

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

#### Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung .....	1
2.	Hintergrund.....	2
3.	Ziele und Fragestellungen des Projekt.....	3
4.	Methodik.....	4
5.	Stichprobe .....	6
6.	Ergebnisse.....	9
7.	Diskussion.....	11
8.	Fazit und Empfehlungen.....	12
9.	Literaturverzeichnis .....	13
10.	Kontakt .....	15

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Soziale Unterstützung gilt als wichtige gesundheitliche Ressource. Menschen mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen scheinen körperlich und psychisch gesünder zu sein und sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Im Kontext chronischer Erkrankungen schwächt soziale Unterstützung offenbar körperliche und psychische Belastungen ab. Bisher ist jedoch wenig bekannt über die Relevanz von sozialer Unterstützung während eines Akutkrankenhausaufenthalts und in der anschließenden Phase der Genesung. Das F&E-Projekt SUG-KH beschäftigt sich daher mit der Frage, inwieweit sich die Gesundheit von Krankenhauspatient/inn/en mit hoher sozialer Unterstützung von der gesundheitlichen Verfassung der Personen mit niedrigerer sozialer Unterstützung in der Akutphase ihrer Erkrankung und in der anschließenden Rekonvaleszenz unterscheidet.

**Methoden:** Die Untersuchung basiert auf Daten einer längsschnittlichen schriftlichen Befragung von Patient/inn/en zweier saarländischer Akutkrankenhäuser. Die Baseline (T0, N=479) fand während des stationären Aufenthalts statt, eine erste Nacherhebung erfolgte nach vier Wochen (T1, N=379), die zweite 12 Wochen nach der Erstbefragung (T2, N=353). Mit Hilfe reliabler und valider Messinstrumente wurde überprüft, inwieweit sich die wahrgenommene soziale Unterstützung auf Merkmale der physischen und psychischen Gesundheit wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, krankheitsbedingte Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und Teilhabe sowie psychische Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit auswirkt. Als Teil des Gesundheitsverhaltens wurde zudem die Adherence in der Medikamenteneinnahme erfasst. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen Patient/inn/en mit hoher Unterstützung und denjenigen mit niedrigerer sozialer Unterstützung erfolgte über zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung. Unter den zu T0 einbezogenen Befragten (N=479) waren 47,8% Frauen (N=229), das Durchschnittsalter lag bei 57,7 Jahren (SD=14,7 Jahre). 68,5% gaben an, dass sie sich von ihrem sozialen Umfeld in hohem bzw. sehr hohem Maße unterstützt fühlten.

**Ergebnisse:** Im Vergleich zu Patient/inn/en mit geringerer sozialer Unterstützung wiesen Befragte, die sich sehr gut und gut unterstützt fühlten, trotz vergleichbarer Krankheitsschwere eine höhere subjektive Lebensqualität auf, litten in geringerem Ausmaß an psychischen Belastungen durch Depressivität und Ängstlichkeit und fühlten sich durch ihre Krankheit in der Alltagsbewältigung und sozialen Teilhabe weniger eingeschränkt. Die Adherence in der Medikamenteneinnahme unterschied sich nicht voneinan-

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

der. Über den Nacherhebungszeitraum von drei Monaten verbesserte sich die subjektive Lebensqualität in beiden Gruppen deutlich, die wahrgenommenen Einschränkungen reduzierten sich. Dahingegen stieg die Belastung durch Depressivität unter den geringer Unterstützten an. Ein tendenzieller Effekt, der auf eine schnellere Genesung von Personen mit höherer sozialer Unterstützung hindeutet, zeigte sich für die körperliche Lebensqualität. In den weiteren geprüften Merkmalen verlief die Entwicklung des Gesundheitszustands in den beiden Gruppen parallel zueinander.

**Schlussfolgerungen:** Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der subjektiven Gesundheit während und nach einem Krankenhausaufenthalt. Innerhalb der ersten drei Monate nach der Entlassung konnte eine allgemein bessere Genesung in den untersuchten Merkmalen in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung nicht sicher nachgewiesen werden. Die allgemeinen Unterschiede und die Tendenzen dahingehend, dass Patient/inn/en mit höherer sozialer Unterstützung sich am Ende des Befragungszeitraum physisch gesünder fühlen und weniger körperliche und psychische Einschränkungen wahrnahmen, verweisen jedoch auf das Potenzial sozialer Unterstützung in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Die soziale Unterstützung von Patient/inn/en sollte im Gesundheitsversorgungsprozess stärker berücksichtigt und gefördert werden, zugleich sollten durch gezielte Maßnahmen Bestrebungen unternommen werden, soziale Isolation zu reduzieren, um auf diese Weise Gesundheit zu fördern.

## 2. Hintergrund

Bereits seit den Anfängen gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist bekannt: Je höher die gesellschaftliche Einbindung, desto besser die mentale und körperliche Gesundheit (Melchior et al., 2003). Eine besondere Rolle spielt hierbei die aus dem sozialen Umfeld hervorgehende Unterstützung (Holt-Lunstad et al., 2010). Eine Reihe empirischer Studien verweist auf die gesundheitsförderlichen Effekte praktischer Unterstützung, z. B. in Form von Pflege oder finanzieller Hilfe, Unterstützung in der Bewertung von problembelasteten Lebensphasen sowie emotionaler sozialer Unterstützung (Diewald & Sattler, 2010). Effekte zeigen sich einerseits im Hinblick auf medizinische Parameter. Ein gutes soziales Netzwerk trägt offenbar zur Blutdrucksenkung und Minderung des Arterioskleroserisikos bei und fördert die Bildung körpereigener Hormone und entzündungshemmender Stoffe (Uchino, 2006; Hughes et al., 2014). Auch die allgemeine Lebensweise wird beeinflusst. Menschen mit tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehungen rauchen beispielsweise seltener, ernähren sich gesünder und sind körperlich aktiver als sozial Isolierte (Diewald & Sattler, 2010; Weyers et al., 2010).

Neben dem Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Aspekten der physischen Gesundheit bestehen ebenfalls Assoziationen zur psychischen Gesundheit. Menschen, die sich nur gering unterstützt fühlen, leiden scheinbar häufiger unter psychischen Belastungen wie z. B. Depressionen (Olstad et al., 2001; Zietemann et al., 2007).

