer Person kann durch verschiedene Parameter abgefragt werden. Nicht nur, ob sie gehen kann oder nicht, sondern auch welche Distanz eine Person zurückzulegen in der Lage ist oder ob es ihr möglich ist Treppen hinauf und/oder hinab zu steigen.
Schließlich werden die Fragen (Items) für das Meßinstrument formuliert.

3.1. Erhebung von Daten

Das Hauptproblem der Messung von Lebensqualität ist das objektive Erfassen von subjektiven Befindlichkeiten.
Die Objektivierung des Erfolgs der Intervention ist vor allem deshalb von Bedeutung, da Verschlechterungen des Wohlbefindens bzw. des Gesundheitszustands immer viel deutlicher wahrgenommen werden als Verbesserungen.
Die verschiedenen Möglichkeiten der Erhebung sind

- Klinische Beobachtung
- Fremdbeurteilung
- Patienteninterviews
- Fragebogen
- Visual Analogue Scale

Klinische Beobachtung

Die klinische Beobachtung erfolgt vor allem durch das Krankenhauspersonal; Ärzte und Pflegepersonen. Für die Beurteilung der Lebensqualität ist diese Erhebung unzureichend, da psychische und soziale Aspekte kaum eingeschätzt werden können. (vgl. Hofmann 1991:53f)

Fremdbeurteilung

Fremdbeurteilung wird dann eingesetzt wenn es dem Patienten selbst nicht möglich ist Auskunft über sein Wohlbefinden zu geben oder auch als Kontrollmöglichkeit. (vgl. Bullinger 1997:4)

Patienteninterviews

Die Durchführung von Patienteninterviews stellt sich als problematisch dar, da es gegenüber der Datenerhebung mittels Fragebogen einen erheblicher Zeit- und Personalaufwand darstellt. Zusätzlich kann die Objektivität durch die gegenseitige Beeinflussung gestört sein. Ebenso ist die Möglichkeit der sozial erwünschten Antwort bei einem persönlichen Interview eher gegeben als bei einem Fragebogen. (vgl. Benziover 2002:11f)

Fragebogen

Die Datenerhebung mittels Fragebogen hat sich als die praktikabelste Möglichkeit herauskristallisiert. Wenn es um Lebensqualität geht, werden die Erhebungen heute vorwiegend mit dem SF-36 durchgeführt (vgl. Bullinger 2000/43:190), auf den später noch genauer eingegangen wird.

Visual-Analogue-Scale

"Visual Analogue Scale (VAS) is a measurement instrument that tries to measure a characteristic or attitude that is believed to range across a continuum of values and cannot easily be directly measured.

Operationally a VAS is usually a horizontal line, 100 mm in length, anchored by word descriptors at each end." (Crichton 2001:706)

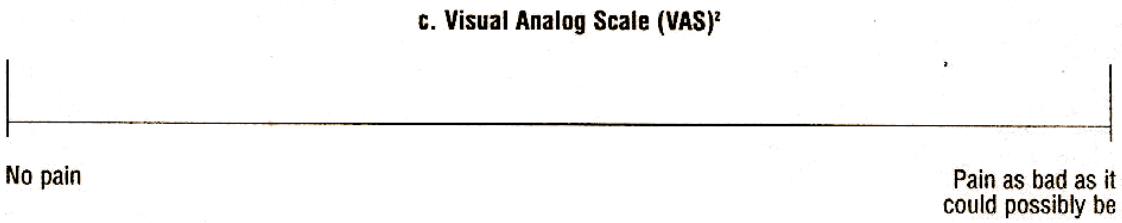


Abb. 3 aus Crichton 2001:706

Die Datenerhebung mittels VAS ist möglicherweise an den Karnofsky-Index angelehnt. (vgl. Karnofsky 1949:196)

Bei diesem Karnofsky-Index konnte der Arzt den Gesundheitszustand des Patienten auf einer Skala von 0% (tot) bis 100% (absolute Beschwerdefreiheit) eintragen.

Bei der VAS beurteilt der Patient selbst seinen momentanen Zustand (Schmerz, Ausmaß der Beeinträchtigung, Wohlbefinden und dergleichen mehr) auf einer Skala von 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht), wobei der Arzt die angegebene Zahl notiert und so bei der neuerlichen Vorlage der VAS einen relativ objektiven Vergleichswert hat.

Es besteht auch die Möglichkeit diese Skala in bildhafter Form zu verwenden, wodurch er auch bei z.B. kleinen Kindern gut einzusetzen ist. Dabei werden Smilies, von sehr traurig bis sehr fröhlich verwendet.

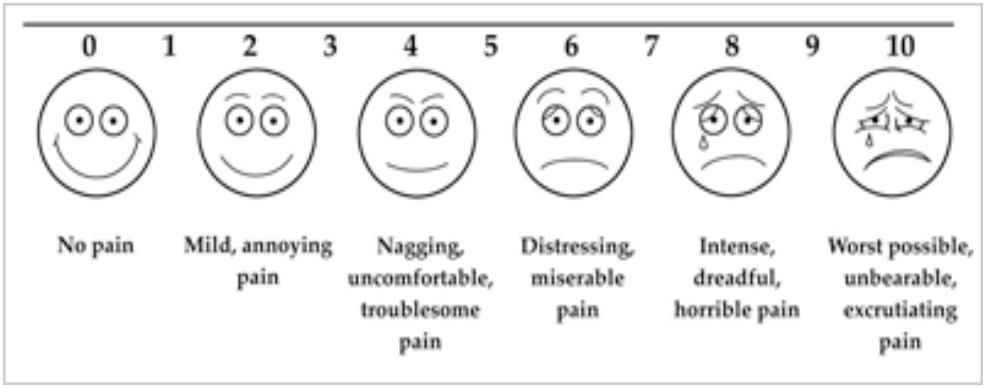


Abb. 4 aus [21]

3.2. Messinstrumente

Um Lebensqualität erheben zu können sind Meßinstrumente notwendig, die es möglich machen etwas, das nur subjektiv empfunden wird zu erfassen.
Dies wurde bereits in den 50 Jahren in Amerika versucht. Es gab sogenannte 1-Item Skalen aber es auch bereits längere Fragebögen in Bezug auf die Lebens-zufriedenheit. (vgl. Benzinover 2002:12)

Mittlerweile gibt es über 1500 verschiedene Fragebögen zum Bereich der Lebensqualität, beziehungsweise der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, von denen viele oft nur studienspezifisch Verwendung finden. (vgl. Kaspar 2004:15)

Bullinger beschreibt, daß es nicht *das* Meßinstrument für Lebensqualität gibt, da es immer einen Unterschied darstellt was man messen möchte.
Auch hat das Studiendesign Auswirkungen auf die Bewertung der gemessenen Lebensqualität, so sind Studien mit Längsschnittdesign und Kontrollgruppen, eventuell auch noch im Rahmen einer randomisierten klinischen Studie, am besten geeignet die Effekte von gesundheitsbezogenen Maßnahmen abzubilden.
(vgl. Bullinger 1997:Vorwort)

Die am häufigsten verwendeten Fragebögen sind krankheitsübergreifende Meß-instrumente, wie früher das NHP[4] (Nottingham-Health-Profil) und heute die Medical Outcome Study - Short Form (MOS-SF 36) die unabhängig vom gesundheitlichen Status der Patienten eingesetzt werden können. (MOS-SF 36 siehe Kapitel 4.1)

---

[4] *„Das Nottingham-Health-Profil enthält alle wesentlichen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wenngleich in der Differenzierung die subjektive Perzeption der eigenen physischen und psychischen Befindlichkeit dominiert. Krankheiten/subjektive Morbidität oder Symptome werden nicht erfragt. Die Beieinträchtigung der sozialen Funktonsfähigkeit ist wenig abgestuft operationalisiert. […] Der NHP war zeitweise eines der am häufigsten eingesetzten generischen Outcome-Maße, insbesondere in klinischen Studien, und ist erst in den 90ern vom MOS-SF-36 überflügelt worden.“* (Radoschewski 2000/43:181)

3.3. Konstruktion eines Fragebogens

3.3.1. Theoretische Fundierung

Konstruktion des jeweiligen Fragebogens muß theoriegeleitet sein.

Das heißt, die gesamte Entwicklung des Meßinstruments, begonnen bei der Hypothese über die Generierung der Kategorien bis hin zu den Items muß dokumentiert sein.

Ein theoretisches Modell bezüglich der Überlegung zu Lebensqualität muß gegeben sein, und auch was genau der entwickelte Fragebogen erfassen soll, also welchen Geltungsbereich er im Unterschied zu bereits bestehenden Fragebögen er übernehmen soll.

Auch ob die theoretische Überlegung krankheitsspezifisch oder krankheits-übergreifend ist, und ob das entwickelte Meßinstrument eben auch nur krankheitsspezifisch oder auch krankheitsübergreifend angewendet werden kann, bedarf einer exakten Dokumentation.

(vgl. Mayring 1991 in Benzinover 2002:13)

3.3.2. Auswertung

Für die Auswertung der Meßinstrumente ist es von besonderer Wichtigkeit, daß der Fragebogen in der Form eines Selbstberichts vorliegt, da der Patient selbst die sicherste Informationsquelle bezüglich seiner subjektiven Empfindungen ist.

Bei einem Fremdbericht ist die Gefahr einer Verzerrung (Bias) gegeben.

(vgl. Bullinger 1997:4)

3.3.3. Methodische Prüfung

Alle Fragebögen müssen bestimmten standardisierten Gütekriterien entsprechen.

Die wichtigsten Standards beziehen sich auf die psychometrische Güte:

- Reliabilität
- Validität
- Sensitivität
- Zumutbarkeit/Patientenfreundlichkeit

Reliabilität

Reliabilität bezeichnet in der empirischen Sozialforschung die Zuverlässigkeit und Genauigkeit eines Messinstruments (z. B. einer Skala).

Reliable wissenschaftliche Ergebnisse sind frei von Zufallsfehlern, d.h. bei Wiederholung eines Experimentes unter gleichen Rahmenbedingungen würde das gleiche Messergebnis erzielt.

Reliabilität ist also ein Maß für die Replizierbarkeit der Ergebnisse unter gleichen Bedingungen.

Validität

Validität ist die Gültigkeit eines wissenschaftlichen Versuchs oder eines Meßverfahrens.

Die Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Verfahren das mißt, was es messen soll.

Sensitivität

Die Sensitivität gibt an, daß ein Fragebogen so sensitiv ist, daß er in der Lage ist, die durch eine Intervention aufgetretene Veränderung widerzuspiegeln.

Zumutbarkeit/Patientenfreundlichkeit

Zumutbarkeit zielt darauf ab, daß die Anzahl der Items dem Patienten zugemutet werden kann, auch wenn es sich um multimorbide Menschen handelt.

Weiters müssen sowohl die Fragen als auch die Antwortkategorien leicht verständlich sein und eine eindeutige und klare Formulierung aufweisen. (vgl. Bullinger 1997:5).

3.3.4. Güte eines Meßinstruments

Es ist für die Bewertung der Güte und die Nutzung eines Meßinstruments wichtig, daß es an einer genügend großen Zahl von Patienten eingesetzt wurde.

Die Zuverlässigkeit des Instruments, die Gültigkeit für den Lebensqualitätskomplex und die theoriebezogene Empfindlichkeit muß dokumentiert sein.

Auch muß eine effiziente und exakte Auswertung gegeben sein.

(vgl. Bullinger 1997:5)

Zusätzlich gehört laut Lienert zu den Haupt-Gütekriterien vor allem Objektivität in der

- Durchführung
- Auswertung
- Interpretation

(vgl. Lienert, 1976 in Benzinover 2002:13)

4. Entwicklung standardisierter Fragebögen

Ein Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität ist umso besser, je mehr Lebensqualitätskomponenten er umfaßt.

4.1. SF-36

4.1.1. Entwicklung des SF-36

Datengrundlagen für die Entwicklung des Fragebogens MOS SF-36 (Medical Outcome Study - Short Form 36) waren die MOS - Erhebungsbögen von Patienten und Ärzten wie auch die im Rahmen dieser Studie erhobenen Gesunden-untersuchungen.

Die Entwicklung der SF-36 erfolgte im Rahmen der Medical Outcome Study, welche in Amerika in den 80 Jahren des 20sten Jahrhunderts durchgeführt wurde und insgesamt über vier Jahre dauerte.

Diese Studie war darauf ausgerichtet die Leistung von Versicherungssystemen zu überprüfen.

Um die Effekte der Behandlung zu evaluieren, sollten praktikable Instrumente entwickelt werden. Das Projekt beinhaltete über die vier Jahre der Dauer, Querschnitts-Untersuchung von über 20.000 Patienten sowie die Längsschnitts-Betrachtung von 2.000 Patienten.

(vgl. Tarlov et al 1989; Hays, Sherbourne,Mazel 1993 in Güthlin 2006:35)

"Auf der Grundlage dieser Entwicklungsarbeit wurde nach empirischen Verfahren die Items ausgewählt, die ein Subkonstrukt der subjektiven Gesundheit methodisch adäquat repräsentieren. Basis für die Definition der subjektiven Gesundheit waren hier die sowohl aus anderen Arbeiten vorliegenden theoretischen Ansätze als auch die in Expertensitzungen zusammen mit Patienten identifizierten relevanten Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität". (Bullinger, Kirchberger 1998:8)

Der ursprüngliche Fragebogen war das sogenannte 149-Item-Functioning-and-Well-Being-Profile. Hieraus entwickelte sich zunächst eine Kurz-Form mit 20 Items. Die darin enthaltenen Gesundheitskonzepte wurden erweitert, um die Präzision der Konzepte zu verbessern.

Neuerungen *"betrafen aus Sicht der Entwickler zusätzliche Vitalitäts-Items, die bessere Präsenz der allgemeinen Wahrnehmung von Gesundheit, die Unterscheidung von physischen und psychischen Ursachen der Rollenlimitierung und eine höhere Präzision der Skalen für körperliche und soziale Rollenfunktion und Körperschmerz"* (Radoschewski 2000/43:182)

4.1.2. Dimensionen des SF-36

Der SF-36 enthält 8 Konzepte sowie ein Zusatzitem das die zeitliche Dimension mit einschließt, und besteht insgesamt aus 36 Items, die sich wie folgt zusammensetzen:

1	körperliche Funktion	(10 Items)
2	körperliche Rollenfunktion	(4 Items)
3	emotionale Rollenfunktion	(3 Items)
4	soziale Funktionsfähigkeit	(2 Items)
5	psychisches Wohlbefinden	(5 Items)
6	körperliche Schmerzen	(2 Items)
7	Vitalität	(4 Items)
8	allgemeine Gesundheitswahrnehmung	(5 Items)
9	Veränderung der Gesundheit	(1 Item)

Beschreibung der Dimensionen des SF-36

„1. Körperliche Funktionsfähigkeit
Die Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ erfaßt das Ausmaß der Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand.

2. Körperliche Rollenfunktion
Mit der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“ wird das Ausmaß erfaßt, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuführen.

3. Körperliche Schmerzen
Das Ausmaß an Schmerzen und der Einfluß der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im Haus als auch außerhalb des Hauses, wird durch die Dimension „Körperliche Schmerzen“ erfaßt.

4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
Unter „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ wird die Persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, der zukünftigen Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen, verstanden.

5. Psychisches Wohlbefinden

Mit der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ wird die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Gestimmtheit, erfaßt.

6. Vitalität

Mit der Dimension „Vitalität“ wird erfaßt, ob sich die Person energiegeladen und voller Schwung fühlt oder ob sie eher müde und erschöpft ist.

7. Soziale Funktionsfähigkeit

Die Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ erfaßt das Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme die normalen sozialen Aktivitäten beeinträchtigen.

8. Emotionale Rollenfunktion

Die Dimension „Emotionale Rollenfunktion“ beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u.a. weniger Zeit für Aktivitäten aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.“

(Handbuch SF-36 [9])

9. Veränderung der Gesundheit

Dieses Zusatz-Item erfragt die Veränderung der Gesundheit während des vergangenen Jahres.

4.1.3. Darstellung der Fragen

Die insgesamt 36 Fragen des SF-36 sind in 11 Hauptfragepunkten zusammengefasst, die sich verschiedener Darstellungen bedienen.

4.1.4. Antwortkategorien des SF-36

Die Antwortkategorien beim SF 36 variieren.

Einige sind binär mit "ja" oder "nein" zu beantworten, andere sind in bis zu sechsstufigen Skalen zu beantworten.

Manche Fragen werden in Form einer Matrix zusammengefasst.

Beispiel: Matrix mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten

Frage 11

AUSSAGEN	Trifft ganz zu	Trifft weitest-gehend zu	Weiß nicht	Trifft weitest-gehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden					
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne					
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt					
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit					

Beispiel: Entscheidungsfrage in Form einer Matrix

Frage 5

SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein		
Ich habe weniger geschafft als ich wollte		
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		

Beispiel: 5-stufige Skala:

Frage 1

Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

4.2. HLQ

Der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität (HLQ) ist laut seinen Entwicklern ein validiertes, nicht krankheitsspezifisches Meßinstrument, zur Erfassung der individuellen Lebensqualität und wurde an der Universität Witten/Herdecke in Deutschland entwickelt. Die private Universität Witten/Herdecke arbeitet eng mit dem anthroposophisch orientierten Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke zusammen, das wesentlich zu der Gründung der Universität beitrug.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke selbst, wurde 1996 eröffnet und war das erste anthroposophisch ausgerichtete Krankenhaus in Deutschland.

Es umfaßt heute 471 Betten und ist mit allen, für die regionale Versorgung bedeutsamen Fachabteilungen ausgestattet.

Als Akutkrankenhaus der Versorgungsstufe II ist es zuständig für die ambulante und stationäre Versorgung der BürgerInnen der Stadt Herdecke und Umgebung.

Zusätzlich steht es auch überregional allen Kassen- und Privatpatienten offen, die sich für die dort praktizierte, anthroposophisch erweiterte, Medizin entscheiden.

(vgl.Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke [10])

Anthroposophische Medizin

Anthroposophische Medizin gründet auf der Lehre und den Erkenntnissen von Anthropologie und Anthroposophie.

Anthropologie

Zusammengesetzt aus den griechischen Worten anthropos - Mensch und
logos - Lehre. (vgl. Brockhaus 2006/2:128f)

Anthropologie kann man frei als die Wissenschaft vom Menschen unter biologischen, geisteswissenschaftlichen und theologischen Aspekten bezeichnen. (vgl. Philolex [15])

Anthroposophie

Als Anthroposophie (von anthropos - Mensch und sophia - Weisheit) wird heute eine von Rudolf Steiner (1861–1925) gegründete, weltweit vertretene, spirituelle Weltanschauung bezeichnet.

Für Anthroposophen bedeutet Wirklichkeit das Erkennen des Geschehens durch den Geist, wodurch subjektive Wahrheit entsteht. Ihr Bild des Menschen entspricht einer Metamorphose, einer stufenweisen Selbstoffenbarung des Geistes, der im Laufe der Reinkarnationen sich immer mehr zu den höheren Stufen der Selbstwerdung entwickelt. (vgl. Brockhaus 2006/2:133)

Anthroposophische Medizin

Die anthroposophische Medizin ist eine aus der Anthroposophie Rudolf Steiners hervorgegangene komplementärmedizinische Richtung.

Sie betrachtet den Kranken, entsprechend ihrer Anschauungen, als ganzheitlich erkranktes Wesen, dessen Heilung davon abhängt, welches Wesensglied den Ursprung der Krankheit darstellt.

(vgl. Kümmel, Schulte 1996:110f)

Anthroposophische Medizin stellt den Anspruch evidenzbasierte Medizin zu ergänzen oder zu erweitern, nicht sie zu ersetzen.

Wesensglieder[5] der Anthroposophie

Die Anthroposophie unterscheidet im Wesentlichen vier Wesensglieder

- den physischen Leib
- den ätherischen Leib
- den astralischen Leib
- das Ich

Der physische Leib

Der den Gesetzen der Physik gehorcht und von der konventionellen Wissenschaft erforscht werden kann.

Der ätherische Leib

Der – wie bei allen Lebewesen – als ein über das Physische hinausgehendes Organisationsprinzip besonderen Gesetzmäßigkeiten folgt, die dem Lebendigen („Ätherischen“) eigen sind.

Der astralische Leib

Der nur bei empfindenden oder beseelten Organismen, also bei Menschen, auch bei Tieren, nicht aber bei Pflanzen vorhanden ist.

Das Ich

Das *Ich* bedeutet die geistige Individualität, die den Menschen über das Tierreich erhebt.

(vgl. Kümmell, Schulte 1996:110)

---

[5] Anmerkung:
Mit diesen Wesensgliedern stehen bestimmte "Erkenntnisstufen" im Zusammenhang, auf die in der Auflistung hier bewußt verzichtet wird.

Krankheit unter anthroposophischem Gesichtspunkt

Unter Krankheit versteht die anthroposophische Medizin die Störung der gesunden Wechselwirkung dieser vier Wesensglieder.

Die Art der Störung wird durch anthroposophisch-menschenkundliche Diagnose erkannt und stellt eine Ergänzung zur konventionellen Diagnose dar.

Oft werden für die Behandlung dieser Störungen homöopathische oder phytotherapeutische Arzneien verwendet, da davon ausgegangen wird, daß mineralische, pflanzliche und tierische Substanzen die vier Wesensglieder des Menschen spezifisch beeinflussen können.

Außerdem finden auch verschiedene alternative Therapieformen (Misteltherapie, expressive Tanzkunst (Erythmie), rhythmische Massage, Kunsttherapie)

(vgl. Wikipedia [11])

4.2.1. Entwicklung des HLQ

Prof. Dr. Hans Christoph Kümmell und Dipl.-Stat. Michael Schulte, die Entwickler des HLQ, stellten fest, daß bei bestehenden Lebensqualitätsfragebögen bestimmte Aspekte aus ihrer Sicht fehlten. Der von ihnen entwickelte Lebensqualitäts-fragebogen bezieht Überlegungen entsprechend dem anthroposophischen Grundkonzept der Viergliederung des Menschen mit ein. Dabei wird der Mensch in seiner Ganzheit, also physisch, lebendig, seelisch und geistig wahrgenommen. (vgl. Schulte, Heckmann, Kümmell 1999:249)

Die Autoren beschreiben in der Zeitschrift *Merkurstab*, daß herkömmliche Lebensqualitätsfragebögen nur die Faktoren der körperlichen und seelischen Verfassung sowie den des sozialen Umfelds enthalten.

Sie fügten dem Herdecker Lebensqualitätsfragebogen die Dimensionen Persönlichkeitspräsenz und Vitalität hinzu.

Darunter verstehen die Autoren:

Persönlichkeitspräsenz

"Damit wird die bei oder nach einer Krankheit verbliebene Fähigkeit zur Zielsetzung und Planung für Lebensaufgaben erfaßt - ein wichtiger Aspekt in der Krankheitsbewältigung und Lebensgestaltung.[...]

[V]iele Krankheiten [haben] einen nicht unerheblichen Einfluß auf die Lebens-gestaltung. Diese wiederum wird im Wesentlichen von den Strukturierungskräften der Persönlichkeit, der Individualität des Menschen entworfen [...]. Je nach Persönlichkeitsstruktur wird nach einer schwierigen Krankheitssituation der neue Entwurf ausfallen." (Kümmell, Schulte 1996:110)

Vitalität

Erst das Vorhandensein von vitalen Ressourcen, kurz Vitalität, ermöglicht das Leben auszuführen, ist also notwendig für die Lebensentfaltung.

"*Da die Vitalität bei und nach Krankheiten häufig beeinträchtigt ist, ist sie ein wichtiger Faktor für das, was ein Patient sich nach einer durchgemachten Krankheit noch zumuten darf oder muß. Für diese vitalen Ressourcen hat der Kranke - auch mancher Gesunde - oft nicht genügend Bewußtsein, sodaß es mit zur ärztlichen Beratung gehört, diesen Bereich zu erfragen und mit der neuen Lebensplanung in Einklang zu bringen.*" (Kümmell, Schulte 1996:110)

4.2.2. Dimensionen des HLQ

1	Persönlichkeitspräsenz	(9 Items)
2	Seelisches Verhalten	(10 Items)
3	Vitalität	(9 Items)
4	Körperliche Verfassung	(4 Items)
5	Soziales Umfeld	(7 Items)

Beschreibung der Dimensionen des HLQ

1. Persönlichkeitspräsenz

Persönlichkeitspräsenz koordiniert und durchdringt die anderen Dimensionen. In dieser Subskala wird die Entscheidungsfähigkeit, das Umsetzen von Plänen, persönliche Weiterentwicklung, sowie Zukunftsperspektiven und Konfliktverhalten und die Fähigkeit der Behauptung des Individuums gegenüber der *Umwelt erfaßt.*

2. Seelisches Verhalten

Die Dimension des seelischen Verhaltens beschreibt die Fähigkeit in der eigenen Umwelt zurechtzukommen, und die entsprechenden Reaktionsweisen, seinen Gedanken, Gefühlen und Launen.

3. Vitalität

Unter Vitalität versteht man die vitalen Quellen die benötigt werden, die individuellen Anforderungen des täglichen Lebens auszuführen.

Die Vitalität wird durch Veränderungen beim Schlaf, beim Essen oder auf sexueller Ebene erfaßt und auch die den Taten innewohnende Vitalität, ob man sich leistungsfähig oder abgespannt fühlt wird hier gemessen.

Kurz: Vitalität umfasst alle regenerativen, reproduktiven, gesundende und ernährende Vorgänge.

4. Körperliche Verfassung

Die körperliche Verfassung zeigt an, inwieweit die Vitalität aufgrund individueller, physischer Voraussetzungen umgesetzt werden kann.

Sie erfaßt das Ausmaß an Schmerzen und die empfundene Auswirkung des Befindens im Sinne körperlicher Beeinträchtigung.

5. Soziales Umfeld

Die zusätzliche fünfte Subskala betrachtet, daß jedes Individuum mit anderen Individuen in Verbindung steht.

Darunter wird der Umgang mit den Mitmenschen und die daraus resultierende Belastung, sowie die Fähigkeit gegenüber der Gemeinschaft aufgeschlossen zu sein und sich mitzuteilen, verstanden.

(vgl. Kümmell, Schulte 1996:190f; Schulte, Heckmann, Kümmell 1999:110ff)

4.2.3. Antwortkategorien des HLQ

Der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität besteht aus 5 Dimensionen mit insgesamt 39 Items. Es wird sowohl die Intensität als auch die Häufigkeit von Ereignissen abgefragt. Die Art der Antwortkategorien bietet laut den Autoren ausreichende Differenzierung bei guter Überschaubarkeit.

Es wurde die verbale Charakterisierung gewählt. Die verwendeten Begriffe markieren eine *"annähernd äquidistante Ausprägung des Merkmalkontinuums"* (Kümmell, Schulte 1996:112). Das bedeutet im Grunde die Eigenschaft der Skalaeinteilung in gleichmäßigen Abständen.

Also wörtlich wird eine Abstufung verwendet, die beispielsweise so lautet:

gar nicht – kaum – mäßig – ziemlich – außerordentlich

In Zahlen ausgedrückt sieht diese Skalierung dann so aus:

0 – 1 – 2 – 3 – 4

Die numerische Umsetzung wurde so gewählt, daß das numerisch höchste Gewicht für eine hohe Lebensqualität steht.

Würde also *außerordentlich* für ein hohes Maß an Schmerzen stehen, würde es eine schlechtere Lebensqualität ausdrücken. In diesem Fall wäre die numerische Skala umgekehrt gereiht. Der gewählten Antwort *gar nicht* wäre in diesem Fall der Wert 4 für eine hohe Lebensqualität zugeteilt und der Antwort *außerordentlich* der Wert 0 für eine schlechte Lebensqualität.

4.2.4. Darstellung der Fragen

Der HLQ bietet immer eine fünfstufige Skala, die Gegensätze abfragt.

1. Persönlichkeitspräsenz	nicht präsent	-	präsent
2. Seelisches Verhalten	passiv	-	aktiv
3. Vitalität	eingeschränkt	-	nicht eingeschränkt
4. Körperliche Verfassung	behindert	-	nicht behindert
5. Soziales Umfeld	gestört	-	nicht gestört

Beispiel Frage 30 *(Seelisches Verhalten: passiv - aktiv)*

Ich war

- sehr unternehmungslustig
- ziemlich unternehmungslustig, kaum passiv
- mäßig unternehmungslustig, mäßig passiv
- ziemlich passiv, kaum unternehmungslustig
- außerordentlich passiv

Beispiel Frage 2 *(körperliche Verfassung: behindert – nicht behindert)*

Ich habe unter körperlichen Schmerzen gelitten

- gar nicht
- kaum
- mäßig
- ziemlich
- außerordentlich

4.3. Etablierung eines neuen Fragebogens

Der HLQ wurde von den Entwicklern nicht nur zur Beurteilung von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern entworfen, sondern auch zur Evaluierung unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen.

