

## Wer bewältigt wie? Krankheitsbewältigung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen

Jagla, M. (1) & Franke, G.H. (2)

(1) Universität Flensburg, Abteilung für Gesundheitspsychologie und  
Gesundheitsbildung

(2) Hochschule Magedeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte  
Humanwissenschaften

### Einleitung

In den westlichen Industrienationen ist die Veränderung des Krankheits-spektrums durch den kontinuierlichen Anstieg chronischer Erkrankungen gekennzeichnet, wobei chronisch Kranke inzwischen allgemein die größte Behandlungsgruppe ausmachen (Bengel et al. 2003; Zaimmsei 2000). Zur Bewältigung dieser chronischen Erkrankungen sind zielgruppen- und lebensweitspezifische Strategien erforderlich (Zaimmsei, 2000). Im Rahmen des bio-psycho-sozialen Krankheits-modells stehen nicht mehr ausschließlich die biologisch-somatischen Aspekte im Fokus der Betrachtung; auch psychische und soziale Aspekte werden zunehmend beachtet. Nach Neeses (2001) gewinnt das psycho-somatische oder somato-psychische Verständnis im klinischen Kontext mehr und mehr an Bedeutung. Als Begleiterscheinungen von (chronisch) körperlichen Erkrankungen können neben den beschränkten psychosozialen Belastungen auch psychische Beschwerden und Störungen wie z. B. depressive Verstimmung oder eine Anpassungs-störung auftreten. Diese Beschwerden oder Komorbiditäten können als psychische Reaktion auf die somatische Erkrankung und/oder deren Behandlung verstanden werden. Eine frühzeitige und adäquate Diagnostik der psychischen Komponente (exemplarisch Franke 2001)

sowie deren Behandlung kann zur Steigerung der Compliance, der Anpassungsleistungen und der Lebensqualität führen (Bengel et al. 2003; Harter 2000, 2002; Harter & Baumeister 2007).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine chronische Krankheit neben den körperlichen Veränderungen immer auch psychische Reaktionen hervorruft, mit denen sich die PatientInnen auseinandersetzen müssen. Die Bewältigung einer Erkrankung, ob akut oder chronisch, erfordert Anstrengungen, mit dieser umzugehen und sie ins Leben zu integrieren (Salewski 2004). Dementsprechend lässt sich Krankheitsverarbeitung nach Mayer und Philipp (2002, S. 307) kurz, aber umfassend beschreiben als "...all jene Versuche [...], die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit der internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen." In den Prozess der Krankheitsverarbeitung sollten neben dem Umgang mit der Erkrankung selbst auch der allgemeine Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden der PatientInnen, die Compliance und die Funktionsfähigkeit im sozialen sowie berufsbezogenen Bereich eingeschlossen werden, um die gesamte Lebenssituation und die individuellen Verarbeitungsprozesse der PatientInnen zu erfassen (Franke et al. 2007).

### Methodik

Die Datenerhebung fand in verschiedenen Akut- und Rehabilitationskliniken statt. Eingesetzt wurde der Krankheitsbergreifende, 45 Items umfassende Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK; Franke et al. 2000), der sich – bei fünfstufiger Likert-Skalierung (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) – in neun Skalen gliedert:

- (1) Handelndes, problemorientiertes Coping (HPC): z. B. „Ich mache Pläne und halte mich daran“.
- (2) Abstand & Selbststarbau (AUS): z. B. „Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen“.

- (3) Informationsuche & Erfahrungsaustausch (IE): „Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung“.
- (4) Bagatelisierung, Wunschenken, Bedrohungsabwehr (BWB): z. B. „Ich hänge meinen Wünschen nach“.
- (5) Depressive Verarbeitung (DV): z. B. „Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück“.
- (6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe (BAH): z. B. „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an“.
- (7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung (ASS): z. B. „Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein“.
- (8) Vertrauen in die ärztliche Kunst (VÄK): z. B. „Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat“ und
- (9) Erarbeiten eines inneren Haltes (EIH): z. B. „Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen“.

Die Auswertungsmethoden umfassen t-Tests für unabhängige Stichproben und univariate Varianzanalysen mit nachgeschalteten Einzelvergleichen (Scheffé).

