

MPI 658

„Ich hoffe, dass es wieder wird wie vorher...“: Prospektive Annahmen von Patienten und Angehörigen über die Folgen des Schlaganfalls zu Beginn der Rehabilitation

Ira Anne Gründel*, D.Y. von Cramon**, Gabriele Wilz*

* Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,

** Tagesklinik für Kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig

Kurzfassung

In der vorliegenden Arbeit werden die Annahmen untersucht, die Patienten und Angehörige zu Beginn der Rehabilitation über die Folgen des Schlaganfalls entwickeln. Es wird erwartet, dass diese Annahmen das Krankheitserleben und die subjektive Lebensqualität der Befragten beeinflussen. Die Frage nach Inhalt und Funktionalität krankheitsbezogener Kognitionen führt in das Forschungsgebiet subjektiver Krankheitstheorien, auf dem für cerebrovaskuläre Erkrankungen bisher nur wenige Ergebnisse vorliegen. Die Untersuchungsstichprobe besteht aus 92 Personen, jeweils 46 Schlaganfallpatienten und deren Lebenspartner. Die Datenerhebung erfolgte unmittelbar nach Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung. Die subjektiv-theoretischen Annahmen über die Krankheitsfolgen wurden mittels eines halb-strukturierten Interviews erhoben. Das Krankheitserleben wurde über eine Einschätzung der subjektiven Beeinträchtigung durch den Schlaganfall mittels des Patient Competency Rating (Prigatano, 1986) und die subjektive Lebensqualität mittels des WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) erfasst. Im Zentrum des „vorwärts gerichteten“ subjektiven Theoretisierens (Filipp, 1990) über die Krankheitsfolgen stehen sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen die Auswirkungen des Schlaganfalls auf die zukünftige Bewältigung des Alltags und die Gesundheit. Daneben ist die Mehrzahl der Befragten davon überzeugt, die Folgen des Schlaganfalls durch eigenes Bemühen, Willenskraft und engagierte Mitarbeit in den Therapien günstig beeinflussen zu können. Es zeigt sich, dass die Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über die Erkrankung - unabhängig von den tatsächlichen funktionellen Beeinträchtigungen - sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen mit einer besseren Einschätzung des gesundheitlichen Status sowie mit einer höheren Lebensqualität einhergeht.

Schlüsselwörter

Schlaganfall
Lebensqualität
Subjektive Krankheitstheorie
Annahmen über die Krankheitsfolgen
Neurologische Rehabilitation

Einführung

Durch einen Schlaganfall sehen sich Betroffene und Angehörige plötzlich und unerwartet mit einer zunächst akut lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert, deren langfristige Folgen eine Fortsetzung des bisherigen Lebensentwurfs nicht ohne weiteres ermöglichen. Die überwiegend andauernden Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, aber auch des emotionalen Befindens verlangen sowohl dem Erkrankten selbst als auch seiner Familie langfristige Bewältigungsleistungen ab (Low, Payne & Roderick, 1999).

Die psychische Bewältigung chronischer Erkrankungen ist – krankheitsübergreifend – ein zentrales Thema in der Rehabilitation. Zu einem umfassenden Rehabilitationsansatz gehört auch die Unterstützung bei der emotionalen und sozialen Bewältigung einer Erkrankung (Brackhane, 1988). Die Fragestellung, welche Bedeutung kognitive und emotionale Faktoren der Krankheitsverarbeitung in der Rehabilitation der Schlaganfallerkrankung haben, führt in das Forschungsfeld subjektiver Krankheitstheorien. Zwischen dem, was Betroffene über die Erkrankung und die Therapiemaßnahmen denken, und dem, was sie bereit sind an Therapiemaßnahmen mitzutragen, besteht eine unmittelbare Beziehung. Krankheitskonzepte, Therapiemaßnahmen und Therapieergebnisse sind eng miteinander verflochten (Linden, 1985).

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass Menschen, die von einem Schlaganfall betroffen sind, in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung oder den erkrankten Personen eine Vielzahl von Annahmen über diese Krankheit entwickeln, und dass diese die Krankheitsverarbeitung beeinflussen.

Hintergrund und Forschungsstand

Subjektive Krankheitstheorien gelten als in bestimmter Weise organisierte und repräsentierte komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen. Sie bilden das Ingesamt aller Wissens- und Vorstellungsinhalte, die mit der jeweils betrachteten Erkrankung assoziiert sind (Filipp, 1990). Bedeutsam sind ebenfalls die emotionalen Anteile solchen Wissens und die darin einge-

schlossenen Erfahrungen bzw. Befürchtungen (Bischoff & Zenz, 1989). Die Frage nach der Existenz und der Funktionalität subjektiver Krankheitstheorien zählt seit den 50er Jahren zu den Forschungsthemen in Psychologie und Medizin. Ergebnis der entsprechend umfangreichen Forschungen ist ein Basis-Modell, durch welches der Gegenstandsbereich strukturiert werden kann. Den gemeinsamen Kern subjektiver Theorien über verschiedenste Krankheiten bilden (1) das Wissen um konkrete Symptome, (2) die Annahmen über die unmittelbaren und langfristigen Konsequenzen einer Erkrankung, (3) die Annahmen über den zeitlichen Verlauf einer Erkrankung, (4) die Attributionen über die Krankheitsursachen, sowie (5) die Annahmen über Mittel, durch die eine Heilung erreicht werden könnte (Flick, 1988; Skelton & Croyle, 1991).

In dieses Basis-Modell lassen sich weitere Elemente integrieren; beispielsweise schließen Annahmen über die unmittelbaren und langfristigen Konsequenzen der Erkrankung auch Annahmen über deren Bedrohlichkeit und Kontrollierbarkeit mit ein. In die Annahmen zur Ätiologie lassen sich Annahmen über die persönliche Verantwortlichkeit für die Entstehung der Krankheit einbeziehen, und zu den Annahmen über die notwendigen Mittel zur Heilung zählen auch Selbstwirksamkeitserwartungen. Bezogen auf die Annahmen zum Heilungsverlauf ist die Verfügbarkeit von Präventionskonzepten, einschließlich normativer Vorstellungen über eine angemessene Krankheitsbewältigung, von Bedeutung. Übergreifend sind Assoziationen zur Erkrankung wie beispielsweise Annahmen über das „Wesen“ der von der entsprechenden Krankheit Betroffenen oder über den Sinn von Erkrankungen. Es liegt auf der Hand, dass sich die krankheitsbezogenen Kognitionen von Personen nicht in ihrer Gesamtheit erfassen lassen. Vielmehr nehmen die Untersuchungen zu subjektiv-theoretischen Annahmen über Krankheiten auf jeweils einzelne Elemente subjektiver Krankheitstheorien Bezug. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Annahmen von Betroffenen und Angehörigen über die Konsequenzen des Schlaganfalls.

Dieser Aspekt „vorwärts gerichteten“ subjektiven Theoretisierens (Filipp, 1990) ist für verschiedene Krankheitsbilder untersucht worden, vor allem für Krebs und Herzinfarkt, und unter dem Aspekt der subjektiven Wahr-

nehmung von Kontrolle. Der kontrolltheoretische Ansatz geht im weitesten Sinne davon aus, dass Personen bestrebt sind, Einfluss auf Ereignisse in ihrer Umwelt auszuüben. Untersucht wird, inwiefern eine Person sich selbst eine kausale Rolle bei der Entwicklung spezifischer Ereignisse zuschreibt. Als die wohl bekannteste Theorie innerhalb dieses Ansatzes gilt Rotters Konzept der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen (Rotter & Hochreich, 1975). Individuelle Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf werden einerseits auf relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale zurückgeführt, andererseits werden sie aber auch als spezifische, situationsgebundene Kognitionen verstanden (Bengel, 1993; Filipp, 1990).

Den Ergebnissen einer vergleichenden Studie (Lerch & Kramer, 1994) zufolge wird der inneren Einstellung („sich nicht hängen lassen“) bei einer Krebserkrankung mehr Einfluss auf den Verlauf zugeschrieben als bei einer Herzerkrankung. Bei Herzinfarktpatienten wiederum überwiegt die Annahme, dass eine Veränderung der Lebensweise am ehesten zu einer Heilung beiträgt. Bedeutsam ist auch, dass einem Herzinfarkt generell mehr Einflussmöglichkeiten zugeschrieben werden als einer Krebserkrankung. Marschall und Fuller (1989) zeigen in ihrer Studie, dass Herzinfarktpatienten, die Kontrolle über ihre Genesung zu haben glauben, ihre Rehabilitationsmaßnahmen systematischer planen und mehr Vertrauen in die eigenen Verhaltensmöglichkeiten setzen als Patienten, für die dies nicht zutrifft. Faller (1990) weist für Herzinfarkt-rehabilitanden nach, dass diese sich selbst mehr Einflussmöglichkeiten auf den Heilungsverlauf zuschreiben als der Behandlung oder anderen Personen wie Ärzten und Angehörigen. Hasenbring (1992) erfasst in ihrer Studie unter anderem die Beeinflussbarkeitserwartungen von Krebspatienten und zeigt, dass der Einfluss der „powerful others“ (hier Ärztinnen und Ärzte) überwiegt. Bezüglich der emotionalen Befindlichkeit der Patienten ergibt sich ein negativer Zusammenhang zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und Angst. Taylor, Lichtmann und Wood (1984) stellen bei Brustkrebspatientinnen eine hohe Korrelation zwischen der Einschätzung, sie selbst hätten Kontrolle über ihre Erkrankung, und einer guten emotionalen Befindlichkeit fest.