Er soll sowohl bei medikamentösen Therapien als auch bei Kunsttherapien und alternativen Behandlungsmethoden einsetzbar sein.

Neu entwickelte Fragebögen, die sich auch als standardisierte Fragebögen etablieren wollen/sollen, werden stets mit dem SF 36 verglichen und an ihm gemessen.

Der SF-36 gilt als der international am häufigsten eingesetzte Fragebogen, da er hinsichtlich seiner psychometrischen Qualität und Ökonomie als führend bezeichnet wird. (vgl. Bullinger, 1996 in Radoschewski, Bellach 1999:191)

4.3.1. Gewinnung der Daten für den Vergleich der Fragebögen

Bei der vorliegenden Studie wurden die Patientinnen verschiedenen Gruppen zugeteilt, wobei ein Teil eine schulmedizinische, medikamentöse Therapie bekam und der andere Teil der Gruppe klassisch homöopathisch behandelt wurde.
Aus diesem Grund bot sie eine nahezu perfekte Grundlage um den HLQ einzusetzen und eine weitere Beurteilung der seiner Qualität zu ermöglichen.
Darum wurde den Probandinnen bei dieser Studie nicht nur der SF-36 zum Ausfüllen vorgelegt, sondern auch der HLQ. Beide dienen der Erfassung und Überprüfung der Auswirkung von gesetzten Interventionen auf die Lebensqualität.

Es sollte verglichen werden, ob die Ergebnisse des HLQ mit jenen des SF-36 übereinstimmen und ob die Veränderung der Lebensqualität während der Studiendauer durch den HLQ sogar noch akkurater dargestellt werden kann.
Dies sollte laut den Autoren des HLQ besonders bei jenen Probanden die mit einer alternativen Behandlungsmethode behandelt wurden, mit Hilfe des HLQ besser möglich sein, als mit einem anderen Fragebogen zur Lebensqualität.

Zum weiteren Vergleich und zur Objektivierung wurden den Probandinnen zwei weitere Fragebögen vorgelegt. Eine Liste zum Abfragen sämtlicher Beschwerden und Befindlichkeiten (B-L) und eine Visual-Analogue-Skale (VAS) zur Erfassung der Schwere der Symptome.

Alle Probandinnen mußten bei jedem Kontrolltermin alle Fragebögen ausfüllen.

Da es sich bei der bearbeiteten Studie um eine Studie über die Behandlung vulvovaginaler Infektionen handelte, wurde zusätzlich das Abstrichergebnis (Pilz ja oder nein) als objektiver Messwert herangezogen.

5. Studie

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie wurde in den Jahren 2000 bis 2002 in der klinischen Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe/Infektionsambulanz der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) in Wien von Dr. A. Witt, Dr. M. Bitschnau, Dr. U. Kaufmann, Dr. H. Gregor und Prof. H. Kiss durchgeführt.

5.1. Aufbau der Studie

Titel der Studie

"Vergleichsstudie zweier verschiedener Strategien zur Behandlung chronischer vulvovaginaler Pilzinfektionen - Itrakonazol plus Lactobazillus versus homöopathischer Therapie plus Lactobazillus"

Studiendesign

Bei dieser klinischen Studie handelte es sich um eine nichtverblindete, randomisierte prospektive Längsschnittstudie.

Einschlußkriterien

Die Probandinnen waren ausschließlich Frauen die zum Zeitpunkt der Randomisierung akut und im vergangenen Jahr mindestens vier Mal an einer rezidivierenden vulvovaginalen Infektion litten.

Um in diese Studie aufgenommen zu werden mußten die Patientinnen älter als 19 Jahre sein, es durfte keine Schwangerschaft vorliegen und sie mußten vor der Menopause sein.

Zusätzlich durfte keine Dauermedikation von Kortikosteroiden oder anderen immunsuppressiven Medikamenten bestehen.

Jede Patientin mußte sich bereit erklären sowohl die vorgeschriebenen Medikamente einzunehmen als auch alle Abstrichkontrolltermine einzuhalten, bei welchen zusätzlich vier verschiedene Fragebögen auszufüllen waren.

Es durfte weder eine Überempfindlichkeit gegen Itrakonazol vorliegen, noch eine antiallergische Medikation verabreicht werden.

Die Patientinnen durften keine positive HIV oder Hepatitisserologie aufweisen.

Die Studienteilnahme war absolut freiwillig und jederzeit widerrufbar.

Der Schutz der Daten und die Anonymität wurden zugesichert.

5.1.1. Durchführungsplan

Die Behandlung der einzelnen Patientinnen erfolgte für 12 Monate, in vier Gruppen. Die Randomisiertung also die Zuteilung zu den Gruppen, erfolgte per Zufallsprinzip mit Hilfe eines Computers.

Gruppe A: Behandlung mit Itrakonazol
Gruppe B: Behandlung mit Itrakonazol plus Lactobazillus
Gruppe C: Behandlung mit klassischer Homöopathie
Gruppe D: Behandlung mit klassischer Homöopathie plus Lactobazillus

Während des ersten halben Jahres wurde monatlich ein Kontrolltermin mit Vaginalabstrich durchgeführt, während des zweiten halben Jahres alle zwei Monate. Insgesamt wurden also pro Patientin neun Abstrichkontrollen, sowie bei jedem dieser Termine anhand der ausgegebenen Fragebögen Daten bezüglich des allgemeinen Zustands und Wohlbefindens, der Schwere der Symptome, des Lebensgefühls und der Behandlung erhoben.

5.1.2. Medikation

Itrakonazol

Itrakonazol (SPORANOX ®) wird seit Jahren gegen Pilzerkrankungen beim Menschen eingesetzt, und ist im Allgemeinen gut verträglich.
Als mögliche Nebenwirkungen von systemisch verabreichtem Itrakonazol können Übelkeit, Durchfall, Verstopfung und allergische Reaktionen auftreten.

Lactobazillus

Lactobazillus (Döderlein Med ®) wird in Form von Vaginalkapseln verabreicht. Es ist ein Bakterium, das in der menschlichen Scheidenflora auftritt und dort für ein saures Milieu sorgt.
Dieser Lactobazillus kann Scheideninfektionen vorbeugen, fehlt er, können sich auftretende Scheideninfektionen leichter ausbreiten.

Homöopathie

Homöopathie ist ein Heilverfahren, das ein homöopathisches Arzneimittel, nach der genauen Erhebung der Krankheitssymptome des Patienten, seiner psychischen und seelischen Befindlichkeit, seiner persönlichen Krankengeschichte und seiner Familienanamnese individuell verordnet.

Nach der Ersteinnahme kann es kurzzeitig zu einer Intensivierung der Symptome kommen, die aber nach kurzer Zeit wieder abklingt.

5.1.3. Behandlungsplan

Die Patientinnen der Gruppen A und B sollen nach der ersten Regelblutung zweimal wöchentlich Itrakonazol. Nach der Nächsten einmal im Monat Itrakonazol, gemäß einem bestimmten Schema für die ersten sechs Monate der Studie.
Gruppe B erhält zusätzlich Lactobazillus.

Die Patientinnen der Gruppe C und D sollen ein, in einer ausführlichen Anamnese erhobenes, individuelles homöopathisches Mittel in Form einer Einmalgabe erhalten.
Für die Therapie wurde ein, individuell auf die Patientin abgestimmtes, homöopathisches Arzneimittel in einer C-Potenzen gewählt.
Die Patienten erhielten nach Randomisierung einen Termin für das Erstgespräch, danach einen Kontrolltermin nach 4 Wochen und in der Folge nur mehr auf Wunsch der Patientin einen persönlichen Termin bei dem behandelnden homöopathischen Arzt. Die Überprüfung des Befindens wurde gleich wie bei den Gruppen A und B, durch die regelmäßige Kontrolle des Abstrichs und das Ausfüllen der Fragebögen, gehandhabt.
Gruppe D erhält zusätzlich Lactobazillus.

5.2. Klassische Homöopathie

Homöopathie ist bezüglich ihrer Wirksamkeit umstritten und oft mit anderen alternativen Methoden gleichgesetzt. Zum besseren Verständnis wird in diesem Kapitel auf die Geschichte und Entwicklung der klassischen Homöopathie eingegangen.

5.2.1. Geschichte der Homöopathie

Die Geschichte der Homöopathie ist untrennbar mit der Geschichte von Samuel Hahnemann (1755 -1843) verbunden.
Auch Hippokrates (ca. 460-377 v.Chr.) kannte zwei Arten der Behandlung. Zum Einen gemäß den Ähnlichkeiten zum Anderen gemäß den Gegensätzlichkeiten, wobei er die Behandlung mit Gegensätzlichem ausführlicher darstellte. Die Ansicht, daß Ähnliches mit Ähnlichem geheilt werden kann wurde auch von Paracelsus (1493 -1541) beschrieben. (vgl. Tischner 1950:13ff)
Anton Störck (1731-1803), bedeutender Vertreter der ersten Wiener Schule, überlegte ebenfalls dieses Ähnlichkeitsprinzip indem er fragte, ob man nicht versuchen sollte, den Stechapfel, der bei Gesunden den Geist zerrüttet und Wahnsinn hervorbringt, bei Wahnsinnigen einzusetzen um durch Umänderung der Ideen den gesunden Verstand wieder hervorzubringen. (vgl. Spitta 2003:50ff)

Samuel Hahnemann

Christian Friedrich Samuel Hahnemann wurde am 10. April 1755 in Meissen geboren. Sein späteres Medizinstudium in Leipzig finanzierte er mit Übersetzungen von medizinischen Fachschriften, da er neben Griechisch und Latein auch Englisch, Französisch, Italienisch, Hebräisch und Arabisch beherrschte. Er erhielt durch diese Übersetzungen tiefe Einblicke in das pharmakologische und chemische Wissen seiner Zeit. (vgl. Tischner 1950:27f)

Da das Studium in Leipzig ausschließlich theoretisch und oft widersprüchlich zur Praxis war, entschied er 1777 nach Wien zu gehen um nach der hier mittlerweile üblichen praxisnahen "Unterricht am Bett-Methode" zu studieren. (Spitta 2003:45)

Nachdem er sein Studium 1779 beendet hatte eröffnete er eine Praxis die er neun Jahre lang führte. Doch sein Schaffen als Arzt frustrierte ihn immer mehr, denn die Arznei-Therapie der damaligen Zeit, die nach dem galenischen Prinzip zubereiteten Rezepte, bestanden aus bis zu 400 Bestandteilen und verschlimmerten oftmals das Leiden der Patienten als das sie es verbesserten, geschweige denn heilten.

Von den radikalen Methoden seiner Zeit, Aderlässen, Klistieren, anderen ausleitenden Methoden, wie abführende Mittel, oder Schwitzkuren hielt er offensichtlich nicht viel, da sie nach seinen Beobachtungen den kranken Patient nur noch mehr schwächten.

Er schloß daher er nach einigen Jahren seine Praxis und übersetzte, um sich und seine Familie weiter ernähren zu können, weiter Fachbücher. Dabei stieß er bei der Übersetzung der Materia Medica von William Cullen (1710-1790), der ein bedeutender schottischer Pharmakologe war, auf dessen spekulative Behauptung über einen Inhaltsstoff der Chinarinde in Bezug auf das Wechselfieber.

Hahnemann stimmte Cullen, der dem Inhaltstoff China eine magenstärkende Wirkung zusprach, nur teilweise zu und notierte seine Überlegungen bei der Übersetzung des Werkes hinzu. (vgl. Geißler, Quark: 2005:10)

1790 prüfte er diese Behauptung im Selbstversuch nach und kam zu einem anderen Ergebnis.

Der Chinarinden-Versuch

Er nahm über Tage hohe Dosen von Chinarinde zu sich und verspürte bald die Symptome des Wechselfiebers, die Fieberschauder, doch ohne Fieber. Hahnemann unternahm weitere Versuche mit Giften unter anderem mit der Tollkirsche (Belladonna), dem Bilsenkraut (Hyoscyamus), dem Fingerhut (Digitalis), dem Quecksilber (Mercurius solibilis) sowie mit anderen Substanzen.

Grundsätze der Homöopathie

1) Arzneimittelprüfung am Gesunden
2) Ähnlichkeitslehre
3) Potenzierung

1) Arzneimittelprüfung am Gesunden

Für Hahnemann waren zwei Hauptfragen von Bedeutung:

- Welche Wirkung hat die jeweilige Substanz im gesunden Körper?
- Was lehren die Beobachtungen in Bezug auf die Krankheit?

Anfangs führte er seine Arzneimittelprüfungen an sich selbst und an seiner Familie durch, und stets waren seine Versuche rationell und geflissentlich durchgeführt und genauestens dokumentiert.

Er erkannte rasch, dass je heftiger, eigentümlicher und spezieller sich die vom Arzneimittel (Gift) hervorgerufene Krankheit sich zeigte, desto wirksamer war dieses Mittel als Arznei bei ebenso heftigen, eigentümlichen und speziellen Krankheiten. Die Größe der Versuchsgaben lag damals bei einem bis mehr Grans.

Doch als bei einer Arzneimittelprüfung eines seiner Kinder durch eine Vergiftungsreaktion in Lebensgefahr geriet, begann er mit Potenzierungen (=Verdünnungen und Verschüttelungen) zu arbeiten.

Dabei stellte er fest, dass die toxologischen Symptome und Beschwerden immer weniger wurden, aber dafür ein weit differenzierteres Erscheinungsbild auftrat.

2) Ähnlichkeitslehre

1796 veröffentlichte Hahnemann seine Ergebnisse unter dem Titel:

„Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arznei-Substanzen“ in Hufelands Journal und zog die bis heute der Homöopathie gültige Schluß-folgerung: similia similibus curentur (Ähnliches möge durch Ähnliches geheilt werden). (vgl. Schreiber 2002:10)

Dies war die Geburtsstunde der Homöopathie, wobei die Bezeichnung Homöopathie erst 1810 zum ersten Mal aufschien und ähnliches Leiden bedeutet.

Daher muß der Arzt das individuelle Krankheitsbild des Patienten möglichst genau erfassen können um so ein entsprechendes Mittel zu finden, welches bei der Arzneimittelprüfung am Gesunden ähnliche Prüfsymptome wie die Krankheits-symptome des Patienten hervorgerufen hat.

Dieses Simile (Ähnliche) wird dem Kranken verabreicht und soll nun den Selbstheilungsprozess wieder in Gang bringen.

3) Potenzierung

Ab ca. 1800 verdünnte Hahnemann seine Urtinkturen nicht nur, sondern begann sie zu verschütteln[6].

Diese Verschüttelung führte zu dem Ergebnis, daß das so behandelte Arzneimittel bei weniger toxischen Effekten stärkere und differenziertere Symptome hervorbrachte als die nur verdünnte Ausgangssubstanz.

Diesen Prozess nannte er später dynamisieren bzw. potenzieren.

5.2.3. Homöopathie in Österreich

In Österreich machte der Stabsarzt und Chirurg Matthias Marenzeller (1765-1854) die Homöopathie bekannt. (vgl. Kogler 2003:81)

Einen weiteren Bekanntheitsschub erfuhr die Homöopathie in Österreich bei der Choleraepidemie 1831.

Der Priester und Arzt Johann Emanuel Veith, pries die Homöopathie von der Kanzel des Stephansdoms herab, als die Retterin der Seuche. Er und seine homöopathisch praktizierenden Kollegen hatten mit ihrer Behandlung weit größere Erfolge zu verzeichnen als die damalige machtlos scheinende Schulmedizin.

(vgl. Kirchenlexikon [17])

Homöopathische Krankenhäuser in Österreich

1832 wurde das erste Choleraspital, das Gumpendorferspital, errichtet.

1839 wird das Spital der Barmherzigen Schwestern, das zweite ordenseigene Spital, als „allopathisch und homöopathisches Spital in der Leopoldstadt“ eröffnet, und trotz gleicher Bettenzahl der beiden Bereiche war stets das homöopathische stärker frequentiert.In der Folge wurden weitere homöopathisch behandelnde Spitäler gegründet. Darunter unter anderem das Sechshausner Bezirksspital in Wien und ein homöopathisches Spital für Kinder in der Liniengasse.Auch außerhalb Wiens entstanden homöopathische Spitäler in Linz, Kremsier und Steyr.

(vgl.Barmherzige Schwestern [18])

Heute sind in Österreich die ehemals homöopathisch geführten Krankenhäuser schulmedizinische Spitäler.

---

6 Vermutlich wegen der oftmals trüben Ausgangssubstanzen, den Urtinkturen, die sich gleichmäßig im Verdünnungsmedium verteilen sollten.

Homöopathie und Krankenpflege

Das Krankenhaus der barmherzigen Schwestern wurde in den 1840er Jahren gegründet. Unüblich für die damalige Zeit behandelten die Schwestern nicht nur Frauen sondern auch Männer. Ihr Spital in der Gumpendorferstraße war das einzige Heil- und Lehrkrankenhaus für Homöophathie und es war weit über die Grenzen der damaligen Donaumonarchie bekannt, weshalb auch Ärzte zu den Schwestern kamen um Homöopathie zu erlernen. (vgl. Barmherzige Schwestern [18])

Homöopathie heute

„In Österreich ist die Homöopathie seit dem Arzneimittelgesetz 1983 ein anerkannter Teil der Medizin“ (Homöopathieinstitut [16]). Außerdem darf Homöopathie in Österreich nur von Ärzten verschrieben werden.
Eine nachgewiesene homöopathische Ausbildung ist dafür nicht notwendig.
Es ist möglich nach einer abgeschlossenen Grundausbildung das Ärztekammer-diplom Homöopathie zu erwerben. (vgl. Homöopathieinstitut [16])

Selbstmedikation ist zugelassen, da homöopathische Arzneien, in Form von D-, C- und Q-Potenzen oder Komplexmitteln[7] in Apotheken rezeptfrei zu erwerben sind.

Als klassische Homöopathen bezeichnen sich jene, die die von Samuel Hahnemann im *Organon der Heilkunst* beschriebenen homöopathischen Grundsätzen befolgen, über ein großes Arzneimittelwissen verfügen und nach einem ausführlichen, meist ein- bis zweistündigem Gespräch, ein Arzneimittel nach der Ähnlichkeitsregel in einer Hochpotenz (C-Potenz oder Q-Potenz) oder Tiefpotenz verschreiben.

5.2.4. Homöopahtie international

Weltweit ist Homöopathie eine der populärsten komplementer- und alternativ-medizinischen Therapien. Nahezu 40% der englischen Mediziner bevorzugen homöopathische Behandlungen. 60% der Franzosen nutzen homöopathische Therapien.

(vgl. Ernst, Kaptchuck 1996/156:4; Fisher, Ward 1994/309:107ff)

5.2.5. Homöopathie in der bearbeiteten Studie

Die homöopathische Behandlung der Probandengruppen C und D erfolgte nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie.

---

[7] Für Komplexmittel trifft die Arzneimittelprüfung nicht zu, da immer nur Einzelpräparate am Gesunden geprüft wurden und werden.

II. Empirischer Teil

Ziele der Arbeit

Vergleich der Fragebögen

Um die beiden Fragebögen HLQ und SF-36 vergleichen zu können wird im ersten Schritt für jeden Fragebogen eine Korrelationsanalyse erstellt. Diese bietet die Möglichkeit die Abgrenzung der Fragen auf verschiedenen Ebenen zu untersuchen. Einerseits auf der Ebene der Einzelfragen, und andererseits auf der Ebene der Dimensionen (Faktoren).
Unter einer Dimension/einem Faktor versteht man die Zusammenfassung verschiedener Einzelfragen unter einem bestimmten übergeordneten Begriff, z.B. Vitalität.

In der weiteren Folge werden die beiden Fragebögen ebenfalls mittels Korrelationsanalyse miteinander verglichen.
Für einen möglichen weiteren Erkenntnisgewinn wird der gleiche Vorgang auch mit den Fragebögen B-L und VAS durchgeführt, die ebenfalls von den Probandinnen ausgefüllt wurden.

Auswirkung homöopathischer Behandlung auf die Lebensqualität

Ein weiteres Ziel befaßt sich mit dem Unterschied der Auswirkung der Behandlungsmethoden.
Es soll gezeigt werden ob die homöopathische Behandlungsmethode im Vergleich zur konventionell medizinischen Behandlungsmethode eine erkennbare Auswirkung auf die Lebensqualität hat.
Eine Tendenzauswertung soll darstellen, welches der beiden Meßinstrumente, HLQ oder SF-36, für die Erfassung der Effekte von alternativen Behandlungsmethoden geeigneter erscheint.

Kritische Auseinandersetzung

Ziel der Arbeit soll, mit Hilfe von Daten der vorliegenden Studie, eine weitere Validierung des Herdecker Fragebogens zur Lebensqualität sein, um seine zukünftigen Einsatzmöglichkeiten aufzeigen.
Daher soll abschließend eine kritische Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Datenmaterial, den verschiedenen Fragebögen und einer bereits bestehenden Validierung des HLQ erfolgen.

6. Bearbeitung der Daten

Die Daten wurden mit Hilfe von Microsoft Office Excel 2007 bearbeitet.

Mit Hilfe von Korrelationsanalysen werden sowohl die Einzelfragen als auch die Dimensionen der Fragebögen analysiert.
Nach den Analysen werden die Fragebögen untereinander verglichen.

Korrelation
Bei der Korrelation geht es darum die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Variablen festzustellen.
Man erhält einen Zahlenwert zwischen 0 und 1, der ein dimensionsloses Maß des linearen Zusammenhangs darstellt.
Wenn ein Korrelationskoeffizient einen Zahlenwert 0 aufweist, hängen die beiden betrachteten Variablen in keiner Weise linear voneinander ab.
Bei einem Wert von 1 (+ oder -) besteht ein perfekter Zusammenhang.

Unter Umständen kann eine positive Korrelation zwischen zwei Variablen auch auf den zufälligen Einfluß einer Zufallsvariable zurückgeführt werden.

Korrelationsanalyse
Die vorliegenden Studienergebnisse wurden verwendet, um die beiden Fragebögen SF36 und HLQ zu analysieren und zu vergleichen.
Dazu wurden die statistischen Methoden der Korrelation mittels Excel angewandt.
Folgende Zusammenhänge wurden untersucht:

- der Dimensionen (Faktoren) des HLQ
- der einzelnen Fragen des HLQ
- der Dimensionen (Faktoren) des SF36
- der einzelnen Fragen des SF36
- der Dimensionen (Faktoren) des SF36 mit den Dimensionen (Faktoren) des HLQ
- der einzelnen Fragen des SF36 mit den einzelnen Fragen des HLQ

Zusätzlich wurden auch die Fragebögen VAS und B-L auf die gleiche Weise betrachtet.

Korrelationsmatrix
Um eine Korrelationsanalyse erstellen zu können muß eine Korrelationsmatrix berechnet werden. Dafür wurde von Herrn Mag. Peter Pöschl der jeweilige Korrelationskoeffizient ermittelt.

Bei den Vergleichen auf Faktorenebene wurde der arithmetische Mittelwert aller Korrelationskoeffizienten der Einzelfragen herangezogen.
Trotz Normierung sind negative Korrelationskoeffizienten möglich. Speziell bei Fragen die zufällig sind, keinen Zusammenhang und daher nur einen sehr geringen Korrelationskoeffizienten aufweisen. Da es in diesem Vergleich aber lediglich um die Stärke des Zusammenhangs geht, und nicht um die Aussage ob es sich um positive oder negative Korrelationen handelt, wurden die Absolutwerte herangezogen.
Zur besseren optischen Visualisierung wurden die ermittelten Korrelations-koeffizienten fließend von hellgrün bis rot eingefärbt.
Hellgrün zeigt keine nennenswerte Korrelation, Gelb eine schwache, Orange eine mittlere und Rot eine starke Korrelation.

Korrelationsfaktor	Farbe	Zusammenhang
0 bis 0,25 bzw. -0 bis -0,25	hellgrün	Keine statistische Relevanz
0,26 bis 0,41 bzw. -0,2 bis -0,41	gelb	Schwacher Zusammenhang
0,42 bis 0,52 bzw. -0,42 bis -0,62	orange	Mittlerer Zusammenhang
0,63 bis 1 bzw. -0,63 bis -1	rot	Starker Zusammenhang

6.1. Zur Verfügung stehende Daten

Die vorliegende Studie, die als Basis der Untersuchung und der Vergleiche herangezogen wurde, wurde zwischen Jänner 2000 und März 2006 durchgeführt.
550 Frauen wurden für die Studie gescreent. 150 Patientinnen wurden in vier Studiengruppen randomisiert. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen war 30,4 Jahre. Nach der Randomisierung mussten 4 Patientinnen aus der Itrakonazole-Gruppe wegen Durchfall und 4 Patientinnen wegen Schwangerschaft in der Homöopathie-Gruppe aus der Studie genommen werden. 25 Frauen aus der Gruppe A als auch 25 Frauen aus der Gruppe B sowie 23 Frauen der Gruppe C brachen die Studie aus eigenem Willen ab.
71 Frauen wurden 12 Monate lang nach Studienprotokoll beobachtet. Die Analyse bezieht sich auf diese 71 Frauen.
Die Probandinnen haben dabei, bei jeder Untersuchung, jeweils die zu vergleichenden Fragebögen zur Beurteilung ihrer Lebensqualität (SF-36 und HLQ) ausgefüllt.
Parallel dazu wurde jeweils auch der krankheitsbezogene Gesundheitszustand mittels VAS und der allgemeine Zustand mittels Beschwerden Ergänzungsliste (B-L) erhoben.

Die vorgegebenen Untersuchungen und die damit einhergehenden Befragungen mittels Fragebögen, waren im ersten Behandlungshalbjahr einmal im Monat, im zweiten Behandlungshalbjahr einmal in zwei Monaten.

Alle Unterlagen zur Erhebung der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes wurden von den Patientinnen alleine und ohne Hilfe ausgefüllt.

6.2. Datenbereinigung

Für die Untersuchung der Korrelation wurden, gemeinsam mit Herrn Mag. Peter Pöschl, die erhobenen Daten aller Fragebögen (SF-36, HLQ, VAS, B-L) in einem ersten Schritt, in einer Tabelle zusammengefasst.
Diese zusammengefaßten Daten wurden für die Betrachtungen der Fragebögen, der Faktoren und der Zusammenhänge der Fragen herangezogen.
Um eine möglichst große Stichprobe für den Vergleich von SF 36 und HLQ zu erhalten und so die statistische Relevanz des Ergebnisses zu erhöhen, wurden auch die Daten der Studienabbrecher mit berücksichtigt, solange sie erhoben werden konnten. Es wurden jene Datenreihen gelöscht, bei denen Daten gewisser Fragen bzw. ganzer Fragebögen fehlten.
Die bereinigten Daten wurden im Registerblatt „Vergleich bereinigt“ eingetragen. Es ergaben sich nach der Bereinigung insgesamt 611 Datensätze.

6.4. Normierung der Daten

Da die Fragebögen unterschiedliche Skalen verwenden, von Ja/Nein-Fragen bis zu 6teiligen Skalen und Fragen positiv und negativ gestellt werden, wurde eine Normierung vorgenommen.
Im Registerblatt „Vergleich bereinigt norm“ wurde zu jeder Frage die Skala angeführt und ob die Frage positiv oder negativ formuliert ist (Frage +/- entweder +1 oder -1)
Die Normierung wurde für alle Fragen auf eine 5teilige Skala[8] vorgenommen. Bei den Ja/Nein Fragen mußte die Formel noch zusätzlich angepaßt werden, da die vergebenen Bewertungen in den Registerblättern nicht 1 und 2 waren, sondern 0 und 1.

Weiters wurden negativ formulierte Fragen über die Mitte gespiegelt.
Nach der Normierung ergeben sich für jede Frage Werte zwischen 1 und 5.

---

[8] Diese Skalierung entspricht nicht der üblichen Skalierung und Gewichtung des SF-36. Dennoch wurde die Skalierung in dieser Arbeit in dieser Form gewählt, da im HLQ alle Fragen 5teilig skaliert sind und so eine bessere Vergleichbarkeit der Fragebögen HLQ und SF-36 ermöglicht werden soll.