Im Kontext chronischer Erkrankungen wird vielfach von einem „Puffereffekt“ sozialer Unterstützung gesprochen: Dieser bezieht sich auf den Umgang mit stressbelasteten Situationen, wie Erkrankungen oder körperlichen Einschränkungen, und deren Bewältigung (Cohen & McKay, 1984). Bierman und Statland (2010) konstatieren, dass ein hohes Maß an sozialer Unterstützung dazu beiträgt, die mit altersbedingten funktionalen Einschränkungen verbundene Stressbelastung signifikant abzuschwächen. In weiteren Studien wiesen chronisch Erkrankte mit hoher sozialer Unterstützung im Vergleich zu gering unterstützten Erkrankten einen besseren Umgang mit ihrer Gesundheit, etwa in Form einer höheren

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

Adherence, auf (Eller et al., 2008; Gallant, 2003; Leifheit-Limson et al., 2012). Hieraus bietet sich zugleich eine Erklärung dafür, dass chronisch kranke Menschen, die in einer festen Partnerschaft leben und ihre soziale Unterstützung als angemessen bewerten, offenbar seltener Ärzte aufsuchen müssen, als Erkrankte, die ihre soziale Unterstützung als unzureichend wahrnehmen (Baumeister et al., 2004).

Wesentlichen Einfluss auf die dargestellten körperlichen und psychischen gesundheitsbezogenen Merkmale könnte der in Verbindung mit sozialer Unterstützung stehende höhere subjektive Gesundheitszustand haben (z. B. White et al., 2005). Dieser gilt inzwischen unabhängig von medizinischen Diagnosestellungen als relevanter Prädiktor auf bedeutsame gesundheitliche Outcomes wie Mortalität (Bopp et al., 2012; Giltay et al., 2012) und wird im Hinblick auf den steigenden Anteil an Menschen, die unter nicht kurativ therapierbaren chronischen Erkrankungen oder altersbedingten Krankheiten und Einschränkungen leiden, immer wichtiger.

Während ein allgemeiner Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit inzwischen als unumstritten gilt, kann keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die Hilfe und der Beistand aus dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld auch zur schnelleren Genesung von Erkrankten bzw. der Wiederherstellung von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe nach Krankheit beiträgt. Hierin besteht jedoch sowohl aus individueller als auch – vor dem Hintergrund des finanziellen Drucks im Gesundheitswesen – aus gesellschaftlicher Perspektive eine der aktuellen Grundfragen gesundheitlicher Versorgung. Existierende Studien zeigen ambivalente Ergebnisse. Barry und Kollegen (2006) berichten beispielsweise von positiven Effekten, insbesondere praktischer Unterstützung, auf die subjektive Lebensqualität von Patientinnen und Patienten nach einem koronaren Bypass. Demgegenüber stellte sich in einer anderen Studie nur ein sehr begrenzter Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Krankheitsgenesung bei koronaren Herzerkrankungen heraus (Hämäläinen et al., 2000).

### 3. Ziele und Fragestellungen des Projektes

Die dargestellten Befunde verdeutlichen den allgemeinen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit. Eher wenig ist darüber bekannt, inwieweit sich soziale Unterstützung positiv auf die Genesung von einer Erkrankung auswirkt. Hier bestünde das Potenzial, durch gezielte Maßnahmen zur sozialen Unterstützung von erkrankten Personen, den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität nach einer Erkrankung positiv zu beeinflussen (vgl. Hughes et al., 2014; Siegrist et al., 2009). Von sozialer Unterstützung könnten vermutlich in besonderem Maß ältere Menschen profitieren: Auf der einen Seite nimmt die zur Verfügung stehende Unterstützung mit dem Alter ab (Robert Koch-Institut, 2012), gleichzeitig erhöht sich aber der Unterstützungsbedarf – u. a. aufgrund höheren gesundheitlichen Einschränkungen. Neben der allgemeinen Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit könnte die stärkere Berücksichtigung von sozialer Unterstützung im Krankheitsverlauf durch eine angemessenere Nutzung des Versorgungssystems ebenso zur Reduktion von Kosten im Gesundheitswesen beitragen (Baumeister et al., 2004). Um nähere Erkenntnisse darüber zu erlangen, inwieweit sich soziale Unterstützung auf die Genesung von Patienten nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus auswirkt, beschäftigte sich das Projekt „Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt (SUG\_KH)“ mit folgender Hauptfragestellung:



## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

schreiben auf die Rücksendung aufmerksam gemacht. Die Daten wurden im Zeitraum von August 2012 bis Mai 2013 erhoben.

Die Rekrutierung erfolgte in den beiden kooperierenden Häusern der Knappschaftsklinikum Saar GmbH dem Krankenhaus Püttlingen und dem Krankenhaus Sulzbach. In die Studie einbezogen wurden Patienten, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Mindestliegedauer 1 Tag
- Mitglied der Krankenkasse Knappschaft-Bahn See, Regionaldirektion Saarbrücken
- Alter zwischen 18-80 Jahren

Als Ausschlusskriterien galten folgende Merkmale:

- Verlegung in eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Rehabilitation
- Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung
- Manifeste psychiatrische Diagnose (z. B. Demenz oder Depression)
- Mangelnde Deutschkenntnisse

#### *Messinstrumente*

Für die standardisierten Erhebungen wurde überwiegend auf vorhandene und validierte Messinstrumente zurückgegriffen. Als soziodemografische Merkmale wurden das Geschlecht, das Alter, der Familienstand sowie die Staatsangehörigkeit erfasst. Darüber hinaus machten die Studienteilnehmer/innen Angaben zur schulischen bzw. beruflichen Bildung, zum Einkommen und zum beruflichen Status. Die Erhebung der soziodemografischen Merkmale orientierte sich an den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE) (Ahrens, Bellach & Jöckel, 1998) bzw. des Robert Koch-Instituts (2009). Mit Hilfe der Merkmale Bildung, Einkommen und Berufsstatus wurde ein dreistufiger Schichtindex in Anlehnung an Winkler und Stolzenberg (2009) gebildet.

