

Wahrnehmung und Verarbeitung von definierten chronischen Krankheiten bei Patienten während einer stationären Reha-Maßnahme

Petras, Hanno; Deck, Ruth

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Petras, H., & Deck, R. (1997). Wahrnehmung und Verarbeitung von definierten chronischen Krankheiten bei Patienten während einer stationären Reha-Maßnahme. 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. 264-269). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139076>

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.

renzen betrafen u.a. den Umfang der Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung und führten im Gruppengespräch zu Aussagen wie:

»Es hat sich schon eine ganze Menge im Gespräch gezeigt. Es gibt Leute, die wollen alles (über ihre Krankheit) wissen, und einige eben nur ein bißchen. Das ist sicherlich für jeden Arzt so eine Sache, das selbst zu entscheiden« (CF-Elterngruppe). – »Die Leute vertragen doch die Aufklärung sehr unterschiedlich. Manche wollen es einfach gar nicht wissen. Der Arzt muß dann abwägen, je nach dem, wie er die Patienten kennt« (Frauen nach Krebs).

IV. Schlußfolgerung

Die oben vorgestellten Verhaltenserwartungen stellen nur eine kleine Auswahl aus einem umfangreichen Bestand dar. Aus den Ergebnissen läßt sich u.a. folgern, daß Ärzte nicht nur mit vielfältigen und teilweise konträren Patientenerwartungen konfrontiert sind, sondern auch einer erheblichen interpersonellen Kompetenz bedürfen, um Patienten Anliegen zu erkennen und im Rahmen des Möglichen zu berücksichtigen.

Literatur

Gerhardt, Uta 1991, *Gesellschaft und Gesundheit*, Frankfurt a.M.: 162-202.

Meye, Maria Rita und Slesina, Wolfgang et al. 1990, *Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen*, Köln.

Parsons, Talcott 1951, *The Social System*. New York.

Prof. Dr. Wolfgang Slesina, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Sektion Medizinische Soziologie, Harz 42-44, D-06108 Halle

3. Wahrnehmung und Verarbeitung von definierten chronischen Krankheiten bei Patienten während einer stationären Reha-Maßnahme

Hanno Petras und Ruth Deck

1. Einleitung und Problemeingrenzung

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen – insbesondere der muskulo-skelettalen und kardiovaskulären Formkreise – und der damit einhergehenden geringen Heilungschancen gewinnt der Aspekt der Krankheitsverarbeitung, d.h. der Auseinandersetzung mit den Folgen zunehmend an Bedeutung.

In modernen Gesellschaften stellt das medizinische Feld den hierfür kulturell und sozialrechtlich definierten Ort dar. Die Eigenständigkeit dieses Feldes läßt sich in seiner gesellschaftlich legitimierten Monopolstellung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie der Existenz von Personen (Heil- und Pflegeberufe), die diese Art der gesellschaftlichen Praxis zu ihrem Beruf gemacht haben, erkennen (Krais 1989). Neben der Rehabilitation stellen desweiteren die Prävention, die Kuration sowie die Pflege grundlegenden Funktio-

nen dieses Feldes dar (v. Ferber 1991). Von diesen institutionalisierten Praxen der beteiligten Akteure ist die individuelle Praxis der von einer Krankheit Betroffenen zu unterscheiden. So leisten chronisch Kranke einen eigenständigen Beitrag zur Verarbeitungspraxis, der im institutionellen Kontext einen wichtigen Indikator für den Erfolg der professionellen Bemühungen darstellt (Compliance), aber zeitlich weit über diesen Kontext hinausreicht. In dem nachfolgenden Beitrag werden ich mich auf die Verarbeitungspraxis von Patienten im Bereich der med. Rehabilitation konzentrieren. In Kapitel 2 wird unter Bezug auf die »International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)« ein Klassifikation von Krankheitsfolgen vorgestellt, welche eine Beantwortung nach dem »Was« der Verarbeitung ermöglicht. In Kapitel 3 wird dabei unter Rückgriff auf das Habituskonzept von Bourdieu im Zusammenhang mit der Krankheitsbedeutung (Lazarus 1984) der Mechanismus der Verarbeitung erläutert. Nachdem in Abschnitt 4 ausgewählte empirische Ergebnisse präsentiert werden, erfolgt in Kapitel 5 eine zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse.