Für Schlaganfallpatienten kann Rey (1999) in ihrer Studie einen negativen Zusammenhang zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und Lebensqualität zeigen. Je mehr also die Patienten die Verantwortlichkeit für den Heilungsverlauf externalen Faktoren wie beispielsweise der Güte der medizinischen Behandlung zuschreiben, desto geringer schätzen sie ihre Lebensqualität ein. Ein positiver Zusammenhang zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und Lebensqualität lässt sich jedoch nicht bestätigen.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass die Untersuchungsergebnisse - unabhängig davon, welche Erkrankung sie repräsentieren - darauf hinweisen, dass die Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf sich günstig auf die Anpassung an die Erkrankung auswirkt. Allerdings ist die Bedeutung subjektiv-theoretischer Annahmen von Patienten und Angehörigen zur Kontrollierbarkeit des Schlaganfalls für die Bewältigung dieser Erkrankung beim gegenwärtigen Stand der Forschung noch weitgehend ungeklärt.

Fragestellungen und Hypothesen

Ein Schwerpunkt der Untersuchung besteht in der Frage, mit welchen Konsequenzen des Schlaganfalls Betroffene und Angehörige bereits kurzfristig nach Erkrankungsbeginn rechnen. Da zu dieser Fragestellung auf vorliegende Befunde nicht zurückgegriffen werden kann, soll zunächst beschrieben werden, in welchen Lebensbereichen die Befragten überhaupt Konsequenzen erwarten. Es wird angenommen, dass Vorstellungen über die physischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen der Erkrankung entwickelt werden. Darüber hinaus wird erwartet, dass Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten formuliert werden. Bezogen auf die Qualität der antizipierten Konsequenzen ist die Vermutung nahe liegend, dass infolge des Schlaganfalls überwiegend negative Veränderungen in den genannten Bereichen erwartet werden. Andererseits ist jedoch auch denkbar, dass wenige Wochen nach Eintritt des Schlaganfalls noch keine klaren kognitiven Repräsentationen über die Auswirkungen der Erkrankung bestehen. Schließlich ist, in Hinsicht auf Veränderungen des Gesundheitsverhaltens, auch die Antizipation positiver Erkrankungsfolgen möglich. Die Annahmen über die

Konsequenzen des Schlaganfalls sollen letztlich auch unter dem Aspekt betrachtet werden, inwiefern die Erkrankung von den Befragten als kontrollierbar wahrgenommen wird.

Zunächst soll ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle und der ärztlichen Einschätzung der funktionalen Beeinträchtigungen der Patienten besteht. Vor dem Hintergrund, dass Kontrollüberzeugungen relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale darstellen, wird folgende Hypothese geprüft:

(H1) Die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den weiteren Verlauf der Schlaganfallerkrankung ist unabhängig von der ärztlichen Beurteilung der funktionalen Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall.

Geht man von der belastungsregulierenden Funktion subjektiv-theoretischer Annahmen aus, so kann erwartet werden, dass die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle mit einer besseren Einschätzung des gesundheitlichen Status und einer höheren subjektiven Lebensqualität einhergeht. Entsprechend sollen zwei Hypothesen formuliert werden:

(H2) Patienten/Angehörige, die sich selbst bzw. ihrem erkrankten Partner Kontrolle über die Schlaganfallerkrankung zuschreiben, schätzen ihren gesundheitlichen Status bzw. den des erkrankten Partners besser ein als Patienten/Angehörige, die diese Kontrollüberzeugung nicht aufweisen.

(H3) Patienten/Angehörige, die sich selbst bzw. ihrem erkrankten Partner Kontrolle über die Schlaganfallerkrankung zuschreiben, haben eine höhere subjektive Lebensqualität als Patienten/Angehörige, die eine solche Kontrollüberzeugung nicht aufweisen.

Methodik

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Daten, die im Rahmen des Forschungsprojektes „Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten“ (Wilz, 2002) erhoben worden sind. Eine wesentliche Zielsetzung dieser Studie war eine differenzierte, prospektive Erfassung der Veränderungen des psychischen und physischen Befindens sowie der Lebens-

qualität von Angehörigen infolge der Schlaganfall-Erkrankung des Lebenspartners.

Studiendesign

Der Untersuchungsansatz besteht in einer Kombination qualitativer und quantitativer Methoden. Für die Erfassung der subjektiv-theoretischen Annahmen war eine offene Erhebungsmethode (Interview) angezeigt, da diese dem Charakter subjektiver Vorstellungsinhalte am ehesten gerecht wird. Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität sowie des Schweregrades des Schlaganfalls wurden standardisierte Verfahren eingesetzt.

Erhebungsmethodik

Interview

Die subjektiven Annahmen über die Konsequenzen der Schlaganfalls wurden mittels eines Interviews erfasst, das für Patienten und Angehörige mit drei narrativen Eingangsfragen begann: (1) Was hat sich bei Ihnen durch den Schlaganfall (ihrer Partnerin/ihrer Partners) verändert?, (2) Was beschäftigt Sie am meisten?, (3) Hat es in der letzten Zeit etwas (anderes) gegeben, was Sie belastet hat? Nach dem narrativen Teil wurde das Interview nach einem Leitfaden in halb-strukturierter Form weitergeführt. Das Patienten-Interview umfasste die Themenbereiche „Reaktion auf den Schlaganfall“, „Ätiologievorstellungen“, „retro- bzw. prospektive Entwicklung des Gesundheitszustandes“ sowie ein Screening emotionaler Probleme wie Ängsten oder depressiven Verstimmungen. Im Angehörigen-Interview wurden darüber hinaus die Themenbereiche „Beziehungsqualität“, „Gesundheitsverhalten“ und „Inanspruchnahme professioneller Unterstützung“ sowie „Belastungsverarbeitung“ erfasst. Bei der Formulierung der Fragen fand Beachtung, dass direktes Nachfragen häufig nicht zu genuin Subjektivem führt, sondern bereitliegende sozial erwünschte Sprachfiguren aktualisiert. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert.

Fragebogen

Der Schweregrad der Schlaganfallerkrankung wurde durch die behan-

delnden Ärzte mittels des *Barthel-Index* (Mahoney & Barthel, 1965) erhoben. Die Skala bildet motorische und funktionelle Beeinträchtigungen ab und misst somit im Wesentlichen den körperlichen Pflegebedarf. Der Höchstwert liegt bei 100 Punkten. Orientierungswerte für eine Abgrenzung verschiedener Schweregrade des Schlaganfalls werden in den entsprechenden Beschreibungen des Verfahrens (Hamann, Siebler & von Scheidt, 2002; Masur, 2000) nicht angegeben. In der Praxis hat sich jedoch etabliert, ab einem Wert von 85 Punkten von einer weitgehenden funktionalen Unabhängigkeit des Patienten auszugehen. Problematisch ist die geringe Sensitivität des Verfahrens, welches die Abbildung geringer, aber funktionell bedeutsamer Beeinträchtigungen unmöglich macht. Zudem werden kognitive Behinderungen nicht berücksichtigt. Das Erreichen des Maximalwertes von 100 Punkten bedeutet demnach nicht, dass ein Patient selbständig leben kann.

Der von den Betroffenen und Angehörigen eingeschätzte gesundheitliche Status wurde mit dem *Patient-Competency-Rating* (Prigatano, 1986) erfasst. Das Verfahren bildet die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen in den Bereichen Alltagsaktivitäten, Emotionalität, Soziale Kompetenz und Kognitive Leistungsfähigkeit ab. Die Zusammenfassung der vier Skalen ergibt den Gesamtwert des Verfahrens. Sein Höchstwert liegt bei 120 Punkten, wobei hohe Werte eine geringere Beeinträchtigung und damit einen besseren gesundheitlichen Status bedeuten als niedrige Werte.

Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität wurde bei Betroffenen und Angehörigen der *WHOQOL-BREF* (Angermeyer et al., 2000) eingesetzt. Dieser enthält 26 Items, welche die Dimensionen Allgemeine Lebensqualität, Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen sowie Umgebungsbedingungen der vergangenen 14 Tage auf einer 5-stufigen Antwortskala abbildet. Solche Verfahren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden zunehmend auch zur Abbildung des Rehabilitationserfolges im Sinne erfolgreicher versus weniger erfolgreicher Anpassung an die Erkrankung eingesetzt (Wallesch & Hasenbein, 2001).

Auswertungsmethodik

Auswertung der qualitativen Datenbasis

Die Interviews wurden einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1995) unterzogen. Dazu wurden zunächst alle inhaltstragenden Äußerungen der Befragten entsprechend der Fragestellung ausgewählt und in einem zweiten Schritt paraphrasiert. In einem dritten Schritt wurden dann fallweise alle gleich lautenden Paraphrasen gestrichen, so dass je Fall eine Reduktion des Interviewmaterials auf die wesentlichen Kernaussagen zur Fragestellung vorlag. Danach wurden fallübergreifend alle gleich lautenden Paraphrasen zusammengefasst (2. Reduktion), so dass die wesentlichen Inhalte aller Interviews entsprechend der Fragestellung extrahiert waren. Die von den Patienten und Angehörigen antizipierten Konsequenzen des Schlaganfalls ließen sich so zu sechs Themenbereichen ordnen: Kompetenzen, Gesundheit, Berufstätigkeit, Risikowahrnehmung, Stress sowie Risikofaktoren.