Zur Erhebung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung als zentraler Prädiktor wurde der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU; Kurzform K-14) (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) eingesetzt. Die Studienteilnehmer bewerteten in 14 Aussagen ihr Erleben der Beziehungen zu wichtigen Menschen (z. B. Freunde, Angehörige) auf einem jeweils fünfstufigen Antwortformat.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. der subjektive Gesundheitszustand wurde mit der Short Form-8 Health Survey (SF-8) (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005) erfasst. Der SF-8 misst die Skalen physische und psychische Lebensqualität über jeweils vier Fragen mit fünf- bis sechsstufigen Antwort-Items. Die aktuelle psychische Belastung wurde mit der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Herrmann, Buss & Snaith, 1995) erhoben. Die Skalen Depressivität und Ängstlichkeit erfassen die Belastung mit jeweils 7 vierstufigen Items.

Krankheitsbezogen wurde die Schwere der Erkrankung, die zur stationären Aufnahme führte, erhoben und inwieweit diese Krankheit akut oder chronisch war (vgl. Pfaff, Steffen, Brinkmann, Lütticke & Nitzsche, 2004). Zudem wurde nach Begleiterkrankungen gefragt. Die Teilnehmer/innen konnten zu den verschiedenen Komorbiditäten angeben, wie stark die damit in Verbindung stehenden Beschwerden waren (adaptiert nach Motel-Klingebiel, Wurm, Engstler et al., 2009). Daneben machten die Patient/innen Angaben zu einer möglichen Behinderung. Die wahrgenommenen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und der sozialen Teilhabe wurden mit Hilfe des Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) (Deck, Mittag, Hüppe et al., 2007) erfragt. In 8 zehnstufigen

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

Items machten die Studienteilnehmer Angaben zum Ausmaß der Beeinträchtigungen in verschiedenen Teilhabebereichen, z. B. Erholung und Freizeit.

Als ein Merkmal des Gesundheitsverhaltens wurde die Adherence bei der Medikamenteneinnahme mit Hilfe einer deutschen Übersetzung der 4-Item Self-Report Measure of Medication-taking Behavior Scale (MMAS-4) (Morisky et al. 2008) erfasst. Abweichend vom Originalantwortschema konnten die Patienten die Aussagen zur Adherence (z. B. die Nichteinnahme oder in veränderter Dosis eingenommenen ärztlich verordneten Medikamenten) siebenstufig von „nie“ bis „sehr oft“ beantworten.

Tabelle 1: Interne Konsistenz der herangezogenen Skalen

Skala	Anzahl Items	Cronbach's $\alpha$ (T0)	Cronbach's $\alpha$ (T1)	Cronbach's $\alpha$ (T2)
Soziale Unterstützung (F-SozU; Kurzform K-14)	14	.95	.95	.96
Adherence - Medikamenteneinnahme (MMAS-4)	4	.73	.76	.75
Einschränkungen in der Teilhabe (IMET)	8	.95	.95	.96
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)				
Depressivität	7	.81	.84	.88
Ängstlichkeit	7	.78	.84	.85
Lebensqualität (SF-8)				
körperlich	4	.81	.83	.88
psychisch	4	.83	.86	.89

Tabelle 1 weist die Kennwerte für die Reliabilität der genutzten Skalen aus. Alle Cronbach's  $\alpha$ -Werte liegen mit Werten zwischen .74 und .96 im akzeptablen bis hohen Bereich, sodass für die Instrumente ausreichend hohe interne Konsistenzen angenommen werden können.

#### Datenanalysen

Die Datenanalysen wurden mit SPSS Version 22 durchgeführt. In der Stichprobenbeschreibung wurden geschlechterspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Skalenniveaus eines Merkmals entweder mit Hilfe von T-Tests oder  $\chi^2$ -Tests bivariat berechnet. Zur Beantwortung der Projektfragestellungen und um zeitliche Effekte und den Einfluss sozialer Unterstützung sowie deren Wechselwirkung auf verschiedene gesundheitliche und psychosoziale Outcomes zu überprüfen, erfolgten zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung.

#### Berücksichtigung ethischer Aspekte

Für das Projekt liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes vor (Kennnummer: 128/12). Die Befragten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur freiwilligen Teilnahme an der Studie.

## 5. Stichprobe

Zum Messzeitpunkt T0 wurden 758 Patienten um ihre Teilnahme gebeten. 47 Befragte wurden wegen nicht erfüllter Einschlusskriterien, fehlender Adressangaben oder nicht ausreichend ausgefüllter Fragebögen ausgeschlossen. 232 Personen waren nicht bereit, an der Studie teilzunehmen, sodass die Verweigererquote bei insgesamt 32,6% lag (232 von 711). Die Nettostichprobe zu T0 betrug damit 479

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

Patientinnen und Patienten. Ein Vergleich zwischen Studienteilnehmer/innen und -verweigerern in Bezug auf das Alter und das Geschlecht zeigte keine Differenzen in der Geschlechterverteilung (Frauenanteil: 47,8%<sub>Teilnehmer/innen</sub> vs. 51,3%<sub>Nichtteilnehmer/innen</sub>;  $\chi^2=0,383$ ;  $p=.422$ ) aber signifikante Alterseffekte. Die Studienteilnehmer/innen waren mit einem Durchschnittsalter von 57,7 Jahren (SD=14,7 Jahre) jünger als die Studienverweigerer (M=63,6 Jahre; SD=13,3; T=5,2;  $p<.001$ ).

Zum Zeitpunkt der ersten Nacherhebung (T1) antworteten annähernd 80% der Studienteilnehmer/innen (N=379). Den letzten Fragebogen 12 Wochen nach dem Krankenhaus füllten fast  $\frac{3}{4}$  der Teilnehmer/innen aus. Berücksichtigt man den Anteil Verstorbener (4,6%; N=22) ergibt sich eine Drop-Out Rate von 21,7% (vgl. Abbildung 2). Ein Vergleich der Alters- und Geschlechterverteilung zeigte, dass die Patient/inn/en, die zum letzten Befragungszeitpunkt nicht mehr geantwortet hatten, im Mittel jünger waren (M=52,7 Jahre; SD=18,3 Jahre) als diejenigen, für die ein T2-Fragebogen vorlag (M=59,5 Jahre; SD=12,7 Jahre; T=3,8;  $p<.001$ ). Hinsichtlich des Geschlechts waren keine signifikanten Selektionseffekte festzustellen, wenngleich der Frauenanteil in der Gruppe der Abbrecher/innen (54,0%) höher war als bei denjenigen, die zu T2 den Fragebogen ausgefüllt hatten (45,6%;  $\chi^2=2,6$ ;  $p=.107$ ).