### Ergebnisse

#### a) Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe umfasst insgesamt  $N=1657$  PatientInnen im durchschnittlichen Alter von 47,5 Jahren ( $SD=15,4$ ) in einer Altersspanne von 13 bis 86 Jahre. In der Stichprobe fanden sich  $N=779$  Männer (47,7%) und  $N=864$  Frauen (52,6%) mit verschiedenen Erkrankungen. Um dem Umstand der Heterogenität der Erkrankungen gerecht zu werden, wurden die PatientInnen erkrankungsspezifisch in Stichproben unterteilt, wobei sich die dritte Untersuchungsstichprobe trotz allem sehr heterogen zusammensetzt. Einen Überblick über die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Gruppe	Alter M (SD)	Geschlecht
Untersuchungsstichprobe 1	45,4 (13,2) Range: 15 - 72	127 (59,6%) 88 (40,4%)
	Post-NTX (n=316)	171 (54,1%) 145 (45,9%)
Untersuchungsstichprobe 2	51,8 (14,3) Range: 19 - 99	181 (41,3%) 257 (58,7%)
Untersuchungsstichprobe 3		
innere Medizin (n=171)	55,1 (14,4) Range: 18 - 94	94 (55%) 77 (45%)
Orthopädie (n=69)	56,4 (12,7) Range: 28 - 82	23 (33,3%) 46 (66,7%)
Gynäkologie (n=123)	48,2 (12,0) Range: 17 - 78	0 (0%) 123 (100%)
Jugendliche mit Adipositas (n=77)	15,3 (1,3) Range: 13 - 18	53 (42,9%) 44 (57,1%)
HIV (n=118)	36,5 (9,6) Range: 21 - 69	103 (87,3%) 15 (12,7%)
Dermatologie (n=65)	37,8 (10,9) Range: 19 - 65	26 (40%) 39 (60%)
Neurologie (n=52)	53,7 (12,7) Range: 31 - 81	36 (68,2%) 16 (30,8%)

**Untersuchungsstichprobe 1:** Chronisch nierenkranke Patientinnen (vgl. Franke 2000; Jagla et al. 2009). Die Stichprobe chronisch nierenkranker Patientinnen besteht aus insgesamt 529 Personen in durchschnittlichem Alter von 46,7 Jahren ( $SD=13,1$ ), darunter 316 (59,7%) nierentransplantierte und 213 (40,3%) chronisch nierenunzureichende Patientinnen auf der Warteliste zur Nierentransplantation.

**Untersuchungsstichprobe 2:** Schenckläufige Patientinnen: Die Stichprobe der Personen mit Schenckläufigen besteht aus 438 Patientinnen im durchschnittlichen Alter von 51,7 Jahren ( $SD=14,1$ ), die unter verschiedenen ophthalmologischen Erkrankungen leiden; 257 Frauen (58,7%) und 181 Männern (41,3%).

**Untersuchungsstichprobe 3:** Patientinnen mit verschiedenen somatischen Erkrankungen: Die Untersuchungsstichprobe setzt sich aus 324 Männern (47%) und 366 Frauen (53%) im durchschnittlichen Alter von 45,3 Jahren ( $SD=17,2$ ) zusammen. In die Stichprobe wurden

Wer bewertet? Krankheitsbewältigung bei somatischen Erkrankungen

HIV-positive Patientinnen sowie Patientinnen aus den Bereichen innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Dermatologie aus Akut- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Jugendliche mit Adipositas, die in einer Rehabilitationseinrichtung betreut wurden, integriert.

#### b) Krankheitsverarbeitung in der Gesamtstichprobe

Zur Erfassung der Coping-Strategien wurden die Skalenmittelwerte des EFK ermittelt (Spannweite 0-4). Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe ( $N=1657$ ) sind in Tabelle 2 dargestellt.

Krankheitsbewältigung zeigte sich, dass die Patientinnen am häufigsten die Strategien „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ sowie „Handhabendes, problemorientiertes Coping“ und eher selten „Depressive Verarbeitung“ einsetzen, um mit ihrer Erkrankung umzugehen. Über alle neun EFK-Skalen zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsstichproben; auch in den nachgeschulten Einzelvergleichen (Scheffé-Test) konnten statistisch signifikante Unterschiede aufgezeigt werden. Es zeigte sich, dass die chronisch nierenunzureichenden Patientinnen im Gegensatz zu den Patientinnen mit Augenerkrankungen außer bei der Skala „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ( $-0,23$ ;  $p \leq 0,0001$ ) und der Skala „Depressive Verarbeitung“ ( $0,05$ ;  $p=0,779$ ) deutlich mehr Bewältigungsanstrengungen aufwiesen. Im Vergleich zur dritten Untersuchungsstichprobe zeigten sich außer bei der Skala „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ ( $0,49$ ;  $p=1,000$ ) deutliche Differenzen.

Die dritte Untersuchungsgruppe unterschied sich statistisch signifikant von den ophthalmologischen Patientinnen bei den Skalen „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ( $-0,76$ ;  $p \leq 0,0001$ ), „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ ( $-0,24$ ;  $p \leq 0,0001$ ), „Depressive Verarbeitung“ ( $-0,19$ ;  $p \leq 0,0001$ ) sowie „Bereitschaft, Wunschenken und Bedrohungsabwehr“ ( $0,14$ ;  $p=0,004$ ) und „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ ( $0,15$ ;  $p=0,022$ ).