Durch die Normierung von positiven und negativen Fragen, stellen höhere Werte bei allen Fragen einheitlich eine höhere Lebensqualität bzw. einen besseren Zustand dar.
Hier einige Beispiele zum besseren Verständnis:

Fragenformulierung	Skala	Bewertung	Normierte Bewertung
negativ	5-teilig	2	4
positiv	5-teilig	5	5
positiv	6-teilige	4	(4-1)/(6-1) x (5-1)+1=3,4

Abb. 5

6.5. Erwartungen an einen Fragebogen

Grundsätzlich sollten jene Fragen die einer Dimension zugeordnet sind ein hohes Maß an Übereinstimmung aufweisen. Das bedeutet, daß ihre Korrelations-koeffizienten eine mittlere bis hohe Korrelation zeigen sollen.
Im Gegensatz dazu soll der Zusammenhang mit Fragen anderer Kategorien deutlich schwächer sein.

Durch die farbliche Darstellung sollten also jene Kästchen die einer Dimension zugeordnet sind orange bis rot eingefärbt sein und sich von den anderen Kästchen die eine Farbe von hellgrün bis hellorange aufweisen sollten, deutlich abheben.

7. Korrelationsanalysen

Ziel der Studie „Monthly itraconazole versus classic homeopathy for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis“ war unter anderem auch, mit Hilfe der neu gewonnenen Daten aus dieser Untersuchung, eine weitere Validierung des HLQ zu ermöglichen.

Dazu betrachtet man die Korrelationsanalyse des HLQ sowohl auf Faktoren- als auch auf Einzelfragenebene, um zu erkennen, ob der jeweilige Fragebogen die angegebenen Faktoren auch abfragt.

Je eindeutiger die Einzelfragen eines Faktors/einer Dimension miteinander korrelieren und je weniger Korrelation sie mit Fragen anderer Faktoren aufweisen, desto besser wird der angegebene Faktor durch die Fragen repräsentiert und desto deutlicher ist dieser Faktor von den anderen Faktoren abgegrenzt.
Dies wird durch die Farbgebung noch deutlicher sichtbar gemacht.
Von der Färbung rot (= 1,00) die einen 100%igen Zusammenhang bedeutet bis zur Farbe hellgrün (= 0,00 bis +/- 0,25) das keinen nennenswerten bis überhaupt keinen Zusammenhang zwischen den einzelnen Fragen bzw. den einzelnen Dimensionen anzeigt.

Vergleichend dazu werden auch die anderen Fragebögen mit derselben Methode betrachtet, beziehungsweise werden diese Fragebögen ebenfalls zum Vergleich herangezogen.

7.1. Korrelationsanalyse des HLQ

7.1.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen des HLQ

HLQ	Vitalität	Körperliche Verfassung	Seelisches Verhalten	Soziales Umfeld	Persönlichkeitspräsenz
Vitalität	0,47	0,49	0,45	0,37	0,38
Körperliche Verfassung	0,49	0,56	0,46	0,39	0,39
Seelisches Verhalten	0,45	0,46	0,52	0,41	0,43
Soziales Umfeld	0,37	0,39	0,41	0,40	0,36
Persönlichkeitspräsenz	0,38	0,39	0,43	0,36	0,40

Abb. 6

Analyse

Durch die farbliche Visualisierung ist leicht zu erkennen, daß bei der Korrelationsanalyse der Dimensionen des Herdecker Fragebogens zur Lebensqualität die Abgrenzung der Dimensionen untereinander eher gering ist.

Dies ist daraus ersichtlich, daß nahezu die Dimensionen untereinander sehr ähnliche Werte aufweisen.

Die Dimensionen „Körperliche Verfassung“ und „Seelisches Verhalten“ werden durch ihre Einzelfragen ein wenig besser repräsentiert als die übrigen Dimensionen, da die zu diesem Faktor gehörenden Fragen mit mittleren Korrelationswerten von 0,52 und 0,56 die höchsten Korrelationskoeffizienten aufweisen.

Am schlechtesten von seinen Einzelfragen repräsentiert werden die Dimensionen „Soziales Umfeld“ und „Persönlichkeitspräsenz“ mit einem Wert von 0,4.

Die schlechte Abgrenzung der jeweiligen Dimension ist daran zu erkennen, daß zwischen allen Dimensionen relativ ähnliche Werte zu sehen sind.

Und auch wenn der Faktor „Körperliche Verfassung“ mit 0,56 den höchsten Korrelationskoeffizienten aufweist, so sind doch die Abgrenzungswerte mit den Dimensionen „Vitalität“ und „Soziales Umfeld“ mit 0,49 und 0,46 zu schwach.

7.1.2. Korrelationsanalyse der Einzelfragen des HLQ

HLQ	HLQ	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Seelisches Verhalten	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Sozales Umfeld	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz
		hlq1	hlq3	hlq4	hlq9	hlq19	hlq23	hlq29	hlq31	hlq37	hlq2	hlq22	hlq24	hlq38	hlq5	hlq7	hlq10	hlq11	hlq15	hlq26	hlq30	hlq34	hlq35	hlq39	hlq6	hlq14	hlq16	hlq18	hlq20	hlq28	hlq32	hlq8	hlq12	hlq13	hlq17	hlq21	hlq25	hlq27	hlq33	hlq36
Vitalität	hlq1	1,00	0,47	0,52	0,48	0,56	0,34	0,48	0,55	0,56	0,71	0,51	0,53	0,49	0,47	0,41	0,36	0,42	0,56	0,55	0,54	0,33	0,47	0,53	0,39	0,32	0,36	0,41	0,48	0,37	0,34	0,37	0,48	0,20	0,44	0,33	0,46	0,41	0,37	0,31
Vitalität	hlq3	0,47	1,00	0,47	0,39	0,38	0,48	0,34	0,30	0,33	0,39	0,40	0,42	0,35	0,34	0,33	0,30	0,36	0,40	0,40	0,33	0,23	0,37	0,36	0,30	0,30	0,22	0,40	0,32	0,32	0,27	0,31	0,33	0,23	0,36	0,22	0,35	0,34	0,26	0,17
Vitalität	hlq4	0,52	0,47	1,00	0,51	0,47	0,36	0,37	0,48	0,47	0,40	0,48	0,51	0,44	0,39	0,37	0,33	0,45	0,51	0,53	0,46	0,27	0,43	0,50	0,35	0,32	0,38	0,41	0,38	0,39	0,29	0,43	0,43	0,24	0,47	0,34	0,41	0,32	0,31	0,37
Vitalität	hlq9	0,48	0,39	0,51	1,00	0,65	0,39	0,39	0,57	0,56	0,43	0,47	0,53	0,47	0,44	0,37	0,45	0,47	0,54	0,54	0,52	0,34	0,48	0,49	0,41	0,37	0,37	0,40	0,38	0,39	0,38	0,49	0,49	0,22	0,48	0,38	0,43	0,39	0,42	0,26
Vitalität	hlq19	0,56	0,38	0,47	0,65	1,00	0,42	0,48	0,74	0,69	0,47	0,54	0,60	0,64	0,48	0,46	0,43	0,50	0,63	0,64	0,66	0,42	0,53	0,61	0,40	0,42	0,44	0,40	0,53	0,43	0,44	0,48	0,53	0,20	0,58	0,50	0,54	0,43	0,40	0,32
Vitalität	hlq23	0,34	0,48	0,36	0,39	0,42	1,00	0,36	0,39	0,40	0,36	0,47	0,48	0,39	0,35	0,31	0,33	0,36	0,43	0,44	0,35	0,25	0,39	0,42	0,22	0,37	0,33	0,37	0,32	0,37	0,26	0,43	0,40	0,16	0,43	0,47	0,44	0,49	0,40	0,16
Vitalität	hlq29	0,48	0,34	0,37	0,39	0,48	0,36	1,00	0,45	0,46	0,45	0,39	0,39	0,43	0,34	0,31	0,34	0,39	0,44	0,44	0,52	0,24	0,39	0,44	0,41	0,30	0,24	0,31	0,33	0,36	0,31	0,32	0,36	0,14	0,38	0,31	0,38	0,34	0,31	0,26
Vitalität	hlq31	0,55	0,30	0,48	0,57	0,74	0,39	0,45	1,00	0,68	0,47	0,53	0,58	0,58	0,48	0,42	0,42	0,49	0,60	0,63	0,65	0,36	0,52	0,60	0,36	0,33	0,37	0,38	0,47	0,39	0,35	0,44	0,49	0,19	0,52	0,41	0,52	0,44	0,37	0,41
Vitalität	hlq37	0,56	0,33	0,47	0,56	0,69	0,40	0,46	0,68	1,00	0,50	0,64	0,61	0,64	0,47	0,47	0,54	0,55	0,65	0,63	0,66	0,46	0,49	0,63	0,41	0,34	0,43	0,35	0,47	0,42	0,40	0,50	0,53	0,24	0,54	0,43	0,60	0,38	0,43	0,41
Körperliche Verfassung	hlq2	0,71	0,39	0,40	0,43	0,47	0,36	0,45	0,47	0,50	1,00	0,50	0,52	0,46	0,39	0,30	0,33	0,32	0,47	0,46	0,48	0,28	0,37	0,47	0,39	0,30	0,30	0,41	0,38	0,29	0,29	0,30	0,40	0,13	0,37	0,29	0,37	0,37	0,28	0,22
Körperliche Verfassung	hlq22	0,51	0,40	0,48	0,47	0,54	0,47	0,39	0,53	0,64	0,50	1,00	0,71	0,58	0,43	0,44	0,45	0,47	0,54	0,57	0,56	0,34	0,46	0,56	0,35	0,35	0,40	0,42	0,43	0,41	0,36	0,43	0,45	0,25	0,56	0,37	0,49	0,39	0,45	0,39
Körperliche Verfassung	hlq24	0,53	0,42	0,51	0,53	0,60	0,48	0,39	0,58	0,61	0,52	0,71	1,00	0,57	0,46	0,43	0,46	0,50	0,62	0,60	0,58	0,38	0,43	0,60	0,39	0,35	0,46	0,49	0,47	0,49	0,40	0,46	0,56	0,24	0,57	0,41	0,58	0,41	0,46	0,33
Körperliche Verfassung	hlq38	0,49	0,35	0,44	0,47	0,64	0,39	0,43	0,58	0,64	0,46	0,58	0,57	1,00	0,45	0,33	0,38	0,40	0,53	0,55	0,59	0,37	0,44	0,53	0,35	0,33	0,45	0,37	0,46	0,39	0,46	0,37	0,48	0,26	0,50	0,34	0,51	0,37	0,42	0,29
Seelisches Verhalten	hlq5	0,47	0,34	0,39	0,44	0,48	0,35	0,34	0,48	0,47	0,39	0,43	0,46	0,45	1,00	0,37	0,38	0,44	0,59	0,58	0,44	0,36	0,48	0,57	0,29	0,35	0,46	0,40	0,44	0,40	0,40	0,41	0,38	0,18	0,58	0,38	0,46	0,40	0,46	0,33
Seelisches Verhalten	hlq7	0,41	0,33	0,37	0,37	0,46	0,31	0,31	0,42	0,47	0,30	0,44	0,43	0,33	0,37	1,00	0,52	0,54	0,49	0,46	0,46	0,41	0,37	0,45	0,36	0,24	0,35	0,30	0,43	0,48	0,33	0,49	0,45	0,23	0,48	0,26	0,53	0,34	0,51	0,40
Seelisches Verhalten	hlq10	0,36	0,30	0,33	0,45	0,43	0,33	0,34	0,42	0,54	0,33	0,45	0,46	0,38	0,38	0,52	1,00	0,54	0,55	0,54	0,46	0,49	0,37	0,48	0,37	0,31	0,37	0,30	0,43	0,47	0,35	0,51	0,54	0,28	0,48	0,33	0,54	0,33	0,52	0,41
Seelisches Verhalten	hlq11	0,42	0,36	0,45	0,47	0,50	0,36	0,39	0,49	0,55	0,32	0,47	0,50	0,40	0,44	0,54	0,54	1,00	0,60	0,57	0,57	0,43	0,45	0,59	0,40	0,41	0,39	0,35	0,46	0,51	0,38	0,51	0,54	0,21	0,52	0,36	0,54	0,40	0,44	0,47
Seelisches Verhalten	hlq15	0,56	0,40	0,51	0,54	0,63	0,43	0,44	0,60	0,65	0,47	0,54	0,62	0,53	0,59	0,49	0,55	0,60	1,00	0,73	0,64	0,48	0,59	0,79	0,44	0,42	0,54	0,50	0,52	0,54	0,41	0,54	0,59	0,19	0,66	0,48	0,58	0,42	0,50	0,40
Seelisches Verhalten	hlq26	0,55	0,40	0,53	0,54	0,64	0,44	0,44	0,63	0,63	0,46	0,57	0,60	0,55	0,58	0,46	0,54	0,57	0,73	1,00	0,65	0,44	0,63	0,73	0,32	0,37	0,44	0,50	0,48	0,50	0,42	0,53	0,54	0,18	0,66	0,47	0,60	0,45	0,47	0,39
Seelisches Verhalten	hlq30	0,54	0,33	0,46	0,52	0,66	0,35	0,52	0,65	0,66	0,48	0,56	0,58	0,59	0,44	0,46	0,46	0,57	0,64	0,65	1,00	0,43	0,50	0,65	0,50	0,36	0,40	0,37	0,56	0,47	0,48	0,45	0,53	0,18	0,55	0,42	0,57	0,41	0,40	0,40
Seelisches Verhalten	hlq34	0,33	0,23	0,27	0,34	0,42	0,25	0,24	0,36	0,46	0,28	0,34	0,38	0,37	0,36	0,41	0,49	0,43	0,48	0,44	0,43	1,00	0,39	0,43	0,33	0,35	0,40	0,25	0,45	0,46	0,41	0,39	0,41	0,22	0,49	0,35	0,44	0,29	0,47	0,29
Seelisches Verhalten	hlq35	0,47	0,37	0,43	0,48	0,53	0,39	0,39	0,52	0,49	0,37	0,46	0,43	0,44	0,48	0,37	0,37	0,45	0,59	0,63	0,50	0,39	1,00	0,60	0,28	0,44	0,47	0,45	0,44	0,41	0,45	0,42	0,45	0,11	0,56	0,39	0,42	0,41	0,35	0,35
Seelisches Verhalten	hlq39	0,53	0,36	0,50	0,49	0,61	0,42	0,44	0,60	0,63	0,47	0,56	0,60	0,53	0,57	0,45	0,48	0,59	0,79	0,73	0,65	0,43	0,60	1,00	0,32	0,37	0,51	0,46	0,50	0,50	0,42	0,49	0,55	0,16	0,64	0,45	0,58	0,43	0,46	0,42
Soziales Umfeld	hlq6	0,39	0,30	0,35	0,41	0,40	0,22	0,41	0,36	0,41	0,39	0,35	0,39	0,35	0,29	0,36	0,37	0,40	0,44	0,32	0,50	0,33	0,28	0,32	1,00	0,30	0,30	0,27	0,47	0,34	0,39	0,36	0,43	0,24	0,36	0,28	0,36	0,26	0,33	0,19
Soziales Umfeld	hlq14	0,32	0,30	0,32	0,37	0,42	0,37	0,30	0,33	0,34	0,30	0,35	0,35	0,33	0,35	0,24	0,31	0,41	0,42	0,37	0,36	0,35	0,44	0,37	0,30	1,00	0,44	0,33	0,41	0,39	0,33	0,26	0,38	0,17	0,45	0,34	0,30	0,44	0,32	0,21
Soziales Umfeld	hlq16	0,36	0,22	0,38	0,37	0,44	0,33	0,24	0,37	0,43	0,30	0,40	0,46	0,45	0,46	0,35	0,37	0,39	0,54	0,44	0,40	0,40	0,47	0,51	0,30	0,44	1,00	0,44	0,55	0,45	0,51	0,43	0,51	0,19	0,57	0,43	0,43	0,34	0,48	0,29
Soziales Umfeld	hlq18	0,41	0,40	0,41	0,40	0,40	0,37	0,31	0,38	0,35	0,41	0,42	0,49	0,37	0,40	0,30	0,30	0,35	0,50	0,50	0,37	0,25	0,45	0,46	0,27	0,33	0,44	1,00	0,39	0,38	0,29	0,34	0,35	0,10	0,46	0,23	0,37	0,39	0,37	0,20
Soziales Umfeld	hlq20	0,48	0,32	0,38	0,38	0,53	0,32	0,33	0,47	0,47	0,38	0,43	0,47	0,46	0,44	0,43	0,43	0,46	0,52	0,48	0,56	0,45	0,44	0,50	0,47	0,41	0,55	0,39	1,00	0,48	0,52	0,45	0,50	0,26	0,58	0,40	0,49	0,41	0,47	0,27
Soziales Umfeld	hlq28	0,37	0,32	0,39	0,39	0,43	0,37	0,36	0,39	0,42	0,29	0,41	0,49	0,39	0,40	0,48	0,47	0,51	0,54	0,50	0,47	0,46	0,41	0,50	0,34	0,39	0,45	0,38	0,48	1,00	0,39	0,51	0,53	0,22	0,49	0,35	0,52	0,48	0,54	0,33
Soziales Umfeld	hlq32	0,34	0,27	0,29	0,38	0,44	0,26	0,31	0,35	0,40	0,29	0,36	0,40	0,46	0,40	0,33	0,35	0,38	0,41	0,42	0,48	0,41	0,45	0,42	0,39	0,33	0,51	0,29	0,52	0,39	1,00	0,33	0,44	0,12	0,42	0,33	0,40	0,32	0,39	0,24
Persönlichkeitspräsenz	hlq8	0,37	0,31	0,43	0,49	0,48	0,43	0,32	0,44	0,50	0,30	0,43	0,46	0,37	0,41	0,49	0,51	0,51	0,54	0,53	0,45	0,39	0,42	0,49	0,36	0,26	0,43	0,34	0,45	0,51	0,33	1,00	0,55	0,21	0,53	0,53	0,55	0,36	0,50	0,30
Persönlichkeitspräsenz	hlq12	0,48	0,33	0,43	0,49	0,53	0,40	0,36	0,49	0,53	0,40	0,45	0,56	0,48	0,38	0,45	0,54	0,54	0,59	0,54	0,53	0,41	0,45	0,55	0,43	0,38	0,51	0,35	0,50	0,53	0,44	0,55	1,00	0,23	0,51	0,45	0,59	0,35	0,56	0,35
Persönlichkeitspräsenz	hlq13	0,20	0,23	0,24	0,22	0,20	0,16	0,14	0,19	0,24	0,13	0,25	0,24	0,26	0,18	0,23	0,28	0,21	0,19	0,18	0,18	0,22	0,11	0,16	0,24	0,17	0,19	0,10	0,26	0,22	0,12	0,21	0,23	1,00	0,25	0,11	0,26	0,20	0,35	0,14
Persönlichkeitspräsenz	hlq17	0,44	0,36	0,47	0,48	0,58	0,43	0,38	0,52	0,54	0,37	0,56	0,57	0,50	0,58	0,48	0,48	0,52	0,66	0,66	0,55	0,49	0,56	0,64	0,36	0,45	0,57	0,46	0,58	0,49	0,42	0,53	0,51	0,25	1,00	0,55	0,59	0,46	0,58	0,37
Persönlichkeitspräsenz	hlq21	0,33	0,22	0,34	0,38	0,50	0,47	0,31	0,41	0,43	0,29	0,37	0,41	0,34	0,38	0,26	0,33	0,36	0,48	0,47	0,42	0,35	0,39	0,45	0,28	0,34	0,43	0,23	0,40	0,35	0,33	0,53	0,45	0,11	0,55	1,00	0,44	0,41	0,38	0,25
Persönlichkeitspräsenz	hlq25	0,46	0,35	0,41	0,43	0,54	0,44	0,38	0,52	0,60	0,37	0,49	0,58	0,51	0,46	0,53	0,54	0,54	0,58	0,60	0,57	0,44	0,42	0,58	0,36	0,30	0,43	0,37	0,49	0,52	0,40	0,55	0,59	0,26	0,59	0,44	1,00	0,45	0,62	0,41
Persönlichkeitspräsenz	hlq27	0,41	0,34	0,32	0,39	0,43	0,49	0,34	0,44	0,38	0,37	0,39	0,41	0,37	0,40	0,34	0,33	0,40	0,42	0,45	0,41	0,29	0,41	0,43	0,26	0,44	0,34	0,39	0,41	0,48	0,32	0,36	0,35	0,20	0,46	0,41	0,45	1,00	0,43	0,19
Persönlichkeitspräsenz	hlq33	0,37	0,26	0,31	0,42	0,40	0,40	0,31	0,37	0,43	0,28	0,45	0,46	0,42	0,46	0,51	0,52	0,44	0,50	0,47	0,40	0,47	0,35	0,46	0,33	0,32	0,48	0,37	0,47	0,54	0,39	0,50	0,56	0,35	0,58	0,38	0,62	0,43	1,00	0,32
Persönlichkeitspräsenz	hlq36	0,31	0,17	0,37	0,26	0,32	0,16	0,26	0,41	0,41	0,22	0,39	0,33	0,29	0,33	0,40	0,41	0,47	0,40	0,39	0,40	0,29	0,35	0,42	0,19	0,21	0,29	0,20	0,27	0,33	0,24	0,30	0,35	0,14	0,37	0,25	0,41	0,19	0,32	1,00

Abb. 7

Analyse

Besser als bei der Korrelationsmatrix der Dimensionen kann man bei der Korrelationsanalyse der Einzelfragen feststellen, warum die einzelnen Dimensionen relativ hohe Korrelationwerte miteinander aufweisen.

Die Einzelfragen des HLQ stellen nicht ausschließlich ihren eigenen Faktor dar, sondern weisen auch ähnliche Korrelationswerte mit Fragen aus anderen Dimensionen auf.

Frage 15 „Ich war froh/niedergeschlagen“[9] aus dem Faktor „Seelisches Verhalten“ korreliert beispielsweise auch gut mit Fragen anderer Faktoren.
Besonders mit Frage 19 „ Ich war erschöpft/frisch“, Frage 31 “Ich fühlte mich müde“ und Frage 37 „Ich fühlte mich leistungsfähig/abgespannt“ aus dem Faktor „Vitalität“ und mit Frage 17 „Reagiert habe ich sicher/verunsichert“ aus dem Faktor „Persönlichkeitspräsenz“ weist sie ebenfalls einen hohen statistischen Zusammenhang mit Werten von 0,60 bis 0,66 auf.

Sehr auffällig ist die Frage 13 „Konflikte habe ich gemieden“ aus der Dimension der „Persönlichkeitspräsenz“.
Sie zeigt kaum einen statistisch relevanten Zusammenhang mit anderen Fragen. Weder mit Fragen ihrer eigenen Dimension noch mit Fragen anderer Faktoren.
Der höchste Korrelationsfaktor besteht mit Frage 33 „Ich konnte mich gegenüber meiner Umwelt behaupten“ des eigenen Faktors. Dieser ist aber mit 0,35 sehr schwach.

Auch die Frage 6 „ Ich habe Kontakt zu anderen Menschen gesucht“ der Kategorie „Soziales Umfeld“, weist gegenüber allen anderen Fragen, sowohl innerhalb seiner Dimension als auch außerhalb, nur schwache Zusammenhänge auf.

Überlegungen:
Es besteht natürlich die Möglichkeit, daß Frage 6 und Frage 13 bei der vorliegenden Patientengruppe, aufgrund des sehr spezifischen Krankheitsbildes, keine Korrelation mit anderen Fragen aufweisen.

Es wäre möglich, daß Frage 6 „*Ich habe Kontakt zu anderen Menschen gesucht*“ mit den Antwortmöglichkeiten „*nie-selten-manchmal-oft-immer*“ und Frage 13 *„Konflikte habe ich gemieden“* mit den Antwortmöglichkeiten *„nie-selten-gelegentlich-oft-immer“* bei anderen Patientengruppen durchaus Zusammenhänge mit anderen Fragen des Meßinstruments aufweisen würden.

---

[9] Einige Fragen des HLQ bewegen sich zwischen zwei gegensätzlichen Zuständen. Bsp: Frage 15: Ich war -immer froh / -oft froh, selten niedergeschlagen / -mal froh, mal niedergeschlagen / -oft niedergeschlagen, selten froh / -immer niedergeschlagen.
Um den Lesefluß nicht zu stören werden solche Fragen in folgender Form dargestellt:
Ich war froh/niedergeschlagen

7.2. Korrelationsanalyse des SF-36

7.2.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen des SF-36

SF-36	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Rollenfunktion	körperliche Schmerzen	Emotionale Rollenfuktion	Soziale Funtktionsfähigkeit	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden	Veränderung der Gesundheit
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	0,50	0,21	0,27	0,32	0,24	0,33	0,41	0,37	0,28
körperliche Funktionsfähigkeit	0,21	0,42	0,19	0,26	0,17	0,22	0,18	0,17	0,16
körperliche Rollenfunktion	0,27	0,19	0,56	0,32	0,46	0,41	0,33	0,29	0,25
körperliche Schmerzen	0,32	0,26	0,32	0,64	0,30	0,45	0,35	0,35	0,35
Emotionale Rollenfuktion	0,24	0,17	0,46	0,30	0,56	0,43	0,32	0,37	0,20
Soziale Funtktionsfähigkeit	0,33	0,22	0,41	0,45	0,43	0,73	0,47	0,48	0,28
Vitalität	0,41	0,18	0,33	0,35	0,32	0,47	0,66	0,53	0,33
Psychisches Wohlbefinden	0,37	0,17	0,29	0,35	0,37	0,48	0,53	0,58	0,27
Veränderung der Gesundheit	0,28	0,16	0,25	0,35	0,20	0,28	0,33	0,27	1,00

Abb. 8

Analyse

Die Korrelationsmatrix der Dimensionen des SF36 zeigt bereits auf den ersten Blick ein ganz anderes Bild, als die des HLQ.

Die Faktoren korrelieren mit deutlich höheren Werten (0,42 bis 0,73), und die Abgrenzung von den anderen Faktoren ist deutlich besser.

Optisch wird das sehr schön durch die farbliche Aufbereitung sichtbar, da man eine diagonale Linie von links oben nach rechts unten erkennen kann.

Es fällt auf, daß der Faktor „Körperliche Funktionsfähigkeit“ mit einem Wert von 0,42 nur einen mittleren statistischen Zusammenhang aufweist. Dennoch ist die Abgrenzung zu den anderen Korrelationskoeffizienten des Faktors mit anderen Faktoren deutlich, da die anderen Werte mit 0,16 bis 0,26 keinen statistischen Zusammenhang aufweisen.

Durch die farbliche Visualisierung sticht der Korrelationskoeffizient der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ trotz des geringen Wertes durch seine gelbe Färbung zwischen lauter hellgrünen Feldern hervor.

Am schlechtesten voneinander abgegrenzt sind die Dimensionen „Vitalität“ und „Psychisches Wohlbefinden“.
Sie weisen mit 0,53 einen mittleren statistischen Zusammenhang auf.

Die Dimension Veränderung der Gesundheit besteht nur aus einer Frage, weshalb sie mit sich selbst korreliert natürlich den Wert 1,00 aufweist.