In einem nächsten Schritt wurden die ermittelten Themenbereiche wie eine Variablenliste behandelt, wiederum fallweise kodiert und einer Häufigkeitsanalyse unterzogen, so dass im Ergebnis vorlag, welche Themenbereiche wie häufig benannt wurden. Zusätzlich erfolgte auf der Grundlage der Interviews fallweise eine Zuordnung zu zwei Gruppen hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Kontrolle über die Erkrankung („Gruppe 1 = nein“ und „Gruppe 2 = ja“). In der Patientenstichprobe wurden nur diejenigen Befragten zur Gruppe zwei zugeordnet, die in den Interviews eigene Einflussmöglichkeiten auf den weiteren Krankheitsverlauf explizit benannten (z.B. sich anstrengen, den Willen haben). Entsprechend erfolgte in der Angehörigenstichprobe eine Zuordnung zu Gruppe 2 nur dann, wenn dem erkrankten Lebenspartner eine aktive Einflussnahme auf die gesundheitliche Entwicklung zugeschrieben wurde (z.B. sie ist ehrgeizig, er gibt sich Mühe).

Auswertung der quantitativen Datenbasis

Die statistische Auswertung der im Rahmen des halb-strukturierten Interviews und der verschiedenen standar-

disierten Verfahren erhobenen Daten erfolgte unter Nutzung des Programmpakets SPSS für Windows (Versionen 10.0 und 11.0). Dabei kamen je nach Fragestellung und Datenqualität deskriptiv-statistische Methoden, t-tests sowie non-parametrische Verfahren zur Anwendung. Die Voraussetzungen zur Anwendung des t-tests waren erfüllt. Für signifikante Ergebnisse wurden zusätzlich die jeweiligen Effektstärken berechnet.

Ergebnisse

Soziodemographische Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

In die Untersuchung wurden 92 Personen (46 Schlaganfallpatienten und 46 Angehörige) eingeschlossen. Bei den Angehörigen handelt es sich ausschließlich um die Lebenspartner der Schlaganfallpatienten, wobei Frauen (N = 31) häufiger vertreten sind als Männer (N = 15). Entsprechend umfasst die Patientenstichprobe 31 Männer und 15 Frauen. Die Partnerschaften sind überwiegend langjährig; im Mittel bestehen sie seit 31 Jahren. Eine Darstellung weiterer soziodemographischer Merkmale findet sich in Tabelle 1.

Gesundheitlicher Status der Patienten

Alle Patienten der Untersuchungsstichprobe waren erstmalig von einem Schlaganfall betroffen. Dieser lag zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zwischen einem und acht Monaten zurück. 85 % der Diagnosen (N = 39) entfielen auf einen ischämischen Insult; in 15 % der Fälle (N = 7) wurde eine intrazerebrale Blutung diagnostiziert. Die motorischen und funktionellen Beeinträchtigungen der Patienten bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung, gemessen mit dem Barthel-Index, lagen im Mittel bei 84,5 Punkten. Die Spannweite reichte von 20 Punkten bis zum Maximalwert von 100 Punkten. Die Mehrzahl der Patienten (N = 28; 70 %) war mit einem Wert von ≥ 85 Punkten weitgehend mobil und unabhängig von der Pflege durch Klinikpersonal bzw. Angehörige. Bei zwölf (30 %) der Patienten lag der Barthel-Index unter 85 Punkten. Diese Patienten wiesen mäßige bis starke funktionelle Beeinträchtigungen,

insbesondere in der Mobilität auf und waren daher auf Pflegeleistungen angewiesen. Von sechs Patienten lag der Barthel-Index nicht vor.

Der subjektiv eingeschätzte gesundheitliche Status, gemessen mit dem Patient Competency Rating, ergab für die Patientenstichprobe (PCR-P) einen Mittelwert von 88,29 Punkten (N = 41; missing cases: 5). Die Einschätzung der Angehörigen (PCR-A) lag im Mittel bei 84,17 Punkten (N = 40; missing cases: 6). Zwischen der Einschätzung der Patienten (PCR-P) und der Beurteilung der Angehörigen (PCR-A) liegt eine hohe Übereinstimmung vor. Die Korrelation für 36 Paare beträgt $r = 0,65$ ($p < 0,001$). Dagegen findet sich zwischen der ärztlichen Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigungen und den subjektiven Urteilen von Patienten (PCR-P) und Angehörigen (PCR-A) kein statistisch signifikanter Zusammenhang (vgl. Tabelle 2).

Dieses Ergebnis als Beleg für differierende Urteile von Ärzten, Patienten und Angehörigen zu bewerten, scheint angesichts der inhaltlichen Differenz beider Verfahren nicht gerechtfertigt. Vielmehr ist die geringe Übereinstimmung als Hinweis darauf zu werten, dass der Umfang des körperlichen Pflegebedarfs, der durch den Barthel-Index repräsentiert wird, für das Erleben subjektiver Beeinträchtigungen nicht ausreichend bestimmend ist.

Antizipierte Konsequenzen des Schlaganfalls

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der zusammenfassenden Inhaltsanalyse dargestellt werden. Ausgangspunkt der qualitativen Analyse war die Frage, welche Vorstellungen Patienten und Angehörige zu Beginn der Rehabilitation über die Folgen der Erkrankung entwickeln und in welchen Lebensbereichen überhaupt Konsequenzen erwartet werden.

Kompetenzen in der Bewältigung des Alltags

Ein Themenbereich, den alle befragten Patienten und Angehörigen benennen, betrifft die zukünftige Bewältigung des Alltags. Die antizipierten Konsequenzen lassen sich drei Gruppen von Annahmen zuordnen: (1) Der Schlaganfall werde zu Einbußen in den Kompetenzen führen, (2) Die Konsequenzen des Schlaganfalls lassen sich noch

Tab. 1: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsstichprobe

Angehörige N=46		Patienten N=46
54,15 9,69 35-69	Alter Mittelwert Streuung Spannweite	55,68 8,5 35-69
31 15	Geschlecht Frauen Männer	15 31
12 10 6 3 10 5	Bildungsstand Hauptschule Realschule Polytechnische Oberschule Fachhochschulreife Hochschulreife Missing cases	12 10 10 11 1 2
11 4 9 2 14 1 5	Erwerbstätigkeit vor der Erkrankung Ja, ganztags Ja, mindestens halbtags Nein, arbeitslos Nein, EU-Rente Nein, Altersrente Nein, anderes Missing cases	23 4 3 5 10 1 1

Tab. 2: Korrelationen zwischen Arzt-, Patienten- und Angehörigenbewertung des gesundheitlichen Status

	PCR-P (N=35)	PCR-A (N=34)
Barthel-Index	r=0,1; p=0,54	r=0,17; p=0,33

nicht einschätzen, und (3) Der Schlaganfall werde keine Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen haben. Zunächst soll dargestellt werden, wie sich diese einzelnen Annahmen in der Patientenstichprobe verteilen und wie sie sich inhaltlich beschreiben lassen.

Eine knappe Mehrheit von 18 Patienten (39%) nimmt an, dass sich durch den Schlaganfall keine gravierenden Defizite ihrer Kompetenzen ergeben

würden. Die Befragten thematisieren, dass wahrscheinlich wieder alles normal werde. Auch wenn gesundheitliche Einschränkungen bestehen bleiben, könne das Leben so weitergehen wie bisher.

„Also ich denke mir, das wird wieder so wie früher ((lacht)). Das denke ich mal. Und wenn es jetzt vielleicht diese oder jene Sachen gibt, dass ich nicht mehr auf

die Leiter steigen kann, die ist fünf Meter hoch, na da lass ich das. Da kann mer och damit leben. Aber im Grunde genommen denke ich mir, dass es weitestgehend angestellt werden kann.“ (ID 40)

„Ich habe jetzt schon gemerkt, dass ich das auch so alles schaffe, zu Hause. Dass es weitergeht normal.“ (ID 24)

Dagegen ist ein Drittel (N = 15; 33 %) der Patienten der Überzeugung, dass Selbständigkeit, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Mobilität zukünftig eingeschränkt sein und damit die Bewältigung des Alltags erschwert sein werde. Man sei zukünftig auf die Hilfe anderer Personen angewiesen. Wo man vor der Erkrankung spontan gehandelt habe, müsse man zukünftig den Alltag planen, damit man alles bewältigen könne. Man werde auch in der Mobilität eingeschränkt sein, da das Autofahren auf längere Sicht nicht möglich sein werde. Die geplanten Urlaubsreisen werde man vorerst absagen müssen. Unter Umständen werde auch ein Wohnungswechsel notwendig, da die bisherige Wohnung nicht behindertengerecht gestaltet sei. Nicht zuletzt sei durch die Erkrankung auch mit finanziellen Einbußen zu rechnen.

„Ja, das ist also, ich gehe davon aus so in der Richtung, das ist eigentlich meine, meine Überzeugung, dass ich vieles, was ich bisher leisten konnte, und leiste, aber vielleicht nicht mehr leisten kann.“ (ID 5)

„Ich werde in meiner Selbständigkeit, werde ich noch über 'n längeren Zeitraum Einschränkungen hinnehmen müssen. Das wird nun nicht gleich wieder so gehen, dass ich alles wie früher machen kann.“ (ID 63)

Dreizehn Patienten (28 %) haben noch keine klaren Vorstellungen darüber, wie sich der Schlaganfall auf ihre Lebensgestaltung auswirken wird. Sie erleben die Rehabilitationsklinik als geschützten Raum, in welchem Alltagsanforderungen nicht zu bewältigen sind. Über ihre entsprechenden Kompetenzen nach der Entlassung aus der Klinik sind sie sich unsicher.