Der Beitrag basiert auf den Daten einer Längsschnittuntersuchung von Rehabilitationspatienten (N=182), die zweimal während der stationären Phase und zwei mal im Anschluß daran befragt worden sind. Die Stichprobe setzte sich dabei zu ca. 2/3 aus Rückenschmerz und zu ca. 1/3 aus Herzinfarkt-Patienten zusammen.

2. Klassifikation von Krankheitsfolgen

Wenn man sich mit chronisch Kranken beschäftigt, so ist es zuweilen beeindruckend festzustellen, welche große Variabilität Patienten in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung zeigen. Dabei ist zu betonen, daß weniger die Krankheit selber, als die sich aus ihr ergebenden Folgen im Mittelpunkt der individuellen Verarbeitung sowie z.B. der Rehabilitation stehen. Die Konkretisierung dieser für die jeweilige Krankenkariere konstitutiven Parameter ist für die Analyse des Verlaufs und der Effektivität von Verarbeitungsprozessen unabdingbar.

Mit Hilfe des mehrdimensionalen Krankheitsfolgenmodells der ICIDH (vgl.: Matthesius et al. 1995) möchte ich dies nun weiter ausführen.

Die »Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen« (ICIDH) unterscheidet *drei Krankheitsfolgen* und bringt diese in eine charakteristische zeitliche und sachliche Ordnung. Sie stellt somit eine Erweiterung der ICD dar, welche davon ausgeht, daß konkrete Gesundheitsstörungen als Einheiten gleicher Ätiologie, Pathogenese und Manifestation bestimmt werden. Insbesondere bei chronischen Krankheiten stellt dieser Ansatz ein insofern zu grobes Raster dar, als die Qualität und Quantität der sich aus einer chronischen Krankheit ergebenden Folgen sowie deren Dynamik auf der Zeitachse interindividuell variiert.

Nach der ICIDH beschreibt die erste Ebene von Krankheitsfolgen die Störung der biologischen und/oder psychischen Struktur und Funktion des/der chronisch Kranken.

Schädigungen stellen dabei einen beliebigen Verlust oder eine Normabweichung in der physischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion dar. Beispiele für eine Schädigung sind z.B. Schmerzen, Depressionen oder Bewegungseinschränkungen im

Bereich der Wirbelsäule. Schädigungen stellen somit im Prinzip Gesundheitsstörungen auf der Organebene dar.

Je nach Art und Umfang der Gesundheitsstörung können sich aus Schädigungen die sogenannten Fähigkeitsstörungen ergeben. Diese beschreiben »jede Einschränkung oder jeden Verlust der Fähigkeit (als Folge einer Schädigung), Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal angesehen werden.« Im Gegensatz zu Schädigungen steht die Person als Ganzes im Mittelpunkt der Betrachtung. Fähigkeitsstörungen können daher auch als Objektivierungen von Schädigungen gesehen werden. Als Beispiel für Fähigkeitsstörungen sind die für alle Menschen normalen Aktivitäten wie Heben, schnelles Laufen oder ausdauerndes Stehen zu nennen.

Schließlich sind noch die Beeinträchtigungen zu erwähnen, die sich aus Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen ergeben können. *Unter Beeinträchtigung wird die Benachteiligung des betroffenen Menschen verstanden, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren), die für diesen Menschen normal ist.* Es werden fünf sogenannte »survival roles« mit transkultureller Gültigkeit unterschieden, so z.B. im Bereich der Beschäftigung oder der sozialen Integration.