7.2.2. Korrelationsmatrix der Einzelfragen des SF-36

SF-36	SF-36	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Rollenfunktion	Körperliche Rollenfunktion	Körperliche Rollenfunktion	Körperliche Rollenfunktion	Körperliche Schmerzen	Körperliche Schmerzen	Emotionale Rollenfuktion	Emotionale Rollenfuktion	Emotionale Rollenfuktion	Soziale Funktionsfähigkeit	Soziale Funktionsfähigkeit	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Veränderung der Gesundheit
		sf1	sf11a	sf11b	sf11c	sf11d	sf3a	sf3b	sf3c	sf3d	sf3e	sf3f	sf3g	sf3h	sf3i	sf3j	sf4a	sf4b	sf4c	sf4d	sf7	sf8	sf5a	sf5b	sf5c	sf6	sf10	sf9a	sf9e	sf9g	sf9i	sf9b	sf9c	sf9d	sf9f	sf9h	sf2
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	sf1	1,00	0,47	0,52	0,33	0,66	0,44	0,36	0,26	0,33	0,20	0,33	0,30	0,19	0,14	0,11	0,34	0,32	0,30	0,37	0,36	0,44	0,29	0,29	0,29	0,41	0,44	0,52	0,52	0,47	0,51	0,40	0,38	0,43	0,44	0,48	0,40
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	sf11a	0,47	1,00	0,59	0,44	0,56	0,26	0,20	0,11	0,17	0,11	0,25	0,14	0,11	0,06	0,07	0,32	0,29	0,29	0,31	0,23	0,33	0,24	0,23	0,24	0,31	0,31	0,39	0,38	0,39	0,42	0,41	0,30	0,33	0,34	0,37	0,25
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	sf11b	0,52	0,59	1,00	0,33	0,66	0,35	0,28	0,21	0,29	0,16	0,29	0,24	0,18	0,12	0,11	0,26	0,23	0,24	0,25	0,25	0,33	0,25	0,21	0,25	0,28	0,30	0,36	0,38	0,39	0,42	0,36	0,32	0,34	0,38	0,40	0,17
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	sf11c	0,33	0,44	0,33	1,00	0,41	0,19	0,14	0,20	0,22	0,08	0,13	0,17	0,12	0,12	0,04	0,18	0,22	0,13	0,18	0,23	0,24	0,17	0,17	0,17	0,21	0,24	0,31	0,28	0,30	0,31	0,34	0,26	0,28	0,27	0,29	0,23
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	sf11d	0,66	0,56	0,66	0,41	1,00	0,41	0,33	0,28	0,29	0,17	0,36	0,28	0,19	0,16	0,13	0,29	0,30	0,28	0,31	0,36	0,44	0,27	0,25	0,28	0,40	0,42	0,51	0,51	0,44	0,47	0,44	0,39	0,46	0,46	0,50	0,35
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3a	0,44	0,26	0,35	0,19	0,41	1,00	0,61	0,45	0,51	0,23	0,45	0,43	0,28	0,20	0,18	0,30	0,36	0,34	0,34	0,38	0,55	0,28	0,27	0,31	0,45	0,44	0,35	0,37	0,35	0,40	0,30	0,31	0,34	0,33	0,35	0,22
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3b	0,36	0,20	0,28	0,14	0,33	0,61	1,00	0,63	0,49	0,37	0,53	0,47	0,37	0,43	0,25	0,25	0,22	0,36	0,30	0,31	0,45	0,28	0,23	0,24	0,35	0,31	0,26	0,22	0,19	0,23	0,23	0,21	0,22	0,21	0,28	0,20
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3c	0,26	0,11	0,21	0,20	0,28	0,45	0,63	1,00	0,54	0,48	0,49	0,43	0,34	0,40	0,17	0,16	0,14	0,19	0,12	0,18	0,29	0,16	0,18	0,24	0,19	0,17	0,13	0,14	0,12	0,19	0,19	0,16	0,20	0,14	0,18	0,18
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3d	0,33	0,17	0,29	0,22	0,29	0,51	0,49	0,54	1,00	0,52	0,44	0,62	0,43	0,37	0,25	0,24	0,18	0,22	0,23	0,20	0,34	0,16	0,20	0,25	0,27	0,26	0,23	0,28	0,28	0,29	0,25	0,23	0,24	0,24	0,21	0,16
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3e	0,20	0,11	0,16	0,08	0,17	0,23	0,37	0,48	0,52	1,00	0,44	0,39	0,42	0,57	0,26	0,14	0,11	0,17	0,14	0,06	0,17	0,07	0,17	0,18	0,16	0,12	0,08	0,14	0,10	0,14	0,10	0,07	0,09	0,06	0,11	0,14
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3f	0,33	0,25	0,29	0,13	0,36	0,45	0,53	0,49	0,44	0,44	1,00	0,45	0,47	0,42	0,31	0,26	0,23	0,29	0,21	0,25	0,39	0,23	0,27	0,24	0,30	0,30	0,24	0,28	0,23	0,24	0,21	0,24	0,24	0,26	0,27	0,17
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3g	0,30	0,14	0,24	0,17	0,28	0,43	0,47	0,43	0,62	0,39	0,45	1,00	0,70	0,54	0,27	0,18	0,13	0,15	0,21	0,24	0,33	0,12	0,12	0,11	0,22	0,22	0,20	0,24	0,18	0,19	0,14	0,16	0,22	0,15	0,14	0,16
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3h	0,19	0,11	0,18	0,12	0,19	0,28	0,37	0,34	0,43	0,42	0,47	0,70	1,00	0,64	0,19	0,14	0,08	0,15	0,07	0,17	0,24	0,10	0,15	0,15	0,14	0,16	0,11	0,14	0,09	0,07	0,13	0,10	0,18	0,09	0,06	0,15
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3i	0,14	0,06	0,12	0,12	0,16	0,20	0,43	0,40	0,37	0,57	0,42	0,54	0,64	1,00	0,24	0,13	0,07	0,14	0,08	0,09	0,15	0,14	0,11	0,04	0,09	0,06	0,06	0,11	0,07	0,09	0,09	0,05	0,08	0,06	0,07	0,07
körperliche Funktionsfähigkeit	sf3j	0,11	0,07	0,11	0,04	0,13	0,18	0,25	0,17	0,25	0,26	0,31	0,27	0,19	0,24	1,00	0,10	0,16	0,18	0,12	0,28	0,21	0,05	0,11	0,09	0,14	0,12	0,05	0,08	0,10	0,08	0,08	0,03	0,00	0,00	0,08	0,14
körperliche Rollenfunktion	sf4a	0,34	0,32	0,26	0,18	0,29	0,30	0,25	0,16	0,24	0,14	0,26	0,18	0,14	0,13	0,10	1,00	0,60	0,54	0,57	0,22	0,40	0,57	0,45	0,44	0,44	0,33	0,32	0,34	0,35	0,35	0,30	0,30	0,26	0,30	0,30	0,29
körperliche Rollenfunktion	sf4b	0,32	0,29	0,23	0,22	0,30	0,36	0,22	0,14	0,18	0,11	0,23	0,13	0,08	0,07	0,16	0,60	1,00	0,53	0,55	0,31	0,40	0,44	0,57	0,42	0,43	0,39	0,35	0,39	0,34	0,36	0,28	0,31	0,27	0,32	0,37	0,28
körperliche Rollenfunktion	sf4c	0,30	0,29	0,24	0,13	0,28	0,34	0,36	0,19	0,22	0,17	0,29	0,15	0,15	0,14	0,18	0,54	0,53	1,00	0,59	0,20	0,39	0,48	0,41	0,44	0,45	0,37	0,26	0,29	0,27	0,27	0,24	0,26	0,18	0,25	0,31	0,26
körperliche Rollenfunktion	sf4d	0,37	0,31	0,25	0,18	0,31	0,34	0,30	0,12	0,23	0,14	0,21	0,21	0,07	0,08	0,12	0,57	0,55	0,59	1,00	0,24	0,41	0,47	0,47	0,36	0,46	0,41	0,30	0,33	0,37	0,36	0,28	0,29	0,26	0,30	0,34	0,16
körperliche Schmerzen	sf7	0,36	0,23	0,25	0,23	0,36	0,38	0,31	0,18	0,20	0,06	0,25	0,24	0,17	0,09	0,28	0,22	0,31	0,20	0,24	1,00	0,64	0,19	0,27	0,27	0,35	0,37	0,35	0,35	0,27	0,28	0,29	0,31	0,32	0,33	0,34	0,37
körperliche Schmerzen	sf8	0,44	0,33	0,33	0,24	0,44	0,55	0,45	0,29	0,34	0,17	0,39	0,33	0,24	0,15	0,21	0,40	0,40	0,39	0,41	0,64	1,00	0,35	0,34	0,38	0,57	0,52	0,43	0,41	0,37	0,37	0,35	0,37	0,38	0,40	0,41	0,32
Emotionale Rollenfuktion	sf5a	0,29	0,24	0,25	0,17	0,27	0,28	0,28	0,16	0,16	0,07	0,23	0,12	0,10	0,14	0,05	0,57	0,44	0,48	0,47	0,19	0,35	1,00	0,61	0,52	0,44	0,37	0,30	0,30	0,30	0,31	0,31	0,35	0,27	0,36	0,38	0,22
Emotionale Rollenfuktion	sf5b	0,29	0,23	0,21	0,17	0,25	0,27	0,23	0,18	0,20	0,17	0,27	0,12	0,15	0,11	0,11	0,45	0,57	0,41	0,47	0,27	0,34	0,61	1,00	0,55	0,47	0,41	0,33	0,37	0,35	0,30	0,31	0,41	0,28	0,40	0,39	0,17
Emotionale Rollenfuktion	sf5c	0,29	0,24	0,25	0,17	0,28	0,31	0,24	0,24	0,25	0,18	0,24	0,11	0,15	0,04	0,09	0,44	0,42	0,44	0,36	0,27	0,38	0,52	0,55	1,00	0,48	0,43	0,33	0,36	0,33	0,30	0,39	0,46	0,35	0,45	0,42	0,23
Soziale Funktionsfähigkeit	sf6	0,41	0,31	0,28	0,21	0,40	0,45	0,35	0,19	0,27	0,16	0,30	0,22	0,14	0,09	0,14	0,44	0,43	0,45	0,46	0,35	0,57	0,44	0,47	0,48	1,00	0,73	0,46	0,47	0,46	0,48	0,41	0,54	0,41	0,52	0,50	0,30
Soziale Funktionsfähigkeit	sf10	0,44	0,31	0,30	0,24	0,42	0,44	0,31	0,17	0,26	0,12	0,30	0,22	0,16	0,06	0,12	0,33	0,39	0,37	0,41	0,37	0,52	0,37	0,41	0,43	0,73	1,00	0,46	0,48	0,47	0,47	0,41	0,51	0,45	0,51	0,52	0,26
Vitalität	sf9a	0,52	0,39	0,36	0,31	0,51	0,35	0,26	0,13	0,23	0,08	0,24	0,20	0,11	0,06	0,05	0,32	0,35	0,26	0,30	0,35	0,43	0,30	0,33	0,33	0,46	0,46	1,00	0,81	0,57	0,59	0,53	0,47	0,61	0,51	0,60	0,37
Vitalität	sf9e	0,52	0,38	0,38	0,28	0,51	0,37	0,22	0,14	0,28	0,14	0,28	0,24	0,14	0,11	0,08	0,34	0,39	0,29	0,33	0,35	0,41	0,30	0,37	0,36	0,47	0,48	0,81	1,00	0,62	0,63	0,52	0,54	0,63	0,56	0,62	0,33
Vitalität	sf9g	0,47	0,39	0,39	0,30	0,44	0,35	0,19	0,12	0,28	0,10	0,23	0,18	0,09	0,07	0,10	0,35	0,34	0,27	0,37	0,27	0,37	0,30	0,35	0,33	0,46	0,47	0,57	0,62	1,00	0,72	0,52	0,51	0,46	0,58	0,46	0,28
Vitalität	sf9i	0,51	0,42	0,42	0,31	0,47	0,40	0,23	0,19	0,29	0,14	0,24	0,19	0,07	0,09	0,08	0,35	0,36	0,27	0,36	0,28	0,37	0,31	0,30	0,30	0,48	0,47	0,59	0,63	0,72	1,00	0,51	0,48	0,46	0,52	0,47	0,32
Psychisches Wohlbefinden	sf9b	0,40	0,41	0,36	0,34	0,44	0,30	0,23	0,19	0,25	0,10	0,21	0,14	0,13	0,09	0,08	0,30	0,28	0,24	0,28	0,29	0,35	0,31	0,31	0,39	0,41	0,41	0,53	0,52	0,52	0,51	1,00	0,57	0,58	0,54	0,50	0,26
Psychisches Wohlbefinden	sf9c	0,38	0,30	0,32	0,26	0,39	0,31	0,21	0,16	0,23	0,07	0,24	0,16	0,10	0,05	0,03	0,30	0,31	0,26	0,29	0,31	0,37	0,35	0,41	0,46	0,54	0,51	0,47	0,54	0,51	0,48	0,57	1,00	0,55	0,70	0,59	0,28
Psychisches Wohlbefinden	sf9d	0,43	0,33	0,34	0,28	0,46	0,34	0,22	0,20	0,24	0,09	0,24	0,22	0,18	0,08	0,00	0,26	0,27	0,18	0,26	0,32	0,38	0,27	0,28	0,35	0,41	0,45	0,61	0,63	0,46	0,46	0,58	0,55	1,00	0,54	0,60	0,29
Psychisches Wohlbefinden	sf9f	0,44	0,34	0,38	0,27	0,46	0,33	0,21	0,14	0,24	0,06	0,26	0,15	0,09	0,06	0,00	0,30	0,32	0,25	0,30	0,33	0,40	0,36	0,40	0,45	0,52	0,51	0,51	0,56	0,58	0,52	0,54	0,70	0,54	1,00	0,61	0,29
Psychisches Wohlbefinden	sf9h	0,48	0,37	0,40	0,29	0,50	0,35	0,28	0,18	0,21	0,11	0,27	0,14	0,06	0,07	0,08	0,30	0,37	0,31	0,34	0,34	0,41	0,38	0,39	0,42	0,50	0,52	0,60	0,62	0,46	0,47	0,50	0,59	0,60	0,61	1,00	0,24
Veränderung der Gesundheit	sf2	0,40	0,25	0,17	0,23	0,35	0,22	0,20	0,18	0,16	0,14	0,17	0,16	0,15	0,07	0,14	0,29	0,28	0,26	0,16	0,37	0,32	0,22	0,17	0,23	0,30	0,26	0,37	0,33	0,28	0,32	0,26	0,28	0,29	0,29	0,24	1,00

Abb. 9

Analyse
Bei der Korrelationsmatrix der Einzelfragen ist auch schön zu erkennen, daß die Faktoren durch ihre Einzelfragen gut erfaßt werden und zu den Fragen der anderen Faktoren relativ gut abgegrenzt sind.

Die Dimensionen „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ weisen auch in der Korrelationsmatrix der Einzelfragen einen mittleren bis hohen statistischen Zusammenhang auf.

Die Frage 3j *„Wie sehr hat sie Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten eingeschränkt z.B* sich baden oder anziehen“ der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ stellt einen Ausreißer dar.

Sie weist im Rahmen dieser Studie mit keiner anderen Frage einen Zusammenhang auf.
Auch die Frage 11c in der Dimension „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*“ "Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt"* korreliert nur schwach in der eigenen Kategorie und weist sonst ebenso keinen Zusammenhang mit den andere Fragen auf.

Die Dimensionen „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ zeigen höhere Korrelationswerte.

Die Dimension "Veränderung der Gesundheit", nur bestehend aus Frage 2, die sich auf die Veränderung des Gesundheitszustandes zum vergangenen Jahr bezieht, korreliert erwartungsgemäß mit keiner anderen Dimension.

Überlegungen:
Der nicht vorhandene Zusammenhang der untersuchten Erkrankung mit Baden und/ oder Anziehen läßt den Schluß zu, daß Baden und/oder Anziehen von anderen Faktoren beeinflußt werden.

Da die allgemeine Gesundheitswahrnehmung kaum eine Korrelation mit anderen Fragen zeigt kann man daraus schließen, daß das Bestehen, die Behandlung und gegebenenfalls auch die Ausheilung der rezidivierenden, vulvovaginalen Infektion, bei dieser Patientinnengruppe, nicht bedeutend für die Einschätzung der gesundheitlichen Zukunft ist.

Die relativ hohen Korrelationskoeffizienten der Faktoren „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ kann ursächlich an den Daten der bearbeiteten Studie liegen oder an dem grundsätzlich hohen Zusammenhang dieser beiden Faktoren.

7.3. Korrelationsanalyse des SF-36 und des HLQ

7.3.1. Korrelationsmatrix der Dimensionen beider Fragebögen

HLQ \ SF-36	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Körperliche Funktionsfähigkeit	Körperliche Rollenfunktion	Körperliche Schmerzen	Emotionale Rollenfuktion	Soziale Funtktionsfähigkeit	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden	Veränderung der Gesundheit
Vitalität	0,37	0,19	0,28	0,35	0,29	0,44	0,48	0,45	0,33
Körperliche Verfassung	0,39	0,25	0,31	0,44	0,32	0,46	0,50	0,44	0,28
Seelisches Verhalten	0,32	0,12	0,25	0,30	0,31	0,44	0,46	0,49	0,29
Soziales Umfeld	0,29	0,12	0,23	0,29	0,27	0,44	0,36	0,39	0,21
Persönlichkeitspräsenz	0,29	0,13	0,22	0,24	0,27	0,35	0,39	0,39	0,25

Abb. 10

Analyse
Vergleicht man den SF-36 und den HLQ auf der Dimensionsebene, so erkennt man, daß die Faktoren des HLQ im SF-36 vertreten sind.
Zwar in unterschiedlichem Ausmaß, aber mindestens mit einem Korrelationswert von 0,39.

Die Faktoren "Körperliche Funktionsfähigkeit", "Körperliche Rollenfunktion", "Emotionale Rollenfunktion" des SF-36 sind hingegen kaum durch den HLQ repräsentiert.

(Da der Faktor "Veränderung der Gesundheit" des SF-36 nur aus einer Frage besteht findet er in dieser Korrelation keine Beachtung.)

7.3.2. Korrelationsmatrix der Einzelfragen des SF-36 und des HLQ

HLQ		SF-36	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Schmerzen	körperliche Schmerzen	Emotionale Rollenfunktion	Emotionale Rollenfunktion	Emotionale Rollenfunktion	Soziale Funktionsfähigkeit	Soziale Funktionsfähigkeit	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Veränderung der Gesundheit
			sf1	sf11a	sf11b	sf11c	sf11d	sf3a	sf3b	sf3c	sf3d	sf3e	sf3f	sf3g	sf3h	sf3i	sf3j	sf4a	sf4b	sf4c	sf4d	sf7	sf8	sf5a	sf5b	sf5c	sf6	sf10	sf9a	sf9e	sf9g	sf9i	sf9b	sf9c	sf9d	sf9f	sf9h	sf2
Vitalität	hlq1		0,59	0,46	0,46	0,32	0,63	0,43	0,33	0,25	0,30	0,14	0,34	0,31	0,19	0,14	0,21	0,37	0,43	0,33	0,37	0,50	0,51	0,33	0,33	0,35	0,53	0,55	0,52	0,53	0,49	0,53	0,47	0,48	0,45	0,51	0,49	0,46
Vitalität	hlq3		0,33	0,26	0,26	0,25	0,34	0,21	0,24	0,19	0,12	0,09	0,18	0,13	0,14	0,07	0,00	0,22	0,25	0,18	0,16	0,29	0,34	0,19	0,19	0,23	0,33	0,34	0,37	0,36	0,27	0,32	0,33	0,36	0,39	0,39	0,37	0,35
Vitalität	hlq4		0,46	0,36	0,38	0,28	0,48	0,26	0,22	0,15	0,16	0,04	0,23	0,17	0,11	0,04	0,03	0,28	0,31	0,29	0,26	0,26	0,31	0,28	0,29	0,26	0,39	0,43	0,41	0,44	0,38	0,44	0,43	0,48	0,41	0,45	0,48	0,31
Vitalität	hlq9		0,44	0,26	0,36	0,31	0,43	0,38	0,25	0,22	0,26	0,14	0,23	0,22	0,09	0,06	0,08	0,25	0,26	0,20	0,27	0,31	0,33	0,26	0,28	0,28	0,39	0,41	0,48	0,48	0,49	0,48	0,41	0,44	0,45	0,44	0,48	0,31
Vitalität	hlq19		0,48	0,34	0,40	0,34	0,46	0,37	0,21	0,17	0,28	0,12	0,24	0,18	0,09	0,05	0,07	0,33	0,40	0,29	0,38	0,29	0,35	0,32	0,38	0,35	0,47	0,55	0,61	0,64	0,65	0,66	0,51	0,50	0,50	0,53	0,54	0,33
Vitalität	hlq23		0,29	0,30	0,25	0,35	0,28	0,30	0,36	0,38	0,29	0,24	0,28	0,24	0,23	0,19	0,12	0,19	0,20	0,17	0,20	0,33	0,32	0,24	0,27	0,27	0,29	0,35	0,33	0,32	0,34	0,37	0,42	0,37	0,37	0,37	0,37	0,21
Vitalität	hlq29		0,32	0,28	0,26	0,24	0,33	0,29	0,22	0,10	0,20	0,09	0,18	0,16	0,10	0,06	0,22	0,20	0,23	0,19	0,19	0,44	0,31	0,26	0,20	0,26	0,45	0,45	0,45	0,40	0,36	0,43	0,40	0,38	0,39	0,37	0,42	0,37
Vitalität	hlq31		0,48	0,41	0,42	0,31	0,47	0,35	0,19	0,13	0,25	0,09	0,21	0,16	0,08	0,03	0,06	0,32	0,36	0,26	0,35	0,30	0,35	0,28	0,33	0,31	0,46	0,50	0,54	0,62	0,65	0,76	0,50	0,50	0,44	0,52	0,47	0,33
Vitalität	hlq37		0,49	0,32	0,36	0,29	0,44	0,41	0,26	0,18	0,32	0,14	0,25	0,21	0,11	0,09	0,03	0,36	0,39	0,27	0,35	0,33	0,40	0,33	0,37	0,35	0,50	0,53	0,56	0,62	0,57	0,61	0,44	0,46	0,48	0,53	0,54	0,31
Körperliche Verfassung	hlq2		0,50	0,34	0,36	0,29	0,51	0,47	0,33	0,21	0,28	0,13	0,33	0,29	0,19	0,14	0,20	0,29	0,32	0,27	0,33	0,69	0,58	0,29	0,30	0,30	0,42	0,47	0,49	0,47	0,40	0,44	0,42	0,39	0,37	0,42	0,45	0,35
Körperliche Verfassung	hlq22		0,47	0,34	0,33	0,41	0,46	0,44	0,31	0,29	0,38	0,16	0,34	0,29	0,21	0,17	0,07	0,28	0,29	0,21	0,26	0,37	0,43	0,28	0,29	0,27	0,40	0,42	0,52	0,53	0,44	0,53	0,44	0,43	0,46	0,47	0,45	0,28
Körperliche Verfassung	hlq24		0,48	0,28	0,35	0,33	0,45	0,42	0,32	0,23	0,35	0,16	0,34	0,28	0,24	0,20	0,12	0,34	0,36	0,33	0,37	0,35	0,43	0,35	0,38	0,37	0,46	0,52	0,53	0,56	0,47	0,51	0,46	0,48	0,48	0,51	0,51	0,28
Körperliche Verfassung	hlq38		0,42	0,39	0,37	0,36	0,42	0,38	0,25	0,17	0,30	0,13	0,29	0,20	0,11	0,07	0,02	0,35	0,36	0,29	0,36	0,30	0,40	0,30	0,34	0,31	0,46	0,49	0,47	0,53	0,51	0,56	0,43	0,44	0,41	0,44	0,44	0,21
Seelisches Verhalten	hlq5		0,44	0,35	0,35	0,40	0,43	0,31	0,19	0,16	0,19	0,04	0,17	0,14	0,08	0,07	0,01	0,29	0,28	0,21	0,27	0,27	0,36	0,31	0,28	0,36	0,49	0,45	0,43	0,44	0,42	0,44	0,58	0,52	0,48	0,53	0,49	0,27
Seelisches Verhalten	hlq7		0,34	0,16	0,12	0,24	0,29	0,10	0,07	0,01	0,03	0,02	0,08	0,09	0,09	0,06	0,09	0,22	0,28	0,14	0,20	0,26	0,21	0,19	0,24	0,23	0,34	0,35	0,45	0,47	0,29	0,33	0,30	0,34	0,36	0,34	0,36	0,35
Seelisches Verhalten	hlq10		0,34	0,18	0,20	0,16	0,29	0,24	0,14	0,09	0,18	0,05	0,10	0,07	0,02	0,02	0,03	0,20	0,18	0,10	0,20	0,24	0,30	0,27	0,26	0,32	0,37	0,37	0,44	0,45	0,31	0,31	0,31	0,37	0,40	0,38	0,43	0,23
Seelisches Verhalten	hlq11		0,36	0,23	0,21	0,23	0,34	0,20	0,09	0,10	0,10	-0,04	0,08	0,05	-0,04	-0,06	0,00	0,21	0,22	0,14	0,18	0,22	0,27	0,27	0,25	0,28	0,38	0,43	0,47	0,52	0,37	0,42	0,43	0,46	0,45	0,48	0,50	0,28
Seelisches Verhalten	hlq15		0,49	0,33	0,36	0,32	0,47	0,33	0,23	0,16	0,24	0,08	0,22	0,16	0,06	0,04	0,02	0,31	0,35	0,26	0,33	0,36	0,40	0,34	0,39	0,39	0,52	0,50	0,57	0,61	0,50	0,52	0,51	0,63	0,57	0,65	0,68	0,32
Seelisches Verhalten	hlq26		0,49	0,36	0,37	0,29	0,48	0,36	0,25	0,22	0,24	0,10	0,27	0,15	0,09	0,05	0,00	0,33	0,38	0,30	0,35	0,33	0,40	0,35	0,40	0,44	0,51	0,51	0,54	0,60	0,52	0,53	0,57	0,58	0,61	0,62	0,62	0,33
Seelisches Verhalten	hlq30		0,43	0,33	0,32	0,29	0,43	0,30	0,19	0,09	0,18	0,03	0,19	0,11	0,02	0,02	0,05	0,32	0,37	0,34	0,36	0,30	0,33	0,39	0,40	0,34	0,49	0,54	0,57	0,59	0,50	0,54	0,45	0,49	0,44	0,47	0,54	0,29
Seelisches Verhalten	hlq34		0,31	0,14	0,19	0,13	0,24	0,17	0,11	0,07	0,15	0,04	0,11	0,16	0,11	0,02	-0,01	0,21	0,16	0,07	0,24	0,17	0,23	0,20	0,20	0,25	0,33	0,43	0,35	0,37	0,29	0,29	0,29	0,33	0,37	0,34	0,37	0,20
Seelisches Verhalten	hlq35		0,41	0,33	0,34	0,23	0,46	0,22	0,16	0,17	0,18	0,10	0,24	0,17	0,14	0,07	0,06	0,25	0,25	0,17	0,26	0,31	0,34	0,27	0,29	0,35	0,41	0,39	0,49	0,50	0,44	0,45	0,52	0,53	0,57	0,55	0,49	0,32
Seelisches Verhalten	hlq39		0,44	0,33	0,32	0,31	0,45	0,33	0,18	0,13	0,19	0,00	0,19	0,11	0,05	-0,01	0,02	0,30	0,34	0,29	0,33	0,33	0,37	0,34	0,38	0,41	0,47	0,49	0,55	0,58	0,51	0,51	0,54	0,62	0,53	0,65	0,66	0,30
Soziales Umfeld	hlq6		0,34	0,21	0,27	0,20	0,33	0,24	0,17	0,07	0,17	0,01	0,15	0,15	0,04	0,03	0,14	0,19	0,22	0,19	0,23	0,34	0,29	0,21	0,25	0,23	0,40	0,47	0,42	0,38	0,29	0,29	0,27	0,36	0,30	0,29	0,41	0,25
Soziales Umfeld	hlq14		0,33	0,19	0,23	0,21	0,33	0,20	0,13	0,12	0,15	0,05	0,18	0,16	0,09	0,07	0,07	0,11	0,12	0,09	0,13	0,25	0,25	0,14	0,14	0,18	0,33	0,38	0,32	0,34	0,31	0,27	0,35	0,36	0,32	0,37	0,38	0,15
Soziales Umfeld	hlq16		0,36	0,25	0,27	0,29	0,32	0,21	0,16	0,11	0,14	0,06	0,22	0,11	0,09	0,03	0,12	0,24	0,27	0,26	0,30	0,22	0,29	0,27	0,37	0,33	0,44	0,42	0,35	0,41	0,36	0,34	0,39	0,49	0,44	0,43	0,50	0,14
Soziales Umfeld	hlq18		0,40	0,30	0,25	0,28	0,39	0,29	0,21	0,13	0,10	0,05	0,26	0,19	0,16	0,06	0,09	0,28	0,29	0,29	0,30	0,38	0,48	0,32	0,36	0,35	0,46	0,45	0,40	0,39	0,33	0,35	0,35	0,41	0,43	0,46	0,43	0,20
Soziales Umfeld	hlq20		0,42	0,31	0,31	0,30	0,44	0,25	0,16	0,07	0,16	0,04	0,17	0,07	0,04	0,04	0,11	0,31	0,33	0,29	0,34	0,24	0,31	0,35	0,35	0,37	0,50	0,57	0,47	0,49	0,42	0,41	0,40	0,47	0,44	0,43	0,49	0,22
Soziales Umfeld	hlq28		0,39	0,20	0,20	0,27	0,34	0,16	0,14	0,10	0,18	0,02	0,16	0,16	0,11	0,03	0,05	0,17	0,17	0,11	0,20	0,20	0,20	0,17	0,22	0,25	0,38	0,41	0,36	0,38	0,30	0,29	0,37	0,38	0,39	0,41	0,39	0,26
Soziales Umfeld	hlq32		0,30	0,22	0,22	0,20	0,29	0,23	0,13	0,09	0,16	0,06	0,19	0,14	0,11	0,05	0,09	0,24	0,23	0,22	0,25	0,25	0,31	0,28	0,31	0,32	0,44	0,45	0,38	0,38	0,33	0,32	0,33	0,39	0,41	0,38	0,40	0,23
Persönlichkeitspräsenz	hlq8		0,34	0,24	0,27	0,23	0,31	0,24	0,17	0,14	0,25	0,08	0,19	0,17	0,09	0,05	0,05	0,24	0,24	0,20	0,22	0,22	0,22	0,24	0,24	0,35	0,33	0,40	0,44	0,47	0,38	0,39	0,40	0,44	0,46	0,44	0,48	0,31
Persönlichkeitspräsenz	hlq12		0,45	0,26	0,32	0,26	0,39	0,28	0,22	0,16	0,26	0,12	0,19	0,20	0,12	0,06	0,12	0,26	0,27	0,22	0,29	0,30	0,31	0,30	0,36	0,37	0,45	0,45	0,51	0,53	0,43	0,43	0,43	0,52	0,51	0,45	0,50	0,27
Persönlichkeitspräsenz	hlq13		0,14	0,15	0,14	0,16	0,13	0,13	0,08	-0,03	0,08	-0,02	0,01	0,00	0,05	-0,01	0,11	0,18	0,15	0,12	0,10	0,11	0,13	0,15	0,11	0,16	0,15	0,17	0,13	0,13	0,17	0,18	0,21	0,21	0,15	0,15	0,14	0,14
Persönlichkeitspräsenz	hlq17		0,40	0,31	0,32	0,37	0,40	0,27	0,16	0,13	0,17	0,02	0,19	0,08	0,05	0,01	0,04	0,28	0,29	0,23	0,28	0,28	0,30	0,31	0,33	0,37	0,43	0,43	0,52	0,54	0,46	0,46	0,51	0,54	0,52	0,56	0,57	0,33
Persönlichkeitspräsenz	hlq21		0,36	0,31	0,37	0,23	0,35	0,30	0,23	0,25	0,24	0,15	0,27	0,17	0,08	0,05	0,11	0,20	0,23	0,22	0,26	0,17	0,20	0,26	0,26	0,33	0,29	0,33	0,43	0,42	0,39	0,41	0,40	0,39	0,38	0,41	0,46	0,21
Persönlichkeitspräsenz	hlq25		0,41	0,23	0,26	0,34	0,34	0,29	0,18	0,10	0,26	0,06	0,17	0,16	0,09	0,02	0,04	0,33	0,35	0,29	0,34	0,26	0,31	0,34	0,36	0,37	0,45	0,46	0,50	0,54	0,44	0,43	0,43	0,48	0,46	0,49	0,45	0,29
Persönlichkeitspräsenz	hlq27		0,36	0,36	0,30	0,34	0,34	0,25	0,20	0,14	0,18	0,10	0,24	0,16	0,12	0,07	0,10	0,24	0,22	0,17	0,22	0,32	0,31	0,20	0,19	0,25	0,30	0,36	0,34	0,37	0,39	0,37	0,37	0,33	0,34	0,35	0,38	0,20
Persönlichkeitspräsenz	hlq33		0,37	0,25	0,21	0,33	0,27	0,24	0,21	0,09	0,21	0,03	0,12	0,17	0,11	0,04	0,11	0,23	0,21	0,17	0,27	0,27	0,29	0,25	0,22	0,30	0,37	0,37	0,39	0,40	0,34	0,30	0,33	0,35	0,40	0,35	0,37	0,24
Persönlichkeitspräsenz	hlq36		0,31	0,18	0,17	0,18	0,30	0,15	0,04	0,02	0,09	-0,02	0,05	0,07	0,02	-0,03	-0,05	0,13	0,14	0,06	0,15	0,14	0,17	0,16	0,18	0,19	0,25	0,23	0,37	0,37	0,26	0,31	0,33	0,33	0,29	0,35	0,29	0,25

Abb. 11

Analyse

Macht man mit den vorliegenden Daten eine Korrelationsanalyse des SF-36 und des HLQ auf Einzelfragenebene, so wird das Ergebnis des Dimensionsvergleichs der beiden Meßinstrumente noch sichtbarer.