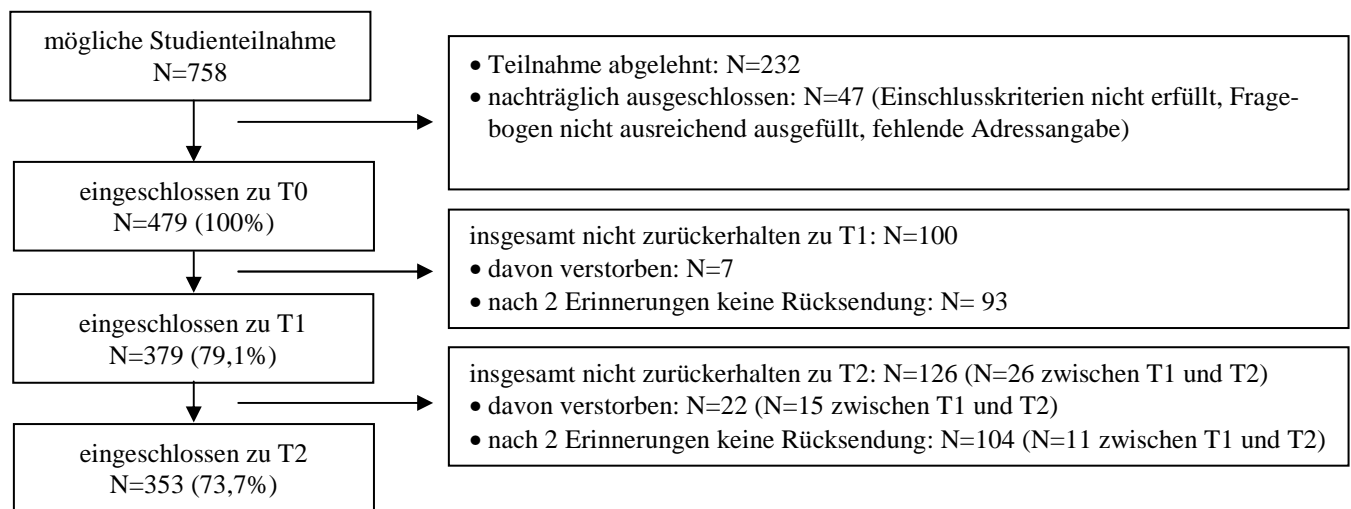


Abbildung 2: Stichprobengewinnung

Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten der Stichprobe lag bei annähernd 58 Jahren. Knapp die Hälfte von ihnen war weiblich (48%). Der überwiegende Teil der Teilnehmer/innen (69%) war verheiratet. Frauen waren mit 21% häufiger verwitwet als Männer (6%). Etwa jede/r 10. Patient/in war ledig oder geschieden/getrennt lebend.  $\frac{3}{4}$  der Betroffenen hatten die schulische Bildung maximal mit einem Hauptschulabschluss beendet. 15% gaben als höchsten Abschluss die Mittlere Reife und 10% das Abitur bzw. Fachabitur an. Männer hatten etwas häufiger das Abitur/Fachabitur erreicht, während Frauen öfter über die Mittlere Reife verfügten. Annähernd  $\frac{2}{3}$  der Teilnehmer/innen wurden der unteren Schicht zugeordnet, etwas mehr als  $\frac{1}{4}$  von ihnen in die mittlere Schicht. In die oberste Statusgruppe wurden knapp 7% eingestuft. Männer befanden sich häufiger (10%) in dieser Gruppe als Frauen (4%). Im Vergleich zur Bevölkerung von Deutschland bzw. dem Saarland (Statistisches Bundesamt 2013, S. 31) befinden sich in der Stichprobe überproportional viele Personen mit geringerer Bildung oder niedrigerem Status. Diese Selektion erklärt sich daraus, dass in die Studie lediglich in der Krankenkasse der Knappschaft Bahn-See versicherte Personen einbezogen wurden. Die Knappschaft war ursprünglich eine

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

Krankenkasse des Bergbaus (Knappschaft Bahn-See 2014), sodass es sich bei den Versicherten traditionell eher um Arbeiterinnen und Arbeiter handelt.

Tabelle 2: Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale

Merkmals	Gesamt	männlich	weiblich	Prüfwert	Signifi- kantz
Stichprobe % (N)	100 (479)	52,2 (250)	47,8 (229)	/	/
Alter zu T0 (M/SD)	57,7 (14,7)	57,5 (13,5)	58,0 (16,4)	T=0,4	p=.710
Familienstand % (N)				$\chi^2=24,8$	p<.001
ledig/alleinstehend	9,0 (43)	10,1 (25)	7,9 (18)		
verheiratet/mit Partner	68,7 (327)	73,7 (182)	63,3 (145)		
geschieden/getrennt lebend	9,2 (44)	10,5 (26)	7,9 (18)		
verwitwet	13,0 (62)	5,7 (14)	21,0 (48)		
Schulbildung % (N)				$\chi^2=5,6$	p=.062
maximal Hauptschulabschluss	74,4 (338)	74,4 (174)	74,5 (164)		
mittlere Reife	15,4 (70)	12,8 (30)	18,2 (40)		
(Fach-)abitur	10,1 (46)	12,8 (30)	7,3 (16)		
Sozialer Status % (N)				$\chi^2=6,2$	p=.045
untere Schicht	65,1 (278)	63,9 (147)	66,5 (131)		
mittlere Schicht	28,1 (120)	26,5 (61)	29,9 (59)		
obere Schicht	6,8 (29)	9,6 (22)	3,6 (7)		

Tabelle 3: Stichprobenverteilung in gesundheitsbezogenen Merkmalen und sozialer Unterstützung