Tabelle 2: Mittelwertvergleich zwischen den drei Untersuchungsgruppen

Erf-Skala	ANOVA			Post-hoc Vergleich (Scheffé)			
	U1 n=529 M&SD	U2 n=438 M&SD	U3 n=690 M&SD	F-Wert p-Wert	U1 vs. U2	U1 vs. U3	U2 vs. U3
1 HPC	2,48 0,77	2,15 1,00	2,16 0,83	24,040 p<0,0001	0,32 p<0,0001***	0,51 p<0,0001***	-0,01 p=1,000
2 AUS	2,12 0,69	1,82 0,86	1,95 0,75	19,697 p<0,0001	0,30 p<0,0001***	0,17 p<0,0001***	-0,13 p=0,012
3 IUE	1,51 0,90	1,31 1,02	1,48 0,87	5,100 p=0,002	0,20 p=0,002**	0,49 p=1,000	0,15 p=0,022
4 BWB	1,39 0,68	1,25 0,74	1,10 0,68	25,634 p<0,0001	0,15 p=0,063**	0,29 p<0,0001***	0,14 p=0,004**
5 DV	0,68 0,66	0,63 0,68	0,82 0,74	11,621 p<0,0001	0,05 p=0,779	-0,14 p<0,002**	-0,19 p<0,0001***
6 BAH	1,66 0,72	1,29 0,77	1,53 0,73	29,513 p<0,0001	0,36 p<0,0001***	0,12 p<0,011*	-0,24 p<0,0001***
7 ASS	2,17 0,84	1,82 0,89	1,82 0,90	27,933 p<0,0001	0,35 p<0,0001***	0,35 p<0,0001***	-0,00 p=1,000
8 VAK	2,01 0,46	2,24 0,78	3,00 0,68	394,078 p<0,0001	-0,23 p<0,0001***	-0,99 p<0,0001***	-0,78 p<0,0001***
9 EIH	1,54 0,70	1,23 0,82	1,18 0,89	30,830 p<0,0001	0,31 p<0,0001***	0,35 p<0,0001***	0,03 p=1,000

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

### c) Krankheitsverarbeitung vor und nach Nierentransplantation

Die Untersuchungsstichprobe der chronisch nierenkranken PatientInnen (n=529) unterteilt sich in n=213 PatientInnen vor und n=316 nach Transplantation (NTX). Insgesamt zeigte sich auch hier, dass die PatientInnen bevorzugt die Strategien „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und „Handelndes, problemorientiertes Coping“ sowie „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ und deutlich weniger „Depressive Verarbeitung“ einsetzen, wobei sich gerade bei diesen Skalen statistisch signifikante Differenzen zwischen den Gruppen abbilden.

Die PatientInnen vor NTX wiesen ein deutlich größeres Ausmaß an „Depressiver Verarbeitung“ (df=527,  $f=5,596$ ;  $p<0,0001$ ), mehr „Informationsuche und Erfahrungsaustausch“ (df=527,  $f=4,120$ ;  $p<0,0001$ ) und deutlich geringere Bestrebungen hinsichtlich der „Ak-

tiven Suche nach sozialer Einbindung“ (df=527;  $f=3,621$ ;  $p<0,0001$ ) auf (Jagla et al. 2009).

Tabelle 3 zeigt die EFK-Ergebnisse für die chronisch nierenkranken PatientInnen.

Tabelle 3: Mittelwertunterschiede vor und nach Nierentransplantation

Erf-Skala	Vor NTX n=213 M & SD		Nach NTX n=316 M & SD		df	t-Wert	p-Wert
	M	SD	M	SD			
1 HPC	2,43 0,75	2,49 0,78	2,48 0,78	2,13	527	0,947	p=0,344
2 AUS	2,10 0,69	2,13 0,69	2,13 0,69	2,13	527	0,610	p=0,542
3 IUE	1,70 0,87	1,38 0,89	1,38 0,89	1,34	527	-4,120	p<0,0001***
4 BWB	1,46 0,68	1,34 0,69	1,34 0,69	1,34	527	-1,950	p=0,052
5 DV	0,88 0,72	0,55 0,58	0,55 0,58	0,58	527	-5,596	p<0,0001***
6 BAH	1,63 0,89	1,67 0,74	1,67 0,74	1,67	527	0,449	p=0,654
7 ASS	2,01 0,86	2,28 0,81	2,28 0,81	2,28	527	3,621	p<0,0001***
8 VAK	3,07 0,68	3,16 0,62	3,16 0,62	3,16	527	1,513	p=0,131
9 EIH	1,46 0,80	1,58 0,79	1,58 0,79	1,58	527	1,354	p=0,176