Die Dimension des SF-36 „Körperliche Funktionsfähigkeit“ wird durch den HLQ nahezu nicht abgefragt.

Auch die SF-36 Dimensionen „Körperliche Rollenfunktion“ und „Emotionale Rollenfunktion“ weisen mit Werten zwischen 0,10 und 0,44 keinen bis einen schwachen statistischen Zusammenhang mit den Dimensionen des HLQ auf.

Der SF-36 Faktor „Körperliche Schmerzen“ mit weist mit Frage 7 *„Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen“* und Frage 8 *„Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert“* einen statistisch starken Zusammenhang mit der Frage 2 des HLQ *„Ich habe unter körperlichen Schmerzen gelitten“* auf.

Die von den Entwicklern des Herdecker Fragebogens für Lebensqualität *neu* eingeführten Dimensionen „Vitalität“ und „Persönlichkeitspräsenz“ zeigen sich im SF-36 vertreten.

Mit dem vorliegenden Datenmaterial, werden diese neuen Faktoren im SF-36 vor allem durch die Dimensionen „Vitalität“ und „Psychisches Wohlbefinden“ abgefragt.

Der HLQ Faktor *„Vitalität“* wird zusätzlich noch durch den Faktor *„Soziale Funktionsfähigkeit“* des SF-36 abgedeckt und zum Teil auch durch den SF-36 Faktor „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“.

Es fällt auf, daß die Dimensionen des HLQ hauptsächlich in diesen 4 Dimensionen des SF-36 vertreten sind.
Allerdings werden die Dimensionen *„Allgemeine Funktionsfähigkeit“*, *„körperliche Rollenfunktion“* und *„emotionale Rollenfunktion“* des SF-36 nahezu nicht im HLQ abgefragt.

Lediglich einzelne Fragen des Herdecker Lebensqualitätsfragebogens werden durch den SF-36 kaum abgefragt.
Bei den Fragen des HLQ, die durch den SF-36 keine oder nur geringe Abdeckung finden, handelt es sich um:

HLQ Frage 3 (Faktor „Vitalität“)
„Ich habe mit Appetit gegessen und getrunken“
HLQ Frage 13 (Faktor „Persönlichkeitspräsenz“)
„Konflikte habe ich gemieden“
HLQ Frage 14 (Faktor „Soziales Umfeld“)
„Das Verhalten anderer Leute war mir unverständlich und fremd“
HLQ Frage 23 (Faktor „Vitalität“)
„Die Mahlzeiten haben mich belastet“
HLQ Frage 27 (Faktor „Persönlichkeitspräsenz“)
„Ich konnte mich anderen Menschen mitteilen“
HLQ Frage 34 (Faktor „Seelisches Verhalten“)
„Ich konnte mich gut auf andere Menschen und Situationen einstellen“
HLQ Frage 36 (Faktor „Persönlichkeitspräsenz“)
„Ich habe mich persönlich weiterentwickelt“

7.4. Korrelationsanalysen der weiteren Fragebögen

Die Korrelationsanalysen der weiteren Fragebögen VAS und B-L werden zum weiteren Erkenntnisgewinn erstellt.
Es geht hier nicht um eine Bewertung dieser Fragebögen, da sie unter anderen Voraussetzungen erstellt wurden.
Die Visual analoge scale dient der Erfassung der Situation als Momentaufnahme, die allgemeine Beschwerdeliste dient dazu sämtliche mögliche Beschwerden zu erfassen.

7.4.1. Korrelationsanalyse der Visual analogue scale (VAS)[10]

VAS	VAS	vas 1 Vaginale Schmerzen	vas 2 Juckreiz	vas 3 Brennen	vas 4 Ausfluss	vas 5 Hinderlich beim GV	vas 6 Hinderlich Sport	vas 7 Hinderlich normale Tätigkeiten	vas 8 Zufriedenh. medikamtöser Behandl.	vas 9 Zufriedenheit ärztl. Betreuung
Vaginale Schmerzen	vas1	1,00	0,78	0,76	0,55	0,68	0,67	0,58	0,38	0,22
Juckreiz	vas2	0,78	1,00	0,80	0,67	0,69	0,70	0,66	0,39	0,21
Brennen	vas3	0,76	0,80	1,00	0,60	0,72	0,66	0,57	0,42	0,23
Ausfluss	vas4	0,55	0,67	0,60	1,00	0,62	0,58	0,60	0,33	0,16
Hinderlich beim GV	vas5	0,68	0,69	0,72	0,62	1,00	0,59	0,56	0,43	0,22
Hinderlich Sport	vas6	0,67	0,70	0,66	0,58	0,59	1,00	0,81	0,34	0,28
Hinderlich normale Tätigkeiten	vas7	0,58	0,66	0,57	0,60	0,56	0,81	1,00	0,35	0,31
Zufriedenh. medikamtöser Behandl	vas8	0,38	0,39	0,42	0,33	0,43	0,34	0,35	1,00	0,59
Zufriedenheit ärztl. Betreuung	vas9	0,22	0,21	0,23	0,16	0,22	0,28	0,31	0,59	1,00

Abb. 12

Analyse
Die Korrelationsanalyse der Visual Analogue Scale (VAS) zeigt einen hohen Zusammenhang der begleitenden Beschwerden (vaginale Schmerzen, Juckreiz, Brennen, Ausfluss) einer vulvovaginalen Infektion.

---

[10] Die Fragen wurde zur besseren Übersicht mit Hilfe von Schlagworten dargestellt. Auch im Text wird wenn es den Lesefluß erleichtert auf diesen zurückgegriffen. So wird z.b. für VAS-Frage 2. „Wie groß war der Juckreiz im vergangenen Monat?“ das Schlagwort „Juckreiz“ verwendet.

Auch besteht eine deutliche Korrelation der Erkrankung mit bestimmten Tätigkeiten, von denen man annimmt, daß sich eine derartige Infektion auf die Ausübung dieser auswirkt (Geschlechtsverkehr, Sport, normale Tätigkeiten).

Durch diese Analyse läßt sich auch erkennen, daß ein deutlicher Zusammenhang der *„Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung“* mit der *„Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung“* besteht.

7.4.2. Korrelationsmatrix der Beschwerdeliste (B-L)

Die allgemeine Beschwerdeliste besteht aus 70 Fragen, weshalb die Korrelationsmatrix ziemlich groß ist und in diesem Format relativ schlecht zu lesen. Diese Matrix kann dennoch dazu herangezogen werden um einen Fragebogen optisch zu zeigen, der nur eine Symptomabfrageliste darstellt und kein wissenschaftlich konstruierter, theoretisch fundierter Fragebogen ist.

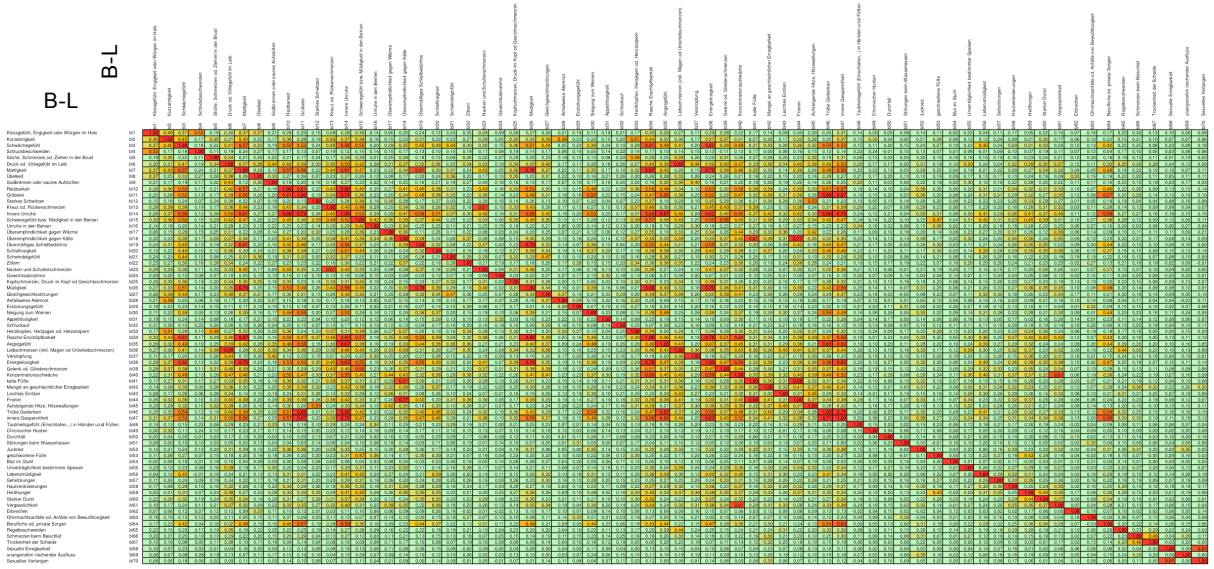


Abb. 13

Da dieser Fragebogen hauptsächlich als weiteres Maß zur Evaluierung der beiden anderen Fragebögen darstellt und bezüglich seiner Konstruktion keine Ansprüche bestehen, wird hier nicht weiter auf ihn eingegangen.
Dennoch auftretende Zusammenhänge werden in der Analyse besprochen.

Analyse

Die Korrelationsanalyse der allgemeinen Beschwerdeliste (B-L) zeigt einen hohen Zusammenhang einzelner Fragen, die unter Umständen zu einer Dimension zusammengefaßt werden könnten.

Beispielsweise korreliert die Frage 7 *„Mattigkeit“* mit folgenden Fragen:
Frage 3 *„Schwächegefühl“*
Frage 10 *„Reizbarkeit“*
Frage 11 *„Grübelei“,*
Frage 14 „Innere Unruhe“
Frage 19 *„übermäßiges Schlafbedürfnis“,*
Frage 26 *„Müdigkeit“*
Frage 34 *„Rasche Erschöpfbarkeit“*
Frage 38 *„Energielosigkeit*“
All diese Fragen weisen mit Frage 7 einen Korrelationswert zwischen 0,56 und 0,72 auf.

Auch bei anderen Fragen kann man eine hohe Korrelation feststellen.
Frage 46 *„Trüben Gedanken“* und Frage 47 *„Innere Gespanntheit“* stimmen mit einem Wert von 0,71 überein.

Bei Frage 68 *„Sexueller Erregbarkeit“* und Frage 70 „*Sexuelles Verlangen“* ist die Korrelation mit einem Wert von 0,61 ebenfalls hoch.

Andere Fragen weisen zwar auch einen Zusammenhang auf, allerdings einen schwächeren.
Dazu gehören beispielsweise:
Frage 22 *„Zittern“*
Frage 32 „*Schluckauf*“,
Frage 50 *„Durchfall“*
Frage 63 *„Ohnmachtsanfälle oder Anfälle von Bewußtlosigkeit“*

7.5. Korrelationsmatrix von VAS und B-L mit SF-36 und HLQ

7.5.1. Korrelationsmatrix von VAS mit SF-36

VAS		SF-36	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Funktionsfähigkeit	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Rollenfunktion	körperliche Schmerzen	körperliche Schmerzen	Emotionale Rollenfunktion	Emotionale Rollenfunktion	Emotionale Rollenfunktion	Soziale Funktionsfähigkeit	Soziale Funktionsfähigkeit	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden	Veränderung der Gesundheit
			st1	st11a	st11b	st11c	st11d	st3a	st3b	st3c	st3d	st3e	st3f	st3g	st3h	st3i	st3j	st4a	st4b	st4c	st4d	st7	st8	st5a	st5b	st5c	st6	st10	st9a	st9e	st9g	st9i	st9b	st9c	st9d	st9f	st9h	st2
Vaginale Schmerzen	vas1		0,30	0,16	0,21	0,22	0,26	0,29	0,25	0,12	0,18	0,08	0,18	0,27	0,23	0,14	0,26	0,16	0,22	0,15	0,18	0,73	0,49	0,19	0,21	0,20	0,28	0,28	0,30	0,28	0,20	0,20	0,30	0,26	0,26	0,26	0,23	0,31
Juckreiz	vas2		0,35	0,23	0,26	0,19	0,35	0,30	0,24	0,18	0,20	0,18	0,24	0,24	0,25	0,17	0,23	0,17	0,20	0,17	0,16	0,64	0,47	0,19	0,18	0,23	0,28	0,30	0,34	0,31	0,25	0,30	0,34	0,27	0,29	0,33	0,24	0,38
Brennen	vas3		0,30	0,21	0,17	0,25	0,29	0,28	0,19	0,10	0,15	0,13	0,18	0,20	0,22	0,14	0,13	0,16	0,21	0,14	0,18	0,62	0,43	0,16	0,18	0,19	0,30	0,27	0,32	0,31	0,25	0,29	0,34	0,29	0,28	0,29	0,25	0,41
Ausfluss	vas4		0,28	0,23	0,24	0,11	0,30	0,25	0,22	0,18	0,20	0,12	0,19	0,20	0,17	0,12	0,17	0,19	0,15	0,18	0,14	0,43	0,34	0,22	0,19	0,23	0,31	0,29	0,24	0,24	0,24	0,29	0,29	0,31	0,23	0,36	0,21	0,41
Hinderlich beim GV	vas5		0,31	0,21	0,18	0,18	0,30	0,24	0,17	0,09	0,19	0,09	0,12	0,20	0,15	0,13	0,24	0,11	0,16	0,05	0,12	0,60	0,37	0,13	0,12	0,15	0,30	0,31	0,32	0,30	0,26	0,30	0,31	0,26	0,30	0,29	0,23	0,40
Hinderlich Sport	vas6		0,31	0,21	0,26	0,19	0,31	0,41	0,29	0,16	0,23	0,18	0,22	0,28	0,25	0,17	0,20	0,17	0,18	0,19	0,19	0,52	0,49	0,21	0,20	0,25	0,38	0,36	0,28	0,24	0,21	0,24	0,30	0,25	0,26	0,29	0,25	0,31
Hinderlich normale Tätigkeiten	vas7		0,31	0,21	0,28	0,21	0,32	0,43	0,31	0,22	0,31	0,15	0,23	0,31	0,30	0,14	0,19	0,18	0,18	0,17	0,17	0,45	0,46	0,26	0,22	0,33	0,41	0,43	0,28	0,28	0,28	0,27	0,35	0,32	0,30	0,37	0,26	0,32
Zufriedenh. medikamtöser Behandl.	vas8		0,27	0,16	0,14	0,18	0,23	0,18	0,13	0,19	0,16	0,14	0,16	0,17	0,14	0,09	0,17	0,08	0,09	0,05	0,09	0,36	0,20	0,08	0,12	0,15	0,14	0,17	0,23	0,23	0,19	0,23	0,19	0,15	0,21	0,17	0,21	0,34
Zufriedenheit ärztl. Betreuung	vas9		0,15	0,09	0,08	0,08	0,10	0,15	0,15	0,14	0,18	0,14	0,16	0,22	0,21	0,14	0,18	0,10	0,12	0,16	0,08	0,23	0,18	0,05	0,06	0,13	0,12	0,17	0,16	0,11	0,09	0,06	0,09	0,03	0,12	0,03	0,16	0,15

Abb. 14

Analyse

Bei der Korrelationsanalyse von VAS und SF-36 zeigt sich deutlich, daß durch die Dimension „körperliche Schmerzen“ und hier vor allem durch SF-Frage 7 „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“ tatsächlich körperliche Befindlichkeiten abgefragt werden.

Es besteht eine hohe Korrelation mit den VAS-Fragen nach vaginalen Schmerzen, Juckreiz und Brennen.

Ebenfalls eine hohe Korrelation von SF-Frage 7 „Wie stark waren ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“ besteht mit VAS-Frage 5 „Wie hinderlich war die Scheideninfektion im vergangenen Monat beim Geschlechsverkehr?“.

7.5.2. Korrelationsmatrix von VAS mit HLQ

VAS		HLQ	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Vitalität	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Körperliche Verfassung	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Sexuelles Verhalten	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Soziales Umfeld	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz	Persönlichkeitspräsenz
			hq1	hq3	hq4	hq9	hq19	hq23	hq29	hq31	hq2	hq22	hq24	hq28	hq5	hq7	hq10	hq11	hq15	hq25	hq30	hq34	hq35	hq39	hq6	hq14	hq16	hq18	hq20	hq28	hq32	hq8	hq12	hq13	hq17	hq21	hq25	hq27	hq33	hq36
Vaginale Schmerzen	vas1		0,39	0,27	0,24	0,26	0,23	0,31	0,41	0,21	0,54	0,33	0,32	0,26	0,24	0,20	0,20	0,18	0,26	0,26	0,24	0,12	0,24	0,27	0,27	0,25	0,16	0,35	0,16	0,19	0,21	0,14	0,24	0,10	0,22	0,05	0,23	0,26	0,24	0,12
Juckreiz	vas2		0,44	0,27	0,26	0,28	0,28	0,34	0,42	0,26	0,52	0,33	0,32	0,26	0,26	0,19	0,20	0,21	0,30	0,33	0,25	0,11	0,31	0,30	0,20	0,27	0,17	0,33	0,15	0,18	0,17	0,17	0,24	0,11	0,23	0,12	0,23	0,25	0,22	0,14
Brennen	vas3		0,42	0,29	0,31	0,26	0,28	0,31	0,45	0,26	0,50	0,32	0,30	0,31	0,28	0,26	0,18	0,21	0,33	0,31	0,29	0,11	0,28	0,33	0,22	0,24	0,18	0,29	0,16	0,19	0,23	0,17	0,24	0,05	0,24	0,10	0,26	0,21	0,20	0,19
Ausfluss	vas4		0,40	0,28	0,29	0,26	0,27	0,30	0,38	0,25	0,36	0,26	0,29	0,22	0,22	0,14	0,20	0,25	0,30	0,29	0,24	0,12	0,28	0,31	0,21	0,24	0,17	0,18	0,16	0,20	0,16	0,19	0,24	0,10	0,23	0,16	0,24	0,21	0,21	0,15
Hinderlich beim GV	vas5		0,44	0,21	0,24	0,24	0,30	0,27	0,57	0,27	0,30	0,48	0,29	0,27	0,23	0,23	0,28	0,24	0,23	0,28	0,30	0,28	0,16	0,26	0,26	0,20	0,11	0,22	0,16	0,23	0,18	0,22	0,23	0,07	0,22	0,14	0,26	0,18	0,23	0,18
Hinderlich Sport	vas6		0,38	0,29	0,21	0,26	0,24	0,31	0,39	0,22	0,29	0,46	0,29	0,31	0,28	0,30	0,14	0,22	0,18	0,27	0,29	0,22	0,14	0,25	0,24	0,27	0,24	0,17	0,32	0,17	0,19	0,22	0,18	0,24	0,13	0,19	0,08	0,26	0,19	0,26	0,08
Hinderlich normale Tätigkeiten	vas7		0,39	0,28	0,26	0,32	0,30	0,36	0,41	0,27	0,33	0,43	0,34	0,36	0,31	0,35	0,11	0,23	0,19	0,31	0,35	0,24	0,18	0,28	0,30	0,24	0,24	0,19	0,29	0,18	0,24	0,27	0,21	0,26	0,12	0,24	0,17	0,31	0,15	0,30	0,09
Zufriedenh. medikamtöser Behandl.	vas8		0,28	0,13	0,17	0,22	0,24	0,23	0,33	0,20	0,23	0,30	0,25	0,23	0,22	0,13	0,16	0,12	0,14	0,19	0,20	0,24	0,13	0,20	0,19	0,21	0,14	0,10	0,14	0,13	0,16	0,17	0,18	0,20	0,01	0,17	0,16	0,17	0,14	0,14	0,16
Zufriedenheit ärztl. Betreuung	vas9		0,13	0,06	0,04	0,11	0,13	0,13	0,18	0,03	0,09	0,19	0,03	0,09	0,11	0,05	0,02	0,03	-0,04	0,08	0,08	0,13	0,11	0,10	0,05	0,20	0,05	0,04	0,05	0,09	0,04	0,16	0,11	0,14	-0,01	0,04	0,10	0,08	0,01	0,11	-0,01

Abb. 15

Analyse

Bei dieser Analyse des VAS mit dem HLQ zeigen sich nur bei zwei Fragen des HLQ deutliche Übereinstimmungen mit Fragen der VAS.

Frage 5 der VAS „Wie hinderlich war die Scheideninfektion im vergangenen Monat beim Geschlechtsverkehr?“ und HLQ-Frage 29 „Mein sexuelles Verhalten war reduziert“ weisen mit einem Wert von 0,57 einen mittleren statistischen Zusammenhang auf.

Körperliche Auswirkungen der Erkrankung (vaginale Schmerzen, Jucken, Brennen) die beim VAS abgefragt werden weisen mit einer Frage des HLQ einen mittleren Zusammenhang mit Werten von 0,50 bis 0,54 auf.

HLQ-Frage 2 „Ich habe unter körperlichen Schmerzen gelitten“

VAS-Frage 1 „Wie groß waren die vaginalen Schmerzen im vergangenen Monat?“

VAS-Frage 2 „Wie groß war der Juckreiz im vergangenen Monat?“

VAS-Frage 3 „Wie stark war das Brennen im vergangenen Monat?“

7.5.3. Korrelationsmatrix von B-L mit SF-36

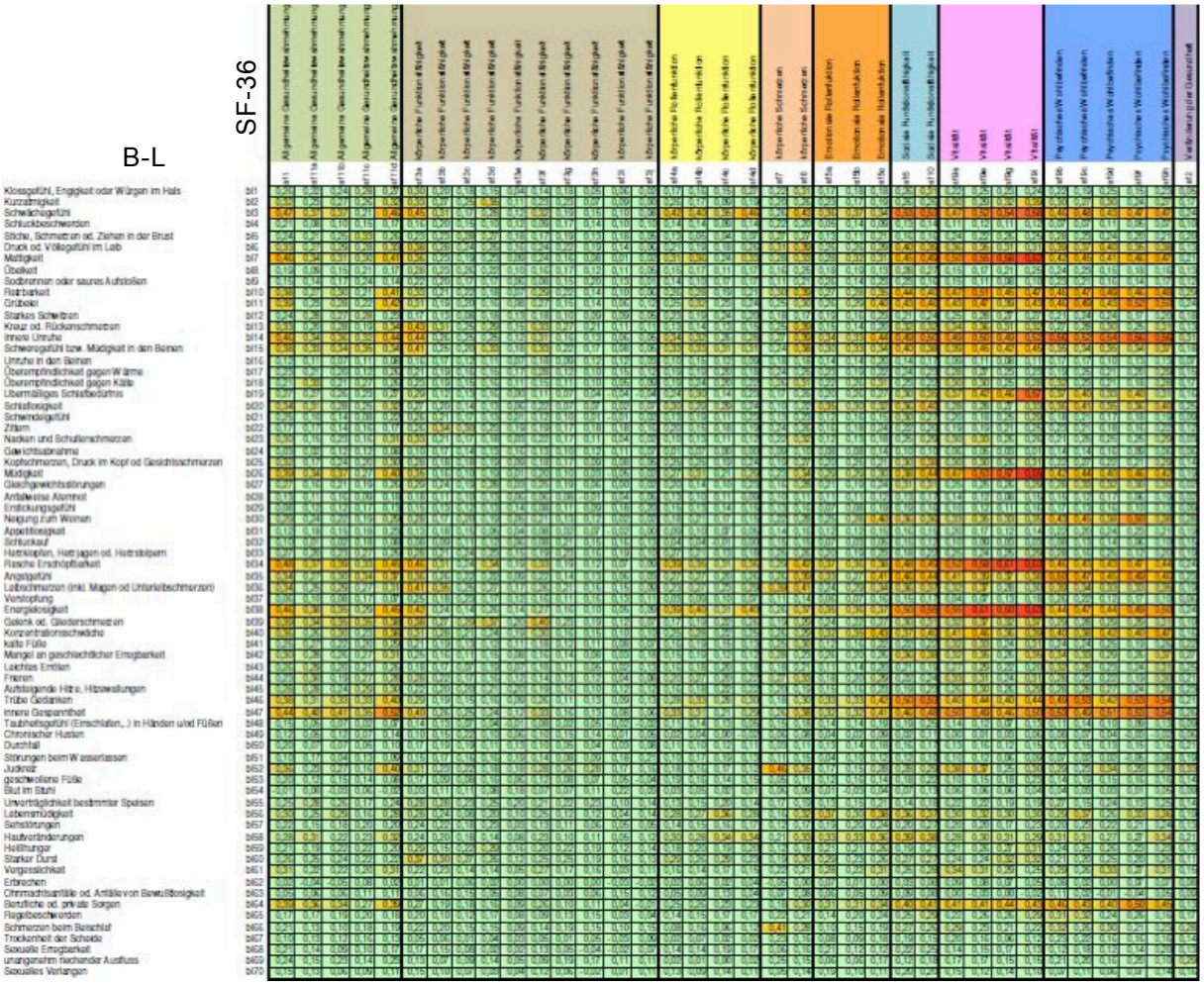


Abb. 16

Diese Analyse zeigt, daß die Dimension Vitalität des SF-36 mit Werten von 0,57 (mittlerer Zusammenhang) bis 0,65 (hoher Zusammenhang) folgende Fragen der B-L abdeckt:

B-L-Frage 3 „Schwäche“
B-L-Frage 7 „Mattigkeit“
B-L-Frage 19 „Übermäßiges Schlafbedürfnis“
B-L-Frage 26 „Müdigkeit“
B-L-Frage 34 „Rasche Erschöpfbarkeit“
B-L-Frage 38 „Energielosigkeit“

Ebenfalls relativ hohe Korrelationswerte mit Werten über 0,50 zeigt die Dimension psychisches Wohlbefinden mit verschiedenen Fragen der B-L.