„Das ist schwer zu sagen, ob sich da irgendwelche Veränderungen ergeben. Das kann ich jetzt noch nicht sagen. Eigentlich geht's mir ja hier gut und so. Ich weiß nicht, ob das dann draußen anders sein wird.“ (ID 01)

„Die Angst, weil ich im Grunde genommen jetzt nicht weiß, wie sollst du dich benehmen. Kannst du ein ganz normales Leben führen? Kannst du schwimmen gehen, kannst du wieder Treppen steigen oder kannst du Reisen machen? Das weiß ich ja nicht und das ist die Angst, die in mir ausgelöst wird.“ (ID 23)

In der Angehörigenstichprobe stellen sich die Ergebnisse zu den Vorstellungen

über die zukünftige Bewältigung des Alltags wie folgt dar: Im Gegensatz zu den Patienten gehen diese mehrheitlich (N = 21; 46 %) davon aus, dass ihr erkrankter Ehepartner infolge des Schlaganfalls an Kompetenzen verlieren wird. So werde er zukünftig auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein. Bestimmte Tätigkeiten, vor allem schwere körperliche Arbeit und Autofahren, würden nicht mehr möglich sein. Es sei notwendig, Belastungen für den erkrankten Partner zu verringern und die Lebensumstände (von der Urlaubsplanung bis zur Wohnungseinrichtung) an die Gegebenheiten der Erkrankung anzupassen.

„Dass eben jetzt doch die Brötchen ein kleines bisschen kleiner gebacken werden müssen als bisher.“ (ID 30)

„Dann muss man ja auch sehen, dass wir vielleicht eine andere Wohnung brauchen. Ebenerdig und mit Fahrstuhl.“ (ID 53)

„Naja, er ist auch immer auf Hilfe angewiesen, zumindest solange sich das nicht bessert, ist er immer auf Hilfe angewiesen.“ (ID 78)

Die Antizipation, dass der erkrankte Partner zukünftig in der Bewältigung des Alltags eingeschränkt sein werde, bedeutet für die Angehörigen gleichsam die Notwendigkeit, neue Alltagsaufgaben zu übernehmen und neue Kompetenzen zu erwerben.

„Im Moment ist es natürlich so, dass ich alle häuslichen Arbeiten durchführen muss und Vergnügungen mehr oder weniger gestrichen werden müssen für die nächste Zeit.“ (ID 33)

„Ich habe mich nie mit irgendwelchen Rechnungen beschäftigt und war da auch gar nicht eingewiesen. Und jetzt stand ich über Nacht da und musste mich in den ganzen Quatsch reinfinden.“ (ID 64)

Für 17 Angehörige (37 %) lassen sich zu Beginn der Rehabilitation des erkrankten Partners die Folgen für die zukünftige Bewältigung des Alltags noch nicht abschätzen. Sie sind sich nicht sicher, was nach der Entlassung aus der Behandlung dem erkrankten Partner wieder möglich sein wird und was nicht.

„Ob er mal wieder Auto fahren kann, das kann ich nicht einschätzen, das weiß ich nicht. Und das, könnte sein, dass das

eben da nicht mehr der Fall ist. Aber wie das nun wird, kann ich nicht voraussagen. Das ist ja bei jedem anders.“ (ID 22)

„Das kann ich jetzt noch nicht einschätzen. Das werden wir sehen, wenn er nicht mehr krankgeschrieben ist.“ (ID 28)

Die wenigsten Angehörigen (N = 8; 17 %) gehen hingegen davon aus, dass sich durch den Schlaganfall ihres Partners zukünftig keine Veränderungen in den Lebensbedingungen ergeben werden.

„Aber, ich denke mal, dass sich unser Leben so, wie es bisher gelaufen ist, weiter gestalten wird.“ (ID 6)

„Nein, ich glaube nicht, dass sich da irgendwas ändern wird.“ (ID 24)

Zur besseren Übersicht sind die Verteilungen der Annahmen von Patienten und Angehörigen in Tabelle 3 noch einmal dargestellt.

Gesundheitliche Entwicklung

Die Annahmen über die gesundheitlichen Folgen des Schlaganfalls ließen sich ebenso zu drei Gruppen zuordnen: (1) Der Schlaganfall führt zu chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, (2) Die weitere gesundheitliche Entwicklung ist nicht vorhersehbar, (3) Die weitere gesundheitliche Entwicklung verläuft positiv, bis hin zur völligen Genesung.

In der Patientenstichprobe sind diese Annahmen wie folgt verteilt: Die meisten Patienten (N = 21; 46 %) haben über die physischen Folgen des Schlaganfalls keine klaren Vorstellungen. Sie sind der Überzeugung, die weitere gesundheitliche Entwicklung nicht vorhersehen zu können. Alles sei möglich, sowohl eine Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch eine chronische Behinderung:

„... ich weiß nicht, was alles bei mir gelähmt bleibt. Ich weiß es nicht. Das weiß ich eben nicht, ja. Ich kann mir nicht erklären, was besser wird. Das, das weiß ich nicht. Das kann sich zum Guten entwickeln, ich kann wieder laufen lernen. Oder es kann so bleiben. Ich weiß es nicht.“ (ID 36)

Tab. 3: Antizipierte Konsequenzen des Schlaganfalls für die Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags

Angehörige	Antizipierte Konsequenzen	Patienten
N = 21 (46%)	Einbußen gegenüber vor der Erkrankung	N = 15 (33%)
N = 17 (37%)	Noch nicht einschätzbar	N = 13 (28%)
N = 8 (17%)	Keine Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltags	N = 18 (39%)

Tab. 4: Antizipierte Konsequenzen des Schlaganfalls für die weitere gesundheitliche Entwicklung

Angehörige	Antizipierte Konsequenzen	Patienten
N = 35 (54%)	Chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen	N = 6 (13%)
N = 21 (46%)	Noch nicht einschätzbar	N = 21 (46%)
	Positive Entwicklung, bis zur völligen Genesung	N = 19 (41%)

Eine zweite Gruppe von Patienten (N = 19; 41 %) geht von einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes - bis hin zur völligen Genesung - aus.

„...dass die Lähmungserscheinungen, die eingetreten sind, restlich wieder verschwinden.“ (ID 40)

Die weitaus wenigsten Patienten gehen davon aus, dass sie infolge ihres Schlaganfalls mit chronischen Beeinträchtigungen leben werden. Diese Annahmen finden sich bei nur sechs (13 %) der Patienten.

„Naja, was sich verändern wird, also ich muss auch damit rechnen, dass ich vielleicht irgendwas sogar behalte, ja.“ (ID 63)

Im Unterschied zu den Patienten findet sich bei den Angehörigen die Annahme einer völligen gesundheitlichen Wiederherstellung nicht. Zwar geht eine knappe Mehrheit von 35 Angehörigen (54 %) von einer positiven Entwicklung des Gesundheitszustandes aus, einschränkend wird jedoch auch antizipiert, dass mit einem langwierigen Heilungsprozess gerechnet werden müsse und die Fortschritte minimal sein könnten.

„... weil ich weiß, wo, was die Gehirnblutung aussagt, und wie das alles mit dem Kleinhirn ist, und ich ja relativ die

Fortschritte schon gesehen habe, dass ich mir sage, es wird besser. Aber nur viel Geduld und viel Zeit.“ (ID 36)

„... ich nehme an, das wird alles wieder. Also das Bein wird... er kann irgendwann wieder laufen. Und der Arm, der dauert zwar ein bisschen länger, aber das wird auch wieder.“ (ID 65)

Selbst bei einer weiterhin positiven Entwicklung des Gesundheitszustandes werden chronische Beeinträchtigungen für möglich gehalten.

„...das ist besser geworden, bilde ich mir ein. Aber eben nur geringfügig. Und vielleicht wird's auch noch besser. Aber das dauert.“ (ID 64)

„... zu begreifen, dass es eine Sache ist, die noch keinerlei positive Wirkung zeigt, noch keinerlei Veränderung zeigt. Dass es sich auf ein unbegrenztes Zeitmaß hinziehen kann.“ (ID 73)

21 Angehörige (46 %) machen keine Vorhersage über die weitere gesundheitliche Entwicklung des betroffenen Partners. Das heißt, sie nehmen explizit eine abwartende Haltung ein.

„Na also ich hoffe, dass es zum Besten geht. Ne. Aber was nun daraus wird, das weiß ich nicht. Na, das werden dann

schon die Ärzte irgendwie in die richtige Bahn bringen, hoffentlich, ne.“ (ID 32)

„Im Moment, so direkt, ich weiß nicht, was kommt, man kann's bloß kommen lassen.“ (ID 42)

Tabelle 4 gibt abschließend noch einmal einen Überblick über die Verteilung der Annahmen von Patienten und Angehörigen über die weitere gesundheitliche Entwicklung.

Berufstätigkeit

Auch bezüglich des Themas Berufstätigkeit ließen sich drei Gruppen von Annahmen identifizieren: (1) Der Schlaganfall wird zur Berentung führen, (2) Eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ist noch fraglich, und (3) Der Schlaganfall wird keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Für die Mehrzahl der Patienten (N = 19; 63 %), die bis zu ihrer Erkrankung berufstätig waren (N = 30), ist eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach Abschluss der Rehabilitation noch fraglich. Im Zentrum ihrer Befürchtungen steht, den beruflichen Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können.

