

Strategien der Krankheitsbewältigung bei über sechzigjährigen Frauen und Männern - Ergebnisse einer biographischen Studie

Raab, Stefan

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Raab, S. (1997). Strategien der Krankheitsbewältigung bei über sechzigjährigen Frauen und Männern - Ergebnisse einer biographischen Studie. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 274-278). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139059>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

- Grathoff, Richard 1985: Milieu und Lebenswelt, Einführung in die phänomenologische Soziologie und die sozialphänomenologische Forschung, Frankfurt/M.
- Haselbeck, Helmut; Machleidt, Wielant; Stoffels, Hans und Trostdorf, Detmar (Hg.) 1987: Psychiatrie in Hannover. Strukturwandel und therapeutische Praxis in einem gemeindenahen Versorgungssystem, Stuttgart.
- Haug, Wolfgang F.; Pfefferer-Wolf, Hans (Hg.) 1987: Fremde Nähe: zur Reorientierung des psychosozialen Projekts; Festschrift für Erich Wulff.
- Kolstoe, John 1995: Developing Genius; Getting the most out of group decision-making, Oxford.
- Richards, Huw and Heginbotham, Chris 1992: ENQUIRE. Quality Assurance through Observation of Service Delivery, 2nd Ed., Kings Fund College, London.
- Soterial-Arbeitskreis-Hannover 1996: Rahmenkonzept für eine gemeindeorientierte Alternative zur klinischen Akutbehandlung, Diskussionsstand des Soterial-AK-Hannover (unv. Manuskript).
- Strauss, Anselm L. 1988: Teaching qualitative research methods courses: a conversation with Anselm Strauss. In: Qualitative Studies in Education, Vol. 1. No. 1: 91-99.
- Strauss, Anselm L. 1991: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, München.
- Strauss, Anselm L., Fagerhaugh, S.Y., Suczek, B. und Wiener, C.L. 1985: Social Organisation of Medical Work, Chicago.

Dr. rer. soc. Thomas Floeth, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, D-30623 Hannover

5. Strategien der Krankheitsbewältigung bei über sechzigjährigen Frauen und Männern – Ergebnisse einer biographischen Studie

Stefan Raab

I. Einleitung

Im Rahmen einer zivilisationstheoretischen Untersuchung über das Gesundheits- und Krankheitserleben von über sechzigjährigen Frauen und Männern wurden sechs biographische Interviews durchgeführt, in deren Zentrum die Bewältigung von Krankheitsepisoden im Lebensverlauf stand (Raab 1996). Dabei wurde von der These ausgegangen, daß die Selbstdisziplin eine für das Krankheitsmanagement wesentliche und unentbehrliche Strategie darstellt. Eine biographische Fallrekonstruktion eines älteren Mannes belegt diesen Zusammenhang und macht die Ergänzung des Bewältigungsparadigmas durch das *Einwirkungsparadigma* deutlich.

II. Einwirkung als soziologische Kategorie

Die rationale Lebensführung, die sich der moderne Mensch angeeignet hat, beinhaltet ein »einwirkendes Handeln« auf Befindlichkeiten. Darunter ist eine subjektiv und sozial sinn-

hafte Handlung zu verstehen (Weber 1972: 1), von der sich der Akteur eine Wirkung verspricht. Im Gegensatz zu den psychologischen Termini »Coping« und »Bewältigung« (Brüderl 1988; Thomae 1983) impliziert ein einwirkendes Handeln auch »nicht-erfolgreich« verlaufende Handlungen und löst das subjektive Einwirken aus dem normativen Kontext. Demnach gilt auch die individuelle »Abwehr« einer Krankheit als Problemlösung eines Menschen und nicht als Verhinderung einer erfolgreichen Bearbeitung der Krankheit (vgl. Haan 1977). Daß beispielsweise das Verleugnen von schweren Erkrankungen für viele Menschen zu ihrer Lebensrettung beiträgt, unterstützt eine phänomenologische Vorgehensweise bei der Analyse von Einwirkungsmustern (Muthny 1994: 17ff.).