Zusammenfassend läßt sich somit festhalten, daß das Objekt der Krankheitsverarbeitung aus drei interdependenten Aspekten besteht, nämlich den Schädigungen, den Fähigkeitsstörungen und den Beeinträchtigungen. Modelltheoretisch ist jedoch zu betonen, daß zwischen den Folgen, die nach zunehmender sozialer Prägung geordnet sind, kein linearer Zusammenhang bestehen muß. Starke Störungen auf der Ebene der Schädigungen führen nicht zwangsläufig zu ausgeprägten Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen der Rollenausübung. Obwohl bisher wenig Erkenntnisse zu den Interdependenzen bzw. Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den drei Ebenen vorliegen, wird betont, daß der individuellen Reflexion im Erleben, Bewerten und Handeln einerseits und gesellschaftlicher Reaktionen auf diese Krankheitsfolgen andererseits eine zentrale Rolle zukommt. Mit der Einführung der Krankheitsbedeutung als Integral dieser Reflektieren wird das Ausmaß der gesellschaftlichen Prägung von individuellen Reflexion hervorgehoben. In dem nachfolgenden Kapitel wird dieser Aspekt näher ausgeführt.

3. Krankheitsbedeutung, Habitus und medizinisches Feld

Die verfügbaren empirischen Ergebnisse weisen darauf hin, daß psychosoziale Faktoren im Vergleich zu medizinischen einen stärkeren Einfluß auf den Verarbeitungsprozeß haben (Jensen et al. 1991). In den letzten Jahren verstärken sich die wissenschaftlichen Bemühungen auf den Zusammenhang von Krankheitsbedeutung und Verarbeitung (Fife 1994).

Nach Lazarus (1991) stellt die Krankheitsbedeutung das Ergebnis von zwei subjektiven Bewertungsprozessen dar. Im Rahmen der Ereignisseinschätzung (primary appraisal) wird die Bedrohungsqualität einer potentiell belastenden Situation analysiert. Es wird dabei überprüft, was auf dem Spiel steht, d.h. ob ein Ereignis z.B. als Herausforderung, als Bedrohung oder als Schaden/Verlust bewertet wird. Davon zu unterscheiden ist die Ressourceneinschätzung (secondary appraisal). Im Rahmen dieser Bewertung werden die zur Ver-

fügung stehenden personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Problemmangemessenheit in Augenschein genommen. Im Rahmen dieser Untersuchung wird die Krankheitsbedeutung mit dem für Deutschland adaptierten »Meaning of Illness«-Fragebogen erfasst (Weir et al. 1994; Petras 1996). Es werden dabei vier Faktoren unterschieden: soziale und kognitive Auswirkungen sowie Episodencharakter der Krankheit und Ressourceneinschätzung. Die ersten drei Faktoren beziehen sich auf die Ereigniseinschätzung, d.h. die Bewertung von Krankheitsfolgen unter verschiedenen Aspekten.

Im Sinne eines Wahrnehmungs- und Handlungsschemas dient die Krankheitsbedeutung nicht nur der kognitiven Repräsentation der individuellen und situationsspezifischen Qualität der Krankheitsfolgen, sondern zeigt auch einen differentiellen Einfluß auf die jeweiligen Reaktionsformen. Die Konstruktion von Bedeutung stellt dabei nicht nur ein individuelles, sondern, sehr viel wichtiger, ein soziales Handeln insofern dar, als es von den früheren individuellen und kollektiven Erfahrungen eines Individuums, welche gruppen- bzw. klassenspezifische Unterschiede aufweisen, geprägt ist. Bezogen auf das »medizinische Feld« stellt die Krankheitsbedeutung einen feldspezifischen Habitus dar, welcher durch die jeweilige Ressourcenlage in doppeltem Sinne determiniert ist (Bourdieu 1992, 1987). Zum einen ist die Wahrnehmung des kritischen Ereignisses »chronische Krankheit« eine Funktion des individuellen Biographieverlaufs, welche durch die jeweilige Schichtzugehörigkeit mit einer je spezifischen Ressourcenstruktur definiert ist. Zum anderen stellen manche Kapitalformen, wie z.B. das soziale Kapital »Trumpfkarten«, d.h. förderliche Ressourcen dar, die den Erfolg einer Praxis beeinflussen. Grundsätzlich ist jedoch an dieser Stelle zu betonen, daß die Ressourcenstruktur vermittelt über den Habitus den »sozialen Sinn« der chronischen Krankheit definiert. Die Krankheitsbedeutung besitzt somit die Wirkungsweise einer »generativen Grammatik sozialer Praxen« als sie die Grenzen möglicher und unmöglicher Verarbeitungspraktiken festlegt und nicht die individuellen Praktiken an sich.