Merkmals	Gesamt	männlich	weiblich	Prüfwert	Signifikanz
Art der Erkrankung % (N)				$\chi^2 = 3,3$	p=.190
akut	59,5 (253)	58,8 (130)	60,3 (123)		
chronisch	14,8 (63)	17,6 (39)	11,8 (24)		
beides	25,6 (109)	23,5 (52)	27,9 (57)		
Krankheitsschwere M (SD) (1=leicht; 4=schwer)	2,4 (0,8)	2,5 (0,8)	2,4 (0,8)	T = 0,9	p=.375
Anzahl der Erkrankungen	1,9 (1,2)	1,9 (1,2)	1,9 (1,3)	T = 0,1	p=.925
SF 8 Lebensqualität M (SD)					
körperlich	43,0 (22,5)	43,6 (21,9)	42,3 (23,1)	T = 0,7	p=.516
psychisch	54,7 (24,6)	57,1 (23,6)	52,1 (25,3)	T = 2,2	p=.025
(0=schlechteste; 100=beste LQ)					
Psych. Belastung (HADS) % (N)					
Depressivität	11,5 (55)	10,9 (27)	12,2 (28)	$\chi^2=0,2$	p=.647
Ängstlichkeit	21,1 (101)	16,5 (41)	26,2 (60)	$\chi^2=6,8$	p=.009
Teilhabe (IMET) M (SD) (0=keine Beeinträchtigung; 100=keine Aktivi- tät möglich)	33,7 (29,8)	33,1 (28,0)	34,4 (31,8)	T = -0,5	p=.635
F-SOZU % (N)				$\chi^2=0,0$	p=.922
Unterstützung hoch	68,5 (324)	68,7 (169)	68,3 (155)		
Unterstützung mittel bis gering	31,5 (149)	31,3 (77)	31,7 (72)		



## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

60% der Teilnehmer/innen hatten angegeben, allein wegen einer akuten Erkrankung im Krankenhaus gewesen zu sein. Etwa 15% wurden wegen einer chronischen Krankheit behandelt, 26% der Befragten waren zum Zeitpunkt ihrer Krankenhausaufnahme sowohl akut als auch chronisch erkrankt. Die Krankheitsschwere lag mit  $M=2,4$  im mittleren Bereich. Die Patient/innen hatten im Schnitt zwei Erkrankungen ( $M=1,9$ ;  $SD=1,2$ ). In Bezug auf die Lebensqualität zeigten sich mit einem Wert von 43 auf einer Skala bis 100 (beste Lebensqualität) Einschränkungen v. a. im körperlichen Bereich. Die psychische Lebensqualität wurde mit 55/100 deutlich besser bewertet. Patientinnen verfügen dabei über eine etwas schlechtere psychische Befindlichkeit (52/100) als Patienten (57/100).

Ähnliche Befunde ergaben sich für die Belastung durch Ängstlichkeit. Während mehr als jede 4. Patientin eine auffällige psychische Ängstlichkeitsbelastung aufwies, waren es bei den männlichen Patienten lediglich 17%. Eine auffällige Belastung durch depressive Symptomatik zeigte sich bei etwa 12% der befragten Krankenhauspatient/innen.

Die Angaben zu Einschränkungen im Alltag und der sozialen Teilhabe lagen mit 34/100 im unteren Bereich, d. h. die Patient/innen fühlten sich dahingehend im Durchschnitt eher weniger beeinträchtigt. Die meisten Patientinnen und Patienten (69%) nahmen einen hohen Rückhalt aus ihrem Umfeld wahr, etwa ein Drittel (32%) fühlte sich mittelmäßig oder weniger gut sozial unterstützt.

## 6. Ergebnisse

Während sowohl die Patient/inn/en mit hoher sozialer Unterstützung als auch diejenigen mit geringerer zwischenmenschlicher Unterstützung ihre Erkrankung als mittelschwer bis schwer einstufen ( $M_{\text{hohe SozU}}=2,45$  ( $SD=0,80$ ),  $M_{\text{geringe/mittlere SozU}}=2,41$  ( $SD=0,73$ );  $T=0,5$ ;  $p=.643$ ) (nicht dargestellt) zeigten sich hochsignifikante Differenzen und Veränderungen in beiden Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die physische und psychische Lebensqualität stieg unabhängig von der sozialen Unterstützung vom ersten bis zum dritten Befragungszeitpunkt hin stetig an. Ebenso ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Prädiktors „Soziale Unterstützung“: Patient/inn/en, die zum ersten Zeitpunkt eine hohe soziale Unterstützung wahrgenommen hatten, stuften ihre Lebensqualität auch zu den weiteren Zeitpunkten signifikant höher ein als diejenigen, die ihre Unterstützung als mittelmäßig oder gering einschätzten. In Bezug auf die körperliche Lebensqualität unterschieden sich die beiden Gruppen unter Berücksichtigung des zeitlichen Einflusses tendenziell voneinander: bei Patient/inn/en mit hoher sozialer Unterstützung veränderte sich die Lebensqualität insgesamt etwas stärker zum Positiven. Dagegen zeigten sich hinsichtlich der psychischen Lebensqualität keine Effekte für die Wechselwirkung zwischen zeitlichem Faktor und sozialer Unterstützung (vgl. Tabelle 4).

Ein ähnliches Bild ergab sich für das Vorliegen und den Verlauf einer depressiven Symptomatik (vgl. Tabelle 4). Befragte Patient/inn/en mit geringerer sozialer Unterstützung gaben über den gesamten Befragungszeitraum im Mittel höhere Werte auf der Depressivitätsskala an. Zugleich zeigten sich signifikante Effekte für den Zeitfaktor: Insgesamt ergab sich nach dem Krankenhausaufenthalt ein leichter Anstieg in der depressiven Symptomatik. Der Interaktionseffekt der beiden Prädiktoren (Soziale Unterstützung und Zeit) hatte wiederum keinen Einfluss auf die Depressivität.