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

### d) Krankheitsverarbeitung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen

Die dritte Untersuchungsstichprobe umfasst n=690 PatientInnen mit verschiedenen somatischen Erkrankungen (s. Tabelle 1). „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und „Handelndes, problemorientiertes Coping“ wurden von den PatientInnen am häufigsten eingesetzt, die Strategien „Bagaumbildung“, „Wunschenken und Bedrohungsabwehr“ sowie „Depressive Verarbeitung“ wurden eher seltener genutzt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Mittelwertvergleiche innerhalb der dritten Untersuchungszeitprobe

EPR-Skala	Innere		Ortho		Gyn		Uir		HIV		Dermis		Neuro		ANOVA F-Wert
	n=171	M&SD	n=69	M&SD	n=123	M&SD	n=77	M&SD	n=118	M&SD	n=65	M&SD	n=52	M&SD	
1 HPC	2,34	0,77	2,30	0,78	2,16	0,81	1,89	0,71	2,00	0,91	2,16	0,85	2,05	0,92	3,986 p=0,001
2 AUS	1,98	0,76	2,03	0,73	1,92	0,70	1,85	0,69	1,76	0,79	2,10	0,76	1,88	0,74	2,043 p=0,058
3 JUE	1,52	0,80	1,70	0,84	1,15	0,83	1,39	0,86	1,22	0,89	1,50	0,90	1,60	0,83	2,913 p=0,008
4 BWB	1,04	0,69	1,13	0,60	1,04	0,60	1,18	0,69	1,22	0,74	0,90	0,53	1,27	0,80	2,587 p=0,017
5 DV	0,72	0,70	0,78	0,68	0,56	0,62	1,11	0,73	0,85	0,74	0,88	0,74	1,29	0,88	0,428 p=0,0001
6 BAH	1,04	0,73	1,49	0,71	1,45	0,61	1,92	0,74	1,38	0,77	1,45	0,64	1,70	0,84	5,809 p=0,0001
7 ASS	1,73	0,78	2,01	0,97	1,64	0,80	2,62	0,81	1,84	0,97	1,84	0,89	1,59	0,82	14,653 p=0,0001
8 VAK	3,16	0,60	2,79	0,79	3,31	0,53	2,75	0,58	2,97	0,77	2,66	0,55	2,84	0,60	12,936 p=0,0001
9 EIH	1,28	0,78	1,20	0,86	1,07	0,83	1,00	0,61	1,22	0,88	1,13	0,72	1,05	0,82	3,374 p=0,003

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Insgesamt betrachtet zeigten sich bei fast allen Skalen, außer bei der Skala „Abstand und Selbstaufbau“ ( $F=2,043$ ;  $p=0,058$ ) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen innerhalb der dritten Untersuchungszeitprobe, welche bei den Skalen „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“ ( $F=14,683$ ;  $p<0,0001$ ) und „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ( $F=12,936$ ;  $p<0,0001$ ) sowie „Depressive Ver-

Wer bewilligt wie? Krankheitsbewilligung bei somatischen Erkrankungen

arbeitung“ ( $F=9,428$ ;  $p<0,0001$ ) und „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ ( $F=5,809$ ;  $p<0,0001$ ) am deutlichsten waren.

e) Einfluss von Alter und Geschlecht

Um den Einfluss des Alters auf die Krankheitsverarbeitung prüfen zu können, wurden drei Altersgruppen (bis 17 Jahre, 18 – 64 Jahre und ab 65 Jahre) gebildet, wobei diese mit einer unterschiedlichen Anzahl von Fällen besetzt waren, so dass die nachfolgenden Ergebnisse (s. Tabelle 5) nur eine begrenzte Gültigkeit besitzen.

Tabelle 5: Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung hinsichtlich der soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht

EPR-Skala	bis 17		18-64		ab 65		F-Wert	p-Wert	Männlich		Weiblich		t-Wert	p-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD			n=803	n=854				
1 HPC	1,97	0,86	2,28	0,92	2,19	0,92	F=8,894	p=0,0001***	2,27	0,88	2,23	0,85	1,90	p=0,901
2 AUS	1,36	0,97	1,97	1,93	1,97	1,93	F=0,289	p=0,866	1,96	1,96	1,96	1,96	1,96	p=0,386
3 JUE	1,38	0,83	1,44	1,46	1,46	1,46	F=0,202	p=0,647	1,35	1,32	1,32	1,32	1,32	p=0,647
4 BWB	1,16	0,92	1,22	1,00	1,32	1,00	F=2,090	p=0,157	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92	p=0,517
5 DV	0,74	0,71	0,71	0,66	0,66	0,66	F=0,124	p=0,928	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	p=0,808
6 BAH	1,52	0,75	0,70	0,64	0,64	0,64	F=14,574	p=0,0001***	0,71	0,71	0,71	0,71	0,71	p=0,914
7 ASS	1,84	0,95	1,49	1,50	1,50	1,50	F=8,127	p=0,0001***	0,71	0,79	0,69	0,69	0,69	p=0,631
8 VAK	2,34	0,88	1,92	1,91	1,91	1,91	F=20,860	p=0,0001***	1,49	1,82	1,82	1,82	1,82	p=0,528
9 EIH	2,71	0,88	2,44	0,91	2,88	0,98	F=12,148	p=0,0001***	1,95	1,81	1,81	1,81	1,81	p=0,634
3 EIH	1,00	0,78	1,31	0,81	1,47	0,81	F=6,890	p=0,0001***	0,79	0,79	2,53	2,53	2,53	p=0,378
3 EIH	0,83	0,81	0,81	0,80	0,80	0,80	F=0,001	p=0,999	1,34	1,29	1,29	1,29	1,29	p=0,174
3 EIH	0,83	0,81	0,81	0,80	0,80	0,80	F=0,001	p=0,999	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	p=1,125

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Außer bei den Skalen „Abstand und Selbstaufbau“, „Informations-suche und Erfahrungsaustausch“ sowie „Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf die drei Altersgruppen, wobei sich die jugendlichen Patientinnen hier durchgängig von den beiden älteren Patien-

tergruppen unterschieden. Die Jugendlichen zeigten wesentlich mehr ..Aktive Suche nach sozialer Einbindung" ( $F=20,950$ ;  $p \leq 0,0001$ ) bei deutlich höherer "Depressiver Verarbeitung" ( $F=14,574$ ;  $p \leq 0,0001$ ). Sie wiesen weniger „Handelndes, problemorientiertes Coping“ ( $F=8,994$ ;  $p \leq 0,0001$ ), ein größeres „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ( $F=12,148$ ;  $p \leq 0,0001$ ) und eine höhere „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ ( $F=8,127$ ;  $p \leq 0,0001$ ) auf, zeigten aber die geringsten Bewältigungsbestrebungen beim „Erarbeiten eines inneren Haltes“ ( $F=9,890$ ;  $p \leq 0,0001$ ).

Geschlechtsunterschiede zeigten sich dadurch, dass Frauen wesentlich häufiger die Strategie „Informationsuche und Erfahrungsaustausch“ anwandten als Männer ( $df=1655$ ;  $F=3,608$ ;  $p \leq 0,0001$ ). Ein weiterer, wenn auch nicht so deutlicher Unterschied stellte sich hinsichtlich des Vertrauens in die ärztliche Kunst dar: auch hier erreichten die männlichen Patienten einen niedrigeren Skalenwert als die weiblichen ( $df=1655$ ;  $F=2,312$ ;  $p=0,021$ ).

### Diskussion

Um PatientInnen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen, ist es wichtig, die individuellen Bewältigungsprozesse zu kennen, besonders wenn maladaptive Strategien eingesetzt werden (Franke et al. 2007). Ziel dieser Untersuchung war die Erfassung der Bewältigungsstrategien von PatientInnen, die unter verschiedenen somatischen Erkrankungen leiden, wobei der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Franke et al. 2000) zum Einsatz kam. Insgesamt wurden  $N=1657$  PatientInnen hinsichtlich ihrer Bewältigungsmechanismen befragt. Die genaue Erfassung der Krankheitsbewältigung ist besonders im Interventionsbereich wichtig, denn Ziel der Forschung ist es, effektivere Interventionsmöglichkeiten für die Prävention, die Nachsorge und die psychotherapeutische Arbeit mit chronisch körperlich Kranken zu finden (Muhny & Bernerjo 1993).

Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von Bewältigungsstrategien einseitig kaum geschlechtsspezifisch, andererseits aber deutlich vom Alter abhängig ist, wobei sich die jugendlichen PatientInnen statistisch signifikant von den älteren unterscheiden. Aufgrund der ungleich verteilten Fallzahlen pro Gruppe sollten die Ergebnisse jedoch vorsichtig betrachtet werden. Weiterhin zeigte sich deutlich, dass in den verschiedenen klinischen Gruppen unterschiedliche Strategien zur Bewältigung der Erkrankungen angewendet werden.