Die Einwirkung auf Befindlichkeiten resultiert aus der Selbstdisziplinierung innerhalb moderner Gesellschaften. Sie fordert heute von allen Gesellschaftsmitgliedern in den verschiedenen Sozialrollen eine individuelle Kraft zur Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben, die in der jahrelangen Sozialisation des Menschen als »Pflicht zum Leben« eine weitgehende Verinnerlichung erlangte. Eine Hingabe an Lebensunlust, Lebensunglück und Lebenskrisen als sog. »schlechte Befindlichkeiten«, aber auch Zuneigungen zu anderen Menschen als eigentlich »gute Befindlichkeit«, weichen derart von der Norm ab, daß sie Reaktionen der Gesellschaft hervorrufen und den »Betroffenen« zur Selbstbehauptung und Selbstdisziplin gegenüber solchen »Empfindsamkeiten« zwingen.

Zwar bietet das Kranksein dem Kranken die Gelegenheit eines »irrationalen« Seins an, jedoch herrscht hier auch je nach den Umständen der Erkrankung der gesellschaftliche Zwang zur Disziplinierung vor. Familie und Arbeitgeber, aber besonders der Kassenarzt als Vertreter des Sozialstaates fordern die »Pflicht zum Leben« ein, die einen Zwang zur Wiederherstellung der Gesundheit nach sich zieht. Unterläuft der Kranke und Patient das moralische Pflichtgefühl zur Gesundung und Wiedereinnahme der Berufsrollen, gilt er als »Drückeberger« mit geringem Selbstbehauptungswillen und geringem gesellschaftlichen Wert. Dieses abweichende Handeln etikettiert die Medizin mit dem Begriff des »Simulanten«.

Zudem wirken heute Sozialpolitik und Medizin nicht nur auf das Krankheitsfeld ein, sondern besetzen in zunehmendem Maße den gesellschaftspolitischen Bereich der Gesundheit. Ergebnisse der Risikofaktorenmedizin (z.B. Abholz et al. 1982) liefern die Grundlage für ein sozialpolitisches und medizinisches Engagement, das die einzelnen Menschen im Namen von Gesundheitskontrolle und -erziehung zur Selbstdisziplinierung des Lebens zwingt. Medizinische Konstrukte von Risikofaktoren wie Rauchen und Alkohol erzwingen eine neue Stufe moralischer und gesellschaftlicher Selbstdisziplinierung (Herzlich/Pierret 1991: 275ff.; Fülgraff 1994).

Jedoch ist der individuelle Widerstand gegen solche Disziplinierungsstrategien nach wie vor ungebrochen (vgl. Franzkowiak 1986; Wambach 1988). Denn die Menschen verfügen über ein subjektives und biographisch erzeugtes Einwirkungswissen. Es setzt sich aus angeeigneten und selbstproduzierten Wissensformen zusammen. Das angeeignete Handlungswissen verweist dabei auf die Internalisierung von vormalig »fremden« Wissensformen, wie z.B. die Einwirkungsmethoden etablierter Mediziner oder Psychotherapeuten. Dagegen bedeutet das vom Individuum selbstproduzierte Handlungswissen die Einwirkung auf dessen subjektive Befindlichkeiten und beansprucht ein hohes eigengeschichtliches Erfahren

und Erleben. Hier kann der Mensch seine emotionale Gesundheit beispielsweise durch Meditationen und Gebete verbessern (Grunow et al. 1983: 64f.).

Ebenso wie im Gesundsein verfügt der Mensch auch im Kranksein über ein persönliches Einwirkungswissen. Dabei variiert er zwischen seinen traditionellen Einwirkungsmodellen und den jeweils gesellschaftlich aktualisierten Vorschlägen zur ›Bewältigung‹ von Krankheiten (z.B. Krankheit als Sinnkonstrukt; Jores 1950). Indes ist davon auszugehen, daß die im Rationalisierungsprozeß innerhalb moderner Gesellschaften für alle Mitglieder verpflichtende Selbstdisziplin ein herausragendes Einwirkungsmuster darstellt. Sie ermöglicht im Kranksein eine Abwehr von Lustgefühlen (vgl. Elias 1976).