Die Gruppe der Personen, die eine geringere Unterstützung wahrnahmen, war ängstlicher als Befragte mit hoher zwischenmenschlicher Unterstützung. Während in der Gesamtstichprobe die Ängstlichkeit

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

über die Zeit tendenziell abnahm, zeigten sich zwischen den Gruppen keine Differenzen in der Entwicklung der Ängstlichkeit über den Zeitraum der drei Monate bis zur Nachbefragung T2 (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung

Merkmal (M/SD)	T0 <sup>a</sup>	T1 <sup>b</sup>	T2 <sup>c</sup>	Prüfwert & Signifikanz
<b>Körperliche Lebensqualität</b> (0=schlechteste; 100=beste LQ)				Zeit: $F=21,2$ ; $p<.001^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=2,6$ ; $p=.081^d$ SU: $F=6,5$ ; $p=.012$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	41,6 (20,7)	44,1 (19,0)	46,8 (21,5)	n = 318
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	44,5 (23,0)	49,4 (20,9)	55,4 (23,8)	
<b>Psychische Lebensqualität</b> (0=schlechteste; 100=beste LQ)				Zeit: $F=7,8$ ; $p=.001^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=0,91$ ; $p=.396^d$ SU: $F=15,9$ ; $p<.001$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	51,0 (24,5)	51,8 (22,1)	54,2 (23,1)	n = 317
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	58,8 (23,2)	62,1 (22,3)	65,1 (24,2)	
<b>Depressivität</b> (0=keine; 21=schwerste Symptomatik)				Zeit: $F=9,6$ ; $p<.001^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=2,1$ ; $p=.127^d$ SU: $F=57,3$ ; $p<.001$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	7,0 (4,1)	7,8 (4,2)	8,0 (4,7)	n = 313
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	4,3 (3,1)	4,7 (3,3)	4,6 (3,8)	
<b>Ängstlichkeit</b> (0=keine; 21=schwerste Symptomatik)				Zeit: $F=2,3$ ; $p=.099^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=0,8$ ; $p=.451^d$ SU: $F=25,6$ ; $p<.001$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	8,5 (3,5)	8,3 (4,0)	8,3 (4,2)	n = 313
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	6,6 (3,5)	6,3 (3,9)	6,0 (4,1)	
<b>Einschränkungen im Alltag und sozialer Teilhabe (IMET)</b> (0=keine Einschränkung; 100=stärkste Einschränkung)				Zeit: $F=4,9$ ; $p=.010^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=0,7$ ; $p=.495^d$ SU: $F=12,5$ ; $p<.001$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	38,1 (28,0)	36,7 (26,7)	35,1 (28,6)	n = 279
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	29,3 (28,1)	25,4 (26,3)	22,8 (25,8)	
<b>Adherence Medikamenteneinnahme</b> (1=hoch; 7=niedrig)				Zeit: $F=1,6$ ; $p=.197^d$ Zeit*SU <sup>e</sup> : $F=1,2$ ; $p=.314^d$ SU: $F=2,8$ ; $p=.098$
<i>niedrige bis mittlere soziale Unterstützung</i>	1,9 (1,0)	1,7 (0,8)	1,8 (0,9)	n = 301
<i>hohe soziale Unterstützung</i>	1,7 (0,9)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	

<sup>a</sup>während des Krankenhausaufenthaltes; <sup>b</sup>4 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt; <sup>c</sup>3 Monate nach dem Krankenhausaufenthalt; <sup>d</sup>Korrektur nach Greenhouse-Geisser; <sup>e</sup>Soziale Unterstützung

Bereits zur Erstbefragung im Krankenhaus stuften Patient/inn/en mit geringerer sozialer Unterstützung ihre Einschränkungen im Alltag und der sozialen Teilhabe durch ihre Erkrankung signifikant höher ein als die Befragten, die eine gute Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld wahrnahmen. In der Zeit nach

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

dem Krankenhausaufenthalt nahmen die Einschränkungen etwas ab. Dabei reduzierte sich das Ausmaß der Einschränkungen in beiden Gruppen in vergleichbarem Umfang.

Beide Patientengruppen hielten sich im Wesentlichen an den ärztlich verordneten Plan der Medikamenteneinnahme – die Patientengruppe mit hoher sozialer Unterstützung gab insgesamt eine etwas höhere Adherence ( $p < .10$ ) an. Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten wurden nicht festgestellt (vgl. Tabelle 4).

## 7. Diskussion

Anhand der vorliegenden Befunde hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten mit höherer sozialer Unterstützung während eines stationären Krankenhausaufenthalts sowie vier Wochen bzw. 12 Wochen später ihre physische und psychische Gesundheit besser einstufen als Patient/inn/en mit mittlerer oder geringer zwischenmenschlicher Unterstützung. Zugleich bewerteten sozial gut Unterstützte – obwohl sich die eingeschätzte Schwere der Erkrankung nicht unterschied – ihre krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag und der sozialen Teilhabe sowie ihre psychischen Beeinträchtigungen niedriger ein. Im Verlauf der drei Monate verbesserte sich bei allen Personen die subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen verringerten sich. Demgegenüber blieb die psychische Belastung durch Ängstlichkeit konstant, die Belastung durch depressive Symptome stieg, insbesondere unter den Befragten mit geringerer Unterstützung an.

Die dargestellten Ergebnisse wurden bislang nicht bezüglich des Einflusses weiterer, die Gesundheit sowie die soziale Unterstützung beeinflussende Aspekte (z. B. Alter oder sozioökonomische Merkmale) kontrolliert. Es zeigte sich im Studienzugang bereits eine Selektivität hinsichtlich des Alters. Ältere, die im Vergleich zu jüngeren Personen häufiger eher eine geringere soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld wahrnehmen (Robert Koch-Institut, 2011), lehnten die Befragungsteilnahme signifikant häufiger ab. Auch in der Studie zeigten sich solche altersabhängigen Differenzen. Patient/inn/en mit höherer sozialer Unterstützung waren im Mittel jünger als Patient/innen/en mit geringer sozialer Unterstützung (56,4 Jahre ( $SD=15,0$  Jahre) vs. 60,3 Jahre ( $SD=13,7$  Jahre),  $T=2,7$   $p=.008$ ).

Trotz einiger methodischer Einschränkungen bestätigen die Daten existierende Ergebnisse und zeigen, dass auch im Kontext von stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen und der nachfolgenden Genesungszeit ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der subjektiven körperlichen bzw. psychischen Gesundheit besteht (z. B. Holt-Lunstad et al., 2010; White, Philogene & Sinha, 2009). Im Nachbeobachtungszeitraum von drei Monaten deutet sich nicht kongruent, jedoch bezogen auf bestimmte Merkmale ein Einfluss sozialer Unterstützung auf die Genesung an. Damit entsprechen die Befunde nur in Teilen den Ergebnissen von Hämäläinen et al. (2000), die über einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr keinen nennenswerten unmittelbaren Einfluss sozialer Unterstützung auf die körperliche und psychische Genesung nach einem Herzinfarkt oder einer koronaren Bypass-Operation feststellen konnten.