Eine varianzanalytische Prüfung zeigte statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei klinischen Untersuchungsgruppen, die auch nach dem post-hoc-Vergleich (Scheffé) Bestand hatten. Hinsichtlich des „Vertrauens in die ärztliche Kunst“ waren zwischen den drei Patientengruppen wesentliche Unterschiede ( $p \leq 0,0001$ ) erkennbar. Insgesamt ist auffällig, dass sich die signifikanten Mittelwertdifferenzen in den meisten Fällen zwischen den chronisch nierenkranken und den ophthalmologischen PatientInnen (außer bei der Skala „Depressive Verarbeitung“) bzw. zwischen den nephrologischen PatientInnen und den PatientInnen der dritten Untersuchungsgruppe (außer bei der Skala „Informationsuche und Erfahrungsaustausch“) fanden. Zwischen den PatientInnen der dritten Untersuchungsgruppe und den PatientInnen mit Augenerkrankungen waren statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des „Vertrauens in die ärztliche Kunst“, der „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ und der „Depressiven Verarbeitung“ ( $p \leq 0,0001$ ) sowie bzgl. der Strategie „Bagatelisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr“ ( $p=0,004$ ) nachweisbar.

Die chronisch nierenkranken PatientInnen zeigten im Vergleich zu den beiden anderen Untersuchungsgruppen deutlich weniger „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ und mehr aktive Strategien wie „Handelndes, problemorientiertes Coping“ und die „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ sowie die „Aktive Suche nach sozialer Einbindung“. Auch beim „Abstand und Selbstaubar“ sowie beim „Erarbeiten

ten eines inneren Haltes" wiesen die nephrologischen Patientinnen mehr Bewältigungsbemühungen auf.

Die ophthalmologischen Patientinnen beschrieben, im Vergleich zu den anderen beiden Patientengruppen, eher selten nach Informationen zu suchen und ihre Erfahrungen mit anderen auszutauschen. Weiterhin zeigten sie eher weniger die „Bereitschaft zur Annahme von Hilfe“ und wiesen die geringste „Depressive Verarbeitung“ auf.

Die Patienten der dritten Untersuchungsstichprobe zeigten ein sehr hohes Ausmaß an „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ bei gleichzeitig höherer „Depressiver Verarbeitung“ und einer geringeren Ausprägung von „Bagatelisierung, Wunschenken und Bedrohungsabwehr“. Um differenzierte Aussagen aufgrund der Heterogenität der Stichprobe, zu treffen, ist es notwendig, die Krankheitsverarbeitung der einzelnen Patientengruppen zu betrachten.

Im Vergleich der sieben Patientengruppen (Innere Medizin, Orthopädie, Gynäkologie, Jugendliche mit Adipositas, Patientinnen mit HIV, Dermatologie und Neurologie) zeigte sich einzig bei der Skala „Abstand und Selbstaufbau“ kein statistisch signifikanter Unterschied. Die deutlichsten Unterschiede finden sich bei der „Aktiven Suche nach sozialer Einbindung“ ( $F=14,683$ ;  $p\leq 0,0001$ ) und dem „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ ( $F=12,936$ ;  $p\leq 0,0001$ ) sowie der „Depressiven Verarbeitung“ ( $F=9,428$ ;  $p\leq 0,0001$ ). Im Vergleich wiesen die jugendlichen Patientinnen mit Adipositas die stärksten Bemühungen hinsichtlich der „Aktiven Suche nach sozialer Einbindung“ auf. Dies kann darin begründet sein, dass sich die Jugendlichen im sozialen Rahmen der Rehabilitationseinrichtung nicht ausgegrenzt oder als Außenseiter fühlen und es ihnen dadurch leichter fällt, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen zu knüpfen.

Gynäkologische Patientinnen und Patientinnen der inneren Medizin

wiesen am deutlichsten „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ auf und unterschieden sich damit von den anderen Patientengruppen. Besonders im Bereich der Gynäkologie kommt es oft zu längerfristig geplanten stationären Aufenthalten, so dass sich die Patientinnen darauf einstellen und sich mit den anstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auseinandersetzen können, was insgesamt zu einem höheren Vertrauen beitragen kann.

Der Bereich der inneren Medizin umfasst zumeist Patientinnen mit Herz-Kreislauferkrankungen, wobei diese Patientinnen vorrangig wegen akuter Geschehen (Angina pectoris, Infarkt) in einer Akutklinik oder nach der Erstversorgung (z. B. nach Bypass-Operation) in einer Rehabilitationsklinik waren. Das hohe „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ erklärt sich dementsprechend aus der bereits erfolgreich stationären Akutversorgung. Hinsichtlich der „Depressiven Verarbeitung“ wiesen die neurologischen Patientinnen sowie die Jugendlichen mit Adipositas die höchsten Werte auf.