4. Empirische Ergebnisse

Es ist nun davon auszugehen, daß die einzelnen Krankheitsfolgen für die einzelnen Institutionen des medizinischen Feldes eine unterschiedliche Priorität und je nach Diagnosegruppe eine spezifische Prävalenz besitzt. Bezogen auf die Rehabilitation steht dabei die Kompensation bzw. Abwendung von Fähigkeitsstörungen als Bindeglied zu Beeinträchtigungen der Erwerbstätigkeit im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen (Raspe 1996). Die Rückenschmerzpatienten wurden hierzu nun anhand diagnosespezifischer Parameter (Numerische Rating Skala Schmerz und bestehende Funktionskapazität, Funktionsfragebogen Hannover) zu zwei Meßzeitpunkten (Anfang/Ende Reha) in je drei Gruppen unterteilt:

- Gruppe 1: keine klinisch relevanten Schmerzen, keine klinisch relevanten Fähigkeitsstörungen (0 Punkte)
- Gruppe 2: klinisch relevante Schmerzen oder klinisch relevante Fähigkeitsstörungen (1 Punkt)
- Gruppe 3: klinisch relevante Schmerzen und klinisch relevante Fähigkeitsstörungen (2 Punkte)

Diese drei Gruppen wurden nun hinsichtlich der Veränderung zu zwei Gruppen komprimiert:

- Gruppe 0: Verbesserung zum Ende der Reha ($t_2 - t_1 < 0$)
- Gruppe 1: Verschlechterung zum Ende der Reha ($t_2 - t_1 > 0$)

Als unabhängige Variablen werden die vier Faktoren des »Meaning of Illness«-Fragebogens zu Anfang und am Ende der Rehabilitation herangezogen:

Faktor 1: soziale Auswirkungen der Krankheit, Faktor 2: kognitive Bewertung der Krankheit, Faktor 3: Episodencharakter der Krankheit, Faktor 4: Ressourceneinschätzung

Mit Hilfe einer multiplen logistischen Regression wird nun der Frage nachgegangen, welche der Faktoren einen unabhängigen Einfluß auf die abhängige Variable haben.

Tabelle 1: Klassifikationstableau für die Funktionskapazität Anfang/Ende Reha

	vorhergesagt Gruppe 0	vorhergesagt Gruppe 1	% korrekt
beobachtet Gruppe 0	11	4	73,33 %
beobachtet Gruppe 1	4	27	87,10 %
insgesamt			82,61 %

Tabelle 2: Ergebnis einer multiplen logistischen Regression

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
MIQ2A	-1,8440	0,6124	9,0656	1	0,0026	-0,3488	0,1582
MIQ2B	1,3112	0,5582	5,5171	1	0,0188	0,2461	3,7106
MIQ3A	1,0916	0,6489	2,8296	1	0,0925	-0,1195	2,9791
MIQ3B	-1,9015	0,8156	5,4349	1	0,0197	-0,2432	0,1494
MIQ4B	1,6606	0,6358	6,8214	1	0,0090	0,2881	5,2623
Constant	-3,9990	2,1536	3,4479	1	0,0633		

Die Ergebnisse der logistischen Regression macht deutlich, daß mit Hilfe von fünf Variablen des MIQ ca. 83 % der beiden Gruppen korrekt identifiziert werden können. Von allen oben genannten Variablen haben dabei Faktor 2A+B (Anfang/Ende Reha), Faktor 3A+B (Anfang/Ende Reha) sowie der Faktor 4B (Ende Reha) einen signifikant unabhängigen Einfluß auf den Verlauf Gruppenzugehörigkeit.