Die Differenzen im selbst eingeschätzten Gesundheitszustand zu allen drei Befragungen in Verbindung mit den Erkenntnissen zur Relevanz der subjektiven Gesundheit (z. B. Bopp et al., 2012; Giltay et al., 2012) geben jedoch Anlass zur Vermutung, dass sich die Gesundheit von besser sozial Unterstützten auf

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

längere Sicht positiver entwickelt als die von Personen, die eine geringere Unterstützung wahrnehmen. Dieser Befund hat besondere Bedeutung für chronisch kranke Menschen, bei denen die subjektive Lebensqualität ein zentraler Faktor darstellt (Hodek, Ruhe & Greiner 2009; Rose 2006).

Die identifizierten Unterschiede in den Einschränkungen im Alltag und der sozialen Teilhabe sowie dem Vorliegen depressiver Gedanken und Angst bei gleich eingeschätzter Erkrankungsschwere weisen auf die Bestätigung der „Pufferhypothese“ (Cohen & McKay, 1984) hin. Nach dieser trägt soziale Unterstützung zur Bewältigung von stressbelasteten Situationen, wie einem stationärer Krankenhausaufenthalt und der anschließenden Rekonvaleszenz bei. Damit einhergehende Folgen, wie Depressionen und wahrgenommene Krankheitseinschränkungen werden so abgeschwächt.

Die Studie ergänzt die Aussagen bislang durchgeführter Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und krankheitsbedingten körperlichen, mentalen und sozialen Einschränkungen, wie sie vorwiegend für ältere Menschen vorliegen (z. B. Bierman & Statland, 2010; Perissinotto et al., 2012, Sherman, 2003) um Patient/inn/en aller Altersgruppen während und nach einer Krankenhausbehandlung.

Demgegenüber konnten Studienergebnisse, die von einer verbesserten Adherence von Patient/inn/en mit hoher sozialer Unterstützung ausgehen (Gallant, 2003; Leifheit-Limson et al., 2012), in Bezug auf die Adherence bei der Medikamenteneinnahme nicht bestätigt werden: Insgesamt gaben nahezu alle in dieser Studie Befragten – unabhängig von ihrer sozialen Unterstützung – an, ihren ärztlich verordneten Medikamentenplan nur sehr selten oder nie eigenmächtig zu verändern.

## 8. Fazit und Empfehlungen

Sozialer Unterstützung kommt im Kontext von Krankenhausbehandlung und in der Phase nach der Entlassung eine bedeutsame Rolle zu. Ein gutes soziales Netzwerk und der daraus hervorgehende Beistand scheint die Belastungen der Erkrankung auf Lebensqualität, Psyche und soziale Teilhabe zu reduzieren. Die Studienergebnisse unterstreichen unter Public-Health Gesichtspunkten auf der kleinräumigen Ebene saarländischer Versicherter der Knappschaftskrankenkasse Bahn-See die internationalen Forderungen nach verstärkter Berücksichtigung und Förderung der praktischen und emotionalen Unterstützung aus dem familiären, nachbarschaftlichen und gesellschaftlichem Umfeld (z. B. Holt-Lunstad, 2010). Wenngleich die Studienergebnisse lediglich auf Tendenzen einer positiveren Entwicklung hinsichtlich der psychischen Belastung durch Depressivität und der physischen Lebensqualität für gut Unterstützte hindeuten und sich in den anderen Bereichen keine klaren Hinweise einer schnelleren Krankheitsgenesung ergaben, zeigt sich dennoch, dass die in der Gesundheitsversorgung bislang wenig berücksichtigte soziale Unterstützung zu einer höheren Gesundheit im allgemeinen und im speziellen auch unter Krankenhauspatient/inn/en beitragen kann. Soziale Unterstützung sollte daher noch intensiver im Rahmen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen fokussiert werden. Ansätze hierfür wären:

1. Die gesundheitliche Relevanz eines intakten Umfelds, aus dem soziale Unterstützung generiert werden kann, in der Gesundheitsversorgung stärker berücksichtigen.
2. Zur Entwicklung gezielter Interventionen zur Förderung sozialer Unterstützung unter sozial isolierten Personen beitragen.

Aus Maßnahmen zur Förderung sozialer Unterstützung könnten sich vor dem Hintergrund des Einflusses der sozialen Unterstützung auf die wahrgenommenen Einschränkungen in Alltag und Teilhabe, vor

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

allein auch für ältere, häufiger gesundheitlich eingeschränkte Menschen eine längere Selbstständigkeit und höhere soziale Teilhabe ergeben. Hieraus entstünde wiederum Potenzial für Einsparungen im Gesundheitssystem.

#### Ausblick

Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse sollen einen ersten Überblick über das Projekt SUG\_KH und die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit von Patient/inn/en während eines Krankenhausaufenthalts und in den ersten drei Monaten nach der Entlassung geben. Mit diesen Analysen sind die Datenauswertungen jedoch noch nicht abgeschlossen. Im nächsten Schritt erfolgen weitere Berechnungen – auch unter Kontrolle möglicher konfundierender Merkmale. Zugleich liegen von den teilnehmenden Patient/inn/en Daten der Knappschafts-Krankenkasse Bahn-See Regionaldirektion Saarbrücken zur Nutzung des Gesundheitssystem (z. B. Arztbesuche/Rehospitalisierungen) vor, die auf Assoziationen mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung hin geprüft werden.