Innerhalb der nephrologischen Stichprobe zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Dialysepatientinnen auf der Warteliste zur Transplantation (NTX) und den bereits erfolgreich transplantierten Patientinnen. Die Patienten vor NTX wiesen eine deutlich höhere „Depressive Verarbeitung“ ( $dF=527$ ;  $F=5,596$ ;  $p\leq 0,0001$ ), bei weniger „Aktiver Suche nach sozialer Einbindung“ ( $dF=527$ ;  $F=3,621$ ;  $p\leq 0,0001$ ) und mehr „Informationssuche und Erfahrungsaustausch“ ( $dF=527$ ;  $F=4,120$ ;  $p\leq 0,0001$ ) auf. Es zeigte sich, dass die Patientinnen vor der Operation trotz der depressiven Bewältigungsstrategien nach Informationen hinsichtlich alternativer Dialysepraktiken bzw. der NTX suchten und aufgrund der regelmäßigen stattfindenden Dialyse sowie den Nach- und Nebenwirkungen der Dialyse in ihrer sozialen Aktivität eingeschränkt waren.

**Fazit**

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sich bei verschiedenen Erkrankungen durchaus unterschiedliche Bewältigungsmuster darstellen können, wobei die PatientInnen durchgängig großes „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ aufwiesen und wenig „Depressive Verarbeitung“ einsetzen. Geschlechtsunterschiede waren kaum nachweisbar, dafür deutliche Mittelwertdifferenzen hinsichtlich des Alters, wobei sich jugendliche PatientInnen wesentlich von älteren unterscheiden. Dies gilt es in der rehabilitationspsychologischen Praxis zu berücksichtigen.

**Literaturverzeichnis**

- Bengel, J., Beutel, M., Brodm, M., Haug, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Mulhny, F. A., Potreck-Rose, F., Stegic, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung - Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. Psychosomatik. Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 53, 83-93.
- Franke, G.H. (2000). BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 33, 475-485.
- Franke, G.H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress- und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16, 41-55.
- Wer bewältigt wie? Krankheitsbewältigung bei somatischen Erkrankungen
- Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, J., Spurgemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an selbsternannten Patienten. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 21, 166-172.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Die Rehabilitation, 41, 357-366.
- Härter, M. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 274-286.
- Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister, & J. Bengel (Hrsg.), Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (S. 1-13). Berlin: Springer.
- Jagla, M., Reimer, J., Philipp, T. & Franke, G.H. (2009). Krankheitsverarbeitung chronisch Nierenkranker vor und nach Nierentransplantation - Einsatz des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18, 63-71.
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch (S. 307-310). Göttingen: Hogrefe.
- Mulhny, F.A. & Bernesejo, I. (1993). Krankheitsverarbeitung bei Krebs - Klinische Relevanz. Methodik und Ergebnisbeispiele der Copingforschung. In F.A. Mulhny, & G. Haug (Hrsg.), Onkologie im psychosozialen Kontext - Spektrum psychosomologischer Forschung: zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung (S. 58-85). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Neises, M. (2001). Krankheitsbewältigung und Lebensqualität aus gynekologisch-psychosozialer Sicht. Onkologie, 24, 28-34.



- Salewski, C. (2004). Krankheitsbewältigung: Eine Standortbestimmung. In F. Petermann, & I. Ehlebracht-König (Hrsg.), *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung* (S. 137-154). Regensburg: S. Röderer Verlag.
- Zaunseil, M. (2000). Ein neues Verständnis von chronischer Krankheit? In A. Herman, I. Schürmann & M. Zaunseil (Hrsg.), *Chronische Krankheiten als Aufgabe. Betroffene, Angehörige und Behandler zwischen Resignation und Aufbruch* (S. 7-20). Tübingen: dgvt-Verlag.

Dipl. Rehappsych. (FH) Melanie Jagla, M.Sc.  
Universität Flensburg  
Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung  
Auf dem Campus 1  
29243 Flensburg  
E-mail: melanie.jagla@uni-flensburg.de

## Screeningbasierte Partizipative Entscheidungsfindung in der somatischen medizinischen Rehabilitation: Kontinuierliches Verbesserungswesen am Beispiel psychologischer Praxis

- Küch, D. (1), Schwabe, M. (1), Kolband, H. (2)  
(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Abt. Rehabilitation, Berlin  
(2) Klinik Werra, Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf

### 1. Hintergrund

Seit Anfang des Jahrzehnts ist der Umfang an psychischen Komorbiditäten in der somatischen Rehabilitation bekannt (z. B. Häfner et al. 2002). Entsprechend wurde der Einsatz von Screeninginstrumenten, bzw. psychotherapeutische Mitbehandlung zwar gefördert, aber langsam in allen Einrichtungen umgesetzt. In der Klinik Werra war vergleichend ein Studienprojekt verschiedene Screeninginstrumente viele Patientinnen als „positiv“ eingeschätzt wurden, ohne dass mit den vorhandenen Personalkapazitäten im psychologischen Bereich auch alle positiven Fälle einer entsprechenden Mitbehandlung zugeführt werden konnten. Genau in diesem Dilemma dürfte ein wesentlicher Grund dafür liegen, dass der Einsatz psychosozialer Screenings von den psychologischen Kolleginnen selbst nicht unbedingt forciert wird. Möglicherweise, dem Dilemma („Fälle identifizieren, aber nicht behan-

Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation  
Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband  
Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e. V. (Hrsg.)