B-L-Frage 11 „Grübelei“
B-L-Frage 14 „Innere Unruhe“
B-L-Frage 46 „Trübe Gedanken“
B-L-Frage 47 „Innere Gespanntheit“

Außerdem finden mit dem Faktor psychisches Wohlbefinden zwei weitere Fragen auffällige Übereinstimmung.
B-L-Frage 30 „Neigung zum Weinen“ und B-L-Frage 64 „Berufliche oder private Sorgen“ zeigen zwar „nur“ einen Korrelationswert von 0,50 mit Fragen dieses Faktors, allerdings besteht mit keiner anderen Frage einer anderen Dimension ein ähnlich hoher Wert.

Überlegung:
Diese Übereinstimmungen der B-L-Fragen mit den Einzelfragen der verschiedenen Faktoren des SF-36 zeigen, daß bestimmte Fragen, die man rein gefühlsmäßig auch den Überbegriffen „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ zuordnen würde, auch von diesen abgedeckt werden.

7.5.4. Korrelationsmatrix von B-L mit HLQ

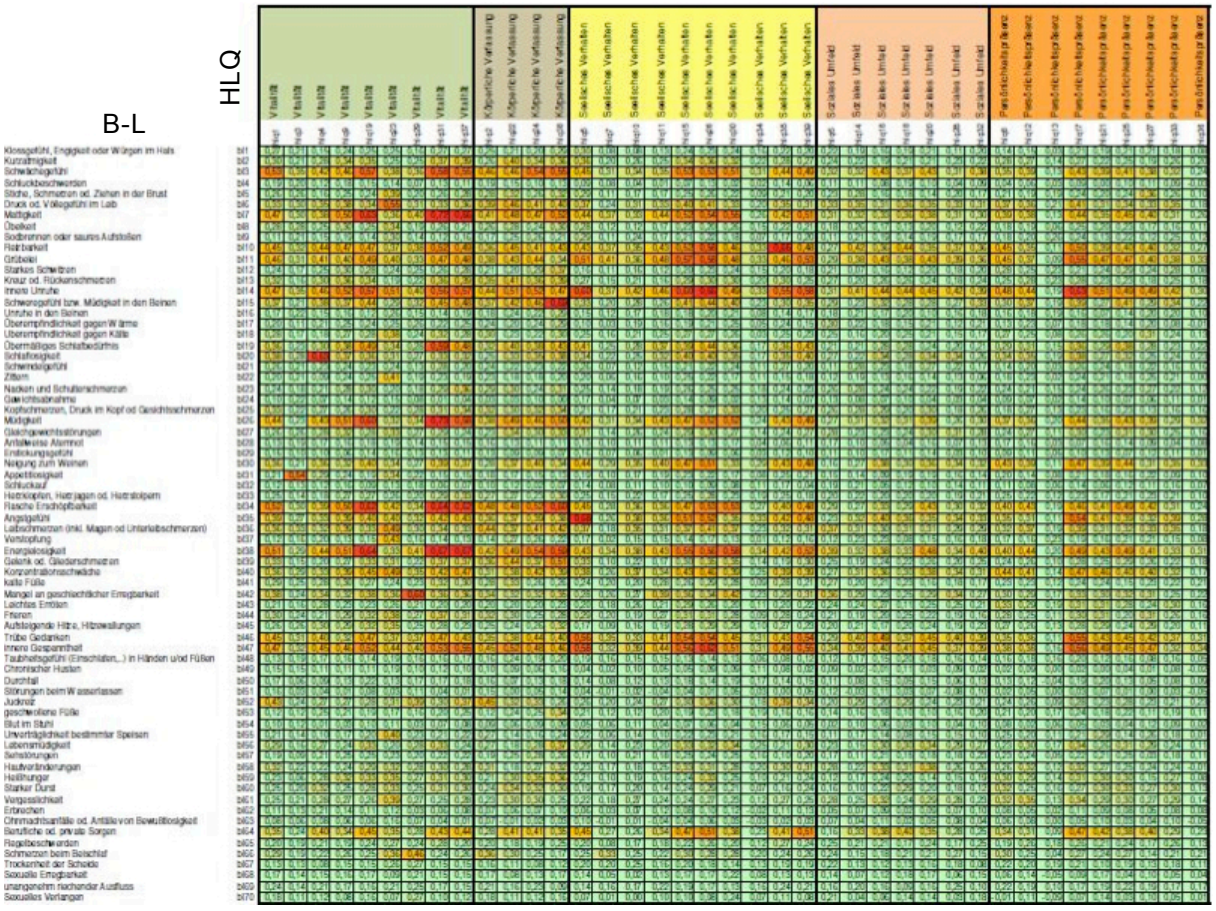


Abb. 17

Die Analyse der Korrelationsmatrix des HLQ mit der B-L zeigt ein anderes Bild. Beispielsweise finden folgende B-L-Fragen eine deutliche Übereinstimmung in nahezu allen Dimensionen des HLQ.

B-L-Frage 11 „Grübelei“

B-L-Frage 14 „Innere Unruhe“

B-L-Frage 47 „Innere Gespanntheit“

Aber auch noch einige andere Fragen der B-L zeigen hohe Korrelationswerte mit verschiedenen Einzelfragen verschiedener Dimensionen des HLQ wie man mehr oder weniger deutlich orange-rot gefärbten „Zeilen“ von links nach rechts in dieser Matrix sehen kann.

8. Auswirkungen der verschiedenen Behandlungsmethoden

Zusammenfassung der Studienergebnisse:

71 Probandinnen beendeten die 12 monatige Studie.

150 Probandinnen wurden den Gruppen Itraconazole (Gruppen A und B) und Homöopathie (Gruppen C und D) im Verhältnis 2:1 randomisiert zugeordnet.
Entgegen dem Studienplan wurde laut dem Ergebnis der Studie nur die Patientinnen, die der Itraconazole-Gruppe zugeteilt wurden, noch einmal randomisiert in die Untergruppen Itraconazole (Gruppe A) und Itraconazole plus Lactobacillus (Gruppe B) unterteilt.
Bei der Homöopathie-Gruppe wurde keine weitere Unterteilung durchgeführt.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 30,4 Jahre.
Entgegen dem ursprünglichen Einschlußkriterium, Mindestalter von 19 Jahren, wurden auch zwei jüngere Probandinnen in die Studie aufgenommen, wobei eine von diesen Beiden am Ende ihrer Studienteilnahme bereits das Alter von 19 Jahren erreicht hatte.

Nach der Randomisierung schieden sechs Probandinnen aus der Studie aus.
Zwei aus der Itraconazole-Gruppe (A und B), vier aus der Homöopathie-Gruppe.
Einige Probandinnen beendeten die Studie aus unterschiedlichen Gründen nicht, einige hielten ihren Termin für ein Folgegespräch nicht ein.

Die Patientinnen der Itraconazole-Gruppen erhielten die ersten sechs Monate der Behandlung einmal monatlich 200 mg Itraconazole.

Die Patientinnen der Homöopathie-Gruppe bekamen kein Antimykotikum, sondern eine homöopathische Arznei, ausgewählt nach dem Ähnlichkeitsprinzip, als Einmalgabe. Bei den Folgeterminen wurde die Arznei, je nach individueller Notwendigkeit, wiederholt.

In der Itraconazole-Gruppe (A und B) waren nach Abschluß der Studie 37 von 48 (77%) und in der Homöopathie-Gruppe (C und D) 9 von 23 (39%) Frauen frei von nachweisbaren Candidainfektionen.

Es bestand, laut Studienergebnis, kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen A Itraconazole und B, Itraconazole plus Lactobacillus. Wie man an der folgenden Tabelle erkennen kann.

(vgl. Witt et al, submitted)

Table 1: Number of Patients Free of Culture-Detectable Candida

Visit	Itraconazole	Itraconazole + Lactobacilli	CH
Randomization	0/48 (0%)	0/50 (0%)	–
Visit 2[a]	28/48 (58%)	32/50 (64%)	–
Visit 3[b]	40/47 (85%)	44/49 (90%)	0/46 (0%)
Visit 4[c]	34/42 (81%)	34/48 (71%)	22/46 (48%)
Visit 5[c]	31/40 (78%)	32/47 (68%)	20/43 (47%)
Visit 6 [c]	28/38 (74%)	31/46 (67%)	15/42 (36%)
Visit 7 [c]	21/32 (66%)	30/45 (66%)	9/40 (23%)
Visit 8[d]	19/31 (61%)	30/45 (67%)	15/39 (38%)
Visit 9[e]	20/29 (69%)	24/38 (63%)	15/33 (45%)
Visit 10[e]	20/27 (74%)	25/34 (74%)	14/30 (47%)
Visit 11[e]	18/23 (78%)	19/25 (76%)	9/23 (39%)

[a]Treatment of Acute Episode of Vulvovaginal Candidiasis; [b]Start of Maintenance Phase; [c]Monthly Visits; [d]Start of Observation Phase; [e]Bi-Monthly Visits; CH=Classic Homeopathy

Abb. 18 aus Witt et al, submitted

Auswirkung der Therapieart auf die Lebensqualität

Im Rahmen dieser Arbeit soll mit Hilfe der, während der Studie erhobenen Daten die Auswirkung der verschiedenen Therapiemethoden auf die Lebensqualität festgestellt werden.

Mit Hilfe einer Tendenzauswertung aller Fragebögen, soll die Auswirkung der homöopathischen Therapie im Vergleich zur schulmedizinischen Behandlung mit Itraconazole im Bezug auf die Lebensqualität gezeigt werden.

Lactobazillus

Laut Studienergebnis bestand kein signifikanter Unterschied darin, ob die Patientinnen nur Itraconazole oder Itraconazole und zusätzlich Lactobacillus bekamen.

8.1. Bearbeitung der Daten für die Tendenzanalysen

Bei den Betrachtungen zur zeitlichen Entwicklung der Lebensqualität (Therapieerfolg) wurden von Herrn Mag. Pöschl die Daten nur jener Probanden herangezogen, die die Therapie abgeschlossen hatten, keine „Abbrecher".
Die Daten folgender Patientinnen (ursprünglich noch in 4 Untergruppen A, B, C und D geteilt) wurden aufgrund eines Therapieabbruchs aus diesen Betrachtungen genommen:

A001, D010, D011, B012, D015, C017, C018, C022, C024, C029, D033, D034, D035, B036, A037, D038, A039, A041, D043, B055, C058, C059, A061, A065, A070, B072, C074, C078, C079, A080, D082, D083, A084, A085, C086, B089, A090, D091, C094, C095, B096, B098, B099

Bei der Probandin A009 wurden zwei Reihen, jene vom 10.09.2001 und jene vom 25.01.2002 gelöscht, da hier keine Daten vorlagen.
Bei der Probandin C025 wurden die Reihen 1,4, 5, 7 und 9 gelöscht, da nicht alle Fragen beantwortet wurden und ein Vergleich daher nicht sinnvoll möglich ist.
Es wurde auf die beim SF-36 sonst bei fehlenden Daten übliche Ergänzung[11] durch die auswertenden Personen verzichtet, da für den HLQ diesbezüglich keine Erfahrungen vorliegen.

Die bereinigten Daten wurden im Registerblatt „Vergleich ohne Abbruch" eingetragen. Es ergeben sich nach der Bereinigung damit 57 Probandinnen mit insgesamt 528 Datensätzen.

Offensichtliche Datenfehler
In den Daten des SF36 ist in Zeile 96 ein Fehler unterlaufen. Die Patientin heißt nicht D012, sondern B012. Ebenso ist in allen Daten bei allen Fragebögen Patientin D017 falsch – es muß C017 heißen.
Beides ist aus dem Registerblatt „Patient" ablesbar. Es gibt weder eine Patientin mit der Codierung D12 noch eine mit D017. Es gibt nur die Patientinnen B12 und C17.

Aufgrund des Studienergebnisses wird bei der Analyse der Tendenzauswertung nur zwischen zwei Gruppen unterschieden:
- Itraconazole-Gruppe (A und B)
- Homöopathie-Gruppe (C und D).

---

[11] Eine Dimension des SF-36 gilt als gültig, wenn mehr als 50% der Items beantwortet sind. Mit Hilfe eines Algorithmus werden die fehlenden Werte mit einer person-spezifischen Schätzung ersetzt. (vgl Bullinger, Kirchberger 1998:17)

8.2. Tendenzauswertungen des SF-36

8.2.1. SF-36 - Faktoren

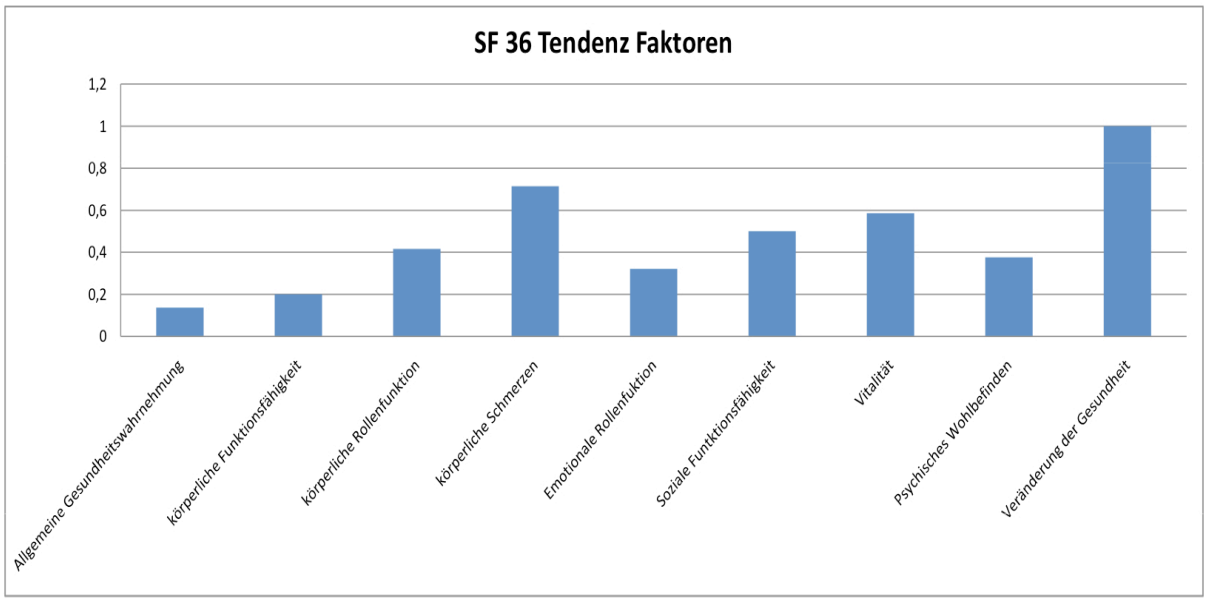


Abb. 19

Analyse

Bei der Betrachtung der Veränderung der Faktoren im Laufe des Behandlungszeitraums von 12 Monaten fällt auf, daß sich die Faktoren „Körperliche Schmerzen“, „Vitalität“ und „Veränderung der Gesundheit“ (Einzelfragenfaktor) am deutlichsten, mit Werten von über 0,5 verändert haben.

Auf der fünfteilig normierten Skala würde eine Veränderung von 1 bedeuten, daß im Durchschnitt jeder Proband nach der Therapie die Fragen dieses Faktors um eine Stufe besser beurteilt.

Problematisch dabei sind die Entscheidungsfragen, da sie durch die Normierung zu großen Ausschlägen führen.

8.2.2. SF-36 - Faktoren - beide Behandlungsgruppen

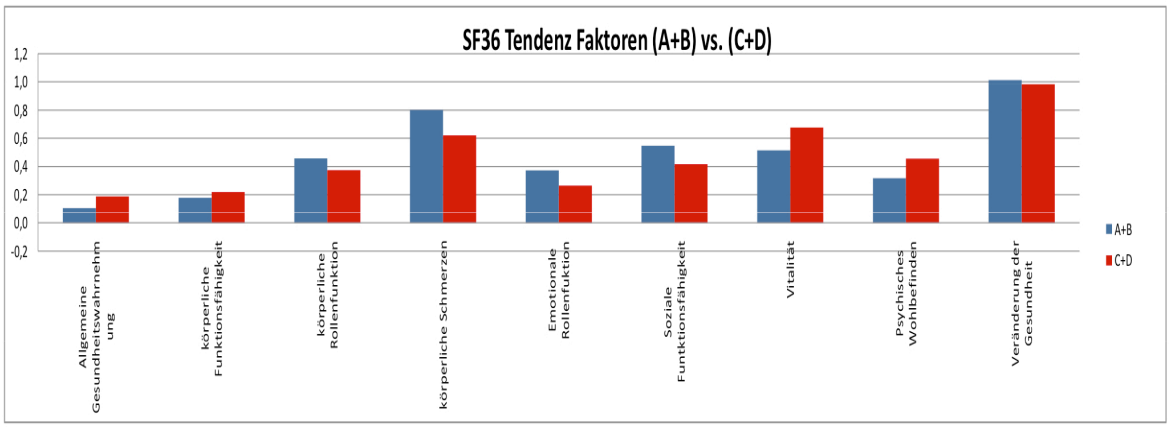


Abb. 20

Analyse

Bei dem Vergleich der beiden Behandlungsgruppen auf Faktorenebene des SF-36 fällt auf, daß die Itraconazole-Gruppe bei dem Faktor „Körperliche Schmerzen“ eine größere Veränderung aufweist als die Gruppe der homöopathisch behandelten Patientinnen.

Umgekehrt verhält es sich bei der Dimension der „Vitalität“.
Hier zeigt die Homöopathie-Gruppe eine größere Veränderung gegenüber der Itraconazole-Gruppe.

Bei der „Veränderung der Gesundheit“ ist die Veränderung in beiden Behandlungsgruppen nahezu gleich

8.2.3. SF-36 - Einzelfragen

Die Darstellung der Einzelfragen erfolgt nicht nach ihrer numerischen Reihung sondern entsprechend der Reihenfolge der Faktoren.

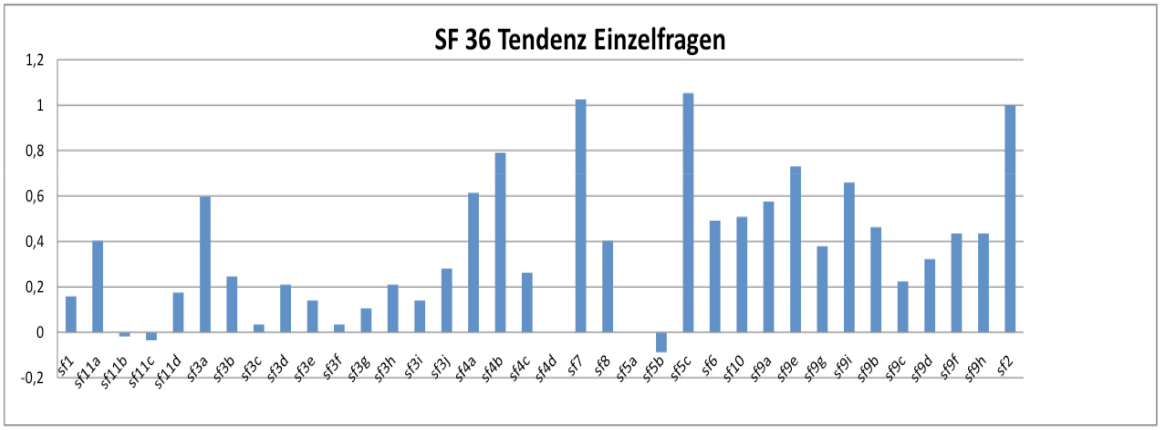


Abb. 21

Analyse

Anhand der Einzelfragen kann man eine deutliche Änderung bei folgenden Fragen erkennen:

Frage 2 „Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?“

Frage 5c „Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten“

Frage 7 „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“

Bei Frage 2, der Frage nach der Veränderung der Gesundheit im Vergleich zum vergangenen Jahr kann man aufgrund der Tendenzanalyse feststellen, daß sie am Ende der Studie im Durchschnitt um einen Grad besser beurteilt wurde als zu Beginn der Studie.

Die Antwortmöglichkeiten waren:

1 Derzeit viel besser als vor einem Jahr
2 Derzeit etwas besser als vor einem Jahr
3 Etwas so wie vor einem Jahr
4 Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr
5 Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr

Ist also bei der ersten Untersuchung z.B. die Antwort 3 gewählt worden, so bedeutet das Ergebnis der Analyse, daß am Ende der zwölfmonatigen Behandlungsdauer die Antwort 2 gewählt wurde.

Die Änderung bei Frage 5c „Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten“ auffällig. Frage 5c ist eine Entscheidungsfrage (ja/nein), weshalb eine Änderung von ja auf nein im Balkendiagramm eine deutliche Auswirkung hat.
Ebenso Entscheidungsfragen sind

4a „Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein“ (wg. körperlicher Probleme)
4b „Ich habe weniger geschafft als ich wollte“ (wg. körperlicher Probleme)
4c „Ich konnte nur bestimmte Dinge tun“ (wg. körperlicher Probleme)
4d „Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung z.B. ich musste mich besonders anstrengen.“ (wg. körperlicher Probleme)
5a „Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein“ (wg. seelischer Probleme)
5b „Ich habe weniger geschafft als ich wollte“ (wg. seelischer Probleme)

Dennoch ist nur die Änderung bei Frage 5c am eindrücklichsten.

Frage 7 „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“
zeigt ebenso wie Frage 2 eine deutliche Verbesserung am Ende der Studie, im Vergleich zu den am Anfang der Studie erhobenen Daten. Die Antwortmöglichkeiten waren:

1 ich hatte keine Schmerzen
2 sehr leicht
3 leicht
4 mäßig
5 stark
6 sehr stark

Die Änderung lag auch bei dieser Frage bei einem ganzen Punkt. Ist zu Beginn der Studie z.B. mäßig angekreuzt worden, so wurde am Ende der Studie leicht gewählt.

8.2.4. SF-36 - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen

In dieser Tendenzauswertung werden beide Gruppen anhand der Einzelfragen des SF 36 verglichen.

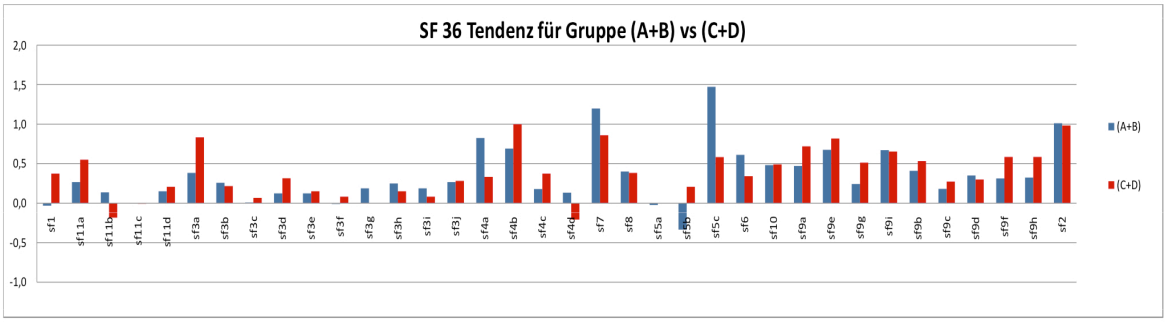


Abb. 22

Analyse

Bei diesem Balkendiagramm sind relativ deutliche Unterschiede zwischen der Itraconazole-Gruppe und der Homöopathie-Gruppe erkennbar.

Auf Ebene der Einzelfragen sind bei verschiedenen Fragen Unterschiede von ca. 0,5 zu sehen.

Homöopathie-Gruppe

Die Homöopathie-Gruppe zeigt bei folgenden Fragen bessere Ergebnisse:

Frage 1: „Wie würden sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“

Frage 3a: „Wie sehr hat sie Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bei anstrengenden Tätigkeiten eingeschränkt z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben“

Frage 5b: fragt ab, ob die Patientin aufgrund seelischer Probleme bei der Arbeit oder bei alltäglichen Tätigkeiten, im Beruf bzw. zu Hause, in den letzten 4 Wochen weniger geschafft hat, als sie wollte.

Itraconazole-Gruppe

Fragen bei der die Itraconazole-Gruppe im Vergleich zur Homöopathie-Gruppe eine höhere Verbesserung aufweist:

Frage 4: fragt ab, ob die Patientin aufgrund der körperlichen Gesundheit in den vergangenen vier Wochen bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause, nicht so lange wie üblich tätig sein konnte.

Frage 5c: fragt, ob die Patientin wegen seelischer Probleme in den letzten vier Wochen nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten konnte.

Frage 7: „Wie stark waren ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“

8.3. Tendenzanalyse des HLQ

8.3.1. HLQ - Faktoren

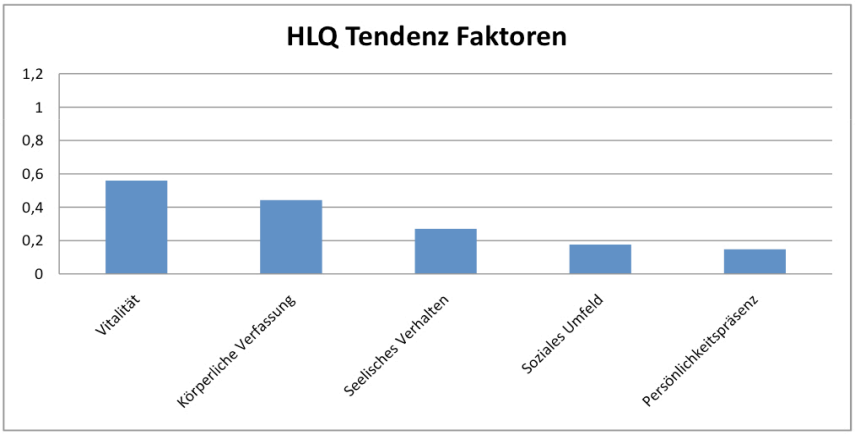


Abb. 23

Analyse

Beim Herdecker Fragebogen für Lebensqualität ist die Tendenzentwicklung auf Faktorenebene nur bei der Dimension „Vitalität“ (um ca. 0,5) und bei der Dimension „Körperliche Verfassung“ (um ca. 0,4) relativ deutlich verändert.

Bei den Dimensionen „Soziales Umfeld“ und „Persönlichkeitspräsenz“ ist die Veränderung im Laufe der Behandlung gering.

8.3.2. HLQ - Faktoren - beide Behandlungsgruppen

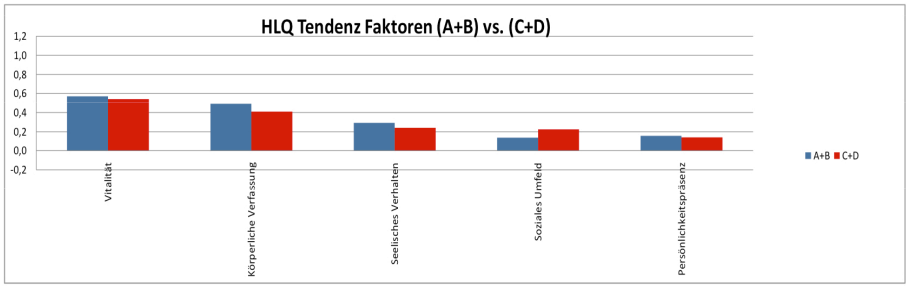


Abb. 24

Analyse

Bei der Betrachtung der Therapieauswirkung der Behandlungsgruppen, Itraconazole und Homöopathie, zeigt die Tendenzauswertung des HLQ annähernd die gleiche Veränderung bei beiden Gruppen am Ende des Behandlungszeitraums, trotz unterschiedlicher Therapiemethoden.