III. Die subjektiven Krankheitseinwirkungen von Herr D.:

Schweigen, Beten und fröhlich sein

Herr D., zum Zeitpunkt des Interviews 87 Jahre alt, und seit siebzehn Jahren nicht mehr berufstätig, bezeichnet sich als Kaufmann. Er ist Vater von drei Kindern, Protestant und erlebt sich hauptsächlich als einen gesunden Menschen. Sein Kranksein beschränkt sich auf Kriegsverwundungen, die er sich als Soldat am Heiligen Abend 1944 zuzieht. Er liegt nach einem amerikanischen Angriff, der ein Ohr zerfetzt, schwerverletzt in einem Feldlazarett und entgeht nur knapp dem Tod. Die Kriegskameraden nehmen daraufhin in seiner Erinnerung sein Überleben zum Anlaß, mit ihm zusammen das Weihnachtsfest zu feiern:

»Dann brachten die mir auch ›nen Glas Schnaps. Aber noch so ein Trinkglas. Mit ´nem Halm, da konnt ich auch aus trinken. Und ich hörte immer, wie die immer wieder sagten, ›Mensch, hat der so ein Schwein gehabt und da trinken wir noch einen drauf (lacht)«.«

Der von den Kameraden initiierten Weihnachtsfeier schließt sich Herr D. an. Dabei konstituiert er ein Handlungsmuster für das Kranksein, auf das er später gegenüber erkrankten Freunden zurückgreift: das Schweigen zu Kranksein und Krankheit!

»Ich versuche mit ein, allen möglichen, also erstens nicht von der Krankheit zu sprechen, erstmal, das ist das Allerwichtigste.«

Damit vermeidet er ein Sich-Hingeben an das Kranksein und richtet seine Handlungen an Lebensentwürfen aus, die innerhalb des leiblichen Gesundseins existieren:

»Ich hab da jetzt wieder einen Freund, der liegt jetzt im Krankenhaus, Oberschenkelhals gebrochen. Da wurde da erzählt, was wir alles machen wollen und Reise machen wollen und, und, aber nichts von Krankheit wurde erzählt, den ich besuche. Das ist wesentlich, wesentlich.«

Jedoch bezieht Herr D. das Schweigen über Krankheit und Kranksein auch auf sich selbst:

»Also nicht, daß, wenn Besuch kommt, ›och, wie geht's denn?«, ›und das ist ja schrecklich!«, ›und daß das Bein nicht besser wird!«, nech, das gibt's ja nicht bei mir. Da wird von allem und dem gesprochen, bloß nicht von Krankheit. Das ist also mein Prinzip immer gewesen.«

Anstatt sich über das eigene Kranksein zu beklagen, stellt Herr D. also die kommenden Freuden, die sich außerhalb des Krankseins befinden, heraus. Dabei greift er vor dem Hin-

tergrund seines damaligen Schwerverletztseins auf den Humor als erfolgreiches Einwirkungsmuster gegenüber kranken Menschen und Patienten während des bereits erwähnten Klinikbesuches zurück:

»Man hat mich gebeten, ich sollt doch mal wiederkommen, um mal Kranke wieder so aufzufrischen. Das hab ich denn auch getan. Also mit Humor kriegt man viel weg. Ist gute Medizin.«

Damit konstituiert Herr D. ein spezifisches Einwirkungsmuster. Es zeichnet sich dadurch aus, daß Herr D. die Bewältigung seines schweren Krankseins sofort in Angriff nimmt, d.h., er unternimmt den erfolgreichen Versuch, »über sein Kranksein zu herrschen« (Filipp 1990: 25f.). Er behauptet sich gegenüber seinem Schwerekranksein, indem er sich ein Schweigen auferlegt und Freude am Leben zeigt. In der geselligen Gruppe der Kameraden genießt er, obwohl er nicht sprechen kann, das gemeinsame Zusammensein. Hier veranschaulicht Herr D., daß ein Kranksein nicht zwangsläufig zur Einsamkeit des Kranken führt. So betreibt er heute die Integration kranker Menschen in den Alltag und verleiht diesen Bemühungen auch für sich selbst Geltung.

Zweifellos bringt er damit eine christliche Lebensregel für das Kranksein zum Ausdruck, die er sich als bekennender Christ angeeignet hat. Denn das Schweigen bezeugt die Demut und Ohnmacht von Herrn D. gegenüber Jesus Christus und seinem Herrgott (Der zweite Brief des Paulus an die Korinther 12,9-12,10). Auch seine Bitte an die Ärzte, sein im II. Weltkrieg zerfetztes Ohr nicht abzuschneiden, sondern wieder zusammenzunähen, steht im Zusammenhang mit dem Glauben an seinen HERRN. Daher stellt sein Bitten ein Gebet, ein Bittgebet dar, das hier Herr D. mit dem Ausdruck *Schenken* bezeichnet. Offensichtlich rekurriert er damit am Heiligen Abend 1944 auf das christliche Weihnachtsfest, das im gegenseitigen Austausch von Geschenken seinen feierlichen Höhepunkt findet:

»Und da war auch ein Hauptverbandsplatz, da wollten sie mir das Ohr abschneiden. Und dann sagte ich: »Also, hören Sie mal zu, das Ohr war meins. Schenken Sie mir das mal zu Weihnachten!« Und dann haben sie das zusammengeklebt.«

IV. Zusammenfassung

Die gesellschaftlich präskriptive individuelle Pflicht zum Leben, die als verinnerlichte Selbstdisziplin jedes Einzelnen im Zeichen rationalen Handelns steht, entwickelt sich für den Autobiographen Herrn D. zum zentralen Einwirkungsmuster. Er rekurriert auf seine internalisierte Selbstdisziplin, als er während seines Krankseins den weitgehenden Verlust seiner Handlungskompetenz erleidet. Sie ermöglicht ihm eine rasche Rückkehr in die Lebenswelt des Gesundseins und stellt für Herrn D. ein einzigartiges biographisches Wissen dar. Die Selbstdisziplinierung genießt darüber hinaus unbestreitbar Priorität und muß als ein moralischer Akt betrachtet werden. Weil Herr D. seinem HERRN in hohem Maße vertraut, stellt der Gehorsam eine nahezu unumstößliche Kraft dar.

Literatur

Abholz, Hans-Harald et al. (Hg.) 1982, Risikofaktorenmedizin. Konzepte und Kontroverse. Berlin.

- Brüderl, Leokadia (Hg.) 1988, Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. München/Weinheim.
- Elias, Norbert 1976, Über den Prozeß der Zivilisation. Frankfurt a.M.
- Filipp, Sigrun-Heide 1990, Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptualisierung. In: Fritz A. Muthny (Hg.), Krankheitsverarbeitung. Berlin: 24-40.
- Franzkowiak, Peter 1986, Kleine Freuden, kleine Fluchten. Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. In: Eberhard Wenzel (Hg.), Die Ökologie des Körpers. Frankf. a.M.: 121-174.
- Fülgraff, Georges 1994, Gesundheit als individuelle moralische Verpflichtung? Über Public Health. In: Leviathan 22: 593-604.
- Grunow, Dieter et al. 1983, Selbsthilfe im Familienhaushalt. Zum Verhältnis von Selbsthilfe und medizinischer Fremdhilfe. In: Christian von Ferber und Bernhard Badura (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe. München/Wien: 51-77.
- Haan, Norma 1977, Coping and Defending. New York.
- Herzlich, Claudine und Janine Pierret 1991, Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München.
- Jores, Arthur 1950, Vom Sinn der Krankheit. In: Hamburger Universitätsreden 11. Hamburg.
- Muthny, Fritz A. 1994, Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. In: Gerhard Schüßler und Eric Leibing (Hg.), Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen: 17-34.
- Raab, Stefan 1996, Gesundheit im Griff. Eine Rekonstruktion des biographischen Gesundheits-, Krankheits- und Patientenhandelns im Prozeß der Zivilisation. München/Wien.
- Thomae, Hans 1983, Altersstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern.
- Wambach, Manfred Max 1988, Über die Pflichten des Menschen, gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden. Die »vergessene« Lebenswelt im Risikofaktorenmodell. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 11: 5-18.
- Weber, Max 1972, Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie. 5. Aufl. Tübingen.

Stefan Raab, Universität Bremen, FB 11, Institut für Interdisziplinäre Altersforschung, PF 33 04 40, D-28334 Bremen

6. Industrialisierung des Krankenhauses? – Neue betriebliche Produktionskonzepte in der Patientenversorgung.

Günter Feuerstein

Mit dem Wirksamwerden des Gesundheitsstrukturgesetzes sind die deutschen Krankenhäuser einerseits unter massiven Kostendruck und andererseits unter den Zwang zur Qualitätssicherung geraten. Nichts schien deshalb näher zu liegen als der Griff nach Rezepten, mit denen bereits industrielle Produktions- und Dienstleistungsbetriebe auf ähnliche Anforderungen reagiert haben. Begriffe wie »Lean Production«, »Business Reengineering« oder »Total Quality Management« erlebten daher auch im Diskurs um die effiziente und