„... die Anforderungen, die an mich gestellt wurden, das ging über einen normalen Acht-Stunden-Tag hinaus und

Praxis
163

man musste den Anforderungen auch nachkommen. Ob ich das dann machen kann und durchhalten kann, weiß ich nicht.“ (ID 5)

„Ich will ja auch ein vollwertiges Mitglied wieder sein. Und mich nicht irgendwo hinstellen oder so. Ich will richtig mitmachen. Und da habe ich jetzt auch so ein kleines bisschen Zweifel daran. Packst du das? Schaffst du das?“ (ID 42)

Trotz ihrer Unsicherheit halten diese Patienten an dem Wunsch nach Rückkehr in ihren Beruf fest. Sie sind davon überzeugt, dass die gegenwärtig erlebten Defizite mit der Zeit verschwinden werden und somit die Ausübung der Arbeit wieder möglich sein wird.

„... das sind ja die elektronischen Geräte, die wir machen. Das ist ja alles sehr klein und das geht natürlich mit so einem Schlag nicht. Das wird schon eine Weile dauern.“ (ID 65)

„Ich denke doch, dass wir in den nächsten Monaten Erfolge erzielen werden und dass ich dann so⁸ im August, September wieder arbeiten gehen kann.“ (ID 66)

Auch unter den Patienten (N = 5; 17 %), die infolge ihres Schlaganfalls eine Erwerbsunfähigkeit antizipieren, findet sich die Überzeugung, die Berentung werde eine vorübergehende Angelegenheit sein:

„Was mich nur sehr traurig macht ist, dass ich vielleicht für ne Zeit berufsunfähig werde, weil meine Tätigkeit in der Schule für mich ein ganz wichtiges Lebensziel war oder ist, und das macht mich schon sehr traurig, dass das vielleicht für...aber ich äh tröste mich immer und denke, es ist ne vorübergehende Sache und nicht, keine endgültige.“ (ID 73)

Sechs (20 %) Patienten antizipieren keine Auswirkungen des Schlaganfalls auf ihre Erwerbsfähigkeit.

In der Angehörigenstichprobe verteilen sich die Annahmen über die Konsequenzen des Schlaganfalls für die weitere Berufstätigkeit des erkrankten Partners nahezu analog. Auch für die Mehrzahl der Angehörigen (N = 21; 70 %), deren Partner bis zum Eintritt des Schlaganfalls berufstätig waren (N = 30), ist noch fraglich, ob der Partner nach Abschluss der Rehabilitation seine Arbeit wieder aufnehmen kann. Auch hier ist die Befürchtung, der Partner werde den beruflichen Anfor-

derungen nicht mehr gerecht werden können, zentral.

„... und ich kann mir vorstellen, wenn er dann auf Arbeit die vielen Telefongespräche. Da habe ich Angst, dass ihm das zu viel wird.“ (ID 32)

„Ich würde sagen, er kann nicht wieder so in die Arbeit einsteigen, wie das früher war. Und halb kann er seine Arbeit nicht machen.“ (ID 51)

Vier Angehörige (13 %) äußern die Vorstellung, ihr Partner werde aufgrund des Schlaganfalls berentet werden müssen.

„Sie war Sachbearbeiterin in einem Modehaus. Das wird sie wohl kaum wieder machen können. Ich glaube es nicht.“ (ID 67)

Bei den übrigen fünf Angehörigen (17 %) werden für den erkrankten Partner keine beruflichen Veränderungen antizipiert. In Tabelle 5 sind die entsprechenden Verteilungen noch einmal zusammengefasst.

Risikowahrnehmung

Die potentielle Möglichkeit eines weiteren Schlaganfalls wird von Patienten (N = 19; 41 %) wie auch von den Angehörigen (N = 19; 41 %) in gleichem Ausmaß antizipiert. Die Befragten äußern die Befürchtung, dass jederzeit ein zweiter Schlaganfall auftreten könne. Mit dem gegenwärtigen habe man noch einmal Glück gehabt; der nächste könne dagegen weit schlimmere Folgen haben.

„Naja, wie gesagt, dass sich das wiederholt. Das ist meine größte Sorge. Ja und dass man dann nicht mehr so beweglich ist.“ (Patient, ID 13)

„Und die größte Sorge ist eben, dass es nicht wieder kommt. Denn das nächste Mal komme ich vielleicht nicht so gut davon. Das könnte schlimmer sein.“ (Patient, ID 20)

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass sich die Risikowahrnehmung der Angehörigen nicht auf die eigene Person bezieht, sondern auf den erkrankten Partner gerichtet ist:

„... die große Angst, weil ich auch darüber nachgelesen habe und gelesen habe, dass sich Schlaganfälle sehr oft wie-

derholen können. Davor habe ich die größte Angst.“ (Angehörige, ID 64)

„... dass das eben nicht wieder passiert. Das verdrängt man zwar, aber das ist eigentlich das Brisanteste mit... Die Angst, dass es nächstes Jahr oder in zwei Jahren wieder passiert.“ (Angehörige, ID 66)

Stress

Für zirka ein Drittel der befragten Patienten (N = 15; 32 %) und ein Viertel der Angehörigen (N = 11; 24 %) führt der Schlaganfall zur Überzeugung, ihr Leben zukünftig ruhiger gestalten zu müssen. Sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich müsse der Stress reduziert werden. Bei den Patienten liegt der Schwerpunkt nicht vorrangig auf der Reduktion von Belastungen, sondern auf einem Einstellungswechsel: Die Kernaussagen kreisen um Begriffe wie innerlich ruhiger und gelassener werden zu wollen, um Belastungen und Stress besser bewältigen zu können.

„Ich will ruhiger werden und mich nicht mehr so aufregen.“ (Patient, ID 33)

„Naja versuchen, Stress im Beruf abzubauen. Das heißt, sich innerlich nicht aufzuregen. Ich werde das vielleicht versuchen, das lockerer anzugehen, wenn Probleme entstehen.“ (Patient, ID 79)

Auch die Angehörigen äußern die Vorstellung, dass der erkrankte Lebenspartner zukünftig ruhiger und gelassener sein müsse.

„Sie wird alles ruhiger angehen. Ich habe ja gemerkt, wenn sie essen kocht für meine Tochter und die kommt dann nicht. Dann regt sie sich auf wie verrückt. Und da habe ich gesagt, das hört auf. Es gibt keine Hektik mehr. Da ist Ruhe.“ (Angehörige, ID 20)

„So, und er muss in mancher Beziehung noch ruhiger werden. Weil er doch manchmal zu impulsiv ist oder zu unbeferrscht und auch gleich manches Wort zu sehr auf die Goldwaage legt.“ (Angehörige, ID 21)

Risikofaktoren

Für weniger als ein Viertel der Patienten (N = 10; 22 %) und circa ein Drittel der Angehörigen (N = 16; 35 %) ist als Folge des Schlaganfalls eine Bekämpfung der einschlägigen Risikofaktoren relevant. Dazu zählt, das Rau-

Tab. 5: Antizipierte Konsequenzen des Schlaganfalls für die weitere Berufstätigkeit

Angehörige	Antizipierte Konsequenzen	Patienten
N = 4 (13%)	Arbeitsunfähigkeit/ Berentung	N = 5 (17%)
N = 21 (70%)	Noch nicht einschätzbar	N = 19 (63%)
N = 5 (17%)	Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit	N = 6 (20%)

chen aufzugeben, die Ernährung auf eine gesunde, d.h. fettarme und vitaminreiche Kost umzustellen, Gewicht zu reduzieren, sich mehr zu bewegen und bei der Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker genauer zu sein.

„Na vorgenommen habe ich mir, nicht mehr zu rauchen, gesünder zu leben...auch die Ernährung und so.“ (Patient, ID 20)

„Ich rauche seit dem Tag keine Zigarette mehr und fasse auch keine wieder an.“ (Patient, ID 78)

Für die Angehörigen steht wiederum der erkrankte Partner im Vordergrund: Er müsse das Rauchen aufgeben, die Ernährung umstellen, sein Gewicht reduzieren, sich mehr bewegen etc. Typischerweise nehmen die Angehörigen hierbei die Rolle von Supervisoren ein.

„In erster Linie würde ich sagen, muss ich darauf drängen, dass er ein bisschen Diät hält.“ (Angehöriger, ID 5)

„Er hat zwar nie viel gegessen tagsüber, aber abends hat er gerne was Gebratenes gegessen und nun muss er darauf verzichten. Er hat sich auch schon sehr umgestellt, aber es gehört wirklich dazu, dass man auch immer mit ihm redet.“ (Angehöriger, ID 51)

Das eigene gesundheitliche Risiko wird dagegen nur selten benannt.

„Ich versuche an bestimmten Dingen zu arbeiten, die vorher nicht so die Rolle gespielt haben. Eben auch Gesundheitsrisiken, die jetzt von mir bewusster wahrgenommen werden. Das betrifft den Bluthochdruck, mit dem ich ziemlich locker umgegangen bin und auch bestimmte Genussmittel.“ (Angehöriger, ID 39)

„Ich bin nun daraufhin, dass mein Mann hier nun so ausgeschenkt wurde, bin ich nun auch mal zum Arzt gegangen

und habe mich checken lassen.“ (Angehöriger, ID 64)

Am Beispiel des Rauchens wird deutlich, dass eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens von den Angehörigen zwar angestrebt wird, die Umsetzung jedoch mit Schwierigkeiten verbunden ist.