# Trends in der medizinischen Rehabilitation

Beiträge zur 29. Jahrestagung  
des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation  
29.10 – 31.10.2010  
im Bildungszentrum Erkrner

**Redaktion:**

Dr. Dieter Küch, Göttingen  
Britta Mai, Bad Nauheim  
Verena Pinnier, Berlin  
Dieter Schmueker, Bad Waldsee  
Dr. Jürgen Theissing, Böttingen

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte  
bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-931589-97-4

**Verlag:** Deutscher Psychologien Verlag GmbH, Berlin

**Umschlag:** Ursula Tücke, Köln

**Druck:** copy team cologne GmbH, Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Vervielfältigung außerhalb  
der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes, in der jeweils geltenden Fassung, ist ohne  
Zustimmung des Verlegers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,  
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen  
Systemen.

Alle Rechte vorbehalten  
© 2010 Deutscher Psychologien Verlag GmbH  
Printed in Germany

ISBN 978-3-931589-97-4

Besuchen Sie uns im Internet: [www.psychologienverlag.de](http://www.psychologienverlag.de)

## Inhaltsverzeichnis

### Teil I: Vorträge

Internetgestützte Nachsorge - Möglichkeiten und Akzeptanz <i>Bartel, S., Nowossieleck, N. &amp; Spyrka, S.</i>	9
Soziale Unterstützung und die Aufrechterhaltung von Reha-Erfolgen <i>Lippke, S.</i>	27
Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MIBOR) <i>Neukerth, S.</i>	41
Telefonische Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität <i>Sorabi, S. &amp; Falter, H.</i>	47
Rahmenbedingungen und Strukturen für Psychologen und Psychologinnen in der medizinischen Rehabilitation <i>Wortzgen, U.</i>	56

## Teil 2: Posterbeiträge

Wer bewältigt wie? Krankheitsbewältigung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen <i>Jagla, M. &amp; Franke, G.H.</i>	71
Screeningbasierte Partizipative Entscheidungsfindung in der somatischen medizinischen Rehabilitation: Kontinuierliches Verbesserungswesen am Beispiel psychologischer Praxis <i>Küch, D., Schwabe, M. &amp; Roßband, H.</i>	87
„Da gehört nicht viel dazu, mich von diesem Ziel abzubringen!“ Erfassung der Zielbindung bei Patienten mit KHK am Beispiel körperlicher Aktivität <i>Langer, S., Kramlich, J.-H. &amp; Deeg, P.</i>	107
Strukturen, Arbeitsbedingungen und Belastungen von Psychologinnen in der medizinischen Rehabilitation <i>Schmecker, D., Mal, B., Pinner, V., Theissing, J. &amp; Küch, D.</i>	115
Versorgungslage in der Orthopädischen Rheumatologie – Versorgung und Behandlungsschwerpunkte rheumatologischer Patienten in der medizinisch-orthopädischen Rehabilitation <i>Strahl, A., Friedrichs, A., Sritter, W. &amp; Morfeld, M.</i>	122

## Teil 3: Workshopbeiträge

Weisheitstherapie zur Behandlung von Ärger und Kränkungen am Beispiel der Posttraumatischen Verdrückerungsstörung <i>Banmann, K.</i>	131
Die Einbeziehung von Angehörigen in die psychosomatische Rehabilitation <i>Döring, K. &amp; Mle, C.</i>	148
Umsetzung arbeits- und berufsbezogener Orientierung in der medizinischen Rehabilitation <i>Neudorh, S. &amp; Dorn, M.</i>	173
Kleine Schule des Geniebens <i>Koppenhoyer, E.</i>	185
Das Fibromyalgiesyndrom in der medizinischen Rehabilitation: Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Einschätzung <i>Meiser, E.-M.</i>	198
Das Training emotionaler Kompetenzen – Ein Gruppentraining zur Verbesserung der Stress-, Selbstwert- und Emotionsregulation <i>Reichardt, A.</i>	209
Anwendung von Trance-Geschichten in der Rehabilitation <i>Wilk, D.</i>	217