Auf signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Angaben kann an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

5. Zusammenfassende Bewertung

Der vorliegende Beitrag stellt den Versuch dar, den Ressourcenansatz Bourdieus mit dem Ansatz der Krankheitsbedeutung zu verbinden und für die Verarbeitungsforschung nutzbar zu machen. Bezogen auf den Reha-Erfolg konnte die Fruchtbarkeit der Herangehensweise demonstriert werden. Weitere Analysen von Aspekten der sozialen Ungleichheit hinsichtlich der Krankheitsbedeutung sind erforderlich.

Literatur

- Bourdieu, Pierre 1985: Sozialer Sinn, Kritik der theoretischen Vernunft, Frankfurt/M.
- Bourdieu, Pierre 1992: Rede und Antwort, Frankfurt/M.
- Ferber, Chr. von 1991: Rehabilitation aus sozialepidemiologischer Sicht – Was sollte, was müssen wir ändern?, *Rehabilitation* 30: 212-217.
- Fife, Betsy L. 1994: The Conceptualization of Meaning in Illness, *Soc. Science & Medicine* 38: 309-316.
- Jensen, M.P.; Turner J.A., Romano, J.M. & Koroly, P. 1991: Coping with Chronic Pain: a critical review of the literature, *Pain* 47: 249-283.
- Krais, Beate 1989: Soziales Feld, Macht und kulturelle Praxis, in: Klaus Eder (Hg.), *Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis*, Frankfurt/M: 47-70.
- Lazarus, R.S. 1991: *Emotion and Adaption*, London.
- Lazarus, R.S. & Folkmann, S. 1984: *Stress, Appraisal and Coping*, New York.
- Matthesius, Rolf-Gerd; Jochheim, Kurt-Alphons; Barolini, Gerhardt & Heinz, Christoph (1995): *Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen*, Band 1 + 2, Berlin-Wiesbaden.
- Petras, Hanno 1996: Die Krankheitsbedeutung als zentrale Determinante des Bewältigungsprozesses bei chronischen Krankheiten – Analyse des adaptierten »Meaning of Illness«-Fragebogens, Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention Witten, 25.-28.9.1996.
- Raspe, Heiner 1996: Mindestanforderungen an das ärztliche Gutachten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von Kranken mit chronisch- unspezifischen Schmerzen, Vortr. auf der 28. Richterwoche des Bundessozialgerichts Kassel, 1996.
- Weir, Robin; Browne, G.; Roberts, J.; Tinks, E.&G., Amiram (1994): The Meaning of Illness Questionnaire: further evidence for its reliability and validity, *Pain* 58: 377-386.
- M.A. Hanno Petras, Medizinische Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, St.-Jürgen-Ring 66, D-23564 Lübeck

4. »Sich selber auf die Schliche kommen« – Selbstbeforschung in der Psychiatrie mittels qualitativer soziologischer Methoden

Thomas Floeth, Jens Haage, Hans Pfefferer-Wolf und Frank Schumacher

Unter der Leitung des Leitenden Oberarztes der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie sowie eines Soziologen fand im Frühjahr 1996 an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) auf einer psychiatrischen Akutstation ein anspruchsvolles Forschungsprojekt statt: Die Arbeits- und Lebenssituation auf der Station sollte dadurch spürbar verbessert werden, daß Stationsmitarbeiter unter Anwendung qualitativer Verfahren ihren Arbeitsplatz untersuchen, konkrete Veränderungsvorschläge entwickeln und umsetzen.

1. Zur Lage der Psychiatrie in Hannover

Die Medizinische Hochschule Hannover hat sich schon früh in der Debatte um die Neubestimmung der Psychiatrie als einer (begriffsmäßig zwar redundanten, politisch aber den-