„Ich möchte gerne aufhören, aber es ist eben nicht so einfach. Ich wollte eigentlich, ich hatte es mir fest vorgenommen ... aber ich schaffe es nicht.“ (Angehöriger, ID 66)

„Ich bemühe mich, wenn er da ist, wenig zu rauchen. Aber ganz aufgeben, dazu bin ich momentan nicht bereit. Es tut mir leid für ihn, aber ich kann es momentan nicht. Dann wäre ich ungenießbar.“ (Angehöriger, ID 21)

Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf

Die Annahmen über die Konsequenzen des Schlaganfalls sollen im Folgenden unter dem Aspekt betrachtet werden, inwiefern die Erkrankung von den Befragten als kontrollierbar wahrgenommen wird. Zunächst werden die entsprechenden Vorstellungen der Patienten, danach die der Angehörigen dargestellt.

Die Annahmen der Patienten

Neben den inhaltlichen Unterschieden in den Annahmen zu den Krankheitsfolgen lassen sich Unterschiede dazu ausmachen, in welchem Ausmaß sich die Patienten selbst die Kontrolle über ihre Erkrankung zuschreiben. So findet sich bei 33 Patienten (72 %) die Überzeugung, den Krankheitsverlauf durch aktives Training, Anstrengung und Willenskraft günstig beeinflussen zu können. Diese Patienten gehen davon aus,

ihre Beeinträchtigungen „in den Griff“ zu bekommen.

„... ich denke, das wird sich – aufgrund der gemachten Verbesserungen – denke ich, sind auch noch weitere Verbesserungen möglich. ... Eine ganze Reihe von Ausfällen sind äh ja durch Strategien, Taktiken und Trainings kompensierbar.“ (ID 10)

„...wie gesagt, ich muss selber an mir arbeiten...Also man muss wirklich echt an sich selber glauben...Wie gesagt, man kann sich wirklich bloß Mühe geben. Selber mal 'n bisschen was dazu tun, sonst wird es nicht wieder...“ (ID 42)

Sie haben bisher die Erfahrung gesundheitlicher Fortschritte gemacht und gehen daher von einer weiterhin positiven gesundheitlichen Entwicklung aus.

„Im Großen und Ganzen gehe ich davon aus, dass ich mich wieder regeneriere. Die Therapie hier scheint anzuschlagen. Ich spüre, dass ich in den Beinen fast täglich vorwärtskomme. Der Arm hat noch seine Schwierigkeiten und mit der Sprache könnte es auch etwas besser werden, aber letztendlich geht es ja vorwärts und das ist die Hauptsache.“ (ID 65)

„Ach, ich nehme an, ich habe bis jetzt so viel gepackt und habe alles wieder ins Lot gekriegt, dass ich auch diese Hürde noch überspringe...Und die Tagesklinik hat ja noch einmal eine Verlängerung von vier Wochen beantragt. Da habe ich nochmal vier Wochen länger, mich echt um meine Schwächen noch zu bemühen.“ (ID 67)

Vice versa lassen sich bei 13 (28 %) Patienten keine klaren kognitiven Repräsentationen über ihre Einflussmöglichkeiten auf den weiteren Verlauf der Erkrankung finden. Vielmehr wird bei diesen Patienten die Überzeugung

deutlich, der Erkrankung hilflos ausgeliefert zu sein.

„Ich meine gut, die Probleme jetzt, das habe ich alles. Da weiß ich erst mal damit umzugehen. Aber was kommt noch? Ich weiß ja gar nicht, was morgen... Heute reden wir noch, und nachher gehe ich raus, und, und, da wird mir schlecht. Und dann, da bin ich vielleicht ganz gelähmt oder irgendwas. Das weiß ich eben nicht. Dieses Ungewisse. Was ist? Wie geht's weiter? Wie geht überhaupt mein Leben weiter?“ (ID 11)

„Man sieht doch schon Fortschritte, aber ich bin ein bisschen skeptisch geworden. Ich traue dem Frieden nicht mehr. Und man sieht so viel. Man sitzt nun öfters mit welchen zusammen. Aber hör auf, du wirst nicht abergläubisch werden oder sonst... Und was einem da durch den Kopf geht, ist manchmal furchtbar. Das kenne ich gar nicht von früher. Da denkst du, ja und jetzt bist du der Nächste.“ (ID 78)

„Die Hand ist das. Weil sich gar nichts gebessert hat. S' is wie, wie vorher. Ich kann kein Fingerbewegen. Ich kann nichts alleine. Nichts, ich kann mich ja nicht ausziehen, wenn ich mich, mit einer Hand halt ich mich fest. Mit der andern Hand geht's nicht.“ (ID 70)

Die Annahmen der Angehörigen

Auch bei den Angehörigen ist die Vorstellung virulent, der Krankheitsverlauf nach einem Schlaganfall sei durch aktives Bemühen und eine optimistische Einstellung günstig zu beeinflussen.

„Das ist ja nun eine Krankheit, die irgendwie beherrschbar ist. Nicht wie Krebs. Krebs ist ja nun viel schlimmer, weil man da nun auch gar nichts selber mitarbeiten kann.“ (ID 64)

Etwas mehr als die Hälfte der Angehörigen (N = 26; 57 %) nimmt bei ihrem erkrankten Partner ein solches aktives Krankheitsverhalten wahr.

„Eigentlich habe ich keine Veranlassung oder keinen Grund, mir große Sorgen zu machen. Sie hat Lebensmut, sie hat Optimismus. Sie gibt sich Mühe, die auftauchenden Probleme zu packen.“ (ID 23)

„Also als ich dann gemerkt habe, dass er doch einige Fortschritte gemacht hat und vor allen Dingen sehr äh ehrgeizig war, dass er so schnell wie möglich wieder fit wird, also da war ich dann doch ganz schön optimistisch. Die Lähmung, die

kann ja nicht von heute auf morgen verschwinden.“ (ID 40)

Im Gegensatz dazu wird bei 20 Angehörigen (43 %) die Überzeugung deutlich, ihre erkrankten Partner stünden der Erkrankung inaktiv und hilflos gegenüber und täten zu wenig für ihre Genesung. Daher schreiben sie sich in hohem Maße selbst Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung des Partners zu.

„Seine Äußerungen sind dann so niederschmetternd, dass man eben doch die Depressionen merkt, und das macht mir Angst, dass er dann hilflos ist und ich nicht die Kraft habe, ihn in die richtigen Wege zu lenken.“ (ID 10)

„Er ist ein bisschen leger. Ich muss ihn immer zwingen, seine Übungen zu machen. Und das belastet mich ein bisschen.“ (ID 13)

„Ich setze mich hinzu, um die Sprache zu üben, aber mich zieht eben dann halt so tief runter, wenn er so traurig ist, wo ich dann merke, wie baust du ihn wieder auf?“ (ID 36)

Der Einfluss subjektiver Kontrollwahrnehmung auf die Einschätzung des gesundheitlichen Status und die Lebensqualität

Wie in den vorangehenden Abschnitten beschrieben, lassen sich hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Kontrolle über die Schlaganfallerkrankung jeweils zwei Gruppen identifizieren: Patienten bzw. Angehörige, die sich selbst bzw. ihrem erkrankten Partner subjektive Kontrolle über die Schlaganfallerkrankung zuschreiben versus Patienten und Angehörige, bei denen sich eine solche Kontrollüberzeugung nicht findet. Im Folgenden soll dargestellt werden, ob sich zwischen diesen Gruppen im Sinne der formulierten Hypothesen Unterschiede in den funktionellen Beeinträchtigungen (Barthel-Index), im subjektiven Krankheitserleben (PCR-P bzw. PCR-A) sowie der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-Bref) nachweisen lassen.

Subjektiv wahrgenommene Kontrolle und funktioneller Status der Patienten

Die Unabhängigkeit der Variablen „subjektiv wahrgenommene Kontrolle“ (ja versus nein) und der ärztlichen Ein-

schätzung der motorischen und funktionellen Beeinträchtigungen der Patienten (mäßige bis schwere Beeinträchtigung (Barthel-Index < 85) versus leichte funktionelle Beeinträchtigung (Barthel-Index > 85)) wurde zunächst über eine Kreuztabelle mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft. Sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen ergaben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen beiden Variablen. Entsprechend ließen sich für den Barthel-Index mittels des t-Tests auch keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen beiden Gruppen der subjektiven Kontrolle nachweisen (Tabelle 6). Die Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf hängt also nicht vom Schweregrad der motorischen und funktionellen Beeinträchtigungen ab. Damit kann die unter H1 formulierte Hypothese verifiziert werden.

Subjektiv wahrgenommene Kontrolle und subjektives Krankheitserleben

Die subjektive Einschätzung der Beeinträchtigungen infolge des Schlaganfalls, gemessen mit dem Patient Competency Rating, liegt für 41 Patienten vor und ergibt insgesamt einen Mittelwert von 88,29 Punkten. Wie Tabelle 7 zeigt, ergibt sich für die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf ein statistisch signifikanter Unterschied mit einer hohen Effektstärke zwischen den jeweils identifizierten Patientengruppen. So fühlen sich diejenigen Patienten signifikant weniger beeinträchtigt, die sich selbst die Kontrolle über ihre Erkrankung zuschreiben. Damit kann für die Patientenstichprobe die Hypothese H2 bestätigt werden, dass die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle mit einer besseren subjektiven Einschätzung des gesundheitlichen Status einhergeht. Entsprechende Ergebnisse finden sich auch in der Angehörigenstichprobe. Eine Einschätzung der Beeinträchtigungen ihrer erkrankten Partner mittels des Patient Competency Rating liegt von 40 Angehörigen vor und ergibt im Mittel 84,17 Punkte. Hinsichtlich der Kontrollwahrnehmung zeigen sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede: So beurteilen diejenigen Angehörigen ihre betroffenen Partner signifikant besser, die diesen auch subjektive Kontrolle über den Krankheitsverlauf zuschreiben. Umgekehrt werden die Patienten, bei denen die Angehörigen eine subjektive Kontrolle

Tab. 6: Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle durch die Patienten/Angehörigen und Barthel-Index

Subjektiv wahrgenommene Kontrolle über die Erkrankung	Ja Patienten (Angehörige)	Nein Patienten (Angehörige)	Signifikanz/ Effektstärke
Barthel-Index MW/SD Missing cases N=6	84,81/25,25; N=27 (86,59/24,22 ; N=22)	83,85/21,99; N=13 (81,94/24,08; N=18)	n.s. n.s.