8.3.3. HLQ - Einzelfragen

Die Darstellung der Einzelfragen erfolgt nicht nach ihrer numerischen Reihung sondern entsprechend der Reihenfolge der Faktoren.

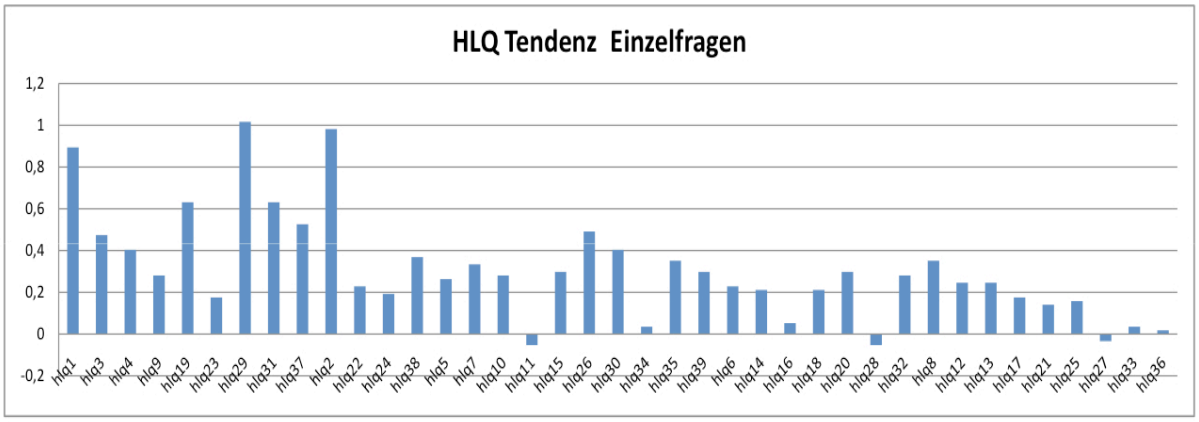


Abb. 25

Analyse

Bei den Einzelfragen sind drei Fragen aufgrund ihrer deutlichen Veränderung auffällig:

Frage 1: *„Ich habe mich krank gefühlt“*

Frage 2: *„Ich habe unter Schmerzen gelitten“*

Frage 29 : *„Mein sexuelles Verhalten war reduziert“*

8.3.4. HLQ - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen

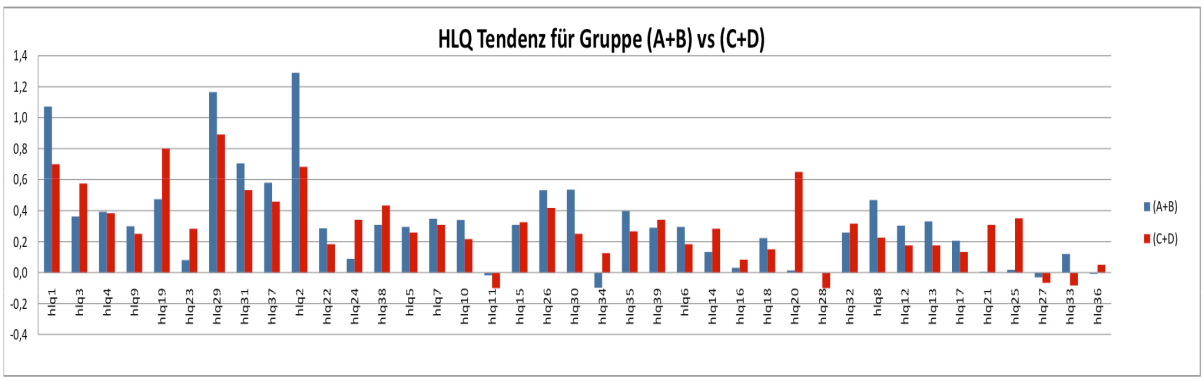


Abb. 26

Analyse

Die Tendenzauswertung der Einzelfragen für beide Gruppen ist beim HLQ besonders wegen zwei Fragen auffällig:

Frage 2: *„ Ich habe unter Schmerzen gelitten“*

Frage 20: *„Ich habe mich aus der Gemeinschaft zurückgezogen“.*

Der Gruppenunterschied ist bei diesen Fragen mit einem Wert von 0,6 am deutlichsten in diesem Diagramm.
Bei Frage 2 ist die Verbesserung der Itraconazole-Gruppe im Vergleich zur Homöopathie-Gruppe auffällig.
Bei Frage 20 verhält es sich umgekehrt. Die Verbesserung der homöopathisch behandelten Patientinnen ist hier deutlich.
Trotzdem der Gruppenunterschied bei beiden Fragen ungefähr gleich ist, fällt doch ein Unterschied auf.
Bei Frage 2 nach den körperlichen Schmerzen haben beide Gruppen grundsätzlich eine Verbesserung erfahren, jedoch bei der Itraconazole-Gruppe ist die Verbesserung deutlicher.
Hingegen ist bei Frage 20 *„Ich habe mich aus der Gemeinschaft zurückgezogen“* bei der Itraconazole-Gruppe keine Änderung zu sehen, hingegen bei der Homöopathie-Gruppe eine eindeutige.

Überlegung:
Da in der Vorarbeit für diese Analyse die Fragen so bearbeitet wurden, daß ein Ausschlag eines Balkens nach oben eine Verbesserung ausdrückt kann man behaupten, daß ausschließlich die klassisch homöopathische Behandlung auch diesen sozialen Bereich des Lebens und der Lebensqualität berührt.

Doch nicht alle Fragen des HLQ die nicht oder nur kaum durch den SF-36 abgefragt werden zeigen Veränderungen. Bei folgenden Fragen gab es in keiner der beiden Gruppen eine nennenswerte Änderung im Laufe der Behandlung.

HLQ Frage 3
„Ich habe mit Appetit gegessen und getrunken“
HLQ Frage 13
„Konflikte habe ich gemieden“
HLQ Frage 14
„Das Verhalten anderer Leute war mir unverständlich und fremd“
HLQ Frage 23
„Die Mahlzeiten haben mich belastet.“
HLQ Frage 27
„Ich konnte mich anderen Menschen mitteilen“
HLQ Frage 34
„Ich konnte mich gut auf andere Menschen und Situationen einstellen“
HLQ Frage 36
„Ich habe mich persönlich weiterentwickelt“

8.4. Tendenzanalyse der VAS

8.4.1. VAS - Einzelfragen

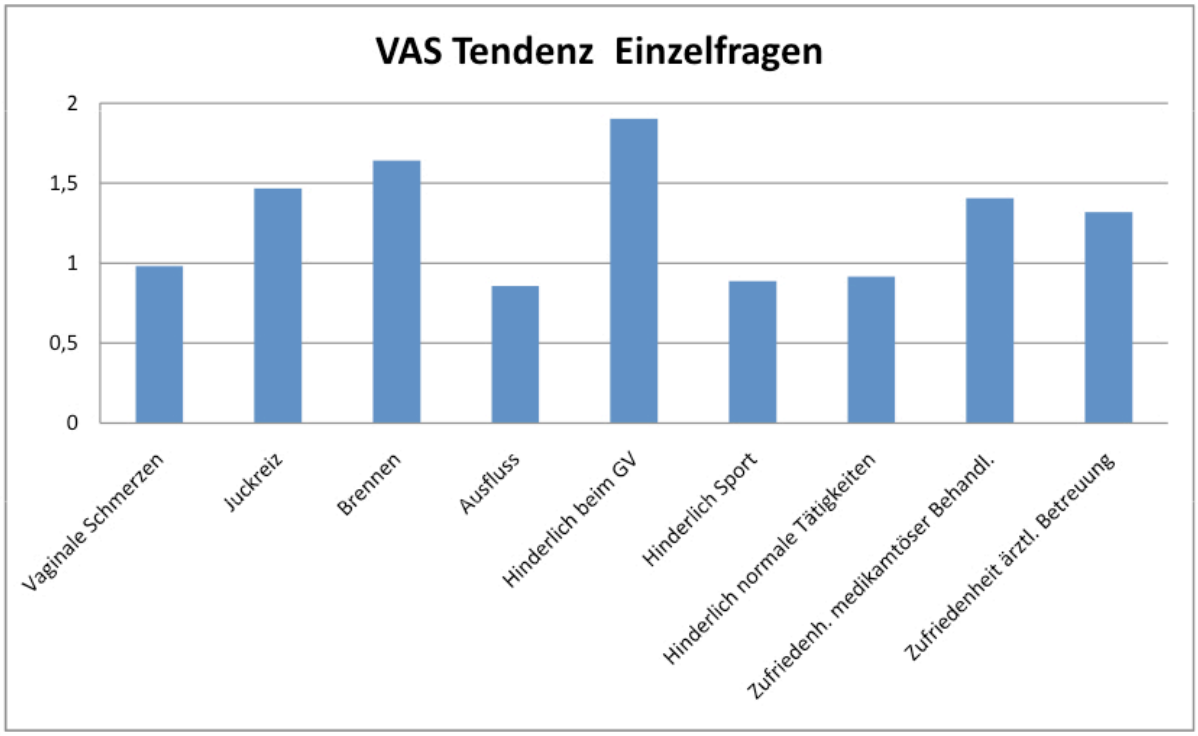


Abb. 27

Analyse

Bei der Abfrage der körperlichen Zustände bei einer vulvovaginalen Infektion und den damit einhergehenden alltäglichen Behinderungen ist bei jeder Frage eine deutliche Verbesserung zu erkennen.

Auch die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung und der medikamentösen Behandlung hat sich positiv verändert.

8.4.2. VAS - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen

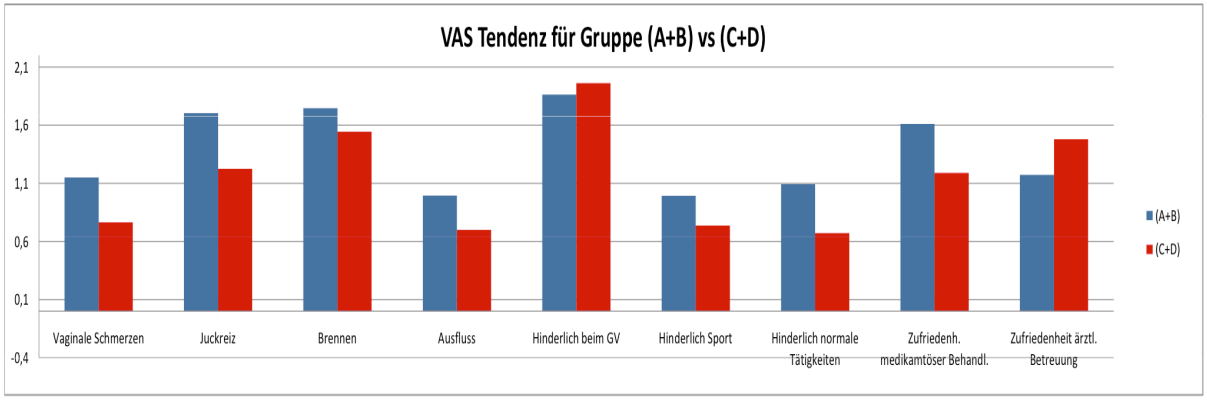


Abb. 28

Bei der Betrachtung beider Behandlungsgruppen ist die Verbesserung der Itraconazole-Gruppe deutlicher.

Nur bei der Frage nach der Zufriedenheit in Bezug auf die ärztliche Betreuung zeigt der Balken der homöopathisch behandelten Probandengruppe einen höheren Wert. (Auch bei der Frage ob die Erkrankung hinderlich beim Geschlechtsverkehr ist, liegt der rote Balken der Homöopathie-Gruppe höher, allerdings ist der Unterschied zur Itraconazole-Gruppe viel zu gering um Beachtung zu finden.)

Die höhere Zufriedenheit der Homöopathie-Gruppe mit der ärztlichen Betreuung erscheint vor allem deshalb interessant, da die Zufriedenheit dieser Gruppe mit der medikamentösen Behandlung geringer ist, als bei der Itraconazole-Gruppe.

8.5. Tendenzanalyse der B-L

8.5.1. B-L - Einzelfragen

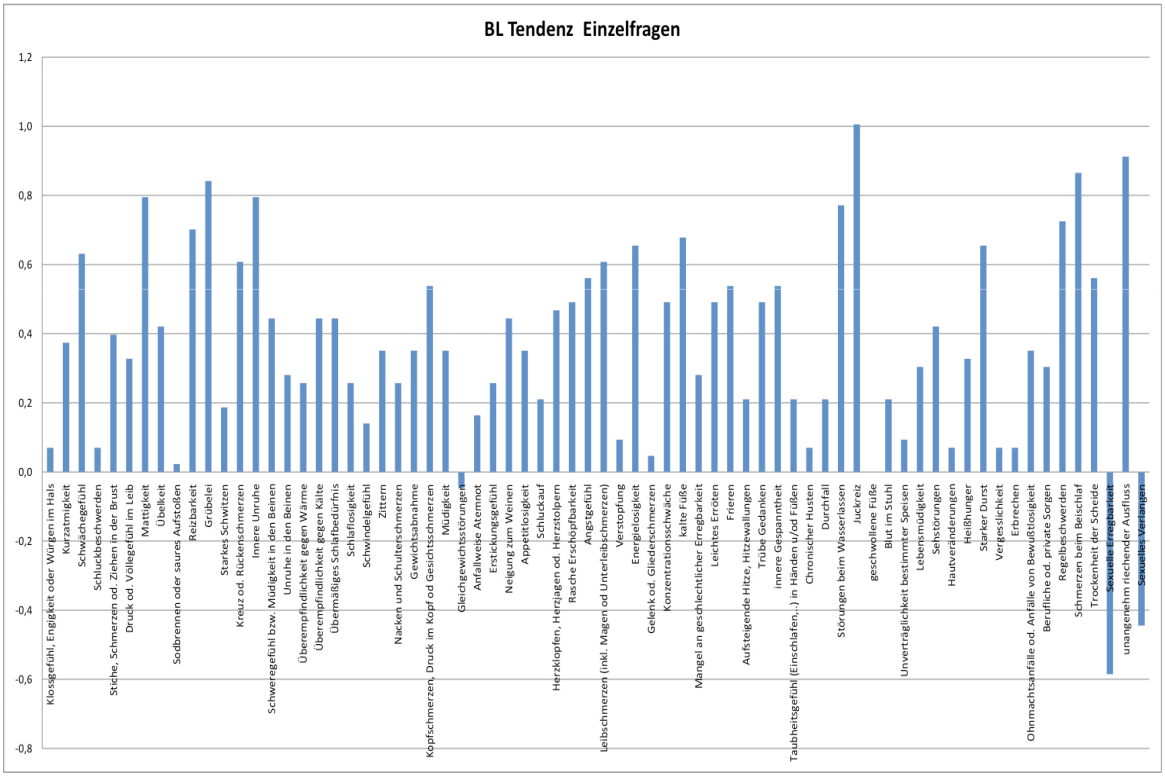


Abb. 29

Analyse

Auffällig bei der Betrachtung der Einzelfragen der allgemeinen Beschwerdeliste (B-L) ist die negative Veränderung bei Frage 68 „Sexuelle Erregbarkeit“ und bei Frage 70 “sexuelles Verlangen“.

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen B-L Fragebögen läßt sich ein starkes Variieren der Antworten bei diesen beiden Fragen, während der Dauer der Studie, erkennen. Möglicherweise sind sie einem oder mehreren anderen Faktoren unterworfen, die in dem Fragebogen nicht abgefragt werden.
Die Fragen 68 und 70 korrelieren ausschließlich miteinander und mit keiner anderen Frage des B-L.

Die eindrücklichsten Besserungen betreffen Frage 7 *„Mattigkeit“,* Frage 11 *„Grübelei“,* Frage 14 *„Innere Unruhe“,* Frage 51 *„Störungen beim Wasserlassen“*, Frage 52 *„Juckreiz“,* Frage 66 *„Schmerzen beim Geschlechtsverkehr“* und Frage 69 „*Unangenehm riechender Ausfluss“*.

8.5.2. B-L - Einzelfragen - beide Behandlungsgruppen

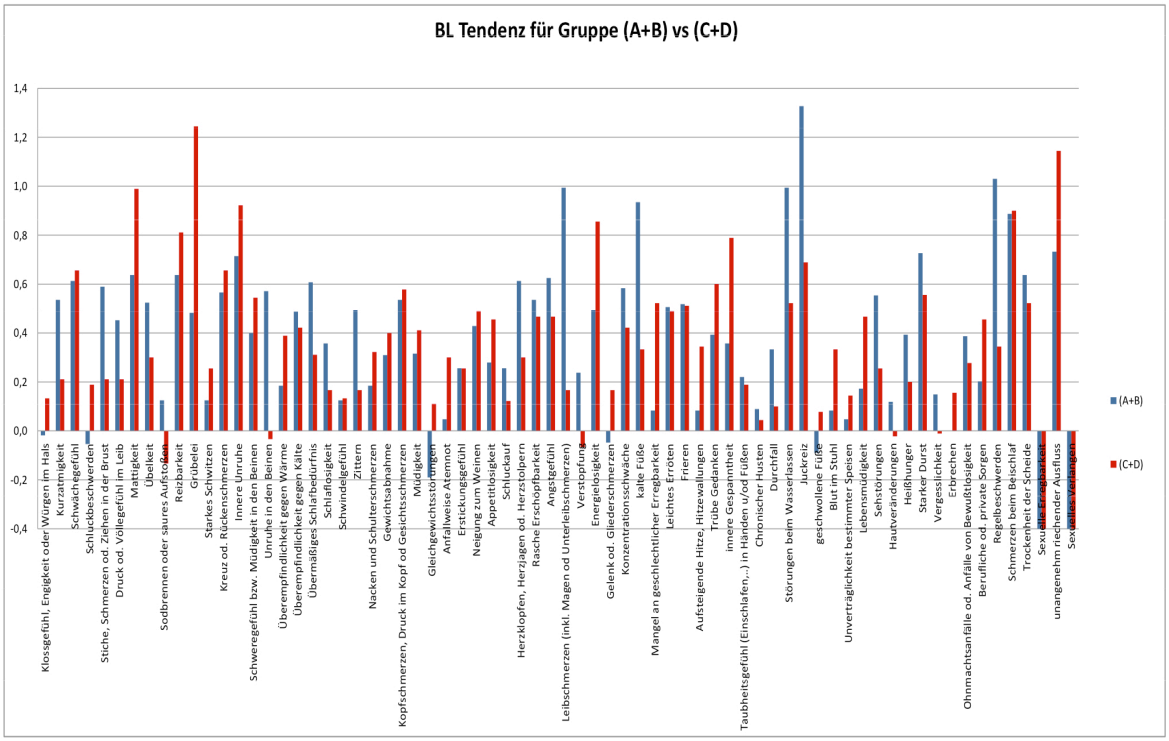


Abb. 30

Bei der Aufteilung der Einzelfragen des B-L in beide Behandlungsgruppen sind die Unterschiede zwischen den Gruppen vor allem bei folgenden Fragen ausgeprägt:
Frage 11 „Grübelei“
Frage 36 „Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibsschmerzen)“
Frage 41 „kalte Füße“
Frage 47 „Innere Gespanntheit“
Frage 51 „Störungen beim Wasserlassen“
Frage 52 „Juckreiz“
Frage 65 „Regelbeschwerden“
Frage 69 „unangenehm riechender Ausfluss“

Bei Frage 11 *„Grübelei“* ist die Verbesserung der Homöopathie-Gruppe hervorstechend.
Bei Frage 36 „Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)“, ist die Besserung der Itraconazole-Gruppe gegenüber der Homöopathie-Gruppe besonders deutlich.
Die Fragen 68 und 69 *„Sexuelle Erregbarkeit“* und *„Sexuelles Verlangen“* zeigen bei beiden Gruppen ein nahezu identes Ergebnis.

9. Diskussion

9.1.Kritische Auseinandersetzung mit dem HLQ

Faktor *„Vitalität“*
Interessant erscheint, daß die Entwickler des Herdecker Fragebogens für Lebensqualität den Faktor *„Vitalität“* als ein völlig neues Konzept ansehen, trotzdem dieser Faktor bereits in der Literatur aufscheint.

Auch im SF-36 ist er gleichnamig vertreten.

Mit Hilfe der Korrelationsanalyse der Einzelfragen des HLQ und des SF-36 konnte eine durchaus deutliche Korrelation dieser beiden gleich benannten Dimension im HLQ und im SF-36 aufgezeigt werden.

9.1.1. Erkenntnisgewinn aus den Korrelationsmatrizen

Die Analysen der Korrelationsmatrizen brachten verschiedene Erkenntnisse.

SF-36
Der standardisierte, international anerkannte SF-36 zeigt auch im Rahmen einer so speziellen Studie wie der Vorliegenden seine Gültigkeit.
Die Dimensionen sind auch mit Daten einer so selektiven Patientengruppe relativ gut voneinander abgegrenzt.
Lediglich bei dem Faktor „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ sind die Streuwerte höher. Dieses Ergebnis kann auf die Spezifität der untersuchten Erkrankung zurückzuführen sein.

HLQ
Anhand der vorliegenden Daten läßt sich feststellen, daß der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität ist im Vergleich zum SF-36 kein ausgereiftes Meßinstrument ist.
Alle Dimensionen des HLQ weisen Zusammenhänge miteinander auf, keine einziger Faktor zeigt eine deutliche Abgrenzung.
Alle Faktoren zeigen in sich eine schwache Korrelation, am Schwächsten ist die des Faktors *„Soziales Umfeld“*.

Grundsätzlich werden die Faktoren des HLQ im SF-36 abgebildet.
Die meisten Fragen des HLQ die keine Übereinstimmung im SF-36 finden zeigen in der Tendenzauswertung keine bemerkenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen.

9.1.2. Bestehende Verifizierungen des HLQ

9.1.2.1. Vortest der Entwickler

Im *Merkurstab* beschreiben die Entwickler des HLQ, Prof. Dr. Hans Christoph Kümmell und Dipl.-Stat. Michael Schulte, einen Vortest, der erste Ergebnisse über Akzeptanz und psychometrische Eigenschaften des neuen Fragebogens brachte.

Subskala	Zahl der Items	Mittelwert 0–100 (%)	Standard-abweichung	Boden (%)	Decke (%)	Skalen-fit (%)	interne Konsistenz α
Körperliche Verfassung	4	71.7	18.7	0.0	8.8	87.5	0.75
Vitalität	9	63.1	16.0	0.0	0.0	100.0	0.85
Seelisches Verhalten	10	62.8	12.9	0.0	0.0	85.0	0.84
Persönlichkeitspräsenz	9	62.9	13.6	0.0	0.0	75.0	0.79
Soziales Umfeld	7	67.5	13.8	0.0	0.0	53.6	0.70
		Mittelwert in % vom maximal erreichbaren Wert Boden und Decke in % von n = 170 Probanden Skalenfit und interne Konsistenz siehe Text					

Abb. 31 aus Kümmell, Schulte 1996:113

„Auf Skalenebene wurden Mittelwert, Standardabweichung, Prozentsatz der Antworten am unteren und oberen Skalenende (Boden und Decke) und der sogenannte Skalenfit errechnet. Diese Größe gibt an, zu wieviel Prozent die Trennschärfe bezüglich der eigenen Subskala größer ist als die Korrelationen des Items mit den anderen Subskalen. Ein Skalenfit von 100% bedeutet also, daß die einer Subskala zugeordneten Items mit dieser Skala wie gewünscht in allen Fällen höher korrelieren als mit anderen Subskalen, was einer konfirmatorischen Überprüfung der Skalenstruktur nahe kommt. Zur Prüfung der Reliabiliät wurde Cronbachs α als Maß für den Zusammenhang der Items innerhalb ihrer Subskalen (interne Konsistenz) berechnet.“ (Kümmell, Schulte 1996:113)

9.1.2.2. Kritik

Laut diesen Berechnungen ist die innere Konsistenz der Dimensionen des HLQ sehr gut. Allerdings ist es interessant zu wissen, daß bestimmte Faktoren einen hohen Cronbach α Wert zur Folge haben. Beispielsweise wird durch eine hohe Anzahl an Items ein höherer Cronbach α verursacht ohne zwingend aussagekräftig für die Qualität der Dimension zu sein. (vgl. ILMES [21])

9.1.2.2. Korrelationsanalyse von Dr. Benzinover

Es besteht bereits eine Dissertation von Herrn Dr. Benzinover die unter anderem auch die Verifizierung des HLQ zum Ziel hatte. Die Arbeit von Dr. Benzinover trägt den Titel „Evaluierung eines neuen Lebensqualitätfragebogens bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern“.

Dr. Dimitri Benzinover ist ehemaliger Mitarbeiter der Universität Herdecke.
Er stellte in seiner Arbeit den HLQ nicht nur dem SF-36 sondern auch einem weiteren Lebensqualitätsfragebogen gegenüber.

Nach genauer Betrachtung der drei verwendeten Fragebögen zeigt Dr. Benzinover folgende Tabelle:

	Physische Funktion	Vitalität	Psychische Funktion	Soziale Funktion	Sonstiges
HLQ	1. Körperliche Verfassung	1. Vitalität	1. Seelisches Verhalten	1. Soziales Umfeld	1. Persönlichkeit
NHP	1. Schmerz 2. Physische Mobilität	1. Schlafprobleme 2. Energieverlust	1. Emotionale Reaktionen	1. Soziale Isolation	
SF-36	1. Körperliche (physikalische) Funktionsfähigkeit 2. Schmerz 3. Rollenverhalten wegen körperlicher Funktionsbeeinträchtigung	1. Vitalität und körperliche Energie	1. Seelische (psychische) Funktionsfähigkeit 2. Rollenverhalten wegen seelischer Funktions-beeinträchtigung	1. Soziale Funktion	1. Allgemeiner Gesundheits-zustand

Abb. 32 aus Benzinover 2002:26

Zu dieser Tabelle (Abb. 32) schreibt er folgendes:

"Bei allen Messinstrumenten gibt es gut vergleichbare Dimensionen. Diese Bereiche sind physische, psychische und soziale Funktionen. Auch die Subskala Vitalität ist in allen Fragebögen zu finden. Alle Messinstrumente decken die wichtigsten Aspekte der Lebensqualität ab und überlappen sich gegenseitig, so dass ein direkter Vergleich möglich ist.
Nur zwei Dimensionen, nämlich die „Persönlichkeitspräsenz“ des HLQ und der „allgemeine Gesundheitszustand“ des SF-36, lassen sich nicht direkt einem bestimmten Bereich zuordnen und bilden ein eigenes für diese Fragebögen spezifisches Merkmal." (Benzinover 2002:25)

9.1.2.3. Kritik

Später hingegen schreibt Benzinover:
„Die Subskala Persönlichkeitspräsenz zeigt eine statistisch signifikante Korrelation mit allen anderen Subskalen von SF-36 […]“ und auch bei der Dimension

„Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ stellt er *„eine signifikante Korrelation in fast allen Patientengruppen mit den Subskalen Körperliche Verfassung und Vitalität sowie schwächere, aber dennoch signifikante Korrelationen mit anderen Subskalen“* des HLQ fest. (Benzinover 2002:32)

Dadurch widerspricht er seiner vorigen Feststellung, daß die Dimensionen „Persönlichkeitspräsenz“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ für das jeweilige Meßinstrument ein spezifisches Merkmal wären.

9.1.2.4. Korrelationsanalyse des HLQ von Dr. Benzinover

Mittels verschiedener Patientengruppen und einer Kontrollgruppe wurden von Dr. Benzinover die drei Lebensqualitätsfragebögen, HLQ, SF-36 und NHP, verglichen.

Anhand seiner Dissertation ist allerdings nicht ersichtlich, wie oft die Probanden die Fragebögen im Rahmen seiner Studie ausfüllten.
Das genauer nachzufragen war leider nicht möglich, da jeder Versuch der Kontaktaufnahme scheiterte.
Demzufolge ist hier keine genaue Angabe über die bearbeitete Datenmenge von Dr. Benzinover möglich.

Er hatte für seine Untersuchungen vier verschiedene Gruppen:

- 49 Patienten mit Mamma-Ca
- 48 Patienten mit Diabetes mellitus
- 51 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen
- 47 Probanden ohne chronische Krankheiten (als Kontrollgruppe)

Benzinover erstellt ebenfalls eine Korrelationsanalyse[12] des HLQ.