## 9. Literaturverzeichnis

- Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie (RKI Schriften 1/98). München: MMV
- Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V, Krumholz HM (2006): Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychosomatic Research* (60), S. 185-193
- Baumeister SE, Alte D & John U (2004): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung? Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). *Gesundheitswesen* (66), S. 175-179
- Bierman A, Statland D (2010): Timing, Social Support, and the Effects of Physical Limitations on Psychological Distress in Late Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65(5), S. 631–639
- Bopp M, Braun J, Gutzwiller F, Faeh D (2012): Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. *PLoS ONE* (7)2
- Cohen S, Mc Kay G (1984): Social Support, stress and the buffering Hypothesis; A theoretical analysis. In: Baum A, Singer JE, Taylor SE (Hrsg.) *Handbook of psychology and health*. Volume IV., Erlbaum, Hillsdale, NJ, S. 253-267
- Deck R, Mittag O, Hüppe A, Muche-Borowski C & Raspe H (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstrumentes. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 20 (76), S. 113-120
- Diewald M, Sattler S (2010): Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Stegbauer, C., Häußling, R. (Hrsg.): *Handbuch Netzwerkforschung*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 689-699
- Eller M, Holle R, Landgraf R & Mielck A (2008): Social Network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients – results from a longitudinal population-based study. *International Journal of Public Health* (53), S. 689-699
- Ellert U, Lampert T. & Ravens-Sieberer U. (2005): Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 – Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 12 (48), S. 1330-1337
- Fittig E, Schweizer J, Rudolph U (2006): Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen: Zum wechselseitigen Einfluss von Strategien der Krankheitsbewältigung, Depression und sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 15(1), S. 23-31
- Fydrich T, Sommer G & Brähler E (2007): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SoZU). Manual. Göttingen: Hogrefe
- Gallant M (2003): The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

- for Research. *Health Education & Behavior* 30(2), S. 170-195
- Giltay E J, Vollaard A M, Kromhout D (2012): Self-rated health and physician-rated health as independent predictors of mortality in elderly men. *Age and Ageing* (41), S. 165-171
- Hämäläinen H, Smith R, Puukka P, Lind Jouko, Kallio V, Kuttila K, Ronnema T (2000): Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *International Journal of Public Health* (28), S. 62-70
- Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995): Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual. Bern: Hans Huber.
- Hodek JM, Ruhe A & Greiner W (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt* (55), S. 1188-1201
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review. *PLOS Med* 7(7), S. 1-20
- Hughes S, Jaremka L M, Alfano C M, Glaser R, Povoski S P, Lipari A M, Agnese D M, Farrar W B, Yee L D, Carson W E, Malarkey W B, Kiecolt-Glaser J K (2014): Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology* (42), S. 38-44
- Knappschaft-Bahn-See (2014): Geschichte der Knappschaft. Online eingesehen am 29.07.2014 unter: [http://www.kbs.de/DE/00\\_ueber\\_uns/05\\_verbund/geschichte/1\\_knappschaft/InhaltsNav.html;jsessionid=F510CB3660DB0CC22575991A5F1B33EB](http://www.kbs.de/DE/00_ueber_uns/05_verbund/geschichte/1_knappschaft/InhaltsNav.html;jsessionid=F510CB3660DB0CC22575991A5F1B33EB)
- Leifheit-Limson EC, Kasl S, Lin H, Buchanan DM, Peterson PN, Spertus J, Lichtman JH (2012): Adherence to risk factor management instructions after acute myocardial infarction: The role of emotional support and depressive symptoms. *Ann behav med* 43(2), S. 198-207
- Melchior M (2003): Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine* (56), S. 1817-1830
- Morisky DE, DiMatteo MR (2011): The Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-taking Behavior. *Journal of Clinical Epidemiology* (64), S. 262-263
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Engstler H, Huxhold O, Jürgens O, Mahne K, Schöllgen I, Wiest M & Tesch-Römer C unter Mitarbeit von Kowalska K, Sahyazici F & Weinz S (2009): Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte. Erhebungsdesign und Instrumente der dritten Befragungswelle. Berlin: DZA
- Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ (2001): The Finnmark Study: a prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(12), S. 582 – 589
- Pfaff H, Steffen P, Brinkmann A, Lüticke J & Nitzsche A (2004): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenbuch. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.
- Perissinotto CM, Cenzer JS, Covinsky K (2012): Loneliness in older people. A predictor for functional decline and death. *Arch Intern Med* 172(14), S. 1078-1083
- Robert Koch-Institut (RKI) (2009): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS).
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rose M (2006): Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. In: Janssen PL, Joraschky P & Tress W (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 1. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 227-
- Sherman AM (2003): Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science and Medicine* 56(3), S. 1078-1083
- Siegrist J, Dragano N, v. d. Knesebeck O (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 167-180
- Statistisches Bundesamt (2013): Bildungsstand der Bevölkerung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

## Forschungsbericht 2014

### SUG\_KH - Soziale Unterstützung und Genesung nach Krankenhausaufenthalt

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Julia Schmidt & Michael Köhler

- Uchino B (2006): Social Support and Health: A Review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), S.377-387
- Weyers S, Dragano N, Möbus S, Beck EM., Stang A, Möhlenkamp S, Jöckel KH, Erbel R & Siegrist J (2010): Poor social relations and adverse health behaviour: Stronger associations in low socioeconomic groups? *International Journal of Public Health* (55), S. 17-23
- White AM, Philogene GS, Sinha S (2009): Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States. *American Journal of Public Health* (99)10, S. 1872-1878
- Winkler J & Stolzenberg H (2009): Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. Wismarer Diskussionspapiere- Wismar: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Hochschule Wismar.
- Zietemann V, Machens P, Mielck A, Kwetkat A (2007): Soziale Kontakte und Depression bei geriatrischen Patienten: Gibt es einen Einfluss von Geschlecht? *Gesundheitswesen* (69), S. 345-352

## 10. Kontakt

### Projektleitung

Prof. Dr. Thomas Althenhöner (MPH)

Fachhochschule Bielefeld (seit 1.10.2012) (bis 30.9.12 htw saar)

Fachbereich Sozialwesen

E-Mail: [thomas.altenhoener@fh-bielefeld.de](mailto:thomas.altenhoener@fh-bielefeld.de)

Homepage: <http://www.fh-bielefeld.de>

Tel.: 049-521-106-7802

Prof. Dr. Martin Knoll

htw saar (2. Projektleiter ab 1.10.12)

### Wissenschaftliche und studentische Mitarbeiter/innen

Michael Köhler (BA)

Mirjam Philippi (BA)

Sebastian Roth

Julia Schmidt (BA)

### Kooperationspartner

- Knappschaftsklinikum Saar GmbH – Krankenhaus Püttlingen  
Ärztlicher Direktor Dr. med. H. Jäger; Pflegedirektorin R. Quirin-Keßler
- Knappschaftsklinikum Saar GmbH –Krankenhaus Sulzbach/Saar  
Ärztlicher Direktor Dr. med. K.-D. Gerber; Pflegedirektorin A. Kern-Schwahn
- Knappschaft – Regionaldirektion Saarbrücken