Tab. 7: Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf und Krankheitserleben der Patienten

Subjektiv wahrgenommene Kontrolle über den Krankheitsverlauf	Ja N=31 MW/SD	Nein N=10 MW/SD	Signifikanz/ Effektstärke (t-Test)
Patient Competency Rating (PCR-P) MW/SD Missing cases N=5	91,68/14,51	77,80/13,32	p<,05/d=0,99

Tab. 8: Subjektive Kontrolle über den Krankheitsverlauf und Krankheitserleben der Angehörigen

Subjektiv wahrgenommene Kontrolle über den Krankheitsverlauf	Ja N=21 MW/SD	Nein N=19 MW/SD	Signifikanz/ Effektstärke (t-Test)
Patient Competency Rating (PCR-A) MW/SD Missing cases N=6	91,71/11,15	75,84/15,66	p<,05/d=1,2

über den Krankheitsverlauf nicht wahrnehmen, höher beeinträchtigt wahrgenommen. Der Unterschied im Mittelwert liegt bei sechzehn Punkten; die Effektstärke ist mit $d = 1,2$ als sehr hoch einzuschätzen (vgl. Tabelle 8). Damit kann auch für die Angehörigenstichprobe die Hypothese H2 bestätigt werden, dass die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über die Erkrankung mit der Einschätzung einer geringeren Beeinträchtigung durch den Schlaganfall einhergeht.

Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle und Lebensqualität

Auch für die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität lassen sich in der Patientenstichprobe Gruppenunterschiede nachweisen (vgl. Tabelle 9).

So ist, mit Ausnahme der Skala „Soziale Beziehungen“, die subjektive Lebensqualität bei denjenigen Patienten signifikant höher, die sich selbst einen Einfluss auf die weitere Krankheitsentwicklung zuschreiben. Die Unterschiede in den Mittelwerten auf den Skalen „Psychisches Befinden“ und „Allgemeine Lebensqualität“ sind besonders hervorzuheben: Sie betragen mehr als zwanzig bzw. nahezu zwanzig Punkte. Auch auf der Skala „Physisches Wohlbefinden“ liegen die Punktwerte der Patienten mit subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf um sechzehn Punkte höher, was wiederum den Befund stützt, dass sich diese Patienten weniger beeinträchtigt fühlen als die Patienten, die über ihre Erkrankung keine subjektive Kontrolle wahrnehmen. Schließlich weisen die Unterschiede auf der Skala „Umwelt-

bedingungen“ darauf hin, dass Patienten mit subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf insgesamt zufriedener mit den Bedingungen in der Rehabilitationsklinik sind. Entsprechend der formulierten Hypothese H3 hängt also die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle mit einer höheren Lebensqualität der Patienten zusammen. Auch bezogen auf die subjektive Lebensqualität der Angehörigen finden sich für die Variable der Kontrollwahrnehmung statistisch signifikante Gruppenunterschiede (vgl. Tabelle 10). Eine besonders hohe Mittelwertdifferenz und Effektstärke zeigt sich auf der Skala „Allgemeine Lebensqualität“ (21 Punkte; $d = 1,7$). Auf den Skalen „Psychisches Befinden“, „Physisches Befinden“ und „Soziale Beziehungen“ sind die Unterschiede mit jeweils circa neun Punkten moderat ausgeprägt.

Tab. 9: Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf und Lebensqualität der Patienten

Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf	Ja N=32 MW/SD	Nein N=12 MW/SD	Signifikanz/ Effektstärke (t-Test)
Allgemeine Lebensqualität	64,06/15,79	45,83/16,28	p<,05/d=1,17
Psychisches Wohlbefinden	71,35/12,28	51,04/8,9	p<,01/d=1,8
Physisches Wohlbefinden	72,43/16,9	55,95/12,59	p<,05/d=1,06
Soziale Beziehungen	74,74/16,19	71,53/19,29	n.s.
Umweltbedingungen	77,20/11,40	68,48/15,51	p<,05/d=0,7

Tab. 10: Subjektive Wahrnehmung von Kontrolle über den Krankheitsverlauf und Lebensqualität der Angehörigen

Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf	Ja N=24 MW/SD	Nein N=20 MW/SD	Signifikanz/ Effektstärke (t-Test)
Allgemeine Lebensqualität	71,35/11,35	50,00/14,62	p<,01/d=1,7
Psychisches Wohlbefinden	71,87/13,64	63,45/12,51	p<,05/d=0,6
Physisches Wohlbefinden	77,28/10,94	69,10/12,65	p<,05/d=0,7
Soziale Beziehungen	76,45/15,62	67,08/13,10	p<,05/d=0,6
Umweltbedingungen	77,60/11,42	71,56/10,13	n.s.

Entsprechend der Hypothese H3 verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Angehörigen, die ihrem erkrankten Partner Kontrolle über den Schlaganfall zuschreiben, eine bessere psychische und physische Befindlichkeit aufweisen. Fehlt die Wahrnehmung von Kontrolle, weil sie dem erkrankten Lebenspartner nicht zugeschrieben wird, ist die Lebensqualität der Angehörigen hingegen geringer.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Patienten und Angehörige entwickeln bereits zu Beginn der Rehabilitation des Schlaganfalls Vorstellungen über die Konsequenzen der Erkrankung. Im Zentrum des „prospektiven Theoretisierens“ stehen sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Angehörigen die Auswirkungen der Erkrankung auf die Bewältigung des Alltags und – damit eng verbunden – auf die körperliche und geistige Gesundheit.

Bei den Patienten dominiert die Annahme, der Schlaganfall werde sich nicht wesentlich auf die Kompetenzen zur zukünftigen Bewältigung des Alltags auswirken (39 %), gegenüber der Annahme, zukünftig weniger leistungsfähig, mobil und selbständig sein zu können (33 %). Ebenso ist festzustellen, dass ein großer Teil der Patienten (28 %) zu Beginn der Rehabilitation noch nicht über klare kognitive Repräsentationen bezüglich zukünftiger Alltagskompetenzen verfügt. Im Unterschied zu den Annahmen der Patienten überwiegt bei den Angehörigen die Annahme, der erkrankte Partner werde infolge des Schlaganfalls an Kompetenzen bei der zukünftigen Bewältigung des Alltags verlieren (46 %). Die Vorstellung, der Schlaganfall werde keine Auswirkungen auf die Alltagskompetenzen des Partners haben, findet sich dagegen nur bei 17 % der Angehörigen. Daneben verfügt, vergleichbar mit den Befunden bei den Patienten, ein großer Teil der Angehörigen (37 %) zu Beginn der Rehabilitation noch nicht über klare kognitive

Repräsentationen bezüglich zukünftiger Alltagskompetenzen des erkrankten Partners.

Die Annahmen zur Heilbarkeit des Schlaganfalls sind bei nahezu der Hälfte (jeweils 46 %) der Patienten und Angehörigen nicht klar ausgeprägt. Sie sind der Überzeugung, den Krankheitsverlauf nicht vorhersagen zu können. Während 41 % der Patienten eine völlige Genesung für möglich halten, wird eine solche Annahme von den Angehörigen nicht explizit formuliert. Zwar ist auch bei ihnen die Vorstellung virulent, der Gesundheitszustand des erkrankten Partners werde sich positiv entwickeln, im Ergebnis wird jedoch mehrheitlich (54 %) eine chronische Beeinträchtigung antizipiert. Diese Annahme wird dagegen von nur 13 % der Patienten geäußert.

Diese Ergebnisse zeigen zum einen, dass die Annahmen der Patienten bezüglich der Auswirkungen des Schlaganfalls auf ihre Alltagskompetenzen und ihre Gesundheit positiver sind als die Annahmen der Angehörigen, was im Sinne der belastungsreduzierenden

Funktion solcher Überzeugungen interpretiert werden kann (Flick, 1997). Zum anderen ist festzustellen, dass ein großer Teil der befragten Patienten und Angehörigen zu Beginn der Rehabilitation über keine klaren kognitiven Repräsentationen über die Folgen der Erkrankung für den Alltag und die Gesundheit verfügt. Dieses Ergebnis impliziert die Notwendigkeit einer stärkeren Aufklärung und Informationsvermittlung in den Kliniken, in die sowohl die Patienten als auch die Angehörigen einbezogen werden sollten (siehe dazu auch Wilz, 2002).