			HLQ				
			Körperliche Verfassung	Vitalität	Seelisches Verhalten	Persönlichkeits-präsenz	Soziales Umfeld
HLQ	Körperliche Verfassung	D	1.0	0,788	0,564	0,440	0,449
		G	1.0	0,723	0,436	0,460	0,667
		S	1.0	0,604	0,528	0,488	0,400
		K	1.0	0,622	0,592	0,254	0,272
	Vitalität	D	0,788	1.0	0,625	0,577	0,678
		G	0,723	1.0	0,680	0,640	0,686
		S	0,604	1.0	0,760	0,628	0,623
		K	0,622	1.0	0,673	0,435	0,315
	Seelisches Verhalten	D	0,564	0,625	1.0	0,759	0,753
		G	0,436	0,680	1.0	0,707	0,628
		S	0,528	0,760	1.0	0,712	0,705
		K	0,592	0,673	1.0	0,646	0,505
	Persönlichkeits-präsenz	D	0,440	0,577	0,759	1.0	0,653
		G	0,460	0,640	0,707	1.0	0,714
		S	0,488	0,628	0,772	1.0	0,726
		K	0,254	0,435	0,646	1.0	0,493
	Soziales Umfeld	D	0,449	0,678	0,753	0,653	1.0
		G	0,667	0,686	0,628	0,714	1.0
		S	0,400	0,623	0,705	0,726	1.0
		K	0,272	0,315	0,505	0,493	1.0

Abb. 33 aus Benzinover 2002:36

Er betrachtet die Korrelationsanalyse (Abb.7) nach Spearman

r < 0,2	keine statistische Bedeutung
0,2 < r < 0,4	schwache Korrelation
0,4 < r < 0,75	mittlere Korrelation
r > 0,75	starke Korrelation

Seine, aus dieser Matrix gewonnenen Erkenntnisse fasst er wie folgt zusammen:

„1. Mit Ausnahme der Kontrollgruppe in den Subskalen Persönlichkeitspräsenz und soziales Umfeld lassen sich stabile statistisch signifikante bis hochsignifikante Korrelationen beobachten.

---

[12] Benzinover erstellt seine Korrelationsanalyse mit SPSS. *„Alle Daten wurden entweder mit Hilfe des Programms File Maker Pro (HLQ) oder Microsoft Excel (SF-36 und NHP) erfasst und anschließend in das statistische Programm SPSS exportiert und bearbeitet. Die statistische Bearbeitung erfolgte mit Beratung durch Spezialisten des Instituts für Gesundheit an der Technischen Universität Berlin und des Instituts für Statistik des Universitätsklinikums Benjamin-Franklin- der Freien Universität Berlin.“* (Benzinover 2002:24)

Es ist nicht klar, ob Benzinover die eigentliche SF-36 Gewichtung der Fragen verwendet hat, oder ebenfalls eine andere, an die verwendeten Fragebögen angepaßte Skalierung, nutzte.

2. Die sogenannten „funktionellen“ Dimensionen: körperliche Verfassung und Vitalität korrelieren am stärksten miteinander und zeigen signifikante bis hochsignifikante Korrelationen.

3. Die Dimensionen Seelisches Verhalten und Soziales Umfeld korrelieren ebenfalls sehr stark miteinander: signifikante bis hochsignifikante Korrelation.

4. Die Korrelationen zwischen „funktionellen“ und „nicht funktionellen“ Dimensionen sind allgemein schwächer als innerhalb der Gruppen.

5. Die Dimension Persönlichkeitspräsenz korreliert besser mit den „nicht funktionellen“ Dimensionen als mit den „funktionellen“.

6. Die Kontrollgruppe zeigt im Vergleich zu anderen schwächere Korrelationen.“

(Benzinover 2002:37)

9.2. Vergleich der Ergebnisse

Grundsätzlich deckt sich sowohl die Korrelationsanalyse als auch seine Zusammenfassung in den Punkten 1 bis 5[13] mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit.

Doch kann man feststellen, daß die gefundenen Unstimmigkeiten innerhalb des Fragebogens bei Benzinover positiv formuliert sind.

Färbt man die obige Korrelationsanalyse von Benzinover entsprechend den anderen Korrelationsanalysen dieser Arbeit, erhält man folgendes Ergebnis.

			HLQ				
			Körperliche Verfassung	[illegible]	Seelisches Verhalten	Persönlichkeits-präsenz	Soziales Umfeld
HLQ	Körperliche Verfassung	D	1.0	0,788	0,564	0,440	0,449
		G	1.0	0,625	0,436	0,460	0,667
		S	1.0	0,604	0,528	0,488	0,400
		K	1.0	0,622	0,592	0,254	0,272
	[illegible]	D	0,788	1.0	0,625	0,577	0,678
		G	0,625	1.0	0,680	0,640	0,686
		S	0,604	1.0	0,660	0,628	0,623
		K	0,622	1.0	0,633	0,435	0,315
	Seelisches Verhalten	D	0,564	0,625	1.0	0,589	0,653
		G	0,436	0,680	1.0	0,707	0,628
		S	0,528	0,660	1.0	0,712	0,505
		K	0,592	0,633	1.0	0,646	0,505
	Persönlichkeits-präsenz	D	0,440	0,577	0,589	1.0	0,653
		G	0,460	0,640	0,707	1.0	0,514
		S	0,488	0,628	0,772	1.0	0,526
		K	0,254	0,435	0,646	1.0	0,493
	Soziales Umfeld	D	0,449	0,678	0,653	0,653	1.0
		G	0,667	0,686	0,628	0,514	1.0
		S	0,400	0,623	0,505	0,526	1.0
		K	0,272	0,315	0,505	0,493	1.0

Abb. 33a modifiziet aus Benzinover 2002:36

Auffällig ist, daß offensichtlich bei Benzinover ein Mittelwert der Dimensionen für diese Analyse verwendet wird, denn nur so kann ein Wert von 1,00 (= absolute Übereinstimmung) als Korrelationswert entstehen.

Die Verwendung der Mittelwerte bei Benzinover stellt eine gewisse Verzerrung dar, da dadurch eine hohe Korrelation innerhalb einer Dimension suggeriert wird.

Trotzdem wird auch so deutlich, daß die Abgrenzung der Dimensionen untereinander nicht gegeben ist.

---

[13] Da es bei der vorliegenden Arbeit keine Kontrollgruppe gab, liegt keine Übereinstimmung mit Punkt 6 von Benzinover vor.

Benzinover beschreibt das in seinem Punkt 1 „*Mit Ausnahme der Kontrollgruppe in den Subskalen Persönlichkeitspräsenz und soziales Umfeld lassen sich stabile statistisch signifikante bis hochsignifikante Korrelationen beobachten.“ (*Benzinover 2002:37) so, als wäre dies für einen Fragebogen wünschenswert.

Die Werte der Kontrollgruppe die, wie er in Punkt 6 schreibt *„im Vergleich zu anderen schwächere Korrelationen“* (Benzinover 2002:37), wären eigentlich positiv für diesen Fragebogen zu werten, da sie deutlichere Unterschiede zwischen den Dimensionen zeigen.
Doch die Ergebnisse dieser Gruppe wurden von den anderen untersuchten Gruppen nicht bestätigt.

In all den weiteren Punkten die Benzinover aufzählt, streicht er hohe Korrelation zwischen Dimensionen heraus.
Diese Darstellung ist aufgrund des Erkenntnisgewinns durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht nachvollziehbar.

Man kann erkennen, daß unabhängig von dem Programm, das für die statistische Auswertung angewendet wurde (SPSS und Microsoft Excel bei Benzinover, Microsoft Excel in dieser Arbeit), die Ergebnisse der Analysen beider Arbeiten übereinstimmen.

Es läßt sich weder in der Arbeit von Dr. Benzinover noch in der Vorliegenden eine deutliche Abgrenzung zwischen den Dimensionen des HLQ erkennen.

Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, daß diese Unschärfen aufgrund der geringen Anzahl an Studienteilnehmern gegeben sind.
Immerhin wurden bei Dr. Benzinover pro Gruppe nur ca. 50 Personen untersucht und bei der vorliegenden Studie nur insgesamt 71 Personen. Zusätzlich waren die in dieser Arbeit untersuchten Patienten einer sehr spezifischen Probandengruppe zugehörig, da es sich ausschließlich um Frauen mit einem Durchschnittsalter von 30,4 Jahren handelte.
Der HLQ wurde also insgesamt an 266 Personen in fünf verschiedenen Gruppierungen überprüft.

9.3. Verwendungs- (Verbesserungs-)möglichkeiten für den HLQ

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist von einem Einsatz des HLQ zur Beurteilung der Behandlung und zur Meßung der Lebensqualität abzuraten.
Es wäre von einem nicht krankheitsspezifischen Meßinstrument zur Lebensqualität zu erwarten, daß es auch für eine so spezielle Studie wie die vorliegende, in der nur Frauen zwischen 17 und 56 Jahren wegen einer frauenspezifischen Erkrankung behandelt wurden, aussagekräftige Ergebnisse liefert.

Sowohl die Ergebnisse der vorliegenden Studie als auch die Ergebnisse von Dr. Benzinover stellen den HLQ als unausgereiftes Meßinstrument dar.

Zwar zeigt der ganzheitliche, anthroposophische Zugang der Entwickler des Herdecker Lebensqualitätsfragebogens, Prof. Dr. Kümmell und Dipl.-Stat. Schulte vor allem in Form von einzelnen Fragen, daß es Bereiche des Lebens und der Lebensqualität gibt die

a) durch den SF-36 nicht abgefragt werden,
b) nur durch alternative Behandlungsmethoden verändert werden,
c) offensichtlich durch herkömmliche, schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht berührt werden,

dennoch zeigt sich zu wenig Forschungsarbeit bei der Entwicklung des HLQ.

Vor allem durch das Item 20 des HLQ *„Ich habe mich aus der Gemeinschaft zurückgezogen“* wurde in der Tendenzanalyse deutlich, daß eine alternative, in der vorliegenden Studie klassisch homöopathische, Therapiemethode möglicherweise andere Bereiche der Lebensqualität erreicht als die konventionelle, medikamentöse Behandlung.
Nur bei der Homöopathie-Gruppe war bei dieser Frage eine auffällige Änderung ablesbar.

Da aber weder mit den vorliegenden Daten, noch bei den Daten von Dr. Benzinover eine deutliche Abgrenzung der Dimensionen des Herdecker Fragebogens zu erkennen war, wäre eine gänzliche Neuüberarbeitung des HLQ empfehlenswert.

Es gilt jene Bereiche herauszufinden, die tatsächlich nur durch alternative Therapien verändert werden können.

Dies wäre z.B. mit Hilfe einer Expertengruppe möglich, bestehend aus alternativ-medizinisch arbeitenden Ärzten und Therapeuten sowie durch gründliche Recherche der vorliegenden Literatur.
Den so herausgefilterten Bereichen sollen nun aus verschiedensten Blickwinkeln heraus Fragen zugeordnet werden.
Erst wenn man die so entwickelte Fragensammlung einer relativ großen Gruppe an Menschen, sowohl Patienten als auch Gesunden, vorlegt und mit den so gewonnenen Daten diesen Fragenkatalog einer Faktorenanalyse unterzieht, kann man bestimmte Fragen zusammenfassen um Faktoren/Dimensionen zu bilden.
Erst nach einer Faktorenanalyse ist es möglich Überbegriffe für die einzelnen Dimensionen zu suchen.
Mit einer solchen Vorgehensweise wäre sowohl die innere Konsistenz der einzelnen Faktoren als auch die Abgrenzung gegenüber den anderen Dimensionen gewährleistet.

Da Bullinger am SF-36 kritisiert, "*daß die soziale Dimension im Verhältnis zur körperlichen Funktionsfähigkeit, aber auch zur psychischen Gesundheit eher unterrepräsentiert ist"* (Bullinger, Kirchberger 1998:8) könnte auch diese Dimension bei einer Überarbeitung des HLQ Beachtung finden.

9.4. Erkenntnisgewinn aus der Tendenzauswertung

Die Darstellung der Tendenzentwicklung beider Gruppen konnte zeigen, daß sowohl die Itraconazole-Gruppe als auch die Homöopathie-Gruppe Veränderungen im Bezug auf die Lebensqualität aufweisen.
Beide Gruppen zeigten trotz unterschiedlicher Behandlungsmethoden ähnliche Änderungen.

Der SF-36 scheint das sensiblere Messinstrument zu sein, da der Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen bei ihm deutlicher auszumachen ist als beim HLQ.

Nach 12 monatiger Behandlung war die Verbesserung der körperlichen Symptome bei der Itraconazole-Gruppe eindeutiger.
Bei Symptomen wie Juckreiz, Brennen und Ähnlichem schnitt die schulmedizinische, antimykotische Behandlung, besser ab. Da diese Therapie darauf ausgerichtet ist den Keim direkt zu vernichten, ist dieses Ergebnis nicht weiter verwunderlich.
Befindlichkeiten, die man dem Gemüt zuordnet, haben sich allerdings unter der alternativen Therapie im Laufe des einjährigen Behandlungszeitraums positiv verändert.

Die homöopathische Betreuung der Patientinnen zeigte bei Symptomen wie „Grübelei“, „Mattigkeit“, „Energielosigkeit“ und „innere Gespanntheit“ deutlich bessere Ergebnisse.

Interessant ist, daß bei den Patientinnen der Homöopathie-Gruppe durch die homöopathische Therapie der unangenehm riechende Ausfluß (Frage 69 aus B-L) deutlicher verbessert wurde.

Auswirkung homöopathischer Behandlung auf die Lebensqualität

Zusammenfassend kann man feststellen, daß klassisch homöopathische Therapie sehr ähnliche Auswirkungen auf die Lebensqualität hat wie die schulmedizinische Behandlungsmethode.

Doch offensichtlich beeinflußt die klassische Homöopathie andere Bereiche als die Schulmedizin.

Homöopathisch behandelte Patientinnen sind mit ihrem behandelten Homöopathen zufriedener als schulmedizinisch behandelte Patientinnen mit ihrem Arzt, trotzdem die Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung in der Homöopathie-Gruppe geringer war.

Es wäre für eine Untersuchung, die den langfristigen Therapieerfolg homöopathischer Behandlung messbar machen möchte wünschenswert, erneut den Langzeitverlauf zu erheben.

Klassische Homöopathie ist nicht auf die Bekämpfung eines einzelnen Symptoms ausgerichtet, sondern auf eine ganzheitliche, dauerhafte Heilung.

Um die erwartete dauerhaften Verbesserung unter homöopathischer Therapie mit dem Erfolg schulmedizinischer Behandlung vergleichen zu können, wäre eine neuerliche Befragung mit den gleichen Meßinstrumenten empfehlenswert.

Diese Befragung sollte in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren nach Studienende durchgeführt werden.

10. Relevanz für die Pflegeforschung

Rückschlüsse aus dieser Studie auf die Meßbarkeit von Pflege in Bezug auf die Lebensqualität kann man sowohl für die Akut- als auch für die Langzeitpflege ziehen.

Unmittelbare Maßnahmen und Pflegeinterventionen die von den Pflegekräften gesetzt werden sind am deutlichsten durch einen direkt auf die Beschwerde abzielenden Fragebogen zu erfassen.

Eine Visual Analoge Scale (VAS) erscheint dafür ein sehr geeignetes Instrument zu sein, da Veränderungen auf der Skala von 0 bis 10 relativ leicht ablesbar sind.

Aufgrund der Analyse der Fragebögen kann man darauf schließen, daß nicht alle Krankheiten und damit nicht alle gesetzten Interventionen unter dem großen Begriff der Lebensqualität bzw. deren Verbesserung angesehen werden müssen. Manche Erkrankungen sind für die Betroffenen zwar unangenehm, einschränkend und schmerzhaft, aber das Bestehen einer solchen Erkrankung, die Behandlung und im günstigsten Fall auch die Ausheilung dieser Beeinträchtigung ist nicht zwangsläufig relevant für die Einschätzung der gesundheitlichen Zukunft des Patienten (siehe Kapitel 8.2.2.1.).
Diese Erkenntnis läßt den Schluß zu, daß bestimmte Maßnahmen einfach nur am Erfolg oder am Mißerfolg gemessen werden können, ohne daß Auswirkungen auf die Lebensqualität zu erwarten sind.

Durch die Analyse der Fragebögen konnte gezeigt werden, daß der SF-36, auch bei ganz speziellen Gruppen und Erkrankungen ein geeignetes Meßinstrument darstellt Lebensqualität, sowohl punktuell als auch über die Zeit, zu erfassen.
Daher ist dieser Fragebogen, vor allem für die Langzeitpflege sehr empfehlenswert.

Der Einsatz des HLQ zur Beurteilung von Lebensqualität sowie von verschiedenen Therapiemethoden bedarf, nach Meinung der Autorin, noch einiger Überprüfungen und entspricht nicht annähernd dem hohen Standard des SF-36.

Literaturverzeichnis

Antonovsky Aaron, Alexa Franke (Hrsg.) 1997: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
Benzinover Dimitri 2002: Evaluierung eines neuen Lebensqualitätsfragebogens bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern,Dissertation, Universität Witten/Herdecke
Bloomfield Kim, Veröffentlichungsreihe des BFPH (Hrsg.) 1996: Ein Wegweiser zur Anwendung ausgewählter Messinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in BZPH, Berliner Forschungsverbund Public Health Berlin, BZPH
Brockhaus (Hrsg.) 2006: Brockhaus Enzyklopädie in 30 Bänden, 21., völlig neu bearbeitete, Auflage, Leipzig, Mannheim, Brockhaus F.A.
Bullinger Monika (Hrsg.) 1991: Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen: Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse, Göttingen, Hogrefe
Bullinger Monika 1994: Lebensqualität: Grundlagen und Anwendungen. In Franz Petermann, Karl-Christian Bergmann (Hrsg.): Lebensqualität und Asthma, München Quintessenz 17-28
Bullinger Monika 1996: Lebensqualität - ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In Möller Hans-Jürgen, Engel Rolf-R., Paul Hoff (Hrsg.): Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen,Wien, Springer, 13-29
Bullinger Monika (Hrsg.) 1997: Lebensqualitätsforschung: Bedeutung - Anforderung - Akzeptanz ; mit 2 Tabellen, Stuttgart, Schattauer
Bullinger Monika (Hrsg.), Kirchberger Inge, 1998: Fragebogen zum Gesundheitszustand: SF-36, Göttingen, Hogrefe
Bullinger Monika 2000: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey, in Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Hamburg, Springer Verlag 43: 190-197
Bullinger, Monika (Hrsg.) 2000: Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive , Göttingen, Hogrefe
Crichton Nicola, 2001: Visual Analogue Scale, in Gould D. et al. (Hrsg): Blackwell Science Ltd, Journal of Clinical Nursing 10:697-706
Dtv (Hrsg.) 2006: dtv-Lexikon in 24 Bänden, genehmigte Sonderausgabe 2006, München, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.
Ernst Edzard, Kaptchuck Ted J. 1996: Homeopathy revisited. Archives of Internal Medicine 156:2162–2164.
Fisher Peter, Ward Adam 1994: Complementary medicine in Europe in: Brithish Medical Journal 309:107–111
Geißler Jan (Hrsg.), Thomas Quak (Hrsg.) 2005: Leitfaden Homöopathie, München, Elsevier
Güthlin Corina 2006, Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität: ausgewählte psychometrische Analysen und Anwendungsprobleme, Freiburg, Dissertation
Hahnemann Samuel, Haehl Richard (Hrsg.) 1921/2004: Organon der Heilkunst, Nachdr. der 6. Ausgabe, Kandern, Narayana
Hofmann Sabine, 1991: Vorbereitete Schwerpunktsetzung, in: Heinz Tüchler, Dieter Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischem Kriterium Lebensqualität, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 50-62
Karnofsky David,1949: Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: C M McLead (Hrsg.): Evaluation of Chemotherapeutic Agents, New York, Columbia University Press
Kaspar Tobias 2004, Klinisch-somatische Parameter in der Therapie schwerer Herzinsuffizienz unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - Verlaufsanalyse des Einflusses klinisch-somatischer Parameter auf die Lebensqualität, München, Dissertation
Kogler Kathrine E. 2003:“Man fing damit an, die Wahrheit des homöopathischen Princips wegzudemonstriren…“ Unterstützung der Homöopathie in Wien während des Homöopathieverbots. In: Horn Sonja (Hrsg): Homöopathische Spruen, Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich, Wien, Verlagshaus der Ärzte

Kümmel Hans-Christoph, Schulte Michael 1996: Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität auf der Grundlage des antroposophischen Menschenbildes in Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft, Dornach, Schweiz und Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V (Hrsg): Der Merkurstab Zeitschrift für Anthroposophische Medizin, Deutschland, 2:109-122
Löllgen Herbert (Hrsg.), Erdmann Erland (Hrsg.), Anselm K. Gitt (Hrsg) 2009: Ergometrie: Belastungsuntersuchungen in Klinik und Praxis, 3.Auflage, Berlin, Springer
Lütterfelds Wilhelm (1991): Philosophische Aspekte der medizinischen Lebensqualität, in: H. Tüchler, D. Lutz (Hrsg.) Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität, Köln, Dt. Ärzte-Verlag, 162-187
Mann Bernhard 1997: Soziologie und Public Health: zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner? in Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Deutschland, BDS, 20(3): 196-205
Porzsolt Franz, Rist Ch. 1997: Lebensqualitätsforschung in der Onkologie: Instrumente und Anwendung in: Bullinger Monika (Hrsg.): Lebensqualitätforschung Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz, Stuttgart, Schattauer: 19-22
Radoschewski Michael, Bellach, Bärbel-Maria 1999: Der SF-36 im Bundesgesundheitssurvey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene in Das Gesundheitswesen 61(Sonderheft 2):191-199.
Radoschewski Michael, 2000: Gesundheitsbezogene Lebensqualität –Konzepte und Maße, in Bundesgesundheitsblatt –Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Berlin, Springer Verlag 43:165-189
Schopenhauer Arthur, Hübscher Arthur (Hrsg.) 1986: Aphorismen zur Lebensweisheit, Ditzingen, Reclam
Schöps Bernhard (Hrsg.) 2009:Der allgemeine Blick I: verschiedene theoretische Ansätze zur Gesundhietskommunikation mit besonderer Berücksichtigung des narrativen Ansatzes, München, Grin
Schreiber Kathrin (Hrsg.) 2002: Samuel Hahnemann in Leipzig, Die Entwicklung der Homöopathie zwischen 1811 und 1821: Förderer, Gegner und Patienten. Stuttgart, Haug
Schulte Michael, Heckmann Christian, Kümmell Hans-Christoph 1999: Der Herdecker Fragebogen zur Lebensqualität (HLQ): Entwicklung, Ergebnisse, Verwendungsmöglichkeiten. In: Heusser, P. (Hrsg.): Akademische Forschung in der Anthroposophischen Medizin, Bern, Peter Lang, 249-253
Seneca (Hrsg.) Mutschler Fritz-Heiner (Übers.) 1990: Vom glücklichen Leben/De vita beata, Ditzingen, Reclam
Spitta Anna 2003: Wiener Einflüsse auf die Entstehung der Homöopathie – Ein Forschungsbericht. In: Horn Sonja (Hrsg): Homöopathische Spruen, Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich, Wien, Verlagshaus der Ärzte
Tischner Rudolf, Schütte Achim (Hrsg.) 1950/2001: Das Werden der Homöopathie, Geschichte der Homöopathie vom Altertum bis zur neuesten Zeit, Stuttgart, Sonntag
Witt Armin et al submitted: Monthly itraconazole versus classic homeopathy for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis: a randomised trial
Henke Klaus-Dirk, 2005: Was ist uns unsere Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreform und ihre Lösungsansätze. In Perspektive der Wirtschaftspolitik, Verein für Socialpolitik und Blackwell Publishing Ltd . 6/1:95-111

[1] http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/, Stand 11.07.2006 (22.05.2009)

[2] http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, Stand 1.04.2006 (21.5.2009)

[3] http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652, Stand 12.5.2009 (22.5.2009)

[4] http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=gesundheit, Stand 19.08.2005 (21.5.2009)

[5] http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/jakarta-erklarung/?searchterm=jakarta%20erklärung, Stand 19.8.2005 (22.5.2009)

[6] http://www.pflegerecht.at/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/GuKG/gukg_11.htm, Stand 21.04.2009 (21.5.2009)

[7] http://public-health.meduni-graz.at/publichealth/publich_set.htm (22.5.2009)
[8] http://www.uni-ulm.de/uui/2000/nr235.htm#11 (22.5.2009)
[9] http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/ee8e3ab0685e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm (23.5.2009)
[10] http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/ (23.5.2009)
[11] http://de.wikipedia.org/wiki/Anthroposophische_Medizin, Stand 23.4.2009 (23.5.09)
[12] http://www.journalmed.de/newsview.php?id=7607 (8.1.2010)
[13] http://www.gesundheitswirtschaft.info/content/view/1196/413/ (8.1.2010)
[14] http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensqualit%C3%A4t (9.1.2010)
[15] http://www.philolex.de/anthropo.htm (9.1.2010)
[16] http://www.homoeopathieinstitut.at/homoeopathie_oesterreich.html (9.1.2010)
[17] http://www.kirchenlexikon.de/v/veith_j_e.shtml (29.12.2009)
[18] http://www.bhs.at/orden/total.asp?Seite=81 (29.12.2009)
[19] http://www.igm-bosch.de/f3.htm (8.1.2010)
[20] http://de.wikipedia.org/wiki/Anthroposophie (9.1.2010)
[21] http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm-c4.htm (10.1.2010)

Abstract

Diese Arbeit befaßt sich mit der Erfassung von Lebensqualität mit Hilfe von Lebensqualitätsfragebögen. Hierfür wurde der standardisierte Fragebogen SF-36 mit dem neueren Fragebogen HLQ verglichen. Als Grundlage dienen Daten die bei einer Studie zur Behandlung von vulvovaginalen Infektionen erhoben wurden. Bei dieser Studie wurden zwei unterschiedliche Therapieformen zum Einsatz gebracht, sowohl eine rein schulmedizinische Behandlung als auch die alternative Behandlungsmethode Homöopathie.
Dieser Umstand machte eine weitere Überprüfung des HLQ möglich, da er vor allem deshalb entwickelt worden war um mit ihm ein sensibleres Meßinstrument für Veränderungen der Lebensqualität durch alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung zu haben.

Der Vergleich dieser beiden Fragebögen zeigt eine deutliche qualitative Überlegenheit des SF-36 gegenüber dem HLQ.
Die Kategorien/Dimensionen/Faktoren des SF-36 sind trotz des sehr spezifischen Themas der Studie und der dadurch sehr eingegrenzen Probandengruppe relativ deutlich voneinander abgegrenzt.
Beim HLQ läßt sich keine aussagekräftige Abgrenzung seiner Kategorien/ Dimensionen/Faktoren feststellen.

Die Auswertung der Tendenzanalyse, welche die Veränderungen der Befindlichkeiten über die Dauer der Behandlung erfaßt zeigt bei beiden Therapiemethoden einen ähnlichen Verlauf.
Einige Fragen des HLQ konnten allerdings in der Tendenzanalyse zeigen, daß durch den SF-36 bestimmte Bereiche der Lebensqualität nicht abgefragt werden, die offensichtlich nur durch alternative Behandlungsmethoden verändert werden und durch herkömmliche schulmedizinische Therapiemethoden scheinbar unberührt bleiben.

Aufgrund dieser Erkenntnis wäre eine völlige Neuüberarbeitung des HLQ unter Einbeziehung einer Expertengruppe, bestehend aus alternativ-medizinisch arbeitenden Ärzten und Therapeuten, wünschenswert.
Des weiteren ist es notwendig einen neuen, qualitativ hochwertigen Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität nicht nur an einer großen Anzahl an Probanden und Patienten zu überprüfen, sondern auch durch den Einsatz in Längsschnittstudien zu verifizieren.



Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum:	17. Jänner 1975
Familienstand:	verheiratet, drei Kinder
Geburtsort:	Wien
Staatsangehörigkeit:	Österreich

Schulbildung

1981 - 1985	VS Czerninplatz, 1020 Wien
1985 - 1993	BRG Vereinsgasse, 1020 Wien
1993	Reifeprüfung
ab WS 2004	IDS Soziologie/Pflegewissenschaft, Uni Wien
2010	Diplomprüfung

Beruflicher Werdegang

1993 – 1994	Fa. Mittnik – Ziviltechniker
1997 – 2004	Kindercompany – Privatkindergarten
2008 – 2009	Medianet - Callcenter
Seit Sept. 2009	VCC (Callcenter) für Fonds Soziales Wien