Zu den Konsequenzen des Schlaganfalls zählt auch, dass Patienten (41 %) wie Angehörige (41 %) eine höhere Gefährdung für einen weiteren Schlaganfall wahrnehmen. Hervorzuheben ist, dass die Angehörigen dieses erhöhte Risiko vornehmlich ihrem erkrankten Partner zuschreiben, während sie ihr eigenes gesundheitliches Risiko nur selten ansprechen. Inwieweit sich die Wahrnehmung des eigenen Schlaganfallrisikos bei den Angehörigen durch die Erkrankung des Partners tatsächlich verändert hat, kann aus den vorhandenen Daten jedoch nicht abgeleitet werden. Trotz des wahrgenommenen Risikos wird die Reduktion der klassischen Risikofaktoren zur Prävention eines weiteren Schlaganfalls vergleichsweise wenig beachtet. So benennen nur 22 % der Patienten und 35 % der Angehörigen als Konsequenz des Schlaganfalls, dass sich ihr Verhalten diesbezüglich verändern müsse. Wiederum ist bei den Angehörigen eine Fokussierung auf den erkrankten Partner festzustellen: Er müsse das Rauchen aufgeben, sein Gewicht reduzieren etc., wobei sie selbst sich die Rolle eines Supervisors zuschreiben. Dieses Ergebnis zeigt, dass dem Wissen um Risikofaktoren und damit wiederum der Aufklärung und Informationsvermittlung eine hohe Bedeutung beizumessen ist. Daneben wird aber auch deutlich, dass der Wert der Risikowahrnehmung für die Prognose gesundheitsbezogenen Verhaltens noch weitgehend unklar ist: Selbst die Wahrnehmung eines hohen eigenen gesundheitlichen Risikos muss nicht notwendig mit einer entsprechenden Verhaltensänderung einhergehen (Bengel, 1993; Filipp, 1990).

Bezogen auf die Wahrnehmung subjektiver Kontrolle über den Krankheitsverlauf ist der Schlaganfall bei der Mehrzahl der Befragten als eine Erkrankung repräsentiert, deren Entwicklung durch das eigene Bemühen, die

Willenskraft und die engagierte Mitarbeit in den Therapien günstig zu beeinflussen ist. Entsprechende Befunde zu subjektiven Annahmen über Einflussmöglichkeiten auf Herzerkrankungen zeigen Lerch und Kramer (1994) sowie Faller (1990) für Herzinfarkt-rehabilitanden. Die Überzeugung, den weiteren Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen zu können, ist von den tatsächlichen funktionellen Beeinträchtigungen unabhängig. So findet sich sowohl in der Patienten- als auch in der Angehörigenstichprobe kein Zusammenhang zwischen der ärztlichen Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung und der subjektiven Wahrnehmung von Kontrolle.

Über die belastungsregulierende Funktion wahrgenommener Kontrolle über die Erkrankung liegen Befunde für Krebs (Hasenbring, 1992; Taylor et al., 1984) sowie für Herzinfarkt (Marschall & Fuller, 1989) vor, die übereinstimmend eine positive Auswirkung subjektiv wahrgenommener Kontrolle auf die Güte der Krankheitsverarbeitung belegen. Für Schlaganfallpatienten weist Rey (1999) einen negativen Zusammenhang zwischen externaler Kontrollüberzeugung und Lebensqualität nach.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stützen die bisherigen Befunde: So ergeben sich in Abhängigkeit von der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle über den Verlauf der Erkrankung sowohl in der Gruppe der Schlaganfallpatienten als auch bei den Angehörigen statistisch signifikante Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des gesundheitlichen Status (Krankheitserleben) und in der Lebensqualität. Patienten, die sich selbst Kontrolle über ihre Erkrankung zuschreiben und glauben, den Heilungsverlauf günstig beeinflussen zu können, schätzen ihre Beeinträchtigungen geringer und ihre Lebensqualität höher ein als Patienten, für die eine solche Kontrollwahrnehmung nicht zutrifft. Gleichsam haben Angehörige, die ihrem erkrankten Partner Kontrolle über den Krankheitsverlauf zuschreiben, eine höhere Lebensqualität als Angehörige, die ihren Partner als inaktiv und hilflos erleben. Diese Patienten werden auch bezüglich ihrer Beeinträchtigungen von ihren Angehörigen schlechter beurteilt. Für die Angehörigen ist es demnach entlastend, wenn der Patient die mit dem Schlaganfall einhergehende Bedrohung durch seine Kontrollwahrnehmung minimiert und damit emotional weniger belastet erscheint.

Die Repräsentation des Schlaganfalls als veränderbare und beeinflussbare Erkrankung überwiegt, zumindest zu Beginn der Rehabilitation, bei Patienten wie Angehörigen. Daneben kann die entlastende Funktion subjektiver Kontrollwahrnehmung für diesen Zeitpunkt nachgewiesen werden. Als Ausblick bleibt die Frage, ob die identifizierten Kontrollüberzeugungen stabil bleiben oder sich angesichts konkreter Krankheitserfahrungen verändern. Bleibt die positive Wirkung subjektiv wahrgenommener Kontrolle bestehen, wenn sich die Krankheitsentwicklung entgegen den Erwartungen vollzieht? In einem nächsten Schritt werden daher die entsprechenden subjektiv-theoretischen Annahmen der Patienten und Angehörigen drei Monate sowie ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung betrachtet werden.

Literatur

- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (1997). Elemente subjektiver Theorien über Krebspatienten aus der Sicht von Angehörigen, Pflegekräften und Nicht-Betroffenen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 17-32.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorien des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34, 313-321.
- Bengel, J. (1993). Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Göttingen: Hogrefe.
- Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.) (1989). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern: Huber.
- Brackhane, R. (1988). Behinderung, Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie: Terminologische Vorbemerkungen und Begriffsklärungen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene. & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 20-35). Berlin: Springer.
- Budde, H.-G. (1988). Auswirkungen und Bewältigung von Behinderung: Psychologische Ansätze. In U. Koch, G. Lucius-Hoene. & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 101-120). Berlin: Springer.
- Faller, H. (1990). Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden. Frankfurt am Main: Lang.
- Faller, H. (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln - Über den

- Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: U. Flick (Hrsg.), Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (S. 70-86). Weinheim: Juventa.
- Filipp, S.-H. (1990). Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und Ideengeschichtliche Aspekte. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 247-262). Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (1997). Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie (S. 191-200). Bern: Huber.
- Flick, U. (Hrsg.) (1998). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa.
- Hamann, G. F.; Siebler, M. & von Scheidt, W. (Hrsg.) (2002). Schlaganfall. Klinik, Diagnostik, Therapie. Interdisziplinäres Handbuch. München: Ecomed.
- Hasenbring, M. (1992). Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Coping-Konzept. In F. A. Muthny (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung (S. 78-87). Berlin: Springer.
- Krampen, G. (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Theorien, Geschichte, Probleme. In G. Krampen (Hrsg.), Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Lang, B. M. (2001). Typ-A-Verhalten und Locus of Control und subjektive Krankheitstheorie bei Hirninfarkt-Patienten. Dissertation, Universität Erlangen.
- Lerch, J. & Kramer, P. (1994). Lagentheorien zu Krebs und Herzinfarkt. In F. A. Muthny & F. Mann (Hrsg.), Medizinische Psychologie, Band 7. Münster: LIT-Verlag.
- Linden, M. (1985). Krankheitskonzepte von Patienten. Psychiatrische Praxis, 12, 8-12.
- Low, J. T. S., Payne, S. & Roderick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers: a literature review. Social Science and Medicine, 49, 711-725.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D.W. (1965) Functional evaluation. The Barthel index. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.
- Marschall, P. & Fuller, S. (1989). Attribution der Gesundheitskontrolle und gelerntes Selbstkontrollvermögen als Vorhersagevariablen von planendem Verhalten und Selbsteffizienz in der Rehabilitation. In C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), Patientenkonzepte von Körper und Krankheit (S. 103-115). Bern: Huber.
- Masur, K. F. & Neumann, M. (1996). Neurologie. Stuttgart: Hippokrates.
- Masur, H. (2000). Skalen und Scores in der Neurologie. Quantifizierung neurologischer Defizite in Forschung und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Mayring, P. (1995). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Prigatano, G. P., Fordyce, D. J., Zeiner, H. K., Roueche, J. R., Pepping, M. & Wood, B. C. (1986). Neuropsychological rehabilitation after brain injury. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Rotter, J. B. & Hochreich, D. J. (1975). Personality. (Deutsch: Persönlichkeit. Theorien, Messung, Forschung. Berlin: Springer, 1979)
- Wallesch, C.-W. & Hasenbein, U. (2001). Assessment in der neurologischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 14, 270-275.
- Wilz, G. (2002) Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. Abschlussbericht zum Teilprojekt C2. Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Tagesklinik für kognitive Neurologie.
- Rey, E. (1999). Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität nach rechtshemisphärischem Schlaganfall. Frankfurt am Main: Haag und Herchen.
- Schubert, U. (1999). Subjektive Krankheitstheorie bei Multiple Sklerose-Patienten. Dissertation, Universität Köln.
- Skelton, J. A. & Croyle, R.T. (Eds.) (1991). Mental representation in health and illness. New York: Springer.
- Taylor, S. E., Lichtmann, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502.

Dipl.-Psych. Ira Anne Gründel
Universität Leipzig
Selbständige Abteilung für
Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Stephanstraße 11
04103 Leipzig

Prof. Dr. Gabriele Wilz
Technische Universität Berlin
Institut für Psychologie und
Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Gesundheitspsychologie
und Klinische Psychologie
Franklinstraße 28
10587 Berlin

Prof. Dr. D.Y. von Cramon
Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.
Tagesklinik für Kognitive Neurologie
Liebigstraße 22a
04103 Leipzig

Besonderer Dank für ihre Unterstützung bei der Umsetzung des Forschungsprojektes gebührt den Ärzten und Therapeuten der Tagesklinik für kognitive Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig, dem Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig-Bennwitz sowie der Neurologischen Abteilung des Rehabilitationszentrums Bad Dübren.

Das Projekt „Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten“ wurde gefördert vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Reha-Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS), Teilprojekt C2; FKZ: 01 GD 9810/0.